

Medicína pro praxi

2019

E

www.solen.cz | Med. praxi 2019; 16(Suppl E) | ISBN 978-80-7471-278-4 | 2019

ABSTRAKTA

V. KONGRES MEDICÍNY PRO PRAXI V BRNĚ

kongres praktických lékařů

18.–19. října 2019

Hotel International, Brno

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



20 let s vámi
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® • **SLOŽENÍ:** 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 PŘÍJEM:** Jedna tableta denně, nejlépe ráno a před jídlem. Foni 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. **KONTRAINDIKACE:** Dialyzační pacienti. Pacienti s neléčivým 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) souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE (viz bod Upozornění). Dědičný/idiopatický angioedém. Druhý a třetí trimestr těhotenství (viz bod Upozornění a Těhotenství a kojení). Kojení (viz bod Těhotenství a kojení). Hepatální encefalopatie. Závažná porucha funkce jater. Hypokalemie. Závažná hypotenze. Šok, včetně kardiogenního šoku. Obstrukce výtokového traktu levé komory (např. vysoký stupeň stenózy aorty). Hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu. Současné užívání přípravku Triplixam s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m²) (viz bod Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem (viz bod Upozornění a Interakce). Mimořádně léčba vedoucí ke kontaktu krve se zpopom nabitým povrchem (viz Interakce). Signifikanční bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné funkční ledviny (viz Upozornění). **UPOZORNĚNÍ:** Zvláštní upozornění: **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, blokátory receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se nedoporučuje. Pokud je léčba duální 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/thrombocytopenie/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) mohou mít zvýšené riziko výskytu angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka s poruchou dýchání nebo bez ní). 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 riziko. **Anafylakoidní reakce během desenzibilizace:** postupujte opatrně u alergických pacientů léčených desenzibilizací a nepoužívejte v případě imunoterapie jedem blankydrůly. Alespoň 24 hodin před desenzibilizací dočasné vysaďte inhibitor ACE. **Anafylakoidní reakce během LDL athery:** před každou atherou dočasné vysaďte inhibitor ACE. **Hemodialyzační 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. **Hepatická encefalopatie:** ukončit léčbu. **Hepatická encefalopatie:** ukončit léčbu. **Opotření 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 s jednou 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 hypertenze 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 dávkou 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 nižší dávkou nebo pouze jednou složkou přípravku. **Hladina sodíku:** kontrolujte častěji u starších a cirhotických pacientů. Jakákoli diuretika léčba může vést k hyponatremii, někdy s velice závažnými následky. Hyponatremie s hypovolemii mohou způsobit dehydrataci a ortostatickou hypotenzi. Současná ztráta chloridových iontů může vést k sekundární kompenzaci metabolické alkalózy: vyskytá a stupeň tohoto jevu je malý. **Hladina draslíku:** hyperkalemie: kontrolovat plazmatickou hladinu draslíku u pacientů renální insuficience, zhoršení renální funkce, vyššího věku (> 70 let), diabetes mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidozy a současně užívaní 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 podvýživných osob, cirhotických pacientů s edémem a ascitem, koronárních 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. **Suší kašel:** Ateroskleróza: u pacientů s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulární ischemií zahajte léčbu nízkou dávkou. **Hypertenze krize:** Sledování selhání/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. **Cémo:** 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 počínajícím cholestatickou žloutenkou a progresujícím až v náhlou hepatickou nekrózu a (někdy) úmrtí. V případě žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů ukončete léčbu. **Kyselina močová:** hyperurikemie: zvýšené tendence k záchvatům urvy. **Starší pacienti:** před zahájením léčby vyšetřte renální funkci a hladinu draslíku. Dávku zvyšovat opatrně. **Hladina sodíku:** Triplixam obsahuje méně než 1 mmol sodíku (23 mg) v tabletě, to znamená, že je v podstatě „bez sodíku“. **INTERAKCE:** • **Kontraindikace:** Aliskiren u hypertenzivních pacientů nebo pacientů s poruchou funkce ledvin. Mimořádně léčba. Sakubitril/valsartan. **Nedoporučuje se:** litium, aliskiren u jiných pacientů než diabetických nebo pacientů s poruchou funkce ledvin, souběžná léčba inhibitory ACE a blokátorem receptorů pro angiotenzin, estramustin, kalium-šetrnými léky (např. triamteren, amilorid...), soli draslíku, kotrimoxazol (trimetoprim-sulfamethoxazol), dantrolen (nifedipin), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Výzývající zvláštní opatnost:** bakofen, nesteroidní antiinfektika (včetně kyseliny acetylsalicylové ve vysokých dávkách), antidiabetika (inzulín, perorální antidiabetika), kalium-šetrná diuretika a kalium-šetrná diuretika (epplerenon, spironolaktón), rasekadotril arginin, sirolimus, temsirolimus) léky vyvolávající Torsades de pointes, amfetolín B (v. podání), glukokortikoidy a mineralkortikoidy (systémové podání), tetrakosaktid, stimulant látky, srdeční glykosidy, aluprinol (současná léčba s indapamidem může zvýšit výskyt reakcí hypersenzitivity na aluprinol), induktoři CYP3A4, inhibitory CYP3A4 klaritromycin (existuje zvýšené riziko hypotenze). **Výzývající určitou opatnost:** antidepresiva imipraminového typu (tricyklická), neuroleptika, jiná antihypertenziva a vazodilatační, tetrakosaktid, aluprinol (současné podávání s inhibitory ACE), cytotostatika nebo imunosupresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid, anestetika, diuretika (thiazidy nebo kličková diuretika), glyptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, zlaté, metformin, jodované kontrastní látky, vápník (soli), cyklosporin, atorvastatin, digoxin nebo warfarin, takrolimus, působení inhibitorů rapamycinu (mTOR), cyklosporin, simvastatin, TEHOTENSTVÍ A KOJENÍ: Kontraindikováno během druhého a třetího trimestru těhotenství a při kojení. Nedoporučuje se během prvního trimestru těhotenství. **FERTILITA:** Běžné riziko biochemické změny na hlavové části spermatozoí u některých pacientů léčených blokátory kaliového kanálu. **SCHOPNOST RIDI A OBSLUHOVAT STROJE:** Může být narušena v důsledku nízkého krevního tlaku, který se může vyskytnout u některých pacientů, zejména na začátku léčby. **NEŽADOUČÍ ÚČINKY:** **Velmi časté:** otoky. **Časté:** závratě, bolest hlavy, parestezie, vertigo, somnolence, dysgeusie, zhoršení zraku, tinitus, papitace, zrudnutí, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), kašel, dušnost, bolest břicha, zácpa, průjem, dyspepsie, nevolnost, změny ve vyprazdňování střeva, pruritus, vyrážka, makulopapulární vyrážka, svalové křeče, otok kotníku, astenie, únava. **Méně časté:** mrtvice, encefalopatie, hypersenzitivita, hypoglykemie, hyperkalemie vrátají po přerušení léčby, hyponatremie, insomnie, nýsal rýma (včetně úzkosti), deprese, poruchy spánku, hyposteazie, třes, synkopa, diplopie, tachykardie, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní), vaskulitida, bronchospasmus, suchý v ústech, kopřivka, angioedém, alopecie, purpura, změna zbarvení kůže, hyperhidróza, exantém, fotosenzitivní reakce, periferní, artralgie, myalgie, bolest v zádech, poruchy močení, noční močení, pokřivení, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynecomastie, bolest, bolest na hrudi, nevolnost, periferní edém, horečka, zvýšená tělesná hmotnost, snížená tělesná hmotnost, zvýšení sérové hladiny urvy, zvýšení sérové hladiny kreatininu, pát. **Vzácné:** stav zmatenosti, zvýšení sérové hladiny bilirubinu, zvýšení hladiny jaterních enzymů, zhoršení psoriázy. **Velmi vzácné:** agranulocytóza, aplastická anémie, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, hemolytická anémie, trombocytopenie, hyperglykemie, hyperkalemie, hypertenze, periferní neuropatie, cévní mozková příhoda, možná sekundárně k nadměrné hypotenzi u vysoké rizikových pacientů, angina pectoris, infarkt myokardu, možná sekundárně k nadměrné hypotenzi u vysoké rizikových pacientů, ezofagální 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. **Není známo:** Deplece draslíku s hypokalemii, u určitých rizikových populací zvláště závažná, extrapyramidový syndrom, myopie, rozmanité vidění, torsades de pointes (potenciálně fatální), možný rozvoj hepatální encefalopatie v případě jaterní insuficience, možnost zhoršení stávajícího systémového lupus erythematosus, EKG: prodloužení intervalu QT, zvýšená hladina glukózy v krvi, zvýšená hladina kyseliny močové v krvi, Raynaudův jev. **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. PŘEDVÁKOVÁNÍ:** Perindopril je inhibitor angiotenzin-konvertujícího enzymu (inhibitor ACE), který konvertuje angiotenzin I na vazokonstrikční angiotenzin II. Indapamid je derivát sulfonamidů s indolovým křemlem, farmakologicky příbuzný thiazidovým diuretikům. Amlodipin je inhibitory transportu kaliových iontů (blokátory pomalých kaliových iontů), který inhibuje transmembránový transport kaliových iontů do středních buněk a buněk hladké svalstva cévních stěn. **BALNÍ:** 30 a 90 tablet. Uchovávaní: nevýžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávaní. 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. Registrace číslo: 58/100/14-C, 58/101/14-C, 58/102/14-C, 58/103/14-C. Datum poslední revize textu: 21. 7. 2019. 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.suk.cz/suk/seznam-lekiva-glu-hrazenych-ze-zdrav-poisteni>. 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**

PROGRAM – pátek 18. října

9.00 ZAHÁJENÍ PROGRAMU

9.00–10.40 PNEUMOLOGIE

Garant prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc.

- **CHOPN z pohledu spolupráce pneumologa a praktického lékaře** – Zatloukal J.
- **Obtížně léčitelné astma – již méně obtížné** – Voláková E.
- **Respirační infekce – jakou roli hraje pneumokok?** – Kolek V.
- **Jak poznáme a jak léčíme sarkoidózu?** – Žurková M.
- **Péče o nemocné s transplantací plic** – Jakubec P.

