

Medicína pro praxi

2021



www.solen.cz | Med. praxi 2021; 18(Suppl. C) | ISBN 978-80-7471-372-9 | 2021

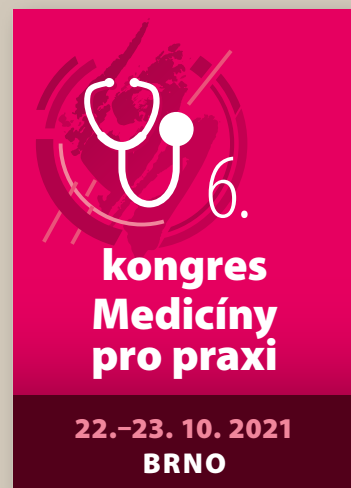
ABSTRAKTA

6. kongres Medicíny pro praxi v Brně – kongres praktických lékařů

22.–23. října 2021

Hotel International Brno

Pořadatel: Společnost SOLEN, s. r. o., ve spolupráci
s II. interní klinikou FN u sv. Anny v Brně



SOLEN
MEDICAL EDUCATION

PRESTANCE®

perindopril arginin / amlodipin

DRŽÍ HYPERTENZI POD KONTROLOU

ORIGINÁLNÍ
PRESTANCE
120 TBL.



Zkrácená informace o přípravku PRESTANCE® • **SLOŽENÍ***: Tablety Prestance 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg obsahují 5 mg perindoprilu argininu (per)/5 mg amlodipinu (amlo), 5 mg per/10 mg amlo, 10 mg per/5 mg amlo, 10 mg per/10 mg amlo. Pomocná látka se známými účinky: monohydrát laktosy. **INDIKACE***: Substituční terapie k léčbě esenciální hypertenze a/nebo k léčbě stabilní ischemické choroby srdeční u pacientů, kteří jsou již kontrolováni perindopilem a amlodipinem, podávaným současně v téže dávce. **DAVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ***: Jedna tableta denně v jedné dávce, ráno před jídlem. Prestance není vhodná pro iniciální léčbu. Je-li nutná změna dávkování, může být dávka přípravku upravena nebo lze zvážit individuální titraci s kombinací obou látek samostatně. **Porucha funkce ledvin a starší pacienti**: časté monitorování kreatininu a draslíku. Přípravek není vhodný pro pacienty s clearance kreatininu < 60 ml/min. **Porucha funkce jater**: individuální titrace volně kombinace amlodipinu a perindoprilu. **Pediatrická populace**: použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **KONTRAINDIKACE***: Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na jiný inhibitor ACE či dihydropyridinové deriváty, nebo na kteroukoli pomocnou látku, anamnéza angioedému související s předchozí terapií inhibitory ACE, dědičný nebo idiopatický angioedém, 2. a 3. trimestr těhotenství (viz body Upozornění), současné užívání přípravku Prestance s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo s poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m²) (viz body Interakce a Farmakodynamické vlastnosti), závažná hypotenze, šok včetně kardiogenního šoku, obstrukce výtokového traktu levé komory (např. vysoký stupeň stenózy aorty), hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu, současné užívání se sakubitrilem/valsartanem, přípravek Prestance nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu ** a Zvláštní upozornění), mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz bod Interakce), signifikantní bilaterální renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné funkční ledviny (viz bod Zvláštní upozornění). **UPOZORNĚNÍ***: **Zvláštní upozornění**: **Hypersenzitivita/angioedém/intestinální angioedém**: vysadit a zahájit monitorování až do úplného vymizení symptomů. Angioedém související s otokem hrtanu může být smrtelný. Současné užívání perindoprilu a sakubitrilu/valsartanu je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Léčbu sakubitrilem/valsartanem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčbu perindopilem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání inhibitory ACE s rasekardotilem, mTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin) může vést ke zvýšenému riziku angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka spolu s poruchou dýchání nebo bez poruchy dýchání). U pacientů, kteří již užívají inhibitor ACE, je třeba opatrnosti při počátečním podání rasekardotilu, mTOR inhibitorů (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin) **. **Anafylaktoidní reakce během alergické nízkodenzitní lipoproteinů (LDL)**: vzácná, u pacientů s předchozími život ohrožujícími anafylaktoidními reakcemi, dočasně vysadit léčbu před vyšetřeními. **Anafylaktoidní reakce během alergické nízkodenzitní lipoproteinů (LDL)**: vzácná, u pacientů s předchozími život ohrožujícími anafylaktoidními reakcemi, dočasně vysadit léčbu před vyšetřeními. Tyto reakce se znovu objevily po náhodném opětovném vystavení. **Souběžné užívání inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus)**: zvýšené riziko angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka s poruchou dýchání nebo bez ní). **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytenie/anémie**: extrémní opatrnost u pacientů s kolagenovým vaskulárním onemocněním, s imunosupresivní léčbou, léčbou alopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů. **Renovaskulární hypertenze**: Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné funkční ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. **Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS)**: zvýšení rizika hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se nedoporučuje. Pokud je léčba duální blokádou považována za naprosto nezbytnou, má k ní docházet pouze pod dohledem specializovaného lékaře a za častého pečlivého sledování funkce ledvin, elektrolytů a krevního tlaku. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Těhotenství**: zastavit léčbu. V případě nutnosti zahájit alternativní léčbu. **Primární hyperaldosteronismus**: Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. **Opatrnosti pro použití**: Hypotenze: u pacientů se zvýšeným rizikem symptomatické hypotenze sledovat krevní tlak, renální funkci a hladinu draslíku (se sníženým objemem nebo se závažnou renin-dependentní hypertenzí) nebo s ischemickou chorobou srdeční nebo s cerebrovaskulárním onemocněním. Přechodná hypotenze odpověď není kontraindikací pro podávání dalších dávek, jakmile krevní tlak stoupne po zvýšení objemu. **Kortální a mitrální stenóza/hyperreflexická kardiomyopatie**: podávat s opatrností. **Srdeční selhání**: používat s opatrností u pacientů s městnavým srdečním selháním. **Renální poškození**: monitorování draslíku a kreatininu; individuální titrace dávky jednotlivých složek přípravku, pokud Cl_{CR} < 60 ml/min). U pacientů se stenózou renální arterie může dojít ke zvýšení urey v krvi a kreatininu; v případě renovaskulární hypertenze existuje riziko závažné hypotenze a renálního selhání. **Renální selhání**: amlodipin není dialyzovatelný. **Hepatální selhání**: vzácné, podání inhibitory ACE mělo vzácné souvislosti se syndromem počínajícím cholestatickou žloutenkou a progresujícím až v náhlou hepatickou nekrózu a (někdy) úmrtí; ukončit léčbu v případě rozvoje žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů. **Porucha funkce jater**: při závažném poškození jater pomalu titrovat dávku a pečlivě monitorovat hodnoty pacienta. **Černošská populace**: perindopril může být méně účinný a způsobit vyšší procento angioedému ve srovnání s jinými rasy. **Neplodnost**: u některých pacientů léčených blokátory kalciových kanálů zaznamenány reverzibilní biochemické změny v hladině spermií. **Hyperkalemie**: časté monitorování koncentrace draslíku v krvi v případě renálního selhání, zhoršení renálních funkcí, věk > 70 let, diabetes mellitus, dehydratace, akutní kardiální dekompenzace, metabolická acidóza a současné užívání kalium-šetřících diuretik a soli obsahujících draslík a zejména antagonistů aldosteronu nebo blokátory receptorů angiotensinu **. U pacientů užívajících ACE inhibitory mají být proto kalium šetřící diuretika a blokátory receptorů angiotensinu užívány opatrně a má být kontrolována hladina draslíku v séru a funkce ledvin **. **Diabetici**: během prvního měsíce monitorovat glykémii. **Hypertenze krize**: bezpečnost a účinnost nebyla stanovena. **Starší pacienti**: dávku zvyšovat s opatrností. **Intolerance galaktózy/malabsorpce glukózy-galaktózy/urození deficit laktázy**: lék nemá být užíván. **INTERAKCE***: **Kontraindikace**: aliskiren u diabetiků nebo u pacientů s poruchou funkce ledvin, mimotělní léčba, sakubitril/valsartan. **Současné užívání se nedoporučuje**: draslík-šetřící diuretika (např. triamteren, amilorid), doplňky draslíku nebo doplňky obsahující soli draslíku, lithium, estramustin, dantrolen (infuze), grapefruit nebo grapefruitový džus, blokátory receptorů pro angiotenzin II nebo aliskiren (u jiných pacientů, než diabetiků nebo s poruchou funkce ledvin). **Současné užívání, které vyžaduje zvláštní opatrnost**: nesteroidní antilozistika (NSAID) včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den, antiplateletika (inzulin, perorální antiplateletika), draslík-šetřící diuretika, draslík-šetřící diuretika (eppleron, spironolaktón), rasekardotil, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus), gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), induktoři CYP3A4 (rifampicin, těžkáka tečkováná), inhibitory CYP3A4, baklofen. **Současné užívání, které vyžaduje určitou opatrnost**: sympatomimetika, žláta, takrolimus, antihypertenziva, vazodilatancia, kortikosteroidy, tetraokosaid, alfa-blokátory (prazosin, alfuzosin, doxazosin, tamsulosin, terazosin), amifostin, tricyklická antidepresiva, antipsychotika, anestetika, cyklosporin, simvastatin, další léky s antihypertenzními vlastnostmi. **Léky vyvolávající hyperkalemii** **: aliskiren, soli draslíku, draslík-šetřící diuretika (např. spironolaktón, triamteren nebo amilorid), inhibitory ACE, antagonisté receptorů pro angiotenzin II, NSAID, hepariny, imunosupresiva jako cyklosporin nebo takrolimus, trimethoprim a kotrimoxazol (trimethoprim/sulfamethoxazol). Proto není kombinace přípravku Prestance s výše zmíněnými přípravky doporučena. Pokud je současné podávání indikováno, je třeba je podávat s opatrností a s pravidelnými kontrolami hladin draslíku v séru **. **TEHOTENSTVÍ A KOJENÍ***: Podávání není doporučeno v prvním trimestru těhotenství a během kojení. Podávání je kontraindikováno ve 2. a 3. trimestru těhotenství. **FERTILITA** **: U některých pacientů léčených blokátory kalciových kanálů zaznamenány reverzibilní biochemické změny v hladině spermií. **ÚČINNOST NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE** **: Může být zhoršena v případě závratí, bolesti hlavy, únavy, malátnosti nebo nevolnosti. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY** **: **Velmi časté**: somnolence, závratě, bolest hlavy, dyspnoe, parestezie, potížení zraku, diplopie, tinitus, palpitace, návaly, hypotenze, dyspnoe, kašel, bolest břicha, nauzea, zvracení, dyspepsie, změna způsobu vyprazdňování stolice, průjem, zácpa, svědění, vyrážka, exantém, otok kloubů (otok kotníků), svalové křeče, únavy, astenie. **Méně časté**: eozinofilie, tachykardie, vaskulitida, hypersenzitivita, hypoglykémie, hyperkalemie, hyponatremie, nespavost, poruchy nálady (včetně úzkosti), deprese, porucha spánku, třes, hypotenze, synkopa, rinitida, bronchospasmus, kašel, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a atrální fibrilace), suchý v ústech, angioedém tváře, končetin, rtů, sliznic, jazyka, glottis a/nebo hrtanu, alopecie, purpura, zabarvení kůže, hyperhidróza, kopřivka, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, artralgie, myalgie, bolest v zádech, poruchy močení, noční močení, poklusuřie, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynékomastie, periferní otok, bolest na hrudi, bolest, malátnost, pyrexie, zvýšení tělesné hmotnosti, snížení tělesné hmotnosti, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, pád. **Vzácné**: stav zmatenosti, zhoršení srdeční, zvýšená hladina bilirubinu v krvi, zvýšení hladin jaterních enzymů. **Velmi vzácné**: leukopenie/neutropenie, agranulocytóza nebo pancytopenie, hemolytická anémie z defektu enzymů u pacientů s vrozenou nedostatečností G-6PDH, snížení hemoglobinu a hematokritu, hyperglykémie, hypertonie, periferní neuropatie, angina pectoris, infarkt myokardu, arytmie, cévní mozková příhoda - pravděpodobně sekundární v důsledku nadměrné hypotenze u vysoké rizikových pacientů, eozinofilní pneumonie, gingivální hyperplazie, pankreatitida, gastritida, hepatitida, bledlivost buď cytolytická nebo cholestatická, zvýšení jaterních enzymů (v souvislosti s cholestázou), Quinckeho edém, erythema multiforme, Stevens-Johnsonův syndrom, exfoliativní dermatitida, akutní renální selhání. **Není známo**: Raynaudův fenomén, extrapyramidový porucha (extrapyramidový syndrom), toxická epidermální nekrolýza. U jiných inhibitory ACE byly hlášeny případy SJAHD (syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu). SJAHD lze považovat za velmi vzácnou, ale možnou komplikaci spojenou s léčbou inhibitory ACE, včetně perindoprilu. **PŘEDÁVKOVÁNÍ** **: Perindopril je inhibitor enzymu, který konvertuje angiotenzin na angiotenzin II (angiotenzin konvertující enzym - ACE). Amlodipin je inhibitorem transportu kalciových iontů patří do skupiny dihydropyridinů (blokátory pomalých kanálů nebo antagonistů kalciových iontů), který inhibuje transmembránový transport kalciových iontů do srdečních buněk a buněk hladkého svalstva cévních stěn. **BALENÍ** **: Balení 30, 90 a 120 tablet Prestance v silách 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg. **Uchovávání**: Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní teplotní podmínky uchovávání. **Držitel rozhodnutí o registraci**: LES LABORATOIRES SERVIER, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, France. Registrační číslo: 58/203-206/08-C. Datum poslední revize textu: 11.6.2021. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravek je k dispozici v lékárnách a je na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

*pro úplnou informaci si prosím přečtete celý Souhrn údajů o přípravku ** všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku Prestance

Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz



PROGRAM – pátek 22. října 2021

8.45 ZAHÁJENÍ KONGRESU

8.50–10.10 REVMATOLOGIE

Garant prof. MUDr. Petr Němec, Ph.D.

- Doporučené postupy k léčbě osteoartrózy – Olejárová M.
- Kdy pomýšlet na zánětlivou příčinu bolesti zad? – Procházková L.
- Hyperurikemie a dna v ambulanci praktického lékaře – Závada J.
- Revmatická polymyalgie – nejčastější zánětlivé revmatické onemocnění u starších osob – Němec P.

10.10–10.30 PŘESTÁVKA

10.30–12.10 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE I

- Správná kalémie u srdečního selhání je výše, než byste možná čekali: kde je a jak se k ní dostat? – Pudil R.
- Současný přístup k terapii OAB pohledem specialisty – Žalmanová S.
- Osvědčená léčba deprese – Holanová M.
- HIV – proč je důležité léčit včas – Snopková S. (Přednáška sponzorovaná firmou Gilead Sciences, s. r. o.)
- Koho a jak dnes léčíme s hepatitidou C – Husa P. (Přednáška sponzorovaná firmou Gilead Sciences, s. r. o.)

12.10–13.00 OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA

13.00–14.40 ONEMOCNĚNÍ A BOLEST DOLNÍ KONČETINY

Garant prof. MUDr. Igor Čižmář, Ph.D.

- Bolesti nohy – plochoňoží a degenerativní postižení nohy – co mohu udělat jako praktický lékař? – Rapi J.
- Zarostlý nehet – banální problém? – Kovařík J.
- Pouřazové stavy – „rychloukurz“ – co lze čekat za následky a co doporučit po dílčích poraněních – Čižmář I.
- Bolesti kolene – první kontakt, postup řešení – Uher T.
- „Neřešitelné“ obtíže pacientů na dolní končetině – Čižmář I.

