

Velká nebezpečí léků na krevní tlak

🌐 otevrisvoumysl.cz/velka-nebezpeci-leku-na-krevni-tlak

1. prosince 2024

Ve zkratce...

V tomto článku se seznámíme s klíčovými aspekty jednotlivých běžných léků na snížení krevního tlaku a zdravějšími způsoby řešení zvýšeného krevního tlaku.

Facebook

Telegram

VK

Originál článku publikován ZDE: 27. listopadu 2024

Autor: A Midwestern Doctor

Příběh v kostce:

- **Vysoký krevní tlak (hypertenze) se vyskytuje stále častěji a v každém desetiletí je diagnostikován u stále většího počtu lidí.**
- **Je to proto, že hranice „vysokého“ krevního tlaku se stále snižuje – přestože neexistují žádné důkazy o tom, že by tyto hodnoty snižovaly počet úmrtí.**
- **Nadměrně nízký krevní tlak představuje významné riziko. Stejně tak mnoho léků na krevní tlak má běžné a významné nežádoucí účinky, které lékaři často nepoznají.**
- **V tomto článku se seznámíme s klíčovými aspekty jednotlivých běžných léků na snížení krevního tlaku a zdravějšími způsoby řešení zvýšeného krevního tlaku.**

Když se začnete do lékařských mýtů, často zjistíte, že mnohá dogmata, která jsou základem oblíbeného léku, jsou ve skutečnosti prodejní slogany vytvořené marketingovou společností. Například

statiny snižující hladinu cholesterolu jsou hojně předepisovány navzdory tomu, že snižování cholesterolu nezabraňuje srdečním onemocněním (ve skutečnosti vás cholesterol chrání, takže když je nízký, spíše zemřete), statiny nezabraňují smrti a tyto léky poškozují 20 % uživatelů (často vážně).

Vzhledem k tomu, že **velký statinový podvod** vážně poškodil tolik lidí, začalo proti němu vystupovat stále více osobností, například komik Jimmy Dore a Robert F. Kennedy Jr.

Statiny bohužel nejsou jediným masově předepisovaným lékem, který je prodáván na základě klamavých předpokladů a často zhoršuje problém, který „léčí“. Například:

-Chemická nerovnováha způsobená nízkou hladinou serotoninu **nebyla nikdy spojena s depresí** (u pacientů, kteří spáchali sebevraždu, byla zjištěna zvýšená hladina serotoninu v mozku).

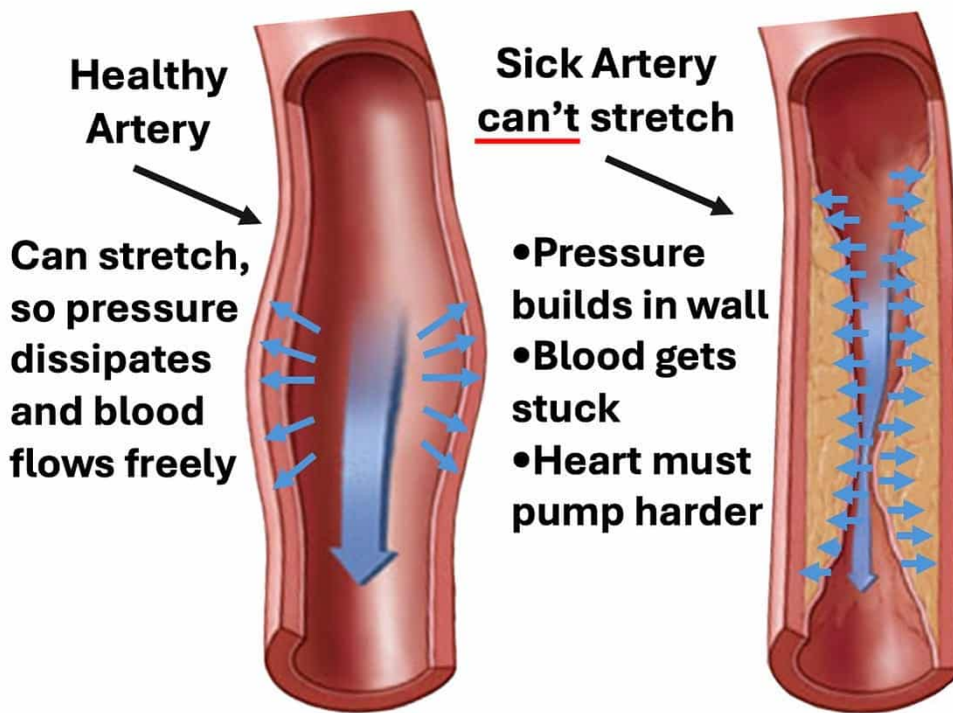
-Kyselý reflux **je způsoben příliš malým množstvím kyseliny v žaludku** (protože kyselost dává žaludečnímu otvoru signál k uzavření). Na lékařské fakultě nás však vždy učili, že je způsoben příliš velkou kyselostí.