10.40–11.00 PŘESTÁVKA

11.00–12.00 VYBRANÉ KAPITOLY Z KARDIOLOGIE

Garant prof. MUDr. Vladimír Soška, CSc.

- **Nečekat a jednat** – Souček M.
- **Vaskulární věk** – Soška V.

12.00–13.00 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

13.00–14.30 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE

- **Dva litry polyetylen glykolu s kyselinou askorbovou je dobře snášena a účinná očista střeva před endoskopickým vyšetřením** – Lukáš M.
- **Hemoroidální onemocnění a možnosti jeho léčby** – Ihnát P.
- **Bolest zad u mladých dospělých z pohledu revmatologa** – Filková M.
(Přednáška sponzorovaná společností Novartis, s.r.o.)
- **Stručný průvodce džunglí antidepressiv** – Holanová M.
- **Swiss Life Medical – komplexní řešení administrativy, financí a daňové zátěže lékaře** – Ullsperger A.

14.30–14.50 PŘESTÁVKA

14.50–16.30 ONEMOCNĚNÍ A BOLEST HORNÍ KONČETINY

Garant doc. MUDr. Igor Čižmář, Ph.D.

- **Bolesti oblasti palce – základní diagnostika a možnosti řešení** – Čižmář I.
- **Nejčastější zdroje bolestí zápěstí – možnosti ovlivnění** – Čižmář I.
- **Možnosti a limity ovlivnění bolestí lokte fyzioterapeutem** – Mrázová H.
- **Bolesti ramene v ambulanci praktického lékaře** – Hudeček F.
- **Neuropatie horní končetiny** – Korpa P.

16.30–16.50 PŘESTÁVKA

16.50–17.50 ONKOLOGIE V ORDINACÍCH PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ

Garanti MUDr. Katarína Petráková, Ph.D., doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

- **Sledování onkologických pacientů praktickým lékařem po skončení léčby – pohled onkologa** – Petráková K.
- **Nejčastější situace, se kterými se může praktický lékař setkat v průběhu léčby u onkologického pacienta** – Lakomý R.
- **Péče o onkologického pacienta z pohledu praktického lékaře** – Seifert B.

Workshopy / pátek 18. října

12.00–13.00 Správné měření ABI a EKG v ambulanci praktického lékaře

14.50–15.50 Praktický nácvik kardiopulmonální resuscitace

Workshopy vedou pracovníci záchranné služby.

VSTUP VOLNÝ, KAPACITA OMEZENÁ

PROGRAM / sobota 19. října

- 8.40–9.40** **IP ATB atd., nebo ABT?**
Garantka MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.
■ Diskuzní interaktivní přednáška
- 9.40–9.50** **A něco čokoládového navíc aneb zkušenosti z afriky** – MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.
- 9.50–10.50** **TECHNOLOGIE V ŽIVOTĚ DĚTÍ A DOSPĚLÝCH**
Garantky Mgr. Michaela Slussareff, Ph.D., MUDr. Bc. Daniela Zmeškalová, Ph.D.
■ Základní pravidla, jak technologie zdravě implementovat do života dětí a jak nastavit zdravé hranice v jejich používání u dospělých
■ Digitální závislosti, možnosti jejich rozpoznání a prevence
■ Digitální závislosti rodičů a problémy s tím spojené
- 10.50–11.20** **PŘESTÁVKA**
- 11.20–13.15** **MEZIOBOROVÁ SDĚLENÍ**
■ Novinky z oblasti střevního mikrobiomu – střevní mikrobiom a atopická dermatitida – Ryšávková P.
■ Rizikové skupiny vs. rizikové infekce – Blechová Z.
■ Kdy myslet na primární imunodeficienci? – Hlaváčková E.
■ **IP** Fabryho choroba součástí diferenciální diagnostiky v ordinaci praktického lékaře – Dostálová G.
■ Vitamin D a pohybový aparát – Novák J.
■ Ibuprofen: účinné nejenom „analgetikum“ – Slíva J.
■ Doporučení chůze jako pohybové intervence v ordinaci praktického lékaře – Poděbradská R.
- 13.15–13.45** **VYZVANÁ PŘEDNÁŠKA**
Garantka prof. Ing. Jana Dostálová, CSc.
■ Mýty a fakta o potravinách
- 13.45** **ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD**

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

V. KONGRES MEDICÍNY PRO PRAXI V BRNĚ kongres praktických lékařů

18.–19. října 2019 | Hotel International Brno

Pořadatel

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

Záštit

II. interní klinika FN u sv. Anny Brno

Prezident akce

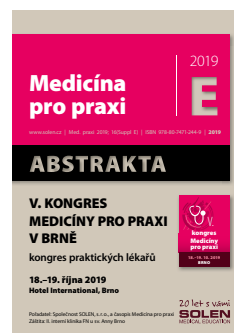
prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

Organizátor

SOLEN, s.r.o., Lazecská 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: Mgr. Marta Boučková, 770 194 701, bouckova@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 E Medicína pro praxi

Citační zkratka:

Med. praxi 2019; 16(Suppl E).

Vydal: Solen, s.r.o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-278-4

EUVASCOR®

atorvastatin / perindopril arginin



POLOVIČNÍ
OCHRANA
NESTAČÍ

TLAK A CHOLESTEROL POD KONTROLOU V JEDNÉ KAPSLI



Zkrácená informace o přípravku EUVASCOR 10 mg/5 mg, 20 mg/5 mg, 40 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, 20 mg/10 mg, 40 mg/10 mg:

