

Medicína pro praxi

2023

B

www.solen.cz | Med. praxi. 2023;20(Suppl. B) | ISBN 978-80-7471-443-6 | 2023

ABSTRAKTA

2. kongres Medicíny pro praxi v Českých Budějovicích

17.–18. března 2023

Clarion Congress Hotel České Budějovice



Pořadatel: Společnost SOLEN, s. r. o., ve spolupráci
s Gastroenterologickým oddělením Nemocnice České Budějovice, a. s.

SOLEN
MEDICAL EDUCATION



TRIPLIXAM®

perindopril arginin / indapamid / amlodipin

NEČEKEJTE, AŽ BUDE PŘÍLIŠ POZDĚ

Zkrácená informace o přípravku TRIPLIXAM®: SLOŽENÍ: Triplixam 5 mg/1,25 mg/5 mg obsahuje 5 mg perindopril-argininu/1,25 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplixam 5 mg/1,25 mg/10 mg obsahuje 5 mg perindopril-argininu/1,25 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, podáványými současně v téže dávce. **DÁVKOVÁNÍ A PODÁVÁNÍ:** Jedna tableta denně, nejlépe ráno a před jídlem. Fixní kombinace není vhodná pro iniciační léčbu. Je-li nutná změna dávkování, dávka jednotlivých složek by měla být titrována samostatně. **Pediatrická populace:** Přípravek by se neměl podávat. **KONTRAINDIKACE:** Dialyzovaní pacienti. Pacienti s neléčivým dekompenzovaným srdečním selháním. Závažná porucha funkce ledvin (Cl_{cr} < 30 ml/min). Středně závažná porucha funkce ledvin (Cl_{cr} 30-60 ml/min) pro Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg a 10 mg/2,5 mg/10 mg. Hypersenzitivita na léčivé látky, jiné sulfonamidy, deriváty dihydropyridinu, jakýkoli jiný inhibitor ACE nebo na kleroukolli pomocnou látku. Anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edému) souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE (viz bod Upozornění). Dědičný/idiosyncratický angioedém. Druhý a třetí trimestr těhotenství (viz body Upozornění a Těhotenství a kojení). Hepatální encefalopatie. Závažná porucha funkce jater. Hypokalemie. Závažná hypotenze. Šok, včetně kardiogenního šoku. Obstrukce výtokového traktu levé komory (např. vysoký stupeň stenózy aorty). Hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu. Současné užívání přípravku Triplixam s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m²) (viz bod Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitril/valsartanu** (viz body Upozornění a Interakce). Mimosledná léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Signifikační bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné funkční ledviny (viz Upozornění). **UPOZORNĚNÍ:** Zvláštní upozornění: **Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS):** duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se nedoporučuje. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou neuropatií. **Neutropenie/agranulocytóza/thrombocytopenie/anémie:** postupujte opatrně v případě kolagenového vaskulárního onemocnění, imunosupresivní léčby, léčby allopurinolem nebo prokainamidem, nebo kombinace těchto komplikujících faktorů, zvláště při existující poruše funkce ledvin. Monitorování počtu leukocytů. **Renovaskulární hypertenze:** pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné funkční ledviny lézeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. **Hypersenzitivita/angioedém, intestinální angioedém:** přerušte léčbu a sledujte pacienta až do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Současné užívání perindoprilu a sakubitril/valsartanu je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Léčbu sakubitril/valsartanem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce perindoprilu. Pokud je léčba sakubitril/valsartanem ukončena, léčbu nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitril/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) (viz bod Interakce). U pacientů, kteří již užívají inhibitor ACE, je třeba opatrnosti při počátečním podání racekadotriolu, mTOR inhibitorů (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptinů (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin). **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** postupujte opatrně u alergických pacientů léčených desenzibilizací a nepoužívejte v případě imunoterapie jedem blanketických. Alespoň 24 hodin před desenzibilizací dočasně vysadte inhibitor ACE. **Anafylaktoidní reakce během LDL-aterózy:** před každou afezou dočasně vysadte inhibitor ACE. **Hemodialyzovaní pacienti:** zvažte použití jiného typu dialyzační membrány nebo jiné skupiny antihypertenziv. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. **Těhotenství:** nezačínat užívání během těhotenství, v případě potřeby zastavit léčbu a zahájit vhodnou alternativní léčbu. **Hepatální encefalopatie, která může vyvolat játerní kóma:** ukončit léčbu. **Fotosenzitivita:** ukončit léčbu. **Opatření pro použití:** **Renální funkce:** U některých hypertenziků s existujícími zjevnými renálními lézemi, u nichž renální krevní testy ukazují funkční renální insuficienci, by měla být léčba ukončena a je možno ji znovu zahájit v nízké dávce nebo pouze s jednou složkou. Monitorujte draslík a kreatinin, a to po dvou týdnech léčby a dále každé dva měsíce během období stabilní léčby. V případě bilaterální stenózy renální arterie nebo jedné funkční ledviny: nedoporučuje se. Riziko arteriální hypotenze a/nebo renální insuficience u pacientů s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulární ischemií: zahajte léčbu nízkou dávkou. **Hypertenzní krize.** **Srdeční selhání/těžká srdeční insuficience:** v případě srdečního selhání postupujte opatrně. Těžká srdeční nedostatečnost (stupeň IV): zahajte léčbu nižšími iniciačními dávkami pod lékařským dohledem. **Stenóza aortální nebo mitrální chlopň/hypertroftická kardiomyopatie:** v případě obstrukce průtoku krve levou komorou postupujte opatrně. **Diabetici:** V případě inzulín-dependenčního diabetu mellitus zahajte léčbu iniciační nízkou dávkou pod lékařským dohledem; během prvního měsíce a/nebo v případě hypokalemie sledujte hladiny glukózy v krvi. **Cernost:** vyšší incidence angioedému a zjevně menší účinnost při snižování krevního tlaku ve srovnání s jinými rasami. **Operace/anestezie:** přerušte léčbu jeden den před operací. **Porucha funkce jater:** mírná až středně závažná: postupujte opatrně. Podání inhibitorů ACE může vzácně souvislosti se syndromem počinajícím cholestatickou žloutenkou a progredující až v náhlou hepatickou náhlu a (někdy) úmrtí. V případě žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů ukončete léčbu. **Kyselina močová:** hyperurikémie: zvýšená tendence k začatům dny. **Starší pacienti:** před zahájením léčby vyšetřte renální funkci a hladiny draslíku. Dávku zvyšujte opatrně. **Hladina sodíku:** v podstatě bez sodíku. **Chorodální efuze, akutní myopie a sekundární glaukom s uzavřeným úhlem:** Sulfonamidy nebo deriváty sulfonamidů mohou způsobit idiosyncratickou reakci vedoucí k choroidální efuze s defektem zorného pole, přechodné myopii a akutnímu glaukomu s uzavřeným úhlem. Příznaky zahrnují náhlý pokles zrakové ostrosti nebo bolesti očí a obvykle se objevují během hodin až týdnů po zahájení léčby. Neléčený akutní glaukom s uzavřeným úhlem může vést k trvalé ztrátě zraku. Primární léčba spočívá v co nejrychlejší vysození léčiva. 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. **Sportovci:** tento léčivý přípravek obsahuje léčivou látku, která může vyvolat pozitivitu dopingových testů. **INTERAKCE:** Kontraindikováno: Aliskiren u diabetických pacientů nebo pacientů s poruchou funkce ledvin. Mimosledná léčba: racekadotriol, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus), gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), léky vyvolávající Torsades de pointes*, estramustin, kalium-šetřící léky (např. triamteren, amilorid, ...), soli draslíku, dantrolen (infuze), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Výzývající zvláštní opatnost:** baklofen, nesteroidní antiflogistika (včetně kyseliny acetylsalicylové ve vysokých dávkách), antidiabetika (inzulín, perorální antidiabetika), kalium-šetřící diuretika a kalium-šetřící diuretika (epiheron, spironolakton), racekadotriol, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus), gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), léky vyvolávající Torsades de pointes*, amfotericin B (i.v. podání), glukokortikoidy a mineralokortikoidy (steroidové podání), tetraoksidit, stimulační látky, středně glykosidické hypokalemie a/nebo hypomagnezemie zvyšuje toxicitu kardiální digitalisy; v těchto případech je nutné sledovat plazmatické hladiny draslíku, hořčice a EKG a v případě potřeby přehodnotit léčbu), allopurinol (současná léčba s indapamidem může zvýšit výskyt reakcí hypersenzitivity na allopurinol), induktory CYP3A4, inhibitory CYP3A4, klaritromycin (existuje zvýšené riziko hypotenze). **Výzývající určitou opatnost:** antidepresiva imipraminového typu (tricyklická), neuroleptika, jiná antihypertenziva a vazodilatační, tetraoksidit, allopurinol (současná podávání s inhibitory ACE), cytotatika nebo imunosupresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid, anestetika, diuretika (thiazid nebo kličková diuretika), sympatomimetika, zlaté, metformin, jodované kontrastní látky, vápník (soli), cyklosporin, atorvastatin, digoxin nebo warfarin, takrolimus, cyklosporin, simvastatin. **Léky vyvolávající hypokalemii**:** 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 Triplixam 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:** Kontraindikováno během druhého a třetího trimestru těhotenství. Nedoporučuje se během prvního trimestru těhotenství a při kojení. **FERTILITA:** Reversibilní biochemické změny na úrovni částic spermatozoidů u některých pacientů léčených blokátory kaliového kanálu. **SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Může být narušena v důsledku nízkého krevního tlaku, který se může vyskytnout u některých pacientů, zejména na začátku léčby. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** **Velmi časté:** otok. **Časté:** závrať, bolest hlavy, parestezie, vertigo, somnolence, dysgezie, zhoršení zraku, tinitus, palpitace, zrudnutí, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), kašel, dušnost, bolest břicha, zácpa, průjem, dyspepsie, nevolnost, zvracení, změny ve vyprazdňování střev, pruritus, vyrážka, makulopapulární vyrážka, svalové křeče, otok kotníků, astenie, únava, hypokalemie**. **Méně časté:** rinitida, eozinofilie, hypersenzitivita, hypoglykémie, hypokalemie vrátěná po přerušení léčby, hyponatremie, insomnie, změny nálad (včetně úzkosti), deprese, poruchy spánku, hypostezie, třes, synkopa, diplopie, tachykardie, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní), vaskulitida, bronchospasmus, suchý v ústech, kopřivka, angioedém, alopecie, purpura, změna zabarvení kůže, hyperhidróza, exantém, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, artralgie, myalgie, bolest v zádech, poruchy močení, noční močení, pokles krevního selhání, erektilní dysfunkce, gynekomastie, bolest, bolest na hrudi, nevolnost, periferní edém, hořčice, zvýšená tělesná hmotnost, snížená tělesná hmotnost, zvýšení sérové hladiny ury, zvýšení sérové hladiny kreatininu, pád. **Vzácné:** zrazenost, zvýšení sérové hladiny bilirubinu, zvýšení hladiny jaterních enzymů, zhoršení psoriázy, syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu (SIADH**), hypochloremie**, hypomagnezemie**, zčervenání**, anurie/oligurie**, akutní renální selhání**. **Velmi vzácné:** agranulocytóza, aplastická anémie, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, hemolytická anémie, trombotyopenie, hyperglykémie, hyperkalemie, hypertenze, periferní neuropatie, cévní mozková příhoda, možná sekundární k nadměrné hypotenzí u vysoké rizikových pacientů, angina pectoris, infarkt myokardu, možná sekundární k nadměrné hypotenzí u vysoké rizikových pacientů; eozinofilní pneumonie, gingivální hyperplazie, pankreatitida, gastritida, hepatitida, žloutenka, abnormální hepatální funkce, erythema multiforme, Stevens-Johnsonův syndrom, exfoliativní dermatitida, toxická epidermální nekrolýza, Quinckeho edém, snížení hemoglobinu a hematokritu. **Není známo:** Deprese draslíku s hypokalemii, u určitých rizikových populací zvláště závažná, extrapyramidové poruchy (extrapyramidový syndrom), akutní glaukom s uzavřeným úhlem, choroidální efuze, myopie, rozmanité vidění, torsades de pointes (potenciálně fatální), možný rozvoj hepatální encefalopatie v případě jaterní insuficience, svalová slabost, rhabdomyolýza, možnost zhoršení stávajícího systémového lupus erythematosus, EKG: prodloužený interval QT, zvýšená hladina glukózy v krvi, zvýšená hladina kyseliny močové v krvi, Raynaudův fenomén. **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 ventilaci podporu. Včasné resuscitační opatření (včetně hyperventilace) k udržení perituse a srdečního výdeje mohou být spouštějící faktory. **VLASTNOSTI:** Perindopril je inhibitor angiotenzin-konvertujícího enzymu (inhibitor ACE), který konvertuje angiotenzin I na vazokonstriktor angiotenzin II. Indapamid je derivát sulfonamidů s indolovým křehem, farmakologicky příbuzný thiazidovým diuretikům. Amlodipin je inhibitorem transportu kaliových iontů (blokátorem pomalých kanálů nebo antagonistou kaliových iontů), který inhibuje transmembránový transport kaliových iontů do srdeční buňky a buňk hladkého svalstva cévních stěn. **BALENÍ:** 30 a 90 tablet. Uchovávaní: nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávaní. Doba použitelnosti: 3 roky. Doba použitelnosti po prvním otevření je 30 dní. Držitel rozhodnutí o registraci: Les Laboratoires Servier, 50, rue Camot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Registrační čísla: 58/100/14-C, 58/101/14-C, 58/102/14-C, 58/103/14-C. Datum poslední revize textu: 5. 7. 2022. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravek je k dispozici v lékárnách. Přípravek je na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <https://www.sukl.cz/skiz/seznam-leciv-a-polu-hrazenyh-ze-zdravho-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

