



schopnosti porozumět pokynům a řídit se jimi. V případě nemocného s limitovanými kognitivními schopnostmi je nutno zapojit pečovatele. Zejména je důležité poučení o rizicích náhlého přerušení léčby a dále o možných příznacích vznikajících komplikací způsobených léčbou. Na druhou stranu je vhodné volit při poučení nemocného individuální přístup podle jeho osobnostních vlastností. Někteří více úzkostní nemocní, a zvláště pacienti s vysokoškolským vzděláním mají po zjištění výčtu všech možných nežádoucích vedlejších účinků tendenci léčbu steroidy odmítat. Míra poučení nemocného nebo jeho pečovatelů, a zároveň jejich ochota a schopnost spolupracovat ovlivňuje zásadní měrou celkovou bezpečnost terapie kortikosteroidy (26).

Shrnutí pro praxi

Léčba kortikosteroidy s sebou nese riziko řady závažných nežádoucích vedlejších účinků. Je proto nutné maximálně využít potenciál adherence nemocného a jeho pečovatelů k zajištění bezpečnosti léčby.

V průběhu léčby kortikosteroidy je vhodné využít potenciálu možných profylaktických opatření předcházejících rozvoji nežádoucích

vedlejších účinků – gastroprotektce, prevence tromboembolických komplikací, monitorace hodnot krevního tlaku, glykemie, lipidemie, aktivity jaterních testů, prevence osteoporózy atd.

Zejména u starších multimorbidních nemocných s komplikovanějším léčebným schématem je třeba se vyvarovat náhodného vysazení dlouhodobé steroidní léčby a důsledněji sledovat pacienta z hlediska možného rozvoje nežádoucích vedlejších účinků terapie.

Při lokální aplikaci kortikosteroidů je třeba ostražitost z hlediska rozvoje lokálních komplikací – orofaryngeální mykózy, častějších pneumonií u nemocných s chronickou obstrukční chorobou plicní, zvýšení nitroočního tlaku, urychlení katarakty, atrofie kůže.

Při dlouhodobém podávání kortikoidů v dávce vyšší než 10 mg prednisonu nebo adekvátní dávky jiného kortikoidu je kontraindikováno očkování živou vakcínou.

Tato publikace vznikla v rámci řešení projektu MUNI/A/1382/2018.

LITERATURA

1. Burns CM. The History of Cortisone Discovery and Development. *Rheum Dis Clin North Am.* 2016; 42(1): 1–14.
2. Z historie farmakochemie. Lékařská fakulta MU. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1431/jaro2012/C8790/um/31610507/Z_historie_farmakochemie.pdf
3. Barnes PJ. Glucocorticoids. *Chem Immunol Allergy.* 2014; 100: 311–316.
4. He Y, Yi W, Suino-Powell K, et al. Structures and mechanism for the design of highly potent Glucocorticoids. *Cell Research* 2014; 24: 713–726.
5. Marek J. Léčba kortikoidy. Doporučený postup ČLS JEP 2002.
6. Bielaková K, Matějovská Kubešová H. Rizika farmakoterapie ve stáří. *Praktické lékařství* 2018; 14(1): 8–10.
7. Oray M, Abu Samra K, Ebrahimiadib N. Long-term side effects of glucocorticoids. *Expert*

- Opin Drug Saf.* 2016; 15(4): 457–465.
8. Rasch LA, Bultink IE, van Tuyl LH, Lems WF. Glucocorticoid safety for treating rheumatoid arthritis. *Expert Opin Drug Saf.* 2015; 14(6): 839–844.
9. Chlábek R, Karen I, Prymula R, et al. Očkování v ordinaci praktického lékaře. Novelizace 2013. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře.
10. SPC Prednison. Dostupné z: http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php?data%5Bsearch_for%5D=prednison
11. Mokáň M. Primární a sekundární inzulinová rezistence. *Vnitř Lék* 2019; 65(4): 264–272.
12. Modlinski R, Fields KB. The Effect of Anabolic Steroids on the Gastrointestinal System, Kidneys, and Adrenal Glands. *Current Sports Medicine Reports* 2006; 5: 104–109.
13. Kršek M. Systémová léčba glukokortikoidy. *Praktický pohled. Vnitřní lékařství* 2015; 61(10):