

Medicína pro praxi

2022



www.solen.cz | Med. praxi. 2022;19(Suppl. D) | ISBN 978-80-7471-403-0 | **2022**

ABSTRAKTA

7. kongres Medicíny pro praxi v Hradci Králové

27.–28. května 2022

Hotel Nové Adalbertinum



Pořadatel: Společnost SOLEN, s. r. o., ve spolupráci
s I. interní kardioangiologickou klinikou FN Hradec Králové

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

PRESTANCE®

perindopril arginin / amlodipin

DRŽÍ HYPERTENZII POD KONTROLOU

ORIGINÁLNÍ
PRESTANCE
120 TBL.



Zkrácená informace o přípravku PRESTANCE® • SLOŽENÍ: Tablety Prestance 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg obsahují 5 mg perindoprilu argininu (per)/5 mg amlodipinu (amlo), 5 mg per/10 mg amlo, 10 mg per/5 mg amlo, 10 mg per/10 mg amlo. Pomocná látka se známým účinkem: monohydrát laktosy. **INDIKACE:** Substituční terapie k léčbě esenciální hypertenze a/nebo k léčbě stabilní ischemické choroby srdeční u pacientů, kteří jsou již kontrolováni perindoprem a amlodipinem, podávaným současně v téže dávce. **DAVKOVÁNÍ A ZPUSOB PODÁNÍ:** Jedna tableta denně v jedné dávce, ráno před jídlem. Prestance není vhodná pro iniciální léčbu. Je-li nutná změna dávkování, může být dávka přípravku upravena nebo lze zvážit individuální titraci s kombinací obou látek samostatně. **Porucha funkce ledvin a starší pacienti:** Časté monitorování kreatininu a draslíku. Přípravek není vhodný pro pacienty s clearancí kreatininu < 60 ml/min. **Porucha funkce jater:** individuální titrace volné kombinace amlodipinu a perindoprilu. **Pediatrická populace:** použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **KONTRAINDIKACE:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na jiný inhibitor ACE či dihydropyridinové deriváty, nebo na kteroukoliv pomocnou látku, anamnéza angioedému související s předchozí terapií inhibitory ACE, dědičný nebo idiopatický angioedém, 2. a 3. trimestr těhotenství (viz body Upozornění), současné užívání přípravku Prestance s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo s poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m²) (viz body Interakce* a Farmakodynamické vlastnosti*), závažná hypotenze, šok včetně kardiogenního šoku, obstrukce výtokového traktu levé komory (např. vysoký stupeň stenózy aorty), hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu, současné užívání se sakubitrilem/valsartanem, přípravek Prestance nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu** (viz body Interakce* a Zvláštní upozornění*), mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz bod Interakce*), signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné funkční ledviny (viz bod Zvláštní upozornění*). **UPOZORNĚNÍ:** **Zvláštní upozornění:** **Hypersenzitivita/angioedém/intestinální angioedém:** vysadit a zahájit monitorování až do úplného vymizení symptomů. Angioedém související s otokem hrtanu může být smrtelný. Současné užívání perindoprilu a sakubitrilu/valsartanu je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Léčbu sakubitrilem/valsartanem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčbu perindoprem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání inhibitorů ACE s racekadotrilem, mTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin) může vést ke zvýšenému riziku angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka spolu s poruchou dýchání nebo bez poruchy dýchání). U pacientů, kteří již užívají inhibitor ACE, je třeba opatrnosti při počátečním podání racekadotrilu, mTOR inhibitorů (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin)** . **Anafylaktoidní reakce během aterosklerotických onemocnění (LDL):** vzácná, u pacientů s předchozím život ohrožujícími anafylaktoidními reakcemi, dočasné vysadit léčbu před vyšetřeními. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** dočasné vysadit léčbu před vyšetřeními. Tyto reakce se znovu objevily po náhodném opětovném vystavení. **Souběžné užívání inhibitorů mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus):** zvýšené riziko angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka s poruchou dýchání nebo bez ní). **Neutropenie/agranulocytóza/thrombocytopenie/anémie:** extrémní opatrnost u pacientů s kolagenovým vaskulárním onemocněním, s imunosupresivní léčbou, léčbou alopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů. **Renovaskulární hypertenze:** Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné funkční ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být přispívajícím faktorem. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. **Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS):** zvýšení rizika hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se nedoporučuje. Pokud je léčba duální blokádou považována za naprosto nezbytnou, má k ní docházet pouze pod dohledem specializovaného lékaře a za častého pečlivého sledování funkce ledvin, elektrolytů a krevního tlaku. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Těhotenství:** zastavit léčbu. V případě nutnosti zahájit alternativní léčbu. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. **Opatření pro použití:** **Hypotenze:** u pacientů se zvýšeným rizikem symptomatické hypotenze sledovat krevní tlak, renální funkci a hladinu draslíku (se sníženým objemem nebo se závažnou renin-dependentní hypertenzí) nebo s ischemickou chorobou srdeční nebo s cerebrovaskulárním onemocněním. Přechodná hypotenze odpověď není kontraindikací pro podávání dalších dávek, jakmile krevní tlak stoupne po zvýšení objemu. **Aortální a mitrální stenóza/hypertrofická kardiomyopatie:** podávat s opatrností. **Srdce selhání:** používat s opatrností u pacientů s městnavým srdečním selháním. **Renální poškození:** monitorování draslíku a kreatininu; individuální titrace dávky jednotlivých složek přípravku, pokud Cl_{cr} < 60 ml/min). U pacientů se stenózou renální arterie může dojít ke zvýšení úrovně v krvi a kreatininu; v případě renovaskulární hypertenze existuje riziko závažné hypotenze a renálního selhání. **Renální selhání:** amlodipin není dialyzovatelný. **Hepatální selhání:** vzácné, podání inhibitorů ACE mělo vzácné souvislosti se syndromem počínajícím cholestatickou žloutenkou a progresujícím až v náhlou hepatickou nekrózu (a někdy) úmrtí; ukončit léčbu v případě rozvoje žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů. **Porucha funkce jater:** při závažném poškození jater pomalu titrovat dávku a pečlivě monitorovat hodnoty pacienta. **Černošská populace:** perindopril může být méně účinný a způsobit vyšší procento angioedému ve srovnání s jinými rasami. **Neproduktivní kašel.** **Operace/anestezie:** vysadit léčbu den před zákrokem. **Hyperkalemie:** časté monitorování koncentrace draslíku v krvi v případě renálního selhání, zhoršení renálních funkcí, věk > 70 let, diabetes mellitus, dehydratace, akutní kardiální dekompenzace, metabolická acidóza a současné užívání kalium-šetřících diuretik a soli obsahujících draslík a zejména antagonistů aldosteronu nebo blokátorů receptorů angiotenzinu**. U pacientů užívajících ACE inhibitory mají být proto kalium šetřící diuretika a blokátory receptorů angiotenzinu užívány opatrně a má být kontrolována hladina draslíku v séru a funkce ledvin**. **Diabetici:** během prvního měsíce monitorovat glykémii. **Hypertenze krize:** bezpečnost a účinnost nebyla stanovena. **Starší pacienti:** dávku zvyšovat s opatrností. **Intolerance galaktózy/malabsorpce glukózy-galaktózy/vrozený deficit laktázy:** lék nemá být užíván. **INTERAKCE:** **Kontraindikace:** aliskiren u diabetiků nebo u pacientů s poruchou funkce ledvin, mimotělní léčba, sakubitril/valsartan. **Souběžné užívání se nedoporučuje:** draslík-šetřící diuretika (např. triamteren, amilorid), doplňky draslíku nebo doplňky obsahující soli draslíku, lithium, estramustin, dantrolen (infuze), grapefruit nebo grapefruitový džus, blokátory receptorů pro angiotenzin II nebo aliskiren (u jiných pacientů, než diabetiků nebo s poruchou funkce ledvin). **Současné užívání, které vyžaduje zvláštní opatrnost:** nesteroidní antiflogistika (NSAID) včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den, antiplateletika (inzulin, perorální antiplateletika), srdeční nešetřící diuretika, draslík-šetřící diuretika (eplerenon, spironolaktón), racekadotril, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus), gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), induktoři CYP3A4 (rifampicin, třezalka tečkovaná), inhibitory CYP3A4, baklofen. **Souběžné užívání, které vyžaduje určitou opatrnost:** sympatomimetika, zlato, takrolimus, antihypertenziva, vazodilatancia, kortikosteroidy, tetrakalsid, alfa-blokátory (prazosin, alfuzosin, doxazosin, tamsulosin, terazosin), amifostin, tricyklická antidepresiva, antipsychotika, anestetika, cyklosporin, sirovastatin, další léky s antihypertenzními vlastnostmi. **Léky vyvolávající hyperkalemii:** aliskiren, soli draslíku, draslík-šetřící diuretika (např. spironolaktón, triamteren nebo amilorid), inhibitory ACE, antagonisté receptorů pro angiotenzin II, NSAID, heparin, imunosupresiva jako cyklosporin nebo takrolimus, trimethoprim a kotrimoxazol (trimethoprim/sulfamethoxazol). **Léky vyvolávající hypokalemii:** aliskiren, soli draslíku, draslík-šetřící diuretika (např. spironolaktón, triamteren nebo amilorid), inhibitory ACE, antagonisté receptorů pro angiotenzin II, NSAID, heparin, imunosupresiva jako cyklosporin nebo takrolimus, trimethoprim a kotrimoxazol (trimethoprim/sulfamethoxazol). **Přidání přípravku Prestance s výše zmíněnými přípravky doporučeno.** Pokud je současné podávání indikováno, je třeba je podávat s opatrností a s pravidelnými kontrolami hladin draslíku v séru**. **TEHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Podávání není doporučeno v prvním trimestru těhotenství a během kojení. Podávání je kontraindikováno ve 2. a 3. trimestru těhotenství. **FERTILITA:** U některých pacientů léčených blokátory kalciových kanálů zaznamenány reverzibilní biochemické změny v hlavičce spermiu. **ÚČINNOST NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Může být zhoršena v případě závratí, bolesti hlavy, únavy, malátnosti nebo nevolnosti. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** **Velmi časté:** otok. **Časté:** somnolence, závratě, bolest hlavy, dysgeúzie, parestezie, vertigo, poštížení zraku, diplopie, tinitus, palpitace, zčervénání, hypotenze, dyspnoe, kašel, bolest břicha, nauzea, zvracení, dyspepsie, změna způsobu vyprazdňování stolice, průjem, zácpa, svědění, vyrážka, exantém, otok kloubů (otoky kotníků), svalové křeče, únava, astenie. **Méně časté:** eosinofilie, tachykardie, vaskulitida, hypersenzitivita, hypoglykemie, hyperkalemie, hyponatremie, nespavost, poruchy nálady (včetně úzkosti), deprese, porucha spánku, třes, hypestezie, synkopa, rinítida, bronchospasmus, kašel, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a atrální fibrilace), sucho v ústech, angioedém tváře, končetin, rtů, sliznic, jazyka, glottis a/nebo hrtanu, alopecie, purpura, zabarvení kůže, hyperhidróza, kopřivka, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, artralgie, myalgie, bolest v zádech, poruchy močení, noční močení, pokáskání, renální selhání, erektilní dysfunkce, ginekomastie, periferní otok, bolest na hrudi, bolest malátnost, plynatost, zvýšení tělesné hmotnosti, snížení tělesné hmotnosti, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, pád. **Vzácné:** stav zmatenosti, zhoršení zrakové funkce, zvýšená hladina bilirubinu v krvi, zvýšení hladin jaterních enzymů, syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu (SIADH)** , akutní renální selhání** , anurie/oligurie** . **Velmi vzácné:** leukopenie/neutropenie, agranulocytóza nebo pancytopenie, trombocytopenie, hemolytická anémie s defektem enzymů u pacientů s vrozenou nedostatečností G-6PDH, snížení hemoglobinu a hematokritu, hyperglykemie, hypertenze, periferní neuropatie, angina pectoris, infarkt myokardu, arytmie, cévní mozková příhoda - pravděpodobně sekundárně v důsledku nadměrné hypotenze u vysoké rizikových pacientů, eosinofilní pneumonie, gingivální hyperplazie, pankreatitida, gastritida, hepatitida, žloutenka, hepatitida buď cytolytická nebo cholestatická, zvýšení jaterních enzymů (v souvislosti s cholestázou), Quinckeův edém, erythema multiforme, Stevens-Johnsonův syndrom, exfoliativní dermatitida. **Není známa:** Raynaudův fenomén, extrapyramidová porucha (extrapyramidový syndrom), toxická epidermální nekrolýza. **PŘEDÁVKOVÁNÍ, VLASTNOSTI:** Perindopril je inhibitor enzymu, který konvertuje angiotenzin I na angiotenzin II (angiotenzin konvertující enzym - ACE). Amlodipin je inhibitorem transportu kalciových iontů patří do skupiny dihydropyridinů (blokátory kalciových kanálů nebo antagonistů kalciových iontů), který inhibuje transmembránový transport kalciových iontů do srdečních buněk a buněk hladkého svalstva cévních stěn. **BALENÍ:** Balení 30, 90 a 120 tablet Prestance v sáčcích 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg. **Uchovávání:** Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní teplotní podmínky uchovávání. **Držitel rozhodnutí o registraci:** LES LABORATOIRES SERVIER, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, France. Registrační čísla: 58/203-206/08-C. **Datum poslední revize textu:** 3.1.2022. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravek je k dispozici v lékárnách a je na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <https://www.sukl.cz/sukl/seznam-hceiv-a-plu-hrazenych-ze-zdrav-poisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz *pro úplnou informaci si prosím přečtete celý Souhrn údajů o přípravku ** všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku Prestance