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

PROGRAM – pátek 17. března 2023

9.00 ZAHÁJENÍ ODBORNÉHO PROGRAMU

doc. MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.

9.05–10.35 ANTIBIOTIKA

odborný garant doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.

- Strategie ATB léčby – Chmelík V.
- Antibiotika dnes (s přihlédnutím k „včera a zítra“) – Šús D., Verner M.
- Eradikační režimy *H. pylori* – Mandátová Z.
- ATB u pacientů s permanentním močovým katétre – Pešková M.

10.35–11.05 PŘESTÁVKA

11.05–12.05 KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ

odborná garantka MUDr. Eva Kociánová, Ph.D.

- Hypertenze ničí mozek – jak tomu zabránit? – Kociánová E.
- Novinky v doporučeních pro léčbu chronického žilního onemocnění – Černožorská J.
- Tepová frekvence u hypertoniků – co říkají nová doporučení a jak postupovat v praxi – Kociánová E.

12.05–12.45 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE I

- Racionalizace antisekreční léčby – žhavé téma současnosti – Bortlík M.
- Rozacea v ordinaci praktického lékaře – Nevalová Z.
- Biofilmová probiotika nové generace, patentované kmeny, bakteriální lyzáty a možnosti jejich využití – Vagnerová H.

12.45–13.45 OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA

13.45–15.15 REHABILITACE

odborný garant Bc. Tomáš Dvořák

- Diferenciální diagnostika pohybového systému, klinické testy – Marková K.
- Mýty ve fyzioterapii těhotných – Čiháková V.
- Význam přesné diagnostiky ve fyzioterapii – Dvořák T.

15.15–15.35 PŘESTÁVKA

15.35–16.05 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE II

- Úvod do lymfologie – Beranová G.
- Migréna v ordinaci praktického lékaře – Kozáková L.

16.05–16.40 INFEKČNÍ ONEMOCNĚNÍ

- Covid-19 – kde jsme a jaká je role protivirových léků – Chrdle A.
(Přednáška sponzorovaná společností Gilead Sciences, s. r. o.)
- Problematika HIV/AIDS v České republice ve 21. století – Jerhotová Z.
(Přednáška sponzorovaná společností Gilead Sciences, s. r. o.)

16.40–17.00 PŘESTÁVKA

17.00–18.30 VNITŘNÍ LÉKAŘSTVÍ

odborná garantka MUDr. Marie Pešková

- Bolesti kyčelních kloubů, třísel, stehna a dlouhá cesta k diagnóze – Beníšková M., Hrbek M.
- Akutní končetinová ischemie – Holý M.
- Moderní možnosti terapie DM 2. typu – Schneidörfler R.
- Nefrotický syndrom – Pešková M.

18.30 PŘEDPOKLÁDANÉ ZAKONČENÍ ODBORNÉHO PROGRAMU PRVNÍHO DNE KONGRESU

PROGRAM – sobota 18. března 2023

9.00–10.00 ÚHRADY ZDRAVOTNÍ PÉČE V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
Mgr. Jan Zahálka

10.00–10.20 PŘESTÁVKA

10.20–11.40 MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE

- Co dělat s opakovaně nemocným pacientem? Inosin pranobex – bezpečná a účinná imunomodulace – Hospodková M.
- Léčba covidu-19 v roce 2023 z pohledu rizikových pacientů – Chrdle A.
(Přednáška je sponzorována společností Pfizer, spol. s r. o.)
- Urogenitální infekce – kazuistiky II – Emmer J.
- Systémová enzymoterapie a její možnosti léčebného využití v medicíně – Kočár A.

11.40–12.20 LIMITY PSYCHOSOMATIKY V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE
MUDr. Michaela Ročňová

12.20–12.40 PŘESTÁVKA

12.40–14.10 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY A CO DĚLAT V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE?
odborná garantka prof. MUDr. Hana Papežová, CSc.

- Poruchy příjmu potravy. Co dělat a co nedělat v ordinaci praktického lékaře – Papežová H.
- Poruchy příjmu potravy a nárůst komorbidních onemocnění. Co to znamená pro praxi? – Holanová P.
- Poruchy příjmu potravy a doporučení zdravého pohybu. Jak rozpoznat rizikový sport – Minařík P.