-Pilulky na spaní jsou ve skutečnosti sedativa, **která blokují regenerační fázi spánkového cyklu**.

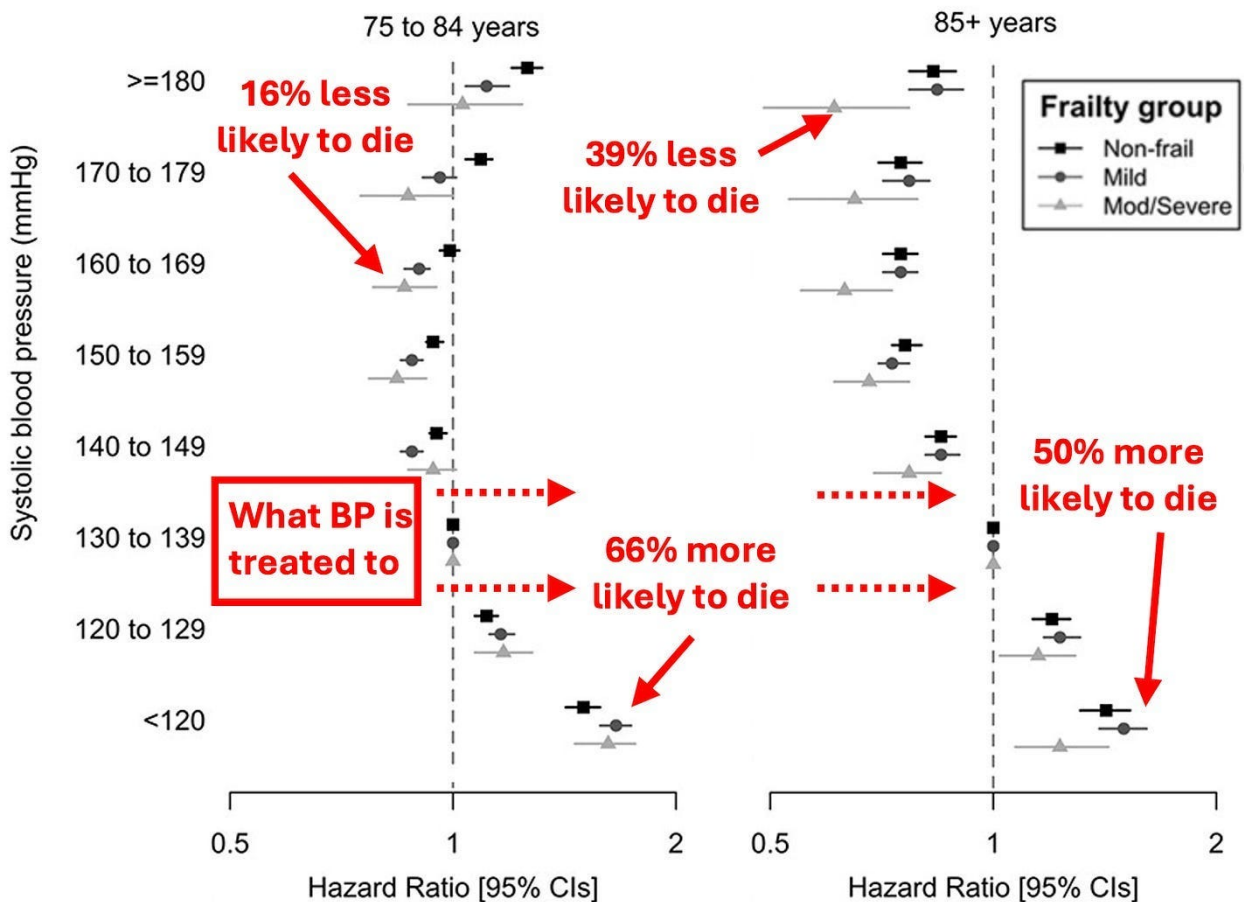
Každý z těchto léků je pro své uživatele nesmírně škodlivý, ale díky tomu, jak účinně se o nich vytvořil mýtus (stejně jako o „bezpečných a účinných“), je nadále užívá velké množství lidí a škodí jim.

