

Medicína pro praxi

2018

D

www.solen.cz | Med. praxi 2018; 15(Suppl D) | ISBN 978-80-7471-244-9 | 2018

ABSTRAKTA

IV. KONGRES PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ V BRNĚ

19.–20. října 2018

Hotel International Brno

Pořadatel: Společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Medicína pro praxi
Záštitu: II. interní klinika FN u sv. Anny Brno

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

síla / prověřenost / flexibilita

TRIPLIXAM®

perindopril arginin / indapamid / amlodipin



až o
730
tablet za rok
méně



ZJEDNODUŠTE LÉČBU HYPERTENZE

Zkrácená informace o přípravku TRIPLIXAM® • **SLÓŽENÍ***: Triplixam 5 mg/1,25 mg/5 mg obsahuje 5 mg perindoprilu argininu/1,25 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplixam 5 mg/1,25 mg/10 mg obsahuje 5 mg perindoprilu argininu/1,25 mg indapamidu/10 mg amlodipinu; Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg obsahuje 10 mg perindoprilu argininu/2,5 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplixam 10 mg/2,5 mg/10 mg obsahuje 10 mg perindoprilu argininu/2,5 mg indapamidu/10 mg amlodipinu. **INDIKACE***: Substituční terapie pro léčbu esenciální hypertenze u pacientů, kteří již dobře odpovídají na léčbu kombinací perindoprilu/indapamidu a amlodipinu, podávanými současně v téže dávce. **DAVKOVÁNÍ A PŘÍPRAVA***: Jedna tableta denně, nejlépe ráno a před jídlem. Fxni kombinace není vhodná pro iniciační léčbu. Je-li nutná změna dávkování, dávka jednotlivých složek by měla být titrována samostatně. **Pediatrická populace**: přípravek by se neměl podávat. **KONTRAIKACE***: Dialyzovaní pacienti. Pacienti s neléčeným dekompenzovaným srdečním selháním. Závažná porucha funkce ledvin (Cl_{cr} < 30 ml/min). Středně závažná porucha funkce ledvin (Cl_{cr} 30-60 ml/min) pro Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg a 10 mg/2,5 mg/10 mg. Hypersenzitivita na léčivé látky, jiné sulfonamidy, deriváty dihydropyridinu, jakýkoli jiný inhibitor ACE nebo na kteroukoli pomocnou látku. Anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edému) související s předchozí terapií inhibitory ACE (viz bod Upozornění). Dědičný/idiopatický angioedém. Druhý a třetí trimestr těhotenství (viz body Upozornění a kojení). Kojení (viz bod Těhotenství a kojení). Hepatální encefalopatie. Závažná porucha funkce jater. Hypokalemie. Závažná hypotenze. Šok. Včetně kardiogenního šoku. Obstrukce výtoku levé komory (např. vysoký stupeň stenózy aorty). Hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu. Současné užívání přípravku Triplixam s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) (viz bod Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem (viz body Upozornění a Interakce)**. Mimořádně léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce)**. Signifikanční bilaterální stenóza renální arterie u jedné funkční ledviny (viz Upozornění)**. **UPOZORNĚNÍ***: Zvláštní upozornění: **Dvojitá blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteronu (RAAS)**: zvýšení rizika hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Dvojitá blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se nedoporučuje. Pokud je léčba dvojitou blokádu 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. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytenie/anémie**: postupujte opatrně v případě kolagenového vaskulárního onemocnění, imunosupresivní léčby, léčby allopurinolem nebo prokainamidem, nebo kombinace těchto komplikujících faktorů, zvláště při existující poruše funkce ledvin. 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**. **Hypersenzitivita/angioedém, intestinální angioedém**: přerušete léčbu a sledujte pacienta až do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Souběžné užívání inhibitorů mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus). Pacienti užívající současně mTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) mohou mít zvýšené riziko výskytu angioedému. (např. otok dýchacích cest nebo jazyka s poruchou dýchání nebo bez ní)**. **Současné užívání perindoprilu se sakubitril/valsartanem**: kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Podávání sakubitrilu/valsartanu nesmí být zahájeno do 36 hodin po užití poslední dávky perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčba perindoprilem nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání jiných inhibitorů NEP (např. rasekadotrilu) a inhibitorů ACE může také zvýšit riziko angioedému. Před zahájením léčby inhibitory NEP (např. rasekadotrilu) u pacientů užívajících perindopril je proto nutné pečlivě zhodnotit přínos a riziko**. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace**: postupujte opatrně u alergických pacientů léčených desenzibilizací a nepoužívejte v případě imunoterapie jedem blanketických. Alespoň 24 hodin před desenzibilizací dočasné vysaďte inhibitor ACE. **Anafylaktoidní reakce během LDL-aterie**: před každou aterosklerotickou výsadou inhibitor ACE. **Hemodialyzovaní pacienti**: zvažte použití jiného typu dialyzační membrány nebo jiné skupiny antihypertenziv. **Primární hyperaldosteronismus**: Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzivní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje**. **Těhotenství**: nezačínat užívání během těhotenství, v případě potřeby zastavit léčbu a zahájit vhodnou alternativní léčbu. **Hepatální encefalopatie**: ukončit léčbu. **Fotosenzitivita**: ukončit léčbu. **Opatření pro použití**: **Renální funkce**: u některých hypertoniků s existujícími zjevnými renálními lézemi, u nichž renální krevní testy ukazují funkční renální insuficienci, by měla být léčba ukončena a je možno ji znovu zahájit v nízké dávce nebo pouze z jedinou složkou. Monitorujte draslík a kreatinin, a to po dvou týdnech léčby a dále každé dva měsíce během období stabilní léčby. V případě bilaterální stenózy renální arterie nebo jedné funkční ledviny: nedoporučuje se. Riziko arteriální hypotenze a/nebo renální insuficience (v případech srdeční insuficience, deplece vody a elektrolytů, u pacientů s nízkým krevním tlakem, stenózou renální arterie, městnavým srdečním selháním nebo cirhózou s edémy a ascitem): zahajte léčbu dávkami nižší dříve a postupně je zvyšujte. **Hypotenze a deplece vody a sodíku**: riziko náhlé hypotenze v přítomnosti preexistující deplece sodíku (zejména, je-li přítomna stenóza renální arterie): sledujte hladinu elektrolytů v plazmě, obnovte objem krve a krevní tlak, znovu zahajte léčbu nižším snížením dávky nebo pouze jednou složkou přípravku. Kontrolujte častěji u starších a cirhotických pacientů. Jakákoli diuretická léčba může vyvolat hyponatremii, někdy s velice závažnými následky. Hyponatremie s hypovolemii mohou způsobit dehydrataci a ortostatickou hypotenzi. Současná ztráta chloridových iontů může vést k sekundární kompenzační metabolické alkalóze: vysoký a stupeň tohoto jevu je malý**. **Hladina draslíku**: hyperkalemie: kontrolovat plazmatickou hladinu draslíku v případě renální insuficience, zhoršení funkce ledvin, vyšší věku (> 70 let), diabetes mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční kompenzace, metabolické acidózy a současně užívání kalium-šetrných diuretik, doplňků draslíku nebo doplňků soli obsahujících draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v séru. Hypokalemie: vysoké riziko u starších a/nebo podvyživených osob, cirhotických pacientů s edémem a ascitem, kormonálních pacientů, u pacientů se selháním ledvin nebo srdečním selháním, dlouhým intervalem QT: sledovat plazmatickou hladinu draslíku. Může napomoci rozvoji torsades de pointes, které mohou být fatální. **Hladina vápníku**: hyperkalemie: před vyšetřením funkce příštítných tělísek ukončete léčbu. **Renovaskulární hypertenze**: v případě stenózy renální arterie: zahajte léčbu v nemocnici v nízké dávce; sledujte funkci ledvin a hladinu draslíku. **Suchý kašel**. **Ateroskleróza**: u pacientů s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulární ischemií zahajte léčbu nízkou dávkou. **Hypertenzní krize**. **Srdeční selhání/těžká srdeční insuficience**: v případě srdečního selhání postupujte opatrně. Těžká srdeční nedostatečnost (stupeň IV): zahajte léčbu nižšími iniciačními dávkami pod lékařským dohledem. **Stenóza aortální nebo mitrální chlopně/hypertrofická kardiomyopatie**: v případě obstrukce průtoku krve levou komorou postupujte opatrně. **Diabetici**: V případě inzulín-dependentního diabetes mellitus zahajte léčbu iniciační nízkou dávkou pod lékařským dohledem; během prvního měsíce a/nebo v případě hypokalemie sledujte hladinu glukózy v krvi. **Cemo**: vyšší incidence angioedému a zjevně menší účinnost při snižování krevního tlaku ve srovnání s jinými rasami. **Operace/anestezie**: přerušete léčbu jeden den před operací. **Porucha funkce jater**: nemá až středně závažná: postupujte opatrně. Podání inhibitorů ACE mělo vzácně souvislost se syndromem pojmajícím cholestatickou žloutenku a progredujícím až v náhlou hepatickou nekrózu a (někdy) úmrtí. V případě žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů ukončete léčbu. **Kyselina močová**: hyperurikémie: zvýšená tendence k záchvatům dny. Starší pacienti: před zahájením léčby vyšetřte renální funkci a hladinu draslíku. Dávku zvyšovat opatrně. **INTERAKCE***: **Kontraindikace**: Aliskiren u diabetických pacientů nebo pacientů s poruchou funkce ledvin. Mimořádně léčba**. **Sakubitril/valsartan****: **Nedoporučuje se**: lithium, aliskiren u jiných pacientů než diabetických nebo pacientů s poruchou funkce ledvin, souběžná léčba inhibitorem ACE a blokátorem receptorů pro angiotenzin, estramustin, kalium-šetrný lék (např. triamterin, amilorid...), soli draslíku, kotrimoxazol (trimethoprim-sulfamethoxazol)**; **kontrola** (nitro), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Výžadující zvláštní opatření**: baflofen, nesteroidní antiflogistika (včetně kyseliny acetylsalicylové ve vysokých dávkách), antiagregant (inzulin, perorální antiagregant), kalium-šetrný diuretika a kalium-šetrný diuretika (eplerenon, spironolaktón), rasekadotril**, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus)**, léky vyvolávající „torsades de pointes“, amfetamin B (v. podání), glukokortikoidy (systémové podání), tetraoksid, stimulant látková, srdeční glykosidy, allopurinol (současná léčba s indapamidem může zvýšit výskyt reakcí hypersenzitivity na allopurinol), induktory CYP3A4, inhibitory CYP3A4 klamirifony (existuje zvýšené riziko hypotenze)**. **Výžadující určitou opatření**: antidepresiva imipraminového typu (tycliclicka), neuroleptika, jini antihypertenziva a vazodilatancia, tetraoksid, allopurinol (současné podávání s inhibitory ACE), cytostatika nebo imunosupresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid, anestetika, diuretika (thiazid nebo kličková diuretika), glyptiny (naglipatin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, zlato, metformin, jodované kontrastní látky, vápník (soli), cyklosporin, atorvastatin, digoxin nebo warfarin, takrolimus**, cyklosporin, simvastatin. **TEHOTENSTVÍ A KOJENÍ**: Kontraindikován během druhého a třetího trimestru těhotenství a při kojení. Nedoporučuje se během prvního trimestru těhotenství. **FERTILITA**: Reverzibilní biochemické změny na hlavové části spermatozojů u některých pacientů léčených blokátory kalciového kanálu. **SCHOPNOST RIDIT A OBSLUHOVAT STROJE**: Může být narušena v důsledku nízkého krevního tlaku, který se může vyskytnout u některých pacientů, zejména na začátku léčby. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY**: **Velmi časté**: otoky. Časté: závratě, bolest hlavy, parestezie, vertigo, somnolence, dysgeusie, zhoršení zraku, tinitus, palpitace, zrudnutí, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), kašel, dušnost, bolest břicha, zácpa, průjem, dyspepsie, nauzea, zvracení, změny ve vyprazdňování střeva, pruritus, vyrážka, makulopapulární vyrážka, svalové křeče, otok kotníků, astenie, únava. **Méně časté**: rinorea, hyperhidroza, hyperpigmentace, hyperglykémie, hyperkalemie, hyperkalemie vratná po přerušení léčby, hyponatremie, insomnie, změny nálad (včetně úzkosti), deprese, poruchy spánku, hypostezie, třes, synkopa, diplopie, tachykardie, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní), vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, kopřivka, angioedém, alopecie, purpura, změna zabarvení kůže, hyperhidroza, exantém, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, artralgie, myalgie, bolest v zádech, poruchy motoru, noční močení, poklesnutí, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynecomastie, bolest, bolest na hrudi, nevolnost, periferní edém, horečka, zvýšená tělesná hmotnost, snížená tělesná hmotnost, zvýšení sérové hladiny urey, zvýšení sérové hladiny kreatininu, pác. **Vzácné**: stav zmatenosti, zvýšení sérové hladiny bilirubinu, zvýšení hladiny laktátové kyseliny, zvýšení hladiny jaterních enzymů, zhoršení srážit. **Velmi vzácné**: agranulocytóza, aplastická anémie, paronychie, leukopenie, neutropenie, hemolytická anémie, trombocytenie, hyperglykémie, hyperkalemie, hypertonie, periferní neuropatie, cenní mozková příhoda, možná sekundárně k nadměrné hypotenzi u vysokých rizikových pacientů, angina pectoris, infarkt myokardu, možná sekundárně k nadměrné hypotenzi u vysokých rizikových pacientů, ezofagitida, pneumonie, gingivální hyperplazie, pankreatitida, gastritida, hepatitida, žloutenka, abnormální hepatální funkce, erythema multiforme, Stevens-Johnsonův syndrom, exfoliativní dermatitida, toxická epidermální nekrolýza, Quinckeho edém, akutní renální selhání, snížení hemoglobinu a hematokritu. **Frekvence neznámá**: Deprese draslíku s hypokaliemií, u určitých rizikových populací zvláště závažná, extrapyramidové poruchy (extrapyramidový syndrom), myopie, rozmazané vidění, torsades de pointes (potenciálně fatální), možný rozvoj hepatální encefalopatie v případě jaterní insuficience, možnost zhoršení stávajícího systémového lupus erythematosus, EKG: prodloužený interval QT, zvýšená hladina glukózy v krvi, zvýšená hladina kyseliny močové v krvi. 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**: **VLASTNOSTI***: Perindopril je inhibitor angiotenzin-konvertujícího enzymu (inhibitor ACE), který konvertuje angiotenzin I na vazokonstrikční angiotenzin II. Indapamid je derivát sulfonamidu s indolovým křehem, farmakologicky příbuzný thiazidovým diuretikům. Amlodipin je inhibitor transportu kalciových iontů (blokátor pomalých kanálů nebo antagonistů kalciových iontů), který inhibuje transmembránový transport kalciových iontů do srdečních buněk a buněk hladkého svalstva cévních stěn. **BALENÍ**: 30 a 90 tablet. Uchovávejte: nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. Doba použitelnosti: 3 roky. Doba použitelnosti po prvním otevření je 30 dní. Držitel rozhodnutí o registraci: Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, France. Registrační čísla: 58/100/14-C, 58/101/14-C, 58/102/14-C, 58/103/14-C. Datum poslední revize textu: 25. 6. 2018. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravek je k dispozici v lékárnách. Přípravek je na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění; viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.skcl.cz/skl/seznam-leciv-a-pdu-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 Triplixam