14.15 ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD

PŘÍSPĚJTE NA DOBROU VĚC!
Vratte, 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

SOLEN
MEDICAL EDUCATION



V roce 2022 jsme díky vám přispěli částkou **30 000 Kč**

TIRÁŽ

2. kongres Medicíny pro praxi v Českých Budějovicích
17.–18. března 2023 | Clarion Congress Hotel České Budějovice

Pořadatel

Společnost SOLEN, s. r. o., ve spolupráci s Gastroenterologickým oddělením
Nemocnice České Budějovice, a. s.

Odborný garant

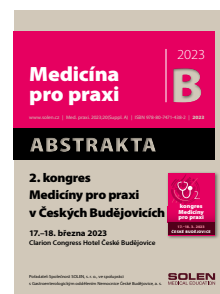
doc. MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.

Organizátor

SOLEN, s. r. o., Lazecská 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: Mgr. Marta Boučková, 770 194 701, bouckova@solen.cz
Zajištění výstavních ploch: Mgr. Martin Jiša, 734 567 855, jisa@solen.cz
Programové zajištění: Mgr. 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 B Medicína pro praxi

Citační zkratka:
Med. praxi. 2023;20(Suppl B).

Vydal: Solen, s. r. o., IČ 25553933
ISBN 978-80-7471-443-6



Komu je přípravek PAXLOVID určen?

Virus SARS-CoV-2 se rychle replikuje a i onemocnění COVID-19 s lehkým průběhem se může u rizikových pacientů vyvinout do závažné formy.^{2,3}

- Dospělým pacientům, kteří nevyžadují doplňkovou léčbu kyslíkem a kteří mají vyšší riziko progresu do závažné formy onemocnění COVID-19.¹



Proč předepsat přípravek PAXLOVID?

Ve studii EPIC-HR bylo dosaženo
u pacientů nad 65 let, kterým byla léčba
přípravkem PAXLOVID zahájena do 5 dní
od prvních symptomů,

~94% snížení relativního rizika
hospitalizace nebo úmrtí
ve srovnání s placebem⁴

Ve studii EPIC-HR bylo dosaženo
u různých skupin pacientů, kterým byla léčba
přípravkem PAXLOVID zahájena do 5 dní
od prvních symptomů,

~86% snížení relativního rizika
hospitalizace nebo úmrtí
ve srovnání s placebem ($p < 0,001$)¹

Ve studii EPIC-HR s 2 246 vysoce rizikovými pacienty byl přípravek PAXLOVID dobře tolerován a měl srovnatelnou míru nežádoucích účinků s placebem.^{4†}



Jak předepsat a užívat přípravek PAXLOVID?

- Léčba musí být zahájena ihned po pozitivním testu na onemocnění COVID-19 a do 5 dní po prvních příznacích.¹
- Přípravek PAXLOVID se užívá perorálně 2× denně** po dobu 5 dní v domácím prostředí.¹
- Před předepsáním přípravku PAXLOVID zkontrolujte stávající medikaci pacienta z pohledu možných lékových interakcí a kontraindikací.¹

**Zahajte terapii přípravkem PAXLOVID co nejdříve
po stanovení diagnózy COVID-19 u všech vašich rizikových pacientů^{1†}**

*Pacienti definováni jako dospělí, kteří nevyžadují doplňkovou léčbu kyslíkem a kteří mají vyšší riziko progresu do závažné formy onemocnění COVID-19.¹ • [†]Nejčastější nahlášené nežádoucí účinky při léčbě přípravkem PAXLOVID jsou dysgeuzie, průjem, bolest hlavy, zvracení a nauzea.¹ • **Každých 12 hodin.

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování.

Zkrácená informace o přípravku: Paxlovid 150 mg + 100 mg potahované tablety. **Složení:** nirmatrelvir 150 mg, ritonavir 100 mg; a další pomocné látky. **Indikace:** K léčbě onemocnění COVID-19 u dospělých pacientů, kteří nevyžadují doplňkovou léčbu kyslíkem a u kterých je zvýšené riziko progresu do závažné formy onemocnění COVID-19. **Dávkování a způsob podání:** 300 mg nirmatrelviru (dvě 150 mg tablety) se 100 mg ritonaviru (jedna 100 mg tableta). Užívá se společně perorálně, každých 12 hodin po dobu 5 dnů. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na pomocnou látku. Léčivé přípravky, jejichž clearance je vysoce závislá na CYP3A nebo které jsou silnými induktory CYP3A. Léčivé přípravky, které jsou kontraindikovány pro souběžné užívání s léčivým přípravkem Paxlovid. **Zvláštní upozornění:** Interakce s léčivými přípravky metabolizovanými CYP3A. Nepodávat pacientům s těžkou poruchou funkce ledvin, s těžkou poruchou funkce jater; opatrnost u pacientů s již existujícím onemocněním jater. Riziko rozvoje rezistence HIV-1. **Interakce:** S léčivými přípravky, které jsou metabolizovány CYP3A; má afinitu k cytochromu P450, k P-glykoproteinu (P-gp). Interakce s mnoha léčivými přípravky. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Nedoporučuje se užívat během těhotenství a u žen ve fertilním věku, které neužívají antikoncepci. Kojení má být přerušeno během léčby a i po dobu 7 dnů od dokončení léčby. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Neočekává se vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Časté ($\geq 1/100$ až $< 1/10$): dysgeuzie, průjem, bolest hlavy, zvracení, nauzea. **Předávkování:** Neexistuje žádné specifické antidotum. **Uchovávání:** Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Balení:** OPA/AI/PVC blistry obsahující 30 tablet. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Europe MA EEIG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Bruxelles, Belgie. **Registrační číslo:** EU/1/22/1625/001. **Datum poslední revize textu:** 15.2.2023. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se prosím seznáme s úplnou informací o přípravku.

Zkratky: COVID-19 = koronavirové onemocnění 2019, SARS-CoV = syndrom akutního respiračního selhání způsobený virem SARS-CoV, SPC = Souhrnná informace o přípravku, EPIC-HR = Evaluation of Protease Inhibition for Covid-19 in High-Risk Patients, p = statistická hodnota významnosti, CYP = cytochrom P, HIV = virus lidského imunodeficitu, EU = Evropská unie, OPA/AI/PVC = polyamid/hliník/polyvinylchlorid.

Reference: 1. SPC Paxlovid, 2. Siddiqi H. et al. J Heart Lung Transplant. 2020;39(5):405-407, 3. Bestetti R. et al. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(13):7212, 4. Hammond J, Leister-Tebbe H, Gardner A, et al. Oral nirmatrelvir for high-risk, nonhospitalized adults with COVID-19. N Eng J Med. 2022;386(15):1397-1408, 5. COVID-19 Drug Interactions, University of Liverpool, dostupné na: www.covid19-druginteractions.org, Staženo dne 19.10.2022.

Načtením QR kódu (mimo odkazů přímo souvisejících se spol. Pfizer) navštívíte prostředí mimo společnost Pfizer. Společnost Pfizer neručí za obsah stránek, které tím hodláte navštívit. V případě, že si přejete kontaktovat společnost Pfizer, prosím pište na adresu uvedenou níže. Pokud chcete nahlásit nežádoucí příhodu společnosti Pfizer, prosím, pište na e-mailovou adresu: CZE.AEReporting@pfizer.com, nebo volejte na 00420 283 004 111. Další možnost pro pacienty i zdravotnické pracovníky je hlásit nežádoucí příhody pomocí formuláře na stránkách Státního ústavu pro kontrolu léčiv: www.sukl.cz. V případě zájmu o další informace o přípravcích společnosti Pfizer nebo související s medicínskou či farmaceutickou problematikou, prosím pište své dotazy na Medical.Information@pfizer.com.



Antibiotika

Odborný garant doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.

pátek / 17. března / 9.05–10.35

Úvodní a závěrečné slovo garanta sekce

doc. MUDr. Petr Petr, Ph.D.

Nelze najít výstižnější formulace, nežli je osvědčená zásada, jak má vypadat léčebná kúra. Má totiž být:

Cura magna, praecox, recens, individualis, et satis longa.

Léčba mocná, včasná, současná, individualizovaná, a dostatečně dlouhá.

Strategie ATB léčby

MUDr. Václav Chmelík

Infekční oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.

Rozhodnutí o léčbě antibiotikem je intelektuální proces: podání či nepodání ATB vyplývá především z úvahy, zda je nemoc patrně vyvolána bakterií. K tomu je třeba provést správné odběry, které dodatečně tuto úvahu potvrdí.

K volbě správné terapie zvažujeme jaký orgán nebo systém je nemocí zasažen, a které molekuly v postižené tkáni dosáhnou účinných hladin.