14.40–15.10 PŘESTÁVKA

15.10–16.30 KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ

Garant doc. MUDr. Ondřej Petrák, Ph.D.

- Léčba hypertenze u pacientů s obezitou – Vysočanová P.
- Hypertenze jako dobře ovlivnitelný rizikový faktor kardiovaskulárních komplikací – Petrák O.
- Vyšší tepová frekvence u hypertoniků jako prediktor horší prognózy – Šnejdrová M.
- „To důležité je očím neviditelné“... aneb nelehký život s CVD – Černohorská J.

16.30–18.00 NEUROLOGIE

Garant doc. MUDr. Eva Vlčková, Ph.D.

- Akutní bolesti v lumbosakrální oblasti – Adamová B.
- Epileptologie pro praxi – Doležalová I.
- Časná diagnostika roztroušené sklerózy – Štourač P.
- Současný management akutních ischemických cévních mozkových příhod – Jura R.
- Bolesti hlavy v ordinaci praktického lékaře – Vlčková E.

PROGRAM – sobota 23. října 2021

9.00–10.30 NOVINKY V RESUSCITACI

Garant prof. MUDr. Petr Štourač, Ph.D.

- Úvod – nová guidelines ERC – Štourač P.
- Resuscitace dětí – základní a rozšířená – Kosinová M.
- Resuscitace dětí – prevence kardiorepirační zástavy – Djakow J.
- Poporodní adaptace a resuscitace novorozence – Jechová L.
- Základní resuscitace a první pomoc u dospělých – opakování a novinky – Mathauser R.

10.30–11.00 PŘESTÁVKA

11.00–12.45 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE II

- Urogenitální infekce – kazuistiky – Emmer J.
- Co nového přináší Evropský konsenzus o rinosinusitidě a nosní polypóze 2020 (EPOS 2020) – Horník P.
- Isoprinosine – opakované virové infekty – Jelínek M.
- Průjemová onemocnění dětí i dospělých doma i na cestách. Změnilo se něco v přístupu v diagnostice či léčbě? – Roháčová H.
- Aktuality v očkování rizikových pacientů – Petroušová L.
- Systémová enzymoterapie a její možnosti léčebného využití v medicíně – Kočár A.

12.45–13.00 PŘESTÁVKA

13.00–14.00 IP NENÍ VŠECHNO JENOM COVID...

Garantka MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.

- Interaktivní přednáška s hlasováním publika

14.00 ZÁVĚR KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY

IP interaktivní přednáška/blok

Změna programu vyhrazena

6. kongres Medicíny pro praxi v Brně – kongres praktických lékařů

22.–23. října 2021 | Hotel International Brno

Pořadatel

Společnost SOLEN, s.r.o., ve spolupráci s II. interní klinikou FN u sv. Anny v Brně

Odborný garant

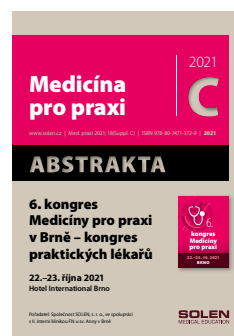
prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

Organizátor

SOLEN, s.r.o., Lazecská 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: Mgr. Kristýna Slouková, 773 779 632, sloukova@solen.cz
Zajištění výstavních ploch: Mgr. Martin Jíša, 734 567 855, jisa@solen.cz
Programové zajištění: Mgr. Hana Ševčíková, 777 557 411, sevcikova@solen.cz
Grafické zpracování a sazba: Lucie Šilberská

Ohodnocení

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena 12 kredity pro lékaře.



Supplementum C Medicína pro praxi

Citační zkratka:

Med. praxi 2021; 18(Suppl C).

Vydal: Solen, s.r.o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-372-9

Prevenar 13

Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná)

65+

Hrazeno
ze zdravotního
pojištění¹

**ANI V SOUČASNÉ
DOBĚ NEZAPOMÍNEJTE
NA OČKOVÁNÍ PROTI
DALŠÍM PREVENTABILNÍM
ONEMOCNĚNÍM
DÝCHACÍCH CEST NAPŘ.
PNEUMOKOKOVÉMU
ZÁPALU PLIC.³**

**Právě Vy můžete pomoci chránit očkováním pacienty starší 65 let,
kteří jsou ve zvýšeném riziku onemocnění pneumokokovými infekcemi.²**

Očkování pacientů máte ve svých rukou.

Zkrácená informace o přípravku: Prevenar 13 injekční suspenze. Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13-valentní, adsorbovaná). **Složení:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: Pneumococcale polysaccharidum serotypus 1* (2,2 µg), 3* (2,2 µg), 4* (2,2 µg), 5* (2,2 µg), 6A* (2,2 µg), 6B* (4,4 µg), 7F* (2,2 µg), 9V* (2,2 µg), 14* (2,2 µg), 18C* (2,2 µg), 19A* (2,2 µg), 19F* (2,2 µg), 23F* (2,2 µg). *Konjugován s nosným proteinem CRM197 (32 µg) a adsorbován na fosforečnan hliníku (0,125 mg hliníku); a další pomocné látky. **Indikace:** Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění, pneumonie a akutní otitis media, vyvolaných Streptococcus pneumoniae u kojenců, dětí a dospívajících ve věku od 6 týdnů do 17 let. Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění a pneumonie způsobených Streptococcus pneumoniae u dospělých ≥ 18 let a starších pacientů. **Dávkování a způsob podání:** Kojenci a děti ve věku 6 týdnů - 5 let: Doporučuje se, aby kojenci, kteří dostali první dávku přípravku Prevenar 13, dokončili očkování přípravkem Prevenar 13. Kojenci ve věku 6 týdnů - 6 měsíců a předčasně narozené děti: Tři dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami. První dávka se podává ve věku 2 měsíců, nejdříve může být podána ve věku 6 týdnů. Čtvrtou dávku se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. U kojenců ve věku 6 týdnů - 6 měsíců může být alternativně podána série tvořená 3 dávkami po 0,5 ml. První dávka může být podána od věku 2 měsíců, druhá dávka o 2 měsíce později. Třetí dávku se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. Dříve neočkovaní kojenci a děti ve věku ≥ 7 měsíců: Kojenci 7-11 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc. Třetí dávku se doporučuje podat ve druhém roce života. Děti ve věku 12-23 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 2 měsíce. Děti a dospívající ve věku 2 - 17 let: Jedna samostatná dávka 0,5 ml. Kojenci a děti dříve očkované přípravkem Prevenar: Kojenci a děti, u nichž bylo očkování zahájeno přípravkem Prevenar, mohou být převedeni na přípravek Prevenar 13 v kterémkoli stadiu očkování. Malé děti (12-59 měsíců) kompletně imunizované přípravkem Prevenar by měly dostat jednu dávku 0,5 ml přípravku Prevenar 13, nejméně 8 týdnů po poslední dávce přípravku Prevenar. Děti a dospívající ve věku 5-17 let: 1 dávka přípravku Prevenar 13, pokud byly očkovány jednou nebo více dávkami přípravku Prevenar, nejméně 8 týdnů po poslední dávce přípravku Prevenar. Dospělí ≥ 18 let a starší pacienti: Jedna samostatná dávka. Potřeba revakcinace následnou dávkou přípravku Prevenar 13 nebyla stanovena. Bez ohledu na stav předchozí pneumokokové vakcinace, pokud je použito 23valentní pneumokokové polysacharidové vakcíny považované za vhodné, Prevenar 13 by měl být podán jako první. Speciální populace: Jedincům s chorobami predisponujícími k invazivnímu pneumokokovému onemocnění (například se srpkovitou anémií nebo HIV infekcí) včetně jedinců dříve očkovaných jednou nebo více dávkami 23valentní pneumokokové polysacharidové vakcíny může být podána nejméně jedna dávka přípravku Prevenar 13. U jedinců po transplantaci hematopoetických kmenových buněk (HSCT) se doporučené imunizační schéma skládá ze čtyř dávek přípravku Prevenar 13 po 0,5 ml. Vakcína se má podávat formou intramuskulární injekce. Přednostním místem podání je anterolaterální část stehna u kojenců nebo deltový sval horní části paže u dětí a dospělých. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na difterický toxoid. Podobně jako u jiných vakcín i aplikace přípravku Prevenar 13 má být odložena u jedinců trpících akutním závažným horečnatým onemocněním. Přítomnost mírné infekce jako je nachlazení, by neměla být příčinou oddálení očkování. **Zvláštní upozornění:** Prevenar 13 nesmí být aplikován intravaskulárně. Jedincům s trombocytopenií nebo s jinými poruchami koagulace, nesmí být podán intramuskulárně, ale může být podán subkutánně v případě, že potenciální přínos převáží nad rizikem podání. Prevenar 13 chrání pouze proti sérotypům Streptococcus pneumoniae, které vakcína obsahuje a nechrání proti jiným mikroorganismům, které způsobují invazivní onemocnění, pneumonii nebo zánět středního ucha. Podobně jako jiné vakcíny nemůže ani Prevenar 13 ochránit všechny očkované jedince před pneumokokovým onemocněním. Jedinci se sníženou imunitní odpovědí mohou mít sníženou protilátkovou odpověď na aktivní imunizaci. **Interakce:** Kojenci a děti ve věku 6 týdnů až 5 let: Prevenar 13 může být podáván současně s některou z následujících vakcín: vakcínou proti difterii, proti tetanu, acelulární nebo celobuněčnou vakcínou proti pertusi, vakcínou proti Haemophilus influenzae typu b, inaktivovanou vakcínou proti poliomyelitidě, proti hepatitidě B, proti meningokokům skupiny C, proti spalničkám, příušnicím, zářenkám, proti planým neštovicím a vakcínou proti rotavirům. Mezi 12 - 23 měsíci může být také podán současně s konjugovanou polysacharidovou vakcínou proti meningokokům skupin A, C, W a Y, a to dětem, které byly adekvátně primárně očkovány přípravkem Prevenar 13. Děti a dospívající ve věku 6-17 let a dospělí ve věku 18-49 let: V současné době nejsou k dispozici žádné údaje týkající se současného podávání s jinými vakcínami. Dospělí ve věku 50 let a starší: Přípravek Prevenar 13 může být podán současně se sezónní trivalentní (TIV) i se sezónní kvadrivalentní (QIV) inaktivovanou chřipkovou vakcínou. Různé injekční vakcíny musí být vždy podány každá do jiného místa. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Neexistují údaje o použití pneumokokové 13valentní konjugované vakcíny u těhotných žen. Přípravek by proto neměl být podáván během těhotenství. Není známo, zda je pneumokoková 13valentní konjugovaná vakcína vylučována do mateřského mléka. **Nežádoucí účinky:** Mezi nejčastěji hlášené nežádoucí účinky u dětí 6 týdnů až 5 let patřily reakce v místě očkování, horečka, podrážděnost, nechutenství, zvýšená spavost a/nebo nespavost, u dětí a dospívajících ve věku 6-17 let nechutenství, podrážděnost, reakce v místě očkování, somnolence, neklidný spánek. V případě současného podání přípravku Prevenar 13 a přípravku Infanrix hexa byla pozorována zvýšená četnost hlášení křečí (s horečkou nebo bez ní) a hypotonicko-hyporepznívných epizod (HHE). U dospělých osob byly velmi časté: snížení chuti k jídlu, bolesti hlavy, vyrážka, artralgie, myalgie, zimnice, únava, zarudnutí, reakce v místě očkování, omezená pohyblivost paže. U osob ve věku 18-49 let nebo s HIV infekcí nebo po HSCT průjem a zvracení, u osob 18-29 let nebo s HIV infekcí nebo po HSCT pyrexie. **Předávkování:** Předávkování přípravkem Prevenar 13 není pravděpodobné vzhledem ke způsobu balení v předplněné injekční stříkačce. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C - 8 °C). Chraňte před mrazem. Přípravek Prevenar 13 je stabilní při teplotách do 25 °C po dobu 4 dnů. Na konci této doby má být přípravek použit nebo zlikvidován. **Balení:** 0,5 ml injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce s pístovou zátkou a ochranným krytem hroty, s injekční jehlou nebo bez ní. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Europe MA EHF, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Bruxelles, Belgie. **Registrační číslo:** EU/1/09/590/002. **Datum poslední revize textu:** 25.11.2020. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek Prevenar 13 je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro osoby splňující podmínky dané zákonem č. 648/1997 Šv v aktuálním znění. Před předepsáním se, prosím, seznámte s úplnou informací o přípravku.

Reference: 1. Metodický postup k vykazování očkování od 1.8.2021. Dostupné na: <https://www.vzp.cz/oskytovatele/informace-pro-praxi/ockovani/metodicky-postup-k-vykazovani-ockovani>, staženo 1.9.2021. 2. CDC. Risk Factors and Transmission. Dostupné na: <https://www.cdc.gov/pneumococcal/about/risk-transmission.html>, Staženo: 1.9.2021. 3. Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public: Mythbusters. Dostupné na: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/myth-busters>, staženo 10.5.2021.

Revmatologie

garant prof. MUDr. Petr Němec, Ph.D.

pátek / 22. října 2021 / 8.45–10.05 hod.

Kdy pomýšlet na zánětlivou příčinu bolesti zad?

MUDr. Leona Procházková, Ph.D.

II. interní klinika, FN u sv. Anny Brno a LF MU Brno

Bolest zad je široce rozšířeným problémem, se kterým se v každodenní praxi setkávají lékaři různých odborností. Diferenciální diagnostika bolesti zad může být vzhledem k množství možných příčin obtížná, na druhé straně, v případě, že se jedná o projev zánětlivého onemocnění, je rychlé stanovení diagnózy podmínkou pro včasné zahájení terapie.

Jednou z méně častých příčin bolesti zad jsou i revmatická onemocnění, zejména choroby ze skupiny spondyloartritid. Jejich typickým projevem je tzv. zánětlivá bolest zad, která má své určité charakteristiky. Onemocnění se rozvíjí v mladém věku s nejčastějším začátkem obtíží ve 3. deceniu života. Charakteristický je plíživý počátek bolestí dolních zad, s chronickým průběhem v podobě délky trvání obtíží více než 3 měsíce, ranní ztuhlostí a typickým nočním a ranním maximem bolesti. Na rozdíl od jiných příčin bolesti je u spondyloartritid typická úleva od bolesti při pohybu, zatímco klid úlevu nepřináší. Základem pro diagnostiku nemoci jsou kromě klinických projevů nálezy na rentgenovém vyšetření sakroiliakálních kloubů a páteře a v časných fázích onemocnění pak zejména průkaz zánětlivých změn při vyšetření magnetickou rezonancí. Laboratorní vyšetření, jako je např. stanovení přítomnosti HLA-B27 antigenu, jsou pomocná, hodnocení markerů zánětu přináší spíše informace o aktivitě onemocnění.

Bolesti zad jsou také projevem difúzní idiopatické skeletální hyperostózy, na rozdíl od spondyloartritid se však rozvíjí v pokročilejším věku zejména u pacientů s metabolickým syndromem a bolesti nemají typický zánětlivý charakter. Mimo spondyloartritidy se v revmatologii setkáváme také s postižením krční páteře u pacientů s revmatoidní artritidou. Toto postižení provází většinou již etablovanou a déle trvající chorobu a diagnostika tak nečiní obtíže.

U spondyloartritid je však bolest zad většinou prvním projevem nemoci. Vzhledem k dnešním možnostem účinné terapie již v časných fázích těchto zánětlivých revmatických onemocnění a s přihlédnutím k evidenci, že časné zahájení terapie má větší šanci na úspěch v podobě zábrany rozvoje nevratných strukturálních změn, je včasné stanovení diagnózy krucální. Rychlé rozpoznání typických znaků zánětlivé příčiny bolesti zad v ambulanci praktického lékaře, ale i jiných odborných lékařů, může být pro další vývoj onemocnění zásadní.

