

Medicína pro praxi

2022



www.solen.cz | Med. praxi. 2022;19(Suppl. C) | ISBN 978-80-7471-395-8 | 2022

ABSTRAKTA

20. kongres Medicíny pro praxi v Olomouci – kongres praktických lékařů

21.–22. dubna 2022

Clarion Congress Hotel Olomouc

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



SOLEN
MEDICAL EDUCATION

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 statinu, samostatně nebo v kombinaci s jinou hypolipidemickou léčbou u pacientů, kteří netolerují statiny nebo u kterých je podávání statinů kontraindikováno. *Prokázané aterosklerotické kardiovaskulární onemocnění:* Přípravek Praluent je indikován k léčbě dospělých s prokázaným aterosklerotickým kardiovaskulárním onemocněním ke snížení kardiovaskulárního rizika snížením hladin LDL-C, jako doplněk korigující další rizikové faktory: v kombinaci s maximální tolerovanou dávkou statinu a jinou hypolipidemickou léčbou či bez ní, nebo samostatně nebo v kombinaci s jinou hypolipidemickou léčbou u pacientů, kteří netolerují statiny nebo u kterých je podávání statinů kontraindikováno. **Dávkování a způsob podání:** Obvyklá počáteční dávka aliokumabu je 75 mg podaných subkutánně jednou za 2 týdny. U pacientů, u kterých je zapotřebí výraznější snížení LDL cholesterolu (> 60 %), může být počáteční dávka 150 mg podávaná jednou za 2 týdny nebo dávka 300 mg jednou za 4 týdny podávaná subkutánně. Pro podání dávky 300 mg je zapotřebí podat buď jednu injekci s obsahem 300 mg, nebo následně 2 injekce s obsahem 150 mg 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

PROGRAM – čtvrtek 21. dubna 2022

- 9.00 ZAHÁJENÍ ODBORNÉHO PROGRAMU**
prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.
- 9.05–9.10 SLAVÍME 20. VÝROČÍ – VZPOMÍNKA NA PRVNÍ ROČNÍK KONFERENCE**
MUDr. Hana Šarapatková, Ph.D.
- 9.10–10.40 GRAVIDNÍ V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE**
garant prof. MUDr. Radovan Pilka, Ph.D.
- **Akutní břicho v těhotenství** – Pilka R.
 - **Metodika organizace „Komplexní péče o těhotnou ženu“ v České republice** – Ľubušký M.
 - **Diabetes mellitus v těhotenství** – Hostinská E.
 - **Hypertenze v těhotenství** – Durdová V.
 - **Farmakoterapie v těhotenství** – Kratochvílová T.
 - **Výživa v těhotenství** – Maděrková Tozzi M.
- 10.40–11.10 PŘESTÁVKA**
- 11.10–12.25 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE**
- **Morbus Gaucher – nálezy a ztráty** – Slezák P.
(Přednáška sponzorovaná společností Takeda Pharmaceuticals Czech Republic s. r. o.)
 - **Očkování proti klíšťové encefalitidě jako dárek k narozeninám a další novinky** – Petroušová L.
 - **Kdy a proč myslet na hepatitidu C?** – Aiglová K.
(Přednáška sponzorovaná společností Gilead Sciences, s. r. o.)
 - **IP HIV pozitivní pacient v ambulanci praktického lékaře** – Bartková D.
(Přednáška sponzorovaná společností Gilead Sciences, s. r. o.)
 - **Jak nejlépe bojovat s vysokým LDL-C u vašich pacientů po IM?** – Homolová J.
- 12.25–13.25 OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA**
- 13.25–14.45 TERMICKÁ PORANĚNÍ**
(Spoluorganizováno se Společností popáleninové medicíny, ČLS JEP)
garant doc. MUDr. Břetislav Lipový, Ph.D., MBA
- **Základní aspekty z diagnostiky a terapie popálenin v 21. století** – Kubok R.
 - **Lékařská první pomoc, kritéria pro překlad na specializované popáleninové pracoviště, ambulantní léčba malých popálenin** – Štětinský J.
 - **Přednemocniční a navazující hospitalizační péče u pacientů s termickým traumatem** – Lipový B.
 - **Následky popálenin a jejich současný management s ohledem na kvalitu života po popálení** – Zajíček R.
- 14.45–15.55 KARDIOLOGIE**
garant MUDr. Pavel Rutar
- **HMOD a jak se nedostat 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** – Ožana J., Mačák M.
- 15.55–16.25 PŘESTÁVKA**
- 16.25–18.00 IMUNOLOGIE**
garant prof. MUDr. Jiří Litzman, CSc.
- **Primární imunodeficeience v dospělém věku** – Litzman J.
 - **IP Sekundární imunodeficeience u dospělých** – Chovancová Z.
 - **Histaminová intolerance** – Hák R.
- 18.00 PŘEDPOKLÁDANÝ KONEC ODBORNÉHO PROGRAMU PRVNÍHO DNE**