Pro rychlost a zacílení léčby má rozhodující význam, zda je situace život ohrožující (jako je sepsa, suspektní endokarditida, purulentní meningitida). Tehdy po řádných odběrech biologického materiálu zvolíme empiricky vysoké dávky parenterálního baktericidního antibiotika, jež dosahuje žádoucí koncentrace v postiženém orgánu i v séru. Musíme též rozhodnout na jakém pracovišti je taková léčba možná a zajistit tam kvalifikovaný převoz. Pokud je podezření na purulentní meningitidu, pak musí být prvá dávka podána ještě před transportem (cefalosporin III)

V situaci život ohrožující infekce nám různé laboratorní metody přinášejí odpověď odlišnou rychlostí: zhodnocení příznaků sepsy je klinické a musí být velmi rychlé. K tomu pomohou statimová vyšetření krevního obrazu a známek zánětu (CRP).

Odběry na průkaz původce ze správně odebraného materiálu (hemokultury, hnis, výtěry) mají různou časovou dostupnost. Rychle může pomoci mikroskopie (z hnisu, mozkomíšního moku) a rychlé testy (latexová aglutinace), během hodin pak molekulárně biologické vyšetření. Kultivační vyšetření s identifikací původce pomocí proteomiky a jeho citlivosti (MIC) trvá většinou 48 a více hodin.

V urgentní situaci je tedy nutná především úvaha, zda infekce probíhá jako systémové nebo orgánové onemocnění a léčba má být zaměřena systémově nebo orgánově. Zvláštní důležitost má, zda jde o orgán s horším průnikem některých molekul (jako je CNS, kosti, klouby, infekce spojené s tvorbou biofilmu).

V těchto složitých situacích je nutná správná a průběžná komunikace s kolegy v jednotlivých laboratořích, ti postupně upřesňují informace a my pak upravujeme léčbu.

Pokud není situace ohrožující, máme čas vyčkat na výsledky laboratorních vyšetření a podat léčbu podle citlivosti mikroorganismu, baktericidního nebo statického účinku antibiotika a průniku do postižených tkání.

Po určité době (která je závislá na povaze nemoci, postižených tkáních a průniku antibiotik do nich) dosáhneme stabilizace stavu a stojíme před dalším závažným rozhodnutím: jak intenzivní a dlouhá má být další léčba? U některých infekcí je nutné pokračovat dál v parenterální léčbě vysokými dávkami (purulentní meningitis, absces mozku, endokarditida), zatímco u postižení některých orgánů je nutno podávat léky se správným průnikem po dlouhou

blokurima

GYNIMUN[®]

INTIMNÍ PARTNER



**2G - MANÓZY
BAKTERIÁLNÍ LYZÁTY**



VAGINÁLNÍ LAKTOBACILY

ZÁKLADNÍ KAMENY SVĚTOVÝCH DOPORUČENÝCH POSTUPŮ

dobu (kosti, klouby až 6 týdnů). Taková léčba může po dosažení klinické stability pokračovat i ambulantně, ovšem pokud máme vhodný perorální lék.

Ambulantní léčba stabilizovaného pacienta antibiotikem, které má jen parenterální formu je, v současnosti možná. Jde o takzvaný OPAT. Vyžaduje dobrou spolupráci a přání pacienta i rodiny, možnost dopravy a je náročnější organizačně. Vyžaduje většinou i souhlas pojišťovny.

Volba správné doby léčby je stejně důležitá. V poslední době je tendence u některých infekcí léčbu zkracovat. To je však možné jen s dokonalou znalostí povahy nemoci, původce, postižených tkání a celkového stavu pacienta (imunita, věk, komorbidita).

Antibiotika dnes (s přihlédnutím „k včera a zítra“)

MUDr. Miroslav Verner

Pracoviště klinické chemie a klinické farmakologie, Centrální laboratoře,
Nemocnice České Budějovice, a. s.

Přednáška shrnuje mechanismus účinků antibiotik, citlivost bakterií k antimikrobiálním látkám, mechanismy rezistence, nežádoucí účinky, nutnost terapeutického monitorování léčiv, dopady na metabolismus a imunitu.

Mechanismus účinků:

- antibiotika, která inhibují syntézu lipidů a jiných látek buněčné stěny
beta-laktamová antibiotika, monobaktamy, karbapenemy, glykopeptidy, bacitracin
- antibiotika, která narušují cytoplazmatickou membránu
polyeny, polymyxiny, azoly, amfotericin B, ionofory
- antibiotika, která inhibují syntézu nukleových kyselin
inhibiči DNA-gyrázy: aminoglykosidy, novobiocin, chinolonyinhibiči
inhibiči RNA-polymerázy: ansamyciny
- antibiotika, která interferují s bakteriální proteinovou syntézou
vazbou na ribozomální podjednotku 30S: tetracykliny;
vazbou na podjednotku 30S a 50S: aminoglykosidy;
vazbou na podjednotku 50S: makrolidy, linkosamidy, amfenikoly, diterpeny, aminocyklitoly;
zabráněním vestavění aminokyseliny do bílkoviny: amfenikoly
- antibiotika, která inhibují syntézu kyseliny listové (růst f. bakterií)
sulfonamidy, trimethoprim

Citlivost bakterií k antimikrobiálním látkám:

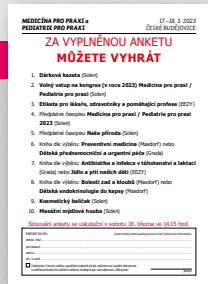
- Specifická (úzkospektrá) antibiotika – gramnegativní nebo grampozitivní bakterie nebo jen některé rody
- Širokospektrá antibiotika ničí široké spektrum mikroorganismů často včetně symbiotické mikroflóry na povrchu sliznic;
- Účinnost jednotlivých antibiotik však závisí také na místě infekce, způsobu aplikace a schopnosti pronikat až k ložisku infekce. MIC (MBC) vs. rezistence.

Nežádoucí účinky:

Aminoglykosidy a vankomycin jsou potenciálně ototoxické. Ototoxicita může být akutní (vysoká dávka) – reverzibilní blokáda kalciového kanálu ve vláskových buňkách (podáním kalcia – antagonismus mezi antibiotikem a kalcíem. Chronická ototoxicita je přisuzována době expozice (AUC) a je až v 50 % ireverzibilní, náhle a intenzivně se projevující po 5–7 dnech léčby. Též neurotoxicita – méně častá a nefrotoxicita pro svůj vliv na renální tubuly. Vhodnost terapeutického monitorování těchto ATB.

Narůstající rezistence znovu přivádí na scénu v gastroenterologii koloidní bismut.

Metabolické dopady: Ovlivnění střevní mikrobioty a imunitního systému, vliv na utilizaci živin, DM, uremie a další.



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.

Eradikační režimy *H. Pylori*

MUDr. Zuzana Mandátová

Oddělení gastroenterologie, Nemocnice České Budějovice, a. s.

Helicobacter pylori (HP) je kosmopolitně se vyskytující bakterie, která díky produkci ureázy přežívá v kyselém prostředí žaludku a má schopnost invaze do žaludeční sliznice. Bakterie byla popsána a kultivována poprvé v roce 1982 (Warren a Marshall, 2005 Nobelova cena). Infekce HP v žaludku vede ke vzniku chronické gastritidy a má vztah ke vzniku karcinomu žaludku. Proto byl HP v r. 1994 zařazen mezi kancerogeny I. třídy dle WHO. Poslední shrnutí dosavadních poznatků kolem této infekce je Maastricht VI doporučení z r. 2022. Přestože se podrobně dotýká všech možných klinických situací, stále zůstává mnoho kontroverzních bodů.

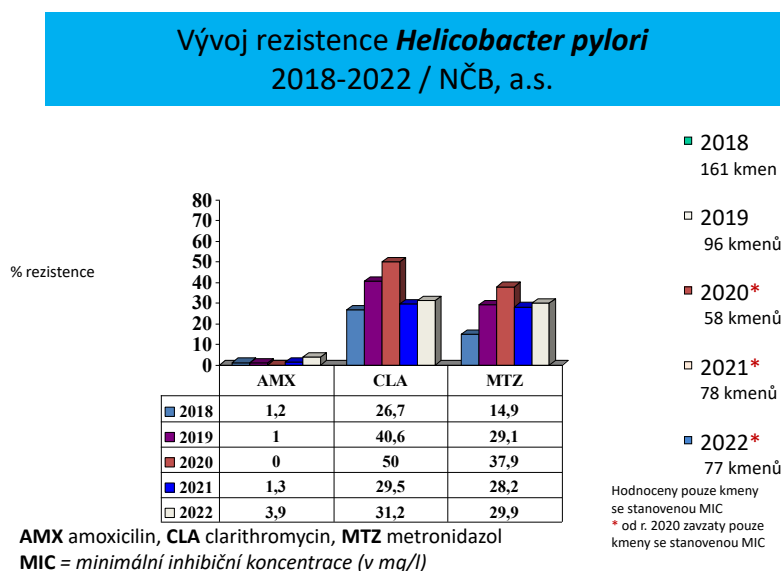
Absolutní indikace k léčbě jsou chronická gastritida, MALT lymfom a recidivující vředová choroba, doporučená je eradikace u idiopatické trombocytopenické purpury u dospělých a mikrocytární hypochromní anémie u dětí. Největší benefit z léčby mají pacienti mezi 20–40 rokem věku. Naopak dlouhodobý klinický efekt eradikace u pacientů s dyspeptických syndromem nelze očekávat.

