

Medicína pro praxi

2018

C

www.solen.cz | Med. praxi 2018; 15(Suppl C) | ISBN 978-80-7471-235-7 | 2018

ABSTRAKTA

V. KONGRES PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ V HRADCI KRÁLOVÉ

8.–9. června 2018

Hotel Nové Adalbertinum, Hradec Králové

Pořadatel: Společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Medicína pro praxi
Záštitu: I. interní kardioangiologická klinika FN HK

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

detralex®

MPFF® – mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce

NOVINKA
180 tablet



„Zahájení léčby venofarmaky v časném stadiu chronického žilního onemocnění může oddálit progresi změn. Venofarmaka by měla být podávána kontinuálně, léčbu není nutno přerušovat.“

Doporučené postupy pro léčbu CVD, 2016¹



Chronické žilní onemocnění (CVD*)
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 nevylučuje léčbu dalších onemocnění konečníku. Pokud symptomy brzy neodezní, je nutné provést proktologické vyšetření a léčba by měla být přehodnocena. **INTERAKCE***: Žádné. **FERTILITA***. **TĚHOTENSTVÍ/KOJENÍ***: V experimentálních studiích na zvířatech nebyly zjištěny teratogenní účinky a nebyly prokázány žádné anatomické anomálie ani potíže v chování mláďat během období kojení; nežádoucí účinky nebyly zaznamenány ani u lidí. Z dostupných údajů o podávání přípravku Detralex těhotným ženám vyplývá, že nedochází k žádnému nepříznivému ovlivnění těhotenství ani plodu. Studie reprodukční toxicity na zvířatech neprokázaly vliv na fertilitu u samic a samic potkanů. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE***: Žádné. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY***: Časté: průjem, dyspepsie, nauzea, vomitus. Vzácné: závratě, bolesti hlavy, pocit neklidu, vyrážka, svědění, kopřivka. Méně časté: kolitida. Frekvence neznámá: abdominální bolest, ojedinělý otok obličeje, rtů, víček, výjimečně Quinckeho edém. **PŘEDÁVKOVÁNÍ***: **FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI***: Venotonikum (venofarmakum) a vazoprotektivum. Detralex působí na zpětný návrat krve ve vaskulárním systému: snižuje venózní distenzibilitu a redukuje venostázu, na úrovni mikrocirkulace normalizuje kapilární permeabilitu a zvyšuje kapilární rezistenci; zvyšuje lymfatický průtok. **UCHOVÁVÁNÍ***: Při teplotě do 30 °C. **VELIKOST BALENÍ***: 30, 60, 120 a 180 potahovaných tablet. **DATUM REVIZE TEXTU***: 24.7.2017. Přípravek je k dispozici v lékárnách na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-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

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

* CVD = Chronic Venous Disease



Program – pátek 8. června

- 9.00 ZAHÁJENÍ**
prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D.
- 9.05–10.05 KARDIOLOGIE**
Garant prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D.
- **Pacient s chronickou ICHS v ordinaci praktického lékaře** – Pudil R.
 - **Praktické tipy v léčbě hypertenze aneb proč je lépe nečekat** – Švarcová T.
 - **Epidemiologický průřezový průzkum LIPI control** – Vrablík M.
- 10.05–11.10 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE I**
- **Pestrý účinek přírodních flavonoidů** – Černohorská J.
 - **Neuropatická bolest v ordinaci praktického lékaře** – Slováček L.
 - **Rozpoznejte depresi** – Hubeňák J.
- 11.10–11.40 PŘESTÁVKA**
- 11.40–12.50 VERTEBROPATÉ A FYZIOTERAPIE**
Garantka PhDr. Markéta Musilová
- **Klinické testy při diferenciální diagnostice vertebropatů** – Marková K.
 - **Fyzioterapeutická péče o vertebropaty a FT poukazy** – Musilová M.
 - **Indikace chirurgických intervencí u vertebropatů z pohledu fyzioterapie** – Dvořák T.
- 12.50–13.50 POLEDNÍ PŘESTÁVKA**
- 13.50–15.10 CÉVNÍ ONEMOCNĚNÍ**
Garant doc. MUDr. Radovan Malý, Ph.D.
- **Diagnostika ischemické choroby dolních končetin v ordinaci praktického lékaře** – Roztočil K.
 - **Endovaskulární léčba ischemické choroby dolních končetin** – Chovanec V.
 - **Chirurgická léčba ischemické choroby dolních končetin** – Guňka I.
 - **Medikamentózní a nefarmakologická léčba ischemické choroby dolních končetin** – Malý R.
- 15.10–15.50 PLICNÍ HYPERTENZE**
- **Diferenciální diagnostika dušnosti** – Ambrož D.
 - **Plicní hypertenze** – Jansa P.
- 15.50–16.10 PŘESTÁVKA**
- 16.10–16.25 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE II**
- **Uropatogenní *E. coli* – duální ovlivnění a prevence nekomplikovaných močových infekcí** – Belej K.
- 16.25–17.35 AKUTNÍ METABOLICKÉ STAVY**
Garant MUDr. Jan Maňák, Ph.D.
- **Akutní hyperglykemické stavy** – Šmahelová A.
 - **Hypoglykemie jako komplikace léčby diabetu** – Lášticová M.
 - **Laktátová acidóza u diabetiků** – Paclíková M.
 - **Refeeding syndrom** – Maňák J.

Program – sobota 9. června

9.00–10.00 **IP** KOLIK VÁŽÍ... ANTIBIOTIKA?

- **MICky vs. MISSky** – MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.

10.00–10.20 **SHIRE – VÁŠ PARTNER V LÉČBĚ VZÁCNÝCH ONEMOCNĚNÍ**

- **Gaucherova choroba – pacienti se spoléhají na vaši včasnou diagnózu** – Ješina P.
(Satelitní sympozium firmy Shire Czech, s. r. o.)

10.20–11.00 **VARIA**

- **Následky HPV infekce se netýkají pouze žen** – Turyňa R.
- **Lékař léčí, technika funguje – moderní pojetí práce v ordinaci** – Horský M.

11.00–11.30 **PŘESTÁVKA**

11.30–12.30 **NOVINKY VE FARMAKOLOGII V BĚŽNÉ KLINICKÉ PRAXI – LÉKOVÉ INTERAKCE**

Garant MUDr. Michal Prokeš

- **Lékové interakce a jejich management** – Suchopár J., Prokeš M.
- **Lékové interakce makrolidových antibiotik** – Prokeš M.
- **Lékové interakce nápojů, koření a léčivých rostlin** – Suchopár J.

12.30–13.15 **ČLOVĚK A MIKROBY**

- **Člověk a mikroby** – prof. RNDr. Jan Krejsek, CSc.

13.15 **ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD**

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

V. KONGRES PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ V HRADCI KRÁLOVÉ

8.–9. června 2018 | Hotel Nové Adalbertinum, Hradec Králové

Pořadatel

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

Záštitu

I. interní kardioangiologická klinika FN HK

Prezident akce

prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D.

Organizátor

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

Ohodnocení

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



Supplementum C Medicína pro praxi

Citační zkratka:

Med. praxi 2018; 15(Suppl C).