PROGRAM – pátek 27. května 2022

9.00 ZAHÁJENÍ ODBORNÉHO PROGRAMU

prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D.

9.05–10.35 GASTROENTEROLOGIE A HEPATOLOGIE

odborný garant doc. MUDr. Ilja Tachecí, Ph.D.

- **IP** Koloskopie – racionalizace metody při spolupráci praktického lékaře a gastroenterologa – Cyrany J.
- Ultrazvuk břicha – racionální indikace a přínos vyšetření pro praktického lékaře – pohled gastroenterologa – Repák R.
- **IP** Racionální indikace a kvalita gastroskopie – Tachecí I.
- **IP** Laboratorní markery hepatopatie v ordinaci praktického lékaře – Šembera Š.

10.35–11.05 PŘESTÁVKA

11.05–12.35 KARDIOLOGICKÝ PACIENT V ORDINACI PL – JAK NA TO?

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

- **IP** Bradykardie a kardiostimulace – nic není jako před 10 lety – Sedláček K.
- **IP** Supraventrikulární tachykardie v ordinaci praktického lékaře – Tomko T.
- Co mohu udělat pro pacienta se srdečním selháním v ordinaci PL? – Pudil R.
- Bolest na hrudi – jak to vidí kardiolog – Bis J.
- Synkopa – co s ní? – Hodač M.

12.35–13.05 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE I.

- **IP** Infekce HIV/AIDS – co je nového? – Gebouský P.
Přednáška sponzorovaná společností Gilead Sciences, s. r. o.
- Současný pohled na diagnostiku a léčbu virové hepatitidy C – Volfová M.
Přednáška sponzorovaná společností Gilead Sciences, s. r. o.

13.05–14.05 OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA

14.05–14.20 MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE

- Orientační posouzení profesního syndromu karpálního tunelu v ordinaci praktického lékaře – Junkerová J.

14.20–15.30 KARDIOLOGIE

odborná garantka doc. MUDr. Ludmila Brunerová, Ph.D.

- HMOD a jak se nedostát do bodu, odkud není cesty zpět – Pudil J.
- Efekt kininové kaskády, aneb klíč pro výběr antihypertenziva – Rutar P.
- Co je u nových tabulek SCORE opravdu důležité? Modelové situace v ordinaci a jak je řešit – Brunerová L., Ožana J.

15.30–16.00 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE II.

- Jak nejlépe bojovat s vysokým LDL-C u vašich pacientů po IM? – Zlatohlávek L.
- Chronická žilní nedostatečnost z pohledu angiologa – Jirát S.

16.00–16.30 PŘESTÁVKA

16.30–18.10 DIABETOLOGIE

odborná garantka doc. MUDr. Alena Šmahelová, Ph.D.

- Gliptiny a jejich využití v denní praxi PL – Paclíková M.
- Syndrom diabetické nohy v ordinaci PL – Plíšková M.
- **IP** Edukace diabetika – možnosti zlepšení compliance – Štefánková J.

18.10 PŘEDPOKLÁDANÉ ZAKONČENÍ ODBORNÉHO PROGRAMU PRVNÍHO DNE

PROGRAM – sobota 28. května 2022

9.00–10.00 **IP** PROMOŘENÍ COVIDEM... MÁME NOVÉ INFEKČNÍ VÝZVY?

MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.

- Interaktivní přednáška s hlasováním publika

10.00–11.20 **MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE**

- **Moderní léčba atopické dermatitidy** – Bartoňová J.
Přednáška sponzorovaná společností Sanofi-aventis, s. r. o.
- **MEDDI app jako zdroj dalších příjmů pro vaši ambulanci** – Benmammar S.
- **Pneumokok a klíšťovka, co je pojí?** – Blechová Z.
Přednáška sponzorovaná společností Pfizer, s. r. o.
- **Gaucherova nemoc – úskalí diagnostiky** – Mazurová S.
Přednáška sponzorovaná společností Takeda Pharmaceuticals Czech Republic s. r. o.
- **Urogenitální infekce** – Emmer J.

11.20–12.00 **PŘESTÁVKA**

12.00–13.30 **LÉKAŘ A PARAGRAFY**

odborný garant JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

- **Ochrana osobních údajů ve zdravotnictví – praktické otázky a odpovědi** – Špeciánová Š.
- **Lékař a reverz** – Prudil L.
- **Může si pacient vybírat lékaře?** – Prudil L.
- **Perličky z právní praxe** – Prudil L.

13.30 **ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD**

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

7. kongres Medicíny pro praxi v Hradci Králové

27.–28. května 2022 | Hotel Nové Adalbertinum

Pořadatel

Společnost SOLEN, s.r.o., ve spolupráci s I. interní kardioangiologickou klinikou FN Hradec Králové

Odborný garant

prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D.

Organizátor

SOLEN, s.r.o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: Rostislav Reininger, 778 775 664, reininger@solen.cz
Zajištění výstavních ploch: Mgr. Martin Jiša, 734 567 855, jisa@solen.cz
Programové zajištění: Mgr. Helena Zednicková, 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 11 kredity pro lékaře.



Supplementum D Medicína pro praxi

Citační zkratka:

Med. praxi. 2022;19(Suppl D).