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



PROGRAM – pátek 19. října

9.00 ZAHÁJENÍ

9.00–10.00 GERONTOPSYCHIATRIE

Garantka prof. MUDr. Hana Matějovská Kubešová, CSc.

- **IP** Deprivace seniorů jako podpůrný faktor rozvoje dalších psychopatologií – Matějovská Kubešová H.
- Novinky v diagnostice kognitivních poruch u seniorů – Greplová K.
- Delirantní stav a jeho multikauzalita ve vyšším věku – Lekeš D.

10.00–10.40 BOLEST FYZICKÁ, BOLEST DUŠEVNÍ...

- Život není jen sen – Holanová M.
- Když se bolest mění v nemoc – Hakl M.

10.40–11.10 PŘESTÁVKA

11.10–12.10 KARDIOLOGIE

Garant prof. MUDr. Otto Mayer, CSc.

- Ten umí to a ten zas tohle aneb synergické účinky antihypertenziv a statinů – Šnejdrlová M.
- Kdy a jak léčit hypertonika ve světle soudobých guidelines – Veselý J.
- KV riziko jako důsledek zvýšené aktivity sympatiku – Mayer O.

12.10–12.40 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE

- Trendy v epidemiologii pneumokokových a meningokokových infekcí – Ciupek R.
- Uropatogenní *E. coli* – duální ovlivnění a prevence nekomplikovaných močových infekcí – Belej K.

12.40–13.30 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

13.30–14.50 CHRONICKÉ ŽILNÍ ONEMOCNĚNÍ

Garantka prof. MUDr. Alena Pospíšilová, CSc.

- Zánětlivá reakce – role v etiopatogeneze CVD – Pospíšilová A.
- Chirurgické možnosti léčby chronického CVD – Veverková L.
- Kompresivní terapie – zlatý standard v léčbě CVD – Slonková V.
- **IP** Venofarmaka – součást komplexní léčby CVD – Černohorská J.

Program pokračuje na další straně →

TIRÁŽ

IV. KONGRES PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ V BRNĚ

19.–20. října 2018 | Hotel International Brno

Pořadatel

Společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Medicína pro praxi

Záštita

II. interní klinika FN u sv. Anny Brno

Prezident akce

prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

Organizátor

SOLEN, s.r.o., Lazebká 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: Mgr. Jitka Nováková, 734 571 658, novakova@solen.cz
Zajištění výstavních ploch: Mgr. Martin Jiša, 734 567 855, jisa@solen.cz
Programové zajištění: Mgr. Hana Kaprálová, 777 557 411, kapralova@solen.cz
Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s.r.o., Lucie Šilberská

Ohodnocení

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



Supplementum D Medicína pro praxi

Citační zkratka:

Med. praxi 2018; 15(Suppl D).

Vydal: Solen, s.r.o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-244-9

14.50–15.30 HEPATITIDA TYPU C A HIV – AKTUÁLNÍ VIROVÁ ONEMOCNĚNÍ

- **Role praktického lékaře v péči o pacienty s chronickou hepatitidou C** – Husa P.
- **Infekce HIV – největší pandemie v historii lidstva** – Snopková S.
(Přednášky sponzorované firmou Gilead Sciences, s. r. o.)

15.30–15.50 PŘESTÁVKA

15.50–16.30 PLICNÍ HYPERTENZE

Garant doc. MUDr. Pavel Jansa, Ph.D.

- **Diferenciální diagnostika dušnosti** – Ambrož D.
- **Plicní hypertenze** – Jansa P.

16.30–17.30 GASTROENTEROLOGIE

Garant doc. MUDr. Bohuslav Kianička, CSc.

- **Co s hemoroidy, jak dál při nálezu** – Korbička J.
- **Současná terapie idiopatických střevních zánětů** – Zbořil V.
- **Inhibitory protonové pumpy – nejvýznamnější gastroenterologický lék 20. století** – Kianička B.

Workshop / pátek 19. října

W1: 12.45–13.45 WORKSHOP

W2: 13.45–14.45

Kardiopulmonální resuscitace

workshop vedou pracovníci záchranné služby

- **nácvik zabezpečení dýchacích cest, uvolnění cizího tělesa z dýchacích cest**
- **nácvik použití Ambu vaku, automatického externího defibrilátoru**
- **nácvik resuscitace na figuríně**

VSTUP VOLNÝ, KAPACITA OMEZENÁ – NUTNÉ PŘIHLÁSIT SE NA MÍSTĚ

PROGRAM – sobota 20. října

9.00 ZAHÁJENÍ

9.00–10.00 IP KOLIK VÁŽÍ... ANTIBIOTIKA?

- **MICKy vs. MISSky** – MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D., MUDr. Václava Adámková

10.00–10.40 IP VYZVANÁ PŘEDNÁŠKA – doc. MUDr. Ivan Solovič, CSc.

- **Tuberkulóza v 21. století**

10.40–11.10 PŘESTÁVKA

11.10–12.40 VARIA

- **Možnosti fytofarmak při léčbě onemocnění horních cest dýchacích** – Vranová V.
- **Lékař léčí, technika funguje – moderní pojetí práce v ordinaci** – Horský M.

Shire – Váš partner v léčbě vzácných onemocnění

- **Gaucherova choroba – pacienti spoléhají na vaši včasnou diagnózu** – Ješina P.
- **Úvod do diagnostiky a léčby primárních a sekundárních imunodeficitů** – Hlaváčková E.
(Satelitní sympozium firmy Shire Czech, s. r. o.)

12.40–13.40 WORKSHOP – MUDr. Karel Nešpor, CSc.

- **Jak přistupovat k vlastním emocím i emocím druhých lidí**

13.45 ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

COSYREL®

bisoprolol fumarát / perindopril arginin

Jediná fixní kombinace β-blokátoru a ACEi

pro dobře vyladěné srdce

3 INDIKACE Hypertenze | Stabilní ICHS | Srdeční selhání*

1 tableta 1x denně

* Cosyrel je u srdečního selhání indikován pouze v dávkách 5 mg bis/5 mg per a 10 mg bis/5 mg per