Složení^{*}: EUVASCOR 10 mg/5 mg, 20 mg/5 mg, 40 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, 20 mg/10 mg, 40 mg/10 mg tvrdé tobolky obsahují 10 mg atorvastatinu (ator)/5 mg perindoprilu arginine (per), 20 mg ator/5 mg per, 40 mg ator/5 mg per, 10 mg ator/10 mg per, 20 mg ator/10 mg per, 40 mg ator/10 mg per. Obsahuje sacharózu jako pomocnou látku. **Indikace^{*}:** Euvascor je indikován v rámci léčby ke snížení kardiovaskulárního rizika jako substituční terapie u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných atorvastatinem a perindopilem podávanými současně ve stejné dávce, ale jako samostatné přípravky. **Dávkování a způsob podání^{*}:** Obvyklá dávka je jedna tobolka denně ráno před jídlem. Euvascor není vhodný pro iniciální léčbu. Je-li nutná změna dávkování, titrace se má provádět s jednotlivými složkami. Během léčby přípravkem Euvascor má pacient pokračovat v běžné dietě snižující hladinu cholesterolu. **Souběžná terapie:** U pacientů, kteří současně užívají tipranavir, ritonavir, telaprevir nebo cyklosporin, nemá dávka atorvastatinu překročit 10 mg/den. U pacientů, kteří současně užívají boceprevir, elbasvir nebo grazoprevir, nemá dávka atorvastatinu překročit 10/20 mg/den. **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. **Pediatriká populace:** Použít u dětí a dospívajících do 18 let se nedoporučuje. **Kontraindikace^{*}:** Hypersenzitivita na léčivé látky, nebo na jiné ACE inhibitory nebo statiny, nebo na kteroukoli pomocnou látku, onemocnění jater v aktivním stavu nebo neobjasněné přetrvávající zvýšení sérových aminotransferáz převyšující 3násobek horní hranice normálních hodnot, během těhotenství, kojení a u žen ve fertilním věku, které nepoužívají vhodné antikoncepční prostředky (viz bod Těhotenství a kojení^{*}), anamnéza angioedému souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE, hereditární nebo idiopatické angioneurotické edém, současné užívání 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 sakubitrilem/valsartanem (viz bod Zvláštní upozornění^{*} a Interakce^{*}), mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz bod Interakce^{*}), signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné fungující ledviny (viz bod Zvláštní upozornění^{*}). **Upozornění^{*}:** **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Vliv na játra: Vzhledem k obsahu atorvastatinu v přípravku Euvascor mají být pravidelně prováděny jaterní funkční 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 normalizují. 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. Pacientům, kteří konzumují velké množství alkoholu a/nebo mají v anamnéze jaterní onemocnění, je nutné podávat přípravek Euvascor 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. **Souběžná léčba s jinými léčivými přípravky:** Riziko rhabdomyolýzy je zvýšené při současném podávání přípravku Euvascor s určitými léky, které mohou zvyšovat plazmatickou koncentraci atorvastatinu, např. se silnými inhibitory CYP3A4 nebo transportních proteinů (např. cyklosporin, ketokonazol, ritonavir, atd.). Riziko myopatie může být rovněž zvýšeno současným užíváním gemfibrozilu a dalších derivátů kyseliny fibrové, erythromycinu, niacinu a ezetimibu, antivirových látek proti hepatitidě C. Přípravek Euvascor 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. Během léčby nebo po léčbě některými statiny byly velmi vzácně hlášeny případy imunitně zprostředkované nekrotizující myopatie (IMNM). **Intersticiální plicní onemocnění:** Při podezření na vznik intersticiálního plicního onemocnění u pacienta musí být terapie přípravkem Euvascor přerušena. **Diabetes mellitus:** U diabetiků léčených perorálními antidiabetiky nebo inzulinem má být v průběhu prvních měsíců léčby pečlivě sledována glykemie. **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 odpověď není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou být obvykle užity bez obtíží, jakmile po doplnění objemu stoupne krevní tlak. **Stenóza aortální a mitrální chlopně:** Přípravek se má podávat s opatrností. **Transplantace ledvin:** Nejsou zkušenosti s podáváním přípravku pacientům po nedávno prodělané 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. U pacientů na hemodialýze: U pacientů dialyzovaných pomocí vysoce propustných membrán byly zaznamenány anafylaktoidní reakce, má být vzácně použito jiných membrán. **Hypersenzitivita/angioedém:** Okamžitě vysazení léčby a zahájení monitorování do úplného vymizení příznaků. 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 perindopilem nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání jiných inhibitorů NEP (např. racekadotrilu) a inhibitorů ACE může také zvýšit riziko angioedému. Souběžné užívání s inhibitory mTOR: Zvýšené riziko angioedému. **Anafylaktoidní reakce během aferézy nízkodenzitních lipoproteinů (LDL):** Vzácný výskyt život ohrožujících anafylaktoidních reakcí, kterým lze předejít dočasným vysazením léčby před každou aferézou. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** Byly zaznamenány během desenzibilizační léčby (např. jedem blanokřídlých), reakcí je možné se vyhnout dočasným vysazením léčby, nicméně se znovu objevily po neúmyslné expozici. Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anemie: Přípravek Euvascor má být používán s extrémní opatrností u pacientů se systémovým onemocněním pojiva (collagen vascular disease), u pacientů užívajících imunosupresivní léčbu, léčbu alupurinolem 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 černoských pacientů ve srovnání s jinými rasami. **Kašel:** neproduktivní, 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 srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a u současného užívání diuretik šetřících draslík a draslíkových doplňků nebo náhrad solí s obsahem draslíku, nebo u pacientů užívajících jiné léčivé přípravky, které mohou způsobovat vzestup sérových koncentrací draslíku (např. heparin, kotrimoxazol). **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. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí fruktosy, malabsorpcí glukosy a galaktosy nebo nedostatkem sacharaso-isomaltasy by tento přípravek neměli užívat. **Hladina sodíku:** Euvascor obsahuje méně než 1 mmol sodíku (23 mg) u tobolce, to znamená, že je v podstatě „bez sodíku“. **Interakce^{*}:** **Kontraindikace:** Aliskiren, mimotělní léčba, sakubitril/valsartan **Nedoporučované kombinace:** Silné inhibitory CYP3A4, inhibitory proteinu rezistence karcinomu prsu (BCRP), aliskiren (u jiných pacientů, než jsou diabetici a pacienti s poruchou funkce ledvin), kotrimoxazol (trimetoprim/sulfametoxazol), současná léčba ACE inhibitorem a blokátorem receptoru angiotensinu, estramustin, lithium, draslík-šetřící diuretika (např. triamteren, amilorid, eplerenon, spironolakton), soli draslíku, 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, diuretika nešetřící draslík, racekadotril, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus), nesteroidní antiflogistika (NSAID) (včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den). **Kombinace vyžadující určitou opatrnost:** Kolchicin, kolestipol, perorální kontraceptiva, gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, tricyclická antidepresiva/antipsychotika/anestetika, zlato, antihypertenziva a vasodilatata. **Těhotenství a kojení^{*}:** Přípravek Euvascor je kontraindikován během těhotenství, kojení a u žen plánujících těhotenství, které nepoužívají vhodné antikoncepční prostředky. **Fertilita^{*} Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje^{*}:** U některých pacientů se mohou vyskytnout individuální reakce související s nízkým krevním tlakem, zejména na začátku léčby. **Nežádoucí účinky^{*}:** Časté: Nazofaryngitida, hypersenzitivita, hyperglykemie, závrať, bolest hlavy, dysgeuzie, parestezie, porucha zraku, tinitus, vertigo, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), faryngolaryngeální bolest, epistaxe, kašel, dyspnoe, nauzea, zvracení, bolest horní a dolní části břicha, dyspepsie, průjem, zácpa, flatulence, vyrážka, pruritus, otok kloubů, bolest končetin, artralgie, svalové spazmy, myalgie, bolest zad, astenie, abnormální výsledky testů jaterních funkcí, zvýšená hladina kreatinfosfokinázy v krvi. **Méně časté:** Eozinofilie, hypoglykemie, hyperkalemie reverzibilní při ukončení léčby, anorexie, insomnie, změny nálad, poruchy spánku, noční můry, somnolence, synkopa, hypestezie, amnezie, rozmazané vidění, tachykardie, palpitace, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, pankreatitida, říhání, hepatitida cytolytická nebo cholestatická, kopřivka, hyperhidróza, alopecie, angioedém, pemfigoid, fotosenzitivní reakce, bolest šije, svalová slabost, renální selhání, erektilní dysfunkce, únava, bolest na hrudi, malátnost, periferní edém, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, zvýšené tělesné hmotnosti, pozitivní nález leukocytů v moči, pád. **Vzácné:** Trombocytopenie, periferní neuropatie, cholestáza, zhoršení psoriázy, Stevens-Johnsonův syndrom, toxická epidermální nekrolýza, erythema multiforme, myopatie, myozitida, rhabdomyolýza, tendinopatie (někdy komplikovaná rupturou), vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi. **Velmi vzácné:** Rinitida, leukopenie/neutropenie, agranulocytóza nebo pancytopenie, hemolytická anemie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, anafylaxe, stavy zmatenosti, cévní mozková příhoda možná sekundárně k nadměrné hypotenzii u vysoce rizikových pacientů, ztráta sluchu, infarkt myokardu, sekundárně k nadměrné hypotenzii u vysoce rizikových pacientů, angina pectoris, arytmie, eosinofilní pneumonie, jaterní selhání, akutní renální selhání, gynekostomie, snížení hladiny hemoglobinu a snížení hematokritu. **Není známo:** Imunitně zprostředkovaná nekrotizující myopatie. 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, Raynaudův fenomén^{**}. **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 vazokonstrikční angiotensin II. **Uchovávání:** Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Velikost balení:** 30 nebo 90 (3 obaly na tvrdé tobolky po 30 tobolkách) tvrdých tobolok Euvascor 10 mg/5 mg, 20 mg/5 mg, 40 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, 20 mg/10 mg, 40 mg/10 mg. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. **Registrační číslo:** Euvascor 10 mg/5 mg: 31/985/16-C, Euvascor 20 mg/5 mg: 31/986/16-C, Euvascor 40 mg/5 mg: 31/987/16-C, Euvascor 10 mg/10 mg: 31/988/16-C, Euvascor 20 mg/10 mg: 31/989/16-C, Euvascor 40 mg/10 mg: 31/990/16-C. **Datum poslední revize textu:** 21. 7. 2019. **Výdej:** Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách na lékařský předpis, od 10/2019. 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

Pneumologie

garant prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc.

pátek / 18. října 2019 / 9.00–10.40 hod.

Obtížně léčitelné astma – již méně obtížné

MUDr. Eva Voláková

Klinika plicních nemocí a tuberkulózy, FN a LF UP Olomouc

Astma bronchiale je definováno jako chronické onemocnění dýchacích cest projevující se záchvatovitou dušností, pískoty a tíhou na hrudi, vznikajících na podkladě variabilní obstrukce dýchacích cest v důsledku chronického zánětu a zvýšené reaktivity průdušek na okolní podněty.

Poznání zánětlivé podstaty bronchiálního astmatu vedlo k rozvoji nových, účinnějších léků, které změnily obvyklý průběh nemoci i prognózu nemocných. Velkým skokem v tomto směru byl objev inhalačních kortikosteroidů. Ve vyspělých zemích, kde jsou základní léky dobře dostupné, je dnes 90–95 % astmatiků účinně léčeno. Zvýšená pozornost je tak věnována především zbývajícím 5–10 % astmatiků, u kterých se běžnými léky onemocnění stabilizovat nedaří. Tito pacienti představují skupinu tzv. těžkých astmatiků. Mezi ně patří astmatici s obtížně léčitelným astmatem (OLA), nedostatečně odpovídající na léčbu a nestabilitou nemoci v důsledku komorbidit (nejčastěji refluxní nemoc jícnu, rinosinusitida, alergie, obezita, psychické nemoci). Další část těžkých astmatiků tvoří pacienti s tzv. těžkým refrakterním astmatem, kdy důvodem nestability je samotné astma, na běžnou terapii nereagující. Do této skupiny patří také tzv. kortikodependentní astma, kdy stabilizace (často jen částečná) je možná pouze za cenu trvalé systémové kortikoterapie, se všemi nežádoucími účinky, které tato terapie přináší (osteoporóza, metabolické poruchy, kožní změny).

Nově vyvíjené léky, určené pro pacienty s těžkým astmatem, vycházejí z poznatků imunopatogeneze astmatu a cílí na určité mediátory zánětu. Jelikož jde o monoklonální protilátky, patří tyto léky do skupiny léků označovaných jako „biologická léčba“. V současnosti dostupné molekuly k biologické léčbě astmatu jsou omalizumab (anti-IgE), mepolizumab a reslizumab (anti IL-5), benralizumab (anti IL-5 receptor na povrchu eozinofilů) a dupilumab (anti IL-4 receptor), blokující současně dráhu IL-4 a IL-13.

Biologická léčba astmatu spadá do kompetence „Národních center pro těžké astma“ (NCTA), při plicních a alergologických odděleních napříč republikou (www.tezke-astma.cz). Základem úspěšné léčby je správné a včasné odeslání pacienta do některého z center, které začíná mnohdy již v ordinaci praktického lékaře, dobrým zvládnutím základních poznatků o bronchiálním astmatu a včasným odesláním pacienta ke specialistovi.

Respirační infekce – jakou roli hraje pneumokok?

prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc.

Klinika plicních nemocí a tuberkulózy, FN a LF UP Olomouc

Streptococcus pneumoniae (pneumokok) je patogen se zásadním významem u respiračních infekcí. Je dobře adaptován na lidský organismus a kolonizuje horní dýchací cesty zdravých lidí. Kolonizace je variabilní, dynamický a kompetitivní proces. Za různých okolností dochází k napadání buněk hostitele, proliferaci, pronikání přes imunitní bariéry a invazi do dolních dýchacích cest. K infekci dochází vnějším přenosem vzdušnou cestou nebo jde o vnitřní infekci u bacilonosičů. Pneumokok patří různou mírou k vyvolavatelům řady respiračních infekcí, jako jsou tracheobronchitidy, pneumonie, exacerbace CHOPN, astmatu, bronchiektazií a cystické fibrózy. V předantibiotické době se prokazoval pomocí inokulace na zvířatech u pneumonie až v 95 %, nyní je tomu podstatně méně. Důvodem je pokles používání kultivačních mikrobiologických testů, empirické podávání antibiotik před testováním, nárůst atypických a gram-negativních rezistentních patogenů, lepší diagnostika lehkých a intersticiálních pneumonií. Pneumokok se zásadně podílí na invazivních infekcích spojených s bakteriemi a dalšími

komplikacemi. Mortalita na tyto infekce se pohybuje od 10 % do 28 % a u seniorů je 3x vyšší než na jiné typy pneumonií. Jako léčba se u těžkých pneumonií doporučuje empirické podání kombinace aminopenicilinů s makrolidy, která snižuje riziko smrti u těžké pneumonie o 22 %. Očkování pneumokokovou konjugovanou třináctivalentní vakcínou je účinné zvláště u osob nad 65 let, u nichž vakcína navozuje 45% redukci mortality na pneumokokové pneumonie.