PROGRAM – pátek 22. dubna 2022

- 9.00–9.45** **IP PROMOŘENÍ COVIDEM... MÁME NOVÉ INFEKČNÍ VÝZVY?**
MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.
■ Interaktivní přednáška s hlasováním publika
- 9.45–10.10** **MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE I.**
■ Chronická žilní insuficience u pacientů s diabetes – Záhumenský E.
■ Anonymní alkoholici – normální je nepít – Martin K.
- 10.10–10.40** **PŘESTÁVKA**
- 10.40–11.40** **DOBŘÁ RADA DO VAŠÍ ORDINACE**
■ Chronická zácpa – možnosti léčby a samoléčby z pohledu lékárníka – Matušková J.
■ Dostupnost zdravotních služeb z pohledu zdravotní pojišťovny – Krkošková A.
■ MEDDI app jako zdroj dalších příjmů pro vaši ambulanci – Benmammar S.
■ Urogenitální infekce – kazuistiky – Emmer J.
- 11.40–12.25** **OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA**
- 12.25–13.45** **DIABETES MELLITUS A JEHO KOMPLIKACE**
garant prof. MUDr. David Karásek, Ph.D.
■ Diabetes mellitus a oční komplikace – Šimičák J.
■ Diabetes mellitus a erektilní dysfunkce – Šrámková T.
■ **IP** Léčba obezity u nemocných s diabetem 2. typu – Cibičková L.
■ Algoritmus farmakoterapie diabetu 2. typu – Karásek D.
- 13.45–14.00** **MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE II.**
■ Somaticky nemocný pacient v ordinaci psychiatra – Reguli L.
- 14.00–14.20** **PŘESTÁVKA**
- 14.20–16.00** **PSYCHOSOMATIKA**
garant MUDr. Michal Kryl
■ Základní teze psychosomatického přístupu – Kryl M.
■ Psychosomatika a VPL – Prokopová M.
- 16.00** **ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY**

20. kongres Medicíny pro praxi Olomouci – kongres praktických lékařů

21.–22. dubna 2022 | Clarion Congress Hotel Olomouc

Pořadatel

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

Odborný garant

prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

Organizátor

SOLEN, s.r.o., Lazecská 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: 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

Ohodnocení

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



Supplementum C Medicina pro praxi

Citační zkratka:

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

Vydal: Solen, s.r.o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-395-8

ISSN 1214-8687



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 dihydropyridinu, 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) souvisejícího 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 vysoce propustných membrán byly zaznamenány anafylaktoidní reakce. **Hypersenzitivita/angioedém:** okamžité vyznění 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 gliptiny. **Anafylaktoidní reakce během aferézy nízkodenzitních lipoproteinů (LDL):** vzácný výskyt život ohrožujících anafylaktoidních reakcí, které lze předjet dočasným vyzazením léčby před každou aferézou. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizační léčby** (např. jedem blanokřídlých): reakcí 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 antidepresiva/ antipsychotika/ anestetika, 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 hladové 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, nauzea, 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 dihydropyridinu, 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-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

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

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



Gravidní v ordinaci praktického lékaře

garant prof. MUDr. Radovan Pilka, Ph.D.

čtvrtek / 21. dubna / 9.10–10.40

Akutní břicho v těhotenství

prof. MUDr. Radovan Pilka, Ph.D.