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 perindoprilem 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 perindoprilem 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; $Cl_{CR} < 60$: ½ tablety; $Cl_{CR} < 30$: přípravek není vhodný, doporučená titrace dávky za použití jednotlivých složek samostatně. 5 mg/10 mg: $Cl_{CR} \geq 60$: ½ tablety; $Cl_{CR} < 60$: přípravek není vhodný. **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 okluzního 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 obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo s poruchou funkce ledvin ($GFR < 60$ ml/min/1,73 m²) (viz body Upozornění, Interakce a Farmakodynamické vlastnosti); současné užívání se sakubitrilem/valsartanem (viz bod Upozornění a Interakce); mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se známým nabitým povrchem (viz bod Interakce); významné bilaterální stenózy renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné funkční ledviny (viz bod Upozornění); **Upozornění:** **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Hypertenze: 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 pečlivě monitorování. Náhlá hypotenze odpověď 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 betablockátorem musí pokračovat. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Současné užívání perindoprilu se sakubitrilem/valsartanem je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Podávání sakubitrilu/valsartanu nesmí být zahájeno do 36 hodin po užití poslední dávky perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčba perindoprilem nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky sakubitrilu/valsartanu (viz body Kontraindikace a Interakce). Současné užívání jiných inhibitorů NEP (např. rasekadotrilu) a inhibitorů ACE může také zvýšit riziko angioedému. Před zahájením léčby inhibitory NEP (např. rasekadotrilu) u pacientů užívajících perindopril je proto nutné pečlivě zhodnotit přínos a rizika. Pacienti současně užívající terapii inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) mohou mít zvýšené riziko angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka s poruchou dýchání nebo bez ní). **Selhání jater:** vzácně byly inhibitory ACE spojovány se syndromem, který začíná cholestatickou žloutenkou a progreduje ve fulminantní jaterní nekrózu a (někdy) v úmrtí. Ukončit léčbu v případě rozvoje žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů. **Černá skvrna populace:** perindopril může být méně účinný a způsobit vyšší procento angioedému ve srovnání s jinými rasami. **Neplodivost a těhotenství:** **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. **Kombinace s lithiem, s draslík-šetřícími diuretiky, draslíkovými doplňky nebo náhradami soli obsahujícími draslík, kalciovými antagonisty, antiarytmiky třídy I a centrální působícími antihypertenzivy:** se obecně nedoporučuje. **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 inhibitorů ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se proto 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 neuropatií. **Ukončení léčby:** nesmí být provedeno náhle ukončení léčby betablockátorem. 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 v vhodné dávce bisoprololu. **AV blok prvního stupně, stenóza aortální a mitrální chlopně/hypertrófičká kardiomyopatie, diabetici, striktní půst:** podávat s opatrností. **Prinzmetalova angina:** betablockátory 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 arterie solitární ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání (viz bod Kontraindikace). Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Zřetelných 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 mellitus (typ I), těžkou poruchou funkce ledvin, těžkou poruchou funkce jater, restrikční kardiomyopatií, vrozeným srdečním onemocněním, hemodynamicky signifikantním organickým onemocněním chlopně, infarktem myokardu v předchozích 3 měsících:** nejsou zkušenosti s podáváním. **Anafylaktoidní reakce během afeřezy nízkodenzitních lipoproteinů (LDL):** vzácně, lze předejít dočasným vysazením léčby inhibitory ACE před každou afezou. **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 anafylaktických reakcí. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anémie:** extrémní opatrnost u pacientů s kolagenovým vaskulárním onemocněním, s imunosupresivní léčbou, léčbou alopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů. **Bronchospasmus (bronchiální astma, obstrukční onemocnění dýchacích cest):** souběžné podávání bronchodilatační terapie. **Anestezie:** pokud je nutné betablockátory vysadit, je třeba to provádět postupně a ukončit 48 hodin před anestezii. **Psoridáza:** podání po zvažení 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 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 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 zneklíčenosti končetin, kašel, dyspnoe, bolest břicha, zácpa, průjem, nauzea, zvracení, dyspepsie, vyrážka, pruritus, svalové křeče, astenie, únavy. Méně časté: ezofagitida, hypoglykemie, hyperkalemie, reverzibilní při vysazení léčby, hyponatremie, změny nádechu, poruchy spánku, deprese, somnolence, synkopa, palpitace, tachykardie, poruchy AV vedení, ortostatická hypotenze, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, angioedém obličej, 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. **Vzácně:** rinítida, noční mýr, halucinace, snížená tvorba slz, poruchy sluchu, hepatitida cytolytická nebo cholestatická, hypersenzitivní reakce (svědění, červenání, vyrážka), zhoršení astmaty, poruchy potence, vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi, zvýšená hladina triglyceridů. **Velmi vzácně:** agranulocytóza, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, trombocytopenie, hemolytická nebo cholestatická anémie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, zmatenost, konjunktivitida, arytmie, angina pectoris, infarkt myokardu a činní mozkové příhoda, možné sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoké rizikových pacientů, eosinofilní pneumonie, pankreatitida, erythema multiforme, alopecie, betablockátory mohou způsobit nebo zhoršit psoriázu; betablockátory mohou 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. **Předávkování, vlastnosti:** Bisoprolol je vysoké beta-selektivní blokátor adrenoceptorů 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 číslo: 58/563-566/15-C. **Datum poslední revize textu:** 26. 1. 2018. 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-upr-hrazenych-z-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



Gerontopsychiatrie

garantka prof. MUDr. Hana Matějovská Kubešová, CSc.

pátek / 19. října 2018 / 9.00–10.00 hod.

Deprivace seniorů jako podpůrný faktor rozvoje dalších psychopatologií

prof. MUDr. Hana Matějovská Kubešová, CSc.

Klinika interní, geriatric a praktického lékařství LF MU a FN Brno

Deprivace je definována jako nedostatečné uspokojení důležité fyzické či psychické potřeby jednotlivce. Se zvyšujícím se věkem se postupně načítají události způsobující zejména psychickou deprivaci, prvními dvěma takovými událostmi je zpravidla syndrom prázdného hnízda a odchod z aktivního zaměstnání. Dále nastupuje nutnost přizpůsobit se poklesu tělesných sil a zdraví a v mnoha případech také vyrovnat se s odchodem životního partnera.

Dalším závažným jevem je změna společenského nazírání na staršího člověka vůbec. V dobách méně překotného rozvoje byl starší člověk zdrojem poznání pro mladší, byl schopen z hlediska zkušeného vyrovnaného člověka radit mladším. Toto poslání nyní přestupuje spíše do podoby předávání zkušeností v obecnější rovině. V oblasti technické, kdy se hlavním hodnotícím kritériem kromě mládí, síly a rychlosti, stává i výkonnost, a tedy schopnost přizpůsobit se rozvoji techniky, znamená šesté decénium pro většinu lidí buď vypětí všech sil tak, aby se vyrovnali mladším, nebo pocit „trpělosti“ na pracovišti těsně před odchodem do důchodu. Ani jedno ani druhé zcela jistě není dobrým vkladem pro duševní vyrovnanost člověka, před kterým stojí úkol adaptovat se na změny přinášené nastupujícím obdobím stáří.

Na pomezí fyzické a psychické deprivace stojí pocity navozené senzorickými deficity. Překvapivě mnoho seniorů má tendenci neřešit sluchový deficit, i když právě ten působí největší bariéru jedince vůči společnosti, a to zejména tehdy, pokud není přiznán.

Dlouhodobá a prohlubující se deprivace je jednou z příčin vzniku deprese, kterou je nutno očekávat nejméně u 15 % seniorů žijících ve vlastním prostředí a nejméně u 30 % seniorů žijících v zařízeních sociálních služeb. Omezení sociálních kontaktů a senzorické poruchy vedou k urychlení ztráty kognitivního výkonu, který se ještě před výraznějšími klinickými příznaky může projevit například narůstajícím počtem chyb v užívání medikace.

Z hlediska řešení deprivace a jejího nepříznivého vlivu na kvalitu života seniora záleží zejména na seniorovi samotném, jak si dokáže vytvořit jednoznačné přiřazení k vlastní věkové skupině, přijmout sociální role, přizpůsobit se a vytvořit si uspokojivou životosprávu. Záleží také na míře empatie společnosti obklopující seniora samotného včetně nás zdravotníků, aby s citem odhalila problémové oblasti a napomohla kompenzaci. Cílem je zachování důstojnosti seniora zejména tím, že se seniorem jednáme jako se sobě rovným, napomůžeme zachování adekvátních stimulů efektivním řešením senzorických deficitů a motivujeme k výběru vhodných zájmových aktivit. V obecné rovině je důležitý zejména aktivní boj proti ageismu nejen ve zdravotnických zařízeních.

Novinky v diagnostice kognitivních poruch u seniorů

MUDr. Tereza Gregorová, MUDr. Kamila Greplová,

prof. MUDr. Hana Matějovská Kubešová, CSc.

Klinika interní, geriatric a praktického lékařství LF MU a FN Brno

Kognitivní poruchy jsou charakteristické snížením paměti, intelektu a jiných poznávacích funkcí, což následně vede k sekundárnímu úpadku dalších psychických funkcí. Demenci trpí kolem 5 % populace ve věku 65 let a každých 5 let se výskyt zdvojnásobí. Zdroje přitom uvádí, že cca 60–65 % demencí je způsobeno Alzheimerovou chorobou. Druhou nejpočetnější skupinou jsou demence ischemicko-vaskulární. Většina kognitivních poruch je diagnostikována až ve středním či těžkém

stupni. Jedná se o chorobu nevyléčitelnou, ovšem při zahájení terapie v počátečních stádiích demence lze její průběh modifikovat.

Před odesláním pacienta do specializovaného centra pro diagnostiku a terapii demencí je vhodné pomýšlet na sekundární příčinu poruchy paměti a vyloučit zejména příčinu endokrinní (nejčastěji hypotyreózu!) nebo metabolickou (deficit vitamínu B12!, vitamínu D, opakované hypoglykemie, uremii či jaterní selhání), dále neurologické či psychiatrické onemocnění (např. subdurální hematom, neuroinfekce, deprese).

V diagnostice demence používáme testovací škály – nejčastěji MMSE (Mini Mental State Examination) doplněný o test kreslení hodin, v ordinaci praktického lékaře lze použít k rychlému zhodnocení test MiniCog (vštípení 3 slov, test kreslení hodin, vybavení 3 slov). Tyto testy potom doplňujeme o zhodnocení sebeobsluhy a soběstačnosti v domácím prostředí škálou ADL (activities of daily living) a IADL (instrumental activities of daily living). Prakticky může posloužit i Geriatrická škála deprese k vyloučení tzv. depresivní pseudodemence.

Do diagnostiky zejména Alzheimerovy choroby v jejích časných stádiích vstupuje nově stanovení biomarkerů – zejména proteinu tau a beta amyloidu v likvoru pacienta a PET mozku.

Delirantní stav a jeho multikauzalita ve vyšším věku

MUDr. Denis Lekeš, prof. MUDr. Hana Matějovská Kubešová, CSc.

Klinika interní, geriatry a praktického lékařství, LF MU a FN Brno

Delirantní stav je definován jako reverzibilní komplexní mozková dysfunkce tvořící nespecifickou reakci na různé noxy. Objevení se deliria znamená zhoršení prognózy nemocného ve smyslu pomalejší rekonvalescence s potenciálním nebezpečím rozvoje komplikací, dlouhodobějšího přetrvávání mentální deteriorace asi u 1/3 delirujících nemocných a přechod do demence u 5–10 % nemocných. Za rizikové je možno považovat nemocné ve věku nad 70 let, s akutním somatickým onemocněním, nemocné s demencí, nemocné léčené psychofarmaky, ev. závislé na alkoholu či jiných látkách a nemocné psychicky labilní.

Z hlediska epidemiologického se delirantní stavy mohou vyskytnout u poměrně vysokého procenta seniorů zvláště ve spojení s akutní změnou jejich zdravotního stavu – například u seniorů po operativním řešení zlomeniny femuru je delirantní stav pravděpodobný až v 50 % případů, po operacích všeobecně chirurgických u 10 % nemocných. Přechodná zmatenost se však může vyskytnout i v domácím prostředí u pacientů nad 65 let v 1–2 %, nad 85 let u 10–13 %.

Etiologicky je nejčastější extrakraniální příčinou deliria dehydratace, dále metabolické poruchy, bolest, horečka, zánětlivá reakce, hypoxemie mozku, hypoglykemie, retence moči, podání léků, vysazení léků, přerušení přísunu alkoholu, změny prostředí, celková anestezie, traumata a různé kombinace těchto faktorů. Z příčin intrakraniálních je nutno očekávat delirantní stavy u nemocných s hypoxemií mozku, demencí, depresí, epilepsií, po iktech. Delirantní stav může být prvním příznakem subdurálního hematomu, neuroinfekce (encefalitida, meningitida), tumoru mozku či psychiatrického onemocnění.

Výkony v celkové anestezii a celková zátěž organismu spojená s operační léčbou jsou opakovaně diskutovány jako faktor provokující výskyt pooperačních delirantních stavů, ale i jako moment, od kterého se kognitivní výkon seniora začíná rychleji horšit. Prozatím není spolehlivě prokázáno, zda spouštěcím faktorem těchto forem mozkové dysfunkce je podání anestezie samotné, celkový průběh výkonu včetně možných poklesů arteriálního tlaku, změn vnitřního prostředí, produkce různých typů mediátorů, podíl aplikované medikace apod.

Právě detekcí možných provokačních faktorů delirantních stavů včetně aktuálního kognitivního výkonu u seniorů podstupujících operační výkon je ve FN Brno věnován v letošním roce projekt REDESTA.

Aktuality do vaší ordinace

pátek / 19. října 2018 / 12.10–12.40 hod.

