

Medicína pro praxi

2022

E

www.solen.cz | Med. praxi. 2022;19(Suppl. E) | ISBN 978-80-7471-410-8 | 2022

ABSTRAKTA

7. kongres Medicíny pro praxi v Brně

9.–10. září 2022

Hotel International Brno



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

SOLEN
MEDICAL EDUCATION



Zkrácená informace o přípravku **TRIPLIXAM®**; SLOŽENÍ: Triplixam 5 mg/26 mg/5 mg obsahuje 5 mg perindopril-argininu/1,25 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplixam 5 mg/125 mg/10 mg obsahuje 5 mg perindopril-argininu/1,25 mg indapamidu/10 mg amlodipinu; Triplixam 10 mg/25 mg/5 mg obsahuje 10 mg perindopril-argininu/2,5 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplixam 10 mg/25 mg/10 mg obsahuje 10 mg perindopril-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, podáványi současně v téže dávce. **DAVKOVÁNÍ A PŘÍJEM**: Jedna tableta denně, nejlépe ráno a před jídlem. Fikální kombinace není vhodná pro iniciální léčbu. Při nutnosti změny dávkování, dávka jednotlivých složek by měla být titrována samostatně. **Pediatrická populace**: přípravek by se neměl podávat. **KONTRAINDIKACE**: Dialyzovaní pacienti. Pacienti s neléčebným 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/25 mg/5 mg a 10 mg/25 mg/10 mg. Hypersenzitivita na léčivé látky jiné sulfonamidy, deriváty dihydrodipinu, jakýkoli jiný inhibitor ACE nebo na kteroukoli pomocnou látku. Anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edému) související s předchozí terapií inhibitory ACE (viz bod Upozornění). Dědičný/idiopatický angioedém. Druhý a třetí trimestr těhotenství (viz body Upozornění a Těhotenství a kojení). Hepatální encefalopatie. Závažná porucha funkce jater. Hypokalemie. Závažná hypertenze. Šok, včetně kardiogenního šoku. Obstrukce výtokové traktů levé komory (např. výstup sténýz aorty). Hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu. Současné užívání přípravku Triplixam s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m² viz bod Interakce). Současné užívání se saxagliptinem/valsartanem. **Přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce saxagliptinu/valsartanu** (viz body Upozornění a Interakce). **Mimotnítlá léčba** vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitými povrchy (viz Interakce). **Signifikanční bilaterální stenóza renální arterie** nebo stenóza renální arterie u jedné funkční ledviny (viz body Upozornění). **UPOZORNĚNÍ**: **Zvláštní upozornění** **Duální blokada systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS)**: duální blokada RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se nedoporučuje. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/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 hypertenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být přispívající faktorem. Závažná renální funkce se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. **Hypersenzitivita/angioedém, intrasténní angioedém**, přerůstá léčba a sleduje pacienta až do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Současné užívání perindoprilu a saxagliptinu/valsartanu je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Léčba saxagliptinem/valsartanem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce perindoprilu. Pokud je léčba saxagliptinem/valsartanem ukončena, léčbu nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce saxagliptinu/valsartanu. Současné užívání inhibitorů ACE a saxagliptinu, mTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vilaglutin) může vést ke zvýšenému riziku angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka spolu s poruchou dýchání nebo bez poruchy dýchání) (viz bod Interakce). U pacientů, kteří již užívají inhibitor ACE je třeba opatrnosti při počátečním podání saxagliptinu, mTOR inhibitorů (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vilaglutin). **** Analýzaktainidní reakce během desenzibilizace**: postupujte opatrně u alergických pacientů léčených desenzibilizací a nepoužívejte v případě imunitopatie jedním blankových. Alespoň 24 hodin před desenzibilizací dříve vyšetřte inhibitor ACE. **Analýzaktainidní reakce během LDL-aterie**: před každou aterosklerotickou vyšetřte inhibitor ACE. **Hemodialyzovaní pacienti** vzáje použijí jiného typu dialyzátorní 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**: nezačínáť užívání během těhotenství, v případě potřeby zastavte léčbu a zahájte vhodnou alternativní léčbu. **Hepatální encefalopatie, která může vyvolat letargii kóma**: ukončit léčbu. **Fotosenzitivita**: ukončit léčbu. **Ozaření pro použití**: V některých hypotenzích s existujícími zjevnými renálními lézemi, u nichž renální krevní tlak účinků funkční renální insuficience, by měla být léčba ukončena a je možná již znovu zahájit v níže 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 případě srdeční insuficience, deplece vody a elektrolytů, u pacientů s nízkým renálním tlakem, stenózou renální arterie, městavným srdečním selháním nebo cirhózou a ascitem) : zahajte léčbu dříve než dávce a postupně je zvyšujte. **Hypotenze a deplece vody a sodíku**: riziko náhlé hypertenze 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 sníženou dávkou nebo pouze jednou složkou přípravku. **Hladina draslíku**: kontrolovat zastávku u starších a cirhotických pacientů. Jakákoliv diuretika může vést k vyvolání hypotenzí, někdy ve velmi závažných následky. Hypotonie může s hypovolémií mohou způsobit dehydrataci a ortostatickou hypotenzi. Současné závažné chlořidových iontů může vést k sekundární kompenzaci metabolické alkalózy: vyšetřte a stupet tohoto jevu je malý. **Hladina draslíku**: hyperkalemie: kontrolovat plazmatickou hladinu draslíku v případě renální insuficience, zhoršení funkce ledvin, vyšší věku (> 70 let), diabetes mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současně užívání kalium-šetrných diuretik. Doplnění draslíku nebo doplnění solí obsahující draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v séru a zejména antagonistů aldosteronu nebo blokátory receptorů angiotenzinu ******. U pacientů užívajících ACE inhibitory mají být počty solí účinnosti diuretika a blokátory receptorů angiotenzinu užívané opatrně a má být kontrolována hladina draslíku v séru a funkce ledvin. Hypokalemie: Hypokalemie může způsobit svalové poruchy, zejména v souvislosti se závažnou hypokalemií, byly hlášeny případy rhabdomyolýzy: vysoké riziko u starších a/nebo polyvýchýzých 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 pomoci rozvoj tordsades de pontos. Které mohou být fatální. Hypokalemie zjištěná v souvislosti s nízkou koncentrací hořčiky v séru může být v nízké neodpovídající, pokud není korigován srovnáním hořčiky ******. **Hladina vápníku**: hyperkalemie: před vyšetřením funkce přítěsných tělesek u pacientů léčených. **Hladina hořčiky**: bylo prokázáno, že thiazidy a podobná diuretika vést indapamidu zvyšují vylučování hořčiky močí, což může být za následek hypomagnezemií ******. **Renovaskulární hypertenze**: v případě stenózy renální arterie: zahajte léčbu v nemocnici v níže dávce, sledujte funkci ledvin a hladinu draslíku. **Zvýšená sešlost**. **Ateroskleróza**: u pacientů s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulární ischemií zahajte léčbu nízkou dávkou. **Hypertenzní krize, Srdeční selhání/lečba srdeční insuficience**: v případě srdečního selhání postupujte opatrně. **Těžká srdeční nedostatečnost (stupeň IV)**: zahajte léčbu nižšími iniciálními dávkami pod lékařským dohledem. **Stenóza aortální nebo mitrální chlopy/hypertrofická kardiomyopatie**: v případě obstrukce průtoku krve levou komorou postupujte opatrně. **Diabetici**: V případě inzulín-dependentního diabetes mellitus zahajte léčbu iniciální nižší dávkou pod lékařským dohledem: během prvního měsíce a/nebo v případě hypokalemie sledujte hladinu glukózy v krvi. **Cévnost**: vyšší incidence angioedému a zjevně menší účinnost při snižování krevního tlaku ve srovnání s jinými rasami. **Operace/anestezie**: přeruste léčbu jeden den před operací. **Porucha funkce jater**: mírná až středně závažná: postupujte opatrně. Podání inhibitorů ACE mělo závažné souvislosti se syndromem pociťujícím cholestatickou žloutenku a progredující až s náhlou hepatickou nekrózou a (někdy) úmrtím. V případě žloutenky nebo výrazného zjevných jaterních enzymů ukončete léčbu. **Kyselina močová**: hyperurikémie: zvýšená tendence křivčatvým dny. **Starší pacienti**: před zahájením léčby vyšetřte renální funkci a hladinu draslíku. Dávka zvyšovat opatrně. **Hladina sodíku**: v podstatě bez sodíku. **Choroidální edém**, akutní myopie a sekundární glaukom s uzavřeným úhlem: Soulademí nebo deriváty sulfonamidů mohou způsobit idiosyncratickou reakci vedoucí k choroidální edému s defektem zorného pole, přechodné myopie a akutnímu glaukomu s uzavřeným úhlem. Příznaky zahrnují náhlý pokles zrakové ostrosti nebo bolesti očí a obvykle se objeví během hodiny až týdnu po zahájení léčby. Neléčený akutní glaukom s uzavřeným úhlem může vést k trvalé ztrátě zraku. Primární léčba spočívá v co nejrychlejší vyzazení léčby. Pokud se nitroční tlak nepodaří dostat pod kontrolu, je třeba zvážit rychlou medikamentózní nebo chirurgickou léčbu. Rizikové faktory pro rozvoj akutního glaukomu s uzavřeným úhlem mohou zahrnovat alergii na sulfonamidy nebo peniciliny v anamnéze. **Sporanec**: tento léčivý přípravek obsahuje léčivou látku, která může vyvolat pozitivitu dopingových testů. **INTERAKCE**: **Kontraindikován**: Aliskiren a diabetických pacientů nebo pacientů s poruchou funkce ledvin. **Mimotnítlá léčba**. **Saxagliptin/valsartan**. **Nedoporučuje se**: lithium, aliskiren u jiných pacientů než diabetických nebo pacientů s poruchou funkce ledvin, současně léčba inhibitorem ACE a blokátorem receptorů pro angiotenzin, estrastem, kalium-šetrnými léky (např. triamteren, amilorid...), soli draslíku, dantrolen (inhibitor, grapefruit nebo grapefruitová šťáva). **Výzující zvláštní opatrnost**: bakofen, nesteroidní antiinfektika (včetně kyseliny acetylsalicylové v vysokých dávkách), antidabietika (inzulín, perorální antidabietika), kalium-šetrší diuretika a kalium-šetrší diure

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



PROGRAM – pátek 9. září 2022

- 9.00 ZAHÁJENÍ ODBORNÉHO PROGRAMU**
prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.
- 9.05–10.35 PRACOVNÍ LÉKAŘSTVÍ PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE**
odborný garant doc. MUDr. Evžen Hrnčíř, CSc.
- Poskytování pracovnělékařských služeb praktickými lékaři – Kneidlová M.
 - Nemoci z povolání – Kneidlová M.
 - Poruchy sluchu způsobené hlukem – Hrnčíř E.
 - Nemoci způsobené přetěžováním horních končetin – Hrnčíř E.
 - Kinetóza – Hrnčíř E.
 - Nemoci způsobené vibracemi přenášenými na ruce – Gromnica R.
 - Nemoci způsobené vdechováním fibrogenního prachu – Gromnica R.
- 10.35–11.10 PŘESTÁVKA**
- 11.10–12.40 ČASNÁ DIAGNOSTIKA A LÉČBA ZÁNĚTLIVÝCH REVMAICKÝCH ONEMOCNĚNÍ**
odborný garant prof. MUDr. Petr Němec, Ph.D.
- Diferenciální diagnostika monoartritidy – Lukáč A.
 - Přínosy časně diagnostiky a léčby zánětlivých revmatických onemocnění – Roman R.
 - Ambulance pro časný záchyt revmatoidní artritidy – zkušenosti Revmatologického ústavu – Šenolt L.
 - **IP** Ambulance časně (revmatoidní) artritidy ve FN u sv. Anny v Brně – Němec P.
- 12.40–13.40 OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA**
- 13.40–15.00 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE**
- Klíčové aspekty léčby deprese – Tkáč J.
 - Jak můžeme pomoci pacientům s CVD v ordinaci specialisty? – Hauer T.
 - **IP** Změna charakteru infekce HIV – Snopková S.
(Přednáška sponzorovaná společností Gilead Sciences, s. r. o.)
 - **IP** Kdy a proč myslet na hepatitidu C? – Husa P.
(Přednáška sponzorovaná společností Gilead Sciences, s. r. o.)
 - **IP** Jak nejlépe bojovat s vysokým LDL-C u vašich pacientů po IM? – Homolová J.
- 15.00–16.15 KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ**
odborná garantka MUDr. Petra Vysočanová, Ph.D.
- Časná kompenzace hypertenze aneb jak se nedostat tam, odkud není cesty zpět – Vysočanová P.
 - Výběr antihypertenziva na základě mechanismu účinku a efektu na KV prognózu – Fikrle M.
 - Co je u nových tabulek SCORE opravdu důležité? Modelové situace v ordinaci a jak je řešit – Ožana J., Mačák M.
- 16.15–16.45 PŘESTÁVKA**
- 16.45–18.00 GERIATRICKÝ PACIENT V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE**
odborný garant prof. MUDr. Ondřej Ludka, Ph.D.
- Jak v praxi na deprescribing – Topinková E.
 - **IP** Novinky v léčbě osteoporózy – Matějovská Kubešová H.
 - Obezita u seniorů – Bielaková K.
- 18.00 PŘEDPOKLÁDANÉ ZAKONČENÍ ODBORNÉHO PROGRAMU PRVNÍHO DNE KONGRESU**

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

PŘÍSPĚJTE NA DOBROU VĚC!
Vraťte, prosím, při odchodu z této akce visačku.

Za každou vrácenou visačku věnujeme **10 Kč** na provoz Dětského centra Topolany. Každá vrácená visačka je recyklována a opět použita.

Více informací
o tomto projektu
naleznete na
www.solen.cz

SOLE
MEDICAL EDUCATION



PROGRAM – sobota 10. září 2022

9.00–10.00 PRÁVNÍ PROBLÉMY V LÉKAŘSKÉ PRAXI

JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

10.00–11.30 MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE

- Aktuální postupy – profylaxe a léčba dny – Němec P.
- Moderní léčba atopické dermatitidy – Drochytková J.
(Přednáška sponzorovaná společností Sanofi-aventis, s. r. o.)
- Systémová enzymoterapie a její terapeutické možnosti v medicíně – Kočár A.
- Klíšťová meningoencefalitida a pneumokokové infekce, co je poji? – Blechová Z.
- MEDDI app jako zdroj dalších příjmů pro vaši ambulanci – Benmammar S.
- Urogenitální infekce – kazuistiky – Emmer J.

11.30–12.10 PŘESTÁVKA

12.10–13.00 SPOLUPRÁCE SE ZÁCHRANNOU SLUŽBOU: PŘEVZETÍ PACIENTA POSÁDKOU ZÁCHRANNÉ SLUŽBY

MUDr. Eva Jiráčková

13.00–14.30 ZÁVISLOSTI

odborný garant MUDr. Jiří Pokora

- Diagnostika a ústavní léčba závislosti na alkoholu a jiných návykových psychotropních látkách – Pokora J.
- Fungování a význam adiktologické ambulance v rámci péče (nejen) o závislé – Věchet D., Věchetová S.
- Centrum duševního zdraví a jeho role v zajišťování komplexní psychiatrické péče – Vachková L.

14.30 ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

TIRÁŽ

7. kongres Medicíny pro praxi v Brně

9.–10. září 2022 | Hotel International Brno

Pořadatel

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

Odborný garant

prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

Organizátor

SOLEN, s.r.o., Lazecská 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: JUDr. Klára Černošková, 725 382 744, cernoskova@solen.cz
Výstavní plochy a firemní symposia: Mgr. Martin Jiša, 734 567 855, jisa@solen.cz
Programové zajištění: Mgr. Helena Zedníčková, 778 976 986, zednickova@solen.cz
Grafické zpracování a sazba: Mgr. Tereza Krejčí, krejci@solen.cz

Ohodnocení

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



Supplementum E Medicína pro praxi

Citační zkratka:

Med. praxi. 2022;19(Supl E).