Pneumonie je nejčastější infekční onemocnění, které vyžaduje neustálou pozornost. Je definována jako akutní zánětlivé onemocnění postihující plicní alveoly, respirační bronchioly a plicní intersticiu. Ohrožuje především děti do 5 let věku a pak seniory od 65 let. V posledních letech je patrná snaha zracionalizovat přístup k pneumoniím a využít současné způsoby podávání účinných antibiotik ke snížení výskytu komplikací, omezení počtu hospitalizací a zkrácení délky léčby. Při znalosti většiny potenciálních agens převažuje léčba empirická, která je navíc podpořena znalostí regionální epidemiologické situace, dobrou diagnostikou a zkušenostmi s racionální antibiotickou léčbou. Velmi důležitá je kategorizace pacienta podle možných rizik komplikací a mortality. Z toho následně vyplývá zvolený způsob léčby: ambulantní nebo formou hospitalizace.

Morbidita i mortalita pneumonií je sice stále nejvyšší mezi infekčními nemocemi, klesla však vlivem zavedení moderní ATB terapie a pravděpodobně i očkování proti chřipce a pneumokokům. Očkování dospělých protichřipkovou vakcínou je vhodné především u osob nad 65 let věku, nad 50 let, jestliže mají chronické respirační nebo kardiální onemocnění. Výskyt pneumonií pneumokokové etiologie lze ovlivnit očkováním dětí i dospělých pneumokokovou vakcínou, která se rovněž doporučuje u populace starší 65 let a opakovaně u osob v riziku, především se sníženou imunitou. Používá se 13valentní konjugovaná vakcína (PCV 13), která obsahuje purifikované kapsulární polysacharidy *Streptococcus pneumoniae* konjugované s netoxickým difteriovým toxinem. Další vakcínou je 23valentní vakcína z purifikovaných kapsulárních polysacharidových antigenů (PPSV 23). Vakcíny jsou cíleny na snížení invazivních pneumokokových nákaz. Účinnost v prevenci „invazivních pneumonií“ v dospělé populaci byla prokázána řadou studií i jejich metaanalýzou, účinnost na neinvazivní pneumonie je prokázána méně přesvědčivě. Z chronických plicních nemocí mají nejvyšší riziko vzniku pneumonie idiopatická plicní fibróza, chronická obstrukční plicní nemoc a astma. U nich přináší kombinované očkování proti chřipce i pneumokokům významné snížení zdravotních rizik i nákladů na zdravotní péči.

V případech zjištění pneumonie je zásadní co nejrychlejší empirické podání antibiotika (do 8 hod. od potvrzení diagnózy) a ohodnocení rizika komplikací u konkrétního pacienta. Při hospitalizaci je ideální podat antibiotikum již během příjmu – do 1 hod. od diagnózy. Celková doba léčby se u současných antibiotik doporučuje 5–10 dnů, déle je nutná v individuálních případech dle klinického a laboratorního nálezu u infekcí způsobenými atypickými agens a gramnegativními patogeny.

Indikaci hospitalizace lze objektivizovat.

Ambulantně se empiricky většinou podává amoxicilin, lze však podat i jiná účinná antibiotika (cefalosporiny 2. generace, makrolidy nebo doxycyklin) s tím, že preference je bez znalosti agens obtížná. V těchto souvislostech není dost dokladů pro tvrzení, že některé antibiotikum je účinnější než jiné. Ryze praktické doporučení zní: používejte antibiotika, s nimiž máte zkušenosti a která nejsou u konkrétního pacienta potenciálně škodlivá svými vedlejšími účinky. Nicméně je jistě velmi důležité sledovat stav rezistence patogenů vůči jednotlivým skupinám antibiotik v komunitě. V některých zemích je doslova alarmující. Zvláště je obava z přenesené rezistence na fluorochinolony. Je třeba si uvědomit, že amoxicilin (včetně formy kombinované s inhibitorem betalaktamáz), stejně jako cefalosporiny, jsou účinné pouze na pneumokoky a jiná typická agens, nikoliv na *Mycoplasma pneumoniae* a *Chlamydophila pneumoniae*. Makrolidy jsou účinné na pneumokoky a atypická agens, ale velmi málo na *Haemophilus influenzae* nebo *Moraxella catarrhalis*. Doxycyklin se uznává pro výhodnou cenu, ale i dostatečnou účinnost na pneumokoky i atypická agens. Aminopeniciliny s inhibitory betalaktamáz jsou vhodné u starších polymorbidních nemocných nebo při průkazu kmenů *Haemophilus influenzae* nebo *Moraxella catarrhalis* produkujících betalaktamázy. Při alergii na peniciliny lze alternativně podat cefalosporiny 2. generace. Při neúspěchu s prvním antibiotikem je možné antibiotikum vyměnit nebo přidat 2. antibiotikum do kombinace (aminopenicilin + makrolid).

V ambulanci se lze již opřít o výsledky mikrobiologických testů spíše jen teoreticky a cílená léčba je většinou možná až po selhání prvního antibiotika. Součástí celkové terapie při febrilních stavech je podávání antipyretik, analgetik při bolestech, antitusik při suchém, dráždivém kašli, a naopak mukolytik při produktivní fázi.

Jak poznáme a jak léčíme sarkoidózu?

**MUDr. Monika Žurková, Ph.D.¹, MUDr. Vladimíra Lošťáková, Ph.D.¹,
prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc.¹, doc. Ing. Eva Kriegová, Dr.²**

¹Klinika plicních nemocí a TBC, LF UP a FN Olomouc

²Ústav imunologie, LF UP a FN Olomouc

Sarkoidóza je multisystémové granulomatózní onemocnění neznámé etiologie, které obvykle postihuje jedince středního a staršího věku, nejčastěji dospělé ženy starší 40 let. Jedná se o nejčastější intersticiální plicní onemocnění. Prevalence sarkoidózy kolísá mezi 6–213/100 000 obyvatel a je rovněž závislá na rase a pohlaví. V České republice je incidence tohoto onemocnění 8,5/100 000 a prevalence přes 78,8/100 000 obyvatel. Sarkoidóza se projevuje nejčastěji nitrohrudním postižením s bilaterální hilovou lymfadenopatií a/nebo plicními infiltráty, vzácněji s postižením pleury a bronchů. Přestože se hovoří o systémovém onemocnění, velmi často se sarkoidóza projevuje ve formě klinicky limitované pouze na plíce. U přibližně 50 % případů se však setkáváme také s mimohrudním postižením, které bývá ve více než 90 % asociováno s plicní sarkoidózou. Diagnózu sarkoidózy lze postavit na typickém klinickém obrazu, histologickém průkazu nekazeifikujících granulomů a současném vyloučení jiných onemocnění s obdobným klinickým a histologickým obrazem. Optimální diagnosticko-terapeutická úvaha zahrnuje: potvrzení diagnózy, stanovení rozsahu a tíže orgánového postižení a posouzení aktivity onemocnění (neaktivní, stabilizované, progredující). Skiagram hrudníku je základním vyšetřením nejen pro stanovení diagnózy, ale především pro určení stadia onemocnění. Někdy se tak odhalí jinak klinicky asymptomatické onemocnění. Podle nálezů na skiagramu hrudníku rozlišujeme pět stadií sarkoidózy. **Stadium 0:** Na skiagramu hrudníku je zcela normální nález. Pacient má mimoplicní formu sarkoidózy. **Stadium I:** Bilaterální hilová lymfadenopatie (BHL) spočívá v symetrickém polycyklickém zvětšení hilových lymfatických uzlin. Obvykle bývají zvětšeny všechny mediastinální uzliny, na skiagramu jsou patrné hilové a paratracheální lymfatické uzliny. **Stadium II:** Na skiagramu hrudníku trvá bilaterální hilová lymfadenopatie, avšak dochází i k postižení plicního parenchymu. **Stadium III:** V tomto stadiu jsou patrné změny v plicním parenchymu, převládá retikulonodulace, bez výraznějších fibrózních změn. **Stadium IV:** Změny v plicním parenchymu mají charakter plicní fibrózy, poměrně vzácným obrazem je voštinovitá plíce. Výpočetní tomografie s vysokou rozlišovací schopností (high resolution computed tomography, HRCT) představuje v současné době jedno z rozhodujících vyšetření při plicní lokalizaci sarkoidózy, protože zásadně upřesňuje posouzení aktivity a především umožňuje rozlišení stadií III a IV. Endoskopické metody mají pro diagnostiku sarkoidózy nezastupitelné místo. V souladu s klinickým obrazem volíme místo získání bioptického vzorku. Při postižení plicního parenchymu je preferována transbronchiální biopsie. Za pomocné pro diagnózu se považuje zvýšení poměru CD4+/CD8+ nad 3,5 v bronchoalveolární tekutině získané bronchoalveolární laváží. K léčbě se přistupuje po individuálním posouzení rozsahu nemoci. Podle většiny doporučení nejsou léčeny plicní formy sarkoidózy u pacientů s lehkou (až středně těžkou) poruchou plicních funkcí bez klinických příznaků a doporučuje se pouze sledování. Jsou léčeni symptomatictí pacienti (dušnost, kašel, bolesti na hrudníku) s postižením plicních funkcí a asymptomatictí pacienti s těžkou poruchou plicních funkcí. Dalším lékem volby jsou antimalarika, methotrexát je obvykle využíván u rezistentních forem onemocnění, často v kombinaci s kortikoidy, u nichž pomáhá redukovat dávky nutné k dosažení léčebného efektu. Z léků blokujících účinek TNF- α jsou u sarkoidózy zkoušeny infliximab a etanercept, které jsou zatím rezervovány pro léčbu refrakterních nebo chronických forem sarkoidózy. V rámci experimentální léčby je využívána i léčba dalšími inhibitory cytokinů a selektivními imunosupresivy, např. leflunomidem, cyklosporinem A, mykofenolát mofetilem a tacrolimem.