Uropatogenní *E. coli* – duální ovlivnění a prevence nekomplikovaných močových infekcí

MUDr. Kamil Belej, Ph.D., FEBU, MBA

Urologie – Chirurgické oddělení, Nemocnice na Homolce, Praha

Infekce močových cest (IMC) jsou jedny z nejčastějších zánětlivých akutních stavů v lékařské praxi. Při nekomplikovaném průběhu dochází po adekvátní léčbě k rychlému ústupu potíží a často dlouhodobému či trvalému vyléčení stavu. Problém nastává v případech, že se infekce opakuje nebo jsou komplikovány funkční či morfologickou poruchou ledvin, močových cest, pohlavních orgánů nebo trávicího traktu. Samostatnou kapitolu pak tvoří pacienti s poruchami lokální nebo celkové imunity. Nejčastějším etiologickým agens je *Escherichia coli*, ale lze se setkat i s dalšími komunitními uropatogenními kmeny. I když je v názvu přednášky uvedena nejčastěji se vyskytující bakterie, platí nezávisle na vyvolávajícím agens určitá obecně daná pravidla, která zaručují bezpečný průběh léčby a zvládnutí případných komplikací. Kromě antibiotik se v léčbě IMC používá množství léčiv a doplňků stravy, které mohou ovlivnit samotný průběh nebo komplikace a pomoci tak vyřešit problém, jenž může významně ovlivnit kvalitu zdraví a života nemocných. Kromě tradičních postupů jako je pití urologického čaje, užívání extraktu z klikvy (brusinek) apod., se v současnosti v každodenní praxi používá množství dalších přípravků. Mnohé z nich mají problematické složení a ne vždy je spolehlivé a věrohodně prokázán jejich účinek. Platí to zejména pro přípravky registrované jako doplňky stravy. Na druhou stranu se v poslední době objevily nové léčivé přípravky, které ovlivněním povrchů sliznic gastrointestinálního traktu a močových cest pomáhají zvládnout akutní stavy i předcházet recidivám a mají prokázaný účinek v klinických studiích. Samostatnou kapitolou jsou pak vakcíny, ať již jako komerčně vyráběné přípravky, nebo autovakcíny připravované individuálně ve specializovaných laboratořích. Přednáška shrnuje současný stav uvedené problematiky, spolu s postupy důležitými pro každodenní život, a to včetně zařazení novějších přípravků do léčebných schémat.

Chronické žilní onemocnění

garantka prof. MUDr. Alena Pospíšilová, CSc.

pátek / 19. října 2018 / 13.30–14.50 hod.

Zánětlivá reakce – role v etiopatogeneze CVD

prof. MUDr. Alena Pospíšilová, CSc.

Dermatovenerologické oddělení FN Brno

Chronické žilní onemocnění se řadí mezi civilizační nemoci postihující značnou část populace celého světa. Pojem „chronické žilní onemocnění“ (CVD) zahrnuje všechny morfologické a funkční abnormality žilního systému, které trvají delší dobu, manifestují se buď symptomy nebo klinickými projevy, a jsou indikovány k vyšetření a léčbě. Na jedné straně se může jednat o projevy klinicky bezvýznamné, spíše kosmetického charakteru, ale často s výraznými subjektivními stesky, které mohou být odrazem skryté funkční poruchy. Bohužel, často se však setkáváme s tím, že většina projevů přechází do chronického průběhu a stavu chronické žilní insuficience. Klinické známky a funkční změny v souvislosti se subjektivními symptomy nejvýstižněji definuje CEAP klasifikace.

Klíčovou roli v etiopatogeneze CVD sehrává žilní hypertenze spojená s refluxem. Na rozvoji primárního CVD se často podílí i tzv. rizikové faktory, které se u predisponovaných osob uplatňují jako spouštěcí mechanismy žilní hypertenze. Žilní hypertenze a odchýlný stíhový stres, který působí podél žilní stěny a povrchu chlopní je iniciálním faktorem, který navozuje zánětlivé změny a jejich kaskádu. Chlopně jsou schopny odolávat zvýšeného žilního tlaku pouze limitovanou dobu, později

Utipro[®] plus

K zvládnutí
a **prevenci** infekcí
močových cest

Novinka s unikátním
mechanismem účinku

- › Inovativní složení
- › Působí ve střevě
i v močovém měchýři
- › Účinný jak na akutní,
tak na recidivující záněty
močových cest



Účinnost potvrzena klinickými studiemi

účinkem biofyzikálních složek dochází ke ztenčení, elongaci, napnutí, případně roztržení chlopní, což je spojeno s následnými degenerativními změnami chlopní, které vedou k jejich ztlustění, kontrakci, ev. adhezi. Podobně i žilní stěna dokáže do určité míry vzdorovat zvýšenému žilnímu tlaku, nežli dojde k porušení distenzibility.

Současně s těmito biofyzikálními účinky probíhají v žilní stěně a cípech chlopní zánětlivé změny, což dokazují infiltráty monocytů a makrofágů v cípech chlopní a v žilní stěně u pacientů s CVD. Zvýšeným žilním tlakem a odchylným střihovým stresem se leukocyty pohybují podél endoteliální vrstvy, exprimujícími adhezivními molekulami adherují k buňkách endotelu kraniálního povrchu chlopňových cípů a žilní stěny vazbou s adhezivními molekulami. Následně pronikají do subendoteliálních vrstev. Při kontaktu s endotelem se aktivují, uvolňují proteolytické enzymy a volné radikály, které vedou k buněčné apoptóze, remodelaci extracelulární matrix a k poškození tkání. Tyto nálezy potvrzují, že zánětlivý proces souvisí se strukturální remodelací žilních chlopní a vedou k vývoji varixů, a zároveň vysvětlují, proč se subjektivní potíže často objevují již v začátku onemocnění.

Zánětlivé změny, které probíhají v oblasti makrocirkulace, se s následnou sekvencí promítají do mikrocirkulace – kapilár, intersticia a lymfatických kapilár, zejména do postkapilárních venul, jsou příčinou lipodermatosklerózy a dalších trofických změn, které vyúsťují až v bérčových vřed.

Chirurgické možnosti léčby chronického CVD

doc. MUDr. Lenka Veverková, Ph.D., MUDr. Ivana Procházková

I. chirurgická klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně

Chronické žilní onemocnění (CVD) postihuje přes 50 % populace (1), patří tedy mezi nejčtenější choroby dnešní doby. Observační prospektivní průzkum Czech Vein Program z roku 2012 dokonce diagnostikoval CVD u 70 % sledované populace starší 40 let (2). Onemocnění má nízkou mortalitu, ale vysokou morbiditu, leckdy vede až k invaliditě. Recentně publikovaná data potvrzují vysoký výskyt jak nejběžnějších projevů – varikózního syndromu, tak vysoký výskyt nejzávažnějších stadií – bérčových vředů dolních končetin. Kromě své vysoké prevalence je chronické žilní onemocnění progresivním stavem. Pokud není léčeno, pravděpodobně dojde k progresi spojené s přibývajícím příznaky a zvýšením třídy C v rámci klasifikace CEAP (zhoršením stadia).

Cílem léčby je prevence, zabránění rozvoje či stabilizace žilní hypertenze. Léčba CVD zahrnuje konzervativní (komprese, režimová opatření, venofarmaka) a chirurgické postupy. Vždy platí, že musí být komplexní.

Chirurgické řešení nezabráni progresi onemocnění. V posledních letech se nahromadily důkazy, že v remodelaci stěn, rozvoji nedostatečnosti chlopní a následné žilní hypertenzi hraje klíčovou roli zánět. Zánětlivá kaskáda v žilní stěně a v žilních chlopňích může způsobit progresivní chlopenní nedostatečnost a nakonec i zničení chlopní. Degenerativní změny a nedostatečnost chlopní v žilách vedou k refluxu do žilní mikrocirkulace v kůži, což se může podílet na vzniku závažných kožních změn pozorovaných u chronického žilního onemocnění. Jakmile jednou dojde k poškození žilních chlopní, samovolně se dále zhoršuje, zvyšuje žilní hypertenzi a narušuje žilní tok krve, což vyvolává další zánět. Proto může časná diagnóza a časná léčba zaměřená na prevenci žilní hypertenze, refluxu a zánětu zmírnit příznaky chronického žilního onemocnění a snížit riziko vzniku bérčových vředů, což jsou stavy, které snižují kvalitu života a jejichž léčba je nákladná. Významnou součástí léčby je ovlivnění zánětlivé kaskády podáváním venofarmak. Podle aktuálních doporučení má nejvyšší kvalitu důkazů mezi venofarmaky MPFF (mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce) v léčbě CVI.

V případech chirurgické léčby se využívají miniinvasivní metody – endovenózní ablace (laserové metody, radiofrekvenční ablace, užití tkáňového lepidla, sklerotizace) nebo klasická chirurgická operace. Minimálně invazivní metody léčby insuficience VSM získaly rostoucí popularitu v léčbě křečových žil nejen ve světě ale i u nás. Endovenózní techniky více, či méně nahrazují konvenční chirurgické zákroky zejména v nižších stadiích CVI. Výsledky námi operovaných pacientů jsou v současnosti střednědobé. Vlastní zkušenosti s těmito metodami máme dobré, je nutná znalost principu endovenózní terapie včetně peroperační sonografie. Pacienti uvádějí menší pooperační bolesti

a také omezení fyzických aktivit oproti klasickému chirurgickému výkonu na povrchovém žilním řečišti. Termoablace povrchového žilního řečiště jednoznačně změnila léčbu varixů.

Absolutní kontraindikace u termoablačních zákroků není stanovena, ale relativní ano. Jedná se o předchozí výkony na VSM, resp. VSP, koagulopatie, jaterní onemocnění limitující použití lokálních anestetik, těhotenství, laktace. Prevence tromboembolické choroby je doporučena u rizikových nemocných. Riziko vzniku pooperační trombózy je ale obecně nízké, je to dáno krátkým operačním výkonem v lokální anestezii, časnou mobilizací a nošení kompresivní terapie.

LITERATURA

1. Nicolaiades A, Kakkos S, Baekgaard N, et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs: Guidelines according to scientific evidence. Part I. Int Angiol. 2018; 37(3): 181–254.
2. Praktická flebologie. Czech Vein Program, 2012; 21: 1–28.

Kompresivní terapie – zlatý standard v léčbě CVD

MUDr. Veronika Slonková, Ph.D.

I. dermatovenerologická klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně

Kompresivní terapie je základem konzervativní léčby chronického žilního onemocnění (CVD). Lze použít kompresivní obinadla nebo kompresivní elastické punčochy. **Kompresivní obinadla** se používají ve fázi redukce otoku (stadium C3 dle CEAP), dále při kožních komplikacích CVD (zejména ekzematizace – stadium C4 dle CEAP) a také při léčbě žilního bércevého vředu (stadium C6 dle CEAP). Standardně se doporučuje vícevrstevná komprese s použitím krátkotažných obinadel, polstrovacího materiálu a bavlněného tubulárního obvazu. Problémem je špatná compliance pacientů s tímto typem komprese. Proto byly vyvinuty nové způsoby komprese, a to kompresivní systémy obinadel a kompresivní pomůcky. **Kompresivní systémy obinadel** jsou složeny z různých materiálů, jsou tvořeny více vrstvami a jsou neelastické. Vždy je aplikuje proškolený zdravotní personál, zůstávají na končetině po dobu 5–7 dnů a vedou k rychlé redukci otoku a hojení ulcerací. **Kompresivní pomůcky** jsou na rozdíl od výše zmíněných kompresivních systémů určeny na opakované použití. Jejich hlavní předností je jednoduchá aplikace pacientem, přičemž je vždy zajištěn adekvátní tlak pod bandáží. Nové možnosti komprese výrazně zlepšují adherenci pacienta k léčbě.

Kompresivní elastické punčochy (KEP) se doporučují ve stadiu C1–C3 (až po redukci otoku), dále ve stadiu C5 (tj. po zhojení bércevého vředu). Nejčastěji se používají konfekční KEP vyrobené technikou kruhového pletení, lze však předepsat i KEP na míru. V případě flebolymfedému lze doporučit i zakázkově zhotovené KEP vyrobené technikou plochého pletení.

Venofarmaka – součást komplexní léčby CVD

MUDr. Júlia Černožorská, Ph.D.