Porodnicko-gynekologická klinika, Univerzita Palackého Olomouc, Lékařská fakulta,
Fakultní nemocnice Olomouc

Jedním z nejvýznamnějších problémů současného porodnictví je narůstající věk rodiček. V roce 2001 představoval průměrný věk prvorodiček 25,3 let, zatímco v roce 2017 je průměrný věk žen rodících poprvé 28,9 let. Současně jsme zaznamenali dramatický nárůst počtu rodiček ve věku nad 40 let. V olomoucké porodnici bylo v roce 2001 z celkem 1 698 rodiček šest žen starších 40 let (0,35 %). Zatímco v roce 2017 porodilo v naší porodnici z celkem 2 545 žen 91 ve věku nad 40 let (3,5 %). To představuje desetinásobný nárůst v této věkové kategorii rodiček. S narůstajícím věkem rodiček velmi přirozeně přibývá i procento komorbidit přítomných v těhotenství, které jsou podmíněny věkem. Mezi nejdůležitější z nich patří diabetes mellitus a hypertenze. Kromě chronických onemocnění narůstá v rámci tohoto trendu i riziko akutních onemocnění břicha v těhotenství. Ta můžeme z hlediska příčiny řadit do dvou skupin: obecné a gynekologické. Do první skupiny můžeme zařadit: akutní appendicitis, akutní cholecystitis, akutní pankreatitis, netraumatické gastroduodenální perforace, symptomatické hernie břišní stěny, symptomatické diafragmatické hernie, intestinální obstrukce, akutní střevní zánětlivé onemocnění, slezina, břišní trauma, různé. Do skupiny druhé lze zařadit: torze adnex, torze (izolovaná) vejcovodu, ruptura ovariální cysty, ruptura ektopického těhotenství, spontánní ruptura dělohy, torze gravidní dělohy, degenerace děložního myomu, pánevní zánětlivá nemoc, tuboovariální absces. Appendicitis představuje 25–30 % operačních indikací pro akutní břicho v těhotenství. Její incidence je geograficky velmi variabilní. Pohybje se od 1/181 těhotenství na Tchajwanu po 1/8 770 v Mexiku. V Evropě a Česku se její incidence udává 1/1 000–1 500 těhotenství. U appendicitis v těhotenství je riziko případné perforace 2–3× vyšší a představuje až 28 % mateřské úmrtnosti následkem chirurgických komplikací v gestaci. Diagnostika je ztížena zejména ve druhé polovině těhotenství zvětšující se dělohou, přičemž na dělohou vyklenuté břišní stěně chybí příznaky peritoneálního dráždění. Kromě laboratorních známek přítomnosti zánětu patří ke standardům diagnostického postupu ultrazvukové vyšetření a magnetická rezonance. Do budoucna je možné zvažovat i nové CT přístroje s minimální dávkou radiace. V terapii dominuje agresivní chirurgická léčba, díky které se v průběhu posledních dekád podařilo snížit riziko perforace z 25–29 % na 15–20 %. Výskyt akutní cholecystitidy v těhotenství se uvádí 1/1 600–10 000 těhotenství a 40 % těchto žen vyžaduje cholecystektomii. Mezi rizikové faktory patří multiparita, obezita, diabetes mellitus a hormonální kontracepce. Z gynekologických příčin akutního břicha v těhotenství se nejčastěji vyskytuje ruptura ovariální cysty s incidencí 1/500–2 500 těhotenství. Optimální je konzervativní nebo laparoskopický přístup. V případě persistence ovariálního tumoru může dojít v 1/10 000 těhotenství k torzi adnex, kde prioritní snahou je laparoskopická detorse a záchrana ovariální funkce.

Závěr: Akutní břicho v těhotenství je stále velmi mimořádnou situací. Prioritou klinika je rychlé stanovení diagnózy, indikace a zahájení operačního výkonu se snahou o co nejnížší morbiditu a mortalitu.

20. KONGRES
MEDICÍNY PRO PRAXI 21.–22. 4. 2022
OLOMOUČ

**ZA VYPLNĚNÍ ANKETY
MŮŽETE VYHRÁT**

1. Kniha Interní, II., aktualizované vydání (Víteš)
2. Dětské kůlní modernity (Solari)
3. Volný vstup na kongres v roce 2022 do kteréhokoliv výjevu (Solari)
4. Kniha Velká kniha českého humoru (Gruša)
5. Předplatní časopis Medicína pro praxi 2022 (Solari)
6. Předplatní časopis Medicína pro praxi 2022 (Solari)
7. Kniha Nemocné zraněny (Solari)
8. Kniha Akutní poranění rány (Solari)
9. Kniha Těhotná v ordinaci gynekologa (Hendler)
10. Kniha Zdraví NIV (Hendler)

Kongresové anketu na stránkách v rubrikě 11. Adresa pro získání osobního programu

☐ Jsem lékařem a souhlasím s tím, že budu vyplňovat anketu a budu mít šanci vyhrát.