Diagnóza se opírá o fokální testy – zjištěné při gastroskopii (průkaz speciálním barvením z histologie, ev.kultivace) a globální testy (stanovení Ag HP ze stolice). V ČR není doporučený způsob test and treat tj. léčba bez předchozího endoskopického vyšetření. Důvodem je jak dlouhodobě klesající incidence rakoviny žaludku v populaci (předpokládáme tedy i klesající incidence HP infekce), tak podhodnocená úhrada endoskopických vyšetření.

Doporučená léčba je dvojkombinace antibiotik + PPI 2× denně na 2 týdny. Otázkou zůstává, zda-li léčit empiricky nebo dle citlivosti. Citlivost lze v současnosti stanovit pouze kultivací z biopsie žaludeční sliznice. Bakterie navíc může být přítomna, ale pokus o její kultivaci v médiu nemusí být úspěšný. Do budoucna se očekávají testy, které by byly schopny zjistit citlivost např. na Klaritromycin ze stolice. Jako první volba empirické léčby se doporučuje u nás amoxicilin 2 × 1 000 mg + klaritromycin 2 × 500 mg nebo amoxicilin 2 × 1 000 mg + metronidazol 2 × 500 mg nebo metronidazol 2 × 500 mg + klaritromycin 2 × 500 mg. Dle posledního Maastricht VI doporučení by první volbou měla být čtyřkombinace s Bismutem, který však u nás není k dispozici jinak než na mimořádný dovoz. Tato kombinace by byla vhodná i v ČR, neboť patříme k zemím s vyšší incidencí rezistence na klaritromycin. Ukazuje se, že léčba dle citlivosti již v první linii léčby je užitečná a do budoucna se může podílet na snížení globální ATB rezistence.

Kontrola efektivity léčby se provádí stanovením Ag ze stolice nejdříve 4 týdny po ukončení ATB léčby, alespoň dva týdny před testováním je třeba vysadit PPI.

Obr. 1. Vývoj rezistence *Helicobacter pylori* 2018–2022



MUDr. David Šiš
CL-LKMB, ATB tým
Nemocnice České Budějovice, a.s.

ATB u pacientů s permanentním močovým katétre**MUDr. Marie Pešková**

Interní oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s.

Infekce močového traktu (IMT) patří vedle respiračních infekcí mezi nejčastěji řešený klinický problém v lékařské praxi. Pacienti s permanentním močovým katétre (PMK) jsou ohroženi komplikovanými infekcemi močového traktu, způsobenými nosokomiální infekcí bakteriemi resistantními na dostupná antibiotika (ATB). Infekce vyvolaná gramnegativními kmeny bakterií resistantními na ATB představuje jednu třetinu až jednu čtvrtinu všech bakteriálních infekcí.

Bakterie mohou na tkáních hostitele tvořit polymikrobiální agregáty – biofilm. Bakteriální biofilm je mikrobiální komunita „zabudovaná“ do hostitelské tkáně, většinou do buněk povrchových vrstev epitelu. Mikroorganismy jsou schopny produkovat extracelulární polymerický matrix, který slouží jako rezervoár nutrientů a zároveň vytváří bariéru proti antimikrobiálním vlivům prostředí hostitele a účinku ATB. V biofilmu mohou přežívat odlišné bakteriální kmeny, mezi kterými dochází k interakcím, jež mění vlastnosti mikrobiálních buněk v porovnání s planktonickými protějšky. Tvorba polymikrobiálních biofilmů je usnadněna přítomností cizorodých materiálů v močových cestách (močové katetry a stenty), představuje tak významný fokus infekce a resistance. Bakteriální biofilmy mají zásadní roli v etiopatogenezi infekcí močového traktu asociovaných s močovým katétre a stenty (CAUTI – „catheter associated urinary tract infection“). Za rychlou produkci biofilmu mohou být zodpovědné např. ureázu produkující mikroorganismy jako jsou *Proteus mirabilis*, *Morganella morganii*, *Providencia species*. Mezi nejčastější etiologická agens podílející se na vzniku IMT patří uropatogenní *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus sp*, *Streptococcus agalactiae*, *Candida sp*.

Vysoká prevalence asymptomatické bakteriurie (ABU) často vede k tomu, že zhoršení klinického stavu pacienta je interpretováno jako projev IMT a tak dochází relativně často k neindikovanému podání ATB terapie anebo k opožděnému stanovení diagnózy. Potvrzení diagnózy IMT vyžaduje současné splnění všech tří diagnostických předpokladů:

1. klinické příznaky lokalizující obtíže do močových cest anebo nespecifické příznaky při absenci příznaků naznačujících infekci jinde (horečka, apatie, amence, delirium, bolest v oblasti kostovertebrálního úhlu);
2. laboratorní průkaz pyurie a bakteriurie;
3. nepřítomnost infekce jiných lokalizací či neinfekčního procesu, kterému lze snadno připsat pacientovy obtíže.

Volba ATB terapie musí být přísně individualizovaná, zohledňující věk, pohlaví, přidružená onemocnění a riziko nosokomiálních infekcí. Podávání ATB pro klinické obtíže, které nejsou specifické pro IMT, a vedené pouze dle přítomnosti abnormalit v močovém nálezu, je nevhodné a je příčinou stupňujícího se problému resistance bakteriálních kmenů vůči ATB.



ČASOPISY

SUPPLEMENTA
REPRINTY

KNIHY

EDUKAČNÍ MATERIÁLY
BROŽURY

TIŠTĚNÁ FORMA

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

**Komunikujeme
s lékaři všemi
směry**

INTERNET

OSOBNÍ KONTAKT

E-SHOP
ARCHIV ČLÁNKŮ
ON-LINE VZDĚLÁVÁNÍ

ON-LINE



SEMINÁŘE
AKCE NA KLÍČ

KONGRESY



Kardiovaskulární onemocnění

Odborná garantka MUDr. Eva Kociánová, Ph.D.

pátek / 17. března / 11.05–12.05

Hypertenze ničí mozek – jak tomu zabránit

MUDr. Eva Kociánová, Ph.D.

1. interní klinika kardiologická, Fakultní nemocnice a Lékařská fakulta univerzity Palackého Olomouc

Orgánové poškození u hypertenze zahrnuje kromě jiných orgánů i poškození mozku, přičemž tato klinická konsekvence bývá opomíjena. Mechanismus mozkových změn zahrnuje zvýšení arteriální tuhosti, progresi aterosklerózy, mikrokrvácení, lakunární infarkty a léze bílé hmoty. Všechny tyto změny vedou ke zhoršení kognitivních funkcí a zvýšenému výskytu demence. Jedinců s poruchou kognitivních funkcí nebo demencí celosvětově přibývá. Demence snižuje kvalitu života, soběstačnost a zvyšuje riziko závislosti na péči, hospitalizace a úmrtí.

Čím dříve se hypertenze v životě rozvine, tím je, zvláště při nedostatečné kompenzaci, její dopad na funkce mozku z důvodu kumulace navozených změn závažnější. Vznik hypertenze ve středním věku urychluje atrofii mozku a je spojen s 61% nárůstem rizika demence. Hypertenze, která se objeví před 35. rokem života, ovlivní kognitivní funkce již po 50. roce věku.

Léčba hypertenze prokazatelně snižuje riziko poškození mozku. Těsná kontrola systolického krevního tlaku – pod 120 mmHg vedla ve studii SPRINT (JAMA. 2019;322(6):524-534.) k poklesu rizika zhoršení kognitivních funkcí a výskytu demence spolu s dalšími benefity, proto je celosvětový trend hypertenzi dříve vyhledávat a intenzivněji léčit. Tento trend platí pro všechny věkové kategorie, tedy i pro pacienty velmi mladé. Ani u seniorů nevede antihypertenzní léčba ke zhoršení kognice a u hypertoniků, u nichž je již lehčí kognitivní deficit přítomen, zpomaluje jeho progresi. Jako nejvíce prospěšné se jeví časné nasazení kombinační léčby a snížení variability krevního tlaku využitím léků s dlouhodobou účinností.

Včasná a správná léčba arteriální hypertenze může pomoci zastavit nárůst demence a kognitivních poruch. Prioritou je přitom pečlivější vyhledávání pacientů s arteriální hypertenzí i pomocí měření tlaku mimo ordinaci, zahájení léčby kombinovanými preparáty u většiny pacientů, vysoký nárok na dosažení cílového krevního tlaku s časnou intenzifikací napříč věkovým spektrem, hlavně u mladších pacientů, kteří v nemoci stráví většinu svého života. Podpora adherence a udržení stability krevního tlaku může být podpořena i lepší informovaností pacientů o nebezpečí kognitivních poruch při neuspokojivé kompenzaci krevního tlaku.

Novinky v doporučeních pro léčbu chronického žilního onemocnění

MUDr. Julia Černohorská, Ph.D.