Hyperurikemie a dna v ambulanci praktického lékaře

doc. MUDr. Jakub Závada, Ph.D.

Revmatologický ústav, Praha

Dna je metabolické onemocnění způsobené ukládáním urátových krystalů do kloubů a měkkých tkání následkem chronické hyperurikemie. Typické klinické projevy akutní dnové ataky, jako je akutní artritida, tenosynovitida, nebo bursitida, jsou způsobeny zánětlivou reakcí na urátové mikrokristaly. Existují dvě odlišné, ale komplementární linie léčby dny: 1) léčba akutní dnové ataky a prevence jejich recidiv, 2) léčebná a dietní opatření k dlouhodobému snížení hladiny kyseliny močové v plazmě a resorpci nálože urátu z tkání, kloubů a tofů. Přestože se objevují nové zajímavé možnosti farmakoterapie dny, je především nutné správně využívat nástrojů, které máme již řadu let k dispozici. Nedávné studie zabývající se kvalitou péče o pacienty se dnou ukázaly řadu nedostatků týkajících se farmakoterapie dny. Jde především o 1) nedostatečné dávkování hypourikemických léků, 2) nedostatečné sledování efektu hypourikemické léčby, 3) nedostatečnou profylaxi dnových atak při zahájení hypourikemické léčby. Velmi důležitá je

správná edukace pacienta, která může výrazně snížit non-compliance s léčbou. V současnosti neexistuje shoda na farmakologické léčbě asymptomatické hyperurikémie.

Revmatická polymyalgie – nejčastější zánětlivé revmatické onemocnění u starších osob

prof. MUDr. Petr Němec, Ph.D.

Revmatologická ambulance, II. interní klinika, FN u sv. Anny v Brně a LF MU

Polymyalgia rheumatica (PMR) je zánětlivé revmatické onemocnění neznámé etiopatogeneze, které se manifestuje především symetrickou bolestí a ranní ztuhlostí v oblasti ramenních a pánevních pletenců a v oblasti šíje. Až 21 % pacientů může mít současně příznaky obrovskobuněčné arteriitidy s obávanými komplikacemi zahrnujícími trvalou ztrátu zraku nebo disekci aorty. PMR postihuje zejména osoby starší 50 let a především ženy. Nejvyšší incidence onemocnění je však mezi 70.–80. rokem života. Laboratorně je onemocnění doprovázeno známkami systémového zánětu. Pro diagnostiku PMR neexistuje žádný specifický laboratorní test. Diagnóza onemocnění se opírá o přítomnost charakteristických klinických symptomů u starších osob, zvýšení reaktantů akutní fáze a případně o výsledky moderních zobrazovacích metod, zejména ultrasonografie, případně pozitronové emisní tomografie. Stanovení diagnózy PMR činí i v dnešní době potíže. Diferenciální diagnostika tohoto onemocnění je velice široká. Často se jedná o diagnózu per exclusionem. Onemocnění musí být diagnostikováno a léčeno včas a adekvátně, jinak může mít negativní dopad na fyzickou kondici, kvalitu života, případně na zvýšení kardiovaskulárního rizika. Základním lékem v terapii PMR zůstávají glukokortikoidy. Doporučená iniciační dávka prednisonu je 12,5–25 mg denně. Po dosažení efektu je možné zahájit pomalou redukci jejich dávky, ale minimální délka léčby by měla být jeden rok. Režim léčby glukokortikoidy by měl být u každého pacienta zvolen individuálně tak, aby byla optimálně vybalancována rizika a přínos léčby. Před zahájením léčby a v jejím průběhu je doporučeno monitorovat aktivitu, rizika relapsu onemocnění, přítomnost přidružených onemocnění, efekt a bezpečnost léčby. Ze skupiny glukokortikoidy šetřících léků lze doporučit pouze použití methotrexátu, v budoucnu pravděpodobně i některých biologických léků, zejména inhibitorů receptoru interleukinu-6. Česká revmatologická společnost v letošním roce připravila novelizaci svých Doporučených diagnostických a terapeutických postupů pro všeobecné praktické lékaře týkající se vybraných revmatických onemocnění včetně PMR. Praktický lékař by měl při klinickém podezření na PMR: 1) zajistit včasné revmatologické vyšetření, 2) provést minimální soubor doplňkových vyšetření, 3) vyloučit zejména infekční a nádorová onemocnění, příznaky obrovskobuněčné arteriitidy a stavy napodobující symptomy typické pro PMR, 4) nezahajovat terapii glukokortikoidy až do vyšetření revmatologem, aby nedošlo k zastření příznaků. V případě, že praktický lékař rutinně diagnostikuje a léčí pacienty s PMR dle doporučených postupů, je nezbytné urychleně odeslat pacienta s PMR k revmatologovi v případech: a) normálních anebo extrémně vysokých hodnot reaktantů akutní fáze na začátku onemocnění, b) atypických symptomů PMR včetně přítomnosti periferní artritidy, orgánového poškození, c) špatné odpovědi na adekvátní dávky glukokortikoidů, d) zvažování nasedajícího nebo současně se vyskytujícího dalšího revmatického onemocnění, e) při klinickém podezření na obrovskobuněčnou arteriitidu, kdy by měl být pacient urgentně předán do specializovaného revmatologického pracoviště k dalšímu vyšetření a okamžitému zahájení adekvátní terapie. Praktický lékař by měl monitorovat projevy toxicity glukokortikoidů, nové komorbidity, výskyt tradičních kardiovaskulárních rizikových faktorů a tyto adekvátně léčit a aktivně pátrat po možných projevech obrovskobuněčné arteriitidy a riziku ztráty zraku.

Aktuality do vaší ordinace I

pátek / 22. října 2021 / 10.30–12.10 hod.

Správná kalémie u srdečního selhání je výše, než byste možná čekali: kde je a jak se k ní dostat?

prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D.

I. interní kardioangiologická klinika, FN Hradec Králové

Napadlo vás někdy nebo pozastavili jste se někdy nad tím, že normokalémie má de facto jen jedno rozmezí fyziologických hodnot a nijak nezohledňuje třeba pohlaví nebo diagnózu? Jakoby platilo, že „křížek v závorce“ z laboratoře je stav fyziologický, a tedy vždy správný, bez důvodu k intervenci.

U chronického srdečního selhání je nově jasně prokázáno, že optimální kalémie koreluje s obecně platným rozmezím normokalémie jen částečně. Pro tuto diagnózu je potvrzeno specifické rozmezí hodnot – optimum, při kterém je prognóza jasně nejpříznivější. Při odchýlení se od tohoto optima se prognóza významně zhoršuje.

Kde toto optimum leží? Jak intervenovat? Jak využít suplementace draslíku? Odpovědi poskytne tato přednáška.

HIV – proč je důležité léčit včas

doc. MUDr. Svatava Snopková, Ph.D.

Klinika infekčních chorob, Fakultní nemocnice Brno

Infekce HIV vede postupně ke zhoršování funkce imunitního systému, což je spojeno s rozvojem oportunních infekcí a nádorů, a v terminální fázi k jeho úplnému selhání. I při současné pokročilosti medicíny zůstává infekce virem HIV nadále opředena řadou mýtů a iracionální stigmatizací, a to i mezi zdravotníky. V současnosti je k dispozici vysoce účinná antiretrovirová léčba, která pacientům umožňuje žít plnohodnotný život bez výrazných omezení, a to včetně založení rodiny. Stěžejní je zahájení léčby v časném stadiu onemocnění, což jde ruku v ruce s brzkým stanovením diagnózy. Zatím se stále setkáváme se zdravotníky, kteří mají obavy pečovat o HIV pozitivní pacienty. Je třeba podotknout, že diagnostikovaný a léčený pacient je výrazně méně infekční oproti pacientovi, který o své nemoci zatím neví. K ovlivnění epidemiologické situace výskytu HIV v ČR je nutné používat všechny nástroje, které máme k dispozici, tedy osvětu a prevenci, preexpozici a postexpozici profylaxi, diagnostiku a léčbu již infikovaných pacientů. Role praktického lékaře je nezastupitelná jak v prevenci, tak ve vyhledávání HIV pozitivních pacientů.

Více informací naleznete na webu testujsevcas.cz.

CS-UNB-0016

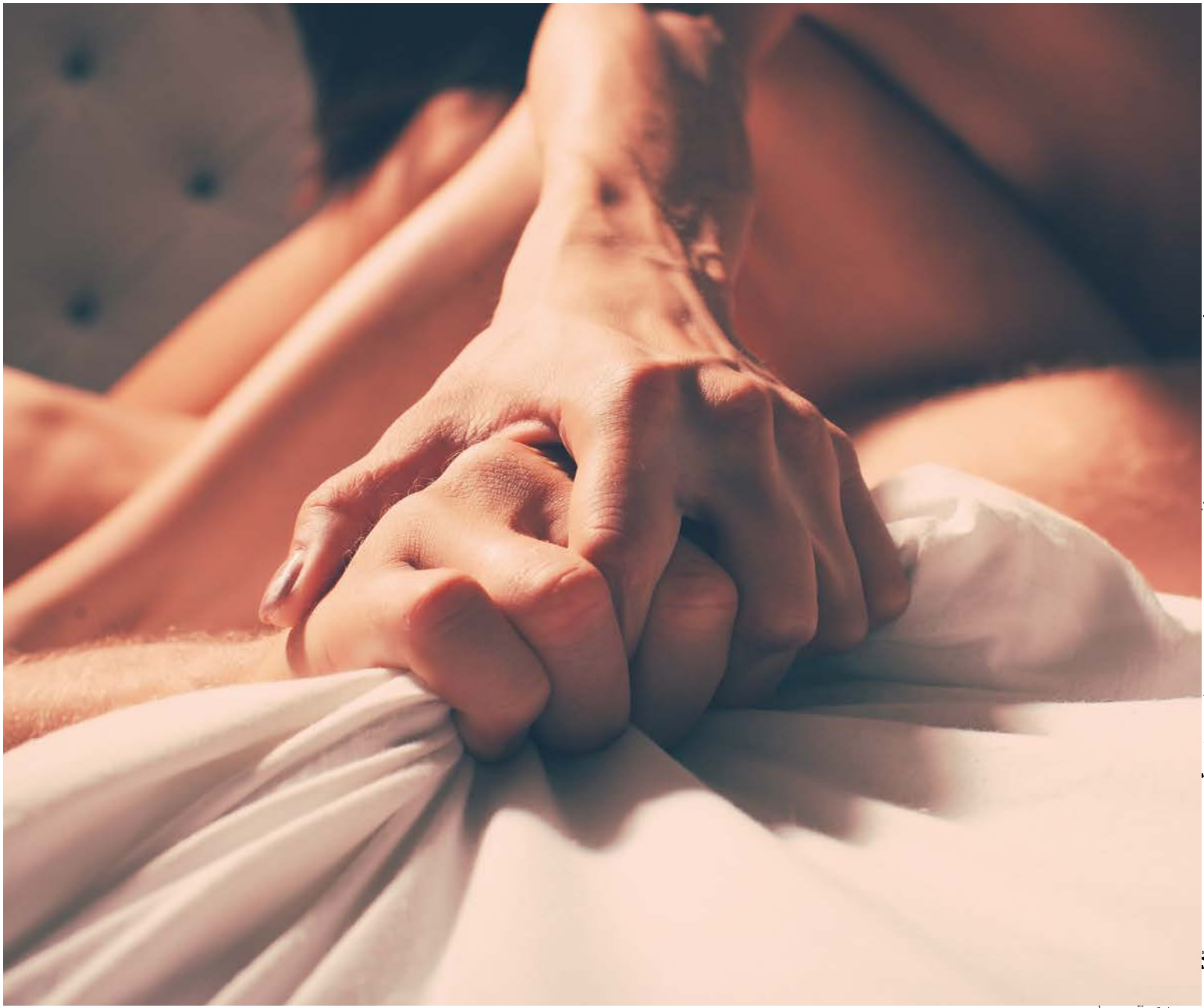
Datum přípravy 8/2021

Koho a jak dnes léčíme s hepatitidou C

prof. MUDr. Petr Husa, CSc.

Klinika infekčních chorob, Fakultní nemocnice Brno

Infekce virem hepatitidy C je onemocnění, kterému se lékaři věnují již přes 30 let. Má necharakteristický klinický obraz, důsledkem může být jaterní cirhóza a hepatocelulární karcinom. Na hepatitidu C je nutno aktivně myslet a vyšetřovat v tomto směru zejména pacienty z rizikových skupin – příjemce transfuzí před rokem 1992, osoby s anamnézou i.v. užívání drog, osoby s rizikovým sexuálním chováním. Současná farmakoterapie přímo působícími antiviroty přinesla možnost úplného vyléčení HCV infekce, je podstatně kratší a komfortnější ve srovnání s dříve užívanou interferonovou léčbou. Dlouhodobým cílem je eliminace HCV



V ČR žijí tisíce osob, které o své nákaze HIV nebo žloutenkou typu C neví.

Udělejte si krátký test pro dlouhý život.

WWW.TESTUJSEVCAS.CZ

- Veškeré informace na jednom místě
- Základní fakta o nemoci a jejích projevech
- Co je dobré vědět a kdy je důležité se otestovat
- Přehled testovacích a léčebných center



infekce v souladu se strategií WHO. Aktivní vyhledávání a testování infikovaných nemocných je nezbytné pro včasnou a úspěšnou léčbu. Předpokladem je spolupráce lékařů, sociálních pracovníků a nízkoprahových zařízení.

CS-UNB-0020

Datum přípravy 8/2021

Onemocnění a bolest dolní končetiny

garant prof. MUDr. Igor Čižmář, Ph.D.

pátek / 22. října 2021 / 13.00–14.40 hod.

Bolesti nohy – plochonoží a degenerativní postižení nohy – co mohu udělat jako praktický lékař?

MUDr. Jakup Rapi

I. ortopedická klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Bolesti nohou rozličné etiologie jsou častými steskami mnoha pacientů. V mnoha případech se jedná o degenerativní postižení kloubů nohy ve smyslu artrózy, a to jak primární, tak sekundární etiologie. Častěji se však jedná o takzvané statické deformity přednoží, jejichž příčinou je statické dlouhodobé přetěžování nohou, nevhodná obuv, nedostatečná síla a dynamika krátkých svalů nohy a mnohé jiné příčiny. Autor prezentuje diagnózy degenerativní i statické, jejich etiopatogenezi, diagnostické postupy a možnosti konzervativní terapie. V další části přednášky jsou prezentovány možnosti operačního řešení jednotlivých diagnóz, způsoby pooperační léčby a návratu k běžným aktivitám.

Zarostlý nehet – banální problém?

MUDr. Jan Kovařík

IC klinika Brno

Zarostlý nehet představuje jednu z nejčastějších patologií nohy a jeho chirurgické řešení jeden z nejčastějších ambulantních chirurgických výkonů. Postihuje populaci bez jednoznačných preferencí věku, pohlaví či tělesné aktivity. Možnosti léčby jsou nabízeny od babských rad, přes péči pedikérek až po relativně široké spektrum různě modifikovaných chirurgických výkonů. Předmětem přednášky bude nastínění mé představy optimální léčby u pacientů se zarůstajícím nehtem s důrazem na roli praktického lékaře.

Pouřazové stavy – „rychloukurz“ – co lze čekat za následky a co doporučit po dílčích poraněních

prof. MUDr. Igor Čižmář, Ph.D.

IC Klinika Brno

Přednáška prezentuje nejčastější úrazy dolní končetiny, jejich klinický vývoj v ambulantním doléčení, možné následky a komplikace hojení, které by mohly být v ambulanci PL rozpoznatelné a tím i včas případně řešitelné.

Bolesti kolene – první kontakt, postup řešení

MUDr. Tomáš Uher, Ph.D.