☐ Jsem lékařem a souhlasím s tím, že budu vyplňovat anketu a budu mít šanci vyhrát.

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 Solenu a za vyplnění můžete obdržet praktické ceny.

Metodika organizace „Komplexní péče o těhotnou ženu“ v České republice

prof. MUDr. Marek Ľubušký, Ph.D., MHA¹, prof. MUDr. Marian Kacerovský, Ph.D.²,
prof. MUDr. Antonín Pařízek, CSc.³, MUDr. Vladimír Dvořák, Ph.D.⁴,
Ing. Miroslav Jankůj, Ph.D.⁵, Ing. David Šmehlík, MHA⁵

¹Porodnicko-gynekologická klinika, Univerzita Palackého Olomouc, Lékařská fakulta, Fakultní nemocnice Olomouc

²Porodnická a gynekologická klinika, Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Fakultní nemocnice Hradec Králové

³Gynekologicko-porodnická klinika, Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

⁴Centrum ambulantní gynekologie a primární péče, Brno

⁵Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, Praha

Metodika organizace „Komplexní péče o těhotnou ženu“ v České republice je koncipována v rámci spolupráce registrujícího gynekologa, specializovaných zdravotnických pracovišť a porodnice a je v souladu s nově publikovanými doporučenými postupy České gynekologické a porodnické společnosti (ČGPS) České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP) i aktuálně platnými úhradovými mechanismy.

Cílem je zohlednit nejen hledisko medicínské, ale i organizační, legislativní a ve spolupráci s plátcí zdravotní péče i hledisko ekonomické.

ČGPS ČLS JEP schválila a publikovala celkem 42 aktuálně platných doporučených postupů, které řeší problematiku organizace „Komplexní péče o těhotnou ženu“.

Problematiku „Dispenzární prenatální péče“ řeší jen 3 z nich: č. 1/2021 Sb. „Zásady dispenzární péče v těhotenství“, č. 3/2019 Sb. „Pravidelná ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatální péče“ a č. 4/2019 Sb. „Podrobné hodnocení morfologie plodu při ultrazvukovém vyšetření ve 20.–22. týdnu těhotenství“.

Vzájemně se komplementárně doplňují a materiál je konsenzuálním stanoviskem sekcí ČGPS ČLS JEP: Sekce perinatologie a fetomaternální medicíny (SPFM), Sekce ultrazvukové diagnostiky (SUD) a Sekce ambulantních gynekologů (SAG).

Zbývajících 39 doporučených postupů řeší problematiku „Prenatální péče a vedení porodu“ převážně u rizikových těhotných nad rámec „Dispenzární prenatální péče“.

Při tvorbě metodiky organizace „Komplexní péče o těhotnou ženu“ je velmi důležitá spolupráce odborné společnosti, poskytovatelů a plátců zdravotní péče.

Diabetes mellitus v těhotenství

MUDr. Eliška Hostinská, prof. MUDr. Radovan Pilka, Ph.D.

Porodnicko-gynekologická klinika Fakultní nemocnice a Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci

Úvod: Těhotenství je doprovázeno inzulinovou rezistencí, zprostředkovanou primárně placentární sekrecí diabetogenních hormonů včetně růstového hormonu, kortikotropin uvolňujícího hormonu, placentárního laktogenu (chorionický somatomamotropin), prolaktinu a progesteronu. Tyto a další metabolické změny zajišťují, že plod má dostatek živin.

Definice: Gestační diabetes mellitus je porucha metabolismu glukózy různého stupně, která se objeví v těhotenství a spontánně odezní v průběhu šestinedělí (WHO 2013). V těhotenství může být kromě GDM zachycen také tzv. zjevný diabetes mellitus (dále také DM), který splňuje diagnostická kritéria diabetu platná pro všeobecnou populaci (glykemie nalačno $\geq 7,0$ mmol/l a/nebo v 120. min oGTT $\geq 11,1$ mmol/l) a zpravidla přetrvává i po šestinedělí. GDM v užším slova smyslu je nově definován jako diabetes zachycený ve II. až III. trimestru těhotenství u žen, u kterých nebyl přítomen zjevný diabetes před těhotenstvím (ADA 2017).