Vydal: Solen, s.r.o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-235-7



LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

DVĚ DIAGNÓZY – JEDNO ŘEŠENÍ



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

1× DENNĚ



LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

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

SLOŽENÍ: Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/10 mg, 40 mg/10 mg/10 mg potahované tablety obsahují 10 mg atorvastatinu (ator)/5 mg perindoprilu (per)/5 mg amlodipinu (amlo), 20 mg ator/5 mg per/5 mg amlo, 20 mg ator/10 mg per/5 mg amlo, 20 mg ator/10 mg per/10 mg amlo, 40 mg ator/10 mg per/10 mg amlo. Obsahuje laktózu jako pomocnou látku. **INDIKACE:** Léčba esenciální hypertenze a/nebo stabilní ischemické choroby srdeční ve spojení s primární hypercholesterolemií nebo smíšenou (kombinovanou) hyperlipidemií, jako substituční terapie u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných atorvastatinem, perindoprilem a amlodipinem podávaných současně ve stejné dávce, jaká je obsažena v této kombinaci. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ:** Obvyklá dávka je jedna tableta denně. Fixní kombinace není vhodná pro iniciační léčbu. Je-li nutná změna dávkování, titrace se má provádět s jednotlivými složkami. **Starší pacienti a pacienti s poruchou funkce ledvin:** lze podávat pacientům s clearance kreatininu ≥ 60 ml/min, není vhodný pro pacienty s clearance kreatininu < 60 ml/min, u těchto pacientů se doporučuje individuální titrace dávky s jednotlivými složkami. **Pacienti s poruchou funkce jater:** Přípravek má být podáván s opatrností a je kontraindikován u pacientů s jaterním onemocněním v aktivním stavu. **Pediatrická populace:** Použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **KONTRAINDIKACE:** Hypersenzitivita na léčivé látky, nebo na jiné ACE inhibitory, nebo deriváty dihydropyridinu, nebo na statiny nebo na kteroukoli pomocnou látku, onemocnění jater v aktivním stavu nebo neobnovené přetrvávající zvýšení sérových aminotransferáz převyšující 3násobek horní hranice normálních hodnot, během těhotenství, kojení a u žen ve fertilní věku, které nepoužívají vhodné antikoncepční prostředky (viz bod Těhotenství a kojení), závažná hypotenze, šok (včetně kardiogenního šoku), obstrukce výtokového traktu levé komory (např. hypertrofická obstrukční kardiomyopatie a vysoký stupeň stenózy aorty), hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu, anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edém) souvisejícího s předchozí terapií ACE inhibitory, dědičný nebo idiopatický angioneurotický edém, současné užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²), současné užívání se sakubitrilem/valsartanem**, mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz bod Interakce*)**, signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné fungující ledviny (viz bod Zvláštní upozornění*). **UPOZORNĚNÍ:** **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Vliv na játra: Vzhledem k obsahu atorvastatinu v přípravku Lipertance mají být pravidelně prováděny jaterní testy. Pacientům, u kterých se zjistí jakékoliv známky nebo příznaky jaterního poškození, mají být provedeny jaterní testy. Pacienti, u kterých se objeví zvýšení aminotransferáz, musí být sledováni až do doby, než se hodnoty opět znormální. Pokud přetrvávají více než trojnásobně zvýšené hodnoty aminotransferáz nad horní hranici normálních hodnot, doporučuje se snížit dávku atorvastatinu pomocí jednotlivých složek nebo léčbu atorvastatinem ukončit. Pacienti, kteří konzumují velké množství alkoholu a/nebo mají v anamnéze jaterní onemocnění, je nutné léčit přípravkem Lipertance s opatrností. **Vliv na kosterní svalstvo:** Jsou-li hladiny CK významně zvýšené ($> 5 \times$ ULN) oproti normálním hodnotám, léčba nemá být zahájena. Léčba má být přerušena, objeví-li se významné zvýšení hladin CK ($> 10 \times$ ULN), nebo je-li diagnostikována, případně předpokládána rhabdomyolýza. Riziko rhabdomyolýzy je zvýšené při současném podávání přípravku Lipertance s určitými léky, které mohou zvyšovat plazmatickou koncentraci atorvastatinu, např. se silnými inhibitory CYP3A4 nebo transportních proteinů (např. cyklosporin, telithromycin, klaritromycin, delavirdin, stiripentol, ketokonazol, atd.). Přípravek Lipertance se nesmí podávat současně se systémovou léčbou kyselinou fusidovou nebo během 7 dnů po ukončení léčby kyselinou fusidovou vzhledem k obsahu atorvastatinu. U pacientů, u kterých je systémové podání kyseliny fusidové považováno za nezbytné, se musí po dobu léčby kyselinou fusidovou přerušit léčba statinem. **Intersticiální plicní onemocnění:** Při podezření na vznik intersticiálního plicního onemocnění u pacienta musí být terapie přípravkem Lipertance přerušena. **Diabetes mellitus:** U diabetiků léčených perorálními antidiabetiky nebo inzulinem má být v průběhu prvních měsíců léčby pečlivě sledována glykemie. **Pacienti se srdečním selháním:** mají být léčeni s opatrností. **Hypotenze:** monitorování tlaku krve, renálních funkcí, a draslíku je nutné u pacientů s vysokým rizikem symptomatické hypotenze (volumová deplece nebo závažná renin dependentní hypertenze) nebo se symptomatickým srdečním selháním (se současnou renální insuficiencí nebo bez ní) nebo s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárními chorobami. Přechodná hypotenze není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou být obvykle užity bez obtíží, jakmile po doplnění objemu stoupne krevní tlak. **Stenóza aortální a mitrální chlopně:** Přípravek je kontraindikován u pacientů se závažnou obstrukcí v oblasti výtokového traktu levé komory. **Transplantace ledvin:** Nejsou zkušenosti s podáváním přípravku pacientům po nedávnou prodělanou transplantaci ledvin. **Renovaskulární hypertenze:** Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné fungující ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. **Porucha funkce ledvin:** monitorování hladiny kreatininu a draslíku, individuální titrace dávky s jednotlivými složkami u pacientů s clearance kreatininu < 60 ml/min, u pacientů se stenózou renální arterie bylo pozorováno zvýšení sérových koncentrací urey a kreatininu, u renovaskulární hypertenze je riziko závažné hypotenze a renální insuficience zvýšené. Amlodipin lze používat u pacientů se selháním ledvin v normálních dávkách. Amlodipin není dialyzovatelný. U pacientů na hemodialýze: dialyzovaných pomocí vysoce propustných membrán byly zaznamenány anafylaktoidní reakce. **Hypersenzitivita/angioedém:** okamžitě vysazení léčby a zahájení monitorování do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Souběžné užívání s inhibitory mTOR: zvýšení rizika angioedému. Současné užívání perindoprilu se sakubitrilem/valsartanem je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Podávání sakubitrilu/valsartanu nesmí být zahájeno do 36 hodin po užití poslední dávky perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčba perindoprilem nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání jiných inhibitorů NEP (např. racekadotrilu) a inhibitorů ACE může také zvýšit riziko angioedému. Před zahájením léčby inhibitory NEP (např. racekadotrilu) u pacientů užívajících perindopril je proto nutné pečlivě zhodnotit přínos a rizika. **Anafylaktoidní reakce během aferýzy nízkodenzitních lipoproteinů (LDL):** vzácný výskyt život ohrožujících anafylaktoidních reakcí, kterým lze předjet dočasným vysazením léčby před každou aferézou. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** během desenzibilizační léčby jedem blanokřídlých (včely, vosy), reakcí je možné se vyhnout dočasným vysazením léčby, nicméně se znovu objevily po neúmyslné expozici. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anémie:** Přípravek Lipertance má být používán s extrémní opatrností u pacientů se systémovým onemocněním pojiva (collagen vascular disease), u pacientů užívajících imunosupresivní látky, léčbu alopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů a pacienti mají být poučeni, aby hlásili jakékoli známky infekce (např. bolest v krku, horečku). **Rasa:** perindopril může být méně účinný na snížení krevního tlaku a může vést k vyššímu výskytu angioedému u černošských pacientů ve srovnání s jinými rasami. **Kašel:** ustupuje po ukončení léčby. **Operace/anestezie:** léčba by měla být přerušena jeden den před výkonem. **Hyperkalemie:** pravidelné monitorování sérových koncentrací draslíku u renální insuficience, zhoršené renální funkce, věku (> 70 let), diabetu mellitus, dehydratace, akutní střední dekompenzace, metabolické acidózy a u současného užívání diuretik šetřících draslík a draslíkových doplňků nebo náhrad soli s obsahem draslíku. **Kombinace s lithiem:** nedoporučuje se. **Duální blokáda systému renin-angiotensin-aldosteron (RAAS):** současné užívání ACE inhibitorů, blokátorů receptorů pro angiotensin II nebo aliskirenu zvyšuje riziko hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutní selhání ledvin). Duální blokáda RAAS se proto nedoporučuje. ACE inhibitory a blokátory receptorů pro angiotensin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. **Dědičné problémy s intolerancí galaktosy, vrožený nedostatek laktázy nebo malabsorpce glukosy a galaktosy:** přípravek by neměl být užíván. **INTERAKCE:** **Kontraindikace:** Aliskiren, mimotělní léčba**, sakubitril/valsartan**. **Nedoporučovaná kombinace:** Silné inhibitory CYP3A4, současná léčba ACE inhibítorem a blokátorem receptoru angiotensinu, estramustin, lithium, kotrimoxazol (trimethoprim-sulfamethoxazol)***, draslík-šetřící diuretika (např. triamteren, amilorid, eplerenon, spironolakton), soli draslíku, dantrolen (infuze), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** Induktory a středně silné inhibitory CYP3A4, digoxin, ezetimib, kyselina fusidová, gemfibrozil / deriváty kyseliny fibrové, inhibitory transportních proteinů, warfarin, antiplatekta (inzulín, perorální antiplatekta), baklofen, nesteroidní antiflogistika (NSAID) (včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den), racekadotril, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus). **Kombinace vyžadující určitou opatrnost:** kolchicin, kolestipol, perorální kontraceptiva, gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, tricyclická antidepresiva/ antipsychotika/ anestetika, zlat, digoxin, atorvastatin, warfarin, cyklosporin, takrolimus, 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 spermatozoj. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Schopnost reagovat může být narušena při závratí, bolesti hlavy, únavě nebo nauceze. Opatrnost je zapotřebí zejména na začátku léčby. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** **Velmi časté:** edém. **Časté:** nazofaryngitida, hypersenzitivita, hyperglykemie, somnolence, závrat, bolest hlavy, dysgeuzie, parestezie, vertigo, porucha zraku, diplopie, tinitus, palpitace, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), zčervenání, faryngolaryngeální bolest, epistaxe, kašel, dyspnoe, nauzea, zvracení, bolest hlavy 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 kreatininfosfokinázy v krvi. **Méně časté:** rinidita, eozinofilie, hypoglykemie, hypernatremie, hyperkalemie reverzibilní při ukončení léčby, anorexie, insomnie, změny nálad (včetně úzkosti), poruchy spánku, deprese, noční můry, třes, synkopa, hypoestezie, amnezie, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní) rozmazané vidění, tachykardie, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, pankreatitida, říhání, hepatitida cytolytická nebo cholestatická, kopřivka, purpura, změna zbarvení kůže, hyperhidróza, exantém, alopecie, angioedém, pemfigoid, fotosenzitivní reakce, bolest šije, svalová slabost, poruchy močení, noční močení, polakisurie, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynekomastie, bolest na hrudi, bolest, malátnost, periferní otok, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, zvýšení tělesné hmotnosti, pozitivní nálezy leukocytů v moči, snížení tělesné hmotnosti, pád. **Vzácné:** trombocytopenie, stavy zmatenosti, periferní neuropatie, cholestáza, zhoršené psoriázy, Stevens-Johnsonův syndrom, toxická epidermální nekrolýza, erythema multiforme, myopatie, myozitida, rhabdomyolýza, tendonopatie (někdy komplikovaný rupturou), vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi. **Velmi vzácné:** leukopenie/neutropenie, agranulocytóza nebo pancytopenie, hemolytická anémie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, snížení hladiny hemoglobinu a hematokritu, anafylaxe, hypertonie, ztráta sluchu, infarkt myokardu, sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, angina pectoris, cévní mozková příhoda možná sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, eosinofilní pneumonie, gastritida, gingivální hyperplazie, žloutenka, jaterní selhání, exfoliativní dermatitida, akutní renální selhání. **Není známo:** imunitně zprostředkovaná nekrotizující myopatie, extrapyramidová porucha (extrapyramidový syndrom). U jiných inhibitorů ACE byly hlášeny případy SIADH (syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu). SIADH lze považovat za velmi vzácnou, ale možnou komplikaci spojenou s léčbou inhibitory ACE, včetně perindoprilu. **PŘEDÁVKOVÁNÍ. FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI:** Atorvastatin je selektivní a kompetitivní inhibitorem HMG-CoA reduktázy. Perindopril je inhibitor angiotensin-konvertujícího enzymu (ACE inhibitor), který konvertuje angiotensin I na vazokonstriktor angiotensin II. Amlodipin je inhibitorem transportu kalciových iontů (blokátor pomalých kanálů nebo antagonistů kalciových iontů), který inhibuje transmembránový transport kalciových iontů do srdečních buněk a buněk hladkého svalstva cévních stěn. **UCHOVÁVÁNÍ:** Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **VELIKOST BALENÍ:** Krabička obsahuje 10 (pouze pro silu 10/5/5 mg), 30, 90 (3 obaly na tablety po 30 tabletách) nebo 100 potahovaných tablet Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/10 mg, 40 mg/10 mg/10 mg. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI: LABORATOIRES SERVIER**, 50 rue Carnot, 92284 Suresnes cedex France. Registrační číslo: Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg: 58/429/15-C, Lipertance 20 mg/10 mg/5 mg: 58/430/15-C, Lipertance 20 mg/10 mg/10 mg: 58/431/15-C, Lipertance 40 mg/10 mg/10 mg: 58/432/15-C. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE TEXTU:** 26. 1. 2018. Před předepsáním přípravků si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-levic-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