Vydal: Solen, s.r.o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-403-0



LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

DVA RIZIKOVÉ FAKTORY - JEDNO ŘEŠENÍ



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



1× DENNĚ



LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

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

Složení*: Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/10 mg, 40 mg/10 mg/10 mg potahované tablety obsahují 10 mg atorvastatinu (ator)/5 mg perindoprilu argininu (per)/5 mg amlodipinu (amlo), 20 mg ator/5 mg per/5 mg amlo, 20 mg ator/10 mg per/5 mg amlo, 20 mg ator/10 mg per/10 mg amlo, 40 mg ator/10 mg per/10 mg amlo. Obsahuje 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. **Souběžné podávání s jinými léčivými přípravky.** U pacientů užívajících antivirotika elbasvir/grazoprevir proti hepatitidě C nebo letermovir jako profylaxe infekce cytomegalovirem, souběžné s přípravkem Lipertance nesmí dávka atorvastatinu v přípravku Lipertance překročit 20 mg/den. Užívání přípravku se nedoporučuje u pacientů užívajících letermovir společně s cyklosporinem. **Starší pacienti a pacienti s poruchou funkce ledvin:** lze podávat pacientům s clearance kreatininu ≥ 60 ml/min, není vhodný pro pacienty s clearance kreatininu < 60 ml/min, u těchto pacientů se doporučuje individuální titrace dávky s jednotlivými složkami. **Pacienti s poruchou funkce jater:** Přípravek má být podáván s opatrností a je kontraindikován u pacientů s jaterním onemocněním v aktivním stavu. **Pediatriká populace:** Použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **Kontraindikace*:** Hypersenzitivita na léčivé látky, nebo na jiné ACE inhibitory, nebo deriváty dihydropridinu, nebo na statiny nebo na tetrakolickou pomocnou látku, onemocnění jater v aktivním stavu nebo neobjasněné přetrvávající zvýšení sérových aminotransferáz převyšující 3násobek horní hranice normálních hodnot, během těhotenství, kojení a u žen ve fertilním věku, které nepoužívají vhodné antikoncepční prostředky (viz bod Těhotenství a kojení*), současně užívání s antivirotiky glekaprevirem/pibrentasvirem proti hepatitidě C, závažná hypotenze, šok (včetně kardiogenního šoku), obstrukce levého ventrikulárního výtokového traktu (např. hypertrofická obstrukční kardiomyopatie a vysoký stupeň stenózy aorty), hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu, anamnéza angioedému (Quinckeho edém) související s předchozí terapií ACE inhibitory, dědičný nebo idiopatický angioedém, současně užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²), současně užívání se sakubitrilem/valsartanem, Lipertance nesmí být nasazena dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu, mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz bod Interakce*), signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné 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. Pokud přetrvávají více než trojnásobně zvýšené hodnoty aminotransferáz nad horní hranici normálních hodnot, doporučuje se snížit dávku atorvastatinu nebo léčbu atorvastatinem ukončit. Pacienti, kteří konzumují velké množství alkoholu a/ nebo mají v anamnéze jaterní onemocnění, je nutné léčit přípravkem Lipertance s opatrností. Vliv na kosterní svalstvo: Jsou-li hladiny CK na začátku léčby významně zvýšené ($> 5 \times$ ULN), 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, telitromycin, klaritromycin, delavirdin, stiripentol, ketokonazol, tipranavir/ritonavir, letermovir atd.). Riziko myopatie může být zvýšeno současným užíváním derivátů kyseliny fibrové, antivirotik k léčbě hepatitidy C (bocepreviru, telapreviru, elbasviru/grazopreviru), erythromycinu, niacinu nebo ezetimibu. Přípravek Lipertance se nesmí podávat současně se systémovou léčbou kyselinou fusidovou nebo během 7 dnů po ukončení léčby kyselinou fusidovou vzhledem k obsahu atorvastatinu. U pacientů, u kterých je systémové podání kyseliny fusidové považováno za nezbytné, se musí po dobu léčby kyselinou fusidovou přerušit léčba statinem. **Intersticiální plicní onemocnění:** Při podezření na vznik intersticiálního plicního onemocnění u pacienta musí být terapie přípravkem Lipertance přerušena. **Diabetes mellitus:** U diabetiků léčených perorálními antidiabetiky nebo inzulinem má být v průběhu prvních měsíců léčby pečlivě sledována glykemie. **Pacienti se srdečním selháním:** mají být 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 hypotenzní odpověď není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou být obvykle užity bez obtíží, jakmile po doplnění objemu stoupne krevní tlak. **Stenóza aortální a mitrální chlopně/hypertrofická kardiomyopatie:** Přípravek je kontraindikován u pacientů se závažnou obstrukcí v oblasti levého ventrikulárního výtokového traktu. **Transplantace ledvin:** Nejsou zkušenosti s podáváním přípravku pacientům po nedávno prodělané transplantaci ledvin. **Renovaskulární hypertenze:** Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné 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, a to i u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. **Porucha funkce ledvin:** monitorování hladiny kreatininu a draslíku, individuální titrace dávky s jednotlivými složkami u pacientů s clearance kreatininu < 60 ml/min, u pacientů se stenózou renální arterie bylo pozorováno zvýšení sérových koncentrací urey a kreatininu, u renovaskulární hypertenze je riziko závažné hypotenze a renální insuficience zvýšené. Amlodipin lze používat u pacientů se selháním ledvin v normálních dávkách. Amlodipin není dialyzovatelný. U pacientů na hemodialýze: dialyzovaný poměr vysoké propustnosti membrán byly zaznamenány anafylaktoidní reakce. **Hypersenzitivita/angioedém:** okamžité vyzazení léčby a zahájení monitorování do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Souběžné užívání mTOR inhibitorů: zvýšení rizika angioedému. Současné užívání perindoprilu a sakubitrilu/valsartanu je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Léčbu sakubitrilem/valsartanem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčbu perindoprilem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání inhibitorů ACE s rasekadotilem, mTOR inhibitory (např. sirolimem, everolimem, temsirolimem) a gliptiny (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin) může vést ke zvýšenému riziku angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka spolu s poruchou dýchání nebo bez poruchy dýchání). U pacientů, kteří již užívají inhibitor ACE, je třeba opatrnosti při počátečním podání rasekadotrilu, mTOR inhibitorů a gliptinů. **Anafylaktoidní reakce během aferézy nízkodenzitních lipoproteinů (LDL):** vzácný výskyt život ohrožujících anafylaktoidních reakcí, kterým lze předjet dočasným vyzazením léčby před každou aferézou. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizační léčby** (např. jedem blanokřídlých): reakcím je možné se vyhnout dočasným vyzazením léčby, nicméně se znovu objevily po neúmyslné expozici. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anémie:** Přípravek Lipertance má být používán s extrémní opatrností u pacientů se systémovým onemocněním pojiva a cév (collagen vascular disease), u pacientů užívajících imunosupresivní léčbu, léčbu alopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů a pacienti mají být poučeni, aby hlásili jakékoliv známky infekce (např. bolest v krku, horečku). **Rasa:** perindopril může být méně účinný na snížení krevního tlaku a může vést k vyššímu výskytu angioedému u černošských pacientů ve srovnání se 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 srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a u současně užívání diuretik šetřících draslík a draslíkových doplňků nebo náhrad solí s obsahem draslíku, nebo u pacientů užívajících jiné léčivé přípravky, které mohou způsobovat vzestup sérových koncentrací draslíku (např. heparin, kotrimoxazol) a zejména antagonistů aldosteronu nebo blokátorů receptorů angiotensinu. U pacientů užívajících ACE inhibitory mají být proto kalium šetřící diuretika a blokátory receptorů angiotensinu užívány opatrně a má být kontrolována hladina draslíku v séru a funkce ledvin. **Kombinace s lithiem:** nedoporučuje se. **Duální blokáda systému renin-angiotensin-aldosteron (RAAS):** současně užívání ACE inhibitorů, blokátorů receptorů pro angiotensin II nebo aliskirenu zvyšuje riziko hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutní selhání ledvin). Duální blokáda RAAS se proto nedoporučuje. ACE inhibitory a blokátory receptorů pro angiotensin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzinu. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. **Hladina sodíku:** bez sodíku. **Dědičné problémy s intolerancí galaktózy, vrozené nedostatky laktázy nebo malabsorpce glukózy a galaktózy:** přípravek nemá být užíván. **Interakce*:** **Kontraindikace:** Aliskiren (u pacientů s diabetem mellitem nebo poruchou funkce ledvin), mimotělní léčba, sakubitril/valsartan, glekaprevir/pibrentasvir. **Nedoporučované kombinace:** Silné inhibitory CYP3A4, současná léčba ACE inhibitorem a blokátorem receptoru angiotensinu, estramustin, lithium, heparin, imunosupresiva jako cyklosporin nebo takrolimus, trimethoprim a kotrimoxazol (trimethoprim-sulfamethoxazol), draslík šetřící diuretika (např. triamteren, amilorid, eplerenon, spironolakton), soli draslíku, dantrolen (infúze), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** Induktory a středně silné inhibitory CYP3A4, digoxin, ezetimib, kyselina fusidová, gemfibrozil / deriváty kyseliny fibrové, inhibitory transportérů, warfarin, antidiabetika (inzuliny, perorální antidiabetika), baklofen, nesteroidní antiflogistika (NSAID) (včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den), rasekadotril, mTOR inhibitory (např. sirolimem, everolimem, temsirolimem) a gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin). **Kombinace vyžadující určitou opatrnost:** kolchicin, kolestipol, perorální kontraceptiva, sympatomimetika, tricyclická antidepressiva/ antipsychotika/ anestezika, zlat, digoxin, atorvastatin, warfarin, letermovir, 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 nauce. Opatrnost je zapotřebí zejména na začátku léčby. **Nežádoucí účinky*:** **Velmi časté:** edém. **Časté:** nazofaryngitida, hypersenzitivita, hyperglykemie, somnolence, závrať, bolest hlavy, dysgeuzie, parestezie, vertigo, postižení zraku, diplopie, tinitus, palpitace, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), zrudnutí, faryngolaryngeální bolest, epistaxe, kašel, dyspnoe, nauzeje, zvracení, bolest horní a dolní části břicha, dyspepsie, průjem, zácpa, změny způsobu ve vyprazdňování stolice, flatulence, vyrážka, pruritus, otok kloubů, otok krtků, bolest končetin, artralgie, svalové spazmy, myalgie, bolest zad, astenie, únava, periferní edém, pankreatitida, říhání, hepatitida cytolytická nebo cholestatická, kopřivka, purpura, změna zbarvení kůže, hyperhidróza, exantém, alopecie, angioedém, pemfigoid, fotosenzitivní reakce, bolest krku, svalová únava, poruchy močení, noční močení, polakisurie, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynekomastie, bolest na hrudi, bolest, malátnost, periferní otok, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, zvýšení tělesné hmotnosti, pozitivní nálezy leukocytů v moči, snížení tělesné hmotnosti, pád. **Vzácné:** trombocytopenie, stavy zmatenosti, periferní neuropatie, cholestáza, zhoršení psoriázy, Stevens-Johnsonův syndrom, toxická epidermální nekrolýza, erythema multiforme, myopatie, myozitida, rhabdomyolýza, ruptura svalu tendonopatie (někdy komplikovaná rupturou), vzestup hladiny jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi. **Velmi vzácné:** leukopenie/neutropenie, agranulocytóza nebo pancytopenie, hemolytická anémie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, snížení hladiny hemoglobinu a hematokritu, anafylaxe, hypertonie, ztráta sluchu, infarkt myokardu, sekundární k nadměrné hypotenzí u vysoké rizikových pacientů, angina pectoris, cévní mozková příhoda možná sekundární k nadměrné hypotenzí u vysoké rizikových pacientů, eosinofilní pneumonie, gastritida, gingivální hyperplazie, žloutenka, jaterní selhání, exfoliativní dermatitida, akutní renální selhání, lupus-like syndrom. **Není známo:** imunitně zprostředkovaná nekrotizující myopatie, extrapyramidová porucha (extrapyramidový syndrom), Raynaudův fenomén. U jiných inhibitorů ACE byly hlášeny případy SIADH (syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu). SIADH lze považovat za velmi vzácnou, ale možnou komplikaci spojenou s léčbou inhibitory ACE, včetně perindoprilu. **Předávkování*:** Farmakologické vlastnosti*: Atorvastatin je selektivním a kompetitivním inhibitorem HMG-CoA reduktázy. Perindopril je inhibitor angiotensin-konvertujícího enzymu (ACE inhibitor), který konvertuje angiotensin I na angiotensin II. Amlodipin, derivát dihydropridinu, 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 30 nebo 90 (3 obaly na tablety po 30 tabletách) potahovaných tablet Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/10 mg, 40 mg/10 mg/10 mg. **Držitel rozhodnutí o registraci:** LABORATOIRES SERVIER, 50 rue Carnot, 92284 Suresnes cedex France. Registrační číslo: Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg: 58/428/15-C, Lipertance 20 mg/5 mg/5 mg: 58/429/15-C, Lipertance 20 mg/10 mg/5 mg: 58/430/15-C, Lipertance 20 mg/10 mg/10 mg: 58/431/15-C, Lipertance 40 mg/10 mg/10 mg: 58/432/15-C. **Datum poslední revize textu:** 11.6.2021. 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-leviciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-poisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

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

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



GASTROENTEROLOGIE A HEPATOLOGIE

odborný garant doc. MUDr. Ilja Tachecí, Ph.D.

pátek / 27. května / 9.05–10.35

Koloskopie – racionalizace metody při spolupráci praktického lékaře a gastroenterologa

MUDr. Jiří Cyrany, Ph.D.

II. interní gastroenterologická klinika, Lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Koloskopie představuje jeden ze základních endoskopických nástrojů gastroenterologické diagnostiky a terapie. V podmínkách vysoké incidence kolorektálního karcinomu v České republice pak představuje hlavní nástroj screeningového programu. Na vyšetření jsou proto kladeny stále větší nároky kvalitativní i kvantitativní. Aby byla kvalitní a bezpečná koloskopie dostupná včas potřebným pacientům, je nutné využívat tohoto vyšetření efektivně. Z tohoto pohledu jsou zásadními aspekty: správná indikace k vyšetření včetně adekvátních dispenzárních intervalů u rizikových skupin, optimální příprava před vyšetřením a správná modifikace antitrombotické terapie u pacienta podstupujícího endoskopický výkon.

Mezi nejčastější chybné indikace koloskopie patří akutní průjemová onemocnění, bolesti břicha nedostatečně vyšetřené radiologickými zobrazovacími metodami, opakovaná vyšetření při symptomatologii odpovídající některé z forem dráždivého tračníku. Případnou nejistotu indikace je možné řešit konzultací s naším pracovištěm kdykoliv v pracovní době.

Při screeningové koloskopii nalézáme polypy ve více než třetině případů. Pacient je však indikován k dalšímu koloskopickému sledování pouze v případě adenomů velikosti nad 10 mm, počtu 5 a více, a přítomnosti vysokého stupně dysplázie – v intervalu 3 roky a následně 5 let; ostatní nemocní jsou kontrolováni za 10 let. U pacientů s kolorektálním karcinomem je indikována perioperační koloskopie (před nebo do 6 měsíců po operaci), následovaná koloskopickými kontrolami v intervalu 1 rok, 3 roky a pak 5 let. Důležitým aspektem je nepokračovat v dispenzaci bez ohledu na věk pacienta (75–80 let) a komorbiditu.

Jedním ze základních parametrů kvality koloskopie je dostatečná kvalita přípravy pacienta. Zlatým standardem zůstává polyetylenglykol, rozšiřuje se však nabídka přípravků s menším objemem. Lepší kvality přípravy je u všech přípravků dosahováno při rozdělení podání (večer a ráno před vyšetřením) – poslední dávku je optimální podat přibližně 4 hodiny před výkonem. Nezbytné je pacienta dostatečně poučit nejlépe ústně i písemně. Nedostatečně připravený pacient byl měl podstoupit novou koloskopii do 1 roku.

V populaci přibývá pacientů užívajících některou z forem antitrombotické terapie. Kyselina acetylsalicylová je dnes indikována téměř výhradně v rámci sekundární prevence a její vysazení je spojeno s významným rizikem trombotické příhody – nemá být proto vysazována ani před většinou terapeutických výkonů. Diagnostická koloskopie včetně biopsie a malé polypektomie studenou kličkou je procedurou s nízkým rizikem krvácení, doporučeno je vysazení ranní dávky DOAC a ověření terapeutické hodnoty INR u warfarinizovaných pacientů. Před terapeutickou koloskopií je nutné antikoagulační terapii přerušit, přemostění nízkomolekulárním heparinem je indikováno pouze u pacientů s vysokým tromboembolickým rizikem.

Zlepšení systému objednávání pacientů a logistiky chceme do budoucna dosáhnout větším zapojením nemocničního informačního systému a elektronické komunikace – spolupráce s praktickými lékaři zůstane nadále klíčová.

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.