Vydal: Solen, s.r.o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-410-8



LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

DVA RIZIKOVÉ FAKTORY - JEDNO ŘEŠENÍ



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



1× DENNĚ



LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

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

Složení®: Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/10 mg, 40 mg/10 mg/10 mg potahované tablety obsahují 10 mg atorvastatinu (ator)/5 mg perindopril-argininu(per)/5 mg amlodipinu (amlo), 20 mg ator/5 mg per/5 mg amlo, 20 mg ator/10 mg per/5 mg amlo, 20 mg ator/10 mg per/10 mg amlo, 40 mg ator/10 mg per/10 mg amlo. Obsahuje látku 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, ale jako samostatné přípravky. **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. **Souběžné podávání s jinými léčivými přípravky:** U pacientů užívajících antivirotika elbasvir/grazoprevir proti hepatitidě C nebo letemovir jako profylaxe infekce cytomegalovirem, souběžné s přípravkem Lipertance nesmí dávat atorvastatinu v přípravku Lipertance překročit 20 mg/den. Užívání přípravku se nedoporučuje u pacientů užívajících letemovir společně s cyklosporinem. **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 dihydropyridinu, nebo na statiny nebo na kteroukoliv 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®), současné užívání s antivirotiky glekaprevirem/pibrentasvirem proti hepatitidě C, závažná hypotenze, šok (včetně kardiogenního šoku), obstrukce levého ventrikulárního výtokového traktu (např. hypertrofická obstrukční kardiomyopatie a vysoký stupeň stenózy aorty), hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu, anamnéza angioedému (Quinckeho edém) souvisejícího s předchozí terapií ACE inhibitory, dědičný nebo idiopatický angioedém, současné užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73m²), současné užívání se sakubitrilem/valsartanem, Lipertance nesmí být nasazena dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu, 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 Zvláštní upozornění®). **Upozornění®: Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Porucha funkce jater: 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. Pokud přetrvávají více než trojnásobně zvýšené hodnoty aminotransferáz nad horní hranici normálních hodnot, doporučuje se snížit dávku atorvastatinu 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 jiné svalstvo:** Jsou-li hladiny CK na začátku léčby výrazně zvýšené ($> 5 \times$ ULN), léčba nemá být zahájena. Léčba má být přerušena, objeví-li se výrazné 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, telitromycin, klaritromycin, delavirdin, stiripentol, ketokonazol, tipranavir/ritonavir, letemovir atd.). Riziko myopatie může být zvýšeno současným užíváním derivátů kyseliny fibrové, antivirotik k léčbě hepatitidy C (boceprevir, telaprevir, elbasvir/grazoprevir, ledipasvir/sofosbuvir®), erythromycinu, niacinu nebo ezetimibu. Přípravek Lipertance se nesmí podávat současně se systémovou léčbou kyselinou fusidovou nebo během 7 dnů po ukončení léčby kyselinou fusidovou vzhledem k obsahu atorvastatinu. U pacientů, u kterých je systémové podání kyseliny fusidové považováno za nezbytné, se musí po dobu léčby kyselinou fusidovou přerušit léčba statinem. **Intersticiální plicní onemocnění:** Při podezření na vznik intersticiálního plicního onemocnění u pacienta musí být terapie přípravkem Lipertance přerušena. **Diabetes mellitus:** U diabetiků léčených perorálními antidiabetiky nebo inzulinem má být v průběhu prvních měsíců léčby pečlivě sledována glykemie. **Pacienti se srdečním selháním:** mají být léčení 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/hypertrofická kardiomyopatie:** Přípravek je kontraindikován u pacientů se závažnou obstrukcí v oblasti levého ventrikulárního výtokového traktu. **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 funkční ledviny léčení 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, a to i 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 mTOR inhibitorů: zvýšení rizika angioedému. Současné užívání perindoprilu a sakubitrilu/valsartanu je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Léčbu sakubitrilem/valsartanem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčbu perindoprilem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání inhibitorů ACE s racekadotriem, mTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin) může vést ke zvýšenému riziku angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka spolu s poruchou dýchání nebo bez poruchy dýchání). U pacientů, kteří již užívají inhibitor ACE, je třeba opatrnosti při počátečním podání racekadotriolu, mTOR inhibitorů a gliptinů. **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 desenzibilizační léčby** (např. během blankofylých): 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 a cév (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 černochských 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 dekompenzace, metabolické acidózy a u současného užívání diuretik setřících 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) a zejména antagonistů aldosteronu nebo blokátorů receptorů angiotensinu. U pacientů užívajících ACE inhibitory mají být proto kalium setřící diuretika a blokátory receptorů angiotensinu užívány opatrně a má být kontrolována hladina draslíku v séru a funkce ledvin. **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. Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. **Hladina sodíku:** bez sodíku. **Dědičné problémy s intolerancí galaktózy, vrozený nedostatek laktázy nebo malabsorpce glukózy a laktózy:** přípravek nemá být užíván. **Interakce®: Kontraindikace:** Aliskiren (u pacientů s diabetem mellitem nebo poruchou funkce ledvin), mimotělní léčba, sakubitril/valsartan, glekaprevir/pibrentasvir. **Nedoporučované kombinace:** Silné inhibitory CYP3A4, současná léčba ACE inhibitorem a blokátorem receptoru angiotensinu, estramustin, lithium, heparin, imunosupresiva jako cyklosporin nebo takrolimus, trimethoprim a kotrimoxazol (trimethoprim-sulfamethoxazol), draslík-setřící diuretika (např. triamteren, amilorid, eplerenon, spironolaktol), soli draslíku, dantrolen (infuze), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** Induktory a středně silné inhibitory CYP3A4, digoxin, ezetimib, kyselina fusidová, gemfibrozil / deriváty kyseliny fibrové, inhibitory transportů (warfarin, antidiabetika (inzuliny), perorální antidiabetika), baklofen, nesteroidní antiflogistika (NSAID) (včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den), racekadotril, mTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin). **Kombinace vyžadující určitou opatrnost:** kolchicin, kolestipol, perorální kontraceptiva, sympatomimetika, tricyclická antidepresiva/ antipsychotika/ anestetika, zlat, digoxin, atorvastatin, warfarin, letemovir, antihypertenziva a vasodilatancia. **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 závrat, bolesti hlavy, únavě nebo nauceze. Opatrnost je zapotřebí zejména na začátku léčby. **Nežádoucí účinky®:** Velmi časté: edém. Časté: nazofaryngitida, hypersenzitivní, hyperglykemie, somnolence, závrat, bolest hlavy, dysgeuzie, parestezie, vertigo, postižení 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, zácpa, změny způsobu ve vyprazdňování stolice, flatulence, vyrážka, pruritus, otok kloubů, otok kotníků, bolest končetin, artralgie, svalové spazmy, myalgie, bolest zad, astenie, únava, periferní edém, abnormální výsledky testů jaterních funkcí, zvýšená hladina kreatinfosfokinázy v krvi. Méně časté: rinidita, eozinoflie, hypoglykemie, hyponatremie, hyperkalemie reverzibilní při ukončení léčby, anorexie, insomnie, změny nálad (včetně úzkosti), poruchy spánku, deprese, noční můry, třes, synkopa, hypestezie, 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 krku, svalová únava, poruchy močení, noční močení, polakisurie, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynekomastie, bolest na hrudi, bolest, malátnost, periferní otok, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, zvýšení tělesné hmotnosti, pozitivní nálezy leukocytů v moči, snížení tělesné hmotnosti, pád. **Vzácné:** trombocytopenie, stavy zmatenosti, periferní neuropatie, cholestáza, zhoršení psoriázy, Stevens-Johnsonův syndrom, toxická epidermální nekrolýza, erythema multiforme, myopatie, myozitida, rhabdomyolýza, ruptura svalu tendonopatie (někdy komplikovaný rupturou), vzestup hladiny jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi, syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu (SIADH)®, akutní renální selhání®, anurie/oligurie®. **Velmi vzácné:** leukopenie/neutropenie, agranulocytóza nebo pancytopenie, hemolytická anémie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, snížení hladiny hemoglobinu a hematokritu, anafylaxe, hypertenze, ztráta sluchu, infarkt myokardu, sekundární k nadměrné hypotenzi u vysoce rizikových pacientů, angina pectoris, cévní mozková příhoda možná sekundárně k nadměrné hypotenzi u vysoce rizikových pacientů, eosinofilní pneumonie, gastritida, gingivální hyperplazie, žloutenka, jaterní selhání, exfoliativní dermatitida, lupus-like syndrom. **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®:** Nekardiogenní plicní edém byl vzácně hlášen v důsledku předávkování amlodipinem, nástup se může projevit až opožděně (24–48 hodin po požití) a může vyžadovat ventilační podporu. Včasné resuscitační opatření (včetně hypervolemie) k udržení perfuze a srdečního výdeje mohou být spouštějící faktory®. **Farmakologické vlastnosti®:** Atorvastatin je selektivním a kompetitivním inhibitorem HMG-CoA reduktázy. Perindopril je inhibitor angiotensin-konvertujícího enzymu (ACE inhibitor), který konvertuje angiotensin I na angiotensin II. Amlodipin, derivát dihydropyridinu, je inhibitorem transportu kalciových iontů (blokátor pomalých kanálů nebo antagonistu kalciových iontů), který inhibuje transmembránový transport kalciových iontů do srdečních buněk a buněk hladkého svalstva cévních stěn. **Uchovávání:** Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Velikost balení:** Krabička obsahuje 30 nebo 90 (3 obaly na tablety po 30 tabletách) potahovaných tablet Lipertance 10 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:** 22.7.2022. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <https://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



Pracovní lékařství pro praktické lékaře

odborný garant doc. MUDr. Evžen Hrnčíř, CSc.

pátek / 9. září / 9.05–10.35

Poskytování pracovnělékařských služeb praktickými lékaři

doc. MUDr. Monika Kneidlová, CSc.

Klinika pracovního a cestovního lékařství Univerzity Karlovy, 3. lékařské fakulty,
a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

Preventivní ochrana zdraví při práci je cílem pracovnělékařských služeb. Tato preventivní odborná činnost má v našem státě mnohaletou a bohatou historii, která byla vždy podložena příslušnou legislativou.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování upravuje základní podmínky poskytování zdravotních služeb. Podle účelu poskytování je definována zdravotní péče preventivní, diagnostická, dispenzární, léčebná, posudková, léčebně rehabilitační, ošetrovatelská, paliativní, lékárenská a klinicko-farmaceutická.

Významnou legislativní změnou v preventivní péči se stal zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, v platném znění, ve kterém je definována posudková péče, pracovnělékařská služba, posuzování nemocí z povolání. Pracovnělékařské služby jsou službami preventivními, poskytujícími komplexní služby (tedy ne jenom preventivní prohlídky), které plně hradí zaměstnavatel. V tomto zákoně jsou definovány povinnosti zaměstnavatele, zaměstnance i poskytovatele pracovnělékařských služeb při komplexním zajišťování těchto preventivních služeb.

Poskytovatelem pracovnělékařských služeb je poskytovatel v oboru všeobecné praktické lékařství nebo poskytovatel v oboru pracovní lékařství. Poskytování této služby je smluvní. Zákon vymezuje práva a povinnosti zaměstnavatelů, zaměstnanců i poskytovatelů pracovnělékařských služeb.

Pracovnělékařská služba je spojena i s dalšími předpisy, např. vyhláškou č. 79/2013 Sb., o provedení některých ustanovení zákona č. 373/2011 Sb., která uvádí postupy při zajišťování lékařských prohlídek, druhy, četnost a obsah lékařských prohlídek nezbytných pro zjištění zdravotního stavu posuzované osoby a posuzování zdravotní způsobilosti k práci nebo přípravě na povolání, včetně rozsahu odborných vyšetření. Dále uvádí organizaci, obsah a rozsah prohlídek a dokumentace o pracovnělékařských službách prováděných pro zaměstnavatele, rizikové faktory pracovního prostředí a nemoci, stavy a vady, které při výskytu těchto faktorů vylučují nebo omezují zdravotní způsobilost k práci nebo službě a další náležitosti, které se vztahují k vydání lékařského posudku ve vztahu k posuzované činnosti. Novelizace této vyhlášky je z roku 2017, č. 436/2017 Sb., která zpřesňovala především požadavky na dokumentaci a údaje potřebné k posuzování zdravotní způsobilosti k práci.

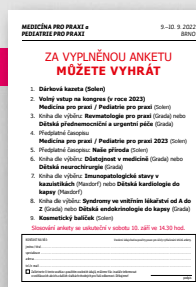
V současné době je připravována velmi významná novelizace vyhlášky č. 79/2013 Sb., která je však zatím v připomínkovém řízení.

Nemoci z povolání

doc. MUDr. Monika Kneidlová, CSc.

Klinika pracovního a cestovního lékařství Univerzity Karlovy, 3. lékařské fakulty,
a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

Nemoci z povolání jsou nemoci vznikající nepříznivým působením chemických, fyzikálních, biologických nebo jiných škodlivých vlivů, pokud vznikly za podmínek uvedených v seznamu nemocí z povolání. Nemoci z povolání se rozumí též akutní otrava vznikající nepříznivým působením chemických látek (Nařízení vlády č. 290/1995 Sb., v platném znění). Seznam nemocí



ANKETA

Zajímá nás váš názor

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

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

z povolání je uveden v příloze tohoto předpisu. Pro uznávání nemocí z povolání platí zvláštní předpisy (nařízení vlády, vyhlášky, metodické návody a pokyny), a všeobecně přijaté posudkové zásady.

Seznam nemocí z povolání je koncipován do 6 kapitol, a to jednak podle faktoru, který vedl ke vzniku onemocnění (fyzikální, chemický, biologický), nebo ústrojí, které bylo postiženo (dýchací systém, kůže).

Onemocnění jsou v seznamu nemocí z povolání uvedena obecně. Podle platných předpisů se posuzování nemocí z povolání provádí na základě diagnózy onemocnění (onemocnění označené jako suspekt není akceptováno), kterou většinou stanoví příslušný odborný lékař, a šetření pracovních podmínek, které provádí orgán ochrany veřejného zdraví. Často se jedná o časově náročné šetření, trvající měsíce. Takto je hodnocen každý případ individuálně, i když se jedná o výskyt onemocnění se stejnou diagnózou u více pracovníků ze stejného pracoviště. (V současnosti je velmi aktuální posuzování infekce covid-19 jako nemoci z povolání, jehož počty významně převyšují výskyt jiných, dříve četných onemocnění – např. pohybového aparátu).

Podezření na vznik nemoci z povolání může vyslovit kterýkoliv lékař, šetření a posuzování zjištěného onemocnění mohou provádět pouze odborná pracoviště akreditovaná k této činnosti Ministerstvem zdravotnictví ČR (tzv. „hlásící“ střediska). Posuzujícím pracovištěm je to, v jehož spádové oblasti nemocný pracovník pracuje (bez ohledu na sídlo ředitelství), pokud již nepracuje (invalidní či starobní důchodce, registrován na Úřadu práce jako uchazeč o práci...) je šetření zahájeno podle místa stálého bydliště pacienta.

V případě, že pracovníkovi vznikla škoda v důsledku přiznané nemoci z povolání, odpovídá za ni podle Zákoníku práce zaměstnavatel, u kterého naposledy vykonával práci za podmínek, z nichž onemocnění vzniká. Zaměstnavatel se může zprostit odpovědnosti (částečně nebo úplně) pokud pracovníkovi prokáže porušení předpisů či pokynů, se kterými byl řádně seznámen. Náhrada je postiženému pracovníkovi poskytnuta za ztrátu na výdělků, za bolest a ztížení společenského uplatnění, za účelně vynaložené náklady spojené s léčením a za věcnou škodu. Pokud nemoc z povolání vedla k úmrtí pracovníka, jsou určité náhrady vypláceny i pozůstalým. Vyplácení náhrad je spojené s uzavřením speciálního pojištění pro nemoci z povolání a pracovní úrazy zaměstnavatelem nebo i OSVČ (Kooprativa pojišťovna, a. s., VIG, Generali Česká pojišťovna).

Vznik a ev. četnost nemocí z povolání je svázána do současnosti s dříve či aktuálně používanými technologiemi, jejich náročností a mírou rizika, počtem pracovníků v určitých profesích, ale i „nastavenými“ pravidly pro uznání nemoci z povolání (uznávání infekce covid-19 u pracovníků ve zdravotnictví).

Preventivní opatření vzniku nemocí z povolání spočívají především v kolektivních, ale i v individuálních opatřeních. Tato povinnost je uložena Zákoníkem práce zaměstnavateli.

Poruchy sluchu způsobené hlukem

doc. MUDr. Evžen Hrnčíř, CSc., MBA

Klinika pracovního a cestovního lékařství Univerzity Karlovy, 3. lékařské fakulty
a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

Ztráty sluchu dělíme na převodní a percepční. Příčiny převodních poruch jsou lokalizovány někde mezi boltcem a oválným okénkem, patří mezi ně tedy třeba ucpání zvukovodu, perforace bubínku nebo následky po zánětech středního ucha. Percepční poruchy sluchu dělíme na kochleární (způsobené postižením kochley čili hlemýžďe) a suprakochleární (umístěné někde mezi hlemýžďem a mozkovou kůrou).

Podstatná část sluchových poruch je způsobena nadměrným hlukem. Jeho nejvýznamnějším zdrojem v obecném životě je doprava a v pracovním životě expozice pracovníků v kovoprůmyslu a v hornictví. Ztráta sluchu může mít charakter akutního akustického traumatu nebo chronické ztráty sluchu způsobené hlukem. Zatímco s jinými nepříznivými faktory životního

Moderní POCT analyzátor



- CRP
- iFOB
- HbA1c
- Strep A
- Influenza A/B
- D-Dimer
- NT-proBNP
- TnI
- COVID-19: Ag, IgM/IgG

+ více než
20 parametrů

STANDARD F200

33.880 Kč s DPH

Proč si přístroj pořídit

Výhody:

- skladování souprav **při pokojové teplotě**
- **dlouhá expirace** souprav
- **výhodné ceny**
- **rychlé** vyhodnocení výsledku
- jeden přístroj pro měření až **30 parametrů**

Příklady cen testů:

iFOB	84 Kč
CRP	78 Kč
HbA1c	78 Kč
D-Dimer	129 Kč

všechny ceny vč. DPH/test



Region Čechy

Ing. Zuzana Považanová
povazanova@labmark.cz
+420 778 745 259

Mgr. Nikola Novotná
novotna@labmark.cz
+420 775 619 236

Region Morava

Mgr. Šárka Švagerová, Ph.D.
svagerova@labmark.cz
+420 602 680 829

a pracovního prostředí se celkem úspěšně vypořádáváme (čistota vody a ovzduší, nežádoucí příměsi v potravinách, ionizující záření...), hluku stále přibývá. Opatření proti němu jsou velmi nákladná a relativně málo účinná.

Impulzní hluk (výstřel, ráz) může způsobit akutní akustické trauma, které se projeví pocitem zahušení. Má zpravidla převodní i percepční složku, postupně spontánně odeznívá (v závislosti na věku, zdravotním stavu a charakteru hlukového impulsu, který byl příčinou akustického traumatu) a jenom málokdy přivádí pacienta k lékaři.