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

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



Kardiologie

garant prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D.

pátek / 8. června 2018 / 9.05–10.05 hod.

Pacient s chronickou ICHS v ordinaci praktického lékaře

prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D.

Interní kardiologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Ischemická choroba srdeční patří mezi nejčastější onemocnění postihující kardiovaskulární systém. Data populačních studií ukazují, že prevalence anginy pectoris narůstá s věkem u obou pohlaví a dosahuje u žen 5–7 % ve věku 45–64 let a stoupá na 10–12 % ve věkové skupině 65–84 let, u mužů je ve věku 45–64 let 4–7 % a stoupá na 12–14 % ve věku 65–84 let. Odhadovaná roční mortalita se pohybuje mezi 1,2 a 2,4 % a incidence náhlé smrti je mezi 0,6 a 1,4 % ročně, nefatální infarkt myokardu se vyskytuje u 0,6–2,7 %. Tato skupina pacientů představuje podstatnou část nemocných navštěvujících ordinace praktických lékařů. V diagnostice se uplatňuje rozbor anamnézy, klinické vyšetření, dále 12svodové ekg, biochemické vyšetření (stanovení kardiomarkerů), echokardiografie, zátěžové testy (echokardiografie, ekg) a koronarografie. Podle stratifikace rizika a symptomů je nutné volit zobrazení koronárních tepen (koronarografii).

Léčba chronické ischemické choroby srdeční zahrnuje odstranění rizikových faktorů a úpravu životního stylu. Farmakologická terapie se opírá o antianginózní/antiischemické léky (betablokátory, blokátory kalciových kanálů, nitráty), léky pro prevenci dalších příhod (antiagregancia), další skupinou léků jsou inhibitory enzymu konvertujícího angiotensin (ACE), které snižují u pacientů s hypertenzí, EFLK ≤ 40 %, diabetem nebo chronickou renální insuficiencí celkovou mortalitu, výskyt IM, cévní mozkové příhody a srdečního selhání. Spektrum léků doplňují statiny, které jsou velmi účinné pro terapii hyperlipidemií. Vzhledem k velmi časté polypragmazoni lze s výhodou využít lékových dvoj- kombinací, které mohou velmi významně ovlivnit compliance pacienta k terapii.

Aktuality do vaší ordinace I

pátek / 8. června 2018 / 10.05–11.10 hod.

Neuropatická bolest v ordinaci praktického lékaře

doc. MUDr. Ladislav Slovák, Ph.D.

Ordinace praktického lékaře pro dospělé, Poliklinika IV, Hradec Králové

Neuropatickou bolest (dále jen NB) lze rozdělit z hlediska lokalizace léze v nervovém systému na periferní a centrální. U periferního typu NB je jednou z nejčastějších příčin neuralgie, fokální a systémové neuropatie. Hlavními příčinami centrálních bolestí jsou pak míšní léze, roztroušená skleróza mozkomíšní a stavy po iktu. Rozlišována je bolest vyvolaná stimulací a spontánní. Léčba NB je celkem svízelná, neboť bývá většinou rezistentní na analgetika. Léky první volby jsou nejčastěji adjuvantní analgetika, tj. antidepresiva a antikonvulziva, zejména pak antiepileptika III. generace (gabapentin, pregabalin). Je známo, že určitý typ NB, zejména periferní etiologie, je i opioid senzitivní. Základními předpoklady pro úspěšnou léčbu NB je správná diagnostika NB, včasné zahájení léčby a zejména pak podávání léků v dostatečné dávce. Vždy je zapotřebí přihlídnout k výskytu komorbidit a pacienta léčit individuálně (personalizovaný přístup).

Vertebropaté a fyzioterapie

garantka PhDr. Markéta Musilová

pátek / 8. června 2018 / 11.40–12.50 hod.

Klinické testy při diferenciální diagnostice vertebropatů

PaedDr. Kateřina Marková

Klinika komplexní rehabilitace Monada, spol. s r. o., Praha

Bolesti zad jsou všeobecně jednou s nejčastějších příčin obtíží v dnešní populaci dospělých pacientů, které nutí nemocného vyhledat lékařské ošetření. Počet nemocných s bolestí zad stále roste. Ve společnosti je bolest zad vnímána jako choroba, i lehčí formy bolestí jsou častějším důvodem k pracovní neschopnosti. Patrné je, že tento stav má nepříznivý dopad nejen na nemocného, ale i jeho sociální a společenské okolí.

Musíme mít na mysli, že za prostou bolestí zad se může skrývat závažné, až život ohrožující onemocnění. Pečlivá diferenciální diagnostika je základem úspěšné léčby, dobré prognózy a aspektem ovlivňující kvalitu života pacienta.

Zjištění přesné příčiny, zda vychází z poškozených struktur páteře nebo z ploché nohy, ze stresové zátěže pracovní či soukromé, je vždy velice obtížné a vyžaduje mezioborovou spolupráci mezi praktickým lékařem, rehabilitačním lékařem, neurologem, psychologem a fyzioterapeutem.

Základní diagnostický přístup k bolestem zad tvoří komplexní postoj k obtížím pacienta, diagnostická triáda a prevence vzniku chronických bolestí.