IC Klinika Brno

Koleno je velký nosný kloub, jehož správná funkce je nezbytná pro lokomoci, tedy pohyb chůzi. Je ze všech kloubů v těle nejčastěji poraněný nebo poškozený. Pacient poté vyhledá-

DOSAŽENÍ OPTIMÁLNÍ ÚČINNOSTI PRO KAŽDÉHO PACIENTA ⁽¹⁾

„musím si pospíšet“

8 mg

„náhle“

4 mg

„příliš často“

„nemohu čekat“

4 mg

„začíná to být urgentní“

8 mg



Toviaz
 fesoterodin fumarát

OPĚT POD KONTROLOU

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU

Toviaz 4 mg a 8 mg tablety s prodlouženým uvolňováním. **Složení:** léčivá látka fesoterodini fumaras 4 mg nebo 8 mg v tabletě s prodlouženým uvolňováním (odpovídá 3,1 mg a 6,2 mg fesoterodinu). Pomocné látky se známým účinkem: v jedné tabletě 0,525 mg sojového lecitinu a 91,125 mg (resp. 58,125 mg) laktosy; a další pomocné látky. **Indikace:** Léčba symptomů (zvýšená frekvence močení a/nebo urgency močení a/nebo urgentní inkontinence), které se mohou vyskytnout u dospělých pacientů se syndromem hyperaktivního močového měchýře. **Dávkování a způsob podání:** 4 mg jednou denně, podle odezvy pacienta lze dávku zvýšit na 8 mg jednou denně. U pacientů s těžkou renální nebo se středně těžkou jaterní insuficiencí je doporučená dávka 4 mg. Účinnost léčby se doporučuje přehodnotit po 8 týdnech. Přípravek TOVIAZ lze podávat s jídlem nebo bez něj. Přípravek je určen k léčbě dospělých pacientů. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na složky obsažené v přípravku, arašidy či sóju, močová retence, žaludeční retence, nekontrolovaný glaukom s úzkým úhlem, myastenia gravis, těžká jaterní insuficience, současné užívání silných inhibitorů CYP3A4, pacienti se středně těžkou až těžkou jaterní nebo renální insuficiencí, těžká ulcerózní kolitida, toxické megakolon. **Zvláštní upozornění:** Přípravek Toviaz se má používat se zvýšenou opatrností při klinicky významné obstrukci odtoku z močového měchýře s rizikem močové retence, obstrukční gastrointestinální poruše, gastroezofageálním refluxu, snížené gastrointestinální motilitě, autonomní neuropatii, kontrolovaném glaukomu s úzkým úhlem. Před zahájením jakékoli léčby antimuskariniky je třeba vyloučit organické příčiny onemocnění. Při výskytu angioedému je nutné léčbu fesoterodinem přerušit a bezodkladně poskytnout vhodnou léčbu. **Interakce:** Opatrnost při podávání s jinými léčivými přípravky s antimuskarinovými či anticholinergními účinky. Silné inhibitory CYP3A4: Doporučuje se omezit dávku fesoterodinu na 4 mg. Silné indukory CYP3A4: Současné užívání se nedoporučuje. Silné inhibitory CYP2D6: Snížení dávky fesoterodinu na 4 mg může být nezbytné. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Užívání fesoterodinu v těhotenství a v době kojení se nedoporučuje. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Je třeba dbát na zvýšenou opatrnost při řízení vozidel či obsluze strojů vzhledem k možnému výskytu nežádoucích účinků, jako jsou rozmazané vidění, závratě a ospalost. **Nežádoucí účinky:** Mírné až střední antimuskarinové účinky, jako suchost v ústech a očích, sucho v krku, dyspepsie a zácpa. Nespavost, závratě, bolesti břicha, dysurie, nevolnost, bolest hlavy, průjem. **Předávkování:** Případné předávkování se léčí výplachem žaludku s instilací aktivního uhlí a dále symptomaticky. **Uchovávání:** Při teplotě do 25°C, chránit před světlem a vlhkostí. **Balení:** Blistry 7, 14, 28, 30, 56, 84, 98, 100 tablet, HDPE lahvička 30 a 90 tablet. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Europe MA EEIG, Boulevard de la Plaine 171050 Bruxelles, Belgie **Registrační číslo:** EU/1/07/386/001-020. **Datum poslední revize textu:** 13.11.2019. Výdej léku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se, prosím, seznámte s úplnou informací o přípravku.

REFERENCE: 1. Michel MC, Staskin D. Understanding dose titration: overactive bladder treatment with fesoterodine as an example. Eur Urol Suppl. 2011;10:8–13.

PIERRE FABRE MÉDICAMENT s.r.o., Prosecká 851/64, 190 00 Praha 9, e-mail: info.cz@pierre-fabre.com, servis (24h/7d) +420 286 004 111.

vá pomoc od praktického lékaře až po odborníka (traumatologa, ortopeda, revmatologa či fyzioterapeuta). V přednášce je stručný popis anatomie a fyziologie kolena, přehledně jsou zpracovány nejčastější diagnózy. Jednoduše jsou ukázány vyšetřovací postupy s využitím zobrazovacích technik. Autor upozorňuje na případná úskalí či chyby. Doporučuje standardní postupy vyšetření i léčení včetně operačních možností a technik. Na obrázcích vysvětluje i vyšetřovací manévry pro užití v praxi.

„Neřešitelné“ obtíže pacientů na dolní končetině

prof. MUDr. Igor Čižmář, Ph.D.

IC Klinika Brno

Řada pouřazových, neurologických či degenerativních obtíží na dolní končetině výrazně handicapují pacienty, ale povědomí v řadách odborné veřejnosti o možnosti jejich řešení je relativně malé. Přednáška vyzdvihuje poměrně často „neřešené“ invalidizující stavy, které mohou být chirurgickým zásahem zmírněny, a tak i zlepšena kvalita života pacientů.

Kardiovaskulární onemocnění

garant doc. MUDr. Ondřej Petrák, Ph.D.

pátek / 22. října 2021 / 15.10–16.30 hod.

Léčba hypertenze u pacientů s obezitou

MUDr. Petra Vysočanová

Interní kardiologická klinika FN Brno a LF MU

Hypertenze a obezita jsou dvě významná onemocnění a současně kardiovaskulární rizikové faktory, které se vyskytují společně a stále více ovlivňují zdravotní stav populace. Výskyt obezity se v posledních desetiletích výrazně zvýšil. Je známo, že vyšší tělesná hmotnost zvyšuje pravděpodobnost hypertenze a uvažuje se i o tom, že sama hypertenze může být jednou s příčin obezity. Platí, že většina hypertoniků má nadváhu, nebo je obézních a téměř každý obézní má i hypertenzi. Je tedy nutné tato onemocnění léčit společně. Pokles hmotnosti je považován za základní režimový prvek v léčbě hypertenze společně s pravidelným fyzickým pohybem. Každý pokles hmotnosti o 1 kilogram je provázen poklesem systolického krevního tlaku o 1,05 mmHg a diastolického o 0,92 mmHg. Problémem je udržet pokles váhy dlouhodobě. Při omezené nabídce antiobezitiků můžeme pacientům nabídnout, mimo změny stravování a životního stylu, jen chirurgickou léčbu obezity, která rovněž dokáže mírně snížit TK. Základem léčby hypertenze u obézních je blokátor renin-angiotenzinového systému (RAAS) a blokátor kalciových kanálů. Vzhledem k tendenci ke vzniku otoků u obézních se velmi často neobejdeme bez použití diuretika a dáváme přednost metabolicky neutrálním thiazid-like diuretikům (např. indapamid). V posledních 2 letech se prokázalo, že obezita má zásadní vliv na průběh infekce covid-19, terapie RAAS je zcela bezpečná, není ji rozhodně nutné vysazovat, naopak prokázala protektivní efekt na rozvoj komplikací covidu-19.

Hypertenze jako dobře ovlivnitelný rizikový faktor kardiovaskulárních komplikací

doc. MUDr. Ondřej Petrák, Ph.D.

Centrum pro výzkum, diagnostiku a léčbu hypertenze, 3. interní klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Pandemie covidu-19 významně zkrátila průměrný věk dožití české populace, zbytečně bylo ztraceno mnoho životů, a to nejenom v důsledku přímého onemocnění covid-19, trend bude pokračovat i díky odložené léčbě a zpomalení preventivních prohlídek. Pandemie covidu-19

An hourglass with a red heart shape in the top bulb and yellow sand in the bottom bulb, symbolizing the passage of time.

TRIPLIXAM®

Reference: 1. *Lancet*. 2016 Mar 5;387(10022):957-967. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01225-8. Epub 2015 Dec 24.

ukázala důležitost léčby rizikových faktorů. Arteriální hypertenze je jeden z nejčastějších kardiovaskulárních rizikových faktorů a přitom farmakologicky většinou velmi dobře ovlivnitelný. Současný trend prezentovaný i v aktuálních doporučeních Mezinárodní společnosti pro hypertenzi je zahájit léčbu co nejdříve a snažit se dosáhnout cílových hodnot krevního tlaku do 3 měsíců od diagnózy. Prodleva v terapii může urychlit rozvoj orgánových komplikací. Z toho důvodu preferujeme kombinační léčbu, zejména fixní, se kterou dnes můžeme zahájit léčbu i ve stadiu lehké arteriální hypertenze (TK 140–159/90–99 mmHg). Základem léčby jsou inhibitory renin-angiotenzin-aldosteronové osy (inhibitory ACE a sartany) a dihydropyridinové blokátory kalciového kanálu. V případě trojkombinace spolu s diuretikem. Z inhibitorů ACE lze volit perindopril, který má bohatou evidenci, a to nejen v kardiovaskulární ochraně. V rámci fixní kombinace je vhodná léčba perindoprilem s amlodipinem a trojkombinace s diuretikem – indapamidem. Tato léčba je považována za moderní a bývá u řady pacientů efektivní.

Vyšší tepová frekvence u hypertoniků jako prediktor horší prognózy

MUDr. Michaela Šnejdrová, Ph.D.

Centrum preventivní kardiologie, 3. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Málo diskutovanou skutečností je fakt, že velmi častým jevem u pacientů s hypertenzí je zvýšená tepová frekvence (TF). Více než 30 % pacientů s hypertenzí má klidovou TF 80 tepů/min nebo více. Přitom z řady klinických studií víme, že zvýšená klidová TF je u běžné populace spojena s nepříznivou KV prognózou – zvýšeným rizikem KV onemocnění, ICHS, náhlého srdečního úmrtí i celkové mortality. Zvýšená TF (klidová TF > 80 tepů/min) je proto u hypertenze uznávaným KV rizikovým faktorem. Nedostatečná kontrola TK, ale i dlouhodobě zvýšená sympatická nervová aktivita, a tedy i TF, zůstává nadále zásadním problémem. Mezi faktory související s nedostatečnou kontrolou TK patří terapeutická inercie (mnoho pacientů zůstává na monoterapii a/nebo užívá suboptimální dávky, a to i přes nedostatečnou kontrolu TK) a nízká adherence k léčbě.

„To důležité je očím neviditelné“... aneb nelehký život s CVD

MUDr. Júlia Černošková, Ph.D.

Dermal Centre, Mělník

Onemocnění žil častokrát začíná nenápadně, bez viditelných klinických příznaků. Bolesti nohou nebo křeče vymizí do druhého dne, a proto pacienti vyšetření u praktického lékaře nebo specialisty odkládají. To vede k progresi CVD a postupnému snížení kvality života pacientů.

V patofyziologii CVD hraje důležitou roli zánět, který je pozorován už v prvních stádiích CVD. V důsledku dlouhotrvající žilní hypertenze a chronického zánětu dochází k poškození žilních chlopní a k přestavbě žilní stěny. To vede k prohloubení žilní hypertenze a vzniku refluxu, následkem čehož je postižena i mikrocirkulace. Změny v propustnosti a morfologii kapilár vedou k otoku, ke změnám v kůži, vzniku fibrinových manžet v okolí kapilár, jejich okluzi, ischemii až vzniku bércevého vředu.

V průběhu všech stádií CVD se objevují nespecifické symptomy, nejčastěji bolest. Diferenciální diagnostice symptomů je nutné věnovat velkou pozornost, a proto by u každého pacienta s CVD mělo být klíčové angiologické vyšetření a následná konzultace na cévně-chirurgické ambulanci. Ve vybraných kazuistikách poukazují na to, že ne všichni pacienti s CVD jsou vhodní k chirurgické intervenci a jejich jediná možnost je celoživotní a správně nastavená konzervativní léčba ležící na třech pilířích – systémové léčbě, kompresi a dodržování režimových opatření.

V přednášce chci také poukázat na nejčastější chyby, které pacienti v léčbě žilního onemocnění dělají, a vysvětlit význam multioborové spolupráce.

detralex®

MPFF® – mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce

ČÍSLO 1
v mezinárodních i NOVÝCH
národních doporučeních^{1,2}



**Chronické žilní
onemocnění**
2 tbl denně

**Hemoroidální
onemocnění**
až 6 tbl denně

Zkrácená informace o přípravku Detralex®

SLOŽENÍ*: Flavonoidum fractio purificata micronisata 500 mg (mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce - MPFF): Diosminum 450 mg, Flavonoida 50 mg vyjádřené jako Hesperidinum v jedné potahované tabletě. **INDIKACE*:** Léčba příznaků a projevů chronické žilní insuficience dolních končetin, funkčních nebo organických: pocit tíhy, bolest, noční křeče, edém, trofické změny, včetně bérčového vředu. Léčba akutní ataky hemoroidálního onemocnění, základní léčba subjektivních příznaků a funkčních objektivních projevů hemoroidálního onemocnění. Přípravek je indikován k léčbě dospělých. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ*:** Venolymfatická insuficience: 2 tablety denně. Hemoroidální onemocnění: Akutní ataka: 6 tablet denně během 4 dnů, poté 4 tablety denně další 3 dny. Udržovací dávka: 2 tablety denně. **KONTRAINDIKACE*:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ*:** Podávání přípravku Detralex v symptomatické léčbě akutních hemoroidů nevyklučuje léčbu dalších onemocnění konečníku. Pokud symptomy brzy neodezní, je nutné provést proktologické vyšetření a léčba by měla být přehodnocena. Hladina sodíku: bez sodíku**. **INTERAKCE*.** **FERTILITA*.** **TĚHOTENSTVÍ/KOJENÍ*:** Údaje o podávání těhotným ženám jsou omezené nebo nejsou k dispozici. Podávání v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. Není známo, zda se léčivá látka/metabolity vylučují do lidského mateřského mléka. Riziko pro kojené novorozence /děti nelze vyloučit. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE*:** Žádný vliv. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY*:** Časté: průjem, dyspepsie, nauzea, vomitus. Vzácné: závratě, bolesti hlavy, pocit neklidu, vyrážka, svědění, kopřivka. Méně časté: kolitida. Frekvence neznámá: abdominální bolest, ojedinělý otok obličeje, rtů, víček, výjimečně Quinckeho edém. **PŘEDÁVKOVÁNÍ*.** **FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI*:** Venotonikum (venofarmakum) a vazoprotektivum. Detralex působí na zpětný návrat krve ve vaskulárním systému: snižuje venózní distenzibilitu a redukuje venostázu, na úrovni mikrocirkulace normalizuje kapilární permeabilitu a zvyšuje kapilární rezistenci; zvyšuje lymfatický průtok. **UCHOVÁVÁNÍ*:** Při teplotě do 30 °C. **VELIKOST BALENÍ*:** 30, 60, 120 a 180 potahovaných tablet. Datum revize textu: 7. 8. 2021. Přípravek je k dispozici v lékárnách na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Registrační číslo: 85/392/91-C. Držitel rozhodnutí o registraci: **LES LABORATOIRES SERVIER** 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Další informace na adrese: **Servier s.r.o.**, Florentinum, Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel.: 222 118 111, www.servier.cz.