Dermal Centre Mělník

Přírodní nebo syntetické. Venoaktivní léky jsou heterogenní skupinou léků tohoto původu. V nejnovější literatuře je popisováno pět hlavních skupin – flavonoidy (kam jsou zařazeny např. MPFF – Mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce, diosmin, rutin a rutosidy, quercetine, proanthokyanidy), alpha-benzopyrony, saponiny (např. extrakt z *Ruscus*, aescin), syntetické produkty (např. calcium dobesilate, naftazon, benzarone) a rostlinné extrakty (např. z *Ginkgo biloba*). V této chvíli není zcela prozkoumaný mechanismus účinku všech venoaktivních léků. Ovšem většina z nich má vliv na žilní tonus – např. MPFF, rutin, rutosidy, aescin, extrakt z *Ruscus* a calcium dobesilate. A většina z těchto léků účinkuje za pomoci modulace noradrenergické signalizace snížením metabolismu noradrenalinu jako např. v případě MPFF a hydroxyethyl-rutosidů nebo agonismem žilních alfa-1-adrenergických receptorů v případě extraktů *Ruscus*. V případě lídra mezi přírodními venoaktivními léky s účinkem na všechna stadia CVD (včetně léčby bércevého vředu žilní etiologie) se jedná o synergický účinek pěti flavonoidů – diosmin, diosmetin, hesperidin, isorhoifolin a linarin. Flavonoidům je v současnosti věnována velká pozornost z pohledu antioxidačních

a protizánětlivých účinků a jsou zkoumány i v souvislosti s jinými nemocemi. MPFF je vyráběn ze speciální odrůdy pomerančů. Plody se sbírají nezralé, protože obsahují mnohonásobně vyšší množství léčivých flavonoidů. Každý z těchto pěti flavonoidů má prokázaný účinek na snižování kapilární permeability. Zároveň má každý z nich prokázané specifické účinky – např. hesperidin endotelprotektivní účinek, diosmin působí jako zhášec kyslíkových radikálů, isorhoifolin má regenerační účinek na hladkou svalovinu v žilní stěně. Kombinací pěti flavonoidů vzniká unikátní lék, který pozitivně působí na makro i mikrocirkulaci, ovlivňuje hemoreologické vlastnosti krve, snižuje adhezi leukocytů k žilní stěně, má lymfotropní a venoprotektivní účinek, klinickými studiemi je také podložený analgetický, fibrinolytický, protitokový účinek a vliv na rychlejší zhojení ran žilní etiologie. Toto vše je dle posledních Doporučených postupů podloženo důkazy o pozitivním vlivu MPFF na nejvyšší počet symptomů i na kvalitu života pacientů s CVD. Další zajímavou kombinací je výtažek z kořene rostliny *Ruscus*, hesperidinu a kyseliny askorbové (vit. C). Účinek tohoto léku na kontrakci žil je přímý, kdy působí jako agonista na postsynaptické alfa-adrenergní receptory hladkých svalových buněk cévní stěny a nepřímý prostřednictvím facilitovaného uvolnění noradrenalinu do synaptické štěrbiny. Vitamin C působí jako silný antioxidant a ochránce buněčných struktur a hesperidin chrání cévní endotel. Z hlediska sledování účinku venoaktivních léků je důležité, že díky metaanalýzám byla potvrzena jejich klíčová role v léčbě CVD a jejich pozitivní vliv na oddálení progresu změn při CVD.

Hepatitida typu C a HIV – aktuální virová onemocnění

pátek / 19. října 2018 / 14.50–15.30 hod.

Role praktického lékaře v péči o pacienty s chronickou hepatitidou C prof. MUDr. Petr Husa, CSc.

Klinika infekčních chorob FN a LF MU Brno

V roce 2011 vstoupila léčba virové hepatitidy C do zcela nové éry, která je charakterizována rychlým zaváděním přímo působících virostatik (DAA, Directly Acting Antivirals) do terapeutických kombinací účinných proti této závažné infekci.

Při vyhledávání nemocných s chronickou hepatitidou C je úloha praktického lékaře nezastupitelná, protože naprostá většina případů je klinicky zcela němá, nebo se projevuje jen příznaky nespecifickými, jako jsou únava, nevýrazné tlaky v oblasti jater, zažívací potíže, nebo projevy mimojaterními, které se rutinně nedávají do vztahu s infekcí HCV. Proto je chronická hepatitida C většinou zachycena náhodně, při odběru krve z důvodů preventivních nebo při podezření na jinou diagnózu. Prvním krokem vedoucím k diagnostikování chronické hepatitidy C je většinou zjištění zvýšené aktivity alaninaminotransferázy (ALT) a/nebo aspartátaminotransferázy (AST). Na tomto místě je třeba připomenout, že většina nemocných s chronickou hepatitidou C nemá výrazně zvýšené hodnoty ALT a AST, nejčastější je zvýšení na dvojnásobek až pětinašobek horní hranice normy. Obecně neplatí přímá úměra – čím vyšší aktivita ALT, tím závažnější jaterní onemocnění a naopak. Proto nejsou správná schémata, která posuzují závažnost chronické hepatitidy C jen podle aktivity ALT. Ke skutečně objektivnímu posouzení závažnosti hepatitidy je nutné doplnit množství dalších vyšetření laboratorních (virologických, biochemických, hematologických) a zobrazovacích (především ultrazvuk a elastografie).

Hlavní úkoly praktických lékařů při „odhalování“ nemocných s chronickou hepatitidou C lze shrnout do těchto bodů:

- Při zachycení zvýšené aktivity ALT (nebo AST) je nutné provést vyšetření krve na přítomnost protilátek anti-HCV.
- U epidemiologicky rizikových pacientů a u nemocí, které mohou být extrahepatálními projevy infekce HCV, je třeba provést vyšetření anti-HCV vždy (i při normální aktivitě ALT, AST).

detralex®

MPFF® – mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce

ČÍSLO 1 v nových doporučeních 2018¹



**Chronické žilní
onemocnění (CVD*)**
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 bércevého vředu. Léčba akutní ataky hemoroidálního onemocnění, základní léčba subjektivních příznaků a funkčních objektivních projevů hemoroidálního onemocnění. Přípravek je indikován k léčbě dospělých. **DAVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ***: Venolymfatická insuficience: 2 tablety denně. Hemoroidální onemocnění: Akutní ataka: 6 tablet denně během 4 dní, 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. **INTERAKCE***: Žádné. **FERTILITA* TĚHOTENSTVÍ/KOJENÍ***: V experimentálních studiích na zvířatech nebyly zjištěny teratogenní účinky a nebyly prokázány žádné anatomické anomálie ani potíže v chování mláďat během období kojení; nežádoucí účinky nebyly zaznamenány ani u lidí. Z dostupných údajů o podávání přípravku těhotným ženám vyplývá, že nedochází k žádnému nepříznivému ovlivnění těhotenství ani plodu. Studie reprodukční toxicity na zvířatech neprokázaly vliv na fertilitu u samic a samic potkanů. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE***: Žádný. **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***: 24. 7. 2017. 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-levic-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

1. Karetová D et al. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře – chronické žilní onemocnění. Novelizace 2016. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. SVL ČLS JEP. 2016.

* CVD = Chronic Venous Disease



- Nezařadit pacienta předčasně do nějaké „diagnostické škatulky“ a dále nepátrat po jiné příčině jaterního onemocnění. Typický příklad: alkoholik nebo obézní člověk má vyšší aktivitu ALT – stanoví se diagnóza jaterní steatózy, která je samozřejmě většinou správná, ale o možnosti existence současně probíhající chronické virové hepatitidy se již neuvažuje. Jaterní steatóza je navíc velice častým histologickým nálezem při infekci HCV, zejména při infekci genotypem 3.
- Při zjištění pozitivitu anti-HCV je nutné odeslat pacienta ke specialistovi – hepatologovi, který doplní další vyšetření, a podle jejich výsledků rozhodne o vhodnosti a typu antivirové terapie.

Infekce HIV – největší pandemie v historii lidstva

MUDr. Svatava Snopková, Ph.D.

Klinika infekčních chorob FN a LF MU Brno

Místa testování na HIV v jihomoravském kraji (s poradenstvím) www.hiv-testovani.cz

- Anonymní testování = bude přidělen kód, pod kterým je vyšetření provedeno
- Běžné testování = je třeba uvést jméno, adresu, datum narození (údaje nutné pro pojišťovnu)

STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, budova Zdravotního ústavu se sídlem v Ostravě, Ambulance očkování a cestovní medicíny

Gorkého 6, 602 01 Brno, telefon: 724 810 125. Ordinační hodiny: ÚTERÝ 13:00–17:00, PÁTEK 7:00–11:00. Bezplatné, anonymní testování, možnost vystavení certifikátu do zahraničí za úhradu. Předtestové poradenství, sdělování výsledků osobně i s potestovým poradenstvím.

HIV CENTRUM PŘI FN BOHUNICE

Jihlavská 20, Brno, telefon: 532 232 267, e-mail: hlejdarova@fnbrno.cz.

Testování, poradna: PONDĚLÍ–PÁTEK 07:00–12:00.

Běžné testování, anonymní testování: 400 Kč.

MUDr. ZLATA MIHULOVÁ

Mendelovo náměstí 17, Brno (2. patro), telefon: 543 249 787, e-mail: zmihulova@volny.cz.

Testování, poradna: PONDĚLÍ–ČTVRTEK 07:00–11:00.

Běžné testování, anonymní testování: 390 Kč.

NEMOCNICE TGM HODONÍN (ve spolupráci se SZU)

Purkyňova 17, Hodonín, telefon: 605 711 181, e-mail: dostalova@nemho.cz.

Testování, poradna: PÁTEK 07:00–15:30.

Bezplatné, anonymní testování.

LABORATOŘ RNDr. ČECHÁČEK

Bratislavská 2, Brno, 3. patro, telefon: 545 215 719, e-mail: cechacek-sro@cechacek-sro.cz.

Testování, poradna: PONDĚLÍ–PÁTEK 07:00–12:00.

Běžné testování, anonymní testování: 400 Kč.

IMUNOLOGICKÁ ALERGOLOGICKÁ LABORATOŘ, RNDr. FR. FLEK

Krajní 25, Blansko, telefon: 516 419 497, e-mail: laborator.blansko@seznam.cz.

Testování: PONDĚLÍ–PÁTEK 06:00–18:00 (Nutno přinést krev a žádanku!).

Běžné testování, anonymní testování: 350 Kč (do 2 dnů).

NEMOCNICE ZNOJMO

MUDr. Jana Janského 11, Znojmo, telefon: 515 215 223, e-mail: mikrobiologie@nemzn.cz.

Testování: PONDĚLÍ–PÁTEK 07:00–09:00.

Běžné testování, anonymní testování: 500 Kč.

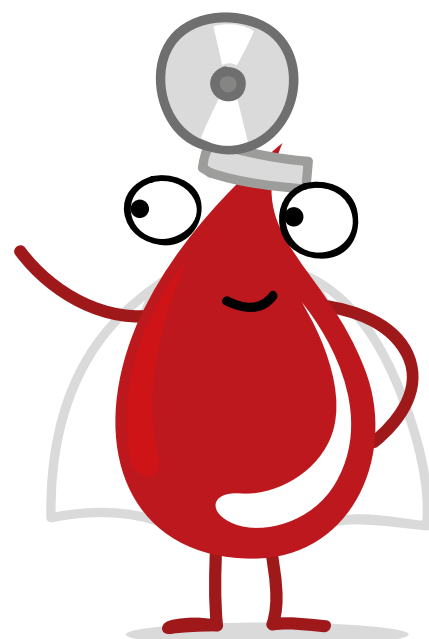


Hrozí vám žloutenka typu C?

Udělejte si krátký test pro dlouhý život

www.hepatest.cz

- Možnost otestovat si zařazení do rizikové skupiny
- Základní fakta o nemoci a jejích projevech
- Pacientské příběhy s dobrým koncem
- Přehled specializovaných pracovišť pro léčbu virových hepatitid



NEMOCNICE VYŠKOV

Purkyňova 36, Vyškov, telefon: 517 315 456, e-mail: zavodna@nemvy.cz.

Testování: PONDĚLÍ–PÁTEK 06:00–14:30.

Běžné testování, anonymní testování: 600 Kč. Odběry se provádí od pondělí do pátku, rozborů krve pouze ve čtvrtek. Z toho důvodu je čekací lhůta na výsledky 7 dnů. Je možné, pokud dorazíte na odběr ve čtvrtek v 06:00, mít výsledek tentýž den.

R-R PORADENSKÉ CENTRUM BRNO

Vlhká 10, Brno, telefon: 545 578 565, e-mail: brno@rozkosbezrizika.cz.