Je-li ekvivalentní hladina akustického tlaku v osmihodinové pracovní směně vyšší než 85 dB, rozvíjí se u takto exponovaných pracovníků chronická ztráta sluchu způsobená hlukem. Čím je tato hodnota vyšší, tím rychleji se tato ztráta rozvíjí. Citlivost různých jedinců ke vzniku jim sluchové ztráty je ale rozdílná. Rychleji vzniká v hlučném prostředí poškození sluchu u lidí celkově nemocných (např. i diabetiků), kuřáků a narkomanů. Pro ztrátu sluchu způsobenou hlukem je charakteristické, že jde o poruchu percepčního kochleárního typu (postiženo je Cortiho ústrojí v hlemýždi, v němž vláskové buňky degenerují a zanikají). Ztráty sluchu jsou z ne zcela objasněných důvodů nejvýraznější na frekvenci 4000 Hz (bez ohledu na to, jaké je spektrum hluku, který tuto poruchu způsobil – tuto podobu tedy mají po působení hluků nízkofrekvenčních i vysokofrekvenčních). Sluchová ztráta způsobená hlukem bývá stranově přibližně symetrická, tedy zhruba stejná na pravém i na levém uchu.

Ztráty sluchu navozené dlouhodobě působícím hlukem jsou definitivní, tedy nevyléčitelné a nezlepšitelné. Nelze je dobře kompenzovat ani použitím sluchadel (pro tzv. recruitment fenomén čili fenomén vyrovnání hlasitosti, který je typický pro percepční kochleární poruchy sluchu). Jediným účinným opatřením proti této zdravotní poruše je prevence. Spočívá v řadě opatření. Na prvním místě stojí výběr a používání předmětů s co nejmenšími emisemi hluku (týká se to i domácností – vybírejte si co nejtišší vysavač, sekačku či ledničku!). Významná jsou i všemožná protihluková opatření na pracovištích (správné rozmístění zdrojů hluku i pracovníků, protihlukové bariéry apod.) a používání protihlukových osobních ochranných pracovních prostředků (jimiž jsou protihlukové ušní zátky, mušlové chrániče sluchu nebo protihlukové přílby). Podle našich předpisů nelze do rizika hluku zařazovat osoby trpící poruchami sluchu. Pravidelnými kontrolami sluchu prováděnými u pracovníků exponovaných nadlimitnímu hluku (zpravidla prahovou tónovou audiometrií) zjišťujeme jedince trpící počínajícími poruchami sluchu způsobenými hlukem a z rizika hluku je vyřazujeme. (Mnohdy proti jejich vůli, protože poruchy sluchu postihující zpočátku frekvence blízké hodnotě 4000 Hz jim příliš nevadí při komunikaci řečí a pacient si svou poruchu výrazněji neuvědomuje. Teprve pokročilejší sluchové ztráty postihují i nižší frekvence a ztěžují, až znemožňují pacientům komunikaci řečí – ty jsou ale neléčitelné a nikdy by k nim nemělo dojít.)

Sluchové ztráty přesahující určitou hodnotu (u nás vyjadřovanou v procentech podle Fowlera) mohou být uznávány za nemoci z povolání. Při náležitých kontrolách sluchu pracovníků exponovaných nadměrnému hluku by k nim nikdy nemělo dojít.

Nemoci způsobené přetěžováním horních končetin

doc. MUDr. Evžen Hrnčíř, CSc., MBA

Klinika pracovního a cestovního lékařství Univerzity Karlovy, 3. lékařské fakulty a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

Přetěžováním pohybového ústrojí, zejména horních končetin, vznikají nemoci, které jsou převážně jenom lehké, život nezkracující, pacienta spíše obtěžují, než aby ho ohrožovaly, a mnohdy jsou vyléčitelné. Přesto jsou pro pracovní lékařství velmi významné, protože až do objevení se infekce koronavirem covid-19 se jednalo o nejčastější uznávané nemoci z povolání, na jejichž kompenzaci vynakládala naše společnost vyšší finanční částky než na všechny ostatní nemoci z povolání dohromady. (Je to způsobeno skutečností, že rozhodující část odškodného poskytovaného pacientům trpícím nemocemi z povolání je zpravidla určována náhradou za

VENO-LYMFATICKÁ INSUFICIENCE A SYMPTOMATICKÁ LÉČBA HEMOROIDŮ

Cyclo3 Fort®

RUSCUS ACULEATUS
HESPERIDIN METHYLCHALCON
Kyselina askorbová



TROJNÁSOBNÁ SÍLA pro plnou úlevu



ZVYŠUJE ŽILNÍ
& LYMFATICKÝ TONUS²⁻⁴

CHRÁNÍ
MIKROCIRKULACI^{5,6}

REDUKUJE
ZÁNĚT⁶⁻⁸

Nově na trhu velké balení
180 tvrdých tobolek



* Grade 1A pro bolest, těžké nohy, pocit oteklých nohou, parestézie a otok

Reference: 1. Nicolaides, A. *et al.* Management of chronic venous disorders of the lower limbs - Guidelines According to Scientific Evidence: Chapter 8 - Venoactive drugs. *Int Angiol* 37, 232–254 (2018). 2. Marcelon, G. *et al.* Effect of Ruscus aculeatus on isolated canine cutaneous veins. *Gen. Pharmac.* 14, 103–106 (1983). 3. Marcelon, G. *et al.* Effect of Ruscus on the adrenoreceptors of the canine lymphatic thoracic duct. *Phlebology* 109–112 (1988). 4. Jäger, K. *et al.* Pharmacodynamic Effects of Ruscus Extract (Cyclo 3 Fort®) on Superficial and Deep Veins in Patients with Primary Varicose Veins: Assessment by Duplexsonography. *Clinical Drug Investigation* 17, 265–273 (1999). 5. Pouget, G. *et al.* Effect of Ruscus extract on peripheral lymphatic vessel pressure and flow. In *Return Circulation and Norepinephrine: an update* 89–95 (P.M. Vanhouette, John Libbey Eurotext, 1991). 6. Thebaud, J. J. Studies concerning the activity of a phlebotonic agent. *Fortschr. Med.* 101, 1206–1212 (1983). 7. Bouskela, E. *et al.* Inhibitory effect of the Ruscus extract and of the flavonoid hesperidine methylchalcone on increased microvascular permeability induced by various agents in the hamster cheek pouch. *Journal of Cardiovasc. Pharmacol.* 22, 225–230 (1993). 8. Rauly-Lestienne, I. *et al.* Contribution of muscarinic receptors to in vitro and in vivo effects of Ruscus extract. *Microvascular Research* 114, 1–11 (2017).

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU

Název přípravku: CYCLO 3 FORT 150 mg/150 mg/100 mg tvrdé tablety

Složení: 1 tvrdá tableta obsahuje Ruscus extractum siccum 150,0 mg (obs. heterosida sterolica), Hesperidini methylchalconum 150,0 mg, Acidum ascorbicum 100,0 mg. Pomocné látky: oranžová žluť. **Léková forma:** Tvrdá želatinná tableta s neprůhlednou spodní částí žlutou, neprůhlednou vrchní částí oranžovou. **Indikace:** Léčba symptomů souvisejících s cévní a lymfatickou nedostatečností (pocit těžkých nohou, bolestí, otoky, parestézie DK, křeče v lýtku). Symptomatická léčba hemoroidů. Přípravek je určen k léčbě dospělých osob. **Dávkování a způsob podání:** Při cévní a lymfatické nedostatečnosti: 2–3 tablety denně (tj. 2–3 x 1 tableta denně). V proktologii: 4–6 tobolek denně (tj. 2 x 2–3 tablety denně), udržovací léčba je 2 tablety denně (2 x 1 tableta denně). Tablety se polykají celé a mají se řádně zapít vodou. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na kteroukoliv složku přípravku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Pokud se vyskytne průjem, léčba musí být přerušena. Hemoroidální ataka: Léčba musí trvat jen krátce. Podávání přípravku není náhrada specifické léčby jiné proktologické nemoci. Pokud se symptomy rychle nevytláčejí, je nutné provést proktologické vyšetření a léčba musí být přehodnocena. Poruchy ukládání železa (talasémie, hemochromatóza, sideroblastická anémie) vzhledem k přítomnosti kyseliny askorbové ve složení léčivého přípravku. V rámci dietních opatření se doporučuje omezit maximální denní přísun kyseliny askorbové na 500 mg. Tento léčivý přípravek obsahuje také azobarvivo [oranžovou žluť FCF (E110)] a může způsobit alergické reakce. **Interakce:** Nebyly provedeny žádné studie interakcí s jinými léčivými přípravky nebo jídlem. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Těhotenství: Existuje omezené množství údajů z užívání přípravku CYCLO 3 FORT u těhotných žen. Studie na zvířatech nenaznačují přímé ani nepřímé škodlivé účinky s ohledem na reprodukční toxicitu. Jako preventivní opatření je vhodné vyhnout se používání přípravku CYCLO 3 FORT během těhotenství. Kojení: Není známo, zda metabolity přípravku CYCLO 3 FORT jsou vylučovány do lidského mateřského mléka. Riziko pro novorozence / kojence nelze vyloučit. Je nezbytné rozhodnout zda přerušit kojení nebo přerušit léčbu přípravkem CYCLO 3 FORT po zvážení přínosů kojení pro dítě a přínosů léčby pro ženu. Fertilita: Nejsou k dispozici žádné údaje týkající se fertility. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Nebyly provedeny žádné studie. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji průjem a bolest břicha. Závažný průjem spojený se ztrátou váhy a s poruchou iontové rovnováhy velmi rychle ustupuje po vysazení léčby. **Doba použitelnosti:** 2 roky. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávejte při teplotě do 25° C v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Držitel rozhodnutí o registraci:** PIERRE FABRE MEDICAMENT, Les Cauquillous, 81500 Lavaur, Francie. **Registrační číslo:** 85/106/96-C. **Způsob výdeje:** Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním přípravku se seznáme s úplným zněním SPC. **Datum první registrace /prodloužení registrace:** 14. 2. 1996 / 21. 11. 2007. **Datum revize textu:** 15. 1. 2022. Hlášení podezření na nežádoucí účinky: Hlášení podezření na nežádoucí účinky po registraci léčivého přípravku je důležité. Umožňuje to pokračovat ve sledování poměru přínosů a rizik léčivého přípravku. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili podezření na nežádoucí účinky na adresu: **Státní ústav pro kontrolu léčiv, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10. Webové stránky:** HYPERLINK „<http://www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek>“ www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek

Určené pouze do rukou lékaře.

Lokální zastoupení: PIERRE FABRE MEDICAMENT s.r.o., Kolbenova 1021/9, Praha 9, 190 00, e-mail: info.cz@pierre-fabre.com, SERVIS (24H/7D) +420 286 004 111.

ztrátu na výdělku po skončení pracovní neschopnosti. Pro nemoci z přetěžování jsou zaměstnanci vyřazováni z rizikové práce spojené s přetěžováním pohybového aparátu doživotně, tedy bez ohledu a to, zda se jejich předmětná nemoc vyléčí či nikoliv, takže zmíněnou finanční dávku často pobírají po velmi dlouhou dobu. Její výše nezávisí na charakteru a stupni zdravotního postižení, nýbrž na poklesu výdělku, který je přeřazením pracovníka na jinou práci způsoben.)

Co se myslí přetěžováním pohybového aparátu, stanovuje nařízení vlády č. 361/2007 Sb., kterým se stanoví podmínky ochrany zdraví při práci, v platném znění. Přetěžováním se myslí překročení kteréhokoliv limitu stanoveného pro lokální svalovou zátěž. O správnosti a věcné opodstatněnosti těchto limitů jsou vedeny odborné polemiky a pracuje se na úpravě těchto limitů. Prozatím je ale nutné je respektovat.

Mezi uznávané nemoci z povolání způsobené přetěžováním horních končetin patří především periferní neuropatie (zejména syndrom karpálního tunelu způsobený postižením nervu medianu – to byla až do objevení se infekce koronavirem covid-19 nejčastější u nás hlášená nemoc z povolání, dále syndrom postižení ulnárního nervu v oblasti lokte nebo v oblasti Guyonova kanálku), artrózy, entezopatie (zejména epikondylitidy, z nichž častější je radiální epikondylitida čili tenisový loket), záněty šlach a šlachových pochev, záněty tíhových váčků (bursitis olecrani) a impingement syndrom ramene.

Všechny nemoci z přetěžování uznávané za nemoci z povolání mohou vznikat i jako nemoci obecné, tedy z jiných než pracovních vlivů. Klinickým ani laboratorním vyšetřením ale není možné identifikovat, zda nemoc vznikla z pracovních nebo z obecných vlivů. Za nemoc z povolání se proto uznává takové onemocnění z přetěžování pohybového aparátu, které dosahuje určitého stupně pokročilosti (stanoveného buď platnými předpisy, nebo všeobecně přijatými posudkovými dohodami), které bylo poprvé v posudkově významné podobě zjištěno u jedince, který v tzv. rozhodné době pro jeho vznik (tedy v době 6 měsíců, ve výjimečných případech až 12 měsíců před zjištěním nemoci v posudkově významné podobě) vykonával práci spojenou s přetěžováním příslušné části pohybového ústrojí. Otázku, do jaké míry je pravděpodobné, že toto onemocnění vzniklo z pracovních nebo obecných vlivů, posuzující pracoviště neřeší ani neotvírají – i podle judikátu Nejvyššího soudu České republiky, který se k této problematice vztahuje.

Za nemoci z povolání se prozatím neuznávaly nemoci páteře. Od 1. 1. 2023 se tato situace mění a některá postižení bederní páteře bude možné za určitých okolností považovat za nemoci z povolání ve smyslu platných předpisů. Jaké dopady bude mít tato změna legislativy na posudkovou praxi a na ekonomické a další faktory, je prozatím nejasné. Mnozí lékaři se obávají, že prosazení takové změny bylo s ohledem na řadu faktorů neuvážené a nesprávné a že přinese řadu nežádoucích důsledků. Práce rizikové z hlediska přetěžování páteře však dosud nejsou (a v dohledné době nebudou) vyhlašovány. Pro zaměstnavatele tedy nebude snadné se vzniku a rozvoji těchto profesionálních onemocnění páteře u jejich zaměstnanců účinně bránit.

Kinetóza

doc. MUDr. Evžen Hrnčíř, CSc., MBA

Klinika pracovního a cestovního lékařství Univerzity Karlovy, 3. lékařské fakulty
a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

Kinetóza je patologický stav navozený celkovými vibracemi o velmi nízké frekvenci (0,1 až 1,0 Hz), de facto tedy kýváním, projevující se bledostí, opocením, nauzeou a zvracením. Setkáváme se s ní nejčastěji v dopravě. Mnohdy se označuje podle toho, za jakých okolností nastává, např. jako mořská nemoc nebo jako letadlová nemoc.

Původně se myslelo, že kinetóza je způsobena drážděním periferního vestibulárního ústrojí uloženého ve skalní kosti hlavy. (Byla považována za analogii Menièrovovy nemoci.) Nyní víme, že je důsledkem nesouhlasných informací přicházejících do mozkové kůry z různých receptorů registrujících polohu a změnu polohy těla, resp. jeho jednotlivých částí. Takovými receptory

jsou vedle periferního vestibulárního ústrojí (sacculus, utriculus a tři polokruhové kanálky) zejména oči (zrak), a také proprioreceptory umístěné v žaludku a v končetinách. Významný podíl na vzniku a rozvoji kinetózy mají i psychické faktory. Je zajímavé, že kinetózu lze vyvolat i pouhým drážděním zraku.

Nejcitlivější ke vzniku kinetózy jsou malé děti. S věkem tato citlivost klesá a u starších jedinců je jenom minimální. (Přesto nemůžeme vyloučit existenci kinetózy v žádném věku.)

U citlivých osob (zvláště u dětí) je účinnou prevencí kinetózy (vedle podávání medikamentů, jakými jsou Kinedryl nebo Travel-Gum) zejména odpoutání pozornosti od kinetózy. (Je chybou ptát se dětí, zda se jim při cestě nedělá „špatně od žaludku“.) Při rozvíjející se kinetóze je účinné zavřít oči (a tím odpojit jeden z významných receptorů registrující polohu a změnu polohy). Při pobytu na lodi se doporučuje zaujmout polohu hlavy ve směru dlouhé osy lodi, tedy dívat se z přídě na zád nebo obráceně (údajně proto, že kývání hlavou zepředu nazad je výraznějším stimulem ke vzniku kinetózy než její kývání zprava doleva – loď se přitom nejvýrazněji kýve právě kolem své dlouhé osy).

Kinetóza ani jiné postižení zdraví způsobené celkovými vibracemi přenášeny na tělo (pocit nepohody nebo únava z vibrací) nemohou být u nás uznávány za nemoci z povolání ve smyslu platných předpisů (a tedy ani odškodňovány).

Nemoci způsobené vibracemi přenášeny na ruce

MUDr. Rostislav Gromnica, Ph.D.

Oddělení nemocí z povolání, Ostrava

Lázně Luhačovice, a. s.

Vibrace jsou mechanické kmity, přenášeny na lidský organismus ve velkém rozsahu frekvencí. Z hlediska poškození organismu jsou významné zejména vibrace ve frekvenčním rozsahu 0,02–1 000 Hz. Důležité jsou tzv. rezonanční frekvence, kdy amplituda rozkmitu exponovaných částí těla se zvyšuje nad běžné hodnoty působících vibrací. Přenos vibrací na lidský organismus je celkový, místní, kombinovaný a přenos silným akustickým polem.