Cílem přednášky je seznámení s konkrétním postupem a klinickými testy při diferenciální diagnostice bolestí zad na Klinice komplexní rehabilitace Monada.

Fyzioterapeutická péče o vertebropaty a FT poukazy

PhDr. Markéta Musilová

Klinika komplexní rehabilitace Monada, spol. s r. o., Praha

Fyzioterapeutická péče o vertebropaty je svou strategií terapie jedna z těch komplikovanějších. Zvláště u chronických pacientů, u kterých dochází již k fixaci myofasciálních, popř. myoskeletárních řetězení. Proto je zásadní pečlivá diferenciální rozvaha nad každým konkrétním pacientem. Vlivem těchto řetězení se bolest nemusí projevit přímo v místě obtíží, ale může se jednat o bolest přenesenou nebo bolest sekundární.

Cílem tohoto sdělení je demonstrace fyzioterapeutické péče o vertebropaty a poukázání na provázanost jednotlivých fyzioterapeutických postupů, která je zásadní pro komplexitu léčení, a je tudíž předpokladem úspěšné terapie.

Další část sdělení bude věnována korelaci jednotlivých úkonů s fyzioterapeutickými výkony, které jsou posléze zanášeny do FT poukazů.

Indikace chirurgických intervencí u vertebropatů z pohledu fyzioterapie

Bc. Tomáš Dvořák

Klinika komplexní rehabilitace Monada, spol. s r. o., Praha

Obor fyzioterapie je z pohledu přístupu k obtížím pacienta veskrze konzervativní. Dokonce nám často chirurgické obory vyčítají, že ovlivňujeme pacienty v jejich rozhodnutí zda operovat, či nikoliv. Je pravdou, že chirurgické řešení obtíží není rozhodně první volbou. Na druhou stranu je třeba říci, že jsou případy, kdy se bez chirurgických intervencí neobejdeme, nebo kde by naše setrávání u konzervativního přístupu nebylo pro pacienta přínosem. Musíme si být vědomi limitů svého snažení, možností a v neposlední řadě i limitů vycházejících ze samotné struktury.

To vyžaduje samozřejmě nejen znalosti o možnostech těchto intervencí, ale i o omezeních, která z těchto intervencí vyplývají, a znalosti o benefitech pro samotného pacienta.

V několika kazuistikách bych chtěl poukázat na případy, u nichž by konzervativní terapie byla zcela bez efektu, nebo by vedla k nevratným tkáňovým a funkčním změnám.

Cévní onemocnění

garant doc. MUDr. Radovan Malý, Ph.D.

pátek / 8. června 2018 / 13.50–15.10 hod.

Diagnóza ischemické choroby dolních končetin v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Karel Roztočil, CSc.

Institut klinické a experimentální medicíny, Praha

Diagnostické přístupy u ischemické choroby dolních končetin se mohou lišit v závislosti na stadiu onemocnění a typu pacienta. Základem je v každém případě posouzení anamnézy a obecné klinické vyšetření – inspekce, palpce, auskultace. Samotná palpce pulzu je málo spolehlivá a její citlivost se při klinickém vyšetření zvýší v kombinaci s auskultací šelestů nad tepnami zásobujícími dolní končetiny. Diagnózu ischemie podporuje posouzení stavu pokožky, její neporušenosti, barvy, teploty, ochlupení, růstu nehtů. Součástí klinického vyšetření je provedení tzv. polohového testu, při kterém pacient v první fázi vleže cvičí s elevovanými končetinami tak, že provádí dorsoplantární flexe v rytmu cca 40x/min do vyvolání bolesti v končetině, která je analogem klaudikačních potíží. V další části testu pacient změní polohu, posadí se a vyšetřující lékař hodnotí barevné změny na dorsu chodidel. V přítomnosti tepenné obstrukce se hyperemie pokožky dostavuje s významným opožděním.

Základní diagnostickou neinvazivní technikou, použitelnou také v podmínkách ordinace praktického lékaře, je měření kotníkového systolického tlaku a výpočet indexu kotník-paže (ABI – ankle-brachial index). V případě tepenné obstrukce dochází k redukcí kotníkového tlaku ve srovnání s hodnotami zjištěnými na paži a snížení ABI, který u zdravých osob dosahuje v průměru 1,06 (2SD: $\pm 0,15$). Všechny hodnoty ABI 0,9 a nižší jsou považovány za známku ischemické choroby dolních končetin. Čím nižší je vypočtená hodnota ABI, tím závažnější je funkční porucha: jako mírná ischemie je považováno rozmezí 0,75–0,90, jako střední při 0,50–0,75 a jako těžká ischemie hodnoty pod 0,50. Vyšetření indexu kotník-paže významným způsobem zvyšuje diagnózu končetinové ischemie (2x vyšší senzitivita ve srovnání se samotným klinickým vyšetřením). Ke změření tlaku se obvykle používají Dopplerovské ultrazvukové přístroje. Vedle toho jsou distribuovány i počítačem řízené aparáty používající oscillometrie a provádějící celé vyšetření, včetně výpočtů automaticky.

K objektivizaci klaudikačních potíží a k přesnějšímu hodnocení výkonnosti pacientů lze použít standardizované chůze na pohyblivém pásu. Obvykle se používá rychlost chůze 3,2 km/hod do sklonu 12 % a hodnotí se jednak délka chůze bez bolesti, jednak maximální vzdálenost, při které pacient zastavuje. Pokud není běhací pás k dispozici, lze jej nahradit chůzí definovaným tempem ve vyznačeném prostoru po chodbě a v doprovodu vyšetřujícího.

Barevná duplexní sonografie končetinových tepen je doplňována k výše zmíněným základním vyšetřením po odeslání na specializovaná pracoviště. Metoda patří mezi neinvazivní zobrazovací techniky a umožňuje vizualizaci a lokalizaci změn v celém průběhu tepenného řečiště, od aorty, přes oblast pánevních tepen až na končetiny. Přínos metody závisí na použitém přístrojovém vybavení, jeho nastavení a také na zkušenosti vyšetřujícího. Zásadní význam má pro indikaci a provádění dalších léčebných postupů, ať už konzervativních nebo endovaskulárních a chirurgických revaskularizací.

Plicní hypertenze

pátek / 8. června 2018 / 15.10–15.50 hod.

Diferenciální diagnostika dušnosti

MUDr. David Ambrož

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

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

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

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

Plicní hypertenze

doc. MUDr. Pavel Jansa, Ph.D.