Ultrazvuk břicha – racionální indikace a přínos vyšetření pro praktického lékaře – pohled gastroenterologa

MUDr. Rudolf Repák

II. interní gastroenterologická klinika, Lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Ultrazvuk břicha je dnes zpravidla první globální zobrazovací metodou při vyšetření břišní dutiny, a jeho správné provedení a hodnocení je důležité v rozhodnutí o dalším vyšetřovacím postupu u pacienta. Jeho výhodou je dostupnost, neinvazivita a absence zátěže ionizujícího záření, standardem by měla být obrazová dokumentace vyšetření ve formě obrázků, videa či digitalizace nálezu i pro srovnání s výsledky následných či kontrolních vyšetření. Zároveň jde jednoznačně o expert-dependentní metodu, což je v současnosti při široké dostupnosti často problémem, protože zkušenost vyšetřujících není dostatečná. Dalším problematickým bodem může být technické vybavení – jednak vhodná sonda (u břišní sonografie optimálně kombinace konvexní a lineární sondy) a jednak nastavení programů přístroje, což je hlavně u novějších přístrojů vyšší třídy s hodně modalitami velmi důležité.

Mezi hlavní neurgentní indikace ultrazvuku břicha patří: 1) bolesti břicha, váhový úbytek, dyspepsie mimo typické refluxní obtíže, 2) příznaky spojené s břišními orgány (např. průjem, ikterus, hematurie), 3) palpce rezistence či organomegalie, 4) patologické laboratorní nálezy (např. jaterní testy, ledvinové funkce, anémie), 5) kontrolní vyšetření/dispensarizace dřívějších abnormálních nálezů. Ultrazvuk má významnou roli i v případě diagnostiky urgentních stavů – jednoznačně nejdůležitější je v diferenciální diagnostice hepatocelulárního a obstrukčního ikteru, včetně určení etáže/etiologie obstrukce, u akutní apendicitidy a renální obstrukce, důležitý je i jako první vyšetření u břišních traumat, i u dětí. Kontraindikace ultrazukového vyšetření (včetně dopplerovského) neexistují.

Vzhledem ke spektru gastroenterologických pacientů (kde převažují funkční dyspepsie), i v souladu s daty z literatury, lze patologický nález očekávat maximálně v 1/3 nálezů (25–30 %).

Hlavní patologií je cholecystolitiáza, steatóza jater, cysty a kameny ledvin, a vzrůstá i počet cystických lézí pankreatu (prevalence kterých je ve věkové skupině nad 70 let 10 %), malignituluze očekávat jen ve 3 % nálezů. Úkolem vyšetřujícího lékaře je správné vyhodnocení nálezu se stanovením indikace dalších vyšetření (CT, endoskopie včetně ERCP ev. EUS) nebo jen konzervativního postupu s určením doby a formy dispensarizace. Ze strany praktického lékaře vyšetřující určitě uvítá správně vyplněnou žádanku k vyšetření optimálně i s laboratorními výsledky, protože užitečný kontakt s pacientem při vyšetření je často nedostatečný. Důležité je i poučení pacienta, který by neměl jíst před vyšetřením minimálně 6 hodin, zároveň ale může užít léky (mimo antidiabetik) a pít (důležité hlavně u pacientů objednaných na pozdější či odpolední termín vyšetření), při vyšetření malé pánve je vhodná náplň močového měchýře ke zlepšení rozlišení okolních struktur.

Normální/negativní nález při abdominální sonografii by měl být uklidněním pro pacienta, hlavně při současně normálních základních laboratorních vyšetřeních, přesto až 50 % těchto pacientů dospěje k dalším vyšetřením u specialistů, kde je často UZ vyšetření opakováno.

Racionální indikace a kvalita gastrokopie

doc. MUDr. Ilja Tachecí, Ph.D.

II. interní gastroenterologická klinika, Lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Endoskopické vyšetření horní části trávicí trubice (gastroskopie) patří k nejčastěji prováděným a historicky nejstarším endoskopickým metodám současnosti. Dostupnost gastrokopie v České republice je dostatečná, endoskopie je obecně považována za velice bezpečnou, přesto

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

NOVINKA

Praluent 300 mg

Jedno předplněné pero jednou měsíčně¹



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

Praluent®
alirocumab

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

Zkrácená informace o přípravku

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

Název přípravku: Praluent 75 mg injekční roztok v předplněném peru, Praluent 150 mg injekční roztok v předplněném peru, Praluent 300 mg injekční roztok v předplněném peru. **Složení:** Alirocumabum 75 mg nebo 150 mg v 1 ml roztoku, nebo 300 mg ve 2 ml roztoku. **Indikace:** Primární hypercholesterolemie a smíšená dyslipidemie: Přípravek Praluent je indikován k léčbě dospělých pacientů s primární hypercholesterolemií (heterozygotní familiární a nefamiliární) nebo se smíšenou dyslipidemií jako doplněk k dietním opatřením: v kombinaci se statinem nebo se statinem a jinou hypolipidemickou léčbou u pacientů, u kterých nelze dosáhnout cílových hodnot LDL cholesterolu maximální tolerovanou dávkou statinů, samostatně nebo v kombinaci s jinou hypolipidemickou léčbou u pacientů, kteří netolerují statiny nebo u kterých je podávání statinů kontraindikováno. Prokázané aterosklerotické kardiovaskulární onemocnění: Přípravek Praluent je indikován k léčbě dospělých s prokázaným aterosklerotickým kardiovaskulárním onemocněním ke snížení kardiovaskulárního rizika snížením hladin LDL-C, jako doplněk korigující další rizikové faktory: v kombinaci s maximální tolerovanou dávkou statinu a jinou hypolipidemickou léčbou či bez ní, nebo samostatně nebo v kombinaci s jinou hypolipidemickou léčbou u pacientů, kteří netolerují statiny nebo u kterých je podávání statinů kontraindikováno. **Dávkování a způsob podání:** Obvyklá počáteční dávka aliokumabu je 75 mg podaných subkutánně jednou za 2 týdny. U pacientů, u kterých je zapotřebí výraznější snížení LDL cholesterolu (> 60 %), může být počáteční dávka 150 mg podávaná jednou za 2 týdny nebo dávka 300 mg jednou za 4 týdny podávaná subkutánně. Pro podání dávky 300 mg je zapotřebí podat buď jednu injekci s obsahem 300 mg, nebo následně 2 injekce s obsahem 150 mg do dvou rozdílných míst aplikace. Subkutánní podání do stehna, břicha nebo horní části paže. **Pediatrická populace:** Bezpečnost a účinnost přípravku Praluent u dětí a dospívajících ve věku do 18 let nebyla dosud stanovena. Zkušenost s aliokumabem u pediatrické populace je limitována 18 pacienty ve věku 8 až 17 let s homozygotní familiární hypercholesterolemií (HoFH). Ve srovnání se známým bezpečnostním profilem u dospělých nebyl zjištěn žádný nový bezpečnostní nále. U pediatrických pacientů mladších 8 let nebyly studie s aliokumabem provedeny. U starších pacientů není nutná úprava dávky. U pacientů s mírnou nebo se středně závažnou poruchou funkce jater nebo ledvin není nutná úprava dávky. Každé předplněné pero nebo předplněná injekční stříkačka je pouze pro jednorázové použití. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Před zahájením léčby je nutno vyloučit sekundární příčiny hyperlipidemie nebo smíšené dyslipidemie. Aliokumab má být u pacientů se závažnou poruchou funkce ledvin a jater používán s opatrností. Pokud se vyskytnou známky a příznaky závažných alergických reakcí, léčba aliokumabem musí být ukončena a musí být zahájena vhodná symptomatická léčba. Aby se zlepšila sledovatelnost biologických léčivých přípravků, má se přehledně zaznamenat název podaného přípravku a číslo šarže. **Interakce:** Aliokumab je biologický léčivý přípravek, nepředpokládá se jeho farmakokinetický vliv na jiné léčivé přípravky a na izoenzymy cytochromu P450. Statiny a jiná hypolipidemická terapie zvyšují produkci PCSK9, což vede ke zvýšení clearance touto cestou a ke snížení systémové expozice aliokumabu. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Používání aliokumabu se nedoporučuje během těhotenství, pokud klinický stav ženy nevyžaduje léčbu aliokumabem. Není známo, zda se aliokumab vylučuje do lidského mateřského mléka, je nutné rozhodnout, zda v tomto období přerušit kojení nebo přerušit používání aliokumabu. Nejsou k dispozici žádné údaje o nepříznivých účincích na plodnost u lidí. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Aliokumab nemá žádný nebo má zanedbatelný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Časté: známky a příznaky onemocnění horních cest dýchacích, svědění, reakce v místě injekce (erytém/zčervenání, svědění, otoky, bolest/citlivost). **Vzácné:** hypersenzitivita, hypersenzitivní vaskulitida, kopřivka, numulární ekzém. **Předávkování:** Nutná symptomatická léčba. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávat v chladničce (2–8 °C). Chránit před mrazem. Mimo chladničku max. 30 dní, chránit před světlem, při teplotě do 25 °C. **Doba použitelnosti:** Praluent 75 mg 3 roky, Praluent 150 mg, 300 mg 2 roky. **Balení:** 1, 2 nebo 6 předplněných per. **Držitel rozhodnutí o registraci:** sanofi-aventis groupe 54, rue La Boétie; F - 75008 Paris; Francie. **Registrační číslo:** EU/1/15/1031/001-12. **Datum revize textu:** 2. 12. 2021. Před použitím přípravku se seznáme s úplnou informací o přípravku. Použití léčivého přípravku je s ohledem na veřejný zájem koncentrováno do specializovaných pracovišť, která jej účtují jako zvlášť účtovaný přípravek zdravotní pojišťovně na základě smlouvy uzavřené mezi nimi a zdravotní pojišťovnou. V takovém případě je Praluent 75 mg injekční roztok, Praluent 150 mg a Praluent 300 mg injekční roztok v předplněném peru plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Souhrn údajů o přípravku obdržíte na adrese:** sanofi-aventis, s.r.o., Evropská 846/176a, 160 00 Praha 6, tel.: 233 086 111, fax: 233 086 222, www.sanofi-aventis.cz.

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

Literatura

1. Souhrn údajů o přípravku PRALUENT, datum poslední revize textu 2. 12. 2021. 2. SPC přípravku Repatha. 3. Sabatine S. M. et al. Evolocumab and Clinical Outcomes in Patients with Cardiovascular Disease N Engl J Med. 2017;376:1713–22. 4. Steg P.G. et al Circulation. 2019;140:103–112.

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

Praluent®
alirocumab

Určeno pro odbornou veřejnost.
MAT-CZ-2100370 - 3.0 - 01/2022

SANOFI

se jedná o relativně invazivní proceduru s riziky komplikací i s určitými limitacemi. Také podání analgosedace při endoskopii není zcela bez rizika. Vzhledem k tomu je více než nezbytné definovat a zavést pravidla racionální indikace gastroscopie a její kvality, obdobně jako k tomu došlo pro oblast koloskopie.

Gastrointestinální endoskopie obecně je indikována tam, kde její provedení povede k zahájení či změně terapie (není například indikována u generalizované malignity k určení primárního zdroje, pokud je současně kontraindikována onkologická léčba), po neúspěšné empirické léčbě benigního onemocnění (například refluxní choroby jícnu u nemocných bez varovných známek) a u nemocných, u kterých je zvažována endoskopická léčba (akutní krvácení do trávicího traktu, extrakce cizího tělesa). Podezření na funkční onemocnění trávicího traktu není primární indikací k horní endoskopii, výjimkou je současná přítomnost varovných známek závažného (maligního) onemocnění. Mezi tyto symptomy a známky patří projevy chronického krvácení do gastrointestinálního traktu, včetně chronické sideropenické anémie, progresivní a významná ztráta hmotnosti, progredující dysfagie, perzistující zvracení, rezistence v dutině břišní a střední věk (> 40–50 let). Základní kontraindikací vyšetření je podezření na perforaci trávicí trubice a nespolupráce nemocného, či nemožnost získat informovaný souhlas (s výjimkou akutních, život ohrožujících stavů).