Když se podíváte na krevní tlak, zjistíte podobný vzorec. Jak jsem ukázal **v první části této série**, jsou s tím spojeny dva velké problémy:

Máme to obráceně. Vysoký krevní tlak je příznakem, nikoli příčinou poškození tepen.



Neexistují žádné důkazy o tom, že agresivní snižování krevního tlaku zachraňuje životy:



Změna pokynů

Když se rozjela mánie kolem krevního tlaku, spěchalo se s uvedením léků na snížení krevního tlaku na trh dříve, než byl jejich přínos skutečně prokázán (kromě několika krátkodobých studií, které prokázaly malý přínos pro lidi s velmi vysokým krevním tlakem).

Tento způsob myšlení se pak upevnil, takže s přibývajícými lety se bez důkazů (a s ignorováním opačných údajů) stále snižují prahové hodnoty krevního tlaku a stále více lidí dostává léky na snížení krevního tlaku. Z tohoto důvodu užívá tyto léky zhruba 60 milionů dospělých Američanů (23 %).

Nadměrné snížení krevního tlaku však snižuje průtok krve do částí těla, které bez dostatečného průtoku krve nemohou fungovat. Například léky na krevní tlak zvyšují riziko onemocnění ledvin,^{1,2} a náhlé omdlení (z nedostatečného průtoku krve mozky), je jedním z nejčastějších nežádoucích účinků léků na krevní tlak.

Můj nejlepší odhad je, že tento neúprosný pochod k nasazení těchto léků je způsoben kombinací následujících faktorů:

-Pro tyto oblasti je k dispozici financování výzkumu (např. od výrobců léků), a proto je to pro akademiky bezpečná oblast výzkumu.

– Ilustruje to fenomén „když máš kladivo, všechno vypadá jako hřebík“ a touhu lékařské profese najít další ospravedlnění pro používání svých nástrojů (zejména proto, že lidé mají tendenci se utvrzovat ve svém stávajícím přístupu, když selže, místo aby zvážili nový).

– „Odborníci“ v panelech pro tvorbu doporučení jsou placeni za to, aby vytvářeli doporučení, která vedou k tomu, že léky bude užívat stále více lidí, což je v medicíně bohužel běžný jev (např. v tomto článku jsem přesvědčivě ukázal, jak se to stalo se statiny).

Podívejme se nyní na to, jak se v průběhu let měnila doporučení pro měření krevního tlaku.

Poznámka: jak ukazují tyto pokyny, původně se kladl důraz na léčbu diastolického krevního tlaku v domnění, že srdce musí „více pracovat“, pokud je v oběhu příliš mnoho krve. Domnívám se, že je užitečné si to uvědomit, protože se tomu věřilo po celá desetiletí (ale nyní tomu tak není), a tudíž to ilustruje, jak svévolná jsou mnohá lékařská dogmata.