Nejčastější jsou místní vibrace. Přenos dvěma způsoby: a) především na ruce, přidržující vibrující nástroj, b) přenos na HKK při tlaku na předměty, které brousí nebo osekává vibrující část fixovaného zástroje. Zdroje vibrací: pneumatické nástroje, sbíječky, vrtačky, brusky, křovinořezy, motorové pily, hudební nástroje: smyčcové, harfa aj.

Rozeznáváme 3 skupiny onemocnění z vibrací přenášeny na ruce:

1. syndrom onemocnění nervového systému – vibrace nad 100 Hz. Jedná se o periferní neuropatii postihující zejména distální úsek středového a méně loketního nervu v jeho senzitivní i motorické složce,
2. syndrom onemocnění cév – vibrace v pásmech 63 (rezonance) a 125 Hz,
3. syndrom onemocnění oporného a pohybového aparátu – vibrace kolem 30 Hz – poškození kloubů, kostí, šlach a svalů.

ad. 1. Periferní neuropatie: nejčastější současná nemoc z povolání. Při diagnostice je metodou volby stimulační elektromyografické vyšetření (EMG), kdy se měří rychlost a kvalita vedení nervového vzruchu po senzitivním a motorickém vláknu. Každý úsek nervu vede aplikovaný stimul určitou rychlostí, a pokud tato rychlost klesá pod referenční normu, konstatuje se organické poškození nervu ve smyslu neuropatie.

ad. 2. Profesionální traumatická vazoneuróza – postižení periferních cév z vibrací, zejména arteriol a kapilár na prstech rukou. Klinicky: pozitivní Prusíkův příznak, fenomén bílých prstů – tzv. Raynaudův fenomén. Diagnóza: 1. chladový vodní test (10 min. ruce ve vodní lázni o teplotě 12–15 °C), 2. pletysmografické vyšetření: registrace pulzových křivek z jednotlivých prstů před a po chladovém testu se záznamem.

Léčba:

- a. rehabilitační (balneoterapie, elektroléčba, masáže, parafin, léč. tělocvik),

- b. medikamentózní a operační: vazodilatační terapie (vazodilatantia, obstrukce karp. tunelů, operační dekomprese s deliberací střed. nervu v karpálním tunelu),

Prevence:

1. technická: úprava parametrů vibrujících nástrojů, timing jednotlivých pracovních operací, střídání pracovních poloh, antivibrační rukavice aj,
2. zdravotnická: pečlivé vstupní a preventivní pracovní lékařské prohlídky podle kategorizace pracovišť. Spolupráce se spádovým oddělením pracovního lékařství.

Nemoci způsobené vdechováním fibrogenního prachu

MUDr. Rostislav Gromnica, Ph.D.

Oddělení nemocí z povolání, Ostrava

Lázně Luhačovice, a. s.

Zdrojem jsou minerály s vysokým obsahem křemene, který se v přírodě nachází v různých modifikacích – ametyst, tridymit, krystobalit, křemen, záhněda, citrín (jako tzv. krystalické formy), nebo jako achát, pazourek, jaspis, opál (tzv. amorfny formy). Chemicky se vždy jedná o oxid křemičitý. Jeho fibrogenní vlastnosti jsou předmětem mnohaletého bádání, máme k dispozici pouze hypotézy, to samé platí i o etiopatogenézu. Nejčastějšími nemocemi, které dlouhodobá expozice působí, jsou silikózy a uhlokopské pneumokoniózy.

Silikóza plic je tzv. kolagenní onemocnění, charakteristické pro horníky v rudných dolech, kamenolomech, pro bílé zedníky, slévače, čističe odlitků, dělníky při výrobě šamotu, v porcelánkách aj. Uhlokopská pneumokonióza je přechodnou formou mezi kolagenními a nekolagenními onemocněními: Uhelný prach obsahuje menší množství SiO_2 . Je typická pro horníky v kamenouhelných dolech (OKD, Kladenské doly), méně v koksovárnách a úpravárnách černého uhlí. V období 1980–1990 bylo ročně hlášeno cca 700 nových nemocí z povolání, z toho 80 % na Ostravsku. Pokles nastal na základě postupného útlumu šachet po roce 1995.

Patologie: typický klinický obraz tvoří silikotické uzlíky (opacity) tvořené kolagenními vlákny a hyalinem, někdy se známkami centrální nekrotizace. U uhlokopské pneumokoniózy navíc vidíme perifokální emfyzém. V těžších stádiích opacit difúzně přibývá a mohou splývat do tzv. masivních uzlů kompaktní fibrózy.

Klinický obraz je necharakteristický. Dlouho bez symptomatologie, po letech obraz chronické bronchitidy, vývoj ponáhavé, později klidové dyspnoe, emfyzému plic, plicní hypertenze a vznik chronického cor pulmonale s kardiopulmonálním selháváním. Komplikace: plicní TBC (Kochův bacil, mycobakterium Kansasi), vzácně Caplanův sy. (pneumokonióza + revmat. artritida).

Diagnostika vychází z porovnání rtg dokumentace se standartami mezinárodní Rtg klasifikace. Hodnotí se velikost a četnost opacit (tzv. t-m-n klasifikace) a větší ložiska A, B a C (International Classification of radiograph of Pneumoconioses, ILO Geneve).

Pomocné vyšetřovací metody se uplatní především v rámci diferenciální diagnostiky: CT a HRCT plic, skioskopie, angiografie). Spirometrie (křivka P-O), ev. spiroergometrie.

Léčba silikózy a pneumokoniózy není známa. Experimentální pokusy nepřinesly efekt (Tiloron, tetralin, piperazin fosfát, látka PVNO aj.). Důležitá je prevence vzniku onemocnění (NPE).

Prognóza:

- ohledně pracovního zařazení: doživotně přeřadit mimo riziko fibrogenního prachu,
- ohledně dožití nejednoznačná. Vliv má množství inhalovaného prachu, celková délka expozice, individuální vnímavost, životní návyky aj. Někdy se vývoj onemocnění na léta zastaví, jindy skoková nebo kontinuální progresse vedoucí k CHOPN, cor pulmonale a kardiopulmonálnímu selhání. Horníci na Ostravsku se dožívali průměrně o 5 let méně oproti populaci. Jednou prokázané rtg změny jsou vždy ireverzibilní.

Časná diagnostika a léčba zánětlivých revmatických onemocnění

odborný garant prof. MUDr. Petr Němec, Ph.D.

pátek / 9. září / 11.10–12.40

Diferenciální diagnostika monoartritidy

MUDr. Adam Lukáč, MUDr. Radoslav Roman, prof. MUDr. Petr Němec, Ph.D.

II. interní klinika Fakultní nemocnice u sv. Anny, Brno

V případě postižení jednoho kloubu mluvíme o monoartikulárním syndromu. Je-li takové postižení doprovázeno zánětem tkání kloubu, jedná se o monoartritidu. Diferenciálně diagnostická rozvaha v případě monoartritidy může zahrnovat řadu akutních onemocnění, jako je reaktivní artritida, infekční artritida nebo krystaly indukovaná artritida. Monoartritida ale může být rovněž iniciálním symptomem závažných chronických revmatických onemocnění, jakými jsou například revmatoidní artritida, spondyloartritidy nebo systémový lupus erythematosus.

Sdělení nabízí přehledný diferenciálně diagnostický model iniciálního managementu pacienta se zánětlivým postižením jednoho kloubu. Cílem prezentace je seznámit posluchače s praktickým doporučením diferenciálně diagnostického uvažování a postupu pro každodenní praxi praktického lékaře. Uváděné schéma může být iniciálním krokem k odeslání pacienta ke specializovanému revmatologickému nebo ortopedickému vyšetření. Účelem sdělení je poskytnout přehledný návod, jak identifikovat pacienta indikovaného k prioritnímu revmatologickému vyšetření.

Časná diagnostika a léčba revmatických onemocnění

MUDr. Radoslav Roman

II. interní klinika, Revmatologická ambulance před klinikou, Fakultní nemocnice u sv. Anny, Brno

Revmatoidní artritida (RA) je chronické zánětlivé autoimunitní onemocnění projevující se zánětem kloubů a různým stupněm mimokloubního postižení. Časná diagnostika a následná léčba RA dle principů T2T (Treat To Target – léčba k cíli) snižuje míru erozivního poškození kloubů a zvyšuje šanci na navození trvalé remise bez léčby. Základním lékem ze skupiny DMARD (chorobu modifikujících léků) je methotrexát, ke kterému lze na přechodnou dobu přidat glukokortikoidy (GK). Při nedostatečném efektu úvodní terapie do šesti měsíců je možné nasazení biologických chorobu modifikujících léků (bDMARD) nebo cílených syntetických DMARD (tsDMARD). Tyto léky představují další krok v terapii RA. Cílem je ideálně remise onemocnění nebo eventuálně nízká aktivita onemocnění.

Ambulance pro časný záchyt revmatoidní artritidy – zkušenosti Revmatologického ústavu

prof. MUDr. Ladislav Šenolt, Ph.D.

Revmatologický ústav, Praha

Revmatoidní artritida (RA) je systémové autoimunitní onemocnění, které pokud není včas a adekvátně léčeno, vede k rozvoji nevratných destruktivních změn na kloubech, omezuje pohyblivost, zhoršuje kvalitu života a přispívá ke zvýšenému riziku komorbidit, nejčastěji kardiovaskulárních a plicních onemocnění. Až do 80. let minulého století byl základem terapie tzv. pyramidový přístup, který spočíval v počáteční léčbě nesteroidními protizánětlivými léky, spoléhal se na klidový režim, pozvolnou rehabilitaci a dlahování. Chorobu-modifikující antirevmatické přípravky (často ještě soli zlata) a glukokortikoidy byly vnímány s převažujícím rizikem toxicity a byly proto vyhrazeny až pro pacienty s agresivním průběhem a nevratným

kloubním poškozením. V době přelomu tisíciletí byl zaváděn koncept včasné intervence, postupně začaly přibývat nové cíleně působící léky, a zpočátku na velkých výzkumných pracovištích byly etablovány kliniky (ambulace) pro včasný záchyt pacientů se zánětlivou artritidou, tzv. kliniky pro časnou artritidu (EAC, early arthritis clinic). Zprvu měly výzkumný potenciál, postupně se začalo uplatňovat klinické využití s cílem nasazení účinné léčby ještě předtím, než dojde ke vzniku nevratného poškození. V současnosti by měly být ambulace pro časnou artritidu běžnou součástí nejen akademických pracovišť, ale i větších nemocnic. Pacient s podezřením na zánětlivou artritidu by měl být vyšetřen ideálně do 2 týdnů. V tomto přehledu budou diskutována úskalí referování, standardního přístupu a rychlého třídění pacientů, a časné diagnostiky, opírající se o klinická data a zkušenosti ambulance pro časný záchyt revmatoidní artritidy při Revmatologickém ústavu.

Ambulance časné (revmatoidní) artritidy ve FN u sv. Anny v Brně **prof. MUDr. Petr Němec, Ph.D.**

Revmatologická ambulance II. interní kliniky Fakultní nemocnice u sv. Anny, Brno
a Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno

Revmatologie se zabývá diagnostikou a léčbou širokého spektra revmatických onemocnění. Řada z nich, zejména chronická zánětlivá revmatická onemocnění, mohou způsobit závažné nevratné poškození pohybového aparátu a pacientům přináší mnohá fyzická a pracovní omezení, zhoršují kvalitu jejich života a přispívají k nárůstu morbidity. Mezi taková onemocnění patří například revmatoidní artritida. Jeden z hlavních předpokladů úspěšné léčby takových onemocnění, která má za úkol bránit rozvoji zmíněných závažných důsledků, je jejich včasná diagnostika. Z tohoto důvodu jsou na některých významných revmatologických pracovištích zřizovány tzv. ambulance časné artritidy. Ambulance časné artritidy umožňují, aby pacienti s akutním revmatickým onemocněním, většinou s přítomností artritidy alespoň jednoho kloubu, u kterých může hrozit riziko rozvoje závažného zánětlivého revmatického onemocnění, byli v krátké době, většinou do 2 týdnů od vzniku potíží nebo od objednání termínu vyšetření, komplexně vyšetřeni revmatologem. K tomuto důležitému kroku se rozhodlo i revmatologické pracoviště působící na II. interní klinice FN u sv. Anny v Brně.

Sdělení si klade za cíl představit nově vznikající ambulanci časné artritidy ve FN u sv. Anny v Brně, principy jejího fungování, možnosti objednávání pacientů, požadavky na spolupráci s praktickými lékaři nebo lékaři jiných specializací a diagnostické a terapeutické možnosti pracoviště.

Aktuality do vaší ordinace

pátek / 9. září / 13.40–15.00

Změna charakteru infekce HIV

(Přednáška sponzorovaná firmou Gilead Sciences, s. r. o.)

doc. MUDr. Svatava Snopková, Ph.D.

Klinika infekčních chorob Lékařské fakulty a Fakultní nemocnice Brno

Infekce HIV vede postupně ke zhoršování funkce imunitního systému, což je spojeno s rozvojem oportunních infekcí a nádorů, a v terminální fázi k jeho úplnému selhání. I při současné pokročilosti medicíny zůstává infekce virem HIV nadále opředena řadou mýtů a iracionální stigmatizací, a to i mezi zdravotníky. V současnosti je k dispozici vysoce účinná antiretrovirová léčba, která pacientům umožňuje žít plnohodnotný život bez výrazných omezení, a to včetně založení rodiny. Stěžejní je zahájení léčby v časném stadiu onemocnění, což jde ruku v ruce s brzkým stanovením diagnózy. Zatím se stále setkáváme se zdravotníky, kteří mají obavy



**PŘÍTEL SE CHCE ROZEJÍT.
ŘEKL JSEM MU O HIV.**



ROZUMÍM.



ALE NENECHÁM TĚ V TOM, BRÁCHO. 🤝

NEDETEKOVATELNÝ*

***NEDETEKOVATELNÝ ZNAMENÁ, ŽE ČLOVĚK ŽIJÍCÍ S HIV MÁ NEZJISTITELNÉ MNOŽSTVÍ VIRU V KRVÍ.**

Ale také to znamená, že člověk žijící s HIV šel na test včas, užívá svou medikaci, má imunitní systém dostávající se do normálu a hlavně – žije normální život. Jako my ostatní.

V souvislosti s diagnózou a léčbou je vždy nutné vyhledat radu zdravotnického odborníka.



testujsevcas.cz



GILEAD

pečovat o HIV pozitivní pacienty. Je třeba podotknout, že diagnostikovaný a léčený pacient je výrazně méně infekční oproti pacientovi, který o svém nemoci zatím neví. K ovlivnění epidemiologické situace výskytu HIV v ČR je nutné používat všechny nástroje, které máme k dispozici, tedy osvětu a prevenci, preexpoziční a postexpoziční profylaxi, diagnostiku a léčbu již infikovaných pacientů. Role praktického lékaře je nezastupitelná jak v prevenci, tak ve vyhledávání HIV pozitivních pacientů.

Více informací naleznete na webu testujsevcas.cz.

CS-UNB-0016

Datum přípravy 8/2021

Kardiovaskulární onemocnění

odborná garantka MUDr. Petra Vysočanová, Ph.D.

pátek / 9. září / 15.00–16.15

Časná kompenzace hypertenze aneb jak se nedostat tam, odkud není cesty zpět

MUDr. Petra Vysočanová, Ph.D.

Interní kardiologická klinika Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice, Brno

Arteriální hypertenze patří mezi nejčastější onemocnění současnosti a zároveň se jedná o velmi významný rizikový faktor kardiovaskulární morbidity a mortality. Je to chronické onemocnění, které se jen zřídka omezí na pouhé zvýšení krevního tlaku (TK), ale většinou poškozuje celou řadu orgánových systémů. Při snaze lépe zhodnotit rizikovost konkrétního pacienta bylo v Evropských doporučeních pro léčbu hypertenze z roku 2018 opuštěno dřívější dělení hypertenze na 3 stadia (nekomplikovaná hypertenze, hypertenze se subklinickým orgánovým poškozením a s manifestním orgánovým selháním). Původní termín – poškození cílových orgánů – byl nahrazen termínem „hypertenze s mediované orgánové poškození“ nebo-li HMOD. HMOD je definováno jako asymptomatické strukturální nebo funkční poškození cév, srdce, mozku, očí či ledvin způsobené arteriální hypertenzí (např. známky hypertrofie levé komory, zvýšená tepenná tuhost, mikroalbuminurie a mírná renální insuficience nebo projevy hypertenzní retinopatie. Individuální riziko pacienta dále zvyšuje celá řada faktorů, zahrnující například sociální deprivaci, obezitu, fyzickou neaktivitu, zánětlivá onemocnění nebo syndrom spánkové apnoe. Přítomnost HMOD je vždy spojena se zvýšeným kardiovaskulárním rizikem – bez závislosti na hodnotě krevního tlaku. U hypertenika s HMOD by měla být léčba hypertenze zahájena okamžitě se snahou dosažení cílových hodnot optimálně do 3 měsíců, a to ve většině případů fixní dvojkombinací a v případě nedostatečného efektu s eskalací na fixní trojkombinaci antihypertenziv.