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 dní, poté 4 tablety denně další 3 dny. Udržovací dávka: 2 tablety denně. **KONTRAINDIKACE*:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ*:** Podávání přípravku Detralex v symptomatické léčbě akutních hemoroidů nevyklučuje léčbu dalších onemocnění konečníku. Pokud symptomy brzy neodezní, je nutné provést proktologické vyšetření a léčba by měla být přehodnocena. 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

Screening GDM v těhotenství – dvoufázový: I. fáze: do 14. týdne, II. fáze: ve 24.–28. týdnu
Gyneologická a perinatologická péče

GDM rozdělujeme v závislosti na léčbě, kompenzaci a riziku komplikací na dvě skupiny:

- GDM s nízkým rizikem
- II. GDM se zvýšeným rizikem

Prenatální péče:

- Prenatální péče o ženy s GDM s nízkým rizikem – zajišťuje ambulantní gynekolog – ve 36.–38. týdnu těhotenství je nad rámec pravidelných ultrazvukových vyšetření v průběhu prenatální péče provedeno ultrazvukové vyšetření k vyloučení abnormálního růstu plodu.
- Prenatální péče o ženy s GDM se zvýšeným rizikem – zajišťuje perinatologické centrum intenzivní péče nebo perinatologické centrum intermediární péče.

Časování porodu dle Doporučeného postupu ČGPS

Vedení porodu:

- GDM není indikací k ukončení těhotenství císařským řezem – při rozhodování o způsobu vedení porodu je nutné postupovat vždy individuálně.

První návštěva v diabetologické poradně po zjištění diagnózy GDM

Léčba GDM – dieta, farmakoterapie, pohybová aktivita.

Hypertenze v těhotenství

MUDr. Veronika Durdová, Ph.D., prof. MUDr. Radovan Pilka, Ph.D.

Porodnicko-gynekologická klinika, Univerzita Palackého Olomouc, Lékařská fakulta,
Fakultní nemocnice Olomouc

Úvod: Hypertenze a její komplikace v těhotenství významně zvyšují mateřskou a perinatální mortalitu a morbiditu. Nejzávažnější formou je preeklampsie a eklampsie. Hypertenze se vyskytuje přibližně u 10 % těhotných žen, incidence preeklampsie v ČR je cca 5 %. Preeklampsii dělíme na časnou formu (výskyt do 34. týdne těhotenství) a pozdní formu (po 34. týdnu těhotenství).

V těhotenství by měl být klientce nabídnut screening preeklampsie a růstové restrikce u plodu v rámci kombinovaného screeningu v I. trimestru, který dokáže zachytit až 80 % žen, u kterých se rozvine časná forma preeklampsie.

Užívání kyseliny acetylsalicylové v dávce 150 mg denně nasazené před 16. týdnem těhotenství do 36. týdne těhotenství výrazně snižuje incidenci časně formy preeklampsie.

Při zachytu hypertenze v těhotenství je nutné vyloučit preeklampsii a zajistit adekvátní konzultaci klientky se stanovením dalšího postupu na pracovišti s odborností, vnitřní lékařství. Gestační a preexistující chronickou hypertenzi je doporučeno léčit od TK $\geq 150/100$ mm Hg, při potvrzení diagnózy preeklampsie již při tlaku $> 140/90$ mm Hg. Krevní tlak udržujeme kolem hodnoty 140/90 mm Hg, aby byla dostatečně zajištěna uteroplacentární perfuze.

Závěr: Preeklampsie je závažný stav u těhotné ženy s možností její predikce a prevence již v I. trimestru těhotenství. Léčba hypertenzních onemocnění v těhotenství by měla být zajištěna ve spolupráci s interním lékařem.

Farmakoterapie v těhotenství

MUDr. Tereza Kratochvílová, Ph.D.

Porodnicko-gynekologická klinika, Univerzita Palackého Olomouc, Lékařská fakulta,
Fakultní nemocnice Olomouc

Věk těhotných v posledních desetiletích se výrazně zvýšil, a proto přibýlo i rizikových těhotenství u žen s preexistujícím interním onemocněním, u kterých je často nutné v medikaci v průběhu těhotenství pokračovat. Některé léky v těhotenství nelze užívat vůbec a je třeba u chronických pacientek medikaci upravit. Obsahem sdělení je přehledný popis podávaných léčivých přípravků v jednotlivých trimestrech těhotenství s upozorněním na