*Pro úplnou informaci si prosím přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku

** Všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku Detralex

Neurologie

garantka doc. MUDr. Eva Vlčková, Ph.D.

pátek / 22. října 2021 / 16.30–18.00 hod.

Akutní bolesti v lumbosakrální oblasti

doc. MUDr. Blanka Adamová, Ph.D.

Neurologická klinika, Fakultní nemocnice Brno, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity v Brně

Bolesti zad v lumbosakrální oblasti (low back pain – LBP) jsou velmi časté a mají významný socioekonomický dopad. Roční prevalence LBP se pohybuje v rozmezí 15–45 %, celoživotní prevalence mezi 60–90 %. Za akutní jsou považovány bolesti trvající méně než 6 až 12 týdnů. Časté jsou relapsy LBP, které se vyskytují po iniciální epizodě až u 44–78 % pacientů. Přechod do chronické LBP se udává v širokém rozmezí od 10 do 66 % pacientů. Abychom mohli pacienta efektivně léčit, je nutno bolesti páteře nejprve správně klasifikovat. Z hlediska etiologie a závažnosti dělíme bolesti páteře na 3 skupiny, a to (1) prosté, nespecifické bolesti páteře (nejčastější skupina – tvoří asi 85 % LBP), (2) bolesti neurogenní neboli kompresivní spondylogenní neurologické syndromy (radikulopatie, syndrom neurogenních klaudikací a syndrom kaudy equiny) a (3) specifické bolesti lumbosakrální páteře vyvolané závažným organickým onemocněním páteře (např. zánět, tumor, trauma). První krokem v diagnostice bolestí páteře je tzv. vstupní triáž, která je založena na anamnéze a klinickém vyšetření a jejímž cílem je zařadit pacienty do jedné ze 3 skupin bolestí páteře. Cíleně se v triáži pátrá po varovných příznacích v podobě červených praporek, tzv. red flags (např. malignita v anamnéze, trauma, osteoporóza, febrilie, klidové noční bolesti špatně reagující na analgetika atd.), které zvyšují pravděpodobnost závažného organického onemocnění páteře. V rámci vstupní diferenciální diagnostiky je třeba vzít do úvahy i bolesti, které mají svůj původ v mimopátečních strukturách (extravertebrální onemocnění). Pro přístup k pacientovi s akutní LBP je důležitý i odhad přechodu potíží do chronicity, pro který byly vtipovány tzv. „žluté praporky“ („yellow flags“), které zahrnují psychosociální rizikové faktory. Pacienty s nejčastěji se vyskytujícími akutními nespecifickými LBP by měl léčit praktický lékař, a to přibližně po dobu 1 měsíce. Nedoporučuje se paušální indikace zobrazovacích vyšetření u nespecifických LBP, zvláště při první návštěvě. Konzultace specialistou je vhodná při přítomnosti red flags, při výskytu neurologického deficitu a pokud nemocný nereaguje do 1 měsíce na standardní léčbu. Standardní léčba u akutních prostých bolestí páteře zahrnuje zejména modifikaci pohybové aktivity a analgetickou léčbu. Prospěšné je i ujištění a edukace pacienta o příznivém charakteru a prognóze nespecifických LBP.

Epileptologie pro praxi

doc. MUDr. Irena Doležalová, Ph.D.

I. neurologická klinika, Fakultní nemocnice u sv. Anny a Masarykovy univerzity, Brno

V rámci svojí přednášky bych se ráda zaměřila na praktické aspekty při diagnostice a péči u pacientů se záchvatovými stavy, epilepsií. V první části se budeme věnovat problematice pacienta s první poruchou vědomí. Zde na prvním místě musíme vyloučit interní onemocnění, ev. synkopu. Je vhodné podotknout, že existuje i konvulzivní synkopa, která je doprovázená krátce trvajícími křečemi končetin. Velmi specifickou skupinu představují pacienti s psychogenními neepileptickými záchvaty, jejichž diagnostika a terapie jsou přinejmenším problematické.

Pokud se jednalo o epileptický záchvat, nejdříve pomýšlíme na akutní symptomatický záchvat. Akutní symptomatické záchvaty jsou podmíněny akutním poškozením mozku. Setkáváme se s nimi u pacientů s cévní mozkovou příhodou, traumatem mozku. Mohou být však způsobeny i metabolickou příčinou (významná hyponatremie, hypochloremie, hypogly-

kemie, hyperglykemie, nežádoucí účinky léčiv). U akutních symptomatických záchvatů není standardně dlouhodobé užívání antiepileptické medikace indikováno.

Po vyloučení jiné příčiny poruchy vědomí a akutních symptomatických záchvatů zvažujeme diagnózu epilepsie. V současnosti je epilepsie definována jako dva neprovokované záchvaty nebo jeden neprovokovaný záchvat s vysokou pravděpodobností jeho opakování. Vysoká pravděpodobnost opakování je, pokud je přítomná strukturální abnormalita na zobrazení mozku nebo nález epileptiformních výbojů v EEG. Epilepsie dělíme na fokální a generalizované. Fokální epilepsie se projevují fokálními záchvaty bez nebo s poruchou vědomí, které mohou přecházet do bilaterálně tonicko-klonických záchvatů. Generalizované epilepsie se projevují nejčastěji absencemi, myoklonickými záchvaty nebo generalizovanými tonicko-klonickými záchvaty. Terapie epilepsie se skládá ze tří úrovní. První úrovní jsou režimová opatření (pravidelný spánek, abstinence alkoholu). Druhou úroveň představuje léčba antiepileptiky. Třetí poté chirurgická léčba epilepsie. Cílem terapie epilepsie je vymizení epileptických záchvatů.

V posledním bloku přednášky bych krátce zmínila problematiku řidičských průkazů. Existují dvě skupiny řidičských oprávnění – Skupina I (řízení pro osobní účely) a Skupina II (řízení v rámci pracovně-právního vztahu nebo v rámci živnosti). Pacient po prvním záchvatu je zdravotně způsobilý k řízení motorových vozidel po 6 měsících bezzáchvatovosti, pokud nebyla nasazena antiepileptická medikace, nebo po 12 měsících, pokud byla antiepileptická medikace nasazena. Pacient s epilepsií je ve Skupině I zdravotně způsobilý k řízení motorových vozidel při 12měsíční bezzáchvatovosti. Ve Skupině II jsou pravidla výrazně přísnější.

Časná diagnostika roztroušené sklerózy

doc. MUDr. Pavel Štourač, Ph.D.

Neurologická klinika Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno

Roztroušená skleróza mozkomíšní je orgánově specifické autoimunitní onemocnění s přítomností vícečetných ložisek zánětlivé demyelinizace a axonálního poškození v bílé hmotě mozku a míchy. Jedná se o onemocnění středního věku s převahou u žen a s rizikem závažné invalidity se všemi pracovními a sociálními důsledky. Pro časnou klinickou diagnostiku roztroušené sklerózy v současné době používáme revidovaná mezinárodní diagnostická kritéria z roku 2017 založená na principu diseminace poškození v prostoru a čase, která zahrnují do diagnostického algoritmu vyšetření magnetickou rezonancí a stanovení oligoklonálních IgG pásů v likvoru. Na základě těchto diagnostických kritérií jsme schopni s vysokou pravděpodobností rozpoznat onemocnění již na samém počátku, a to často již po jediné klinické atace označované jako CIS (clinically isolated syndrom). Pokud stanovíme diagnózu RS v počátku onemocnění, můžeme zahájit dlouhodobou imunomodulační léčbu přípravky 1. a 2. linie léčby a významně zbrzdí narůstající neurologický deficit, redukovat počet atak onemocnění a zachovat pracovní a sociální aktivity pacientů včetně dobré kvality života.

Současný management akutních ischemických cévních mozkových příhod

MUDr. René Jura

Neurologická klinika FN Brno a LF MU

Cévní mozková příhoda (CMP) je definována jako akutní onemocnění mozku způsobené poruchou cévního zásobení. Ve zhruba 90 % jde o ischemickou CMP při uzavření mozkové tepny, méně často jde o intracerebrální či subarachnoidální krvácení. Jde o devastující onemocnění s vysokou mortalitou a následnou významnou morbiditou. Přes 30 % pacientů po prodělané CMP je těžce handicapováno a odkázáno na institucionální nebo rodinnou péči v domácím prostředí. CMP celosvětově představují závažný medicínský i socioekonomický problém. S narůstajícím věkem CMP výrazně přibývá, po 6. dekádě života se incidence CMP zdvojnásobuje

s každým desetiletím. Jedná se o akutní stav vyžadující neodkladnou hospitalizaci a léčbu ve specializovaných centrech cerebrovaskulární péče. Péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou prodělala v Česku v posledních letech radikální změny díky dostupnosti nových léčebných postupů, jako intravenózní trombolýza a mechanická trombektomie. Nedílnou součástí managementu nemocných s akutní CMP je časná rehabilitace a neodkladné zahájení prevence recidivy cévní mozkové příhody.

Bolesti hlavy v ordinaci praktického lékaře

doc. MUDr. Eva Vlčková, Ph.D., prof. MUDr. Josef Bednařík, CSc., FCMA, FEAN

Neurologická klinika Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno

Bolest hlavy (BH) patří k nejčastějším neurologickým onemocněním a současně k nejčastějším klinickým příznakům vůbec. V rámci aktuální klasifikace rozlišujeme:

Primární bolesti hlavy, u nichž není prokazatelná žádná strukturální či metabolická příčina a bolest hlavy představuje vlastní onemocnění. Patří sem většina chronických a/nebo epizodických BH, zejména migréna a tenzní BH. U *migrény* jsou typické recidivující záchvaty BH nejčastěji typu hemikranie (bolest poloviny hlavy), pulzující (tepavé), střední až silné intenzity, které často neumožní pacientovi pokračovat v běžných denních aktivitách. Bolest se zhoršuje fyzickou aktivitou, bývá spojena s nevolností, zvracením, foto- či fonofobií. Častý je familiární výskyt. Může být předcházena krátkodobými neurologickými příznaky např. charakteru skotomu s jiskřícími okraji (tzv. aura). *Tenzní BH* je obvykle tupá, tlaková, oboustranná či difúzní, pociťovaná zejména v týle s propagací do čela a za oči (popisovaná např. jako pocit „těsné čepice“), nižší až střední intenzity. Nemá pulzující charakter, významně se nemění fyzickou námahou ani neinterferuje s běžnými denními aktivitami a není provázena nevolností, zvracením ani foto- či fonofobií.

Sekundární bolesti hlavy jsou příznakem jiného potenciálně závažného organického onemocnění. Nejčastěji jde o BH při systémových infekcích (chřipka apod., více než 60 %) a úrazech hlavy a krční páteře (4 %). Ostatní etiologické faktory jsou daleko méně časté, ale mohou být velmi závažné nebo dokonce život ohrožující a je proto nutné je v relevantních případech vždy vyloučit. Jedná se zejména o infekce centrálního nervového systému (meningitidy, encefalitidy), cévní mozkové příhody (vč. subarachnoidálního krvácení, které představuje jednu z nejzávažnějších příčin), nádorové onemocnění mozku, ale i dekompenzovanou arteriální hypertenzi. Na tento typ bolesti hlavy je nutné myslet zejména v případě nově vzniklé (akutní) BH u pacienta, který podobné potíže dosud nikdy neměl. Rizikovým příznakem je současný výskyt nevolnosti, zvracení, foto- či fonofobie a tzv. objektivních meningeálních příznaků (např. opozice šije), zhoršení bolesti vleže, zřetelná alterace celkového stavu, porucha vědomí nebo jakýkoli ložiskový neurologický příznak (paréza končetin či některého z hlavových nervů, porucha řeči apod.). Závažná je především anamnéza náhle vzniklé bolesti hlavy vysoké intenzity (jakou pacient dosud nepoznal) nebo bolest hlavy při horečnatém onemocnění a také silná bolest postupně narůstající intenzity.

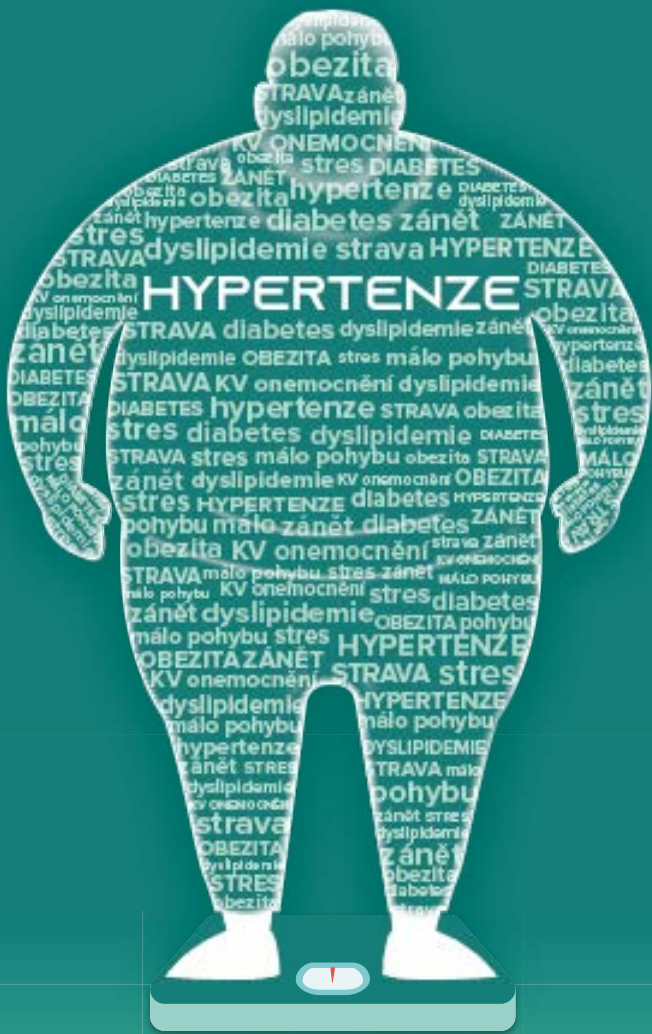
Dalším typem jsou **bolestivé kraniální neuropatie**, tedy bolesti v distribuci některého z hlavových nervů (např. neuralgie trigeminu) a ostatní bolesti v oblasti obličeje.

Pro správnou diferenciální diagnostiku jednotlivých typů bolesti je zcela klíčová **pečlivá anamnéza** zaměřená na trvání obtíží a jejich průběh (rozliší akutní, tedy nově vzniklé BH, od bolestí epizodických, tj. opakovaně se objevujících, a chronických), způsob jejich vzniku (náhlý či pozvolný), charakter a intenzitu bolesti, faktory zhoršující nebo naopak zmírňující BH (akcentace BH při fyzické aktivitě nebo naopak vleže) a další významné údaje (rodinný výskyt podobných potíží typický pro migrénu, trauma či infekční riziko, užívané léky, horečky, foto- či fonofobie, nevolnost a zvracení). Přínosné je i **vyšetření fyzikální** (zejména krevní tlak a tělesná teplota) a orientační **klinické neurologické vyšetření** (k vyloučení kvalitativních či kvantitativních poruch vědomí a/nebo ložiskových neurologických příznaků). U některých pacientů je nutné doplnění dalších vyšetření (CT, angiografie, vyšetření mozkomíšního moku), které je však již v kompetenci specialisty (obvykle neurologa).

perindopril arginin/indapamid

perindopril arginin/indapamid

MODERNÍ LÉČBA HYPERTENZE I PRO PACIENTY S OBEZITOU ¹⁻⁹



**FIXNÍ DVOJKOMBINACE
OBSAHUJÍCÍ INDAPAMID
– DIURETIKUM VOLBY
DLE DOPORUČENÝCH
POSTUPŮ⁹**



REFERENCE: **1.** Obrázek: Hall JE1 et al. *Nephrology*, 01 Jun 2019, 15(6):367-385. **2.** Jarolimova J. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2013; 15(5): PCC.12f01475. **3.** Souhrn údajů o přípravku - Prestarium Neo Combi, datum poslední revize textu: 11. 6. 2021. **4.** Burton LA, Sumukadas D. *Clin Interv Aging.* 2010;5:217-228. **5.** Witham MD, Sumukadas D, Mcmurro MET. *Age Ageing.* 2008;37(4):363-365. **6.** Grossman A, Grossman L. *Cardiovas Diabetol.* 2017; 16: **3.** Piepoli MF et al. *Eur Heart J.* 2016; 37: 2315-2381. **8.** Czernichow S et al. *Hypertension.* 2010;55(5):1193-1198. **9.** Widimský J jr. et al. *Hypertenze a KV prevence* 2018: 7: 1 - 19.