Dermal Centre, s. r. o., Mělník

Chronické žilní onemocnění představuje častý problém, se kterým se potýká až polovina dospělých pacientů v našich ambulancích. Je definováno jako jakékoliv morfologické nebo funkční postižení žilního systému, které se manifestuje symptomy a/nebo nálezy, jež vyžadují lékařské vyšetření a případnou zdravotní péči. Cílem naší léčby by měla být v první řadě edukace pacienta, kontrola symptomů a prevence progresu onemocnění, které může vyústit až do vzniku ulcerace. Klíčovou roli u chronického žilního onemocnění hraje zánět.

V loňském roce byla publikována nová aktualizovaná Doporučení pro léčbu chronického žilního onemocnění dolních končetin Evropské společnosti pro žilní chirurgii (ESVS), která shrnují současné poznatky o CVD a poskytují návod, jak postupovat v péči o naše pacienty s chronickým žilním onemocněním. Tyto novinky se týkají rozšíření CEAP klasifikace, chirurgických metod a také přístupu k léčbě bércevého vředu žilní etiologie. V současné době je

detralex[®]

MPFF[®] – mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce



DETRALEX[®] = JEDINÝ S MPFF[®]



**Chronické žilní
onemocnění**
2 tbl denně

**Hemoroidální
onemocnění**
až 6 tbl denně

ČÍSLO 1

v mezinárodních i národních doporučeních^{1,2}

Zkrácená informace o přípravku Detralex[®]

SLOŽENÍ*: Flavonoidum fractio purificata micronisata 500 mg (mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce - MPFF): Diosminum 450 mg, Flavonoida 50 mg vyjádřené jako Hesperidinum v jedné potahované tabletě. **INDIKACE*:** Léčba příznaků a projevů chronické žilní insuficience dolních končetin, funkčních nebo organických: pocit tíhy, bolest, noční křeče, edém, trofické změny, včetně bércevého vředu. Léčba akutní ataky hemoroidálního onemocnění, základní léčba subjektivních příznaků a funkčních objektivních projevů hemoroidálního onemocnění. Přípravek je indikován k léčbě dospělých. **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: závrať, 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: 16. 12. 2022. 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

23C1DEMA184

1. Nicolaides AN. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines according to scientific evidence. Int Angiol 2018 June; 37(3):181-254. 2. Karetová D. a spol. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře - chronická žilní onemocnění. Novelizace 2021. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. SVL ČLS JEP. 2021.

SERVIER
moved by you

připravována novelizace Doporučených postupů České angiologické společnosti ČLS pro léčbu chronických žilních chorob, které budou odrážet aktualizace vyplývající z dokumentu ESVS.

Tepová frekvence u hypertoniků – co říkají nová doporučení a jak postupovat v praxi

MUDr. Eva Kociánová, Ph.D.

1. interní klinika kardiologická, Fakultní nemocnice a Lékařská fakulta univerzity Palackého Olomouc

Zvýšená tepová frekvence (TF), která se vyskytuje přibližně u 30 % hypertoniků je dalším, leč často přehlíženým nezávislým rizikovým faktorem kardiovaskulární morbidity i mortality, a kardiovaskulární riziko významně stoupá od TF přibližně 75/min. U hypertoniků s vysokou TF hraje zásadní roli v patofyziologii arteriální hypertenze zvýšená aktivita sympatického nervového systému. Tuto nadměrnou aktivitu lze terapeuticky ovlivnit zejména betablokátory s centrálním i periferním účinkem, dále blokátory systému renin-angiotensin-aldosteron (RAAS) a non-dihydropyridinovými kalciovými blokátory (verapamil), nicméně je nutné preferovat preparáty s dlouhým biologickým poločasem; léky s krátkým biologickým poločasem ordínované nevhodně jednou denně mohou naopak po odeznění efektu zvýšenou sympatickou aktivitu vyprovokovat. Betablokátory jsou stále lehce opomíjenou skupinou antihypertenziv, v souladu s doporučeními odborných společností jsou správně přednostně voleny u pacientů s ischemickou chorobou srdeční, se srdečním selháním se sníženou EF či jako kontrola srdeční frekvence u pacientů s fibrilací síní, nicméně jsou také výbornou lékovou skupinou pro pacienty s hyperkinetickou cirkulací a chronickým stresem, kde už nižší či střední dávka betablokátoru vede k požadovanému snížení TK i TF. Dle doporučení České společnosti pro hypertenzi je doporučeno udržovat klidovou TF pod 80/min., u pacientů s ICHS je doporučováno cílit na hodnoty nižší 55–60/min.

Aktuality do vaší ordinace I

pátek / 17. března / 12.05–12.45

Racionalizace antisekreční léčby – žhavé téma současnosti

doc. MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.

Gastroenterologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s.

Ireverzibilní inhibitory protonové pumpy a antagonisté H₂-receptorů jsou široce užívaná léčiva v terapii acidopeptických onemocnění jícnu, žaludku a dvanáctníku. V posledních letech byla publikována data, která poukazují na závažné lékové interakce inhibitorů protonové pumpy, především u pacientů užívajících antiagregační a antikoagulační léčbu, s dopady na jejich mortalitu a dále na nežádoucí účinky inhibitorů protonové pumpy při jejich dlouhodobém užívání. Smyslem sdělení je především racionalizace antisekreční léčby na základě nových poznatků a poukázat na možné širší a častější využití antagonistů H₂-receptorů, které díky minimu nežádoucích účinků a lékových interakcí zažívají renesanci v terapii acidopeptických onemocnění.



NATUREVIA®



2 × VÍCE EPA A DHA* OMEGA 3 než běžný rybí olej



EPA a DHA přispívají ke **správné činnosti srdce**
DHA přispívá k udržení **správné činnosti mozku**
a **normálního zraku***

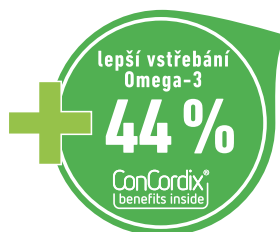
OMEGA 3 SMART KIDS

- 1 želé denně, vhodné pro děti i dospělé
- 100% bez cukru a přírodní příchut'
- žádná rybí chuť ani reflux

*DHA 250 mg denně

1 želé obsahuje:

500 mg koncentrovaného rybiho oleje s obsahem min. 360 mg Omega 3,
BEZ cukru, umělých barviv a konzervantů, lepku, laktózy.



30 ŽELÉ

balení na měsíc

DOPORUČENÁ CENA

233 Kč

OMEGA 3 One-a-Day

- **koncentrovaný** rybí tuk obsahující **75 % omega-3**
- ultra čistý olej z ančoviček z oblasti Peru
- žádná rybí pachut'
- farmaceutická čistota bez těžkých kovů a toxinů
- 1 kapsle denně

1 kapsle obsahuje:

1000 mg koncentrovaného rybiho tuku, z toho: EPA 360 mg, DHA 270 mg,
celkem Omega-3 nenasycených mastných kyselin min. 700 mg



60 KAPSLÍ

balení na 2 měsíce

DOPORUČENÁ CENA

340 Kč

Doplňky stravy

www.naturevia.cz

NATUREVIA – vaše cesta ke zdraví

Rozacea v ordinaci praktického lékaře**MUDr. Zuzana Nevoralová, Ph.D.**

Akné poradna, kožní oddělení, Nemocnice Jihlava, p. o.

Růžovka (rozacea) je velmi častá choroba, postihuje 5–22 % obyvatel. Nejčastěji se vyskytuje u osob mezi 30.–60. rokem. Predispozice jsou: keltský fenotyp, světlá pleť, modré oči, světlé nebo černé vlasy.

Příčina vzniku není stále plně objasněna. Patogenetický mechanismus předpokládá především tyto faktory: vrozenou imunitu, vaskulární změny, ultrafialové záření, volné kyslíkové radikály a mikroby. Velký význam mají provokační faktory, které nezpůsobují rozaceu, ale zhoršují její příznaky. Mezi ně patří: UV záření, horké podnebí, horké koupele, sauna, emocionální stres, pikantní, kořeněná a horká jídla a horké nápoje, kosmetické přípravky obsahující fluoridy, fluorované zubní pasty, potraviny s vysokým obsahem histaminu (červené víno, přezrálé sýry, jogurt, pivo, slanina), fyzické aktivity spojené s pocením, tlakem, třením, z léků nikotináty, vazodilatancia, některá antihypertenziva, steroidy, některá biologika a dále kosmetika s obsahem alkoholu, acetonu, kyseliny sorbové, abrazivní a peelingové přípravky.

Růžovka se vyskytuje pouze na obličeji. Hlavními příznaky růžovky jsou návaly horka, blushing (zarudnutí), nejdříve přechodné, později trvalé, dále papuly, papulopustuly a teleangiektázie. U mužů může dojít ke zbytnění některé části obličeje, nejčastěji nosu. Kůže bývá citlivá, často s šupinkami. Pozor: Řada pacientů má oční obtíže!