Guidelines	Drug Recommendations			
	SBP (mmHg)		DBP (mmHg)	
	Consider	Treat	Consider	Treat
JNC-I (1977)			≥ 90	≥ 105
JNC-II (1980)			≥ 90	≥ 105
General non-elderly population				≥ 90
Renal disease				≥ 90
Elderly (60+ years)	≥ 160			≥ 90
JNC-III (1984)			≥ 90	≥ 95
General non-elderly population				≥ 90
DM or renal disease				≥ 90
Elderly (60+ years)	≥ 160			≥ 90
JNC-IV (1988)				
General non-elderly population	≥ 160			≥ 90
LVH, DM or renal disease	≥ 160			≥ 90
Elderly (60+ years)	≥ 160		≥ 85	≥ 90
JNC-V (1993)				
General non-elderly population	≥ 140	≥ 150		≥ 90
DM or renal disease	≥ 130	≥ 140		≥ 90
Elderly (60+ years)	≥ 140	≥ 160		≥ 90
JNC-VI (1997)				
General non-elderly population		≥ 140		≥ 90
CHF, renal disease, diabetes		≥ 130		≥ 85
Renal disease w/ Proteinuria		≥ 125		≥ 75
Elderly (60+ years)		≥ 140		≥ 90
JNC-VII (2003)				
General non-elderly population		≥ 140		≥ 90
DM or CKD		≥ 130		≥ 80
Elderly (60+ years)		≥ 140		≥ 90
KDIGO (2012)				
CKD w/albuminuria		≥ 130		≥ 80
CKD w/o albuminuria		≥ 140		≥ 90
Kidney transplant recipients		≥ 130		≥ 80
Elderly (65+ years) w/CKD	≥ 130		≥ 80	
JNC-VIII (2014)				
General non-elderly population, CKD, DM		≥ 140		≥ 90
Elderly (60+ years)	≥ 140	≥ 150		≥ 90
ACC/AHA (2017) "Hypertension" is now anything about 130.				
Low CVD risk (ASCVD score <10%)		≥ 140		≥ 90
High CVD Risk (ASCVD score ≥10%, DM, CKD or CVD)		≥ 130		≥ 80
Kidney transplant recipients		≥ 130		≥ 80
Elderly (65+ years)		≥ 130		

This small reversal was very controversial and was quickly repealed

That calculator overestimates the risk of a heart or stroke by 600%. Due to this, a lot of people meet the "10% risk" threshold (e.g., almost any set of values you put into it for an older adult with a SBP of 130).

Cituji pokyny z roku 2017:

„Místo toho, aby podle předchozí definice měl vysoký krevní tlak každý třetí dospělý Američan (32 %), bude mít podle nových pokynů vysoký krevní tlak neboli hypertenzi téměř polovina dospělé populace USA (46 %).“

Poznámka: tato míra se dále zvyšuje s věkem (např. 79 % mužů a 85 % žen starších 75 let má nyní hypertenzi, zatímco 71 % mužů a 78 % žen nyní splňuje hranici pro zahájení léčby krevního tlaku).

Účinky léků na hypertenzi

V mnoha případech se skutečný mechanismus účinku léku značně liší od toho údajného (např. nepatrný přínos statinů je nejspíše způsoben tím, že snižují zánět).

V případě léků na krevní tlak (každý z nich působí jiným způsobem) je jejich užívání **velmi rozdílně prospěšné, přestože způsobují stejný pokles krevního tlaku**. To zase silně svědčí o tom, že jejich přínos není způsoben tím, že snižují krevní tlak, ale spíše tím, jak každý z nich specificky působí na organismus. Pro ilustraci:

- V článku z roku 1997 v časopise JAMA byl proveden přehled literatury a byly zjištěny výrazně odlišné přínosy antihypertenziv v závislosti na tom, který typ byl použit.
- Přehled z roku 1998 zjistil, že (známé) kardiovaskulární výhody inhibitorů ACE se neprojevily u blokátorů kalciových kanálů, přestože ty mají výraznější vliv na krevní tlak.
- Studie z roku 2000 na 3577 diabetických zjistila, že specifický inhibitor ACE měl navzdory minimálnímu snížení krevního tlaku (snížení SBP o 2,4 a DBP o 1,0) masivní účinek (snížení o 25 %) na riziko srdečního infarktu, mozkové mrtvice nebo kardiovaskulárního úmrtí.