Zkrácená informace o přípravku

PRESTARIUM® NEO COMBI 5 mg/1,25 mg a 10 mg/2,5 mg:

PRESTARIUM® NEO COMBI 5 mg/1,25 mg a PRESTARIUM® NEO COMBI 10 mg/2,5 mg je kombinací dlouhodobě působícího inhibitoru ACE s diuretikem. **Složení*:** Jedna potahovaná tableta obsahuje perindoprilum argininum 5 mg, resp. 10 mg, odpovídající 3,395 mg, resp. 6,79 mg perindoprilum, a indapamidum 1,25 mg, resp. 2,5 mg. Obsahuje laktózu jako pomocnou látku. **Terapeutické indikace*:** Léčba esenciální hypertenze u dospělých; přípravek Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg je indikován u pacientů, jejichž krevní tlak není adekvátně kontrolován samotným perindopilem. Přípravek Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg je indikován jako substituční terapie k léčbě esenciální hypertenze u pacientů, kteří jsou již kontrolováni perindopilem a indapamidem, podávaným současně v téže dávce.

Dávkování a způsob podání*: Jedna tableta přípravku Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg, resp. 10 mg/2,5 mg denně v jedné dávce, nejlépe ráno a před jídlem. **Starší pacienti:** Prestarium Neo Combi 1 tableta denně, Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg a 10 mg/2,5 mg: můžou být léčeni, pokud je normální renální funkce a po zvažení odpovědi krevního tlaku. Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg: kreatinin v plazmě musí být přizpůsobený ve vztahu k věku, tělesné hmotnosti a pohlaví. **Porucha funkce ledvin:** provádí se pravidelná kontrola kreatininu a draslíku. Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg: Clearance kreatininu (CrCl) > 60 ml/min není nutná úprava dávkování. CrCl 30 - 60 ml/min doporučuje se zahájit léčbu vhodnou dávkou kombinace jednotlivých monokomponent. CrCl < 30 ml/min léčba je kontraindikována. Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg: CrCl < 60 ml/min léčba je kontraindikována. **Kontraindikace*:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na jiné inhibitory ACE, na sulfonamidy nebo na kteroukoli pomocnou látku. Angioedém v anamnéze (Quinckeho edém) ve spojitosti s podáním ACE inhibitoru (viz bod upozornění). Hereditární/idiopatický angioedém. Současné užívání přípravku Prestarium Neo Combi s přípravky obsahující aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo s poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m²). Hypokalemie. Závažná porucha funkce ledvin (CrCl < 30 ml/min) u přípravku Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg. Středně těžká a těžká porucha funkce ledvin (CrCl < 60 ml/min) u přípravku Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg. Hepatální encefalopatie. Závažná porucha funkce jater. Současné užívání se sakubitrilem/valsartanem, Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg nesmí být nasazeno dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu (viz bod Interakce a Zvláštní upozornění*). Mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz bod Interakce*). Signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné fungující ledviny (viz bod Zvláštní upozornění*). Druhý a třetí trimestr těhotenství (viz bod fertilita, těhotenství a kojení). Z důvodu nedostatečných klinických zkušeností přípravek nemá být používán u dialyzovaných pacientů a u pacientů s neléčeným dekompenzovaným srdečním selháním. **Upozornění*:** **Zvláštní upozornění:** Nedoporučuje se současně podávat s lithiem, s draslíky šetřícími diuretiky a solemi draslíku. **Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS):** zvýšení rizika hypertenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin), proto se duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu nedoporučuje. Pokud je léčba duální blokádou považována za naprosto nezbytnou, má k ní docházet pouze pod dohledem specializovaného lékaře a za častého pečlivého sledování funkce ledvin, elektrolytů a krevního tlaku. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Neutrocytopenie/agranulocytóza, trombocytopenie a anémie:** používání s mimořádnou opatrností u pacientů s kolagenovým vaskulárním onemocněním, u užívajících imunosupresivní léčbu, léčbu alopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů. **Renovaskulární hypertenze:** Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné fungující ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypertenze a renálního selhání (viz bod 4.3). Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. **Hypersenzitivita/angioedém, intestinální angioedém:** okamžitě vysazení léčby a monitorování až do úplného vymizení symptomů. Angioedém související s otokem hrtanu může být smrtelný. Současné užívání perindoprilu a sakubitrilu/valsartanu je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Léčbu sakubitrilem/valsartanem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčbu perindopilem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu**. Současné užívání inhibitorů ACE s rakaedotriolem, mTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin) může vést ke zvýšenému riziku angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka spolu s poruchou dýchání nebo bez poruchy dýchání). U pacientů, kteří již užívají inhibitor ACE, je třeba opatrnosti při počátečním podání rakaedotrilu, mTOR inhibitorů a gliptinů**. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** byly zaznamenány izolované případy pacientů s přetrvávajícími, život

ohrožujícími anafylaktoidními reakcemi během desenzibilizační léčby jedem blanokřídlých (včely, vosy). Prestarium Neo Combi má být s opatrností používán u alergických pacientů léčených desenzibilizační léčbou a nemá být podáváno u pacientů podstupujících imunoterapii tímto jedem. Je možné těmto reakcím předjetí dočasným vysazením inhibitoru ACE alespoň na 24 hodin před léčbou. **Anafylaktoidní reakce během aferézy LDL** pomocí dextran-sulfátu: vzácně se vyskytly život ohrožující anafylaktoidní reakce. Těmto reakcím lze předjetí dočasným vysazením léčby inhibitory ACE před každou aferézou. **Anafylaktoidní reakce u pacientů dialyzovaných pomocí vysoce propustných membrán:** použít jinou membránu nebo jinou skupinu antihypertenziv. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. **Těhotenství:** okamžitě ukončení léčby, v případě nutnosti další léčby zahájit jinou léčbu. **Hepatální encefalopatie, která může která může vyvolat jaterní kóma:** ukončení léčby. **Fotosenzitivita:** ukončení léčby. **Porucha funkce ledvin:** v případě funkční renální insuficience bez zjevných stávajících renálních lézí má být léčba ukončena a případně znovu započata buď v nižší dávce, nebo podáním pouze jedné ze složek přípravku. Běžné lékařské prohlídky zahrnují sledování hladin draslíku a kreatininu, po dvou týdnech léčby a poté každé dva měsíce během období stabilní terapie. Nedoporučuje se v případě bilaterální stenózy renální arterie nebo jedné funkční ledviny. **Opatření pro použití:** **Porucha funkce jater:** ukončení léčby v případě žloutenky nebo elevace jaterních enzymů. Vzácně, podání inhibitorů ACE mělo vzácně souvislost se syndromem počínajícím cholestatickou žloutenkou a progredujícím až v náhlou hepatickou nekrózu a (někdy) úmrtí. **Porucha funkce ledvin:** léčba má být zastavena a případně znovu započata buď v nižší dávce anebo podáním pouze jedné ze složek přípravku; doporučeno časté sledování hladin draslíku a kreatininu. **Renovaskulární hypertenze:** léčba má být zahájena na nemocničním lůžku, a mají být sledovány funkce ledvin a hladiny draslíku. **Riziko arteriální hypertenze a/nebo renální insuficience v případě srdeční insuficience, deplece vody a elektrolytů u pacientů s nízkým krevním tlakem, se stenózou renální arterie, městnavým srdečním selháním nebo cirhózou s edémy a ascites:** léčba má být zahájena v nižší dávce a dávka progresivně zvyšována. **Náhlá hypertenze při preexistující depleci sodíku** (zejména při stenóze renální arterie): po obnově uspokojivého objemu krve a krevního tlaku může být léčba zahájena buď ve snížené dávce, nebo podáváním jen jedné ze složek. **Závažné srdeční selhání (stupeň IV)/srdeční insuficience:** zahájení léčby pod lékařským dohledem se sníženou počáteční dávkou. **Aortální nebo mitrální stenóza/hypertrofická kardiomyopatie:** používat s opatrností u pacientů s obstrukcí výtokové části levé komory. **Ateroskleróza:** zahájení léčby nízkou dávkou u pacientů s ischemickou chorobou srdeční nebo s cerebrální cirkulací nedostatečností. **Suchý kašel. Hladiny draslíku:** pravidelné monitorování. **Hyperkalemie:** může vyvolat závažné a někdy fatální arytmie; je doporučeno časté monitorování hodnot draslíku v krvi v případě renální insuficience, zhoršených renálních funkcí, věku > 70 let, diabetu mellitu: zahájení léčby pod lékařským dohledem s nižší úvodní dávkou; dehydratace, akutní kardiální dekompenzace, metabolické acidózy a souběžného užívání draslíků šetřících diuretik a solí draslíku nebo v případě pacientů užívajících jiné léky související se zvýšením hladiny draslíku v séru (např. heparin, kotrimoxazol) a zejména antagonistů aldosteronu nebo blokátorů receptorů angiotensinu. U pacientů užívajících ACE inhibitory mají být proto kalium šetřící diuretika a blokátory receptorů angiotensinu užívány opatrně a má být kontrolována hladina draslíku v séru a funkce ledvin**. **Hypokalemie:** může způsobit svalové poruchy. Zejména v souvislosti se závažnou hypokalemií, byly hlášeny případy rhabdomyolýzy**: vysoké riziko pro starší pacienty a/nebo podvýživné jedince, cirhotické pacienty s edémem a ascites, koronární a srdečně selhávající pacienty a pacienty s dlouhým QT intervalem; častější monitorování je nezbytné nutné ve všech těchto případech; napomáhá rozvoji torsades de pointes, které mohou být fatální. **Hladiny sodíku:** nutno stanovit ještě před zahájením léčby; sledování hladin sodíku musí být častější u starších pacientů a u pacientů s cirhózou. Hyponatremie s hypovolemii mohou způsobit dehydrataci a ortostatickou hypotenzi. Současná ztráta chloridových iontů může vést k sekundárně kompenzační metabolické alkalóze (vyskyt a stupeň tohoto jevu je malý). **Hyperkalemie:** přerušení léčby až do vyšetření funkce příštích tělísk. **Hyperurikemie:** zvýšená tendence k záchvatům dny. **Anestezie:** jeden den před operací je doporučeno přerušit léčbu. **Dědičná porucha intolerance galaktózy, vrozený deficit laktázy nebo glukózo-galaktózová malabsorbe:** přípravek nemá být podáván. **Sodík:** Prestarium Neo Combi je v podstatě „bez sodíku“ (obsahuje méně než 1 mmol sodíku (23 mg) v tablete). **Diabetici:** v případě hypokalemie by měla být pečlivě monitorována glykemie. U pacientů s inzulin-dependentním diabetem mellitem není léčba přípravkem Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg vhodná, protože, má být léčba zahájena pod lékařským dohledem s nižší úvodní dávkou. **Etické rozdíly:** vyšší výskytu angioedému a zřejmě méně účinný na snížení krevního tlaku u černoské populace ve srovnání. **Pediatrická populace:** účinnost a snášenlivost nebyla stanovena. **Sportovci:** může vyvolat pozitivní reakci u antidopingových testů. **Choroidální efuze**, akutní myopie a sekundární glaukom s uzavřeným komorovým úhlem:**

primární léčbou je co nejrychlejší vysazení léčiva. Pokud se nitrooční tlak nepodaří dostat pod kontrolu, je třeba zvážit rychlou medikamentózní nebo chirurgickou léčbu. Rizikovými faktory pro rozvoj akutního glaukomu s uzavřeným komorovým úhlem mohou zahrnovat alergie na sulfonamidy nebo peniciliny v anamnéze. **Interakce*:** **Kontraindikace:** aliskiren (u pacientů s diabetem nebo poruchou funkce ledvin), mimotělní léčba sakubitrilu/valsartanu. **Nedoporučované kombinace:** aliskiren (u jiných pacientů, než diabetiků nebo s poruchou funkce ledvin), lithium, kalium šetřící diuretika a sole draslíku, současná léčba inhibitorem ACE a blokátorem receptorů pro angiotenzin, estramustin, heparin, trimethoprim a kotrimoxazol. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** Baklofen, nesteroidní antiflogistika (včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den), antidiabetika, léky vyvolávající torsades de pointes, léky snižující hladiny draslíku, draslík nešetřící diuretika, digitalisové přípravky, rakaedotril, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus), gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), alopurinol (současná léčba s indapamidem může zvýšit výskyt reakcí hypersenzitivity na alopurinol). **Kombinace vyžadující určitou opatrnost:** Antidepressiva imipriminového typu (tricyklická), neuroleptika, antihypertenziva a vazodilatancia, alopurinol, cyostatika a imunosupresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid nebo tetraksoaktid, anestezika, sympatomimetika, injekce zlata, metformin, jodované kontrastní látky, vápník (a jeho soli), cyklosporin, takrolimus. **Fertilita, těhotenství a kojení*:** Nedoporučuje se během prvního trimestru těhotenství a kojení. Je kontraindikováno během druhého a třetího trimestru těhotenství. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje*:** Schopnost řídit a obsluhovat stroje při užívání přípravku může být snížena. **Nežádoucí účinky*:** Časté: hypersenzitivita (reakce, zvláště dermatologické, u pacientů s predispozicí k alergickým a astmatickým reakcím), parestezie, bolest hlavy, dysgeuzie, astenie, závrať, vertigo, zhoršení zraku, tinitus, hypotenze, kašel, dyspnoe, zácpa, nauzea, zvracení, bolest břicha, dyspepsie, průjem, vyrážka, pruritus, makulopapulární vyrážka, svalové křeče. **Méně časté:** eozinofilie, hypoglykemie, hyperkalemie, hyponatremie změny náldy, poruchy spánku, somnolence, synkopa, tachykardie, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, angioedém kopřivka, purpura, hyperhidróza, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, artralgie, myalgie, renální insuficience, erektilní dysfunkce, bolest na hrudi, malátnost, periferní otok, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, pád. **Vzácné:** zhoršení psoriázy, únava, zvýšená hladina bilirubinu a jaterních enzymů v krvi. **Velmi vzácné:** rinitida, trombocytopenie, leukopenie, agranulocytóza, aplastická anémie, hemolytická anémie, pancytopenie, hyperkalemie, zmatenost, cévní mozková příhoda, možná sekundárně k nadměrné hypotenzii u vysoce rizikových pacientů, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní), angina pectoris a infarkt myokardu (možné sekundárně k nadměrné hypotenzii u vysoce rizikových pacientů), eozinofilní pneumonie, pankreatitida, hepatitida, abnormální hepatální funkce, erythema multiforme, toxická epidermální nekrolýza, Steven-Johnsonův syndrom, snížení hladiny hemoglobinu a snížení hematokritu akutní renální selhání. **Není známo:** Raynaudův fenomén, torsades de pointes (potenciálně fatální), hepatální encefalopatie (v případě jaterní insuficience), myopie, rozmazané vidění, akutní glaukom s uzavřeným úhlem**, choroidální efuze**, svalová slabost**, rhabdomyolýza**, možné zhoršení preexistujícího akutního diseminovaného lupus erythematodes, EKG - prodloužený QT interval, zvýšená hladina glukózy a kyseliny močové v krvi, deplece draslíku s hypokalemií, zvláště závažná u určitých vysoce rizikových skupin pacientů. U jiných inhibitorů ACE byly hlášeny případy SIADH (syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu). SIADH lze považovat za velmi vzácnou, ale možnou komplikaci spojenou s léčbou inhibitory ACE, včetně perindoprilu. **Předávkování*.** **Farmakologické vlastnosti*:** Prestarium Neo Combi je kombinovaný přípravek obsahující argininovou sůl perindoprilu, inhibitoru angiotenzin-konvertujícího enzymu, a indapamid, derivátu sulfonamidu, farmakologicky řazenému k thiazidovým diuretikům, s antihypertenzním účinkem na systolický a diastolický arteriální tlak v poloze vleže i vestoje. **Uchovávání:** Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Velikost balení:** 30 a 90 tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** LES LABORATOIRES SERVIER, 50 rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, France. Registrační číslo: 58/502/06-C (5 mg/1,25 mg), 58/215/09-C (10 mg/2,5 mg). **Datum poslední revize textu:** 11. 6. 2021. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 307, www.servier.cz

*pro úplnou informaci si prosím přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku

**všimněte si prosím změn v informacích o léčivém přípravku Prestarium Neo Combi

Novinky v resuscitaci

garant prof. MUDr. Petr Štourač, Ph.D.

sobota / 23. října 2021 / 9.00–10.30 hod.