Kromě všeobecně známých a akceptovaných indikací gastroscopie (krvácení do trávicí trubice manifestované hematemézou a melenou, podezření na vředovou chorobu žaludku a duodena, podezření na karcinom jícnu či žaludku) je potřeba horní endoskopii provádět také v některých specifických situacích. Patří mezi ně sledování nemocných s chronickou atrofickou gastritidou a/nebo intestinální metaplázií a Barrettovým jícnem vzhledem k vyššímu riziku rakoviny žaludku a jícnu. Přesné intervaly endoskopií určuje gastroenterolog na základě endoskopických a histopatologických nálezů. Mezi důležité indikace patří také dysfagie, odynofagie a regurgitace (vylučujeme anatomickou či slizniční příčinu poruchy polykání), součástí endoskopie je biopsie sliznice jícnu k vyloučení eosinofilní a refluxní ezofagitidy. U nemocných se sideropenickou anémií bez jasné příčiny je indikováno vyloučení celiakie, zahrnující vícečetné biopsie sliznice duodena. Pečlivě musí být horní endoskopie prováděna u nemocných ve vyšším riziku dlaždicobuněčného karcinomu jícnu (nádory hlavy a krku a bronchogenní karcinom s dobrou prognózou) a u nemocných podstupujících kontrolní endoskopii pro vřed žaludku (riziko karcinomu existuje i v případě zdánlivého zhojení vředové léze), vřed by měl být proto vždy bioptován.

Základní přípravou k vyšetření je lačnění, potřebná doba je 6 hodin pro pevné jídlo a 2 hodiny pro tekutiny. Vzhledem k riziku přehlédnutí léze (včetně neoplazií jícnu a žaludku) je definována minimální délka vyšetření na 7 minut. Vyšetření má být pro pacienta dostatečně komfortní, optimální je zvážení podání lokální anestezie a systémové analgosedace. Pracoviště musí být vybaveno k monitorování nemocného jak v průběhu, tak i po podání analgosedace, nemocný je z endoskopické jednotky propuštěn po splnění minimálních kritérií stability.

Laboratorní markery hepatopatie v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Štěpán Šembera, Ph.D.

II. interní gastroenterologická klinika, Lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Laboratorní markery jaterního poškození jsou zvýšené často, a to i v běžné populaci. Pouze v malém počtu případů značí akutní jaterní lézi. Vedle „klasických jaterních testů“ v podobě transamináz (ALT, AST), cholestatických enzymů (alkalická fosfatáza ALP, gama-glutamyl transferáza GGT) a bilirubinu je třeba sledovat i hodnotu albuminu a trombocytů – a to zejména ve chvíli, kdy máme podezření na chronickou jaterní lézi. Vedle základní laboratoře patří mezi nezbytná počáteční vyšetření ultrazvuk břicha.

SPOLEČNĚ K DOSAŽENÍ CÍLOVÝCH HODNOT LDL CHOLESTEROLU

ZENON
Rosuvastatin + Ezetimibe

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

Zkrácená informace o přípravku

NÁZEV PŘÍPRAVKU: Zenon 10 mg/10 mg potahované tablety, Zenon 20 mg/10 mg potahované tablety, Zenon 40 mg/10 mg potahované tablety. **LÉČIVÁ LÁTKA:** Jedna tableta obsahuje rosuvastatinum (jako rosuvastatinum calcicum), 10 mg a ezetimibum 10 mg rosuvastatinum 20 mg (jako rosuvastatinum calcicum) a ezetimibum 10 mg a, rosuvastatinum 40 mg (jako rosuvastatinum calcicum) a ezetimibum 10 mg. **INDIKACE:** Přípravek Zenon je indikován k substituční terapii u dospělých pacientů, kteří jsou adekvátně kontrolováni kombinací rosuvastatinu a ezetimibu podávanou současně ve stejné dávce jako ve fixní kombinaci, avšak jako samostatné přípravky, jako doplněk diety k léčbě primární hypercholesterolemie (heterozygotní familiární a nefamiliární) nebo homozygotní familiární hypercholesterolemie a ke snížení rizika kardiovaskulárních příhod u pacientů s ischemickou chorobou srdeční (IČHS) a anamnézou akutního koronárního syndromu (AKS). **DÁVKOVÁNÍ:** Přípravek Zenon není vhodný pro počáteční léčbu. Zahájení léčby nebo úprava dávkování, pokud je třeba, by měla být prováděna s jednosložkovými přípravky a teprve po nastavení vhodných dávek lze přejít na fixní kombinaci odpovídající sil. Pacienti by měli užívat dávky odpovídající jejich předchozí léčbě. Doporučená denní dávka je jedna tableta přípravku Zenon denně, nezávisle na jídle. Tablety se polykají celé a zapíjejí se vodou. **Pediatrická populace:** Bezpečnost a účinnost přípravku Zenon u dětí do 18 let nebyla dosud stanovena. Podávání se nedoporučuje. **KONTRAINDIKACE:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo kteroukoliv pomocnou látku přípravku, aktivní onemocnění jater včetně nevysvětleného přetrvávajícího zvýšení jaterních transamináz, zvýšení transamináz nad trojnásobek hranice normálních hodnot, těžká porucha funkce ledvin, myopatie, souběžná léčba cyklosporinem, těhotenství, kojení, podávání ženám ve fertilním věku bez účinné kontracepce. Dávka 10 mg/40 mg je kontraindikována u pacientů s predispozicí k myopatii/rhabdomyolýze (např. při středně těžké poruše funkce ledvin, hypothyreóze, osobní či rodinné anamnéze dědičných muskulárních poruch, anamnéze muskulární toxicity po inhibitech HMG-CoA reduktázy nebo fibrátech, abúzu alkoholu, asijském původu, souběžné léčbě s fibráty). **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ A OPATŘENÍ PRO POUŽITÍ:** U pacientů léčených rosuvastatinem ve všech dávkách, zvláště pak v dávkách > 20 mg, byly hlášeny nežádoucí účinky na kosterní sval, např. myalgie, myopatie a vzácně rhabdomyolýza. Velmi vzácně byl hlášen výskyt rhabdomyolýzy při užívání ezetimibu v kombinaci s inhibitory HMG-CoA reduktázy. Pokud existuje podezření na myopatii na základě svalových příznaků nebo je diagnóza myopatie potvrzena zvýšením hladiny kreatinfosfokinázy (CPK) > 10násobek horní hranice normálu (ULN), je nutno přípravek Zenon, všechny statiny a veškeré ostatní léky, které pacient současně užívá, okamžitě vysadit. Kreatinkináza (CK) se nemá stanovovat po fyzické námaze nebo za přítomnosti jiné možné příčiny. S opatrností je třeba přistupovat k pacientům s predispozičními faktory k myopatii/rhabdomyolýze. U těchto pacientů, pokud jsou hladiny kreatinkinázy výrazně zvýšeny (> 5 ULN) léčba by se neměla zahajovat. V průběhu léčby je třeba pacienty požádat, aby okamžitě hlásili nevysvětlitelné bolesti svalů, svalovou slabost nebo křeče, zvláště pokud jsou spojeny s malátností nebo horečkou. Před začátkem a tři měsíce po nasazení léčby se doporučuje provést jaterní testy. Vzhledem k neznámým účinkům zvýšené expozice ezetimibu u pacientů se středně těžkou nebo těžkou jaterní nedostatečností se nedoporučuje těmto jedincům přípravek Zenon podávat. U pacientů léčených dávkou 40 mg rosuvastatinu je vhodné zvážit zařazení sledování funkce ledvin do rutinních kontrol. U pacientů s lehkou poruchou funkce ledvin není nutná úprava dávkování. U pacientů se středně těžkou poruchou funkce ledvin (clearance kreatininu < 60 ml/min) je doporučená úvodní dávka 5 mg rosuvastatinu. Pacienti se zvýšeným rizikem pro vznik diabetu mají být klinicky a biochemicky monitorováni. Pokud je u pacienta podezření na rozvoj intersticiálního plicního onemocnění, terapie statiny má být ukončena. Současné užívání s některými inhibitory proteáz se nedoporučuje, pokud nedojde k úpravě dávky rosuvastatinu. Bezpečnost a účinnost ezetimibu podávaného spolu s fibráty nebyla stanovena. Pokud se přípravek Zenon podává k warfarinu, jiným kumarinovým antikoagulantům nebo flutidionu, je nutno odpovídajícím způsobem sledovat mezinárodní normalizovaný poměr. Přípravek Zenon se nesmí podávat současně se systémovou léčbou kyselinou fusidovou nebo během 7 dnů po ukončení léčby kyselinou fusidovou. Výsledky farmakokinetických studií ukazují zvýšenou expozici u asijské populace ve srovnání s příslušníky bělošské populace. Přípravek Zenon se nedoporučuje užívat dětem a dospívajícím do 18 let věku. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí galaktosy, vrozeným deficitem laktasy nebo s malabsorpcí glukosy a galaktosy nesmí tento lék užívat. **INTERAKCE:** Kontraindikováno je současné podávání s cyklosporinem. U pacientů užívajících fenofibrát a ezetimib je možné riziko cholelitiázy a onemocnění žlučníku. Současné podávání rosuvastatinu s léčivými přípravky, které mohou zvýšit plazmatické koncentrace rosuvastatinu, jako např. některé inhibitory proteáz včetně kombinací ritonaviru a atazanaviru, lopinaviru a/nebo tipranaviru, dále gemfibrozilu, regorafenibu nebo simepreviru, může vést ke zvýšenému riziku myopatie. Pokud je systémová léčba kyselinou fusidovou nezbytná, musí se po dobu léčby kyselinou fusidovou vysadit léčba rosuvastatinem. Současné podávání antacidů snižuje rychlost absorpce ezetimibu, ale na biologickou dostupnost ezetimibu nemělo žádný vliv. Současné podávání rosuvastatinu a suspenze antacidů s obsahem hydroxidů hliníkové a hydroxidů hořečnatého vedlo k poklesu plazmatických koncentrací rosuvastatinu asi o 50 %. Tento vliv byl menší, pokud se antacidum podalo 2 hodiny po podání rosuvastatinu. Současné podávání kolestiraminu snížilo průměrnou velikost plochy pod křivkou (AUC) celkového ezetimibu (ezetimib + ezetimib-glukuronid) přibližně o 55 %. Pokud je ezetimib přidán k warfarinu, jiným kumarinovým antikoagulantům nebo flutidionu, musí být INR patřičně sledován. Zahájení léčby přípravkem či zvýšení dávky rosuvastatinu u pacientů souběžně léčených antagonisty vitamínu K (např. warfarin nebo jiná kumarinová antikoagulantia) může vést ke zvýšení protrombinového času. Souběžné podávání rosuvastatinu a erythromycinu vedlo ke 20 % zmenšení AUC (0-t) a 30% snížení hodnoty C_{max} rosuvastatinu. Souběžné podávání rosuvastatinu a perorálních kontraceptiv vedlo ke zvětšení AUC etinylestradiolu o 26 % a norgestrelu o 34 %. Neobečkává se žádná klinicky významná interakce s digoxinem, dapsonem, dextromethorfanem, perorálními kontraceptivy (ethinylestradiol a levonorgestrel), glipizidem, tolbutamidem nebo midazolamem. Cimetidin neměl na biologickou dostupnost ezetimibu žádný vliv. Pokud je nutné současně podávat rosuvastatin s jinými léčivými přípravky známými, že zvyšují expozici rosuvastatinu, dávkování rosuvastatinu musí být upraveno. **FERTILITA, TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Přípravek Zenon je kontraindikován v průběhu těhotenství a kojení. Ženy ve fertilním věku by měly během léčby používat vhodné antikoncepční metody. O vlivu ezetimibu na lidskou fertilitu nejsou k dispozici žádné údaje z klinických studií. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Při řízení vozidel nebo obsluze strojů je třeba vzít v úvahu, že se během léčby může objevit závrať. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** Časté: bolesti hlavy, závrata, zácpa, nauzea, bolesti břicha, průjem, flatulence, myalgie, astenie, únava, zvýšení ALT a/nebo AST, diabetes mellitus. U rosuvastatinu byly hlášeny závažné kožní nežádoucí účinky včetně Stevensova-Johnsonova syndromu (SJS) a lékové reakce s eozinofilií a systémovými příznaky (DRESS). Pokud se u pacienta při užívání přípravku Zenon rozvinula závažná reakce jako SJS nebo DRESS, nesmí se u tohoto pacienta léčba přípravkem Zenon již nikdy znovu zahajovat. **PŘEDÁVKOVÁNÍ:** Symptomatická a poddávající léčba s kontrolou jaterních funkcí a hladiny kreatinkinázy. Hemodialýza pravděpodobně nemá význam. **ZVLÁŠTNÍ OPATŘENÍ PRO UCHOVÁVÁNÍ:** Uchovávejte při teplotě do 30 °C v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem a vlhkostí. **DRUH OBALU A VELIKOST BALENÍ:** OPA/Al/PVC/Al blister, papírová krabice. Velikost balení: 30, 90 potahovaných tablet. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** sanofi-aventis, s.r.o., Evropská 846/176a, 160 00 Praha 6, Česká republika. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** Zenon 10 mg/10 mg potahované tablety: 31/321/14-C, Zenon 20 mg/10 mg potahované tablety: 31/322/14-C, Zenon 40 mg/10 mg potahované tablety: 31/323/14-C. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE TEXTU:** 12.10.2021 **VÝDEJ:** Léčivé přípravky jsou vázány na lékařský předpis. Léčivé přípravky Zenon 10 mg/10 mg potahované tablety, Zenon 20 mg/10 mg potahované tablety, Zenon 40 mg/10 mg potahované tablety jsou plně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Pro podrobné informace čtěte SPC, které obdržíte na adrese: sanofi-aventis, s.r.o., Evropská 846/176a, Praha 6, 160 00, Česká republika. Tel.: 233 086 111, fax: 233 086 222, www.sanofi.cz