- Osm let trvající (a NIH financovaná) dvojitě zaslepená studie 42 418 subjektů z roku 2007 zjistila, že při použití dvou různých typů léků na krevní tlak nebyl zjištěn žádný rozdíl v jejich účinku na krevní tlak, ale zároveň se zjistilo, že míra prevence srdečního selhání se liší o 18 % až 80 % v závislosti na léku, což vedlo k závěru šetření: „**snížení krevního tlaku je nedostatečným náhradním ukazatelem zdravotních přínosů u hypertenze.**“
-

Jestli jsou pro Vás překlady hodnotné, zvažte příspěvím na jejich tvorbu níže kartou (ocením měsíční podporu) nebo ZDE na bankovní účet: 2201583969/2010. Děkuji! (ps: Po kliknutí na tlačítko „Přispět“ budete přesměrování na platební bránu)

Donation amount

Donation frequency

Škodlivost léků na hypertenzi

Typická léčba krevního tlaku spočívá v užívání kombinace léků, dokud se společně nedosáhne požadovaného krevního tlaku, a současně ve výměně léků, které mají příliš mnoho nežádoucích účinků, za léky, které pacienti snášejí.

To je problém, protože, jak ukázala předchozí část, léky mají velmi rozdílné účinky na organismus a každý z nich by měl být posuzován podle toho, zda jsou jeho individuální účinky vhodné pro situaci konkrétního pacienta, a ne podle toho, jak se dosáhne požadovaného krevního tlaku – ale protože by to překáželo prodeji léků, nikdy se to nestane.

Nejčastějším vedlejším účinkem léků na krevní tlak jsou obvykle komplikace způsobené špatnou perfuzí. Například léky na krevní tlak zvyšují riziko mdlob o 28 % a jsou nechvalně známé tím, že u starších osob (které mají zvápenatělé tepny, a tudíž obtížně přivádějí krev do mozku bez nedostatečného krevního tlaku) způsobují závratě a následné pády, které mohou být zničující.

Pro ilustraci, studie JAMA z roku 2014, které se zúčastnilo 4961 dospělých nad 70 let s hypertenzí, porovnávala 14,1 % osob, které nedostávaly žádné antihypertenzní léky, 54,6 % osob, které užívaly středně intenzivní léčbu, a 31,3 % osob, které užívaly vysoce intenzivní léčbu. Tito pacienti byli sledováni po dobu tří let, během nichž **došlo u 9 % z nich k pádu** a 16,9 % zemřelo.

Poznámka: v roce 2007 byla provedena významná izraelská studie, která zjistila, že vysazení průměrně 2,8 léků na jednoho staršího pacienta snížilo jejich jednorocní úmrtnost ze 45 % na 21 % a míru hospitalizace z 30 % na 11,8 %.

Pohotovostní medicína si také uvědomuje rizika agresivní léčby vysokého krevního tlaku, protože jeho rychlé snížení může zhoršit průtok krve mozkiem a potenciálně vyvolat ischemickou mrtvici. Stejně tak při příliš nízkém krevním tlaku trpí orgány jako mozek a ledviny. Léky na hypertenzi zvyšují riziko akutního poškození ledvin o 18 % a u pacientů, kteří mají konečné stadium onemocnění ledvin, zvyšuje nízký krevní tlak úmrtnost téměř o 39 %.

Nízký krevní tlak je také příčinou mnoha dalších závažných onemocnění, zejména v orgánech, které jsou na ztrátu krevního průtoku nejcitlivější. Nízký krevní tlak je například silně spojen s poklesem kognitivních funkcí (protože mozek potřebuje ke své činnosti dostatek krve). Stejně tak se snížením krevního tlaku začnou mít potíže ledviny, které ke své funkci potřebují dostatečný průtok krve.

Například při porovnání dospělých 75letých a starších osob s krevním tlakem nižším než 130 s těmi, jejichž krevní tlak se pohyboval mezi 130-140, byla pravděpodobnost úmrtí u osob s nižším krevním tlakem o 11-62 % vyšší.

Každý lék na krevní tlak navíc působí jinak. Na jednu stranu je to dobře, protože to umožňuje, aby každý z nich měl jedinečný terapeutický přínos nezávisle na svém účinku na krevní tlak, ale na druhou stranu to znamená, že každý z nich má jedinečné nežádoucí účinky.