U pacientů se zvýšeným krevním tlakem je potřeba aktivně pátrat po známkách HMOD i pokud jsou zcela asymptomatictí, zvláště u těch mladších. Všichni nemocní s hypertenzí by měli mít odebraný kreatinin a stanovenou glomerulární filtraci (eGFR) a dále hodnotu mikroalbuminurie nebo albumin/kreatinin poměr v moči. Kromě toho by mělo být pátráno po přítomnosti hypertrofie levé komory alespoň pomocí EKG, lépe však echokardiograficky. Pokud vzniká hypertenze v mládí, je spojena s vyšším rizikem výskytu HMOD a s vysokým kardiovaskulárním rizikem

Časnou léčbou hypertenze je možno zabránit strukturálnímu nebo funkčnímu poškození tepen a orgánů. Aktuální doporučení kladou důraz na co nejrychlejší kontrolu krevního tlaku, a to nejlépe do tří měsíců. Z toho důvodu je dnes preferováno zahájení rovnou kombinací léčbou, ideálně fixní dvojkombinací. Odkládání léčby vede i u mladých osob k ireverzibilnímu poškození mozku, srdce a ledvin a zvyšuje riziko demence.

PRESTANCE®

perindopril arginin / amlodipin

DRŽÍ HYPERTENZI POD KONTROLOU

ORIGINÁLNÍ
PRESTANCE
120 TBL.



Zkrácená informace o přípravku PRESTANCE®: SLOŽENÍ*: Tablety Prestance 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg obsahují 5 mg perindoprilu argininu (per)/5 mg amlodipinu (amlo), 5 mg per/10 mg amlo, 10 mg per/5 mg amlo; 10 mg per/10 mg amlo. Pomocná látka se známým účinkem: monohydrát laktosy. **INDIKACE*:** Substituční terapie k léčbě esenciální hypertenze a/nebo k léčbě stabilní ischemické choroby srdeční u pacientů, kteří jsou již kontrolováni perindoprelem a amlodipinem, podáváním současně v téže dávce. **DAVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ*:** Jedna tableta denně – v jedné dávce, ráno před jídlem. Prestance není vhodná pro iniciační léčbu. Je-li nutná změna dávkování, může být dávka přípravku upravena nebo lze zvážit individuální titraci s kombinací obou látek samostatně. **Porucha funkce ledvin a starší pacienti:** časté monitorování kreatininu a draslíku. Přípravek není vhodný pro pacienty s clearance kreatininu < 60 ml/min. **Porucha funkce jater:** individuální titrace volně kombinace amlodipinu a perindoprilu. **Pediatrická populace:** použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **KONTRAINDIKACE*:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na jiný inhibitor ACE či dihydropryridinové deriváty, nebo na kteroukoli pomocnou látku, anamnéza angioedému související s předchozí terapií inhibitory ACE, dědičný nebo idiopatický angioedém, 2. a 3. trimestr těhotenství (viz body Upozornění*, Těhotenství a kojení*), současné užívání přípravku Prestance s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo s poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m²) (viz body Interakce* a Farmakodynamické vlastnosti*), závažná hypotenze, šok včetně kardiogenního šoku, obstrukce výtokového traktu levé komory (např. vysoký stupeň stenózy aorty), hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu, současné užívání se sakubitrilem/valsartanem, přípravek Prestance nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu (viz body Interakce* a Zvláštní upozornění*), mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz bod Interakce*), signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné funkční ledviny (viz bod Zvláštní upozornění*). **UPOZORNĚNÍ*:** **Zvláštní upozornění:** **Hypersenzitivita/angioedém/intestinální angioedém:** vysadit a zahájit monitorování až do úplného vymizení symptomů. Angioedém související s otokem hrtanu může být smrtelný. Současné užívání perindoprilu a sakubitrilu/valsartanu je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Léčbu sakubitrilem/valsartanem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčbu perindoprelem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání inhibitory ACE s racekadotrilem, mTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin) může vést ke zvýšenému riziku angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka spolu s poruchou dýchání nebo bez poruchy dýchání). U pacientů, kteří již užívají inhibitor ACE, je třeba opatrnosti při počátečním podání racekadotrilu, mTOR inhibitorů (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin). **Anafylaktoidní reakce během deszenzibilizace:** dočasné vysadit léčbu před vyšetřeními. **Anafylaktoidní reakce během alergické nízkodenzitních lipoproteinů (LDL):** vzácná; u pacientů s předchozími život ohrožujícími anafylaktoidními reakcemi, dočasné vysadit léčbu před vyšetřeními. Tyto reakce se znovu objevily po náhodném opětovném vystavení. **Souběžné užívání inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus):** zvýšené riziko angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka s poruchou dýchání nebo bez ní). **Neutropenie/agranulocytóza/thrombocytopenie/anémie:** extrémní opatrnost u pacientů s kolagenovým vaskulárním onemocněním, s imunosupresivní léčbou, léčbou alopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů. **Renovaskulární hypertenze:** Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné funkční ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. **Dualní blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS):** zvýšení rizika hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Dualní blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitory ACE, blokátory receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se nedoporučuje. Pokud je léčba dualní blokádou považována za naprosto nezbytnou, má k ní docházet pouze pod dohledem specializovaného lékaře a za častého pečlivého sledování funkce ledvin, elektrolytů a krevního tlaku. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Těhotenství:** zastavit léčbu. V případě nutnosti zahájit alternativní léčbu. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. **Opatření pro použití:** **Hypotenze:** u pacientů se zvýšeným rizikem symptomatické hypotenze sledovat krevní tlak, renální funkci a hladinu draslíku (se sníženým objemem nebo se závažnou renin-dependentní hypertenzí) nebo s ischemickou chorobou srdeční nebo s cerebrovaskulárním onemocněním. Přechodná hypotenze na odpověď není kontraindikací pro podávání dalších dávek, jakmile krevní tlak stoupne po zvýšení objemu. **Aortální a mitrální stenóza/hypertrofičká kardiomyopatie:** podávat s opatrností. **Srdeční selhání:** používat s opatrností u pacientů s městnavým srdečním selháním. **Renální poškození:** monitorování draslíku a kreatininu; individuální titrace dávek jednotlivých složek přípravku, pokud Cl_{cr} < 60 ml/min). U pacientů se stenózou renální arterie může dojít ke zvýšení urey v krvi a kreatininu; v případě renovaskulární hypertenze existuje riziko závažné hypotenze a renálního selhání. **Renální selhání:** amlodipin není dialyzovatelný. **Hepatální selhání:** vzácné, podání inhibitory ACE mělo vzácné souvislosti se syndromem počínajícím cholestatickou žloutenkou a progresujícím až v náhlou hepatickou nekrózu a (někdy) úmrtí; ukončit léčbu v případě rozvoje žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů. **Porucha funkce jater:** při závažném poškození jater pomalu titrovat dávku a pečlivě monitorovat hodnoty pacienta. **Černošská populace:** perindopril může být méně účinný a způsobit vyšší procento angioedému ve srovnání s jinými rasami. **Neproduktivní kašel.** **Operace/anestezie:** vysadit léčbu den před zákrokem. **Hyperkalemie:** časté monitorování koncentrace draslíku v krvi v případě renálního selhání, zhoršení renálních funkcí, věk > 70 let, diabetes mellitus, diuretika, akutní kardiální dekompenzace, metabolická acidóza a současné užívání kalium-šetřících diuretik a soli obsahujících draslík a zejména antagonistů aldosteronu nebo blokátory receptorů angiotenzinu. U pacientů užívajících ACE inhibitory mají být proto kalium šetřící diuretika a blokátory receptorů angiotenzinu užívány opatrně a má být kontrolována hladina draslíku v séru a funkce ledvin. **Diabetici:** během prvního měsíce monitorovat glykémii. **Hypertenze krize:** bezpečnost a účinnost nebyla stanovena. **Starší pacienti:** dávku zvyšovat s opatrností. **Intolerance galaktózy/malabsorpce glukózy-galaktózy/vrozený deficit laktázy:** lék nemá být užíván. **INTERAKCE*:** **Kontraindikace:** aliskiren u diabetiků nebo u pacientů s poruchou funkce ledvin, mimotělní léčba, sakubitril/valsartan. **Současné užívání se nedoporučuje:** draslík-šetřící diuretika (např. triamteren, amilorid), doplňky draslíku nebo doplňky obsahující soli draslíku, lithium, estramustin, dantronel (infuze), grapefruit nebo grapefruitový džus, blokátory receptorů pro angiotenzin II nebo aliskiren (u jiných pacientů, než diabetiků nebo s poruchou funkce ledvin). **Současné užívání, které vyžaduje zvláštní opatrnost:** nesteroidní antiinfektika (NSAID) včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den, antidiabetika (inzulin, perorální antidiabetika), draslík-šetřící diuretika, draslík-šetřící diuretika (eplerenon, spironolakton), racekadotril, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus), gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), induktoři CYP3A4 (rifampicin, třezalka tečkovaná), inhibitory CYP3A4, baklofen. **Současné užívání, které vyžaduje určitou opatrnost:** sympatomimetika, zlato, takrolimus, antihypertenziva, vazodilatancia, kortikosteroidy, tetraoksid, alfa-blokátory (prazosin, alfuzosin, doxazosin, tamsulosin, terazosin), amifostin, tricyklická antidepresiva, antipsychotika, anestetika, cyklosporin, simvastatin, další léky s antihypertenzními vlastnostmi. **Léky vyvolávající hyperkalemie:** aliskiren, soli draslíku, draslík šetřící diuretika (např. spironolakton, triamteren nebo amilorid), inhibitory ACE, antagonisté receptorů pro angiotenzin II, NSAID, hepariny, imunosupresiva jako cyklosporin nebo takrolimus, trimethoprim a kotrimoxazol (trimethoprim/sulfamethoxazol). Proto není kombinace přípravku Prestance s výše zmíněnými přípravky doporučena. Pokud je současně podávání indikováno, je třeba je podávat s opatrností a s pravidelnými kontrolami hladin draslíku v séru. **TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ*:** Podávání není doporučeno v prvním trimestru těhotenství a během kojení. Podávání je kontraindikováno ve 2. a 3. trimestru těhotenství. **FERTILITA*:** U některých pacientů léčených blokátory kalciových kanálů zaznamenaný reverzibilní biochemické změny v hlavice spermie. **ÚČINNOST NA SCHOPNOST RIDIT A OBSLUHOVAT STROJE*:** Může být zhoršena v případě závratí, bolesti hlavy, únavy, malátnosti nebo nevolnosti. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY*:** **Velmi časté:** otok kloubů (otoky kotníků), svalové křeče, únava, astenie. **Méně časté:** ezofagitida, tachykardie, vaskulitida, hypersenzitivita, hypoglykemie, hyperkalemie, hyponatremie, nespavost, poruchy náldy (včetně úzkosti), deprese, porucha spánku, třes, hypestezie, synkopa, rinitida, bronchospasmus, kašel, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a atrální fibrilace), sucho v ústech, angioedém tváře, končetin, rtů, sliznic, jazyka, glottis a/nebo hrtanu, alopecie, purpura, zabarvení kůže, hyperhidróza, kopřivka, fotosenzitivní reakce, periflogid, artralgie, myalgie, bolest v zádech, poruchy močení, noční močení, polakisurie, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynekomastie, periferní otok, bolest na hrudi, bolest, malátnost, pyrexie, zvýšení tělesné hmotnosti, snížení tělesné hmotnosti, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, pád. **Vzácné:** stav zmatenosti, zhoršení poruchy, zvýšená hladina bilirubinu v krvi, zvýšení hladin jaterních enzymů, syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu (SIADH)*, akutní renální selhání*, anurie/oligurie*. **Velmi vzácné:** leukopenie/neutropenie, agranulocytóza nebo pancytopenie, trombocytopenie, hemolytická anémie s defektem enzymů u pacientů s vrozenou nedostatečností G-6PDH, snížení hemoglobinu a hematokritu, hyperglykemie, hypertonie, periferní neuropatie, angina pectoris, infarkt myokardu, arytmie, cévní mozková příhoda – pravděpodobně sekundárně v důsledku nadměrné hypotenze u vysoké rizikových pacientů, ezofagitida, pneumonie, gingivální hyperplazie, pankreatitida, gastritida, hepatitida, žloutenka, hepatitida buď cytolytická nebo cholestáza, zvýšení jaterních enzymů (v souvislosti s cholestázou). Quincke edém, erythema multiforme, Stevens-Johnsonův syndrom, exfoliativní dermatitida. **Není známo:** Raynaudův fenomén, extrapyramidová porucha (extrapyramidový syndrom), toxická epidermální nekrolýza. **PŘEDÁVKOVÁNÍ*:** Nekardiogenní plicní edém byl vzácně hlášen v důsledku předávkování amlodipinem, nástup se může projevit až opožděně (24–48 hodin po požití) a může vyžadovat ventilací podporu. Vzácná resuscitační opatření (včetně hyperventilace) k udržení perfuze a srdečního výdeje mohou být spouštějící faktory*. **VLASTNOSTI*:** Perindopril je inhibitor enzymu, který konvertuje angiotenzin I na angiotenzin II (angiotenzin konvertující enzym – ACE). Amlodipin je inhibitor transportu kalciových kanálů patřící do skupiny dihydropyridinů (blokátory pomalých kanálů nebo antagonistů kalciových iontů), který inhibuje transmembránový transport kalciových iontů do srdečních buněk a buněk hladkého svalstva cévních stěn. **BALENÍ*:** Balení 30, 90 a 120 tablet Prestance v silách 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg. **Uchovávání:** Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní teplotní podmínky uchovávání. **Držitel rozhodnutí o registraci:** LES LABORATOIRES SERVIER, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, France. Registrační číslo: 58/203-206/08-6. **Datum poslední revize textu:** 5. 7. 2022. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravek je k dispozici v lékárnách a je na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <https://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 Prestance

Výběr antihypertenziva na základě mechanismu účinku a efektu na KV prognózu

MUDr. Michal Fikrle, Ph.D.

Ambulance srdečního selhání, Nemocnice Jihlava, p. o.

Přednáška se zabývá léčbou arteriální hypertenze. Na jejím začátku budou posluchači seznámeni s nepříznivou epidemiologií kardiovaskulárních onemocnění v ČR ve srovnání se západní Evropou a stejně tak s nepříznivým populačním profilem kontroly arteriální hypertenze v ČR. Přednáška poté akcentuje některé aspekty zahajování a vedení terapie arteriální hypertenze dominantně dle posledních guidelines Evropské kardiologické společnosti. Druhá část přednášky je zaměřena na některé mýty či kontroverze terapie arteriální hypertenze hlavně v rámci blokátorů RAAS, diuretik a betablokátorů. Dotkne se tak některých rozdílů mezi ACEi a sartany, popíše některé důležité vlastnosti diuretik a upozorní na rozmanitost efektů jednotlivých léků v rámci skupiny betablokátorů.

Co je u nových tabulek SCORE opravdu důležité? Modelové situace v ordinaci a jak je řešit

MUDr. Jaromír Ožana

Klinika tělovýchovného lékařství a kardiovaskulární rehabilitace, Fakultní nemocnice Olomouc

Nové tabulky pro stanovení kardiovaskulárního (KV) rizika SCORE2 a SCORE 2-OP, které vydala Evropská kardiologická společnost v roce 2021, přináší několik změn. Jedná se především o zahrnutí nejen fatálních, ale i nefatálních KV příhod, které mohou být spojeny s invalidizací pacienta, dále o zařazení parametru non-HDL cholesterolu, o rozdělení zemí do 4 kategorií rizika (velmi vysoké, vysoké, střední, nízké, kdy ČR spadá mezi země s vysokým rizikem), a také o stratifikaci KV rizika podle věku.

Důvodem věkové stratifikace KV rizika je vyhnout se nedostačující léčbě u mladých osob a nadměrné léčbě u osob starších. U mladých pacientů s KV rizikovými faktory, zejména hypertenzí a dyslipidemií, lze využít dlouhodobé příznivé působení léčby, které sníží riziko rozvoje ireverzibilních cévních změn, KV příhod, ztráty pracovní schopnosti, snížení kvality života a předčasného úmrtí. Proto jsou prahové hodnoty KV rizika pro zvážení léčby u mladších osob nižší. Včasná a současná kompenzace všech rizikových faktorů nemusí být u mladších pacientů navíc tak agresivní (často stačí jediná tableta s fixní kombinací antihypertenziva a statinu), protože i malá příznivá změna, která působí dostatečně dlouho, znamená výrazné snížení KV rizika. Tak lze přispět ke zkrácení doby, kterou Češi prožijí v chronické nemoci (ta dnes činí 18–20 let), i ke snížení podílu osob se ztrátou pracovní schopnosti, což znamená přínos pro celou společnost. Tento přístup staví lékaře před problém, jak vysvětlit mladému asymptomatickému pacientovi jeho zvýšené KV riziko. Protože ani sebelepší lék není účinný, pokud jej pacient neužívá. Velmi efektivním nástrojem pro komunikaci s pacienty je cévní věk, který srozumitelně demonstruje, jaký dopad mají KV rizikové faktory na jejich cévy. Práce s tabulkami cévního věku je velmi jednoduchá. Vycházejí z běžných vyšetření (krevní tlak, cholesterol, věk, pohlaví, kouření), slouží jako srozumitelný argument pro potřebu kompenzace rizikových faktorů a změnu životního stylu i jako nástroj pro motivaci pacienta k zahájení léčby a adherenci s cílem prodloužení života v dobré kvalitě. U těchto mladých nemocných lze také s výhodou využívat fixních kombinací antihypertenziv se statiny. V diskuzi se budeme věnovat klíčové úloze praktického lékaře v záchytu a časném zahájení léčby KV rizikových faktorů, a ukážeme, jak v praxi standardně používat tabulky cévního věku pro názornější objasnění KV rizika pacientovi.

detralex®

MPFF® – mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce

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



**Chronické žilní
onemocnění**
2 tbl denně

**Hemoroidální
onemocnění**
až 6 tbl denně

Zkrácená informace o přípravku Detralex®

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

Geriatrický pacient v ordinaci praktického lékaře

odborný garant prof. MUDr. Ondřej Ludka, Ph.D.

pátek / 9. září / 16.45–18.00

Jak v praxi na deprescribing u křehkých multimorbidních seniorů?

prof. MUDr. Eva Topinková, CSc.