Reference: 1. SPC ZENON, poslední revize textu 12. 10. 2021. 2. Efficacy and safety of rosuvastatin 40 mg alone or in combination with ezetimibe in patients at high risk of cardiovascular disease (results from the EXPLORER study). Am J Cardiol. 2007 Mar 1; 99(5): 673-80.

Nejčastějšími příčinami jaterního poškození jsou: nealkoholové ztukovatění jater, alkoholové poškození jater a polékové poškození jater. Méně časté jsou virové hepatitidy, autoimunitní a metabolické nemoci.

Jaterní léze dělíme na hepatocelulární, cholestatické a smíšené.

V případě záchytu chronické jaterní léze je vhodné vyšetřit jaterní elastografií. Jaterní elastografie je neinvazivní vyšetření tuhosti jaterní tkáně prováděné přístrojem na bázi ultrazvuku. Toto vyšetření dokáže s dobrou přesností určit míru nahromadění vaziva v játrech, určujeme tak stadia fibrózy a cirhózy jaterní. Vyšetření jaterní elastografií může dát chronickému laboratornímu nálezu charakteru „hepatopatie“ nový rozměr. Nález zvýšené jaterní tuhosti podporuje úsilí o další diagnostiku jaterního poškození.

V případě poškození jater v rámci nealkoholického ztukovatění jater (NAFLD non-alcoholic fatty liver disease) v diagnostice pamatujeme na vyloučení vlivu alkoholu (anamnestická data, eventuálně stanovení etylglukuronidu v moči či karbohydrát deficientního transferinu v séru), potvrzení steatózy na ultrazvuku a přítomnosti složek metabolického syndromu. Častým obrazem NAFLD je izolovaná elevace GGT a jaterní steatóza.

Závěr: Laboratorní známky jaterního poškození jsou v populaci časté. Mezi nejčastější příčiny patří metabolický syndrom, abúzus alkoholu a vedlejší efekt léků. V diagnostice pokračujeme pomocí ultrazvuku jater a jaterní elastografie.

KARDIOLOGICKÝ PACIENT V ORDINACI PL – JAK NA TO?

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

pátek / 27. května / 11.05–12.35

Bradykardie a kardiostimulace – nic není jako před 10 lety

MUDr. Kamil Sedláček

I. interní kardiologická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové

V přednášce budou shrnuty podstatné novinky a praktické aspekty v oblasti bradykardických poruch srdečního rytmu a implantabilních srdečních přístrojů pro léčbu poruch srdečního rytmu a srdečního selhání, včetně revoluční fyziologické stimulace, tedy stimulace převodního systému srdce.

Supraventrikulární tachykardie v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Tomáš Tomko

I. interní kardiologická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové

Supraventrikulární tachykardie (SVT), termín používaný pro tachykardie s frekvencí síní > 100/min v klidu, na jejichž mechanismu se podílí tkáň na úrovni Hisova svazku a nad ním, tradičně zahrnující také atrioventrikulární (AV) reentry tachykardie, jsou s prevalencí 2,25 / 1 000 poměrně častým nálezem v populaci. K prvnímu kontaktu s nemocným dochází převážně v ordinacích praktických lékařů, kde v diagnostice hraje klíčovou roli zejména anamnéza a rozbor EKG, který je důležitý pro diferenciální diagnostiku a další směřování léčby pacienta.

VENO-LYMFATICKÁ INSUFICIENCE A SYMPTOMATICKÁ LÉČBA HEMOROIDŮ

Cyclo3Fort®

RUSCUS ACULEATUS
HESPERIDIN METYLCHALKON
Kyselina askorbová



TROJNÁSROBNÁ SÍLA pro plnou úlevu



ZVYŠUJE ŽILNÍ
& LYMFATICKÝ TONUS²⁻⁴

CHRÁNÍ
MIKROCIRKULACI^{5,6}

REDUKUJE
ZÁNĚT⁶⁻⁸

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

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

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU

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

Složení: 1 tvrdá tobolka obsahuje Ruscus extractum siccum 150,0 mg (obs. heterosida sterolice), Hesperidini methylchalconum 150,0 mg, Acidum ascorbicum 100,0 mg. Pomocné látky: oranžová žluť. **Léková forma:** Tvrdá želatinová tobolka 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 tobolky denně (tj. 2–3 x 1 tobolka denně). V proktologii: 4–6 tobolek denně (tj. 2 x 2–3 tobolky denně), udržovací léčba je 2 tobolky denně (2 x 1 tobolka denně). Tobolky 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 (thalasémie, 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.

Co mohu udělat pro pacienta se srdečním selháním v ordinaci PL?**prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D.**

I. interní kardioangiologická klinika, Lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Hradec Králové

I přes pokroky v diagnostice a terapii je chronické srdeční selhání provázeno vysokou morbiditou a mortalitou. Proto se hledají cesty, jak zlepšit prognózu nemocných se srdečním selháním. Jednou z cest je zefektivnění spolupráce praktického lékaře a specialisty (internisty/kardiologa). Cílem přednášky je připomenutí úskalí diagnostiky a možností terapie chronického srdečního selhání z pohledu každodenní praxe.

Diagnostika srdečního selhání je založena na pečlivém rozboru symptomů nemocného, anamnestických dat, fyzikálního vyšetření, zhodnocení 12svodového EKG a dalších metod (stanovení natriuretických peptidů či echokardiografického vyšetření). Potíže může přinést diagnostika počátečních forem srdečního selhání u některých méně obvyklých příčin (např. dynamická mitrální insuficience či arytmií indukované kardiomyopatie). Přičemž včasná diagnostika může velmi významně ovlivnit prognózu pacienta.

Současná farmakoterapie chronického srdečního selhání je založena na medikaci léky ovlivňujícími systém renin angiotenzin aldosteron (ACEi/ARNi a MRA), sympatický nervový systém (betablokátory), nově glifloziny, a v případě známek retence tekutin diuretika. Praktickou otázkou je volba optimální kombinace léčiv a jejich titrace včetně monitorace případných nežádoucích účinků této medikace. Opomíjenou oblastí je terapie komorbidit, které jsou v této skupině pacientů časté a mohou významně ovlivnit účinnost léčby srdečního selhání.

V případě přetrvávání symptomů je na místě zvážení nefarmakologických přístupů zahrnujících prevenci náhlé srdeční smrti (implantabilní kardiovertery defibrilátory) a srdeční resynchronizační terapie (CRT-P/D). V případě této terapie je nutné zajistit maximální účinnost této terapie (ovlivnění procenta stimulace, eliminace některých arytmií). V této oblasti má spolupráce praktického lékaře a kardiologa nezastupitelný význam.

Zajímavou otázkou je úprava terapie po navození reverzní remodelace.

Cílem sdělení je zvýšení intenzity spolupráce tandemu praktický lékař – kardiolog, ve kterém je role praktického lékaře nezastupitelná.

Bolest na hrudi – jak to vidí kardiolog**MUDr. Josef Bis, Ph.D.**

I. interní kardioangiologická klinika, Lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Ischemická choroba srdeční je stále jednou z nejčastějších příčin mortality. Nejčastějším symptomem je bolest na hrudi, ta ale nemusí být zcela typická a může být přehlížena. Pacienti jsou chybně diagnostikováni, nesprávně léčeni a ohroženi závažnými formami koronární aterosklerózy. V populaci starších pacientů s rizikovými faktory je na ischemickou chorobu srdeční pomýšleno, ale v mladší populaci se často vyskytují atypické příčiny koronární ischemie, jejichž průběh ale může být závažnější než koronární ateroskleróza. Cílem sdělení je upozornit na rozsáhlou diferenciální diagnostiku bolestí na hrudi a nutnost aktivního přístupu při prvním kontaktu u všech pacientů s bolestí na hrudi, zejména v mladších věkových skupinách.

Synkopa – co s ní?**MUDr. Martin Hodač**

I. interní kardioangiologická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové

Krátkodobá porucha vědomí, synkopa, představuje poměrně častý diagnostický i terapeutický problém. Na našem pracovišti jde o 8 % všech akutních vyšetření a 2 % všech akutních hospita-

blokurima

doplněk stravy

2 g D-MANÓZY



5 mg LYZÁTU UPEC



blokurima

Složení jednoho sáčku:

2 g D-Manózy
+ 5 mg lyzátu UPEC
+ 60 mg artichoke

blokurima

Složení jednoho sáčku:

2 g D-Manózy

Dávkování:

Jeden sáček denně (nejlépe večer před spaním).



PODPORUJE NORMÁLNÍ FUNKCI
**MOČOVÝCH
CEST***

* obsahuje 60 mg
Artichoke P.E. 5:1

ona
pharm



lizací. Téměř 40 % nemocných se synkopu je hospitalizováno s průměrnou délkou pobytu v nemocnici 5,5 dne.

Na základě vlastních zkušeností a s použitím posledních „Doporučení ESC pro diagnostiku a léčbu synkopy z roku 2018“ bude ve sdělení prezentován postup sloužící k rizikové stratifikaci nemocných s krátkodobou poruchou vědomí, kdy je zejména nutné odlišit méně častých, ale závažných stavů (strukturální postižení srdce, závažná porucha srdečního rytmu) od nejčastějších (téměř 60 %) a nejméně závažných příčin (neurálně zprostředkované mechanismy) synkopálních epizod.

V další části sdělení budou prezentovány možnosti nefarmakologické i farmakologické léčby reflexní (neurálně zprostředkované) příčiny synkopy, kdy i při dobré prognóze mohou být recidivující epizody velmi omezujícím onemocněním. Základem terapie je zejména edukace a opakované ujištění, že se jedná o benigní onemocnění. Terapie je vždy přísně individuální.

AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE I

pátek / 27. května / 11.05–12.35

Infekce HIV/AIDS – co je nového?