Aktuálně dostup-
né analyty ichro-
ma™ Boditech:

ichroma™ M2

- COVID-19 Ab
- COVID-19 Ag
- COVID-19/Flu
Ag Combo
- COVID-19 nAb
- Strep A
- Influenza A+B
- Influenza A+B/
RSV Combo
- Mycoplasma
- Respirační
syncytiální
virus (RSV)

ichroma™ M3

- CRP
- D-Dimery
- Troponin I
- FOB

Detaily k jednotlivým
testům na stránkách
www.exbio.com

iCHROMA **M2, M3**

Přenosné a kompaktní imunoanalyzátory



ichroma™ M2 a ichroma™ M3 jsou kompaktní, přenosné přístroje pro odečítání imunofluorescenčních analýz, které sdílí stejné testovací kazety s ostatními platformami společnosti Boditech Med. jako jsou ichroma™ II, ichroma™ III. Může pracovat na externí baterie, což zvyšuje jeho mobilitu.

KLÍČOVÉ VLASTNOSTI

- Přenosné a kompaktní s vysokým výkonem
- Ovládání jedním kliknutím pro pohodlí uživatele
- Možnost napájení přenosným zdrojem
- Cenově výhodné

teratogenní potenciál některých z nich a doporučení léčivých přípravků u nejčastěji se vyskytujících nemocí.

Výživa v těhotenství

MUDr. Michaela Maděrková Tozzi

Porodnicko-gynekologická klinika, Univerzita Palackého Olomouc, Lékařská fakulta, Fakultní nemocnice Olomouc

Smyslem zdravé výživy ženy jak v období těhotenství, tak v období kojení je vytvoření podmínek pro optimální vývoj plodu, eventuálně kojence, při zachování dobrého nutričního stavu matky. Vzhledem ke společné výživě dvou jedinců matky a plodu není jednoduché stanovit doporučení ve smyslu denního doporučeného příjmu jednotlivých živin a energie. Doporučení jsou proto většinou založena na tzv. faktoriálních odhadech, tj. navýšení dávky pro ženy netěhotné a nekojící o odhady potřeby plodu, eventuálně kojence. Tuto situaci nadále komplikuje výchozí nutriční stav matky na počátku gravidity, kdy podvyživené ženy potřebují pro optimální vývoj svého dítěte přibrat více, a tedy mít vyšší energetické dávky s porovnáním s ženami s přiměřeným nutričním stavem, či dokonce obézními. Nelze se tedy divit, že všeobecná výživová doporučení pro těhotné ženy se značně liší. V přednášce bude zmíněna problematika diagnostiky anémie a suplementace železem, ideální příjem bílkovin, některých vitaminů a jejich opodstatnění. Dotkneme se i problematiky abúzu alkoholu v těhotenství a kontroverzního tématu „pojídání placenty a jejích zázračných účinků“.

Aktuality do vaší ordinace

čtvrtek / 21. dubna / 11.10–12.25

Morbus Gaucher – nálezy a ztráty

MUDr. Přemysl Slezák

Hematologicko-transfuzní oddělení Nemocnice Šumperk, a. s.

Gaucherova choroba je nejčastějším lysozomálním stádavým onemocněním a je způsobena nedostatečnou nebo nulovou aktivitou enzymu glukocerebrosidáza. Při Gaucherově nemoci dochází k lysozomálnímu 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.

Pacienti s Gaucherovou chorobou se díky individuální variabilitě a intenzitě příznaků a různému věku mohou vyskytovat také v ambulanci praktického lékaře. Mezi nejčastější projevy Gaucherovy choroby patří:

- Trombocytopenie – mukokutánní krvácení (např. epistaxe, krvácení dásní, silnější menstruační krvácení), masivnější pooperační krvácení.
- Hepato/splenomegalie – bolesti břicha, abdominální distenze; infarkt jater a sleziny manifestující se náhlou příhodou břišní, extrémně spodní okraj sleziny může zasahovat až do podbřišku.
- Skeletální postižení – bolesti kostí / kostní krize, avaskulární nekróza, patologické fraktury, časná osteoporóza, artrotické změny na kloubech.
- U dětí – růstová retardace, opožděný nástup puberty, celkové neprospívání.

Gaucherova choroba je autosomálně recesivní genetické onemocnění, kdy obdobné projevy onemocnění mohou postihnout především sourozence daného jedince.

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



Pokud máte pacienta se suspektními příznaky Gaucherovy choroby, lze onemocnění jednoduše potvrdit nebo vyvrátit stanovením aktivity enzymu či genetickým vyšetřením. Diagnostický test pomocí metody suché krevní kapky (DBS) lze objednat na screening@takeda.com.