Geriatrická klinika, 1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze,
Subkatedra geriatricie IPVZ, Praha

V posledních dvou dekadách dochází k významnému nárůstu počtu léčiv užívaných seniory. Polyfarmakoterapie obvykle definovaná u starších nemocných jako užívání 5 a více léků a excesivní polyfarmakoterapie při užívání 10 a více léků. Přes nepochybný přínos v léčbě multimorbidních seniorů (například v léčbě srdečního selhání, diabetu i hypertenze) však představuje polyfarmakoterapie nesporné riziko spojené s lékovými interakcemi, nežádoucími polékovými reakcemi, rizikem preskripce potenciálně nevhodných léčiv, vyšším stupněm křehkosti a v některých studiích i zvýšenou mortalitou a spotřebou zdravotnických služeb. Polyfarmakoterapie ve stáří je častá. Zatímco v dospělé populaci užívá 5 a více léků méně než 20 % osob, v populaci 65letých a starších je to 30–70 % a v rezidenčních zařízeních typu domovů pro seniory až 90 %.

Kritické posouzení medikace (včetně volně prodejných léčiv) je nedílnou součástí každodenní klinické praxe. Praktický lékař je postaven před rozhodování, jak často hodnotit užívanou medikaci u starších nemocných, jaké nástroje při tom využít, zda některé léky vysadit nebo alespoň snižovat jejich dávku, zda podávání ukončit najednou nebo postupně, jak často a jak dlouho pacienta monitorovat pokud se rozhodne rizikovou nebo nepřínosnou léčbu ukončit. Další problematiku oblastí je, jak tuto problematiku komunikovat s pacientem, jeho rodinným pečovatelem a s dalšími předepisujícími specialisty. Pro systematické snižování nebo vysazení léků neindikovaných nebo rizikových – ve stáří obecně či u konkrétního pacienta nevhodných, léků duplicitních a všech léků, které nekorespondují s cíli léčby a preferencemi pacienta se používá termín „deprescribing“. Komplexní posouzení medikace (revize medikace) je ve vyšším věku doporučována nejméně 1× ročně, u seniorů rizikových pak 2× ročně. Rizikové (a potenciálně vhodné kandidáty pro deprescribing) jsou senioři vysokého věku nad 80/85 let, s komplexní multimorbiditou, s demencí, fyzickou křehkostí, porušenou clearancí farmak, závislí na péči druhé osoby, s orgánovým postižením, které limituje délku přežití.

Deprescribing provádíme vždy v postupných krocích, které zahrnují:

1. získání kompletní farmakologické anamnézy včetně údajů o adherenci,
2. porovnání seznamu diagnóz/symptomů a seznamu léků. Ověříme, zda indikace pro jednotlivé předepisované léky nadále trvá,
3. posouzení rizika nežádoucích účinků u konkrétního pacienta včetně lékových interakcí
4. posouzení účinnosti každého léku (riziko vs. přínos),
5. stanovení priorit (které léky vysazovat jako první) a sestavit společně s pacientem plán postupu,
6. zahájit a monitorovat průběh a plnění plánovaných kroků.

V současnosti jsou v případě potřeby dostupné konzultace s klinickým farmaceutem. Pro lékaře jsou k dispozici nástroje usnadňující proces klinického rozhodování jako například Beersův seznam nevhodných léčiv aktualizovaný 2019 nebo STOPP/START kritéria, léčiva nevhodná u křehkých závislých seniorů (STOPPFRAIL 2, 2021), osob s pokročilou demencí (Holmesova PEACE kritéria) nebo opakovanými pády (STOPPFALL). Na webových stránkách www.deprescribing.org lze nalézt již guidelines pro deprescribing perorálních antidiabetik,

Jediný PCSK9i podávaný 1× měsíčně v jednom peru^{1,2}

Praluent 300 mg

Jedno předplněné pero jednou měsíčně¹



PRALUENT v kombinaci s maximálně tolerovanou dávkou statinu pomáhá snižovat riziko kardiovaskulárních příhod u pacientů s prokázaným aterosklerotickým KV onemocněním.¹

Praluent®
alirocumab

PRALUENT je jediný inhibitor PCSK9, který je spojen se snížením úmrť z jakékoliv příčiny v KV studiích.*^{1,2,3,4}

Zkrácená informace o přípravku

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky.

Název přípravku: Praluent 75 mg injekční roztok v předplněném peru, Praluent 150 mg injekční roztok v předplněném peru, Praluent 300 mg injekční roztok v předplněném peru. **Složení:** Alirocumabum 75 mg nebo 150 mg v 1 ml roztoku, nebo 300 mg ve 2 ml roztoku. **Indikace:** Primární hypercholesterolemie a smíšená dyslipidemie: Přípravek Praluent je indikován k léčbě dospělých pacientů s primární hypercholesterolemií (heterozygotní familiární a nefamiliární) nebo se smíšenou dyslipidemií jako doplněk k dietnímu opatření: v kombinaci se statinem nebo se statinem a jinou hypolipidemickou léčbou u pacientů, u kterých nelze dosáhnout cílových hodnot LDL cholesterolu maximální tolerovanou dávkou statinu, samostatně nebo v kombinaci s jinou hypolipidemickou léčbou u pacientů, kteří netolerují statiny nebo u kterých je podávání statinů kontraindikováno. Prokázané aterosklerotické kardiovaskulární onemocnění: Přípravek Praluent je indikován k léčbě dospělých s prokázaným aterosklerotickým kardiovaskulárním onemocněním ke snížení kardiovaskulárního rizika snížením hladin LDL-C, jako doplněk korigující další rizikové faktory: v kombinaci s maximální tolerovanou dávkou statinu a jinou hypolipidemickou léčbou či bez ní, nebo samostatně nebo v kombinaci s jinou hypolipidemickou léčbou u pacientů, kteří netolerují statiny nebo u kterých je podávání statinů kontraindikováno. **Dávkování a způsob podání:** Obvyklá počáteční dávka aliokumabu je 75 mg podaných subkutánně jednou za 2 týdny. U pacientů, u kterých je zapotřebí výraznější snížení LDL cholesterolu (> 60 %), může být počáteční dávka 150 mg podávaná jednou za 2 týdny nebo dávka 300 mg jednou za 4 týdny podávaná subkutánně. Pro podání dávky 300 mg je zapotřebí podat buď jednu injekci s obsahem 300 mg, nebo následně 2 injekce s obsahem 150 mg od dvou rozdílných míst aplikace. Subkutánní podání do stehna, břicha nebo horní části paže. **Pediatrická populace:** Bezpečnost a účinnost přípravku Praluent u dětí a dospívajících ve věku do 18 let nebyla dosud stanovena. Zkušenost s aliokumabem u pediatrické populace je limitována 18 pacienty ve věku 8 až 17 let s homozygotní familiární hypercholesterolemií (HoFH). Ve srovnání se známým bezpečnostním profilem u dospělých nebyl zjištěn žádný nový bezpečnostní nále. U pediatrických pacientů mladších 8 let nebyly studie s aliokumabem provedeny. U starších pacientů není nutná úprava dávky. U pacientů s mírnou nebo se středně závažnou poruchou funkce jater nebo ledvin není nutná úprava dávky. Každé předplněné pero nebo předplněná injekční stříkačka je pouze pro jednorázové použití. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Před zahájením léčby je nutno vyloučit sekundární příčiny hyperlipidemie nebo smíšené dyslipidemie. Aliokumab má být u pacientů se závažnou poruchou funkce ledvin a jater používán s opatrností. Pokud se vyskytnou známky a příznaky závažných alergických reakcí, léčba aliokumabem musí být ukončena a musí být zahájena vhodná symptomatická léčba. Aby se zlepšila sledovatelnost biologických léčivých přípravků, má se přehledně zaznamenat název podaného přípravku a číslo šarže. **Interakce:** Aliokumab je biologický léčivý přípravek, nepředpokládá se jeho farmakokinetický vliv na jiné léčivé přípravky a na izoenzymy cytochromu P450. Statiny a jiná hypolipidemická terapie zvyšují produkci PCSK9, což vede ke zvýšení clearance touto cestou a ke snížení systémové expozice aliokumabu. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Používání aliokumabu se nedoporučuje během těhotenství, pokud klinický stav ženy nevyžaduje léčbu aliokumabem. Není známo, zda se aliokumab vylučuje do lidského mateřského mléka, je nutné rozhodnout, zda v tomto období přerušit kojení nebo přerušit používání aliokumabu. Nejsou k dispozici žádné údaje o nepříznivých účincích na plodnost u lidí. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Aliokumab nemá žádný nebo má zanedbatelný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Časté: známky a příznaky onemocnění horních cest dýchacích, svědění, reakce v místě injekce (erytém/zčervenání, svědění, otoky, bolest/citlivost). **Vzácné:** hypersenzitivita, hypersenzitivní vaskulitida, kopřivka, numulární ekzém. **Předávkování:** Nutná symptomatická léčba. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávat v chladničce (2–8 °C). Chránit před mrazem. Mimo chladničku max. 30 dní, chránit před světlem, při teplotě do 25 °C. **Doba použitelnosti:** Praluent 75 mg 3 roky, Praluent 150 mg, 300 mg 2 roky. **Balení:** 1, 2 nebo 6 předplněných per. **Držitel rozhodnutí o registraci:** sanofi-aventis groupe 54, rue La Boétie; F – 75008 Paris; Francie. **Registrační číslo:** EU/1/15/1031/001-12. **Datum revize textu:** 10. 6. 2022. Před použitím přípravku se seznamte s úplnou informací o přípravku. Použití léčivého přípravku je s ohledem na veřejný zájem koncentrováno do specializovaných pracovišť, která jej účtují jako zvlášť účtovaný přípravek zdravotní pojišťovně na základě smlouvy uzavřené mezi nimi a zdravotní pojišťovnou. V takovém případě je Praluent 75 mg injekční roztok, Praluent 150 mg a Praluent 300 mg injekční roztok v předplněném peru plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Souhrn údajů o přípravku obdržíte na adrese:** sanofi-aventis, s.r.o., Evropská 846/176a, 160 00 Praha 6, tel.: 233 086 111, fax: 233 086 222, www.sanofi-aventis.cz.

KV = kardiovaskulární; PCSK9i = inhibitor proprotein konvertázy subtilisin/kexin typu 9.

Literatura

1. Souhrn údajů o přípravku PRALUENT, datum poslední revize textu 10. 6. 2022. 2. SPC přípravku Repatha. 3. Sabatine S. M. et al. Evolocumab and Clinical Outcomes in Patients with Cardiovascular Disease N Engl J Med. 2017;376:1713–22. 4. Steg P.G. et al Circulation. 2019;140:103–112.

* Pouze s nominální statistickou významností podle hierarchické shlukové analýzy (HR 0,85, 95% CI 0,73–0,98).

Praluent®
alirocumab

Určeno pro odbornou veřejnost.
MAT-CZ-2100370 - 5.0 - 08/2022

sanofi

benzodiazepinů a hypnotik, inhibitorů cholinesterázy a memantinu, inhibitorů protonové pumpy a antipsychotik. V rámci prezentace bude na dvou kazuistikách demonstrován postup lékové revize a možné schéma deprescribingu v klinické praxi.

Osteoporóza v geriiatrii

prof. MUDr. Hana Matějovská Kubešová, CSc.

Klinika interní, geriatrie a praktického lékařství, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice, Brno

Osteoporóza v geriiatrii, resp. ve vyšším věku je jedním z důsledků životního stylu konkrétního člověka. Poznatky posledních let říkají, že první změny v organismu směřující do budoucna k osteoporóze se u dívek objeví již v 9 letech. Od té chvíle začíná boj o vrcholovou kostní hmotu, tedy vytvoření zásoby co nejkvalitnější kosti do 30. roku věku. V tomto věku zkvalitňování kosti končí a po zbytek života se už jen odčerpává. Čím méně kosti se vytvořilo, tím dříve dochází k jejímu spotřebování až na úroveň osteoporózy.

Vytváření kvalitní kosti závisí na třech základních faktorech:

1. pohybu, tedy zatížení kostry,
2. na kvalitní stravě s náležitým obsahem bílkovin,
3. na příjmu vápníku a vitamínu D.

Naše generace adolescentů splňuje beze zbytku snad pouze bod 2. Bod 1, tedy zatížení kostry velmi vážně na oblibě počítačů a celkové pohodlnosti. Generace věku základních a středních škol sedí dopoledne ve škole a odpoledne po většinu dní u počítače doma, a to bohužel i včetně sobot a nedělí. Na výlet chodí mnoho rodin do nákupních center namísto výletu do přírody.

S tím vším souvisí i další nepříznivý důsledek, a to minimální pobyt venku, tedy téměř žádná expozice kůže slunečnímu záření jako hlavnímu zdroji vitamínu D pro člověka (80 % oproti 20 % ze stravy). Překvapivě nízké hladiny vitamínu D i u mladých lidí hlásí všechny rozvinuté státy mírného pásu.

Pokud se zásadním způsobem nezmění přístup k prevenci osteoporózy již od adolescence a mladé dospělosti, v generaci 65+ bude tedy nutno počítat s narůstajícím podílem nezdatných seniorů s úbytkem svalové hmoty, ohrožených pády a frakturami a následnou ztrátou soběstačnosti.

V iniciační léčbě a ještě dříve v prevenci osteoporózy se stále uplatňují dva základní prvky, a to vápník a vitamin D, doplněné v posledních letech o vitamin K₂. Žádná prevence a léčba nebude náležitě účinná, pokud nebude doplněna dostatečnou dávkou bílkovin a adekvátní mírou pohybu zatěžujícího kosterní a svalový systém.

Pro dosažení rychlejšího a intenzivnějšího efektu terapie jsou využívány bisfosfonáty, které stimulují intenzivnější osteoblasty než osteoklasty, a tím vytváří převahu osteoformace nad osteoresorpcí. Pro nemocné s enormně zvýšeným rizikem osteoporotické zlomeniny se využívá efektu biologické léčby monoklonální protilátkou denosumab, která se váže na ligand nukleárního faktoru kappa, a tím jej inhibuje. Další alternativou je teriparatid – tedy humánní rekombinantní parathormon, který preferenčně stimuluje osteoblasty.

Obezita u seniorů

MUDr. Katarína Bielaková, Ph.D., MHA, prof. MUDr. Ondřej Ludka, Ph.D.

Klinika interní, geriatrie a praktického lékařství, Fakultní nemocnice Brno-Bohunice a Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno

Obezita je chronické onemocnění se zvyšující se prevalencí, které vede k zvýšené morbiditě a mortalitě. Stárnutí je spojeno se změnami ve struktuře a funkci jednotlivých orgánových systémů. Se stoupajícím věkem dochází ke snížení biologické aktivity inzulinu a vzniku relativní hyperinzulinemie, která vede ke snížení oxidace glukózy a zvýšení syntézy volných mastných

kyselin. Důsledek je akumulace tuku ve svalu, játrech a viscerálních orgánech. Na druhé straně dochází k úbytku svalové tkáně se snížením kvality a hmoty kosterní svaloviny (sarkopenie). Pokud je současně přítomná obezita a sarkopenie, jedná se o nozologickou jednotku nazvanou sarkopenická obezita. Její přítomnost představuje významný rizikový faktor pro výskyt pádů, rozvoj imobility, pokles funkční zdatnosti a předčasnou institucionalizaci. Vznik sarkopenické obezity je spojen s chronickým proinflatorním stavem, hormonálními změnami či oxidačním stresem. Významnou roli v jejím rozvoji hraje TNF-alfa, IL-6 či IL-15, leptin, adiponektin, irisin či myostatin. Odborníci se obecně shodují, že u seniorů s nadváhou obvykle není potřeba hubnout, protože metaanalýzy ukazují, že riziko úmrtnosti zdravých seniorů je nejnižší v rozmezí nadváhy. Aby se předešlo progresi obezity, je u seniorů s nadváhou žádoucí udržovat stabilní tělesnou hmotnost. U obézních starších osob je tedy potřeba myslet na to, že úbytek hmotnosti může mít škodlivé účinky v důsledku úbytku netukové hmoty, a proto rozhodnutí pro nebo proti snížení hmotnosti musí být vždy přijímáno na individuální úrovni. Mělo by být založeno na pečlivém zvážení možných rizik a přínosů intervence s ohledem na metabolické riziko, komorbiditu, perspektivu a priority pacienta a odhadované účinky na kvalitu jeho života.

K léčbě obézních seniorů tedy přistupujeme individuálně. Klíčová je intervence životního stylu, která se skládá z diety s energetickým deficitem 500 kcal a dostatečného příjmu bílkovin vysoké biologické kvality spolu s vápníkem a vitamínem D, behaviorální terapie a vícesložkového cvičení. Vícesložkové cvičení zahrnuje trénink flexibility, trénink rovnováhy, aerobní cvičení a odporový trénink. Fyzickou aktivitu je nutno přizpůsobit věku a fyzické zdatnosti pacienta. Výhodou je kombinovaná fyzická aktivita, nakolik aerobní trénink vede k zlepšení fyzické výkonnosti, zatímco silový trénink podporuje svalovou hypertrofii. Nastavení optimální kalorické restrikce může být obtížné, nakolik může vést k prohloubení sarkopenie. Za úspěšnou považujeme léčbu obezity s úbytkem hmotnosti o 5–8 % původní hmotnosti. Přísné dietní režimy, jako jsou diety s velmi nízkým energetickým příjmem (< 1000 kcal/den), se u starší populace důrazně nedoporučují kvůli riziku rozvoje malnutrice a poklesu funkčního stavu. Role farmakoterapie a bariatrické chirurgie u starších osob je z velké části neznámá, protože ve většině studií byla vyloučena seniorská populace.