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

MUDr. Pavel Gebouský

Klinika infekčních nemocí Fakultní nemocnice Hradec Králové

Infekce HIV vede postupně ke zhoršování funkce imunitního systému, což je spojeno s rozvojem oportunních infekcí a nádorů a v terminální fázi k jeho úplnému selhání. I při současné pokročilosti medicíny zůstává infekce virem HIV nadále opředena řadou mýtů a iracionální stigmatizací, a to i mezi zdravotníky. V současnosti je k dispozici vysoce účinná antiretrovirová léčba, která pacientům umožňuje žít plnohodnotný život bez výrazných omezení, a to včetně založení rodiny. Stejně je zahájení léčby v časném stadiu onemocnění, což jde ruku v ruce s brzkým stanovením diagnózy. Zatím se stále setkáváme se zdravotníky, kteří mají obavy pečovat o HIV pozitivní pacienty. Je třeba podotknout, že diagnostikovaný a léčený pacient je výrazně méně infekční oproti pacientovi, který o svém nemoci zatím neví. K ovlivnění epidemiologické situace výskytu HIV v ČR je nutné používat všechny nástroje, které máme k dispozici, tedy osvětu a prevenci, 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-0016

Datum přípravy 8/2021



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



ROZUMÍM.



ALE NENECHÁM TĚ V TOM, BRÁCHO. 🤝

NEDETEKOVATELNÝ*

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

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

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



testujsevcas.cz



GILEAD

MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE

pátek / 27. května / 14.05–14.20

Orientační posouzení profesního syndromu karpálního tunelu v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Jana Junkerová^{1,2}

Martina Bartoňová, DiS.³

¹Neurologická klinika Fakultní nemocnice Ostrava

²Lékařská fakulta Ostravské univerzity

³EMG a neurologická ambulance Thérápon 98, a. s., Kopřivnice

Přednáška ve stručnosti předkládá klinickou jednotku syndrom karpálního tunelu, stupně jeho závažnosti a jejich koreláty na EMG. Syndrom karpálního tunelu je velmi častý, až u 4 % populace a v produktivním věku souvisí s profesní zátěží. Při průkazu souvztažnosti klinických potíží a určitého nálezu na EMG s rizikovou prací je možno diagnózu syndromu karpálního tunelu odškodnit jako chorobu z povolání. K orientačnímu posouzení kondice n. medianus v oblasti karpu slouží měření distální motorické latence – tzv. DML n. medianus. Tento test je vyžadován při nástupu do rizikových profesí, provádí se ale i průběžně a s odchodem ze zaměstnání. Praktičtí a závodní lékaři mohou ve svých ambulancích toto screeningové vyšetření provádět. S chystanou změnou v legislativním rámci provádění DML n. medianus informujeme o možnosti získat pro ambulanci kvalifikaci, která bude vyžadována.

KARDIOLOGIE

odborná garantka doc. MUDr. Ludmila Brunerová, Ph.D.

pátek / 27. května / 14.20–15.30

HMOD a jak se nedostat do bodu, odkud není cesty zpět

MUDr. Jan Pudil

II. interní klinika – klinika kardiologie a angiologie Všeobecné fakultní nemocnice a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze

Arteriální hypertenze je hlavním ovlivnitelným rizikovým faktorem kardiovaskulárních chorob a celosvětově jednou z nejčastějších příčin úmrtí. Cílových hodnot krevního tlaku dosahuje v ČR stále pouze menšina léčených pacientů. V hodnocení celkového kardiovaskulárního rizika hraje důležitou roli screening a sledování vývoje hypertenzí medianovaného orgánového poškození (HMOD). Aktuální verze evropských doporučení pro diagnostiku a léčbu arteriální hypertenze klade důraz na včasné zahájení farmakologické léčby s cílem co nejrychlejšího dosažení cílových hodnot krevního tlaku. Nejlepší cestou k tomuto cíli je využívání moderní fixní kombinační léčby, která významně snižuje předčasnou morbiditu a mortalitu našich pacientů.

Efekt kininové kaskády aneb klíč pro výběr antihypertenziva (Kininová kaskáda, významný hráč na poli redukce kardiovaskulárního rizika hypertoniků)

MUDr. Pavel Rutar

Interní oddělení Nemocnice Na Homolce, Praha

Pro léčbu arteriální hypertenze máme v současnosti k dispozici širokou škálu bezpečných, efektivních a prověřených molekul. Volbu konkrétního antihypertenziva přitom vždy ovlivňuje několik faktorů – těmi hlavními dvěma faktory jsou individuální potřeby pacienta a cíl našeho snažení, tedy zejména redukce kardiovaskulárního rizika pacienta. Mezi základní skupiny

antihypertenziv řadíme betablokátory, blokátory kalciových kanálů, diuretika a ACE inhibitory (ACEI) či AT1 blokátory (sartany). Mezi dvě poslední zmiňované lékové skupiny kladou některé, zejména starší, doporučené postupy pro léčbu arteriální hypertenze rovnítko, zatímco novější doporučení pro léčbu hypertoniků preferují využití ACE inhibitorů před sartany. Na první pohled by se toto doporučení mohlo zdát zvláštní, neboť přece studie ONTARGET prokázala dokonce mírně vyšší klinický efekt na snížení arteriálního krevního tlaku při využití telmisartanu oproti ramiprilu. Při bližším pohledu na data studie ONTARGET však zjistíme, že kardiovaskulární riziko pacientů v obou větvích bylo srovnatelné, u pacientů v telmisartanové větvi se ale i přes vyšší pokles krevního tlaku vyskytlo o 7 % více akutních infarktů myokardu a o 12 % byla vyšší nutnost hospitalizací oproti ramiprilové větvi. Z těchto dat je tedy zjevné, že pro redukci kardiovaskulárního rizika pacienta nejde jen o snížení hodnoty jeho arteriálního krevního tlaku, ale zásadní roli hraje, jakou cestou a jakými farmaky snížení krevního tlaku dosáhneme. Vysvětlení příčiny rozdílného efektu ACE inhibitorů a sartanů na redukci kardiovaskulárního rizika hypertonika nalezneme při rozboru jejich efektů na patofyziologické děje v organismu. Zatímco ACE inhibitory blokují angiotensin konvertující enzym, čímž na jedné straně zvyšují produkci bradykininů s protizánětlivým, antiagregačním, vazodilatačním a antifibrózním účinkem, a na straně druhé blokují celou další kaskádu přeměny angiotenzinogenu I a snižují tak rovnoměrně stimulaci všech typů receptorů pro angiotenzin II, sartany blokují jen a pouze receptory ATR1 (receptory pro angiotenzin II typu 1), čímž dochází k hyperstimulaci ostatních typů receptorů pro angiotenzin II (ATR 2, 3, 4), přičemž konečný efekt této hyperstimulace je vazokonstrikční, prozánětlivý a profibrózní. Sartany současně, na rozdíl od ACE inhibitorů, nevedou k navýšení produkce endotel protektivních bradykininů.

Z výše uvedeného tedy jednoznačně vyplývá významně vyšší přínos ACE inhibitorů proti AT1 blokátorům, a jako racionální se jeví neklást mezi ACEI a sartany rovnítko, nýbrž ponechat sartany pouze pro ty pacienty, kteří ACE inhibitory netolerují. ACE inhibitory lze efektivně využívat v souladu s platnými doporučeními pro léčbu arteriální hypertenze ve fixních kombinacích s dalšími základními antihypertenzivy. Molekulou s nejprokázanějším přínosem ze skupiny ACE inhibitorů je bezesporu perindopril arginin, který významně snižuje jak kardiovaskulární riziko, tak mortalitu hypertoniků. Kombinační terapie perindopril arginin + amlodipin je asi nejčastěji využívanou dvoukombinací v terapii arteriální hypertenze, přičemž tato kombinace snižuje kardiovaskulární mortalitu a riziko vzniku cévní mozkové příhody u hypertoniků o téměř jednu čtvrtinu a o více jak 30 % pak snižuje riziko rozvoje nového diabetu mellitu u těchto pacientů.

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

doc. MUDr. Ludmila Brunerová, Ph.D.¹, MUDr. Jaromír Ožana²

¹Diabetologické centrum, Interní klinika Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
a 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy Praha

²Diabetologická a endokrinologická ambulance, Zábřeh

V loňském roce vydala Evropská kardiologická společnost aktualizované tabulky hodnocení kardiovaskulárního rizika – SCORE2 a SCORE2 OP (pro osoby starší 70 let) se 4 vypracovanými verzemi podle kardiovaskulární rizikovosti regionů. Česká republika spadá do zemí s vysokým rizikem. Doporučení jsou pojata velmi komplexně, jak pro zdravou populaci, tak pro pacienty v sekundární kardiovaskulární prevenci i pro pacienty s diabetem. Cílové hodnoty pro klíčové rizikové faktory (krevní tlak, glykemie a lipidy) zůstávají stejné, rozdílné je zařazení non-HDL cholesterolu, který je oproti původně zařazovanému LDL cholesterolu z několika důvodů výhodnější. Tato nová doporučení odhadují riziko nejen fatálních, ale také nefatálních kardiovaskulárních příhod. Speciálně umožní pracovat se starší populací, u níž je eliminováno nadhodnocení kardiovaskulárního rizika, a naopak s mladší populací s nižšími prahy KV rizika pro zahájení intervence jako prevence nedostatečné léčby rizikových faktorů u této skupiny.

detralex®

MPFF® – mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce

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



**Chronické žilní
onemocnění**
2 tbl denně

**Hemoroidální
onemocnění**
až 6 tbl denně

Zkrácená informace o přípravku Detralex®

SLOŽENÍ*: Flavonoidorum fractio purificata micronisata 500 mg (mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce - MPFF): Diosminum 450 mg, Flavonoida 50 mg vyjádřené jako Hesperidinum v jedné potahované tabletě. **INDIKACE*:** Léčba příznaků a projevů chronické žilní insuficience dolních končetin, funkčních nebo organických: pocit tíhy, bolest, noční křeče, edém, trofické změny, včetně bércevého vředu. Léčba akutní ataky hemoroidálního onemocnění, základní léčba subjektivních příznaků a funkčních objektivních projevů hemoroidálního onemocnění. Přípravek je indikován k léčbě dospělých. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ*:** Venolymfatická insuficience: 2 tablety denně. Hemoroidální onemocnění: Akutní ataka: 6 tablet denně během 4 dnů, poté 4 tablety denně další 3 dny. Udržovací dávka: 2 tablety denně. **KONTRAINDIKACE*:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ*:** Podávání přípravku Detralex v symptomatické léčbě akutních hemoroidů nevyklučuje léčbu dalších onemocnění konečníku. Pokud symptomy brzy neodezní, je nutné provést proktologické vyšetření a léčba by měla být přehodnocena. Hladina sodíku: bez sodíku**. **INTERAKCE*.** **FERTILITA*.** **TĚHOTENSTVÍ/KOJENÍ*:** Údaje o podávání těhotným ženám jsou omezené nebo nejsou k dispozici. Podávání v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. Není známo, zda se léčivá látka/metabolity vylučují do lidského mateřského mléka. Riziko pro kojené novorozence /dítě nelze vyloučit. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE*:** Žádný vliv. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY*:** Časté: průjem, dyspepsie, nauzea, vomitus. Vzácné: závratě, bolesti hlavy, pocit neklidu, vyrážka, svědění, kopřivka. Méně časté: kolitida. Frekvence neznámá: abdominální bolest, ojedinělý otok obličeje, rtů, víček, výjimečně Quinckeho edém. **PŘEDÁVKOVÁNÍ*.** **FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI*:** Venotonikum (venofarmakum) a vazoprotektivum. Detralex působí na zpětný návrat krve ve vaskulárním systému: snižuje venózní distenzibilitu a redukuje venostázu, na úrovni mikrocirkulace normalizuje kapilární permeabilitu a zvyšuje kapilární rezistenci; zvyšuje lymfatický průtok. **UCHOVÁVÁNÍ*:** Při teplotě do 30 °C. **VELIKOST BALENÍ*:** 30, 60, 120 a 180 potahovaných tablet. Datum revize textu: 7. 8. 2021. Přípravek je k dispozici v lékárnách na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <https://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Registrační číslo: 85/392/91-C. Držitel rozhodnutí o registraci: **LES LABORATOIRES SERVIER** 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Další informace na adrese: **Servier s.r.o.**, Florentinum, Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel.: 222 118 111, www.servier.cz.