Resuscitace dětí – prevence kardiorepirační zástavy

MUDr. Jana Djakow, Ph.D.

Oddělení následné intenzivní péče pro děti, Nemocnice Hořovice

Klinika dětské anesteziologie a resuscitace, Fakultní nemocnice Brno

a Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno

Ke kardiorepirační zástavě dochází u dětí ve většině případů sekundárně. To znamená, že zástavě předchází období postupného zhoršování stavu až do chvíle, kdy veškeré kompenzační mechanismy jsou zcela vyčerpány. Samotná sekundární zástava má z těchto důvodů velmi špatnou prognózu. Naopak účinný zásah ve chvíli rozvíjejícího se respiračního či oběhového selhání může srdeční zástavě zabránit. Doporučené postupy 2021 proto kladou důraz na rozpoznání a terapii kritických stavů u dětí. Některé postupy byly přehodnoceny v souvislosti s novými dostupnými důkazy. Přednáška se bude věnovat doporučeným postupům medicínským a nezbytným technickým dovednostem, které doporučené postupy zmiňují, ale stejně tak i důležitosti netechnických dovedností, včetně efektivní komunikace a jejich vlivu na výsledek léčby pacienta.

Poporodní adaptace a resuscitace novorozence

MUDr. Lucie Jechová

Dětské oddělení, Oblastní nemocnice Kolín, a. s.

Ordinace praktického lékaře pro děti a dorost KIDSMED, s. r. o., Kolín

Sdělení představuje doporučené postupy v resuscitaci novorozence dle aktuálních guidelines ERC z roku 2020, včetně upozornění na rozdíly proti guidelines z roku 2015. To vše s důrazem na důležitost a kvalitu prováděné ventilace u novorozence. Zmiňuje postupy týkající se termínových i předčasně narozených novorozenců. Současně popisuje management základní péče o novorozence po jeho vybavení.

Základní resuscitace a první pomoc u dospělých – opakování a novinky

Mgr. Radek Mathauser, DiS.

Česká resuscitační rada

Úvod: Incidence srdeční zástavy se v Evropě pohybuje v rozmezí 70–170 osob/100 000 obyvatel. I když bylo v minulém desetiletí učiněno mnohé na poli vzdělávání v resuscitaci, veřejném přístupu k defibrilaci a zapojení first responderů, je průměrná úroveň přežití s dobrým neurologickým výsledkem přibližně 8 %. Šance na přežití srdeční zástavy je 2–4× vyšší v případě, že po náhlém kolapsu oběti je neprodleně zahájena kardiopulmonální resuscitace (KPR).

Metoda: Doporučení pro kardiopulmonální resuscitaci Evropské resuscitační rady 2021 (ERC Guidelines 2021) nově definují 5 klíčových sdělení pro základní resuscitaci. Jedná se o důležité mezníky postupu zachránce. Časné rozpoznání srdeční zástavy, strukturované přivolání zdravotnické záchranné služby, vysoká kvalita kompresí hrudníku a použití automatizovaného externího defibrilátoru (AED) sumarizují praktické dovednosti zachránce. Páté sdělení formuluje potřebu systematického a soustavného vzdělávání v KPR.

Univerzální algoritmus KPR představuje standardizovaný nástroj pro trénovaného zachránce, který pozoruje náhlý kolaps postiženého. Zahrnuje opatrné přistoupení, hodnocení vědomí, zprůchodnění dýchacích cest, hodnocení dýchání, přivolání zdravotnické záchranné služby, komprese hrudníku, umělé vdechy a bezpečné použití AED, pokud je v místě srdeční zástavy přístroj dostupný.

Závěr: KPR je jednoduchou, ale klíčovou dovedností. Nelze ji nahradit profesionální zdravotní péčí nebo moderními technologiemi.

Literatura

1. Truhlář A, Černá Pařízková R, Dizon JML, Djakow J, Drábková J, Franěk O, et al. Doporučené postupy pro resuscitaci ERC 2021: Souhrn doporučení. Anest Intenz Med. 2021; 32(Suppl. A): 72 s.

Aktuality do vaší ordinace II

sobota / 23. října 2021 / 11.00–12.45 hod.

Isoprinosine – opakované virové infekty

MUDr. Martin Jelínek

AKI, spol. s r. o., Brno

Inosine pranobex je imunomodulační lék, který je schválen v několika zemích k léčbě různých virových infekcí. Díky detailnímu imunologickému výzkumu především na univerzitách v Birminghamu a Oxfordu ve Velké Británii v posledních 5 letech víme, jak v zásadě působí.

Především aktivuje NK buňky, jejichž počet je vyšší již za 90 minut od podání léku a za 5 dní podávání je hladina NK buněk minimálně dvojnásobná. NK buňky jsou schopny rozeznat buňky napadené virem a ty likvidovat pomocí perforinu a granzymů. Tak se od začátku výrazně zapojí přirozená imunita do likvidace napadených buněk a zásadně ovlivní prognózu virové infekce.

Další prokázané působení inosine pranobexu – zjednodušeně řečeno – na povrchu napadených buněk díky metabolismu léku uvnitř buňky intenzivněji ukazuje, že je buňka napadená. Proto je virem napadená buňka lépe a rychleji ničena NK buňkami.

Zrychluje také prezentaci antigenu, tvorbu adaptivní imunitní odpovědi, tedy protilátek specifických proti viru a tvorbu cytotoxických T lymfocytů, které jsou pak schopné specificky zasáhnout proti napadeným buňkám v pozdější fázi onemocnění.

Inosine pranobex prokázal ve dvojité slepé placebem kontrolované studii, že statisticky významně zkracuje dobu do vymizení příznaků onemocnění u jakékoliv akutní virové respirační infekce ve srovnání s placebem u zdravých neobězních osob mladších 50 let s klinicky diagnostikovaným onemocněním podobným chřipce a že je také bezpečný.

Na základě uvedené studie je inosine pranobex v některých státech registrován pro léčbu akutních virových respiračních onemocnění. Tam, kde není registrován pro tuto indikaci, jde o použití off-label.

Účinek inosine pranobexu byl retrospektivně hodnocen při použití jako součást léčby proti covidu-19 ve třech domovech důchodců v České republice. Z analýz vyplynulo, že významně ($P = 0,03$) snížil počet případů úmrtí u PCR pozitivních starších pacientů pro SARS-CoV-2 ve třech domech důchodců (142 klientů PCR+ / zemřelo 17; smrtnost 12 %) ve srovnání s ostatními domy s pečovatelskou službou v České republice (415 klientů PCR+ / zemřelo 78; smrtnost 18,8 %), kde lék nebyl použit jako součást léčby.

Efektivní dvojité slepé, placebem kontrolovaná studie s inosine pranobex byla připravena v létě 2020, ale nerealizovala se. Podobná studie nyní probíhá v Indii.

Průjmová onemocnění dětí i dospělých doma i na cestách. Změnilo se něco v přístupu v diagnostice či léčbě?

MUDr. Hana Roháčová, Ph.D.

Klinika infekčních, parazitárních a tropických nemocí, Fakultní nemocnice Bulovka, Praha

Průjmová onemocnění patří stále k nejčastějším zdravotním problémům, které se vyskytují jak u dětí, tak u dospělých. Naprostá většina z nich se zvládne doma za pomoci perorální rehydratace a symptomatické léčby. Řada postižených především v dospělém věku nevyhledá

blokurima

doplněk stravy

2 g D-MANÓZY



5 mg LYZÁTU UPEC



blokurima

Složení jednoho sáčku:

2 g D-Manózy
+ 5 mg lyzátu UPEC
+ 60 mg artichoke

blokurima

Složení jednoho sáčku:

2 g D-Manózy

Dávkování:

Jeden sáček denně (nejlépe večer před spaním).



PODPORUJE NORMÁLNÍ FUNKCI
**MOČOVÝCH
CEST***

* obsahuje 60 mg
Artichoke P.E. 5:1

ona
pharm



ani lékaře. K větším problémům může dojít u mezních věkových skupin, tj. malých dětí či naopak u starých osob. U těchto skupin pak často vede průjem i na nemocniční lůžko s nutností parenterální rehydratace. Etiologie průjmů je velmi pestrá od virů přes bakterie až po parazity, i když poslední jmenovaná se na našem území vyskytuje jen okrajově. Zato při cestách do zahraničí, kde se objeví průjem přímo na místě nebo až po návratu, je nutné zvažovat i tuto etiologii. V laboratorní diagnostice je využívána především kultivace, dále i sérologie či PCR podle povahy onemocnění a etiologických souvislostí. Léčba je především symptomatická, použití antibiotik je jen ve specifických případech. Na trhu je celá řada prostředků, které mohou přispět ke zmírnění potíží a obnovení funkce střeva. K nejmodernějším a použitelným v dětském i dospělém věku patří tanát želatiny. Preventivní opatření spočívají především v úpravě složení potravy, resp. zacházení s potravinami. U některých infekcí je možná i prevence očkováním.

Systémová enzymoterapie a její možnosti léčebného využití v medicíně

MUDr. Aleš Kočár

MUCOS Pharma CZ, s.r.o.

NESTLÉ Health Science

Metoda systémové enzymoterapie (SET) spočívá v p.o. podávání léků, které obsahují speciálně sestavenou kombinaci enzymů. Jejich pozitivní léčebný účinek je založen na podpoře a optimalizaci průběhu zánětlivé reakce, která je, velmi jednoduše řečeno, základním obranným, a tedy i hojivým mechanismem, téměř veškerých alterací tkání v lidském organismu.

Jinými slovy – jedná se hlavně o využití antiflogistického, antiedematózního, sekundárně analgetického a pozitivně imunomodulačního účinku těchto látek včetně efektu vehikula a mírného účinku fibrinolytického.

Systémovou ji nazýváme pro možnost p.o. podání a terapeutického působení v podstatě kdekoli v našem těle.

Léky SET se většinou používají jako součást komplexní terapie. Nicméně, v některých případech, je možné použít tyto léčivé přípravky i jako monoterapii.

SET je pro své výhodné farmakologické účinky zařazena do terapeutických algoritmů řešení v mnoha medicínských oborech, ať už jsou to praktičtí lékaři, pediatri nebo lékaři různých specializací (např. všeobecná či plastická chirurgie, stomatologie, ortopedie, traumatologie, gynekologie, sportovní lékařství, rehabilitace, lázeňská medicína...).

S rozvojem poznání imunologických aspektů zánětu a jeho jednotlivých fází, kde komplexně mluvíme o „procesu hojení“, dozrávají představy lékařů o vyvolávajících příčinách zánětu a o jeho udržujících mechanismech značných změn. Jestliže tedy porovnáváme fyziologii a patofyziologii zánětlivé reakce na jedné straně a farmakologické účinky systémově aplikovaných enzymů na straně druhé, pak nemůžeme přehlédnout možnosti jejich pozitivního terapeutického spektra.

Dobrou účinnost a vysokou míru bezpečnosti a toleranci léků SET také dokládají pozitivní závěry provedených klinických studií.

[illegible]

Zajímá nás váš názor – anketa

- Byl pro vás program přínosný?
- Jaká další témata by vás zajímala?
- Chybí vám něco na kongrese?
- Využíváte on-line vzdělávání od Solenu?

Vyplněním naší ankety můžete ovlivnit podobu dalších ročníků kongresu a časopisu. Anketu najdete na našem stánku Solen a za vyplnění můžete obdržet praktické ceny.

**Spojení silných molekul
pro kardioprotekci
vašich pacientů**



COSYREL[®]