Grantová podpora: IGA_LF_2019_014, MH CZ – DRO (FNOL, 00098892)

Péče o pacienty po transplantaci plic

MUDr. Petr Jakubec, Ph.D., MUDr. Monika Žurková, Ph.D., MUDr. Lenka Hajdová, MUDr. Jiří Kufa, MUDr. Samuel Genzor, prof. MUDr. Vítězslav Kolek, DrSc.

Klinika plicních nemocí a tuberkulózy, FN a LF UP Olomouc

Transplantace plic je poslední možností léčby terminálních stadií řady respiračních onemocnění u indikovaných skupin pacientů. V posledních letech se počet transplantací plic v České republice neustále zvyšuje a dosahuje již průměru vyspělých evropských zemí. Od roku 2016 došlo ke změně, kdy superspecializovanou péčí o pacienty po transplantaci plic neprovádí již jen transplantáční chirurgické centrum (III. chirurgická klinika FN Motol), ale tito pacienti jsou převáděni do péče pneumologů, resp. dvou center pro transplantované pacienty, a to na plicních klinikách ve FN Motol a ve FN Olomouc. Sledování a léčba pacientů po transplantaci plic jsou velmi náročné, vyžadující časté kontroly klinického stavu, ventilačních funkcí a řady laboratorních testů. Průběh po transplantaci plic může být zhoršován řadou komplikací. Jde především o komplikace vyplývající z těžce imunosuprimovaného stavu pacientů, tedy řada infekčních postižení včetně oportunních, z nichž nejobávanější je cytomegalovirová infekce. Imunosupresivní léky mají řadu nežádoucích účinků, které vedou k selhávání ledvin, poruchám krevního obrazu, častějším nádorům hematologickým i solidním a k řadě dalších komplikací. Na druhé straně jsou obávanými komplikacemi u transplantovaných rejekce štěpu. Existuje řada rejekčních stavů. V řádu hodin po transplantaci se může objevit hyperakutní rejekce. Častá je akutní rejekce, a to především akutní celulární rejekce. S delším časovým odstupem po transplantaci se kromě akutní rejekce objevuje chronická rejekce (chronic lung allograft dysfunction – CLAD), která má dva základní typy, a to obstrukční formu (bronchiolitis obliterans syndrome – BOS) a restriktivní formu (restrictive allograft syndrome) s horší prognózou. V rámci péče o transplantované pacienty je nutná nejen superspecializovaná pneumologická péče, ale vzhledem k možným komplikacím, které postihují řadu tělesných orgánů a systémů, taktéž dobrá multioborová spolupráce s řadou dalších lékařských odborností.

Aktuality do vaší ordinace

pátek / 18. října 2019 / 13.00–14.30 hod.

Hemoroidální onemocnění a možnosti jeho léčby

doc. MUDr. Peter Ihnát, Ph.D., MBA

Chirurgická klinika, FN Ostrava

Hemoroidální nemoc představuje civilizační onemocnění s vysokou incidencí v evropské populaci. Každý praktický lékař proto poměrně často řeší pacienty s hemoroidálním onemocněním ve své běžné praxi.

Autor předkládá přehled poznatků týkajících se problematiky hemoroidálního onemocnění – anatomické aspekty, klasifikace, diagnostika a především současné možnosti léčby hemoroidálního onemocnění. Základem managementu pacientů je kvalitní diagnostika zaměřená na vyloučení kolorektálního karcinomu a léčba v závislosti na stadiu onemocnění. Standardem léčby pacientů všech stadií hemoroidálního onemocnění je konzervativní léčba založená na režimových opatřeních, aplikaci preparátů s lokálním působením a farmakoterapie venotoniky s prokázanou účinností (MPFF-Detralext). Semiinvazivní metody léčby (Baronova ligace, skleroterapie, laser, atd.) a chirurgické metody léčby (HAL, Longova operace, klasická haemorrhoidectomie) jsou určeny pro symptomatické pacienty se smíšenými haemorrhoidálními uzly, resp. pro pacienty s vnitřními uzly II.–III. stupně.

Vzhledem k vysoké incidenci hemoroidálního onemocnění je potřebná spolupráce praktických lékařů, gastroenterologů a koloproktologů s cílem diagnostikovat a optimálně léčit jednotlivá stadia onemocnění.

detralex®

MPFF® – mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce

180
tablet

ČÍSLO 1
v mezinárodních doporučeních
pro léčbu CVD 2018¹



**Chronické žilní
onemocnění**
2 tbl denně

**Hemoroidální
onemocnění**
až 6 tbl denně

CVD=Chronic Venous Disease

Zkrácená informace o přípravku Detralex® SLOŽENÍ*: Flavonoidum fratio 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. **DÁVKOVÁNÍ 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*.** **FERTILITA*.** **TĚHOTENSTVÍ/KOJENÍ*:** Údaje o podávání těhotným ženám jsou omezené nebo nejsou k dispozici. Podávání v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje**. Není známo, zda se léčivá látka/metabolity vylučují do lidského mateřského mléka. Riziko pro kojené novorozence /dítě nelze vyloučit**. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘIDIT A OBSLUHOVAT STROJE*:** Žádný vliv. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY*:** Časté: průjem, dyspepsie, nauzea, vomitus. Vzácné: závratě, bolesti hlavy, pocit neklidu, vyrážka, svědění, kopřivka. Méně časté: kolitida. Frekvence neznámá: abdominální bolest, ojedinělý otok obličeje, rtů, víček, výjimečně Quinckeho edém. **PŘEDÁVKOVÁNÍ*.** **FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI*:** Venotonikum (venofarmakum) a vazoprotektivum. Detralex působí na zpětný návrat krve ve vaskulárním systému: snižuje venózní distenzibilitu a redukuje venostázu, na úrovni mikrocirkulace normalizuje kapilární permeabilitu a zvyšuje kapilární rezistenci; zvyšuje lymfatický průtok. **UCHOVÁVÁNÍ*:** Při teplotě do 30°C. **VELIKOST BALENÍ*:** 30, 60, 120 a 180 potahovaných tablet. **Datum revize textu:** 2. 1. 2019. Přípravek je k dispozici v lékárnách na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. **Registrační číslo:** 85/392/91-C. Držitel rozhodnutí o registraci: **LES LABORATOIRES SERVIER** 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Další informace na adrese: **Servier s.r.o.**, Florentinum, Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel.: 222 118 111, www.servier.cz

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

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

1. Nicolaides AN. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines according to scientific evidence. Int Angiol 2018 June; 37(3):181-254.



Bolest zad u mladých dospělých z pohledu revmatologa

MUDr. Mária Filková, Ph.D.

Revmatologický ústav a Klinika revmatologie 1. LF UK, Praha

Mechanická příčina tvoří až 97 % akutních a 90 % chronických bolestí páteře. Zánětlivá bolest, která je typickým znakem onemocnění skupiny spondyloartritid (SpA), tvoří 5 % chronických bolestí bederní páteře. Typicky nastupuje pozvolně před 40. rokem, trvá déle než 3 měsíce, dosahuje maxima ve 2. polovině noci a mírní se rozcvíčením bez pocitu úlevy v klidu.

Podle převažující manifestace postižení lze SpA dělit na formu axiální (postiženy struktury páteře a sakroiliakálních kloubů) a periferní (artritida zejména velkých kloubů). Kromě uvedených projevů tyto jednotky spojují i kožní, slizniční a urogenitální znaky. Celá skupina má společný genetický základ ve formě vazby na antigen HLA-B27. Podle klinických jednotek se sem zařazuje ankylozující spondylitida (AS, nebo tzv. Bechtěrevova choroba), psoriatická, reaktivní a enteropatická artritida (artritida při idiopatických střevních zánětech), juvenilní ankylozující spondylitida a tzv. nediferencovaná SpA. Diagnóza AS se až do roku 2009 stanovovala na základě kritérií, kdy musí být rentgenové známky sakroiliitidy a alespoň 1 klinické kritérium: zánětlivá bolest zad, omezení hybnosti bederní páteře a dýchacích exkurzí. Tato kritéria se zakládají na pozdních změnách a neumožňují tak diagnózu v časně fázi nemoci. Nová kritéria umožňují klasifikaci v období, kdy ještě není rentgenově průkazná sakroiliitida a diagnóza se pak opírá o přítomnost sakroiliitidy na MRI a splnění 1 klinického příznaku, nebo při pozitivitě HLA-B27 a alespoň 2 klinických příznaků.

S ohledem na subjektivní obtíže, klinická, zobrazovací vyšetření a laboratorní aktivitu je zahájena nefarmakologická léčba v podobě režimových opatření včetně pravidelného cvičení, a farmakologická léčba nesteroidními antirevmatiky, v případě periferního postižení i terapie syntetickými chorobu modifikujícími léky (DMARDs), příp. biologická léčba. Tato zahrnuje inhibitory TNF α (infliximab, etanercept, adalimumab, golimumab, certolizumab) a inhibitor IL-17A (secukinumab). Protizánětlivý efekt se projeví subjektivní úlevou, poklesem reaktantů akutní fáze, snížením intenzity zánětu na páteři a SI kloubech na MRI. Účinek na oddálení či omezení strukturálních změn se stále diskutuje, nastupuje pravděpodobně po 4–6 letech léčby. V České republice je průměrná doba od prvních bolestí zad k diagnóze AS až 9,1 roku, což vede u 60 % pacientů k invaliditě s psychosociálním dopadem. Je proto nutné při zánětlivé bolesti zad, příp. při pozitivitě HLA-B27 a chronické bolesti zad u mladých jedinců odeslat tyto pacienty na revmatologické pracoviště.

Onemocnění a bolest horní končetiny

garant doc. MUDr. Igor Čižmář, Ph.D.

pátek / 18. října 2019 / 14.50–16.30 hod.