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

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

Prognózu takového pacienta významně ovlivňuje včasná a současná kontrola hypertenze a hyperlipidemie (s ideálně co nejkratší délkou expozice těmto rizikovým faktorům). Správné pochopení rizika a významu intervence (např. za pomoci tabulek cévního věku) a jednoduchost léčby (např. ve formě fixních kombinací antihypertenziv se statiny) zásadně zlepšují spolupráci pacienta a jeho adherenci k léčbě. Na intervenci však není pozdě ani u pacientů s diabetem, neboť dosažení cílových hodnot všech rizikových faktorů vede ke kardiovaskulární morbiditě a mortalitě v zásadě odpovídající běžné populaci. V diskuzi se budeme věnovat klíčové úloze praktického lékaře v záchytu a časném zahájení léčby KV rizikových faktorů, a ukážeme, jak v praxi standardně používat tabulky cévního věku pro názornější objasnění KV rizika pacientovi.

DIABETOLOGIE

odborná garantka doc. MUDr. Alena Šmahelová, Ph.D.

pátek / 27. května / 16.30–18.10

Syndrom diabetické nohy v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Marie Plíšková

Diabetologické centrum, III. interní klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové

Syndrom diabetické nohy je patologický stav vedoucí k poškození nohy diabetika ulceracemi. Nejzávažnějším důsledkem je vysoká amputace dolní končetiny. Syndromem diabetické nohy (SDN) je postiženo v současné době asi 5,6 % všech diabetiků, rekurence ulcerací v prvním roce po zhojení defektu je až 40 %, až 70 % všech amputací dolní končetiny celosvětově je u diabetiků.

V etiologii se uplatňuje diabetická mikro- a makro-angiopatie, neuropatie, diabetická arthropatie, trauma a na ně nasedající infekce. Zvláštní pozornost si zaslouží osteomyelitida kostí nohy, která je zejména u neuropatických defektů častou komplikací, a dále Charcottova artropatie, která vede k těžkým deformitám nohou se zvyšujícím se rizikem nových ulcerací. Léčba syndromu diabetické nohy je zaměřena jednak na ovlivnění etiologických faktorů a zlepšení metabolické kompenzace, jednak na intenzivní lokální ošetřování defektu. Zaměřujeme se tedy na dosažení optimální kompenzace diabetu i za cenu alespoň přechodné inzulinoterapie. Aterosklerotické poškození tepen diabetiků má některé charakteristické odlišnosti od nediabetiků. Základní cévní UZ vyšetření, případně angiografie má v léčbě ischemických diabetických defektů zásadní význam. Perkutánní angioplastika tepen bývá často úspěšným řešením. Floridní infekce v oblasti ulcerace je indikací k antibiotické léčbě – při závažnějším poškození i za hospitalizace. Zásadní význam má odlehčení oblasti defektu pomocí různých metod.

Lokální léčba pak spočívá v kvalitním debridementu spodiny rány s použitím moderních postupů vlhkého hojení včetně V.A.C. systému. Řada dalších nových forem podpory hojení již patří spíše do rukou specializovaných center podiatrické péče (růstové faktory, kmenové buňky, kožní transplantáty atd...). Zcela speciální místo zaujímá léčba chirurgická a ortopedická.

Efektivnější než léčit již existující ulceraci, je vzniku předcházet pomocí intenzivní edukace pacienta a jeho rodiny. Mezi účinné metody prevence patří denní kontrola nohou, denní hygiena nohou, vhodná obuv, pravidelná odborná suchá pedikúra, energická léčba i drobných poranění.

Závěr: Cílem naší péče o diabetika v riziku syndromu diabetické nohy je prevence rozvoje ulcerace a předejití vysoké amputaci.

Edukace diabetika – možnosti zlepšení compliance

MUDr. Jozefína Štefánková, Ph.D.

StefaMed, s. r. o., Hradec Králové

Diabetes mellitus je onemocnění, jehož vývoj daleko více než u jiných chorob závisí na přístupu pacienta. Aktivní a zodpovědný přístup může důsledky nemoci zmírnit, naopak

pasivní a nezodpovědný přístup může vést k rychlému rozvoji pozdních komplikací. Již v době samotného stanovení diagnózy cukrovky je důležité, aby pacient za pomoci lékaře zrevidoval svůj dosavadní životní styl a stanovil si cíle a cestu, jak se k nim dostat. Ve většině případů je potřeba zaběhlý způsob života změnit, provést úpravy stravy, přidat pohybovou aktivitu a začít pravidelně (celoživotně) užívat léky nebo dokonce si léky aplikovat formou injekcí.

Žádná změna v životě není jednoduchá. **Pro změnu se člověk rozhoduje sám**, ovlivňován svým okolím (prostředím, lidmi) a okolnostmi. Často dlouho váhá mezi možnostmi, zda změnu udělat nebo ne. A právě tato **ambivalence nám, jako lékařům, poskytuje prostor pacientovi pomoci se pro změnu rozhodnout**. Na druhou stranu náš nesprávný a příliš nátlakový způsob komunikace může pacienta od změny oddálit.

Co můžeme udělat pro to, aby se pacient pro změnu rozhodl a aktivně přistupoval ke své nemoci?

Nejdůležitější je náš vztah s pacientem. Vytváříme si ho celoživotně, při každém vzájemném setkání. Vy, jako praktičtí lékaři, máte velkou výhodu v tom, že své pacienty znáte delší dobu, často znáte i jejich rodinné zázemí a vztahy. **Kvalitní vztah s pacientem znamená, že pacienta respektujeme jako člověka a on nám věří, jako lidem, i jako lékařům – odborníkům.** Věř, že způsob léčby, který pro něj vybereme, je ten nejlepší. **Pacient je expertem na svůj život**, jen on sám ví, jak jeho život doopravdy vypadá, proč ho žije právě tak. Má své zdroje, ze kterých může čerpat. Jen on sám ví, co může změnit a ovlivnit. Naopak my, jako lékaři, jsme experty na nemoc. Známe patofyziologii nemoci, ale není v našich silách pacienta změnit. **Jsme schopni ho podporovat v posilování jeho sebevědomí, že změnu může udělat a můžeme podávat informace** (o které stojí), které mu pomůžou svobodně se rozhodnout, že tuto změnu opravdu chce.

Z mých zkušeností z klinické praxe je nejdůležitější při ovlivnění compliance pacienta zvolit správný způsob komunikace. Velmi účinnou metodou, která vede člověka ke změně jsou **tzv. motivační rozhovory**. Vycházejí z respektujícího přístupu a rozvíjejí aktivní naslouchání. Více si o daném tématu můžete přečíst v knížce: Štefánek, Štefánková: Komunikace v diabetologické praxi, která vysvětluje základní principy komunikace a obsahuje četné příklady z praxe, kazuistiky i cvičení.

MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE

sobota / 28. května / 10.00–11.20

MEDDI app jako zdroj dalších příjmů pro vaši ambulanci

MUDr. Sam Benmammar

MEDDI hub, a. s., Praha

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

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

Samozřejmostí je možnost propojení ambulantního informačního systému a platformy MEDDI.

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

Gaucherova nemoc – úskalí diagnostiky

MUDr. Stella Mazurová, Ph.D.

Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu, Všeobecná fakultní nemocnice, Praha

Gaucherova nemoc je s odhadovanou incidencí 1 : 60 000 nejčastějším lysosomálním stádavým onemocněním. Podkladem onemocnění je nedostatečná aktivita enzymu glukocerebrosidázy, která má za následek lysosomální stádání glukocerebrosidu v buňkách makrofágového původu. Stádání je nejvíce vyjádřeno v retikuloendotelu sleziny, kostní dřeni a v parenchymu jater.

Onemocnění je multisystémové, s trvalou progresí obtíží a s postižením různých orgánů či tkání. Různá intenzita projevů vede k manifestaci orgánově specifických změn od dětství až po dospělost. Mezi nejčastější projevy Gaucherovy nemoci patří hepato- či splenomegalie, projevující se abnormální abdominální distenzí, bolestmi břicha či pocity plnosti. Závažnou komplikací pak může být infarkt sleziny, manifestující se až náhlou příhodou břišní. Další významně postiženou tkání je skelet, kde dochází k progresivnímu stádání, které má za následek bolesti kostí až tzv. „kostní krize“, vyskytnout se mohou patologické fraktury, časná osteoporóza či avaskulární nekrózy hlavic dlouhých kostí. U dětí bývají vedoucími projevy růstová retardace, opožděný nástup puberty či celkové neprospívání.

Laboratorně nacházíme především změny v krevním obrazu charakteru trombocytopenie, jejímž klinickým korelátem mohou být epistaxe, krvácení z dásní nebo silnější menstruační či protražované pooperační krvácení, méně často bývá přítomna anemizace. Vhodnou pomocnou metodou v laboratorní diagnostice je vyšetření elevace specifických biomarkerů, typických pro toto onemocnění (ferritin, laktátdehydrogenáza, kyselá fosfatáza, chitotriosidáza).

Diagnostika je založena na typických klinických projevech, charakteristických laboratorních nálezech a definitivně je potvrzena enzymologicky (sníženou aktivitou glukocerebrosidázy) a molekulárně geneticky, nálezem specifické mutace.

Kauzální léčbou Gaucherovy nemoci je substituce rekombinantního enzymu formou pravidelných nitrožilních infuzí, alternativou je, ve vybraných případech, perorální substrát redukční terapie. Nedílnou součástí je prevence ve formě genetického poradenství v postižených rodinách.

Diagnostika pacienta s Gaucherovou nemocí je kvůli raritě, individuální variabilitě a různé intenzitě příznaků velmi obtížná, pacienti se však mohou vyskytnout v ambulancích různých specialistů. V současnosti je v ČR sledováno a léčeno 36 pacientů s Gaucherovou nemocí.

LÉKAŘ A PARAGRAFY

odborný garant JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

sobota / 28. května / 12.00–13.30

Ochrana osobních údajů ve zdravotnictví – praktické otázky a odpovědi

JUDr. Šárka Špeciánová

1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Všeobecná fakultní nemocnice, Praha

Fakultní nemocnice v Motole, Praha

Přednáška bude věnována praktickým aspektům ochrany osobních údajů ve zdravotnictví. Proto se zaměříme na Obecné nařízení o ochraně osobních údajů tzv. GDPR, smlouvu mezi správcem a zpracovatelem a podmínky předání osobních údajů do zahraničí (např. při zapojení se do mezinárodního výzkumu či provádění klinického hodnocení léčiv se zahraničním zadavatelem).

Rovněž se budeme věnovat úpravě obsažené v zákoně o poskytování zdravotních služeb, která mimo jiné uvádí povinnou mlčenlivost zdravotníků a její prolomení při předávání informací o pacientovi bez jeho souhlasu.

Zmíníme si doporučení pro ambulantní sféru a praktické příklady předání osobních údajů dle současné právní úpravy.

Lékař a reverz

Může si pacient vybírat lékaře?

Perličky z právní praxe

JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

advokát, AK Prudil a spol., s. r. o.

Přednášky budou zaměřeny primárně na vztah lékař – pacient. Pozornost bude věnována podmínkám, za kterých může pacient odmítnout navrhovaný léčebný postup (negativní reverz) a dále pak právu pacienta na výběr poskytovatele zdravotních služeb (lékaře). Zmíněny budou rovněž podmínky, za kterých může lékař odmítnout přijetí pacienta do péče, resp. ukončit péči o pacienta.

PŘÍSPĚJTE NA DOBROU VĚC!

Vraťte, prosím, při odchodu z této akce visačku.

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

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

SOLE
MEDICAL EDUCATION





POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

GENERÁLNÍ PARTNER



PARTNEŘI



MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