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

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

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

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

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

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

1. ECHO

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

2. Vyšetření plicních funkcí, RTG hrudníku

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

3. Ventilačně perfuzní scintigrafie plic

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

4. Vyšetření ve specializovaném centru

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

COSYREL®

bisoprolol fumarát / perindopril arginin

Jediná fixní kombinace β-blokátoru a ACEi

pro dobře vyladěné srdce

3 INDIKACE Hypertenze | Stabilní ICHS | Srdeční selhání*

1 tableta 1x denně

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

Zkrácená informace o přípravku COSYREL®

Složení*: Cosyrel 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, potahované tablety, obsahují bisoprolol fumaras (bis) 5 mg perindoprilum argininum (per) 5 mg, 5 mg bis/10 mg per, 10 mg bis/5 mg per, 10 mg bis/10 mg per. **Indikace***: Cosyrel je indikován k léčbě hypertenze a/nebo stabilní ischemické choroby srdeční (u pacientů s infarktem myokardu a/nebo revaskularizací v anamnéze) a/nebo stabilního chronického srdečního selhání se sníženou systolickou funkcí levé komory (pouze Cosyrel 5 mg/5 mg a Cosyrel 10 mg/5 mg) jako substituční léčba u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných bisoprololem a perindoprilem podávanými současně ve stejné dávce. **Dávkování a způsob podání***: Obvyklá dávka je jedna tableta jednou denně, nejlépe ráno a před jídlem. Pacienti musí být stabilizováni na léčbě bisoprololem a perindoprilem ve stejné dávce po dobu nejméně 4 týdnů. Fixní kombinace není vhodná k iniciální léčbě. U pacientů stabilizovaných na dávce bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 2,5 mg nebo bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 5 mg: půl tablety obsahující 5 mg/5 mg nebo 5 mg/10 mg jednou denně. Je-li nutná změna dávkování, titraci je nutno provádět za použití jednotlivých složek samostatně. **Porucha funkce ledvin**: Doporučené dávkování podle clearance kreatininu. 5 mg/5 mg: $Cl_{CR} \geq 60$ (ml/min): 1 tableta; 30 < $Cl_{CR} < 60$: ½ tablety; $Cl_{CR} < 30$: přípravek není vhodný, doporučená titrace dávky za použití jednotlivých složek samostatně. 5 mg/10 mg: $Cl_{CR} \geq 60$: ½ tablety; $Cl_{CR} < 60$: přípravek není vhodný. 10 mg/5 mg: $Cl_{CR} \geq 60$: přípravek není vhodný. 10 mg/10 mg: přípravek není vhodný. **Porucha funkce jater**: není nutná úprava dávkování. **Starší pacienti**: podávání podle renální funkce. **Pediatrická populace**: Bezpečnost a účinnost nebyla stanovena, použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **Kontraindikace***: Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na jiné inhibitory angiotensin-konvertujícího enzymu (ACE); akutní srdeční selhání nebo probíhající epizody srdeční dekompenzace vyžadující i.v. inotropní terapii; kardiogenní šok; AV blok druhého nebo třetího stupně (bez pacemakeru); sick sinus syndrom; sinoatriální blokáda; symptomatická bradykardie; symptomatická hypotenze; závažné bronchiální astma nebo chronická obstrukční plicní nemoc; závažné formy periferního arteriálního okluzečního onemocnění nebo Raynaudova syndromu; neléčený feochromocytom (viz bod Upozornění*); metabolická acidóza; anamnéza angioneurotického edému souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE; dědičný nebo idiopatický angioneurotický edém; 2. a 3. trimestr těhotenství (viz body Upozornění*, Těhotenství a kojení*), současné užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo s poruchou funkce ledvin ($GFR < 60$ ml/min/1,73 m²) (viz body Upozornění*, Interakce* a Farmakodynamické vlastnosti*), současné užívání se sakubitrilem/valsartanem (viz bod Upozornění* a Interakce*), mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz bod Interakce*)**, signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné funkční ledviny (viz bod Upozornění*). **Upozornění***: **Zvláštní upozornění a opatření pro použití**: Hypertenze: u pacientů s poklesem objemu tělních tekutin, se symptomatickým srdečním selháním se současnou renální insuficiencí nebo bez ní, s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárními chorobami je při zahájení léčby a změně dávky zapotřebí pečlivě monitorování. Náhlá hypotenze odpověď není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou pacienti obvykle užívat bez obtíží, jakmile jim po doplnění objemu stoupne krevní tlak. **Hypersenzitivita/angioedém/intestinální angioedém**: vysadit a zahájit monitorování až do úplného vymizení symptomů. Léčba betablockátorem musí pokračovat. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Současné užívání perindoprilu se sakubitrilem/valsartanem je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Podávání sakubitrilu/valsartanu nesmí být zahájeno do 36 hodin po užití poslední dávky perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčba perindoprilem nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky sakubitrilu/valsartanu (viz body Kontraindikace a Interakce). Současné užívání jiných inhibitorů NEP (např. rasekadotrilu) a inhibitorů ACE může také zvýšit riziko angioedému. Před zahájením léčby inhibitory NEP (např. rasekadotrilu) u pacientů užívajících perindopril je proto nutné pečlivě zhodnotit přínos a rizika**. Pacienti současně užívající terapii inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) mohou mít zvýšené riziko angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka s poruchou dýchání nebo bez ní**). **Selhání jater**: vzácně byly inhibitory ACE spojovány se syndromem, který začíná cholestatickou žloutenkou a progreduje ve fulminantní jaterní nekrózu a (někdy) v úmrtí; ukončit léčbu v případě rozvoje žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů. **Černá skvrna populace**: perindopril může být méně účinný a způsobit vyšší procento angioedému ve srovnání s jinými rasami. **Neproduktivní kašel**: Hyperkalemie: časté monitorování koncentrace draslíku v krvi v případě renální insuficience, zhoršení renálních funkcí, věk > 70 let, diabetes mellitus, dehydratace, akutní srdeční nedostatečnost, metabolická acidóza a současné užívání draslík-šetřících diuretik, draslíkových doplňků, náhrad soli s obsahem draslíku, léčivých přípravků, které mohou způsobovat vzestup sérových koncentrací draslíku. **Kombinace s lithiem**, **s draslík-šetřícími diuretiky**, **draslíkovými doplňky nebo náhradami soli obsahujícími draslík**, **kalciovými antagonisty**, **antiarytmiky třídy I** a **centrálními působícími antihypertenzivy**: se obecně nedoporučuje. **Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS)**: zvýšení rizika hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). **Duální blokáda RAAS** pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskiren se proto nedoporučuje. Pokud je léčba duální blokádou považována za naprosto nezbytnou, má k ní dočasně 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. **Ukončení léčby**: nesmí být provedeno náhle ukončení léčby betablockátorem. Dávkování má být snižováno postupně pomocí jednotlivých složek, ideálně po dobu dvou týdnů. **Bradykardie**: při poklesu srdeční frekvence pod 50–55 tepů za minutu v průběhu léčby a pacient pociťuje symptomy související s bradykardií, dávka má být snižována za použití jednotlivých složek s vhodnou dávkou bisoprololu. **AV blok prvního stupně**, **stenóza aortální a mitrální chlopně/hypertrifická kardiomyopatie**, **diabetici**, **stříkání pěst**: podávat s opatrností. **Prinzmetalova angina**: betablockátory mohou zvýšit počet a délku trvání epizod anginy pectoris. **Porucha funkce ledvin**: denní dávka má být upravena na základě clearance kreatininu. Monitorování draslíku a kreatininu. U pacientů s bilaterální stenózou renálních arterií nebo stenózou arterie solitární ledviny může dojít ke zvýšení sérových koncentrací urey a kreatininu; v případě renovaskulární hypertenze je riziko těžké hypotenze a renální insuficience zvýšené. **Renovaskulární hypertenze**: Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné funkční ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání (viz bod Kontraindikace). Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie**. **Transplantace ledvin**, **srdeční selhání s inzulin dependentním diabetem mellitus (typ 1)**, **těžkou poruchou funkce ledvin**, **těžkou poruchou funkce jater**, **restrikční kardiomyopatií**, **vrozeným srdečním onemocněním**, **hemodynamicky signifikantním organickým onemocněním chlopni**, **infarktem myokardu v předchozích 3 měsících**: nejsou zkušenosti s podáváním. **Anafylaktoidní reakce během alergerý nízkodenních lipoproteinů (LDL)**: vzácná, lze předjet dočasným vysazením léčby inhibitory ACE před každou alergerý. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace**: dočasně vysadit léčbu před vyšetřením. Tyto reakce se znovu objevily po náhodném opětovném vystavení. Bisoprolol může zvýšit senzitivitu vůči alergenům i závažnost anafylaktických reakcí. **Neutropenie/agranulocytóza/thrombocytopenie/anémie**: extrémní opatrnost u pacientů s kolagenovým vaskulárním onemocněním, s imunosupresivní léčbou, léčbou aloprolínem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů. **Bronchospasmus (bronchiální astma, obstrukční onemocnění dýchacích cest)**: současně podávání bronchodilatační terapie. **Anestezie**: pokud je nutné betablockátory vysadit, je třeba to provádět postupně a ukončit 48 hodin před anestezii. **Psoríáza**: podání po zvrácení přínosu a rizika. **Feochromocytom**: podávání bisoprololu vždy s blokátorem alfa-receptorů. **Tyreoideitida**: symptomy mohou být maskovány. **Primární hyperaldosteronismus**: Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzivní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje**. **Těhotenství**: zastavit léčbu. V případě nutnosti zahájit alternativní léčbu. **Interakce***: **Kombinace kontraindikované**: aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo poruchou funkce ledvin, mimotělní léčba**, sakubitril/valsartan**. **Nedoporučuje se současně užívat**: centrální působící antihypertenziva, např. klonidin a další (methyldopa, moxonidin, rilmenidin); antiarytmika třídy I (chinelid, disopyramid, lidokain, fenytin, flekainid, propafenon); antagonisté kalcia typu verapamilu a v menší míře diltiazem; aliskiren a blokátory receptorů pro angiotenzin II: estramustin, kotrimoxazol (trimethoprim-sulfamethoxazol)**; draslík šetřící diuretika (triateram, amilorid); draslík (soli); lithium. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost**: antiaritmika (inzulin, perorální antiaritmika); nesteroidní antiflogistika (NSAID) včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den; antihypertenziva a vasodilatační; tricyklická antidepressiva/antipsychotika/anestetika; sympatomimetika, antagonisté kalcia dihydropyridinového typu (felodipin, amlodipin); antiarytmika třídy III (amiodaron); parasympatomimetika; lokální betablockátory (např. oční kapky k léčbě glaukomu); digitální glykosidy; baklofen; draslík nešetřící diuretika; draslík šetřící diuretika (epeleron, spirinolaktón); rasekadotril**; inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus)**. **Kombinace vyžadující určitou opatrnost**: melifolín, inhibitory monoaminooxidázy (kromě inhibitorů MAO-B), gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), zlato. **Těhotenství a kojení***: Podávání není doporučeno v prvním trimestru těhotenství a během kojení. Podávání je kontraindikováno ve 2. a 3. trimestru těhotenství. **Fertilita***: Účinnost na schopnost řídit a obsluhovat stroje*: u některých pacientů se mohou vyskytnout individuální reakce související s nízkým krevním tlakem. V důsledku toho může být schopnost řídit a obsluhovat stroje narušena. **Nežádoucí účinky***: **Velmi časté**: bradykardie. **Časté**: bolest hlavy, závratě, vertigo, dysgeuzie, parestezie, porucha zraku, tinitus, zhoršení srdečního selhání, hypotenze a účinky související s hypotenzí, pocit hladu nebo znečištění končetin, kašel, dyspnoe, bolest břicha, zácpa, průjem, nauzea, zvracení, dyspepsie, vyrážka, pruritus, svalové křeče, astenie, únava. **Méně časté**: ezofagitida, hypoglykémie, hyperkalemie, reverzibilní při vysazení léčby, hypoparatiroidismus, změny nádechu, poruchy spánku, deprese, somnolence, synkopa, palpitace, tachykardie, poruchy AV vedení, ortostatická hypotenze, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, angioedém obličej, končetin, rtů, sliznic, jazyka, glottis a/nebo hrtanu, kopřivka, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, hyperhidróza, svalová slabost, artralgie, myalgie, renální insuficience, erektilní dysfunkce, bolest na hrudi, malátnost, periferní edém, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, pád. **Vzácné**: rinittida, noční mru, halucinace, snížená tvorba slz, poruchy sluchu, hepatitida cytolytická nebo cholestatická, hypersenzitivní reakce (svědění, červenání, vyrážka), zhoršení astmatu, poruchy potence, vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi, zvýšená hladina triglyceridů. **Velmi vzácné**: agranulocytóza, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, trombocytopenie, hemolytická anémie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, zmatenost, konjunktivitida, arytmie, angina pectoris, infarkt myokardu a činná mozková příhoda, možné sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoké rizikových pacientů, eosinofilní pneumonie, pankreatitida, erythema multiforme, alopecie, betablockátory mohou způsobit nebo zhoršit psoriázu nebo způsobit vyrážku připomínající psoriázu, akutní renální selhání, snížená hladina hemoglobinu a snížený hematokrit. U jiných inhibitorů ACE byly hlášeny případy SIADH (syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu). SIADH lze považovat za velmi vzácnou, ale možnou komplikaci spojenou s léčbou inhibitory ACE. **Předávkování*, vlastnosti***: Bisoprolol je vysoké beta-selektivní blokátor adrenergických receptorů bez vnitřní sympatomimetické a membrány stabilizující aktivity. Perindopril je inhibitor enzymu, který konvertuje angiotenzin I na vazokonstriktor angiotenzin II (ACE). **Balení***: Balení 30, 90 potahovaných tablet přípravku Cosyrel 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg. **Uchovávání**: Žádné zvláštní podmínky uchovávání ani zacházení. **Držitel rozhodnutí o registraci**: LES LABORATOIRES SERVIER, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Registrační číslo: 58/563-566/15-C. **Datum poslední revize textu**: 26. 1. 2018. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách a jsou na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-lekva-a-pzl-hrazenych-zeh-zdrav-poistenie>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florencii 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz.