V léčbě jsou důležitá režimová opatření včetně odstranění nebo alespoň minimalizace provokačních faktorů. Terapie samotná je možná pomocí řady místních, u závažných případů i celkových léků, je vedena dermatologem.

Praktický lékař by měl umět:

1. „Diagnostikovat“ pacienta s růžovkou + určit závažnost postižení. Všechny závažnější případy odeslat k vyšetření na kožní ambulanci!
2. Vhodné je i poučení pacienta o nutnosti odstranění či minimalizace provokačních faktorů a volbě správné kosmetiky: šetrné běžné kosmetiky (čištění pleti, promazávání, make-up), vhodný prostředek s ochranným faktorem. U lehčích forem je možné doporučení vhodné léčebné kosmetiky (především ke snížení erytému a ektdázií).
3. U očních obtíží je vhodné doporučit umělé slzy, sluneční brýle, event. odeslat pacienta co nejdříve k očnímu vyšetření.

Přednáška je doplněna řadou obrázků choroby, je připojena jedna krátká kazuistika.

Biofilmová probiotika nové generace, patentované kmeny, bakteriální lyzáty a možnosti jejich využití**Hana Vagnerová**

FAVEA Plus, a. s., Praha

Účinnost konkrétních probiotických kmenů je potvrzena četnými klinickými studiemi. V doporučeném postupu WGO (Světová gastroenterologická společnost) najdeme přehledné informace o účinnosti probiotik v konkrétních diagnózách v oblasti GITu. Nejvyšší úroveň vědeckých důkazů je spojena s léčbou akutního průjmu a s prevencí postantibiotického průjmu. Se stejnou účinností redukuje probiotika i příznaky intolerance laktózy. Umíme už ovlivnit i mikrobiom dutiny ústní (účinným kmenem *Streptococcus salivarius* K12). Poslední vědecké výzkumy potvrzují úzkou spojitost kožního a střevního mikrobiomu při patogenezi atopické dermatitidy. WAO (Světová alergologická společnost) považuje za přínosné a doporučuje podávání probiotik pro prevenci alergického ekzému. Dnes už jsme dál i v kvalitě probiotik. Patentovaná biofilmová probiotika představují novou generaci se zvýšenou odolností vůči antibiotikům. Což nám otvírá nové možnosti při podávání probiotik během antibiotické léčby.

Patentovaná probiotika a bakteriální lyzáty

Bactoral

Streptococcus salivarius K12
pro doplnění přátelské mikrobioty
krku, dutiny ústní a středouší



Bactoral
Bactoral s vitamínem D
Bactoral Baby s vitamínem D

Bactorrhino

Účinné probiotické řešení
pylové sezóny



Bactodermal

Péče o atopickou pokožku
začíná ve střevě



Bactodermal
Bactodermal Baby

ProbioLact

Biofilmová probiotika 4. generace
- základem imunitního systému
jsou dobře fungující střeva



ProbioLact
ProbioLact Forte

NefroVaxin

Kombinace bakteriálních
lyzátů, které jsou vyrobeny
z nejčastějších původců zánětů
močových cest



favea
plus pro vaše zdraví

Rehabilitace

Odborný garant Bc. Tomáš Dvořák

pátek / 17. března / 13.45–15.15

Diferenciální diagnostika pohybového systému, klinické testy

PaedDr. Kateřina Marková

MONADA, spol. s r. o. – Klinika komplexní rehabilitace MUDr. Jiřího Marka, Praha

Stále narůstá počet nemocných s bolestmi pohybového systému, nárůst je pozorován hlavně v řadě vyspělých států. Bolesti v pohybovém systému mají negativní vliv na postižené jedince samotné, ale mají i sociálně ekonomické dopady na společnost i vlastní členy rodiny.

Přednáška se bude zabývat základním dělením bolestí v pohybovém systému a jejich lokalizací.

Důležité jsou nabídnuté klinické testy, které nám bolesti pohybového systému mohou ozřejmit. Rozlišení bolestí je důležité pro spolupráci mezi praktickými lékaři (rodinnými lékaři), ambulantními specialisty (lékaři FLR, fyzioterapeuti, ortopedi, neurologové, algeziologové a neurochirurgové – na našem pracovišti možno konzultace neurochirurgie). Stavby nezvládnutelné ani jednotlivými specialisty patří do specializovaných center – např. Centrum pro léčbu bolesti.

Bolestivé stavy v pohybovém systému vyžadují individuální a komplexní přístup praktických lékařů i ambulantních specialistů od anamnézy přes diferenciální diagnostiku až po individuální léčbu. Diagnostický i léčebný přístup musí být multidisciplinární se snahou co nejdříve najít zdroj bolesti, zaléčit ho a předejít tak chronickým potížím pacienta a jeho disability.

Mýty ve fyzioterapii těhotných

Mgr. Veronika Čiháková

MONADA, spol. s r. o. – Klinika komplexní rehabilitace MUDr. Jiřího Marka, Praha

Těhotenství je dynamický proces, který klade na těhotnou ženu určitou posturální zátěž. Zda tuto zátěž žena zvládne bez obtíží v rámci procesu adaptace a funkčně se těhotenství přizpůsobí, nebo v procesu kompenzace vzniklou posturální zátěž kompenzuje jinými, nevhodnými pohybovými stereotypy, to závisí na mnoha faktorech: na celkovém zdravotním stavu, hmotnosti, resp. BMI, věku, předchozích zraněních a mimo jiné i na posturální kondici, se kterou žena do těhotenství vstupuje.

Ve svém příspěvku bych chtěla poukázat na stavy v těhotenství (většinou funkčního charakteru), které jsou velmi dobře řešitelné cestou fyzioterapie, ale bohužel stále často indikovány k fyzioterapii nejsou.

Bolesti v oblasti pánevního kruhu (pelvic girdle pain), nadměrné tvrdnutí či bolesti břicha, dekompenzovaná diastáza – všechny tyto stavy výrazně ovlivňují komfortní prožívání těhotné ženy a zároveň mají výrazný vliv na průběh porodu a poporodní období.

Význam přesné diagnostiky ve fyzioterapii

Bc. Tomáš Dvořák

MONADA, spol. s r. o. – Klinika komplexní rehabilitace MUDr. Jiřího Marka, Praha

V rámci terapie pohybového aparátu se velmi často potýkáme s fenoménem přenesené bolesti. Z tohoto důvodu je přesná diagnostika primární příčiny obtíží pacienta klíčovou otázkou. Skrze kazuistiky obsažené v mém příspěvku bych rád zdůraznil, jak pečlivá diagnostika zásadním způsobem změní přístup a postup ve fyzioterapii včetně využití fyzikální terapie.

Cílenou a efektivní modalitu léčebného programu upravujeme podle primární příčiny nebo podle postižení konkrétní anatomické struktury pohybového aparátu. Pokud toto nebude re-

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.* Eff ect of Ruscus aculeatus on isolated canine cutaneous veins. *Gen. Pharmac.* 14, 103-106 (1983). 3. Marcelon, G. *et al.* Eff ect of Ruscus on the adrenoreceptors of the canine lymphatic thoracic duct. *Phlebology* 109-112 (1988). 4. Jäger, K. *et al.* Pharmacodynamic Eff ects 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.* Eff ect 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 eff ect 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 eff ects 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 želatinová 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.

spektováno, může docházet k prodlužování terapie, případně i poškození dalších anatomických a funkčních struktur. Naopak nastavení optimálního léčebného programu zkracuje dobu léčení a ochotu pacienta aktivně se na léčbě podílet. Tímto postupem předcházíme i chronicitě obtíží.

Aktuality do vaší ordinace II

pátek / 17. března / 15.35–16.05

Migréna v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Lucie Kozáková

Neurologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s.

Bolesti hlavy můžeme rozlišit na dvě základní skupiny – primární a sekundární bolest hlavy. U primární bolesti hlavy nenacházíme žádnou strukturální lézi ani organické postižení mozku a provedená zobrazovací vyšetření jsou negativní. Sekundární bolest hlavy je příznakem strukturálního či organického onemocnění, poruchy vnitřního prostředí či podání nebo odnětí chemické látky. Nejčastějším typem primární bolesti hlavy je migréna a tenzní bolest hlavy, méně častěji se setkáváme s bolestí hlavy typu cluster headache či trigeminovou autonomní bolestí hlavy. Migréna se projevuje záchvatovitou bolestí hlavy nejčastěji charakteru jednostranné nebo pravostranné hemikranie. Bolest je většinou pulsujícího či tepavého charakteru. Současně je přítomen alespoň jeden z doprovodných příznaků – nauzea, vomitus, fotofobie, fonofobie. Klasifikovat ji můžeme na epizodickou či chronickou. Při akutním migrenózním záchvatu se užívají léky nespecifické (jednoduchá analgetika) a specifické (triptany). Profylaktická terapie je indikována u 4 a více dnů s migrénou za měsíc. Profylaktickou terapii lze také rozdělit na nespecifickou a specifickou. Mezi zástupce nespecifické profylaktické terapie se řadí topiramát, valproát, β -blokátory (metoprolol, bisoprolol, propranolol), antidepresiva (amitriptylin, venlafaxin), blokátory Ca kanálu (flunarizin a cinarizin). Klíčovým neuropeptidem, který se významně podílí na patofyziologii migrény je calcitonin gene-related peptide (CGRP). Na základě tohoto zjištění byly vyvinuty specifická profylaktická terapie migrény – monoklonální protilátky cíleně blokující neuropeptid CGRP. CGRP protilátky jsou plně humánní nebo humanizované, váží se buď na receptor pro CGRP (erenumab) nebo na ligand (fremanezumab, galcanezumab, eptinezumab). Terapie CGRP protilátkami je novou úspěšnou a bezpečnou profylaxií jak epizodické, tak i chronické migrény.