Právní problémy v lékařské praxi

JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

sobota / 10. září / 9.00–10.00

Právní problémy v lékařské praxi

JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

AK Prudil a spol., s r. o.

Příspěvek bude zaměřen na nejčastější právní problémy, které nastávají v praxích praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost. Pojednáno tak bude o problematice souhlasů a nesouhlasů se zdravotními službami (s přihlédnutím ke specifikům nezletilých pacientů), mlčenlivosti a sdělování informací třetím osobám a orgánům. Zmíněna bude rovněž problematika odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb (a lékaře) za újmu a krátce problematika trestní odpovědnosti.

Mezioborová spolupráce

sobota / 10. září / 10.00–11.30

Aktuální postupy – profylaxe a léčba dny

prof. MUDr. Petr Němec, Ph.D.

Revmatologická ambulance, II. interní klinika, Fakultní nemocnice u sv. Anny, Brno
a Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno

Dna je závažné metabolické onemocnění, které se vyvíjí jako odpověď organismu na depozici krystalů natrium urátu v různých tkáních zejména v pohybovém aparátu a v ledvinách. Jejím nejvýznamnějším rizikovým faktorem je hyperurikemie. Prevalence hyperurikemie a dny ve vyspělých zemích narůstá. I přes znalost patogeneze a klinického obrazu onemocnění nebývá dna diagnostikována správně a včas, léčba onemocnění není často správně indikována a vedena, což může vyústit v poškození struktury a funkce pohybového aparátu, ledvin a k významnému nárůstu morbidity a mortality. Profylaxe a léčba dny by vždy měla zahrnovat edukaci pacientů, dietní a režimová opatření, monitoring a léčbu komorbidit, racionalizaci přidružené farmakoterapie, dlouhodobou farmakologickou léčbu a profylaxi dny, a léčbu jejích akutních projevů. Farmakoterapii dny je nutné zvažovat již od první manifestace onemocnění. Hypourikemická léčba by měla směřovat k dosažení a dlouhodobému udržení konkrétních cílů. Urikemie je snadno měřitelným parametrem a hlavním rizikovým faktorem dny, proto hlavním cílem léčby by mělo být dosažení a dlouhodobé udržení urikemie < 360 $\mu\text{mol/l}$. Zdá se, že zahájení hypourikemické léčby již v průběhu dnešního záchvatu je bezpečné a z pohledu adherence pacienta k léčbě efektivnější. Její zahájení však může být doprovázeno rozvojem opakovaných dnových záchvatů zejména během prvních 8 týdnů léčby. Mnohá randomizovaná klinická hodnocení prokázala, že současná profylaktická léčba kolchicinem, případně NSA, po dobu minimálně prvních 3–6 měsíců hypourikemické léčby, významně snižuje riziko relapsu onemocnění. Použití kolchicinu má stále své pevné místo v dlouhodobé léčbě dny i v léčbě jejích akutních projevů.

Moderní léčba atopické dermatitidy

MUDr. Jana Drochytková

(Přednáška sponzorovaná společností Sanofi-aventis, s. r. o.)

Dětské kožní oddělení Pediatrické kliniky Fakultní nemocnice, Brno

Centrum pro vzácná kožní onemocnění, člen ERN-Skin, Brno

Atopická dermatitida (AD) je silně svědivé, chronické, zánětlivé onemocnění alergického původu, které má dědičný podklad. Prevalence atopické dermatitidy se u dětí pohybuje mezi 15–25 % a u dospělých mezi 3–10 %. AD bývá často spojena s dalšími alergiemi: s alergickou rýmou, konjunktivitidou, asthma bronchiale, kopřivkou, esofagitidou. Symptomy AD jako svědění, bolestivost a chronické kožní projevy narušují běžné denní aktivity i spánek, mnohdy způsobují pocity méněcennosti, narušení partnerských vztahů, snížení efektivity v práci a mohou vést až k depresím.

AD je onemocnění multifaktoriální. V jeho etiologii se podílí dysregulace imunitního systému, porušená kožní bariéra a vlivy prostředí.

Narušení rovnováhy mezi Th1 a Th2 lymfocyty s převahou Th2 odpovědi vede k uvolnění odpovídajících cytokinů (IL-4, IL-13, IL-31). Interleukiny IL-4 a IL-13 ovlivňují stav kožní bariéry tím, že snižují expresi bariérových proteinů keratinocyty, snižují syntézu ceramidů, ale i antimikrobiálních peptidů, IL-31 má výrazný prurigenní účinek.

V terapii těžké AD je nyní kromě konvenčních systémových imunosupresiv k dispozici biologická léčba, která zasahuje signální dráhy IL-4 a IL-13.

SPOLEČNĚ K DOSAŽENÍ CÍLOVÝCH HODNOT LDL CHOLESTEROLU

ZENON[™]
Rosuvastatin + Ezetimibe



PŘÍPRAVEK ZENON OBSAHUJE FIXNÍ KOMBINACI DVOU AKTIVNÍCH LÁTEK: ROSUVASTATIN A EZETIMIB, KTERÉ SIGNIFIKANTNĚ SNIŽUJÍ HLADINU LDL CHOLESTEROLU O 69,8 % v porovnání s monoterapií rosuvastatinem.^{1,2}

Zkrácená informace o přípravku

NÁZEV PŘÍPRAVKU: Zenon 10 mg/10 mg potahované tablety, Zenon 20 mg/10 mg potahované tablety, Zenon 40 mg/10 mg potahované tablety

LÉČIVÁ LÁTKA: Jedna tableta obsahuje rosuvastatinum (jako rosuvastatinum calcicum), 10 mg a ezetimibum 10 mg rosuvastatinum 20 mg (jako rosuvastatinum calcicum) a ezetimibum 10 mg a, rosuvastatinum 40 mg (jako rosuvastatinum calcicum) a ezetimibum 10 mg. **INDIKACE:** Přípravek Zenon je indikován k substituční terapii u dospělých pacientů, kteří jsou adekvátně kontrolováni kombinací rosuvastatinu a ezetimibu podávanou současně ve stejné dávce jako ve fixní kombinaci, avšak jako samostatné přípravky, jako doplněk diety k léčbě primární hypercholesterolemie (heterozygotní familiární a nefamiliární) nebo homozygotní familiární hypercholesterolemie a ke snížení rizika kardiovaskulárních příhod u pacientů s ischemickou chorobou srdeční (ICHS) a anamnézou akutního koronárního syndromu (AKS). **DÁVKOVÁNÍ:** Přípravek Zenon není vhodný pro počáteční léčbu. Zahájení léčby nebo úprava dávkování, pokud je třeba, by měla být prováděna s jednosložkovými přípravky a teprve po nastavení vhodných dávek lze přejít na fixní kombinaci odpovídajících sil. Pacienti by měli užívat dávky odpovídající jejich předchozí léčbě. Doporučená denní dávka je jedna tableta přípravku Zenon denně, nezávisle na jídle. Tablety se polykají celé a zapíjejí se vodou. **Pediatrická populace:** Bezpečnost a účinnost přípravku Zenon u dětí do 18 let nebyla dosud stanovena. Podávání se nedoporučuje. **KONTRAINDIKACE:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo kteroukoliv pomocnou látku přípravku, aktivní onemocnění jater včetně nevysvětleného přetrvávajícího zvýšení jaterních transamináz, zvýšení transamináz nad trojnásobek hranice normálních hodnot, těžká porucha funkce ledvin, myopatie, souběžná léčba cyklosporinem, těhotenství, kojení, podávání ženám ve fertilním věku bez účinné kontracepce. Dávka 10 mg/40 mg je kontraindikována u pacientů s predispozicí k myopatii/rhabdomyolýze (např. při středně těžké poruše funkce ledvin, hypothyreóze, osobní či rodinné anamnéze dědičných muskulárních poruch, anamnéze muskulární toxicity po inhibitory HMG-CoA reduktázy nebo fibrátů, abúzu alkoholu, asijském původu, souběžné léčbě s fibráty). **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ A OPATŘENÍ PRO POUŽITÍ:** U pacientů léčených rosuvastatinem ve všech dávkách, zvláště pak v dávkách > 20 mg, byly hlášeny nežádoucí účinky na kosterní sval, např. myalgie, myopatie a vzácně rhabdomyolýza. Velmi vzácně byl hlášen výskyt rhabdomyolýzy při užívání ezetimibu v kombinaci s inhibitory HMG-CoA reduktázy. Pokud existuje podezření na myopatii na základě svalových příznaků nebo je diagnóza myopatie potvrzena zvýšením hladiny kreatinfosfokinázy (CPK) > 10násobek horní hranice normálu (ULN), je nutno přípravek Zenon, všechny statiny a veškeré ostatní léky, které pacient současně užívá, okamžitě vysadit. Kreatinkináza (CK) se nemá stanovovat po fyzické námaze nebo za přítomnosti jiné možné příčiny. S opatrností je třeba přistupovat k pacientům s predispozičními faktory k myopatii/rhabdomyolýze. U těchto pacientů, pokud jsou hladiny kreatinkinázy výrazně zvýšeny (> 5 ULN) léčba by se neměla zahajovat. V průběhu léčby je třeba pacienty požádat, aby okamžitě hlásili nevysvětlitelné bolesti svalů, svalovou slabost nebo křeče, zvláště pokud jsou spojeny s malátností nebo horečkou. Před začátkem a tři měsíce po nasazení léčby se doporučuje provést jaterní testy. Vzhledem k neznámým účinkům zvýšené expozice ezetimibu u pacientů se středně těžkou nebo těžkou jaterní nedostatečností se nedoporučuje těmto jedincům přípravek Zenon podávat. U pacientů léčených dávkou 40 mg rosuvastatinu je vhodné zvážit zařazení sledování funkce ledvin do rutinních kontrol. U pacientů s lehkou poruchou funkce ledvin není nutná úprava dávkování. U pacientů se středně těžkou poruchou funkce ledvin (clearance kreatininu < 60 ml/min) je doporučená úvodní dávka 5 mg rosuvastatinu. Pacienti se zvýšeným rizikem pro vznik diabetu mají být klinicky a biochemicky monitorováni. Pokud je u pacienta podezření na rozvoj intersticiálního plicního onemocnění, terapie statiny má být ukončena. Současné užívání s některými inhibitory proteáz se nedoporučuje, pokud nedojde k úpravě dávků rosuvastatinu. Bezpečnost a účinnost ezetimibu podávaného spolu s fibráty nebyla stanovena. Pokud se přípravek Zenon přidává k warfarinu, jiným kumarinovým antikoagulantům nebo flutidionu, je nutno odpovídajícím způsobem sledovat mezinárodní normalizovaný poměr. Přípravek Zenon se nesmí podávat současně se systémovou léčbou kyselinnou fusidovou nebo během 7 dnů po ukončení léčby kyselinnou fusidovou. Výsledky farmakokinetických studií ukazují zvýšenou expozici u asijské populace ve srovnání s příslušnými bělošské populace. Přípravek Zenon se nedoporučuje užívat dětem a dospívajícím do 18 let věku. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí galaktosy, vrozeným deficitem laktasy nebo s malabsorpcí glukosy a galaktosy nesmí tento lék užívat. **INTERAKCE:** Kontraindikováno je současné podávání s cyklosporinem. U pacientů užívajících fenofibrát a ezetimib je možné riziko cholelitiázy a onemocnění žlučníku. Současné podávání rosuvastatinu s léčivými přípravky, které mohou zvýšit plazmatické koncentrace rosuvastatinu, jako např. některé inhibitory proteáz včetně kombinací ritonaviru a atazanaviru, lopinaviru a/nebo tipranaviru, dále gemfibrozilu, regoratenibu nebo simvastatinu, může vést ke zvýšenému riziku myopatie. Pokud je systémová léčba kyselinnou fusidovou nezbytná, musí se po dobu léčby kyselinnou fusidovou vysadit léčba rosuvastatinem. Současné podávání antacidů snižilo rychlost absorpce ezetimibu, ale na biologickou dostupnost ezetimibu nemělo žádný vliv. Současné podávání rosuvastatinu a suspenze antacidů s obsahem hydroxidu hliníkového a hydroxidu hořečnatého vedlo k poklesu plazmatických koncentrací rosuvastatinu asi o 50 %. Tento vliv byl menší, pokud se antacidum podalo 2 hodiny po podání rosuvastatinu. Současné podávání kollestyraminu snížilo průměrnou velikost plochy pod křivkou (AUC) celkového ezetimibu (ezetimib + ezetimib-glukuronid) přibližně o 55 %. Pokud je ezetimib přidán k warfarinu, jiným kumarinovým antikoagulantům nebo flutidionu, musí být INR patřičně sledován. Zahájení léčby přípravkem či zvýšení dávky rosuvastatinu u pacientů souběžně léčených antagonisty vitamínu K (např. warfarin nebo jiná kumarinová antikoagulantia) může vést ke zvýšení protrombinového času. Souběžné podávání rosuvastatinu a erythromycinu vedlo ke 20 % zmenšení AUC (0-4) a 30 % snížení hodnoty C_{max} rosuvastatinu. Souběžné podávání rosuvastatinu a perorálních kontraceptiv vedlo ke zvětšení AUC etinylestradiolu o 26 % a norgestrelu o 34 %. Neočekává se žádná klinicky významná interakce s digoxinem, dapsonem, dextrometorfanem, perorálními kontraceptivy (ethinylestradiol a levonorgestrel), glipizidem, tolbutamidem nebo midazolamem. Cimetidin neměl na biologickou dostupnost ezetimibu žádný vliv. Pokud je nutno současně podávat rosuvastatin s jinými léčivými přípravky známými, že zvyšují expozici rosuvastatinu, dávkování rosuvastatinu musí být upraveno. Tikagrelor může ovlivnit renální vylučování rosuvastatinu, což zvyšuje riziko akumulace rosuvastatinu, v některých případech vedoucí k souběžné úživnosti tikagreloru a rosuvastatinu ke snížení funkce ledvin. **FERTILITA, TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Přípravek Zenon je kontraindikován v průběhu těhotenství a kojení. Ženy ve fertilním věku by měly během léčby používat vhodné antikoncepční metody. O vlivu ezetimibu na lidskou fertilitu nejsou k dispozici žádné údaje z klinických studií. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Při řízení vozidel nebo obsluze strojů je třeba vzít v úvahu, že se během léčby může objevit závrať. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** Časté: bolesti hlavy, závrať, zácpa, nauzea, bolesti břicha, průjem, flatulence, myalgie, astenie, únava, zvýšení ALT a/nebo AST, diabetes mellitus. U rosuvastatinu byly hlášeny závažné kožní nežádoucí účinky včetně Stevensova-Johnsonova syndromu (SJS) a lékové reakce s eozinofilií a systémovými příznaky (DRESS). Pokud se u pacienta při užívání přípravku Zenon rozvinula závažná reakce jako SJS nebo DRESS, nesmí se u tohoto pacienta léčba přípravkem Zenon již nikdy znovu zahajovat. **PŘEDÁVKOVÁNÍ:** Symptomatická a poddruhá léčba s kontrolou jaterních funkcí a hladiny kreatinkinázy. Hemodialýza pravděpodobně nemá význam. **ZVLÁŠTNÍ OPATŘENÍ PRO UCHOVÁVÁNÍ:** Uchovávejte při teplotě do 30 °C v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem a vlhkostí. **Druh obalu a velikost balení:** OPA/Al/PVC/Al blistr, papírová krabička. Velikost balení: 30, 90 potahovaných tablet. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** sanofi-aventis, s.r.o., Evropská 846/176a, 160 00 Praha 6, Česká republika. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** Zenon 10 mg/10 mg potahované tablety: 31/321/14-C, Zenon 20 mg/10 mg potahované tablety: 31/322/14-C, Zenon 40 mg/10 mg potahované tablety: 31/323/14-C. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE TEXTU:** 8. 4. 2022. **VÝDEJ:** Léčivé přípravky jsou vázány na lékařský předpis. Léčivé přípravky Zenon 10 mg/10 mg potahované tablety, Zenon 20 mg/10 mg potahované tablety, Zenon 40 mg/10 mg potahované tablety jsou plně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro podrobné informace čtěte SPC, které obdržíte na adrese: sanofi-aventis, s.r.o., Evropská 846/176a, Praha 6, 160 00, Česká republika. Tel.: 233 086 111, fax: 233 086 222, www.sanofi.cz

Reference: 1. SPC ZENON, poslední revize textu 8. 4. 2022. 2. Efficacy and safety of rosuvastatin 40 mg alone or in combination with ezetimibe in patients at high risk of cardiovascular disease (results from the EXPLORER study). Am J Cardiol. 2007 Mar 1; 99(5): 673-80.

Jedním z těchto biologických léků je dupilumab, se kterým máme zkušenosti z našeho pracoviště.

Dupilumab je lidská monoklonální protilátka vážící se na podjednotku IL- 4R α , čímž blokuje signální dráhy IL-4, IL-13.

V současné době je preparát dupilumab schválen pro léčbu pacientů s těžkou formou atopické dermatitidy od 6 let po selhání lokální terapie, fototerapie nebo balneoterapie. U dospělých pacientů se středně těžkou a těžkou AD se podává u pacientů po selhání či při kontraindikaci alespoň jednoho ze způsobů konvenční systémové imunosupresivní terapie.