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



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

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

Aktuality do vaší ordinace II

pátek / 8. června 2018 / 16.10–16.25 hod.

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

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

Urologie – Chirurgické oddělení, Nemocnice na Homolce, Praha

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

Utipro[®]plus

K **zvládnutí**
a **prevenci** infekcí
močových cest

Novinka s unikátním
mechanismem účinku

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



Účinnost potvrzena klinickými studiemi

Akutní metabolické stavy

garant MUDr. Jan Maňák, Ph.D.

pátek / 8. června 2018 / 16.25–17.35 hod.

Akutní hyperglykemické stavy (AHS)

doc. MUDr. Alena Šmahelová, Ph.D.

Diabetologické centrum, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Akutní hyperglykemické komplikace: diabetická ketoacidóza (DKA) a hyperosmolální hyperglykemický stav (HHS) akutně ohrožují život pacienta. Základní patogenetická porucha (snížení účinku inzulínu a současné zvýšení kontraregulačních hormonů) je společná. Stupeň ketoacidózy a rozsah dehydratace odlišuje DKA (absolutní deficit inzulínu) a HHS (relativní deficit inzulínu). U obou stavů je glykosurie, dehydratace a ztráta elektrolytů a mohou vyústit v šokový stav s bezvědomím. DKA postihuje většinou diabetiky 1. typu, HHS diabetiky 2. typu.

Výskyt AHS je ovlivněn úrovní diagnostických a léčebných postupů, edukací zdravotníků i pacientů, dostupností lékařské pomoci a sociálním prostředím. Nejčastější příčinou AHS je stále infekce, mohou být i prvním projevem dosud nepoznaného diabetu.

Klinické symptomy DKA jsou shodné s projevy neléčeného diabetu, u HHS dominuje dehydratace a porucha vědomí. Pro diagnózu je klíčový nález hyperglykemie, u diabetické ketoacidózy může být výraznější ketonemie a metabolická acidóza než hyperglykemie.

Léčba (inzulinoterapie, rehydrace, úprava elektrolytového rozvratu, diagnóza a léčba vyvolávající příčiny, bikarbonát při pH krve pod 6,9) musí být zahájena ihned (JIP), každé prodlení zvyšuje riziko komplikací a úmrtí. Úpravu hyperglykemie a osmolality krve je nutno provádět postupně (riziko hypoglykemie, hypokalemie, mozkového, plicního edému).

Zcela zásadní je prevence AHS, která spočívá v adekvátní edukaci pacienta a správně vedené léčbě diabetu.

Hypoglykemie jako komplikace léčby diabetu

MUDr. Martina Lášticová

III. interní gerontometabolická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Hypoglykemie u diabetika vzniká nejčastěji v důsledku absolutního či relativního nadbytku inzulínu při léčbě inzulínem či perorálními antidiabetiky. Je limitujícím faktorem v péči o diabetiky 1. typu a často i o diabetiky 2. typu, který znemožňuje dosažení ideální kompenzace. Pro mozkovou tkáň je glukóza základním energetickým substrátem a její nedostatek je pro mozek zvláště nebezpečný. Hypoglykemie je častou příčinou somatické a psychologické morbidity u diabetika a může způsobit trvalé poškození nemocného i úmrtí. Podle klinické závažnosti rozlišujeme hypoglykemie na asymptomatickou a symptomatickou; tu pak na lehkou, těžkou a domnělou. Častěji se s hypoglykemií setkáváme u nespolupracujících pacientů, nemocných s rozvíjející se renální insuficiencí, abúzem alkoholu, pankreatogenním diabetem. Při taktice antidiabetické léčby je riziko hypoglykemie jednou z důležitých okolností, kterou je nezbytné zvážit.

Laktátová acidóza u diabetiků

MUDr. Markéta Paclíková

Diabetologické centrum, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Laktátová acidóza (LA) je akutní metabolický stav, který vzniká při zvýšené tvorbě laktátu (pokud převládne anaerobní metabolismus) nebo při snížené utilizaci laktátu (např. stavu jaterního selhání). Denní produkce laktátu je 20 mmol/kg/den. Norma laktatemie v krvi je 0,5–2,2 mmol/l. Diagnózu laktátové acidózy potvrzuje snížené krevní pH < 7,35, hladina laktátu v krvi > 5 mmol/l nebo zvýšení

hodnoty anion gap > 18 mmol/l. Klinicky se LA projevuje dušností, včetně Kussmaulova acidotického dýchání, bolestmi břicha, nauzeou a zvracením, může nastat i porucha vědomí.

Laktát vzniká při anaerobní glykolýze z pyruvátu. Osud laktátu je dvojitý, buď je oxidován anaerobním metabolismem na CO_2 a H_2O (v srdci a v játrech) nebo je použit ke glukoneogenezi v játrech a v ledvinách (Coriho cyklus).

Laktátová acidóza je rozdělována na typ A (anaerobní), kdy je LA důsledkem nedostatečného zásobení buněk kyslíkem, a tak převládá anaerobní glykolýza.

Klasickými stavy, kdy poptávka tkání po kyslíku převyšuje nabídku, je také u diabetiků stav systémového šoku (kardiální, septický, hypovolemický), těžká anémie, otrava CO , plicní zkraty.

Laktátová acidóza typu B je označována také jako nehypoxická a vyskytuje se mnohem méně než LA typu A. Tkáňová hypoxie není obvyklá, ale při progresi stavu může dojít až k šoku a tedy hypoxii.

Laktátová acidóza typu B1 je spojena s některými onemocněními jako malignity, jaterní onemocnění a dokonce právě diabetes mellitus. Hyperlaktatemie typu B1 u diabetu melitu je spojována s abnormálním metabolismem laktátu u diabetiků, u 10–15 % případů diabetické ketoacidózy je zjištěna také hyperlaktatemie. Laktátová acidóza typu B2 je spojena s intoxikací léky (biguanidiny, etanol, antiretrovirová antivirotika, salicyláty aj.).