Infekční onemocnění

pátek / 17. března / 16.05–16.40

Problematika HIV/AIDS v České republice ve 21. století

Přednáška sponzorovaná společností Gilead Sciences, s. r. o.

MUDr. Zdeňka Jerhotová

Infekční oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s.

I v roce 2023 je infekce HIV stále aktuální téma. I přesto, že ji lze v dnešní době považovat za dobře zvladatelné onemocnění, které se při řádné léčbě svým charakterem podobá jiným chronickým onemocněním, zůstává neměnným faktem, že neodhalená a neléčená infekce vede postupně ke zhoršování funkce imunitního systému. To je spojeno s rozvojem oportunních infekcí a nádorů, a v terminální fázi k jeho úplnému selhání. I přes současné pokročilosti medicíny zůstává infekce virem HIV nadále opředena řadou mýtů a iracionální stigmatizací, a to i mezi zdravotníky. Nyní je k dispozici vysoce účinná antiretrovirová léčba, která pacientům umožňuje žít plnohodnotný život bez výrazných omezení, a to včetně založení rodiny. Stejně je zahájení léčby v časném

Gilead – váš partner v léčbě infekčních onemocnění

HIV

Více než tři desetiletí Gilead pracuje na zlepšování péče o lidi žijící s HIV. Zabývá se jak léčbou a prevencí, tak také výzkumem. Kromě toho vystupuje jako partner při řešení příčin epidemie HIV a pracuje na tom, aby lidé žijící s HIV i osoby v riziku měli přístup k našim lékům jak na prevenci, tak i na léčbu.

Virové hepatitidy

Gilead je přední společností ve vývoji léků pro pacienty s virovými hepatitidami. V současné době je k dispozici léčba jak pro pacienty s hepatitidou typu B a C, tak i D. Především u hepatitidy C se podařilo dosáhnout významného úspěchu ve formě vysoce účinných antivirotických léků, které umožňují úplné vyléčení chronické hepatitidy C.

COVID-19

Gilead se díky znalostem a dlouhodobým zkušenostem s antivirotiky zaměřil na pomoc pacientům a společností v boji s pandemií COVID-19. Během prvních měsíců pandemie Gilead přinesl možnost antivirotické terapie pro léčbu onemocnění COVID-19.

CS-UNB-0202



stadiu onemocnění, což jde ruku v ruce s brzkým stanovením diagnózy. Zatím se stále setkáváme se zdravotníky, kteří mají obavy pečovat o HIV pozitivní pacienty. Je třeba podotknout, že diagnostikovaný a léčený pacient je výrazně méně infekční oproti pacientovi, který o své nemoci zatím neví. K ovlivnění epidemiologické situace výskytu HIV v ČR je nutné používat všechny nástroje, které máme k dispozici, tedy osvětu a prevenci, preexpozici a postexpozici profylaxi, diagnostiku a léčbu již infikovaných pacientů. Role praktického lékaře je nezastupitelná jak v prevenci, tak ve vyhledávání HIV pozitivních pacientů.

Více informací naleznete na webu testujsevcas.cz.

CS-UNB-0272

Datum přípravy 1/2023

Vnitřní lékařství

Odborná garantka MUDr. Marie Pešková

pátek / 17. března / 17.00–18.30

Bolesti kyčelních kloubů, stehen, třísel a dlouhá cesta k diagnóze

MUDr. Martin Hrbek, MUDr. Markéta Beníšková

Interní oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s.

Představujeme případ pacienta s imobilizujícími bolestmi pánve, třísel a stehenních kostí, který byl léčen kortikoterapií pro postcovidové plicní onemocnění. U nemocného se podařilo odhalit poměrně vzácnou diagnózu až ¾ roku po začátku potíží. Ze sdělení plyne, že pro zjištění málo obvyklé nemoci je nutno na její možnost myslet již na začátku. Důležitou roli hraje anamnéza a fyzikální vyšetření, na jejichž podkladě lze smysluplně využít sofistikované vyšetřovací metody.

Moderní možnosti terapie DM 2. typu

MUDr. Richard Schneidörfler

Interní oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s.

Přednáška stručně vymezuje základní cíle léčby diabetu mellitu 2. typu. Shrnuje základní perorální antidiabetika dle současných guidelines. Doporučuje výběr léčby pro konkrétního pacienta dle rizikových faktorů a preferovaných cílů. Klade důraz na výběr terapeutik s prokázanou organoprotekcí. Zaměřuje se cíleně na perorální GLP1-RA, jeho efekt na snížení HbA1c a BMI u vybraných pacientů formou kazuistik.

Nefrotický syndrom

MUDr. Marie Pešková

Interní oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s.

Nefrotický syndrom (NS) je soubor příznaků vznikajících v důsledku velké proteinurie. Ohrožuje nemocné závažnými komplikacemi, zejména trombotickými a infekčními, u pacientů s déletrvajícím nefrotickým syndromem vede k postupné progresi do ledvinového selhání, k akceleraci aterosklerózy nejen v důsledku těžké hyperlipidemie a k proteinové malnutrici.

Pacient s nefrotickým syndromem přichází nejčastěji s otoky dolních končetin, nevysvětlitelným vzestupem tělesné hmotnosti, s námahovou dušností, někdy v anasarce, s novým záchytem arteriální hypertenze. NS se může vyskytovat v dětství a postihuje všechny věkové kategorie dospělých. V laboratorním vyšetření nacházíme velkou proteinurii

(u dospělých více než 50 mg/kg), hypoproteinemii, hypoalbuminemii a hyperlipidemií (hypercholesterolemii i hypertriacylglycerolemii).

Nejčastější příčinou nefrotického syndromu bývá diabetická glomeruloskleróza, z dalších sekundárních glomerulopatií doprovází NS lupusovou nefritis a amyloidózu ledvin. Z primárních glomerulopatií se NS vyskytuje u tzv. NS s minimálním změnami, u fokálně segmentální glomerulosklerózy a membranózní nefropatie.

Diagnostika NS primární glomerulopatie se často neobejde bez provedení renální biopsie, podávání imunosuprese a nutnosti doživotní dispenzarizace nefrologem. Terapie NS doprovázejícího sekundární glomerulopatie závisí na důsledné léčbě základního onemocnění.

Trombotické komplikace se mohou vyskytovat v tepenném i žilním řečišti, plicní embolie, riziko stoupá s užitím kortikoidů a diuretik. Antikoagulancia jsou indikována v léčbě těchto komplikací na 6–12 měsíců i k jejich profylaxi u těžkého NS s poklesem sérového albuminu pod 25 g/l, s proteinurií nad 10 g/den.

Infekční komplikace respiračního, gastrointestinálního anebo uropoetického traktu se častěji vyskytují u dětí, jsou způsobeny nízkou koncentrací IgG, neschopností vytvořit specifické protilátky, aktivovat alternativní cestu komplementu, podáváním imunosuprese a hyperhydratací z kongesce tkání omezujících eliminaci bakterií, hlenu. Ascites anebo pleurální výpotek jsou živnou půdou pro rozmnožování bakterií.

Abnormality lipidového spektra jsou zodpovědné za pětikrát vyšší riziko úmrtí na ICHS u pacientů s NS ve srovnání se zdravou populací, proto by měli být pacienti s NS léčeni statiny. U NS byla běžně pozorována snížená hladina vitamínu B6, B12 a kyseliny listové, snížená plasmatická koncentrace 25-hydroxyvitamínu D, snížená hladina homocysteinu, ztráty tyreoglobulinu do moči.

Pacienti s primární i sekundární glomerulopatií mají být léčeni optimálními podpůrnými prostředky – zdravý životní styl, pravidelné cvičení, dietní opatření včetně restrikce sodíku, udržení optimální hmotnosti, zanechání kouření, kontrola TK ACE-inhibitory anebo sartany v maximální tolerované dávce, léky s nefroprotektivními účinky. V terapii otoků je doporučena restrikce tekutin a diuretika.

Abstrakta k sobotnímu programu naleznete v části Pediatrie pro praxi na stranách 18–24.

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** (5 čísel).

Chcete číst aktuální články
pouze on-line?

Zajistěte si **elektronické
předplatné** za **600 Kč/rok**



www.medicinapropraxi.cz →





POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

GENERÁLNÍ
PARTNER

SERVIER
moved by you

HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI



MEDIÁLNÍ
PARTNEŘI