V současné době existují čtyři hlavní typy antihypertenziv:

1: **Diuretika** (nejstarší): Tyto léky snižují krevní tlak zvýšením močení tím, že blokují zpětné vstřebávání sodíku v ledvinách. Existuje mnoho různých typů diuretik s mírně odlišným profilem nežádoucích účinků a různými elektrolyty, které ovlivňují, ale obecně tyto léky:

– způsobují širokou škálu příznaků vyplývajících z nerovnováhy elektrolytů, zejména sodíku a draslíku (např. nízká hladina sodíku je častou příčinou slabosti a hospitalizace, zatímco nízká hladina draslíku postihuje 8,2 % uživatelů – vyskytuje se o 973 % častěji než u osob, které léky neužívají).

-způsobují mnoho gastrointestinálních nežádoucích účinků spojených s dehydratací (v důsledku toho, že vás léky účinně odvodňují).

-Mohou (v závislosti na třídě) někdy vyvolat přecitlivělost na sulfy nebo alergii.

-Způsobují mnoho celkových účinků spojených s nízkým krevním tlakem (např. závratě).

-Některé z nich (tj. thiazidy) také zvyšují hladinu kyseliny močové, což může vysvětlovat, proč tyto léky zvyšují riziko vzniku cukrovky nebo proč výrazně zvyšují riziko vzniku dny.

2: **Beta-blokátory**: Tyto léky zpomalují srdce a snižují jeho sílu. Zjistilo se, že to pacientům se srdečním selháním velmi pomáhá, ale současně to má řadu běžných vedlejších účinků, jako je například

zúžení periferních tepen. Pacienti obvykle betablokátory snášejí nejhůře a často uvádějí, že se jim zhoršila kvalita života (což lékaři bohužel často nepoznají). Mezi jejich nejčastější nežádoucí účinky patří např:

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|
| •Mood swings | •Low blood pressure (hypotension) | •Cold hands or feet. |
| •Depression | •Sexual dysfunction. | •Nausea |
| •Extreme tiredness and fatigue. | •An excessively slow heart rate | •Trouble sleeping. |
| •Dizziness or light-headedness. | •Weight gain. | •Shortness of breath. |

Překlad (zleva doprava): *výkyvy nálad, nízký krevní tlak, studené dlaně nebo chodidla, deprese, sexuální dysfunkce, mdlo, extrémní únava, příliš pomalý srdeční tep, potíže se spánkem, závratě, nárůst váhy, dušnost*

3: Blokátory kalciových kanálů: Ty snižují sílu srdeční kontrakce, rozšiřují tepny uvolněním jejich hladkého svalstva a poněkud zpomalují srdeční frekvenci. Hlavním problémem těchto léků je, že způsobují edém (otok) celého těla (postihuje 5,7-16,1 % uživatelů v závislosti na tom, zda se užívá nízká nebo vysoká dávka) a často způsobují závratě, točení hlavy nebo zácpu. Tyto léky jsou často docela užitečné pro resetování abnormálního srdečního rytmu, ale mohou také způsobit další příznaky, jako je únava, bolesti hlavy, abnormální srdeční frekvence a dušnost.

4: Inhibitory ACE (a příbuzné léky): Když ledviny nemají dostatek krve, uvolňují hormon, který v těle spustí kaskádu zvyšující krevní tlak. Inhibitory ACE zase tuto kaskádu blokují a většina lékařů v praxi považuje inhibitory ACE za tělu nejvíce prospěšné (např. jsou běžně předepisovány při cukrovce a srdečním selhání).

Nejčastějším nežádoucím účinkem spojeným s těmito léky je chronický suchý kašel (který se u pacientů často objevuje v průběhu času, jak se stávají na léky citlivými – odhady jeho četnosti se pohybují od 3,9 % do 35 % uživatelů – např. tento podrobný přehled

určil, že je to 8,0 %). K dalším častým nežádoucím účinkům patří bolesti hlavy, závratě a ztráta chuti (ačkoli s těmito léky byly spojeny i mnohé další nežádoucí účinky). K závažnějším nežádoucím účinkům patří 26% zvýšení rizika akutního poškození ledvin (týká se 1,5 % uživatelů), 103% zvýšení rizika hyperkalémie (která může být poměrně nebezpečná a týká se 4,8 % uživatelů) a 19% zvýšení rizika rakoviny plic.