V přednášce předkládáme shrnutí našich dosavadních zkušeností s léčbou dupilumabem a připojujeme krátké kazuistiky některých našich pacientů.

MEDDI app jako zdroj dalších příjmů pro vaši ambulanci

MUDr. Sam Benmammar

MEDDI hub, a. s., Praha

Aktuální trendy ve zdravotnictví přinášejí zvýšenou administrativní zátěž praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost. Využitím nástrojů platformy MEDDI dosáhnete časové úspory 90 minut denně a vymýtíte nekonečné vyzvánění telefonu díky automatickému objednávání pacientů, online třídění požadavků, převodu dokumentace do elektronické podoby s využitím šifrované komunikace s pacienty a dalším chytrým funkcím.

Další výhodou je možnost nahlížet do lékového záznamu a zaslat recept z mobilu mimo ordinaci.

Samozřejmostí je možnost propojení ambulantního informačního systému a platformy MEDDI.

Nabídněte vašim pacientům prémiový program péče MEDDI app a získejte tak pravidelný příjem pro vaši ambulanci, aniž byste museli pracovat déle.

Spolupráce se záchrannou službou: převzetí pacienta posádkou záchranné služby

MUDr. Eva Jiráčková

sobota / 10. září / 12.10–13.00

Spolupráce se záchrannou službou: převzetí pacienta posádkou záchranné služby

MUDr. Eva Jiráčková

Zdravotnická záchranná služba Jihomoravského kraje, p. o., Brno

V prezentaci budou popsány stavy, kdy je indikováno přivolání zdravotnické záchranné služby. Popíše i situace, které jsou hraniční k přivolání ZZS.

Dále bude popsáno fungování zdravotnické záchranné služby, typy posádek ZZS, vybavení sanitních vozů záchranné služby Jihomoravského kraje. Zmíněny budou i kompetence záchranářů a jejich povinnosti vyšetření a zajištění pacienta. Déle v teoretické části bude zmíněno fungování krajského zdravotnického operačního střediska. Uvedeny budou i klasifikace výjezdu z hlediska naléhavosti.

V praktické části budou definovány konkrétní stavy vyžadující spolupráci praktického lékaře se záchrannou službou. V závěru budou popsány akutní situace, kdy personál ambulance praktického lékaře musí zahájit neodkladnou péči. Základy neodkladné resuscitace.

blokurima

GYNIMUN[®]

INTIMNÍ PARTNER



2G – MANÓZY
BAKTERIÁLNÍ LYZÁTY



VAGINÁLNÍ LAKTOBACILY

ZÁKLADNÍ KAMENY SVĚTOVÝCH DOPORUČENÝCH POSTUPŮ

Závislosti

odborný garant MUDr. Jiří Pokora

sobota / 10. září / 13.00–14.30

Závislost na alkoholu a nealkoholových návykových psychotropních látkách – diagnostika a léčba

MUDr. Jiří Pokora

Psychiatrická nemocnice, Brno-Černochovice

O alkoholismu a toxikomaniích (překlad názvu přednášky do srozumitelnějšího, leč ne zcela správného jazyka) panuje v laické i odborné veřejnosti mnoho mýtů, pověr a polopравd. V přednášce se seznámíme s Jellinekovým diagnostickým systémem závislosti na alkoholu. Tento americký psychiatr definoval čtyři vývojová stadia alkoholismu. V prvním je alkohol zázračným prostředkem, který pomáhá, dává a nic nebere. Ve druhém roste tolerance – budoucí alkoholik alkohol snese (a potřebuje) stále víc alkoholu. Ve 3. stadiu dochází ke kardinálnímu fenoménu, a to ztrátě nebo alespoň závažné poruše kontroly pití. Nejjednodušším řešením je nepít alkohol vůbec, tedy abstinovat. Abstinence je v našem pojetí medicínským doporučením, je to vlastně „bezalkoholní dieta“, tedy nikoliv ideologie nebo dokonce světový názor. Pokud alkoholik tato pravidla nerespektuje, propije se do terminálního 4. stadia s prudkým poklesem tolerance. Alkoholik, který dříve vypil 15–20 piv, je nyní po 2 pivech úplně opilý. Projevují se závažné důsledky ve sféře sociální (rozpad rodiny, ztráta zaměstnání, trestná činnost) i zdravotní (onemocnění jater i dalších orgánů, alkoholová demence a deprivace osobnosti, alkoholové psychózy). Něco si povíme i o toxikomaniích, hlavní pozornost ale budeme věnovat alkoholu, protože ten u nás byl, je a zůstane drogou č. 1.

Rezidenční (ústavní) léčení závislostí se nedá srovnávat s léčbou na běžném nemocničním lůžku. Naše protialkoholní oddělení připomíná spíš penzion nebo hotel než nemocniční oddělení. Účelem léčby je nácvik, trénink nového životního stylu bez alkoholu. Není to zdaleka tak jednoduché, jak to vypadá. Laik by si řekl, že jednoduše stačí přestat pít. Kdyby to bylo tak prosté, mohly by se všechny instituce pro léčení návykových nemocí zrušit. Konzum alkoholu zasahuje do všech oblastí života a pozvolna, plíživě a zákeřně je devastuje. Základem léčby je psychoterapie. Z biologických metod používáme jen léčbu disulfiramem. Léčba probíhá v terapeutické komunitě, která je hlavním léčebným prostředkem a terapeutický tým jen moderuje její působení. Léčba probíhá nepřetržitě od rána do večera. Součástí léčby jsou i sportovní a kulturní aktivity včetně oblíbených 10–12 km výšlapů do okolí Brna. Pacienti denně píšou do deníku o svých dojmech a pocitech a také musí napsat životopis na 8 stran formátu A4.

Lékař odesílající pacienta na léčbu by měl vědět, že pacient musí být v takové tělesné i duševní kondici, aby takový program zvládl. Pacient s rozvíjejícím se jaterním selháním nebo s počínající alkoholovou demencí není pro léčbu na takovém oddělení indikován. Léčebný program je rozvržen na 13 týdnů. Nedílnou součástí léčby je i doléčování. Na našem oddělení pořádáme každý měsíc Setkání pacientů odd. 19, kde se setkávají pacienti odd. 19 s našimi „absolventy“, kteří mají za sebou několik týdnů, měsíců nebo let abstinence a předávají si zkušenosti. Dvakrát ročně pořádáme slavnostní setkání, kde naše absolventy odměňujeme diplomy a medailemi. Máme takový rituál, že pacient abstinující více než 5 let má právo tykat si s psychology, pokud více než 10, má právo tykat si s přednostou primariátu, tedy se mnou. Tykám si už s více než 50 bývalými pacienty. Je to velká motivace pro obě strany.

O ambulantním léčení závislosti a o nových přístupech k léčbě psychiatrických pacientů promluví mí kolegové.

Fungování a význam adiktologické ambulance v rámci péče (nejen) o závislé

Bc. et Bc. David Věchet¹, Mgr. Sonja Věchetová^{1,2}

¹Nestátní zdravotnické zařízení Remedis, adiktologická ambulance, Brno

²Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice, Praha

Autoři příspěvku představí krátce koncept oboru adiktologie s důrazem na transdisciplinarnitu jak ve smyslu vzdělávání, tak následné přímé péče o pacienta v celém jejím kontinuu, a to optikou bio-psycho-sociálně spirituálního modelu zdraví. Budou představeny možnosti práce adiktologa v rámci předléčebného procesu, v rámci samotné ambulantní léčby závislosti a duálních komorbidit, i v rámci doléčovacího procesu. Nedílnou součástí přednášky bude oblast síťování a spolupráce jak s dalšími obory v oblasti zdravotní péče a medicíny, tak v oblasti spolupráce s institucionální sítí a se sítí sociálních adiktologických služeb. Autoři také představí způsoby práce v adiktologické ambulanci Remedis v Brně a základní techniky přímé práce s pacientem a s jeho blízkými odpovídající fázím změny návykového chování, ve kterých se pacient aktuálně může nacházet. Nedílnou součástí práce adiktologické ambulance Remedis je kromě vlastní terapie návykového chování také somatická péče, případně její management. Přednášející představí vlastní zkušenosti ze screeningu, prevence a léčby krví přenosných infekčních onemocnění, obzvláště virové hepatitidy typu C, stejně jako zkušenost s managementem péče související s dalšími somatickými komorbiditami uživatelů návykových látek.

Centrum duševního zdraví a jeho role v zajišťování komplexní psychiatrické péče

MUDr. Lenka Vachková, Mgr. Barbora Plochová, Bc. Jana Vícha Wůdyová

Centrum duševního zdraví, Psychiatrická nemocnice, Brno

Centrum duševního zdraví (CDZ) je nová služba, která vznikla v rámci Reformy péče o duševní zdraví na základě praxe založené na důkazech. Významným způsobem dotváří síť služeb pro osoby s duševním onemocněním. Od běžných dosavadních psychiatrických služeb se CDZ odlišují tím, že je to péče zdravotně-sociální a poskytovaná z velké části v domácím prostředí. Cílem CDZ je zajistit komunitní a multidisciplinární službu zaměřenou na prevenci hospitalizace nebo jejího zkracování a nápomoc k reintegraci osob s duševním onemocněním do komunity. CDZ jsou umístěna v běžné obecní zástavbě. Pracovní tým sestává ze dvou částí – zdravotní a sociální. Často vznikla spojením 2 subjektů, například psychiatrické nemocnice a neziskové organizace. CDZ mají jasně danou cílovou skupinu a spádovou oblast. Nejprve vznikala CDZ pro lidi s vážnými duševními poruchami, v poslední době i pro další cílové skupiny: děti, starší věkové skupiny, lidi se závislostmi a lidi s nařízenou psychiatrickou ochrannou léčbou. Do konce roku 2021 byl splněn cíl vzniku 30 center v celé ČR. Další cíl je postupný vznik CDZ v každém okrese – až přibližně do 100 CDZ na ČR. Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ) pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním (SMI) je uvedený ve věstníku MZ ČR z 30. 6. 2021. Pracujeme v CDZ PN Brno a rádi bychom vás s naší prací podrobněji seznámily i pomocí několika příkladů z praxe.



19. kongres Medicíny pro praxi

**21.–22. 10. 2022
PRAHA**

AKREDITACE

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

CÍLOVÁ SKUPINA

- všeobecní praktičtí lékaři

ODBORNÝ GARANT AKCE

- prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc., FESC

REGISTRAČNÍ POPLATEK

- při registraci do 19. 10. 2022: **1 700 Kč**
- při registraci na místě: **1 900 Kč**
- **50% sleva** pro lékaře do 35 let

POŘADATEL A KONTAKT

- Společnost SOLEN, s. r. o.,
ve spolupráci s Klinikou kardiologie IKEM, Praha
- Mgr. Marta Boučková
bouckova@solen.cz, +420 770 194 701

SOLEN MEDICAL EDUCATION



MÍSTO KONÁNÍ

O₂ universum

Českomoravská 2345/17, 190 00 Praha-Libeň



Vážené dámy, vážení pánové,

dovolujeme si vás pozvat na 19. ročník kongresu Medicíny pro praxi v Praze, který se uskuteční ve dnech 21.–22. 10. 2022 v O₂ universum, pod záštitou odborného garanta prof. MUDr. Josefa Kautznera, CSc., FESC, přednosta kardiocentra a Kliniky kardiologie IKEM v Praze. Tradičně pestrý odborný program vám přinese nové poznatky z různých oborů s důrazem na využitelnost informací ve vaší ambulantní praxi. Během přestávek pak můžete navštívit stánky spolupracujících firem a sdílet své dojmy s kolegy nad šálkem kávy.

Kongres je primárně zaměřen na skupinu všeobecných praktických lékařů, ale vítáni jsou i zdravotníci jiných specializací.

Těšíme se na setkání.

TEMATICKÉ BLOKY PROGRAMU

- **Podologie**
odborný garant Mgr. Jaroslav Fešar, MBA
- **Závratě pro praktické lékaře**
odborný garant doc. MUDr. Jaroslav Jeřábek, CSc.
- **Od poruch paměti až k léčbě šité na míru**
odborný garant prof. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D.
- **Transsexualita**
odborný garant MUDr. Hana Fífková
- **Právní problémy v lékařské praxi**
odborný garant JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

GENERÁLNÍ
PARTNER



**Registrace a další informace
na www.medicinapraha.cz**





ODBORNÝ PROGRAM

GENERÁLNÍ PARTNER



Aktuální program sledujte na
www.medicinapraha.cz

PÁTEK 21. ŘÍJNA 2022

9.00 ZAHÁJENÍ ODBORNÉHO PROGRAMU
prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc., FESC

ZÁVRATĚ PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE

garant doc. MUDr. Jaroslav Jeřábek, CSc.

- Nejčastější typy závratí v ordinaci praktického lékaře – Martinkovič L.
- Základní vyšetření pacienta s akutní závratí – Danková M.
- Možnosti léčby závratí v ordinaci praktického lékaře – Jeřábek J.

KARDIOLOGIE

- bude doplněno

OD PORUCH PAMĚTI AŽ K LÉČBĚ ŠITÉ NA MÍRU

garant prof. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D.

- Inovativní a původní české testy ALBA a POBAV k časnému rozpoznání mírných poruch paměti – Bartoš A.
- Kognitiva – Franková V.
- Diagnostika a léčba kognitivních poruch v kazuistikách – Šnajdrová Z.

AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE

- bude doplněno

PODOLOGIE

garant Mgr. Jaroslav Fešar, MBA

- Problematika zarůstání nehtů a možnosti řešení, diabetická noha a změny na nehtech – Fešar J.
- Nehtové změny (dystrofie, infekce, nádory), spolupráce dermatologů a podologů – Arenberger P.
- Syndrom diabetické nohy a změny na nehtech a kůži nohou v souvislosti s cukrovkou – Bém R.

18.15 PŘEDPOKLÁDANÉ ZAKONČENÍ ODBORNÉHO PROGRAMU PRVNÍHO DNE KONGRESU

SOBOTA 22. ŘÍJNA 2022

PRÁVNÍ PROBLÉMY V LÉKAŘSKÉ PRAXI

JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE

- bude doplněno

SPOLUPRÁCE ZÁCHRANNÉ SLUŽBY A AMBULANTNÍHO SEKTORU

garant MUDr. Petr Kolouch, MBA

TRANSSEXUALITA

garantka MUDr. Hana Fifková

- Poruchy pohlavní identity (základní pojmy) – Weiss P.
- Klinická práce s transsexuálními klienty – Fifková H.
- Hormonální terapie u dospělých transsexuálních osob – Weiss P.
- Děti a dospívající s rodovou dysforií – z ostří nože na špičku jehly – Neumann D.

14.30 ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD



kongres Medicíny pro praxi

**25.–26. 11. 2022
PLZEŇ**

SOLEN MEDICAL EDUCATION



MÍSTO KONÁNÍ

Parkhotel Congress Center Plzeň
U Borského parku 2791, 320 04 Plzeň



AKREDITACE

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

CÍLOVÁ SKUPINA

- všeobecní praktičtí lékaři

ODBORNÝ GARANT AKCE

- prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.

REGISTRAČNÍ POPLATEK

- při registraci do 30. 9. 2022: **1 300 Kč**
- při registraci od 1. 10. 2022: **1 700 Kč**
- při registraci na místě: **1 900 Kč**
- **50% sleva** pro lékaře do 35 let

POŘADATEL A KONTAKT

- Společnost SOLEN, s. r. o., ve spolupráci s II. interní klinikou LF UK a FN Plzeň
- Rostislav Reininger
reininger@solen.cz, +420 778 775 664

Vážené dámy, vážení páni,
ve dnech 25.–26. listopadu 2022 se v Parkhotel Congress Centru v Plzni uskuteční již 8. ročník kongresu Medicíny pro praxi. Pod záštitou prezidentky kongresu prof. MUDr. Hany Rosolové, DrSc., se v tomto roce v kongresovém sále představí odborníci z oboru ortopedie, preventivní medicíny, psychiatrie či alergologie. Vzhledem k tomu, že práce praktických lékařů není pouze o medicíně, ale je spojena také s administrativou nebo právními otázkami, připravili jsme pro vás blok Právní problémy v lékařské praxi. Nové poznatky i zážitky, odpovědi na vaše otázky, čerstvou inspiraci – pro to vše si přijďte 25.–26. listopadu na Kongres Medicíny pro praxi do Plzně.

Těšíme se na vás.

PLÁNOVANÉ TEMATICKÉ BLOKY PROGRAMU

- **Ortopedie**
garant doc. MUDr. Tomáš Pavelka, Ph.D.
- **Preventivní medicína**
garant prof. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.
- **Kardiologie**
garant bude doplněn
- **Psychiatrie a praktický lékař**
garant prof. MUDr. Jan Vevera, Ph.D.
- **Právní problémy v lékařské praxi**
garant JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.
- **Alergie, anafylaxe**
garant prof. MUDr. Petr Panzner, CSc.

GENERÁLNÍ
PARTNER



**Registrace a další informace
na www.medicinaplzen.cz**



Předplatné 2023

Medicína pro praxi

Neplatíte zbytečně víc ...

Při objednání předplatného na našich vzdělávacích akcích
získáte časopis za kongresovou cenu 750 Kč.

Cena časopisu na rok 2023 je 1000 Kč (6 čísel).



50% SLEVA

Předplatitelé
do 35 let
získají 50% slevu.



Supplementa
a odborné
publikace



Všechny články
ihned
ve formátu PDF



Objednávejte
www.medicinapropraxi.cz
předplatne@solen.cz



POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

GENERÁLNÍ PARTNER



PARTNEŘI



MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