HIV pozitivní pacient v ambulanci praktického lékaře

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

MUDr. Daniela Bartková

Klinika infekčního lékařství Fakultní nemocnice Ostrava

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

Termická poranění

(Spoluorganizováno se Společností popáleninové medicíny, ČLS JEP)

garant doc. MUDr. Břetislav Lipový, Ph.D., MBA

čtvrtek / 21. dubna / 13.25–14.45

Základní aspekty z diagnostiky a terapie popálenin v 21. století

MUDr. Richard Kubok, doc. MUDr. Robert Zajíček, Ph.D.

Klinika popáleninové medicíny FN Královské Vinohrady, Praha, 3. lékařská fakulta
Univerzity Karlovy, Praha

V naší prezentaci vám ukážeme třídění dle závažnosti poranění v souvislosti s věkem, a z toho vyplývající zásady 1. lékařské pomoci, zajištění pacienta, indikace a doporučení k odeslání pacienta na spádové chirurgické pracoviště nebo specializované popáleninové centrum (Ostrava, Brno, Praha).

Lékařská první pomoc, kritéria pro překlad na specializované popáleninové pracoviště, ambulantní léčba malých popálenin

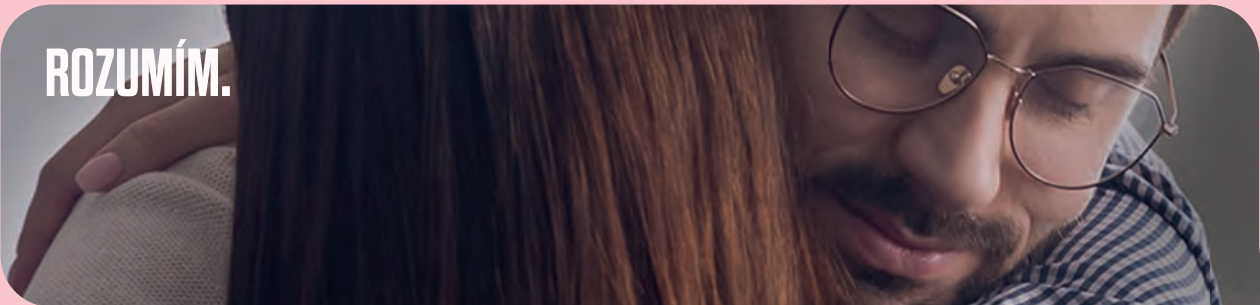
MUDr. Jiří Štětinský, Ph.D.

Popáleninové centrum Fakultní nemocnice Ostrava

Lékařská první pomoc, po zjištění okolností úrazu, spočívá v zajištění dostatečné oxygenace. Intubaci a UPV je nutno provést u podezření na inhalační trauma, popálení obličeje a krku, kde hrozí bezprostřední otok dýchacích cest. Následuje zajištění kvalitního žilního vstupu, event. intraoseální infuzní terapie. Vhodné jsou alkalizující krystaloidní roztoky (Hartmann, Ringerlaktát).



**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



U rozsáhlých traumat lze použít orientační Brookovu formuli ($3 \times \% \text{ TBSA} \times \text{hmotnost v kg}$). Polovina vypočteného množství se podá v prvních 8 hodinách, 2. polovina v následujících 16 hodinách. Kalkulujeme max. s 50 % TBSA (total body surface area). U dětí do 3 let lze použít modifikovanou Brookovu formuli: $2 \times \% \text{ TBSA} \times \text{hmotnost v kg} + (140 - 10 \times \text{věk}) \times \text{hmotnost v kg}$. Polovinu množství podáme v prvních 8 hodinách. U nerozsáhlých popálenin lze orientačně podat 10 ml/kg hod. K analgetizaci preferujeme i. v. podání Ketaminu 0,5–1 mg/kg (intramuskulárně aplikujeme trojnásobnou dávku), u dětí je vhodné doplnit Midazolamem 0,1–0,2 mg/kg. U opiátů je třeba myslet na možný útlum dechového centra. Neopiodní analgetika můžeme použít u nerozsáhlých popálenin. Chladíme pouze v omezeném rozsahu do 5 % TBSA (obklady s fyziologickým roztokem, Water Jel roušky), především obličej, krk, genitál, ruce. Ostatní plochy kryjeme sterilními rouškami. Z chirurgických výkonů se urgentně provádí uvolňující echarotomie na krku, jako prevence decerebrace. Před samotným transportem avizujeme telefonicky pracovišti popálenin, kam by měl být popálený přivezen do 1,5 hod k definitivnímu ošetření. K transportu na spec. popáleninové pracoviště jsou indikováni dospělí pacienti s popálením II. st. nad 20 % TBSA (senioři 65 let a více nad 10 % TBSA), III. st. nad 5 %. U dětí je indikace do 3 let nad 5 % TBSA, do 10 let nad 10 % TBSA, do 15 let nad 15 % TBSA, 15–18 let nad 20 %. Hluboká popálení IIb., III. a IV. st. jsou vždy indikována k hospitalizaci na spec. popál. pracovišti. Při popálení obličeje, rukou, plošek nohou a genitálu je pacient také směřován na popáleninové centrum, dále jsou to elektrotraumata vysokým napětím, radiační popáleniny, inhalační trauma spojené s popálením.