Nedostatečné rozpoznání vedlejších účinků

Ačkoli čísla, která jsem právě uvedl, jsou docela znepokojivá, domnívám se, že ve skutečnosti podhodnocují míru vedlejších účinků, protože většina těchto údajů pochází z průmyslových klinických studií, které záměrně hledají způsoby, jak vedlejší účinky svých léků bagatelizovat. Z tohoto důvodu se domnívám, že průzkumy mezi pacienty poskytují mnohem lepší pohled na míru symptomatických vedlejších účinků. Vezměme si například tento průzkum z roku 1995 ve Švédsku, který zjistil, že zhruba 1 z 5 uživatelů má vedlejší účinky:

	Numbers	Proportion with side-effects (%)	Proportion with side-effects (%)
			(n = 394)
Monotherapy			
Antihypertensives (C02)	4	0	
Diuretics (C03)	28	21.4	
Beta-blockers (C07)	92	17.4	
Calcium-channel blockers (C08)	44	18.2	
ACE inhibitors (C09)	48	12.5	
Fixed-dose combination antihypertensives			
Two antihypertensive drugs	134	23.1	
Three or more antihypertensive drugs	40	27.5	
Total	394	19.8	
Miscellaneous symptoms			
Dry mouth, dizziness, visual disorders, headache and cough			10.4
Emotional distress			
Insomnia, tiredness, and depression			5.6
Peripheral circulatory symptoms			
Cold hands and feet and swollen ankles			5.3
Gastrointestinal symptoms			
Nausea and constipation			1.8
Impotence^a			6.0

^a Among men (n = 167).

Kvůli těmto nežádoucím účinkům pacienti často přestávají antihypertenziva užívat.

Například studie provedená v letech 2007-2014 na 370 000 pacientech mladších 65 let zjistila, že 23,5 % z nich přestalo užívat léky do 270 dnů od jejich nasazení, zatímco 40,2 % z těch, kteří v užívání pokračovali, léky často vynechávalo.

Vzhledem k tak vysoké míře přerušení užívání těchto léků je jednou z nejpřekvapivějších věcí, pokud jde o léky na krevní tlak, jak malá je informovanost o jejich vedlejších účincích, zejména mezi lékaři (např. v článku, který jsem právě citoval, se uznává, že vedlejší účinky jsou důvodem pro přerušení užívání, ale trvá se na tom, že je to způsobeno neznalostí pacientů o významu těchto léků). To vše nejlépe ukázala tato studie z roku 1982 (která by se v dnešním politickém klimatu neopakovala), která porovnávala, jak se pacienti, jejich rodiny a jejich lékaři cítí ohledně účinků těchto léků na ně. Zjistilo se, že

Zlepší se kvalita života, zůstává stejná, nebo se zhorší při užívání léků na snížení krevního tlaku?

Zlepšila se	Zlepšila se	Zlepšila se	Zůstala stejná	Zůstala stejná	Zůstala stejná	Zhoršila se	Zhoršila se	Zhoršila se
Lékaři	Pacienti	Příbuzní	Lékaři	Pacienti	Příbuzní	Lékaři	Pacienti	Příbuzní
75	36	1	0	32	0	0	7	74

Sůl

V neposlední řadě se pacientům často doporučuje agresivní snižování soli. Osobně tento přístup nepodporuji, protože:

-Jak již bylo zmíněno, výrazné snížení soli nemá téměř žádný vliv na krevní tlak. Kromě toho mnoho lidí nebere v úvahu, že pacientům v nemocnicích se běžně podává velké množství chloridu sodného nitrožilně, v mnoha případech dostávají desetinásobek doporučené denní dávky chloridu sodného, kterou bychom měli přijímat. Přesto se jejich krevní tlak nezvyšuje.