Při léčbě biguanidinovými antidiabetiky je laktátová acidóza dobře známou komplikací. Její výskyt souvisí s typem používaných biguanidů a přítomností rizikových faktorů.

Biguanidy byly k léčbě diabetu zavedeny od počátku 50. let v USA. Fenformin a buformin byly však v sedmdesátých letech staženy z trhu (v USA a jiných zemích, v ČR na trhu nebyl) pro vysoký počet úmrtí na laktátovou acidózu a dále pro klinické studie, které zaznamenaly zvýšenou kardiovaskulární mortalitu u nemocných léčených perorálními antidiabetiky. Fenformin je výrazně lipofilní molekula, tedy snadno prochází lipidovou vnitřní membránou mitochondrie, hromadí se v ní, a tak blokuje aerobní glykolýzu.

Asi třetina fenforminu je metabolizována v játrech, hydroxilací, asi 9 % populace má genetický polymorfismus, který způsobuje, že hydroxylace fenforminu probíhá pomalu.

Metformin má vazbu k mitochondriální membráně minimální a zvyšuje oxidaci laktátu. Metformin dále snižuje inzulinorezistenci, glykemii a hmotnost a zvyšuje fibrinolytickou odpověď. Mechanismus účinku není dosud zcela objasněn. Metformin je vylučován v nezměněné podobě močí. Laktátová acidóza v souvislosti s metforminem se vyskytuje mnohem méně než tomu bylo při terapii fenforminem. Vyskytuje se většinou u pacientů s těžkým renálním nebo srdečním selháním.

Laktátovou acidózu spojenou s léčbou metforminem dělíme na stavy, kdy je LA způsobena výhradně metforminem (metforminem indukovaná laktátová acidóza – MILA) a na stavy, kdy je metformin kofaktorem (s metforminem asociovaná laktátová acidóza – MALA).

Léčba laktátové acidózy má i v současnosti neuspokojivé výsledky a mortalita je stále vysoká, zejména ve starších věkových skupinách. Všechny stavy LA patří na jednotku intenzivní péče. Primární je léčba základního onemocnění (léčba sepse, srdečního selhání...). V první řadě je třeba zvýšit tkáňovou perfuzi a zajistit maximální oksygenaci tkání.

Pokud je laktátová acidóza způsobena léky, u diabetika zejména biguanidiny, je nezbytná hemodialýza.

Prevence vzniku a rozvoje laktátové acidózy je v rukou právě ambulantních specialistů a praktických lékařů. Klíčové je včasné zajištění adekvátní nemocniční péče na JIP u pacientů s rizikem rozvoje šoků (septický, kardiogenní), adekvátní léčba u dalších onemocnění vedoucích k LA jako jsou např. malignity, jaterní selhání.

U diabetiků je třeba správně indikovat léčbu biguanidy za pravidelné kontroly renálních a jaterních funkcí (nejméně 1x do roka). Respektovat kontraindikace léčby metforminem (tzn. clearance kreatininu < 30 ml/sek, kardiální insuficience NYHA III–IV, respirační selhávání, alkoholismus). Přerušit léčbu metforminem při akutních stavech (orgánová selhání, sepsa, intoxikace), před vyšetřením jódovou kontrastní látkou a před chirurgickým výkonem.

Refeeding syndrom**MUDr. Jan Maňák, Ph.D.****III. interní gerontometabolická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové**

Refeeding syndrom je označení pro celý komplex fyziologických dějů, které nastávají při přechodu z úplného nebo částečného hladovění k normálnímu příjmu výživy, ať se již jedná o výživu přirozenou nebo umělou. Spočívá ve zvýšené potřebě metabolických substrátů a kofaktorů, spotřebovávaných nově navozeným anabolismem. Především jde o deficity intracelulárních minerálů (draslík, fosfáty, hořčík) a kofaktorů (zejména thiaminu). Klinické projevy se mohou velmi lišit podle závažnosti stavu, případně podle délky předchozího hladovění od asymptomatických průběhů s pouze laboratorními projevy až po těžký stav imponující jako neuropsychiatrické příznaky, oběhová dekompenzace, případně s obrazem levostranné srdeční slabosti až plicního edému, arytmiemi, svalovou slabostí postihující končetinové, případně i respirační svaly, s možnou manifestací v podobě ventilační insuficience. Situace, při nichž k refeeding syndromu dochází, nejsou nijak vzácné – postačuje několikadenní (zhruba pětidenní) hladovění, nebo přechod z hladovění částečného provázejícího jakoukoliv základní nemoc k plnému příjmu živin. Typicky jej nacházíme např. u anorexie-bulimie, u onkologických nemocných, u pacientů s poruchou příjmu potravy při poruchách horního GIT (stavy po CMP, onemocnění jícnu, dysfagie různé etiologie), u pacientů s poruchami trávení a vstřebávání, u psychiatricky nemocných, starých nebo sociálně deprivovaných pacientů. V závažných případech může refeeding syndrom vyústit ve velmi závažný stav vyžadující intenzivní péči včetně umělé plicní ventilace a může vést i k úmrtí. Léčba spočívá v doplnění celotělových zásob chybějících nutrientů. Nejdůležitějším opatřením v prevenci tohoto potenciálně závažného stavu je znalost této problematiky a jeho časná detekce.

Sobota 9. června 2018

Abstrakta k sobotnímu programu naleznete na stranách 22–26 v abstraktech Pediatrie pro praxi.