Bolesti oblasti palce – základní diagnostika a možnosti řešení

doc. MUDr. Igor Čižmář, Ph.D.

IC Klinika Brno

Zásadní význam palce v úchopové funkci ruky dává predispozici k jeho přetěžování a tím rozvoji strukturálních a následně degenerativních změn. Nejčastější obtíže s palcem jsou naštěstí jen úžinové syndromy šlachové, dále pak u žen vidíme vznik rhizartrózy. Z poúrazových stavů nejčastěji v ambulanci vidíme nestabilitu z úrazového poškození vazů. Klinická symptomatologie a případně rtg jsou hlavními nástroji v diagnostice. Míra obtíží pacienta rozhoduje o intenzitě terapeutických postupů od konzervativní terapie až po chirurgickou léčbu.



Přesné a spolehlivé přístroje

K prevenci cévní mozkové příhody
a infarktu myokardu



TLAKOMĚŘ DUO CONTROL

- ✓ Patentovaná technologie DUO SENSOR zajišťuje nejpřesnější měření
- ✓ Vhodný i pro osoby s nepravidelným srdečním rytmem
- ✓ Zajišťuje správné a šetrné měření díky patentované technologii Secure fit
- ✓ Vhodný i pro klinickou praxi

TLAKOMĚŘ S EKG 2-v-1

- ✓ Inovativní přístroj pro kontrolu srdečního rytmu, krevního tlaku a tepové frekvence
- ✓ Zachytí a rozpozná srdeční arytmie
- ✓ Záznam EKG v průběhu 30 vteřin – kdykoliv a kdekoliv
- ✓ Vhodný i pro klinickou praxi

Nejčastější zdroje bolesti zápěstí – možnosti ovlivnění**doc. MUDr. Igor Čižmář, Ph.D.**

IC Klinika Brno

Bolesti zápěstí jsou principiálně vázány na dva druhy postižení – nestabilitu mezi karpálními kostmi a na degenerativní změny karpu. Míra vnímání bolesti zápěstí pacientem je velmi rozdílná, a tak pacienti přichází k lékaři v rozdílných stadiích klinické symptomatologie. Neúrazová bolest mladých pacientů je velmi často vázána na dynamickou nestabilitu proximální řady. Z poúrazových diagnóz dominují degenerativní změny po zlomenině navikulární kosti či nepoznaném vazivovém poranění. Konzervativní terapie je indikována u funkčního postižení či u strukturálního, kdy obtíže v běžných aktivitách nejsou výrazné.

Možnosti a limity ovlivnění bolestí lokte fyzioterapeutem**Mgr. Hana Mrázová**

IC Klinika Brno

Tématem přednášky jsou bolesti lokte s podkladem traumatickým, degenerativním i funkčním, hlavním motivem pak entezopatie laterálního epikondylu humeru. Ačkoliv si tato diagnóza stále nese pseudonym „tenisový loket“, jen 2–5 % případů má v dnešní době souvislost s tenisem. Konkrétní příčina podložená evidence based studií nebyla zatím prokázána, stejně tak nebyla sestavena oficiální guidelines pro terapii. Přesto můžeme na základě studií a současných trendů v medicíně předložit vhodné postupy léčby i opatření k zabránění rekurence.

Méně než 10 % případů epicondylitis je třeba řešit chirurgicky, využití obstrukce je vzhledem k vyvrácení přítomnosti zánětlivých složek kontroverzní. Úloha lékaře je tedy v terapii epicondylitis omezená. Cílem přednášky je nastínit možnosti a limity fyzioterapie v rámci poruch pohybového systému a poukázat na potřebu mezioborové spolupráce.

Pod obrazem epicondylitis se může skrývat plika syndrom, jehož podkladem je chronická lokální synovitis. Strukturální porucha ve formě bolestivé hypertrofické pliky lokte je indikací k artroskopické operaci a její řešení patří tedy do rukou lékaře. V postoperační (nebo i preoperační) fázi pomáhá fyzioterapeut se zmírněním bolestivých změn v okolních měkkých tkáních a plynulému obnovení rozsahu a funkce.

Bolesti ramene v ambulanci praktického lékaře**MUDr. Filip Hudeček**

IC Klinika Brno

V přednášce se posluchači dozví, jak přistupovat k pacientovi s bolestí ramene s důrazem na 3 aspekty:

- jak nepřehlédnout závažnou patologii vyžadující specializované řešení
- jak v diagnostice s limitovanými prostředky dosáhnout maximální úspěšnosti v rozpoznání patologie
- která jednoduchá režimová doporučení a léčebná opatření mohou přinést překvapivě velký efekt

Znalost souvislostí, několik cílených otázek a krátké klinické vyšetření by měly stačit k zjištění nejpravděpodobnější diagnózy i stanovení plánu, jak pacienta léčit, jak ho došetřit, a nebo kam jej odeslat.

Neuropatie horní končetiny**MUDr. Pavel Korpa**

IC Klinika Brno

Neuropatie horní končetiny jsou častou diagnózou objevující se v ambulancích lékařů více specializací. Statisticky jen syndrom karpálního tunelu postihuje až deset procent dospělé populace.

Diagnostická rozvaha je kombinací klinického pohledu a anamnézy s doplněním neurologického vyšetření a EMG. Pokud pacient nedorazí již v pokročilém stadiu onemocnění, primárně na našem pracovišti vždy začínáme s konzervativní terapií – kombinací cílené rehabilitační léčby, systémové farmakoterapie a režimových opatření. Teprve v druhém sledu přichází na řadu intervenční léčba. Cílem sdělení je představit současné chirurgické možnosti u nejčastějších typů neuropatií horní končetiny – tedy syndromu karpálního tunelu či syndromu kubitálního kanálu, ale zmínit i méně časté diagnózy, o nichž je dobré vědět, jako je např. syndrom Guyonova kanálu či úžinová onemocnění nervus radialis. Chirurgická terapie neuropatií horní končetiny většinou není metodou první volby, nicméně má své nezastupitelné místo v pokročilých fázích onemocnění, kdy se nakonec stává léčbou jedinou možnou.

Onkologie v ordinacích praktických lékařů

garanti MUDr. Katarína Petraková, Ph.D.,

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

pátek / 18. října 2019 / 16.50–17.50 hod.

Sledování onkologických pacientů praktickým lékařem po skončení léčby – pohled onkologa

MUDr. Katarína Petraková, Ph.D.

Masarykův onkologický ústav, Brno

Celkové přežití pacientů se solidními nádory se za posledních 10 let výrazně prodloužilo, a to u pacientů s časným i metastatickým onemocněním. Hlavní podíl na tomto příznivém faktu má zavedení nových léčebných postupů a screening. Důsledkem těchto úspěchů je nárůst prevalence (počtu žijících pacientů s nádorovým onemocněním), a to hlavně u některých solidních nádorů jako je karcinom prsu, kolorektální karcinom, karcinom prostaty, renální karcinom, maligní melanom a testikulární nádory. S prodlužujícím se přežitím pacientů s nádorovým onemocněním narůstá i počet následných malignit. S odstupem času od primární onkologické léčby pacienta ohrožuje více vznik následných malignit a komorbidit než relaps samotného onkologického onemocnění. Pravidelné komplexní preventivní prohlídky a screening mají pro pacienta v této životní etapě větší význam než samotný follow-up pro nádorové onemocnění. Je proto racionální předávat tyto pacienty do péče praktického lékaře.

Cílem follow up je včasný záchyt relapsu s cílem prodloužení přežití a prevence a léčba dlouhodobých komplikací nádorové nemoci a protinádorové léčby. Volit méně intenzivní sledování je možné individuálně po zvážení stavu pacienta a komorbidit. Naopak v individuálních případech, například při přítomnosti výrazných hereditárních, environmentálních nebo behaviorálních rizikových faktorů může být indikováno intenzivnější sledování pacienta. O převedení dispenzarizace k praktickému lékaři rozhoduje onkolog, který zná riziko recidivy a dlouhodobých komplikací u daného pacienta. Samotné předání pacienta do další péče praktického lékaře by se mělo uskutečnit formou písemnou, tedy formou lékařské zprávy. Zpráva by měla obsahovat diagnózu pacienta včetně TNM klasifikace, prodělanou léčbu pro onkologické onemocnění a popřípadě komplikace léčby (např. přetrvávající neurotoxicita po léčbě taxany, zhoršení renálních funkcí po předchozí léčbě cisplatinou a jiné). Vhodné je upozornit praktického lékaře na možné individuální riziko u daného pacienta (např. sekundární malignity po předchozí léčbě zářením). Pacient bude po předání dále sledován výhradně u praktického lékaře. V případě podezření na relaps onemocnění nebo jinou potřebu konzultace onkologem, odešle praktický lékař po telefonické domluvě pacienta na regionální onkologické pracoviště. Doporučený postup má sloužit jako pomocný materiál při sledování pacientů s nádorovým onemocněním v anamnéze. Dispenzarizaci v intervalu vyznačeném žlutě obvykle provádí onkolog. Dispenzarizaci v zeleně vyznačených intervalech lze převést k praktickému lékaři. Pro sledování po uplynutí 10 let od primární onkologické léčby zpravidla doporučení

a důkazy neexistují a postup zde je individuální. U diagnóz onkologem praktickému lékaři – v těchto případech onkolog navrhne individuální plán sledování v předávací lékařské zprávě.

Nejčastější situace, se kterými se může praktický lékař setkat v průběhu léčby u onkologického pacienta

MUDr. Radek Lakomý, Ph.D., MUDr. Jiří Navrátil, Ph.D.