-Nízká hladina sodíku je silně spojena s rizikem úmrtí (např. doporučená spotřeba soli zvyšuje riziko úmrtí o 25 %). Stejně tak jsou častým důvodem hospitalizace příznaky vyplývající z nízké hladiny sodíku (jakmile je totiž příliš nízká, může být velmi nebezpečná) a 15-20 % hospitalizovaných pacientů má při přijetí nízkou hladinu sodíku.

*Poznámka: V současné době se domnívám, že mnohé souvislosti mezi solí a srdečními potížemi jsou způsobeny zeta potenciálem, který ničí hliník, který zpracovaná sůl často obsahuje jako vysoušedlo – něco, co se například nenachází v přírodních solných produktech nebo v infuzním solném roztoku podávaném v nemocnicích. Naopak se domnívám, že mnoho výhod nemocniční péče je důsledkem rutinně podávaných kapaček, které částečně **obnovují fyziologický zeta potenciál**.*

Závěr

Jedním z největších problémů medicíny je to, že se změnila z uměleckého vztahu mezi lékařem a pacientem na nesouvislou interakci, kdy lékař provádí klinické algoritmy. Jak jsem se snažil ukázat v tomto článku, současné směrnice, podle kterých léčíme krevní tlak každého člověka, jsou chybné a je třeba je nahradit přístupy individualizovanými podle okolností každého pacienta (např. chronicky stresovaný dospělý člověk ve věku 20 let s krevním tlakem trvale vyšším než 160 potřebuje řešit svůj krevní tlak, zatímco 160 u staršího člověka často není problém).

Stejně tak způsoby snižování krevního tlaku jsou příliš standardizované na to, aby vyhovovaly potřebám každého jednotlivého pacienta. Léčba přirozených příčin vysokého krevního tlaku (např. chronické úzkosti, sedavého způsobu života, stagnace krve pocházející z **narušeného fyziologického zeta potenciálu** nebo chybějících mikroživin) by měla být na prvním místě před léky. Stejně tak léky na krevní tlak, pokud se používají, by měly být vybírány na základě toho, že nejlépe odpovídají situaci konkrétního pacienta v nejnižší účinné dávce, a ne že se na pacienta bez rozdílu nabalují četné léky, dokud se nedosáhne cílového krevního tlaku.

Zatímco obrovské společenské síly nás tlačí k odosobněnému modelu algoritmické medicíny, který nemůže vytvořit zdraví, všeobecná ztráta důvěry v naše lékařské autority (v důsledku reakce na COVID-19) nyní vytváří tlak opačným směrem. Na druhé straně

doufám a věřím, že mnohé věci, na které nás lékařská ortodoxie navykla, jako je potřeba stále nižšího krevního tlaku, lze nyní kriticky přehodnotit a že se nyní nacházíme v éře, kdy je možná možné, aby Amerika byla opět zdravá.

Poznámka autora: Toto je zkrácená verze delšího článku o velkém podvodu s krevním tlakem, který se podrobněji věnuje bodům zde uvedeným, nebezpečí léků na krevní tlak a přírodním způsobům bezpečného snížení krevního tlaku. Tento článek a další odkazy si můžete přečíst zde.

Překlad: David Formánek

Facebook

Telegram

VK

Líbí se Vám překlady?



Jestli jsou pro Vás videa hodnotná a líbí se vám, ocením podporu na chod tohoto projektu. Víím, jak jsou reklamy otravné, proto je zde nechci dávat. Libovolnou částku můžete zaslat na níže uvedené číslo účtu, nebo jednodušeji přes mobilní aplikaci si oskenovat QR kód. Děkuji za Vaši podporu!

Bankovní účet (CZK): 2201583969/2010

Do zprávy příjemce napište prosím: Dar

Pro platby na eurový účet (EUR):

Jméno: David Formánek

IBAN: CZ8520100000002201806894

SWIFT/BIC: FIOBCZPPXXX

Do zprávy příjemce napište prosím: Dar



QR Platba

CZK účet

Náhodný výběr

Diskuze

Jedna odpověď

Napsat komentář

Vaše e-mailová adresa nebude zveřejněna. Vyžadované informace jsou označeny *