Testování: STŘEDA 17:00–20:00 pro ženy poskytující placené sexuální služby.

KONTAKTNÍ ADIKTOLOGICKÉ CENTRUM VÁŽKA

Pančava 56, 695 01 Hodonín, telefon: 731 428 359, email: k-centrum.hodonin@charita.cz.

Testování: PONDĚLÍ, ÚTERÝ 13:00–17:00, PÁTEK 8:00–12:00.

Služby jsou určeny pouze pro uživatele návykových látek.

KONTAKTNÍ CENTRUM S TERÉNNÍM PROGRAMEM BŘECLAV

Stromořadní 8, 690 02 Břeclav, telefon: 731 428 358, e-mail: nadezda.pastrnakova@charita.cz.

Otevírací doba: PONDĚLÍ–PÁTEK 9:00–17:00.

Testování je určeno pro uživatele návykových látek, nejlépe se nejprve objednat. Poradna je i pro veřejnost.

KONTAKTNÍ CENTRUM – VÍCEÚČELOVÁ DROGOVÁ SLUŽBA

Palackého 194, 697 01, Kyjov, telefon: 518 611 589, e-mail: jarmila.svabova@kyjov.charita.cz.

Otevírací doba: PONDĚLÍ–PÁTEK 8:00–12:00.

Služby jsou určeny pro uživatele návykových látek.

KONTAKTNÍ CENTRUM VÍDEŇSKÁ

Vídeňská 3, 639 00 Brno, telefon: 543 249 343, e-mail: blazek@podaneruce.cz.

Otevírací doba: PONDĚLÍ–PÁTEK 10:00–17:00.

Služby jsou určeny pro uživatele návykových látek.

Sponzorováno společností Gilead Sciences, s.r.o.

Plicní hypertenze

garant doc. MUDr. Pavel Jansa, Ph.D.

pátek / 19. října 2018 / 15.50–16.30 hod.

Diferenciální diagnostika dušnosti

MUDr. David Ambrož

Centrum pro plicní hypertenzi, II. interní klinika kardiologie a angiologie VFN a 1. LF UK, Praha

Chronická námahová dušnost je nespecifický symptom společný pro mnoho klinických jednotek. Může se jednat o relativně nezávažné stavy, jako je dekonidice, až po život ohrožující stavy, jako je například srdeční selhání či plicní fibróza. Proto je velmi důležité stanovit správnou diagnózu v co možná nejkratší době a zahájit adekvátní léčbu. Stanovení správné diagnózy by mělo být, kromě požadavku na co nejkratší dobu, současně i racionální stran provedených vyšetření, jak z pohledu zátěže pacienta, tak z pohledu ekonomického.

Základním kamenem správné diagnózy je kvalitně odebraná anamnéza a fyzikální vyšetření, na jejichž základě indikujeme další laboratorní a zobrazovací vyšetření.

Na jednotlivých kazuistikách ukážeme nejčastější a nejpravděpodobnější příčiny dušnosti v české populaci a upozorníme na možnosti diagnostiky vzácných forem námažové dušnosti.

Plicní hypertenze

doc. MUDr. Pavel Jansa, Ph.D.

Centrum pro plicní hypertenzi, II. interní klinika kardiologie a angiologie VFN a 1. LF UK, Praha

Plicní hypertenze je syndrom, který zahrnuje stavy charakterizované zvýšením středního tlaku v plicnici ≥ 25 mmHg. Nejčastěji se vyskytuje u onemocnění srdce nebo plic. Vzácněji je plicní hypertenze důsledkem primárního poškození plicních cév (zejména plicní arteriální hypertenze při poškození plicních arteriol a chronická tromboembolická plicní hypertenze související s nedostačnou perfuzí po akutní plicní embolii).

Současná klinická klasifikace rozeznává 5 kategorií plicní hypertenze: plicní arteriální hypertenzi (PAH), plicní hypertenzi při onemocnění levého srdce, plicní hypertenzi při respiračních onemocněních, chronickou tromboembolickou plicní hypertenzi (CTEPH) a plicní hypertenzi z neznámých příčin nebo multifaktoriálního původu. Klinické jednotky v každé kategorii mají do jisté míry podobnou patogenezi, histologický obraz, kliniku a léčbu. Právě odlišný způsob léčby jednotlivých typů plicní hypertenze vysvětluje mimořádnou důležitost dobré diferenciální diagnostiky.

Cílem diagnostiky plicní hypertenze je její průkaz nebo vyloučení, určení její etiologie a závažnosti. Pozdní diagnóza plicní hypertenze, zejména PAH a CTEPH, je i v zemích s bohatou tradicí péče o tyto nemocné stále smutnou realitou.

Syndrom plicní hypertenze se klinicky manifestuje nespecificky (především dušností a únavností). K dalším symptomům patří anginosní bolesti na hrudi, synkopy a presynkopy, chrapot, kašel a hemoptýza.

Při podezření na plicní hypertenzi jako na možnou příčinu obtíží nemocného je nutno nejdříve plicní hypertenzi prokázat nebo vyloučit (echokardiograficky). V případě průkazu plicní hypertenze na echokardiografii je nutno vyloučit její nejčastější příčiny: srdeční onemocnění při echokardiografii, plicní onemocnění spirometricky, lépe při celotělové pletysmografii. Pokud není plicní hypertenze vysvětlitelná srdečním nebo plicním onemocněním, měli by být nemocní směřováni do specializovaných center. Před odesláním nemocného je vhodné doplnit ventilačně-perfuzní scintigrafii plic k vyloučení nebo průkazu stavu po plicní embolii (tabulka 1).

U nemocných s vyšším rizikem PAH je indikován skrínig s cílem zachytit onemocnění v málo pokročilém stadiu u oligosymptomatických nebo dokonce asymptomatických nemocných. Echokardiografický skrínig PAH je indikován u nemocných se systémovou sklerodermií každý rok, zejména u pacientů s délkou trvání základního onemocnění nad 3 roky, nevýznamnou redukcí plicních objemů, s hodnotou difúzní kapacity pro CO ≤ 60 % a s vyšší hladinou natriuretických peptidů. Dále je skrínig PAH doporučován každoročně u nosičů vloh pro hereditární PAH a u prvo-
stupňových příbuzných nemocných s PAH, skrínigově mají být vyšetřeni pacienti s portopulmonální hypertenzí před transplantací jater. Nemocné se systémovou sklerodermií a hraničními tlaky v plicnici (střední tlak v plicnici 21–24 mmHg) mají být velmi pečlivě sledováni pro vysoké riziko progresu plicní hypertenze.

Tab. 1. Základní diagnostické kroky při podezření na plicní hypertenzi

1. ECHO

Potvrdí/vyloučí plicní hypertenzi a může odhalit její nejčastější původ v onemocnění levého srdce.

2. Vyšetření plicních funkcí, RTG hrudníku

Při přítomnosti ECHO známek plicní hypertenze, která není vysvětlitelná onemocněním levého srdce, mohou tato vyšetření odhalit původ plicní hypertenze v onemocnění plic.

3. Ventilačně perfuzní scintigrafie plic

Při přítomnosti ECHO známek plicní hypertenze, která není vysvětlitelná onemocněním levého srdce nebo plic, negativní scintigrafie vyloučí CTEPH.

4. Vyšetření ve specializovaném centru

Indikována při přítomnosti ECHO známek významnější plicní hypertenze, která není vysvětlitelná onemocněním levého srdce nebo plic a může představovat PAH nebo CTEPH.

Gastroenterologie

garant doc. MUDr. Bohuslav Kianička, CSc.

pátek / 19. října 2018 / 16.30–17.30 hod.

Co s hemoroidy, jak dál při nálezu

MUDr. Jiří Korbička, Ph.D., MUDr. Petr Vlček, Ph.D., MUDr. Alena Berková, Ph.D.,
MUDr. Štěpán Chalupník

I. chirurgická klinika, Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

Za hemoroidy jsou samými pacienty označovány různorodé potíže a příznaky nejen z oblasti konečníku, ale i s vyprazdňováním. Přitom současná medicína neužívá termín „hemoroidy“ pro patologii, ale pouze pro popis normálních anatomických struktur přítomných kolem análního kanálu od narození. Mají nezastupitelnou funkci při udržování kontinence střevního obsahu. Až když hemoroidální žilní pleteně vyvolávají svým postižením různé, často nespecifické obtíže, je to odborně nazýváno „hemoroidálním onemocněním“ a vyžaduje již vyšetření a léčbu. Nejen pro nepříjemnost a intenzitu těchto příznaků, ale především pro riziko skrývání daleko vážnějších, život bezprostředně ohrožujících onemocnění.

Proto po příchodu takového pacienta do ambulance praktického lékaře je vhodné důkladně jeho potíže anamnesticky upřesnit a dle toho nastavit další postup vyšetření.

Součástí by mělo být i u praktického lékaře základní klinické vyšetření – aspekce a digitální vyšetření per rectum. Je pochopitelné, že zkušenosti s tímto vyšetřením a především jeho hodnocením mezi praktickými lékaři nejsou velké. Nález většího secernujícího defektu perianální kůže či hmatné kamenné infiltrace v dosahu prstu ale signalizuje možné život ohrožující onemocnění.

V anamnéze je důležité posouzení nejen charakteru potíží v oblasti anu, ale především změna charakteru a frekvence stolice, délka trvání obtíží, hubnutí a rodinná anamnéza se zaměřením na přítomnost kolorektálního karcinomu či polypů. Toto může výrazně varovat před možnou záměnou příznaků nádorového onemocnění za hemoroidální potíže.

Pouze lehké potíže charakteru svědění, drobné příměsi čerstvé krve na papíře, zvláště po tuhé stolici, může opravňovat základní léčbu pravděpodobných hemoroidálních potíží a nasazení první, farmakologické linie léčby – antihemoroidální masti, čípky a venotonika (Diosminum) celkově, vše bez nutnosti lékařského předpisu, současně režimová opatření – nedráždivá strava a důkladná hygiena. Toto ovšem za předpokladu provedení uvedeného základního klinického vyšetření aspektů a digitálně per rectum.

Pokud nedojde k úlevě řádově do 2–3 týdnů, je nutné pacienta odeslat do specializované **koloproktologické ambulance** k provedení ano-rektoskopie. Většina těchto ambulancí pracuje na objednání, proto je vhodné na domluvený termín pacienta připravit provedením alespoň základních laboratorních vyšetření – krevní obraz a koagulace, na termín vyšetření poučit pacienta o přípravě anorekta nálevem. Tento je k dostání v lékárnách (Yal, Salinický nálev Baxter), pro vyšetření anorekta není nutná ortográdní příprava.

Pokud má pacient v anamnéze změnu charakteru stolice, střídání průjmu a zácpy, tenesmy, příměsi i tmavé krve, hlenů, hubnutí, pozitivní rodinnou anamnézu na kolorektální karcinom, je vhodnější odeslat pacienta na **gastroenterologii** přímo k provedení kolonoskopického vyšetření. Až po vyloučení vážnějšího onemocnění je potom další léčba hemoroidální nemoci na koloproktologické ambulanci.

Hemoroidální plexy jsou fyziologické struktury, které mají nezastupitelnou funkci. Jejich poranění může vést k nezvratitelným změnám a trvalému poškození pacienta. Proto by měla především instrumentální a operační léčba patřit potom do rukou zkušeného proktologa. Na druhé straně jsou potíže s hemoroidálním onemocněním velmi časté – je uváděno až 60 % postižení dospělé populace. Možná proto je toto onemocnění léčeno často bez důkladnějšího došetření, čímž stále dochází k přehlédnutí daleko vážnějšího maligního onemocnění. Přitom základní klinické vyšetření včetně per rectum by mělo být provedeno již u prvního lékaře, kam se pacient obrátí.



LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

DVA RIZIKOVÉ FAKTORY – JEDNO ŘEŠENÍ



**PRVNÍ FIXNÍ TROJKOMBINACE
V LÉČBĚ HYPERTENZE A DYSLIPIDÉMIE**



1× DENNĚ



LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU LIPERTANCE® 10 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/10 mg, 40 mg/10 mg/10 mg:

SLOŽENÍ: Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/10 mg, 40 mg/10 mg/10 mg potahované tablety obsahují 10 mg atorvastatinu (ator)/5 mg perindoprilu (per)/5 mg amlodipinu (amlo), 20 mg ator/5 mg per/5 mg amlo, 20 mg ator/10 mg per/5 mg amlo, 20 mg ator/10 mg per/10 mg amlo, 40 mg ator/10 mg per/10 mg amlo. Obsahuje laktózu jako pomocnou látku. **INDIKACE:** Léčba esenciální hypertenze a/nebo stabilní ischemické choroby srdeční ve spojení s primární hypercholesterolemií nebo smíšenou (kombinovanou) hyperlipidemií, jako substituční terapie u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných atorvastatinem, perindoprilem a amlodipinem podávaných současně ve stejné dávce, jaká je obsažena v této kombinaci. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ:** Obvyklá dávka je jedna tableta denně. Fixní kombinace není vhodná pro iniciační léčbu. Je-li nutná změna dávkování, titrace se má provádět s jednotlivými složkami. **Starší pacienti a pacienti s poruchou funkce ledvin:** lze podávat pacientům s clearance kreatininu ≥ 60 ml/min, není vhodný pro pacienty s clearance kreatininu < 60 ml/min, u těchto pacientů se doporučuje individuální titrace dávky s jednotlivými složkami. **Pacienti s poruchou funkce jater:** Přípravek má být podáván s opatrností a je kontraindikován u pacientů s jaterním onemocněním v aktivním stavu. **Pediatrická populace:** Použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **KONTRAINDIKACE:** Hypersenzitivita na léčivé látky, nebo na jiné ACE inhibitory, nebo deriváty dihydropryridinu, nebo na statiny nebo na kteroukoli pomocnou látku, onemocnění jater v aktivním stavu nebo neobnovená přetrvávající zvýšení sérových aminotransferáz převyšující 3násobek horní hranice normálních hodnot, během těhotenství, kojení a u žen ve fertilní věku, které nepoužívají vhodné antikoncepční prostředky (viz bod Těhotenství a kojení), závažná hypotenze, šok (včetně kardiogenního šoku), obstrukce výtoku levé komory (např. hypertrofická obstrukční kardiomyopatie a vysoký stupeň stenózy aorty), hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu, anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edém) souvisejícího s předchozí terapií ACE inhibitory, dědičný nebo idiopatický angioneurotický edém, současné užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²), současné užívání se sakubitrilem/valsartanem**, 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**). **UPOZORNĚNÍ:** **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Vliv na játra: Vzhledem k obsahu atorvastatinu v přípravku Lipertance mají být pravidelně prováděny jaterní testy. Pacientům, u kterých se zjistí jakékoliv známky nebo příznaky jaterního poškození, mají být provedeny jaterní testy. Pacienti, u kterých se objeví zvýšení aminotransferáz, musí být sledováni až do doby, než se hodnoty opět znormální. Pokud přetrvávají více než trojnásobně zvýšené hodnoty aminotransferáz nad horní hranici normálních hodnot, doporučuje se snížit dávku atorvastatinu pomocí jednotlivých složek nebo léčbu atorvastatinem ukončit. Pacienti, kteří konzumují velké množství alkoholu a/nebo mají v anamnéze jaterní onemocnění, je nutné léčit přípravkem Lipertance s opatrností. **Vliv na kosterní svalstvo:** Jsou-li hladiny CK významně zvýšené ($> 5 \times$ ULN) oproti normálním hodnotám, léčba nemá být zahájena. Léčba má být přerušena, objeví-li se významné zvýšení hladin CK ($> 10 \times$ ULN), nebo je-li diagnostikována, případně předpokládána rhabdomyolýza. Riziko rhabdomyolýzy je zvýšené při současném podávání přípravku Lipertance s určitými léky, které mohou zvyšovat plazmatickou koncentraci atorvastatinu, např. se silnými inhibitory CYP3A4 nebo transportních proteinů (např. cyklosporin, telithromycin, klaritromycin, delavirdin, stiripentol, ketokonazol, atd.). Přípravek Lipertance se nesmí podávat současně se systémovou léčbou kyselinou fusidovou nebo během 7 dnů po ukončení léčby kyselinou fusidovou vzhledem k obsahu atorvastatinu. U pacientů, u kterých je systémové podání kyseliny fusidové považováno za nezbytné, se musí po dobu léčby kyselinou fusidovou přerušit léčba statinem. **Intersticiální plicní onemocnění:** Při podezření na vznik intersticiálního plicního onemocnění u pacienta musí být terapie přípravkem Lipertance přerušena. **Diabetes mellitus:** U diabetiků léčených perorálními antidiabetiky nebo inzulinem má být v průběhu prvních měsíců léčby pečlivě sledována glykemie. **Pacienti se srdečním selháním:** mají být léčeni s opatrností. **Hypotenze:** monitorování tlaku krve, renálních funkcí, a draslíku je nutné u pacientů s vysokým rizikem symptomatické hypotenze (volumová deplece nebo závažná renin dependentní hypertenze) nebo se symptomatickým srdečním selháním (se současnou renální insuficiencí nebo bez ní) nebo s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárními chorobami. Přechodná hypotenze není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou být obvykle užity bez obtíží, jakmile po doplnění objemu dostoupne krevní tlak. **Stenóza aortální a mitrální chlopně:** Přípravek je kontraindikován u pacientů se závažnou obstrukcí v oblasti výtoku levé komory. **Transplantace ledvin:** Nejsou zkušenosti s podáváním přípravku pacientům po nedávnou prodělanou transplantaci ledvin. **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. Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. **Porucha funkce ledvin:** monitorování hladiny kreatininu a draslíku, individuální titrace dávky s jednotlivými složkami u pacientů s clearance kreatininu < 60 ml/min, u pacientů se stenózou renální arterie bylo pozorováno zvýšení sérových koncentrací urey a kreatininu, u renovaskulární hypertenze je riziko závažné hypotenze a renální insuficience zvýšené. Amlodipin lze používat u pacientů se selháním ledvin v normálních dávkách. Amlodipin není dialyzovatelný. U pacientů na hemodialýze: dialyzovaných pomocí vysoce propustných membrán by zaznamenány anafylaktoidní reakce. **Hypersenzitivita/angioedém:** okamžité vysazení léčby a zahájení monitorování do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Souběžné užívání s inhibitory mTOR: zvýšení rizika angioedému. Současné užívání perindoprilu se sakubitrilem/valsartanem je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Podávání sakubitrilu/valsartanu nesmí být zahájeno do 36 hodin po užití poslední dávky perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčba perindoprilem nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání jiných inhibitorů NEP (např. rasekadotrilu) a inhibitorů ACE může také zvýšit riziko angioedému. Před zahájením léčby inhibitory NEP (např. rasekadotrilu) u pacientů užívajících perindopril je proto nutné pečlivě zhodnotit přínos a rizika. **Anafylaktoidní reakce během aferéz nízkodenzitních lipoproteinů (LDL):** vzácný výskyt život ohrožujících anafylaktoidních reakcí, kterým lze předjet dočasným vysazením léčby před každou aferézou. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** během desenzibilizační léčby jedem blanokřídlých (včely, vosy), reakcím je možné se vyhnout dočasným vysazením léčby, nicméně se znovu objevily po neúmyslné expozici. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anémie:** Přípravek Lipertance má být používán s extrémní opatrností u pacientů se systémovým onemocněním pojiva (collagen vascular disease), u pacientů užívajících imunosupresivní látky, léčbu aloprolínem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů a pacienti mají být poučeni, aby hlásili jakékoli známky infekce (např. bolest v krku, horečku). **Rasa:** perindopril může být méně účinný na snížení krevního tlaku a může vést k vyššímu výskytu angioedému u černošských pacientů ve srovnání s jinými rasami. **Kašel:** ustupuje po ukončení léčby. **Operace/anestezie:** léčba by měla být přerušena jeden den před výkonem. **Hyperkalemie:** pravidelné monitorování sérových koncentrací draslíku u renální insuficience, zhoršené renální funkce, věku (> 70 let), diabetes mellitus, dehydratace, akutní střední dekompenzace, metabolické acidózy a u současného užívání diuretik šetřících draslík a draslíkových doplňků nebo náhrad soli s obsahem draslíku. **Kombinace s lithiem:** nedoporučuje se. **Duální blokáda systému renin-angiotensin-aldosteron (RAAS):** současné užívání ACE inhibitorů, blokátorů receptorů pro angiotensin II nebo aliskirenu zvyšuje riziko hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutní selhání ledvin). Duální blokáda RAAS se proto nedoporučuje. ACE inhibitory a blokátory receptorů pro angiotensin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. **Dědičné problémy s intolerancí galaktosy, vzrozný nedostatek laktázy nebo malabsorpce glukosy a galaktosy:** přípravek by neměl být užíván. **INTERAKCE:** **Kontraindikace:** Aliskiren, mimotělní léčba**, sakubitril/valsartan**. **Nedoporučená kombinace:** Silné inhibitory CYP3A4, současné užívání ACE inhibitorů a blokátorů receptoru angiotensinu, estramustin, lithium, kotrimoxazol (trimethoprim-sulfamethoxazol)**, draslík-šetřící diuretika (např. triamteren, amilorid, eplerenon, spironolakton), soli draslíku, dantrolen (infuze), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** Induktory a středně silné inhibitory CYP3A4, digoxin, ezetimib, kyselina fusidová, gemfibrozil / deriváty kyseliny fibrové, inhibitory transportních proteinů, warfarin, antidiabetika (inzuliny, perorální antidiabetika), baklofen, nesteroidní antiflogistika (NSAID) (včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den), rasekadotril, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus). **Kombinace vyžadující určitou opatrnost:** kolchicin, kolestipol, perorální kontraceptiva, gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, tricyclická antidepresiva/ antipsychotika/ anestetika, zlat, digoxin, atorvastatin, warfarin, cyklosporin, takrolimus, antihypertenziva a vasodilatační. **FERTILITA, TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Přípravek Lipertance je kontraindikován během těhotenství a kojení. **FERTILITA:** U některých pacientů léčených blokátory kalciových kanálů byly zaznamenány reverzibilní biochemické změny na hlavové části spermatozoj. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Schopnost reagovat může být narušena při závratích, bolestech hlavy, únavě nebo nauceze. Opatrnost je zapotřebí zejména na začátku léčby. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** Velmi časté: edém. Časté: nazofaryngitida, hypersenzitivita, hyperglykemie, somnolence, závrat, bolest hlavy, dysgeuzie, parestezie, vertigo, porucha zraku, diplopie, tinitus, palpitace, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), zčervenání, faryngolaryngeální bolest, epistaxe, kašel, dyspnoe, nauzea, zvracení, bolest hrudi a dolní části břicha, dyspepsie, průjem, zácpa, změny způsobu ve vyprazdňování stolice, flatulence, vyrážka, pruritus, otok kloubů, otok kotníků, bolest končetin, artralgie, svalové spazmy, myalgie, bolest zad, astenie, únava, periferní edém, abnormální výsledky testů jaterních funkcí, zvýšená hladina kreatinofosfokinázy v krvi. Méně časté: rinidita, eozinofilie, hypoglykemie, hyponatremie, hyperkalemie reverzibilní při ukončení léčby, anorexie, insomnie, změny nálad (včetně úzkosti), poruchy spánku, deprese, noční můry, třes, synkopa, hypoestezie, amnezie, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní) rozmazané vidění, tachykardie, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, pankreatitida, říhání, hepatitida cytolytická nebo cholestatická, kopřivka, purpura, změna zbarvení kůže, hyperhidróza, exantém, alopecie, angioedém, pemfigoid, fotosenzitivní reakce, bolest šije, svalová slabost, poruchy močení, noční močení, polakisurie, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynekomastie, bolest na hrudi, bolest, malátnost, periferní otok, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, zvýšení tělesné hmotnosti, pozitivní nálezy leukocytů v moči, snížení tělesné hmotnosti, pád. **Vzácné:** trombocytopenie, stavby zmatenosti, periferní neuropatie, cholelitiáza, zhoršené psoriázy, Stevens-Johnsonův syndrom, toxická epidermální nekrolýza, erythema multiforme, myopatie, myozitida, rhabdomyolýza, tendonopatie (někdy komplikovaný rupturou), vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi. **Velmi vzácné:** leukopenie/neutropenie, agranulocytóza nebo pancytopenie, hemolytická anémie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, snížení hladiny hemoglobinu a hematokritu, anafylaxe, hypertonie, ztráta sluchu, infarkt myokardu, sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, angina pectoris, cévní mozková příhoda možná sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, eosinofilní pneumonie, gastritida, gingivální hyperplazie, žloutenka, jaterní selhání, exfoliativní dermatitida, akutní renální selhání. **Není známo:** imunitně zprostředkovaná nekrotizující myopatie, extrapyramidová porucha (extrapyramidový syndrom). 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:** Atorvastatin je selektivním a kompetitivním inhibitorem HMG-CoA reduktázy. Perindopril je inhibitor angiotensin-konvertujícího enzymu (ACE inhibitor), který konvertuje angiotensin I na vazokonstriktor angiotensin II. Amlodipin je inhibitorem transportu kalciových iontů (blokátor pomalých kanálů nebo antagonistů kalciových iontů), který inhibuje transmembránový transport kalciových iontů do srdečních buněk a buněk hladkého svalstva cévních stěn. **UCHOVÁVÁNÍ:** Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **VELIKOST BALENÍ:** Krabička obsahuje 10 (pouze pro sílu 10/5/5 mg), 30, 90 (3 obaly na tablety po 30 tabletách) nebo 100 potahovaných tablet Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/10 mg, 40 mg/10 mg/10 mg.

DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI: LABORATOIRES SERVIER, 50 rue Carnot, 92284 Suresnes cedex France. Registrační číslo: Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg: 58/429/15-C, Lipertance 20 mg/10 mg/5 mg: 58/430/15-C, Lipertance 20 mg/10 mg/10 mg: 58/431/15-C, Lipertance 40 mg/10 mg/10 mg: 58/432/15-C. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE TEXTU:** 26. 1. 2018. Před předepsáním přípravků 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-levic-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 Lipertance



Současná terapie idiopatických střevních zánětů

MUDr. Vladimír Zbořil, CSc.

Interní gastroenterologická klinika, FN Brno a LF Masarykovy univerzity Brno

Epidemiologie idiopatických střevních zánětů (ISZ) zaznamenává v posledních desetiletích dramatický nárůst incidence, a to v regionech s tradičně nižším výskytem stejně jako tam, kde je prevalence a incidence, dlouhodobě nejvyšší. Zároveň dochází k posunu do mladších věkových kategorií, takže dnes registrujeme až 25 % nových diagnóz ISZ v dětském věku a z nich dokonce 5 % ve věku předškolním. Současné znalosti o etiopatogeneze se soustřeďují na prolínání vlivu vnitřních faktorů genetických a zevních, kde dominantní úlohu sehrává mikrobiom trávicího traktu.

Historie farmakologické terapie začíná objevem sulfasalazopyridinu N. Svarzovou za II. světové války, přes kortikosteroidy (Truelove, Witts 1954), imunosupresiva (azathioprine 1974, cisklosporin 1984, metotrexát 1989) až k biologické terapii (Derkx 1993). Poslední desetiletí minulého století byla provázána také změnami v chirurgické strategii, která směřuje od akutních zákroků k elektivním se snahou zachovat maximum funkční kapacity trávicí trubice (ileopouchanální anastomóza, strikturoplastiky, drenážní výkony perianálních abscesů a píštělí aj.). Podstatnou součástí léčebné strategie je nutriční intervence, neboť v malnutrici je až 40 % ambulantních a 80 % hospitalizovaných pacientů s ISZ. Zdaleka nehovoříme pouze o dietě, ale o nutriční farmakoterapii od fortifikované stravy přes enterální až k parenterální výživě. Tzv. střevní klid (bowel rest) je oceňován jako opatření, jehož efektivita v narození remise nemoci je u dětských pacientů prokazatelně srovnatelná s efektem systémových kortikoidů. Vzhledem ke skutečnosti, že veškerá naše současná terapie je symptomatická, zahrnuje její management tři okruhy: navození remise, její udržení, tedy profylaxi a léčbu lokálních komplikací (abscesy, píštěle, stenózy, nádory). Přitom indikace různých terapeutických postupů se nemusí krýt s léčebnými cíli. Jejich vrcholem je úplná remise zahrnující nejen remisi klinickou, ale také morfoloické (slizniční) hojení a normalizaci laboratorních parametrů. Této situace bohužel dosahujeme maximálně u 35 % léčených. U většiny se zdaří dosáhnout příznivých parametrů klinických a laboratorních, ovšem bez úplného morfoloického hojení. Asi v 10–15 % případů registrujeme rezistenci na veškerou dostupnou farmakoterapii. Oficiální léčebná strategie „step up“ představuje léčebnou sekvenci aminosalicyláty – kortikoidy – imunosupresiva – biologická terapie. Základním nedostatkem tohoto postupu je časová ztráta u těžkých akutních relapsů. Opačný postup „top down“, byť je diskutován, není v současné době akceptován. Nicméně v těžkých případech lze použít tzv. časné akcelerované farmakoterapie, kdy kortikorezistence opravňuje k rychlému nasazení biologické léčby.

Pro navození remise lze využít při ulcerózní kolitidě s mírným průběhem aminosalicyláty, dominují však kortikoidy. Při vyšší aktivitě nemoci upřednostňujeme systémové, při střední a mírné aktivitě topické (budesonid a MMX-budesonid). Vzhledem k rychlosti nástupu efektivity se v akutních relapsech uplatní také biologická terapie, ovšem z imunosupresiv pouze ciklosporin. Éra biologické terapie přinesla pozitivní zkušenosti s preparáty anti-TNF α , z nichž používáme infliximab, adalimumab a golimumab. Metaanalýzy klinických studií ukázaly, že po 5 letech efektivní biologické terapie anti-TNF α preparáty každý 3. pacient může mít problémy s druhotnou neodpovědí a/nebo nežádoucími účinky. Přitom ukončení efektivní biologické terapie s přemostěním na profylaxi thiopuriny je velmi obtížné, do 2 let od poslední dávky biologika se musí k léčbě vrátit 1/2 pacientů. Proto netrpělivě očekáváme dostupnost non-anti-TNF α preparátů – ustekinumabu a vedolizumabu, které lze zatím podat pouze po schválení zdravotní pojišťovnou. Přitom v terapii ISZ byla testována řada dalších biologik, která ovšem neuspěla (visilizumab, basiliximab, dactalizumab, abatacept nebo interferon- α). Relativně slibný se výhledově jeví minimálně při ulcerózní kolitidě tofacitinib. Vstup biosimilárních přípravků rozvířil diskusi nejen nad farmakoekonomickými ukazateli, ale také na problematiku zaměnitelnosti s originály.

V profylaxi čelní místo opřené o desetiletí zkušeností zaujímají thiopuriny s alternativou metotrexátu. Dávkování azathioprinu je diskutováno nejen ve vztahu k aktivitě TPMT, ale také v rámci kombinací s biologickou léčbou, zejména infliximabem. Kortikoidy jako profylaktikum nefungují,

efekt biologické léčby se jeví v dlouhodobém léčebném horizontu slibný. Z nových imunosupresiv lze v budoucnu očekávat studie zaměřené na cyklofosfamid a thalidomid.

V terapii komplikací se výrazně uplatňuje bowel rest, nutriční intervencí, biologická terapie a samozřejmě chirurgické postupy. Pevné postavení zde mají také ciprofloxacin a metronidazol, i když jinak je antibiotická terapie při ISZ velmi kontroverzní léčba.

Sobota 20. října 2018

Abstrakta k sobotnímu programu naleznete na stranách 20–24 v abstraktech Pediatrie pro praxi.

MEDICÍNA PRO PRAXI

IV. kongres praktických lékařů v Brně

19.–20. října
2018

Hotel
International,
Brno

HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI

Akacia Group, s.r.o.
Akademie klasické homeopatie, spol. s r.o.
Angelini Pharma Česká republika s.r.o.
AOP Orphan Pharmaceuticals AG – organizační složka
ELVA Pharma CZECH s.r.o.
FAGRON a.s.
FERRING Pharmaceuticals CZ, s.r.o.
FINCLUB plus, a.s.
Gilead Sciences s.r.o.
Chiesi CZ, s.r.o.
LAB MARK a.s.
Léčebné lázně Lázně Kynžvart
M.C.M. Klosterfrau Healthcare s.r.o.
MARK DISTRI, spol. s r.o.
Medi Plus Servis, s.r.o.
Mediclinic a.s.
Medindex, spol. s r.o.
Medingo s.r.o.
Merck spol. s r.o.

Moravskoslezské sanatorium, příspěvková organizace
NAOS CZECH REPUBLIC s.r.o.
Nutricia a.s.
Odborný léčebný ústav Metylovice
Olivova dětská léčebna, o.p.s.
Orion Diagnostica - organizační složka
PFIZER PFE, spol. s r.o.
PharmaSwiss ČR s.r.o.
PIERRE FABRE MEDICAMENT, s.r.o.
QUICKSEAL INTERNATIONAL, s.r.o.
ReckitBenckiser, spol. s r.o.
S & D Pharma CZ, spol. s r.o.
sanofi-aventis, s.r.o.
Schwabe Czech Republic s.r.o.
STADA PHARMA CZ s.r.o.
SWISS PHARMA, spol. s r.o.
Vegall Pharma s.r.o.
WALMARK, a.s.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



Medicína
pro praxi

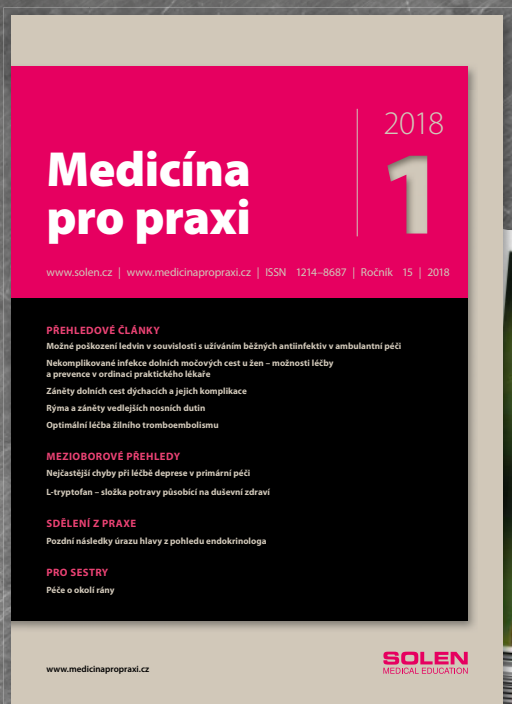


POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

Medicína pro praxi s dárkem



časopis Naše příroda



Předplatte si časopis včas a získejte dárek



TIŠTĚNÝ ČASOPIS

5 čísel / rok
650 Kč

Přístup k aktuálnímu číslu
na www.medicinapropraxi.cz
Supplementa a odborné publikace

Aktuální informace
o připravovaných kongresech



DÁREK

roční předplatné
Naší přírody

v hodnotě 348 Kč

obdržíte jako dárek **při úhradě**
předplatného časopisu
Medicína pro praxi na rok 2019
do 15. 12. 2018

Platí pouze při předplacení tištěné verze.



MLADÍ LÉKAŘI

50% SLEVA
325 Kč

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

Stačí jen při objednávce
do poznámky uvést rok narození.



ELEKTRONICKÁ VERZE

5 čísel / rok
488 Kč

Elektronická verze se slevou 25 %
k zakoupení na
www.alza.cz/media

Čtěte nás na počítači nebo
na mobilních zařízeních



Znáte elektronickou verzi časopisu Medicína pro praxi?

OBJEDNÁVEJTE

na webu www.medicinapropraxi.cz

e-mailem předplatne@solen.cz

telefonem **585 204 335**