Klinika komplexní onkologické péče, Masarykův onkologický ústav a LF MU, Brno

Onkologická léčba může být provázena četnými nežádoucími účinky. Pacienti jsou o možných komplikacích poučeni, bývají vybaveni záchrannou medikací a telefonním kontaktem na ošetřujícího onkologa. Přesto bývá praktický lékař často první, na kterého se pacient při potížích obrátí. S příchodem nových léků se rozšiřuje spektrum vedlejších účinků. V době samotné chemoterapie dominovala hematologická a gastrointestinální toxicita různého stupně s/bez komplikací (pancytopenie, sekundární infekce a krvácení, nevolnost, zvracení, průjemy, afty), ale i další toxicity jako neurotoxicita, nefrotoxicita, kardiotoxicita. Díky moderní podpůrné léčbě – růstové faktory pro bílou krevní řadu, nová antiemetika, se daří rozvoji velké části toxicit předejít nebo zkrátit délku a intenzitu jejich trvání. Po zavedení cílené léčby, ať již samotné nebo v kombinaci s chemoterapií se objevily nové vedlejší účinky jako kožní toxicita typu akneiformních exantémů (cetuximab, panitumumab), hypertenze (bevacizumab, tyrozinkinázové inhibitory), proteinurie, poruchy funkce štítné žlázy a mnoho dalších. Spektrum vedlejších účinků se pak ještě rozšiřuje při nástupu moderní imunoterapie – protilátky proti kontrolním bodům imunitní odpovědi (ipilimumab, nivolumab, pembrolizumab, atezolizumab). Zde dominují především autoimunitně podmíněné vedlejší účinky jako kožní exantémy, průjemy, hepatitidy, endokrinní toxicita a další. Základním lékem, na rozdíl od předchozích toxicit, jsou zde kortikoidy, případně další imunosupresiva. Důležitá je časná diagnostika těchto specifických nežádoucích účinků a zahájení imunosupresivní léčby. Problémem je často diferenciativní diagnostika příčiny potíží – vyloučení infektů (infekční průjem, hepatitida, pneumonie) nebo jiných onemocnění. Základem je vždy anamnéza – typ onkologického onemocnění a léčby, komorbidita, přítomnost žilních vstupů (PICC, Port, CŽK), rány, délka trvání a typ potíží, odstup od léčby. Důležité je poté fyzikální a laboratorní vyšetření (krevní obraz a diferenciál, biochemie, CRP) a při nejasnostech je nutná konzultace onkologa. Potíže pacienta mohou souviset s onkologickou léčbou, ale také nemusí. Péče o onkologického pacienta je dnes multioborová, a to jak v rámci diagnostiky, vlastní léčby, řešení jejích nežádoucích účinků a poté v období dispenzarizace. Role praktického lékaře, jako lékaře prvního kontaktu, je ve všech těchto oblastech nezastupitelná. Správné řešení nežádoucích účinků protinádorové léčby má zásadní vliv na její konečné výsledky a na kvalitu života našich společných pacientů. V přednášce budou shrnuty základní typy toxicit chemoterapie, cílené léčby a moderní imunoterapie.

Péče o onkologického pacienta z pohledu praktického lékaře

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, Praha

Zvyšování incidence nádorů souvisí s prodlužováním lidského věku, rozvojem diagnostiky a screeningu. Zlepšená diagnostika a úspěchy v onkologické léčbě pak znamenají snižování mortality a nárůst prevalence. Onkologičtí pacienti žijí déle, kvalitněji a s daleko menším rizikem relapsu. Remise s ohledem na základní nádorové onemocnění ale nesnižuje riziko komorbidit, zejména kardiometabolických, a nesnižuje riziko nádorových duplicit. Systematické sledování těchto rizik je nad rámec možností přetížených onkologických pracovišť. Naopak praktický lékař i pacient může podlehnout iluzi, že vše je zabezpečeno sledováním na specializovaném onkologickém pracovišti.

Tyto skutečnosti vedly k dohodě zástupců onkologů a všeobecných praktických lékařů (VPL) o předávání vyléčených onkologických pacientů zpět do péče praktických lékařů. Společnost všeobecného lékařství ve spolupráci s Českou onkologickou společností ČLS JEP vytvořily v roce



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: 20 mg atorvastatinu (ator/5 mg perindopril arginine (per/5 mg amlodipine (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:** Ize 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 dihydropridinu, nebo na statiny nebo na kteroukoli pomocnou látku, onemocnění jater v aktivním stavu nebo neobhospodněné přetrvávající zvýšení sérových aminotransferáz převyšující 3násobek horní hranice normálních hodnot, během těhotenství, kojení a u žen ve fertilním věku, které nepoužívají vhodné antikoncepční prostředky (viz bod Těhotenství a kojení), závažná hypotenze, šok (včetně kardiogenního šoku), obstrukce výtokového traktu 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 diabetes mellitus nebo poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73m²), současné užívání se sakubitrilem/valsartanem, mimořádná 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 znormalizují. 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 systémem ledvin kyseliny fusidové nebo kyseliny fusidové 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 odpověď není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou být obvykle užity bez obtíží, jakmile po doplnění objemu stoupne krevní tlak. **Stenóza aortální a mitrální chlopně:** Přípravek je kontraindikován u pacientů se závažnou obstrukcí v oblasti výtokového traktu 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 byly 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. racekadotrilu) a inhibitorů ACE může také zvýšit riziko angioedému. Před zahájením léčby inhibitory NEP (např. racekadotrilu) u pacientů užívajících perindopril je proto nutné pečlivě zhodnotit přínos a rizika. **Anafylaktoidní reakce během aferézy 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 jedním blanokřídilým (včely, vosy), reakcí 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 léčbu, léčbu allopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů a pacienti mají být poučeni, aby hlásili jakékoliv 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 černoškových 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 srdeční kompenzace, metabolické acidozy a u současněho 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. Hladina sodíku: Lipertance obsahuje méně než 1 mmol sodíku (23 mg) v tabletě, to znamená, že je v podstatě „bez sodíku“. **Dědičné problémy s intolerancí galaktózy, vrozený nedostatek laktázy nebo malabsorpce glukózy a galaktózy:** přípravek by neměl být užíván. **Interakce:** **Kontraindikace:** Aliskiren, mimořádná léčba, sakubitril/valsartan. **Nedoporučované kombinace:** Silné inhibitory CYP3A4, současná léčba ACE inhibitorem a blokátorem receptoru angiotensinu, estramustin, lithium, kotrimoxazol (trimethoprim-sulfamethoxazol), draslík-šetřící diuretika (např. triamteren, amilorid, eplerenon, spironolakton), soli draslíku, dantrolen (infúze), 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), racekadotril, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus). **Kombinace vyžadující určitou opatrnost:** kolchicin, kolestipol, perorální kontraceptiva, gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, tricyklická antidepresiva/ antipsychotika/ anesthetika, zlato, digoxin, atorvastatin, warfarin, cyklosporin, takrolimus, antihypertenziva a vasodilatantika. **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 spermatozoí. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Schopnost reagovat může být narušena při závratích, bolesti hlavy, únavě nebo nauze. Opatrnost je zapotřebí zejména na začátku léčby. **Nežádoucí účinky:** **Velmi časté:** edém. **Časté:** nazofaryngitida, hypersenzitivita, hyperglykemie, somnolence, závrať, 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 horní a dolní části břicha, dyspepsie, průjem, zcpa, změny způsobu ve vyprazdňování stolice, flatulence, vyrážka, pruritus, otok kloubů, otok kotníků, bolest končetin, artralgie, svalové spazmy, myalgie, bolest zad, astenie, únavy, periferní edém, abnormální výsledky testů jaterních funkcí, zvýšená hladina kreatinínofosfokinázy v krvi. **Méně časté:** rinorea, 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 šíje, 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 nález leukocytů v moči, snížení tělesné hmotnosti, pád. **Vzácné:** trombocytopenie, stavy zmatenosti, periferní neuropatie, cholelitiáza, zhoršení psoriázy, Stevens-Johnsonův syndrom, toxická epidermální nekrolýza, erythema multiforme, myopatie, myozitida, rhabdomyolýza, tendonopatie (někdy komplikovaná 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, sekundární 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), Raynaudův fenomén**. 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 selektivní a kompetitivní inhibitor HMG-CoA reduktázy. Perindopril je inhibitor angiotensin-konvertujícího enzymu (ACE inhibitor), který konvertuje angiotensin I na vazokonstriktor angiotensin II. Amlodipin je inhibitor transportu kalciových iontů (blokátor pomalých kanálů nebo antagonist kalciových iontů), který inhibuje transmembránový transport kalciových iontů do srdečních buněk a buněk hladké svalstva cévních stěn. **Uchovávaní:** Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Velikost balení:** Krabička obsahuje 10 (pouze pro silu 10/5/5 mg), 28, 30, 84 (3 obaly na tablety po 28 tabletách), 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: 58/428/15-C, Lipertance 20 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:** 21. 7. 2019. 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-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s. r. o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

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

** všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku Lipertance

2018 doporučený postup Péče o vybraná onkologická onemocnění, který popisuje formální způsob předání a stanovuje obecný i specifický obsah prohlídky u vybraných onkologických onemocnění. Do seznamu výkonů byly uvedeny od 1. ledna 2019 dva nové kódy: 01186 – Převzetí pacienta po onkologické léčbě do péče praktického lékaře, a 01188 – Následná prohlídka pacienta s onkologickým onemocněním. Za první tři měsíce roku 2019 byly tyto dva kódy vykázány u 541 klientů VZP a alespoň jednoho pacienta převzalo 338 VPL. Data naznačují výraznou regionální variabilitu. Potenciál pro předání je daleko vyšší; v registru každého VPL je v průměru 60 pacientů se zjištěným nádorovým onemocněním v různých stádiích, 5 z nich ročně zemře a 11 přibude. Nejčastěji jde o nádor střev, konečníku, prsou, plic, prostaty nebo ledvin. Pro VPL, který je nejbližší pacientovi v době diagnózy nádoru i v průběhu náročné léčby, je předání pacienta v onkologické remisi k dalšímu sledování přirozené. Zapadá do reformního záměru, ve kterém praktičtí lékaři přebírají klíčovou roli v managementu chronických onemocnění. Data pojišťoven umožní do budoucna sledovat a vyhodnocovat implementaci uvedené změny.

Sobota 19. října 2019

Abstrakta k sobotnímu programu naleznete na stranách 26–31 v abstraktech Pediatrie pro praxi.



POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

HLAVNÍ PARTNEŘI



MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI

Akacia Group, s.r.o.
Akademie klasické homeopatie, spol. s r.o.
Angelini Pharma Česká republika s.r.o.
APOTEX (ČR), spol. s r.o.
CK Radynacestu, s.r.o.
FAVEA Plus a.s.
Fincentrum & Swiss Life Select a.s.
Galenoderm s.r.o.
HARTMANN - RICO a.s.
HERO CZECH s.r.o.
IDS Media CZ s.r.o.
Imunoglukan CZ s.r.o.
inPHARM spol. s r.o., organizační složka
Jihomoravské dětské léčebny,
příspěvková organizace
KRKA ČR, s.r.o.
LAB MARK a.s.
L'ORÉAL Česká republika s.r.o.
MARK DISTRI, spol. s r.o.
Medi Plus Servis, s.r.o.
Mediclinic a.s.
Medingo s.r.o.
Merck Sharp & Dohme s.r.o.
NAOS CZECH REPUBLIC s.r.o.

Neuraxpharm Bohemia s.r.o.
Novartis s.r.o.
Nutricia a.s.
Odborný léčebný ústav Metylovice-Moravsko-
slezské sanatorium, příspěvková organizace
Olivova dětská léčebna, o.p.s.
Orion Diagnostica - organizační složka
Pfizer PFE, spol. s r.o.
PharmaSwiss Česká republika s.r.o.
PROBIOTICS PROVITA s.r.o.
Procter & Gamble Czech Republic s.r.o.
PROFIMED s.r.o.
QUICKSEAL INTERNATIONAL, s.r.o.
RBP, zdravotní pojišťovna
Reckitt Benckiser (Czech Republic), spol. s r.o.
RosenPharma a.s.
sanofi-aventis, s.r.o.
SWISS PHARMA, spol.s.r.o.
synlab czech s.r.o.
TEREZIA COMPANY s.r.o.
VEGALL Pharma s.r.o.
VITANA, a.s.
WALMARK, a.s.

PARTNER COFFEE BREAKU



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; $30 < Cl_{cr} < 60$: ½ tablety; $Cl_{cr} < 30$: přípravek není vhodný, doporučená titrace dávky za použití jednotlivých složek samostatně. 5 mg/10 mg: $Cl_{cr} \geq 60$: ½ tablety; $Cl_{cr} < 60$: přípravek není vhodný, 10 mg/5 mg: $Cl_{cr} \geq 60$: 1 tableta; $Cl_{cr} < 60$: přípravek není vhodný. 10 mg/10 mg: přípravek není vhodný. **Porucha funkce jater:** není nutná úprava dávkování. **Starší pacienti:** podávání podle renální funkce. **Pediatrická populace:** Bezpečnost a účinnost nebyla stanovena, použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **Kontraindikace*:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na jiné inhibitory angiotenzin-konvertujícího enzymu (ACE); akutní srdeční selhání nebo probíhající epizody srdečního dekompenzačního 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 periferní arteriální okluze 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* a Interakce*), současné užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo s poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m²) (viz body Upozornění*), Interakce a Farmakodynamické vlastnosti*), současné užívání se sakubitrilem/valsartanem (viz bod Upozornění* a Interakce*), mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz bod Interakce*), signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné funkční ledviny (viz bod Upozornění*). **Upozornění*:** **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Hypotenze: u pacientů s poklesem objemu tělních tekutin, se symptomatickým srdečním selháním se současnou renální insuficiencí nebo bez ní, s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárními chorobami je při zahájení léčby a změně dávky zapotřebí pečlivě monitorování. Náhlá hypotenze 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 betablokátořem 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 souběžně užívající terapii inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsrolimus) 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 populace:** perindopril může být méně účinný a způsobit vyšší procento angioedému ve srovnání s jinými rasami. **Neproduktivní kašel.** Hyperkalemie: časté monitorování koncentrace draslíku v krvi v případě renální insuficience, zhoršení renálních funkcí, věk > 70 let, diabetes mellitus, dehydratace, akutní srdeční nedostatečnost, metabolická acidóza a současné užívání draslík-šetřících diuretik, draslíkových doplňků, náhrad soli s obsahem draslíku, léčebných 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 centrálními 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 blokády považována za naprosto nezbytnou, má se k ní docházet pouze po dohledem specializovaného lékaře a za častého pečlivého sledování funkce ledvin, elektrolytů a krevního tlaku. Inhibitory ACE a blokátoři receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně s diabetickou nefropatií. **Ukončení léčby:** nesmí být provedeno náhlé ukončení léčby betablokátořem. Dávkování má být snižováno postupně pomocí jednotlivých složek, ideálně po dobu dvou týdnů. **Bradykardie:** při poklesu srdeční frekvence pod 50–55 tepů za minutu v průběhu léčby a pacient pociťuje symptomy související s bradykardií, dávka má být snižována za použití jednotlivých složek s vhodnou dávkou bisoprololu. **AV blok prvního stupně, stenóza aortální a mitrální chlopně/hypertrofická kardiomyopatie, diabetici, striktní půst:** podávat s opatrností. **Prinzmetalova angina:** betablokátoři 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 léčby hypotenze a renální insuficience zvýšené. **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 (viz bod Kontraindikace). Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. **Transplantace ledvin, srdeční selhání s inzulin dependentním diabetem mellitem (typ I), těžkou poruchou funkce ledvin, těžkou poruchou funkce jater, restriktivní kardiomyopatie, vrozeným srdečním onemocněním, hemodynamicky významným organickým onemocněním chlopní, infarktem myokardu v předchozích 3 měsících:** nejsou zkušenosti s podáváním. **Psoridáza:** podání po zvržení přínosu a rizika. **Feochromocytom:** podávání bisoprololu vždy s blokátořem α_1 -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. **Levodopa:** zastavit léčbu. V případě nutnosti zahájit alternativní léčbu. **Pomocné látky:** Cosyrel obsahuje méně než 1 mmol sodíku (23 mg) v tabletě, to znamená, že je v podstatě „bez sodíku“. **Interakce*:** **Kombinace kontraindikované:** aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo poruchou funkce ledvin, mimotělní léčba, sakubitril/valsartan. **Nedoporučuje se současně užívat:** centrálně působící antihypertenziva, např. klonidin a další (methylodopa, moxonidin, rilmenidin); antiarytmika třídy I (chinidin, disopyramid, lidokain, flekainid, fenytin, flekainid, propafenon); antagonisté kalcia typu verapamilu a v menší míře diltiazem; aliskiren a blokátoři receptorů pro angiotenzin II; estramustin, kotrimoxazol (trimethoprim-sulfamethoxazol), draslík šetřící diuretika (triamteren, amilorid), draslík (soli); lithium. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** antidiabetika (inzulin, perorální antidiabetika); nesteroidní antiinfektiva (NSAID) včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den; antihypertenziva a vasodilatační; tricyklická antidepressiva/antipsychotika/anestetika; symptomatická hypotenze; antiarytmika třídy III (amiodaron); parasympatomimetika; lokální betablokátoři; kalcioví antagonisté; melochin; inhibitory monoaminooxidázy (kromě inhibitorů MAO-B); glyptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin); zlato. **Těhotenství a kojení*:** Podávání není doporučeno v prvním trimestru těhotenství a během kojení. Podávání je kontraindikováno ve 2. a 3. trimestru těhotenství. **Fertilita*:** Účinnost na schopnost řídit a obsluhovat stroje*: u některých pacientů se mohou vyskytnout individuální reakce související s nízkým krevním tlakem. V důsledku toho může být schopnost řídit a obsluhovat stroje narušena. **Nežádoucí účinky*:** **Velmi časté:** bradykardie. **Časté:** bolest hlavy, závratě, vertigo, dyspnoe, parestezie, porucha zraku, tinnitus, zhoršení srdečního selhání, hypotenze a účinky související s hypotenzí, pocit chladu nebo zmeštilivý končetin, kašel, dyspnoe, bolest břicha, zácpa, průjem, nauzea, zvracení, dyspepsie, vyrážka, pruritus, svalové křeče, astenie, únava. **Méně časté:** eosinofilie, hypoglykémie, hyperkalemie, reverzibilní při vysazení léčby, hypotermie, změny nálad, poruchy spánku, deprese, somnolence, synkopa, palpitace, tachykardie, poruchy AV vedení, ortostatická hypotenze, vasculitida, bronchospasmus, suchý 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. **Vzácné:** rinidita, noční můry, halucinace, snížená tvorba slz, poruchy sluchu, hepatida cytotydotická nebo cholestatická, hypersenzitivní reakce (svědění, zčervenání, vyrážka), zhoršení psoriázy, poruchy potence, vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi, zvýšená hladina triglyceridů. **Velmi vzácné:** agranulocytóza, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, trombocytopenie, hemolytická anémie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, zmatenost, konjunktivitida, arytmie, angina pectoris, infarkt myokardu a cévní mozková příhoda, možné sekundárně k nadměrné hypotenzi u výskytu rizikových pacientů, eosinofilní pneumonie, pankreatitida, erythema multiforme, alopecie, betablokátoři mohou způsobit nebo zhoršit psoriázu nebo způsobit vyrážku připomínající psoriázu, akutní renální selhání, snížení hladiny hemoglobinu a snížený hematokrit. U jiných inhibitorů ACE byly hlášeny příznaky SIADH (syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu). SIADH lze považovat za velmi vzácnou, ale možnou komplikaci spojenou s léčbou inhibitory ACE. **Není známo:** Raynaudův fenomén. **Předávkování*, vlastnosti*:** Bisoprolol je výsuvce beta₁-selektivní blokátoř adrenergních receptorů bez vnitřní sympatomimetické a membrány stabilizující aktivity. Perindopril je inhibitor enzymu, který konvertuje angiotenzin I na vazokonstrikční 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, France. Registrační čísla: 58/563-668/15-C. **Datum poslední revize textu:** 21. 7. 2019. 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-plu-hrazenych-ze-zdrav-poisteni>. 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



Medicína pro praxi s dárkem



Předplatte si časopis včas a získejte jako dárek časopis Travel Digest

Časopis zaměřený
na praktické cestování.



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

ke každému číslu:
výtisk časopisu
Travel Digest

při úhradě předplatného časopisu
Medicína pro praxi na rok 2020
do 15. 12. 2019.
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**