perindopril arginin / indapamid / amlodipin



ZJEDNODUŠTE LÉČBU HYPERTENZE

Zkrácená informace o přípravku TRIPLIXAM® • SLOŽENÍ: Triplixam 5 mg/1,25 mg/5 mg obsahuje 5 mg perindoprilu argininu/1,25 mg indapamidu/5 mg amlopidinu; Triplixam 5 mg/1,25 mg/10 mg obsahuje 5 mg perindoprilu argininu/1,25 mg indapamidu/10 mg amlopidinu; Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg obsahuje 10 mg perindoprilu argininu/2,5 mg indapamidu/5 mg amlopidinu; Triplixam 10 mg/2,5 mg/10 mg obsahuje 10 mg perindoprilu argininu/2,5 mg indapamidu/10 mg amlopidinu. **INDIKACE:** Substituční terapie pro léčbu esenciální hypertenze u pacientů, kteří již dobře odpovídají na léčbu kombinací perindoprilu/indapamidu a amlopidinu, podáváným současně v téže dávce. **CAVOKVANI A PODOVÁNÍ:** Jedna tableta denně, nejlépe ráno a před jídlem. Fxni kombinace není vhodná pro iniciální léčbu. Je-li nutná změna dávky, dávk jednotlivých složek by měla být titrována samostatně. **Pediatrická populace:** přípravek by se neměl podávat. **CONTRAINDIKACE:** Dialyzovaní pacienti. Pacienti s nečleněným 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, zejména sulfonamidy, deriváty dihydropyridinu, jakýkoli jiný inhibitor ACE nebo na terokouli podobné látky. Anamnéza angiotenzinotické edémy (Quinckeho edému) související s předchozí terapií inhibitory ACE (viz bod Upozornění). Dědičný/diagnostický anemismus. Druhý a třetí trimestr těhotenství (viz body Upozornění a Těhotenství a kojení). Kojení (viz bod Těhotenství a kojení). Hepatální encefalopatie. Závažná porucha funkce jater. Hypokalémie. Závažná hypotenze. Šok, včetně kardiogenního šoku. Obstrukce vysoce výšeho traktu levé močové (např. vysoký stupeň stenózy aorty). Hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu. Současné užívání přípravku Triplixam s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetes mellitus nebo poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) (viz bod Interakce). Současné užívání se sacubitril/valsartanem (viz body Upozornění a Interakce). ** Mimoslétní léčba vedoucí ke kontaktu krve se zapojenými nabíly povrchem (viz Interakce). ** Signifkanti bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné funkční ledviny (viz Upozornění). ** UPOZORNĚNÍ: **Zvýšený úroveň opatrnosti: Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteronu (RAAS):** zvýšení rizika hypotenze, hyperkalémie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se nedoporučuje. Pokud je léčba duální blokády považována za naprosto nezbytnou, má k ní docházet pouze pod dohledem specializovaného lékaře a v častých pevných sledování funkce ledvin, elektrolytů a krevního tlaku. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Neutropenie/angulocytóza/thrombocytenie/anémie:** postupuje opatrně v případě kolagenového vaskulárního onemocnění, imunosupresivní léčby, léčby aluporidinem nebo prokainamidem, nebo kombinací těchto komplikujících faktorů, zvláště při existující poruše funkce ledvin. Monitorování počtu leukocytů. **Poenosaskulární hypertenze:** pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné funkční ledviny, léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. **Hypersenzitivita/angioedém, intestinální angioedém:** přerušete léčbu a sledujte pacienta až do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Současné užívání inhibitorů mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsrolimus). Pacienti užívající současné mTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsrolimus) mohou mít zvýšené riziko výskytu angioedému. (např. otok dyachoc cest nebo jazyka s poruchou dýchání nebo bez ní). **Současné užívání perindoprilu se sacubitril/valsartanem:** kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Podávání sacubitril/valsartanu nesmí být zahájeno do 36 hodin po užití poslední dávky perindoprilu. Pokud je léčba sacubitril/valsartanem ukončena, léčba perindopriem nesmí být zahájena do 36 hodin po poslední dávce sacubitril/valsartanu. Současné užívání jiných inhibitorů NEP (např. radekadrolu) a inhibitorů ACE může také zvýšit riziko angioedému. Před zahájením léčby inhibitory NEP (např. radekadrolu) u pacientů užívajících perindopril je proto nutné pečlivě zhodnotit poměr a rizika. **Analytická reakce během desenzibilizace:** postupuje opatrně u alergických pacientů léčených desenzibilizací a nepoužívaje v případě imunitopatie jedem blokádových. Alespoň 24 hodin před desenzibilizací dočasné vysadte inhibitor ACE. **Analytická reakce během LDL-aterie:** před každou aferézou dočasné vysadte inhibitor ACE. **Hemodialyzovaní pacienti:** zažte pozornost jiného typu dialýzy: imitární membrány nebo jiné skupiny antihypertenziv. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzivní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzinu. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. **Těhotenství:** nezačínáť užívání během těhotenství, v případě potřeby zastavte léčbu a zahájte vhodnou alternativní léčbu. **Hepatální encefalopatie:** ukončit léčbu. **Fosfotenzitivita:** ukončit léčbu. **Opatrnost při 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 možná i proto zahájit v nížké dávce nebo pouze s jednou složkou. Monitorujte dráhu a kreatinin, a to po dvou týdech léčby a dále každé dva měsíce během období stabilní léčby. V případě bilaterální stenózy renální arterie nebo jedné funkční ledviny: nedoporučuje se. Riziko arteriální hypotenze a/nebo renální insuficience (v případě srdeční insuficience, deplece vody a elektrolytů, u pacientů s nízkým krevním tlakem, stenózou renální arterie, městnavým srdečním selháním nebo cirhózou a ascitem): zahajte léčbu dawkami nižší dává a postupně je zvyšujte. **Hypotenze a deplece vody a sodku:** riziko náhlé hypotenze v přítomnosti preexistující deplece sodku (zejména, jak přírůma stenóza renální arterie); sledujte hladinu elektrolytů v plazmě, obnovte objem krve a krevní tlak, znovu zahajte nižšími sníženými dávkami nebo jednou složkou přípravku. **Hladina sodku:** kontrolovat častěji u starších a cirhotických pacientů. Jakkoliv diuretika léčba může vyvolat hyponatremii, někdy s velice závažnými následky. Hyponatremie s hypovolémií mohou způsobit dehydrataci a ortostatickou hypotenzi. Současné ztráta chlořidových iontů může vést k sekundární kompenzáci metabolické alkalóze: vysoký a špatný tlak jsou je mají. **Hladina draslíku:** hyperkalémie: kontrolovat plazmatickou hladinu draslíku v případě renální insuficience, zhoršení funkce ledvin, vysokého věku (> 70 let), diabetes mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současné užívání kalium-šetřících diuretik, doplnků draslíku nebo doplnků soli obsahující draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v krvi. Hypokalémie: vysoké riziko (> 70 let), diabetes mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současné užívání kalium-šetřících diuretik, doplnků draslíku nebo doplnků soli obsahující draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v krvi. Hypokalémie: vysoké riziko (> 70 let), diabetes mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současné užívání kalium-šetřících diuretik, doplnků draslíku nebo doplnků soli obsahující draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v krvi. Hypokalémie: vysoké riziko (> 70 let), diabetes mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současné užívání kalium-šetřících diuretik, doplnků draslíku nebo doplnků soli obsahující draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v krvi. Hypokalémie: vysoké riziko (> 70 let), diabetes mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současné užívání kalium-šetřících diuretik, doplnků draslíku nebo doplnků soli obsahující draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v krvi. Hypokalémie: vysoké riziko (> 70 let), diabetes mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současné užívání kalium-šetřících diuretik, doplnků draslíku nebo doplnků soli obsahující draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v krvi. Hypokalémie: vysoké riziko (> 70 let), diabetes mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současné užívání kalium-šetřících diuretik, doplnků draslíku nebo doplnků soli obsahující draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v krvi. Hypokalémie: vysoké riziko (> 70 let), diabetes mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současné užívání kalium-šetřících diuretik, doplnků draslíku nebo doplnků soli obsahující draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v krvi. Hypokalémie: vysoké riziko (> 70 let), diabetes mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současné užívání kalium-šetřících diuretik, doplnků draslíku nebo doplnků soli obsahující draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v krvi. Hypokalémie: vysoké riziko (> 70 let), diabetes mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současné užívání kalium-šetřících diuretik, doplnků draslíku nebo doplnků soli obsahující draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v krvi. Hypokalémie: vysoké riziko (> 70 let), diabetes mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současné užívání kalium-šetřících diuretik, doplnků draslíku nebo doplnků soli obsahující draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v krvi. Hypokalémie: vysoké riziko (> 70 let), diabetes mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současné užívání kalium-šetřících diuretik, doplnků draslíku nebo doplnků soli obsahující draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v krvi. Hypokalémie: vysoké riziko (> 70 let), diabetes mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současné užívání kalium-šetřících diuretik, doplnků draslíku nebo doplnků soli obsahující draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v krvi. Hypokalémie: vysoké riziko (> 70 let), diabetes mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současné užívání kalium-šetřících diuretik, doplnků draslíku nebo doplnků soli obsahující draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v krvi. Hypokalémie: vysoké riziko (> 70 let), diabetes mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současné užívání kalium-šetřících diuretik, doplnků draslíku nebo doplnků soli obsahující draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v krvi. Hypokalémie: vysoké riziko (> 70 let), diabetes mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současné užívání kalium-šetřících diuretik, doplnků draslíku nebo doplnků

MEDICÍNA PRO PRAXI

V. kongres praktických lékařů v Hradci Králové

8.–9. června
2018

Hotel Nové
Adalbertinum,
Hradec Králové

HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI

Akacia Group, s.r.o.
Akademie klasické homeopatie, spol. s r.o.
Angelini Pharma Česká republika s.r.o.
AOP Orphan Pharmaceuticals AG –
organizační složka
APOTEX (ČR), spol. s r.o.
DESITIN PHARMA, spol. s r.o.
ELVA Pharma s.r.o.
EWOPHARMA, spol. s r.o.
FAGRON a.s.
FERRING Pharmaceuticals CZ s.r.o.
Generica Bohemia spol. s r.o.
Jihomoravské dětské léčebny, p.o.
Lázně Bělohrad a.s.
Léčebna Dr. Filipa
Léčebné lázně Lázně Kynžvart
M.C.M. Klosterfrau Healthcare s.r.o.
Mediclinic a.s.

Medingo s.r.o.
Merck Sharp & Dohme s.r.o.
Merck spol. s r.o.
NAOS CZECH REPUBLIC s.r.o.
Nutricia a.s.
Olivova dětská léčebna, o.p.s.
PharmaSwiss Česká republika s.r.o.
PIERRE FABRE MEDICAMENT s.r.o.
PROBIOTICS PROVITA s.r.o.
RosenPharma a.s.
Sanofi Genzyme
sanofi-aventis, s.r.o.
Schwabe Czech Republic s.r.o.
STADA PHARMA CZ s.r.o.
SWISS PHARMA, spol.s.r.o.
VEGALL Pharma s.r.o.
VITANA, a.s.
Woykoff, a.s.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



Medicína
pro praxi



POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

INSPIROVÁNO KŮŽÍ

JE TO V KŮŽI, KDE
BIODERMA OBJEVILA
ŘEŠENÍ, JAK OBNOVIT JEJÍ
OCHRANNOU BARIÉRU.
DLOUHODOBĚ.



NOVINKA

Atoderm SOS Sprej

PRVNÍ BEZKONTAKTNÍ
PROTISVĚDIVÝ SPREJ

Atoderm SOS Sprej zabezpečí
Vaši pokožce okamžitou úlevu od
svědění do 60 sekund od aplikace.
Redukuje svědění až na 6 hodin
a tím zajišťuje maximální komfort.
Navíc pokožku celé rodiny
hydratuje a chrání.
Dlouhodobě.

BIOLOGIE VE SLUŽBÁCH DERMATOLOGIE

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