bisoprolol fumarát + perindopril arginin

Zkrácená informace o přípravku COSYREL®: SLOŽENÍ*: Cosyrel 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, potahované tablety, obsahují bisoprolol fumaras (bis) 5 mg/ perindoprilum argininum (per) 5 mg, 5 mg bis/10 mg per, 10 mg bis/5 mg per; 10 mg bis/10 mg per. **INDIKACE*:** Cosyrel je indikován k léčbě hypertenze a/nebo stabilní ischemické choroby srdeční (u pacientů s infarktem myokardu a/nebo revaskularizací v anamnéze) a/nebo stabilního chronického srdečního selhání se sníženou systolickou funkcí levé komory (pouze Cosyrel 5 mg/5 mg a Cosyrel 10 mg/5 mg) jako substituční léčba u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných bisoprololem a perindopilem podávanými současně ve stejné dávce. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ*:** Obvyklá dávka je jedna tableta jednou denně, nejlépe ráno a před jídlem. Pacienti musí být stabilizováni na léčbě bisoprololem a perindopilem ve stejné dávce po dobu nejméně 4 týdnů. Fixní kombinace není vhodná k iniciální léčbě. U pacientů stabilizovaných na dávce bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 2,5 mg nebo bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 5 mg: půl tablety obsahující 5 mg/5 mg nebo 5 mg/10 mg jednou denně. Je-li nutná změna dávkování, titraci je nutno provádět za použití jednotlivých složek samostatně. **Porucha funkce ledvin:** Doporučené dávkování podle clearance kreatininu, 5 mg/5 mg: $Cl_{cr} \geq 60$ (ml/min): 1 tableta; $30 < Cl_{cr} < 60$: ½ tablety; $Cl_{cr} < 30$: přípravek není vhodný, doporučená titrace dávky za použití jednotlivých složek samostatně, 5 mg/10 mg: $Cl_{cr} \geq 60$: tablety; $Cl_{cr} < 60$: přípravek není vhodný, 10 mg/5 mg: $Cl_{cr} \geq 60$: 1 tableta; $Cl_{cr} < 60$: přípravek není vhodný, 10 mg/10 mg: přípravek není vhodný. **Porucha funkce jater:** není nutná úprava dávkování. **Starší pacienti:** podávání podle renální funkce. **Pediatrická populace:** Bezpečnost a účinnost nebyla stanovena, použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **KONTRAINDIKACE*:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na jiné inhibitory angiotensin-konvertujícího enzymu (ACE); akutní srdeční selhání nebo probíhající epizody srdeční dekompenzace vyžadující i.v. inotropní terapii; kardiogenní šok; AV blok druhého nebo třetího stupně (bez pacemakeru); sick sinus syndrom; sinoatriální blokáda; symptomatická bradykardie; symptomatická hypotenze; závažné bronchiální astma nebo chronická obstrukční plicní nemoc; závažné formy periferního arteriálního okluzivního onemocnění nebo Raynaudova syndromu; neléčený feochromocytom (viz bod Upozornění*); metabolická acidóza; anamnéza angioneurotického edému souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE; dědičný nebo idiopatický angioneurotický edém; 2. a 3. trimestr těhotenství (viz body Upozornění*, Těhotenství a kojení*), současné užívání s přípravky obsahující aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo s poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m²) (viz body Upozornění*, Interakce* a Farmakodynamické vlastnosti*), současné užívání se sakubitrilem/valsartanem, Cosyrel nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu** (viz bod Upozornění* a Interakce*), mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz bod Interakce*), signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné fungující ledviny (viz bod Upozornění*). **UPOZORNĚNÍ*:** *Hypotenze:* u pacientů s poklesem objemu tělních tekutin, se symptomatickým srdečním selháním se současnou renální insuficiencí nebo bez ní, s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárními chorobami je při zahájení léčby a změně dávky zapotřebí pečlivé monitorování. Náhlá hypotenze odpovídá není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou pacienti obvykle užívat bez obtíží, jakmile jim po doplnění objemu stoupne krevní tlak. *Hypersenzitivita/angioedém/intestinální angioedém:* vysadit a zahájit monitorování až do úplného vymizení symptomů. Léčba betablokátozem musí pokračovat. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Současné užívání perindoprilu a sakubitrilu/valsartanu je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Léčbu sakubitrilem/valsartanem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčbu perindopilem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání inhibitorů ACE s racekadotrilem, mTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin) může vést ke zvýšenému riziku angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka spolu s poruchou dýchání nebo bez poruchy dýchání). U pacientů, kteří již užívají inhibitor ACE, je třeba opatrnosti při počátečním podání racekadotrilu, mTOR inhibitorů (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptinů (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin)*. *Selhání jater:* vzácně byly inhibitory ACE spojovány se syndromem, který začíná cholestatickou žloutenkou a progreduje ve fulminantní jaterní nekrozu a (někdy) v úmrtí: ukončit léčbu v případě rozvoje žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů. *Černošská populace:* perindopril může být méně účinný a způsobit vyšší procento angioedému ve srovnání s jinými rasami. *Neproduktivní kašel, Hyperkalemie:* časté monitorování koncentrace draslíku v krvi v případě renální insuficience, zhoršení renálních funkcí, věk > 70 let, diabetes mellitus, dehydratace, akutní srdeční nedostatečnost, metabolická acidóza a současné užívání draslík-šetřících diuretik, draslíkových doplňků, náhrad soli s obsahem draslíku, léčivých přípravků, které mohou způsobovat vzestup sérových koncentrací draslíku a zejména antagonistů aldosteronu nebo blokátů receptorů angiotensinu**. U pacientů užívajících ACE inhibitory mají být proto kalium šetřící diuretika a blokátory receptorů angiotensinu užívány opatrně a má být kontrolována hladina draslíku v séru a funkce ledvin*. *Kombinace s lithiem, s draslík-šetřícími diuretiky, draslíkovými doplňky nebo náhradami soli obsahující draslík, kalciovými antagonisty, antiarytmiky třídy I a centrálně působícími antihypertenzivy:* se obecně nedoporučuje. *Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS): současné užívání inhibitorů ACE, blokátů receptorů pro angiotensin II nebo aliskirenu zvyšuje* riziko hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Duální blokáda RAAS se proto nedoporučuje. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. *Ukončení léčby:* nesmí být provedeno náhle ukončení léčby betablokátozem. Dávkování má být snižováno postupně pomocí jednotlivých složek, ideálně po dobu dvou týdnů. Bradykardie: při poklesu srdeční frekvence pod 50 – 55 tepů za minutu v průběhu léčby a pacient pociťuje symptomy související s bradykardií, dávka má být snižována za použití jednotlivých složek s vhodnou dávkou bisoprololu. *AV blok prvního stupně, stenóza aortální a mitrální chlopně/hypertrofičká kardiomyopatie, diabetici, striktní půst:* podávat s opatrností. *Prinzmetalova angina:* betablokátozy mohou zvýšit počet a délku trvání epizod anginy pectoris. *Porucha funkce ledvin:* denní dávka má být upravena na základě clearance kreatininu. Monitorování draslíku a kreatininu. U pacientů s bilaterální stenózou renálních arterií nebo stenózou arterie solitární ledviny může dojít ke zvýšení sérových koncentrací urey a kreatininu; v případě renovaskulární hypertenze je riziko těžké hypotenze a renální insuficience zvýšené. *Renovaskulární hypertenze:* Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné fungující ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání (viz bod Kontraindikace). Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. *Transplantace ledvin, srdeční selhání s inzulin dependentním diabetem mellitem (typ I), těžkou poruchou funkce ledvin, těžkou poruchou funkce jater, restriční kardiomyopatií, vrozeným srdečním onemocněním, hemodynamicky signifikantním organickým onemocněním chlopní, infarktem myokardu v předchozích 3 měsících:* nejsou zkušenosti s podáváním. *Anafylaktoidní reakce během aferézy nízkodenzitních lipoproteinů (LDL) pomocí dextran-sulfátu:* vzácně se vyskytl život ohrožující anafylaktoidní reakce. Ize předejít dočasným vysazením léčby inhibitory ACE před každou aferézou. *Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:* dočasně vysadit léčbu před vyšetřeními. Tyto reakce se znovu objevily po náhodném opětovném vystavení. Bisoprolol může zvýšit senzitivitu vůči alergenům i závažnost anafylaktoidních reakcí. *Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anemie:* extrémní opatrnost u pacientů s kolagenovým vaskulárním onemocněním, s imunosupresivní léčbou, léčbou abopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů. *Bronchospasmus (bronchiální astma, obstrukční onemocnění dýchacích cest):* souběžné podávání bronchodilatační terapie. *Anestezie:* pokud je nutné betablokátoz vysadit, je třeba to provádět postupně a ukončit 48 hodin před anestézií. *Psoriáza:* podání po zvážení přínosu a rizika. *Feochromocytom:* podávání bisoprololu vždy s blokátorem alfa-receptorů. *Tyreotoxikóza:* symptomy mohou být maskovány. *Primární hyperaldosteronismus:* Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. *Těhotenství:* zastavit léčbu. V případě nutnosti zahájit alternativní léčbu. Pomocné látky: bez sodíku. **INTERAKCE*:** *Kombinace kontraindikované:* aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo poruchou funkce ledvin, mimotělní léčba, sakubitril/valsartan, *Nedoporučuje se současně užívat:* centrálně působící antihypertenziva, např. klonidin a další (methyldopa, moxonidin, rilmenidin); antiarytmika třídy I (chinidin, disopyramid, lidokain, flekainid, propafenon); antagonisté kalcia typu verapamilu a v menší míře diltiazemu; aliskiren a blokátory receptorů pro angiotenzin II; estramustin, hepariny, imunosupresiva jako cyklosporin nebo takrolimus, trimethoprim a kotrimoxazol (trimethoprim/sulfamethoxazol), draslík šetřící diuretika (triarteren, amilorid), draslík (soli); lithium. *Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:* antiidiabetika (inzulín, perorální antiidiabetika); nesteroidní antiinflogistika (NSAID) včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den; antihypertenziva a vasodilatační; tricyklická antidepresiva/antipsychotika/anestetika; sympatomimetika; antagonisté kalcia dihydropyridinového typu (felodipin, amlodipin); antiarytmika třídy III (amiodaron); parasympatomimetika; lokální betablokátozy (např. oční kapky k léčbě glaukomu); digitalisové glykosidy; baklofen; draslík nešetřící diuretika; draslík šetřící diuretika (epleron, spironolakton); racekadotril, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin). *Kombinace vyžadující určitou opatrnost:* meflochin, inhibitory monoaminoxidázy (kromě inhibitorů MAO-B), zlato. **TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ*:** Podávání není doporučeno v prvním trimestru těhotenství a během kojení. Podávání je kontraindikováno ve 2. a 3. trimestru těhotenství. **FERTILITA*.** **ÚČINNOST NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE*:** u některých pacientů se mohou vyskytnout individuální reakce související s nízkým krevním tlakem. V důsledku toho může být schopnost řídit a obsluhovat stroje narušena. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY*:** *Velmi časté:* bradykardie. *Časté:* bolest hlavy, závratě, vertigo, dysgeuzie, parestezie, porucha zraku, tinitus, zhoršení srdečního selhání, hypotenze a účinky související s hypotenzí, pocit chladu nebo znecitlivění končetin, kašel, dyspnoe, bolest břicha, zácpa, průjem, nauzea, zvracení, dyspepsie, vyrážka, pruritus, svalové křeče, astenie, únava. *Méně časté:* eozinofilie, hypoglykemie, hyperkalemie, hyponatremie, změny nálady, poruchy spánku, deprese, somnolence, synkopa, palpitace, tachykardie, poruchy AV vedení, ortostatická hypotenze, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, angioedém obličeje, končetin, rtů, sliznic, jazyka, glottis a/nebo hrtanu, kopřivka, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, hyperhidróza, svalová slabost, artralgie, myalgie, renální insuficience, erektilní dysfunkce, bolest na hrudi, malátnost, periferní edém, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, pád. *Vzácné:* rinítida, noční můry, halucinace, snížená tvorba slz, poruchy sluchu, hepatitida cytolytická nebo cholestatická, hypersenzitivní reakce (svědění, zčervenání, vyrážka), zhoršení psoriázy, poruchy potence, vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi, zvýšená hladina triglyceridů. *Velmi vzácné:* agranulocytóza, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, trombocytopenie, hemolytická anemie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, zmatenost, konjunktivitida, arytmie, angina pectoris, infarkt myokardu a cévní mozková příhoda, možné sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, eosinofilní pneumonie, pankreatitida, erythema multiforme, alopecie, betablokátozy mohou způsobit nebo zhoršit psoriázu nebo způsobit vyrážku připomínající psoriázu, akutní renální selhání, snížená hladina hemoglobinu a snížený hematokrit. U jiných inhibitorů ACE byly hlášeny případy SIADH (syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu). SIADH lze považovat za velmi vzácnou, ale možnou komplikaci spojenou s léčbou inhibitory ACE. *Není známo:* Raynaudův fenomén. **PŘEDÁVKOVÁNÍ*, VLASTNOSTI*:** Bisoprolol je vysoce beta-selektivní blokátor adrenoreceptorů bez vnitřní sympatomimetické a membrány stabilizující aktivity. Perindopril je inhibitor enzymu, který konvertuje angiotenzin I na vazokonstriktor angiotenzin II (ACE). **BALENÍ*:** Balení 30, 90 potahovaných tablet přípravku Cosyrel 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg. **Uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky uchovávání ani zacházení. **Držitel rozhodnutí o registraci: LES LABORATOIRES SERVIER**, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Registrační čísla: **58/563-566/15-C.** **Datum poslední revize textu:** 11.6.2021. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách a jsou na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz * pro úplnou informaci si prosím přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku ** všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku Cosyrel



POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

GENERÁLNÍ PARTNER



PARTNEŘI



MEDEVIO



Mediinfo



MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



Sinupret® akut



160 mg
suchého
extraktu



nový způsob extrakce²⁾



pro rychlejší úlevu³⁾



při akutní rinosinusitidě

Sinupret akut obalené tablety

Jedna obalená tableta obsahuje 160 mg extraktu (ve formě suchého extraktu) (3-6:1) z *Gentiana lutea* L., radix (hořcový kořen), *Primula veris* L., flos cum calycibus (prvosenný květ), *Rumex crispus* L., herba (šťovíková nat'), *Sambucus nigra* L., flos (květ bezu černého) a *Verbena officinalis* L., herba (sporýšová nat') (1:3:3:3:3). **Indikace:** Rostlinný léčivý přípravek k léčbě akutních nekomplikovaných zánětů paranasálních dutin (akutní nekomplikovaná rinosinusitida) u dospělých. **Dávkování:** Dospělí užívají 1 obalenou tabletu 3x denně (maximálně 3 obalené tablety denně). Nejsou k dispozici dostatečné údaje o specifickém doporučení dávkování při dysfunkci ledvin/jater. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Peptický vřed. **Upozornění:** Pokud se u pacienta projeví krvácení z nosu, horečka, silná bolest, hnisavý výtok z nosu, zhoršené vidění, asymetrické znecitlivění střední části obličeje, očí nebo tváře, je potřebná diferenciální diagnostika a lékařská léčba. Pokud příznaky přetrvávají déle než 7–14 dní, horší se nebo se pravidelně opakují, je pacient poučen, aby se poradil s lékařem. U pacientů s gastritidou a citlivým žaludkem je třeba při užívání tohoto léčivého přípravku postupovat obzvlášť opatrně. Sinupret akut se má užívat pokud možno po jídle a má se zapít sklenicí vody. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí fruktózy, malabsorpcí glukózy a galaktózy nebo se sacharázo-izomaltázovou deficiencí nemají tento přípravek užívat. Poznámka pro diabetiky: Jedna obalená tableta obsahuje průměrně 0,3 g stravitelných sacharidů. Z důvodu nedostatečného množství údajů se užívání nedoporučuje u dětí a dospívajících do 18 let věku. **Těhotenství:** Údaje o podávání léčivého přípravku Sinupret akut (suchý extrakt) těhotným ženám nejsou k dispozici. Studie na zvířatech neukazují na přímé nebo nepřímé škodlivé účinky z hlediska reprodukční toxicity. Z bezpečnostních důvodů je třeba se vyhnout užívání léčivého přípravku Sinupret akut po dobu těhotenství. **Interakce:** Nebyly provedeny žádné studie interakcí. Z tohoto důvodu nelze vyloučit, že účinek jiných léků se může zvýšit nebo snížit. O současném užívání jiných léků s úzkou terapeutickou šíří se musí rozhodovat v každém případě zvlášť. **Nežádoucí účinky:** Časté: Gastrointestinální poruchy, např. nauzea, flatulence, průjem, sucho v ústech, bolest žaludku. Méně časté: Lokální hypersenzitivní reakce (exantém, erytém, svědění pokožky nebo očí) a systémové alergické reakce (angioedém, dyspnoe, otok obličeje), závrať. **Uchovávání:** při teplotě do 30 °C. **Balení:** 20 obalených tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** BIONORICA SE Kerschensteinerstrasse 11-15 92318 Neumarkt Německo. **Datum poslední revize textu:** 26. 6. 2020. Volně prodejný léčivý přípravek. Není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

1) <http://www.bionorica.de/atemwege/sinupret%C2%AE/anwendungsgebiete-von-sinupret-extract.html>

2) <http://www.google.de/patents/EP2744504A1?cl=de>

3) oproti placebo; SPC Sinupret akut



Schwabe
Czech

From Nature. For Health.

Schwabe Czech s.r.o., Pod Klíkovkou 1917/4, 150 00 Praha 5
tel.: +420 241 740 447, e-mail: info@schwabe.cz, www.schwabe.cz

www.sinupret.cz
www.sinupretakut.cz

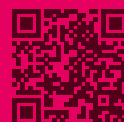
PŘEDPLATNÉ ČASOPISU

Medicína pro praxi

2022

OBJEDNÁVEJTE

www.medicinapropraxi.cz
predplatne@solen.cz



www.solen.cz | www.medicinapropraxi.cz | ISSN 1214-8687 | Ročník 19 | 2022

Zdražujeme, ale vy nemusíte platit víc

PŮVODNÍ CENA
650 Kč

NOVÁ CENA
~~**750 Kč**~~



Při úhradě předplatného na rok 2022 do 15. 12. 2021
získáte časopis ještě za letošní cenu.



**TIŠTĚNÝ
ČASOPIS**
5 čísel / rok



**SUPPLEMENTA
A ODBORNÉ
PUBLIKACE**



**VŠECHNY ČLÁNKY
IHNEDE**
ve formátu **PDF**

 **35** 50% SLEVA

Fandíme mladým lékařům,
a proto předplatitelé do 35 let získají 50% slevu.