Při ošetřování malých popálenin pacienta analgetizujeme, plochy chladíme oplachy FR o teplotě 8 °C, v případě chemického traumatu zajistíme neutralizaci oplachy vodou min. 20 minut. Provedeme dezinfekci ploch, perforujeme bullu a vypustíme jejich obsah, epidermis nestrháváme, sterilně kryjeme. K lokální léčbě malých popálenin je dnes k dispozici široká škála preparátů. Z naší praxe je nyní hojně používán přípravek Flamigel či Mepilex Ag. Iodové preparáty (Betadine, Inadine) se dlouhodobě osvědčují při léčbě starších mírně infikovaných popálenin.

Přednemocniční a navazující hospitalizační péče u pacientů s termickým traumatem

doc. MUDr. Břetislav Lipový, Ph.D., MBA, LL.M.¹, MUDr. Filip Raška¹,
MUDr. Martin Hladík¹, MUDr. Jana Kubalová², MUDr. Jana Bartošková^{1,2}

¹Klinika popálenin a plastické chirurgie FN Brno a LF MU, Brno

²Zdravotnická záchranná služba Jihomoravského kraje

Adekvátní poskytnutí přednemocniční péče (PNP) u pacientů s termickým traumatem, jejich správné směřování a transport bez zbytečné časové prolongace, vede k dramatickému zvýšení šance na přežití těchto pacientů. Právě důležitost PNP v terapii pacientů s popálením vyústila v roce 2017 v implementaci klíčového dokumentu definujícího základní aspekty této fáze „Přednemocniční péče o termický úraz (Prvotní odborné ošetření popáleninového traumatu)“. V prezentaci bude poukázáno na skutečnost, jak v praxi vypadá implementace zásad tohoto dokumentu. Diskutovány budou také nejdůležitější chyby, které se v rámci PNP vyskytnou a mohou dále ovlivnit jak navazující hospitalizační péči, tak také samotnou prognózu popálených pacientů.

Následky popálenin a jejich současný management s ohledem na kvalitu života po popálení

doc. MUDr. Robert Zajíček, Ph.D., MUDr. Richard Kubok

Klinika popáleninové medicíny FN Královské Vinohrady, Praha, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Péče o pacienta s popáleninami má tři období. Po období popáleninového šoku, akutního období spojeného s léčbou ran, nastupuje období rehabilitace a rekonstrukce. Termické trauma je často spojeno s trvalými následky. Hlavním cílem komplexní multidisciplinární popáleninové

VENO-LYMFATICKÁ INSUFICIENCE A SYMPTOMATICKÁ LÉČBA HEMOROIDŮ

Cyclo3 Fort®

RUSCUS ACULEATUS
HESPERIDIN METHYLCHALCON
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. Nicolaidis, A. *et al.* Management of chronic venous disorders of the lower limbs - Guidelines According to Scientific Evidence: Chapter 8 - Venoactive drugs. *Int Angiol* 37, 232–254 (2018). 2. Marcelon, G. *et al.* Effect of Ruscus aculeatus on isolated canine cutaneous veins. *Gen. Pharmac.* 14, 103–106 (1983). 3. Marcelon, G. *et al.* Effect of Ruscus on the adrenoreceptors of the canine lymphatic thoracic duct. *Phlebology* 109–112 (1988). 4. Jäger, K. *et al.* Pharmacodynamic Effects of Ruscus Extract (Cyclo 3 Fort®) on Superficial and Deep Veins in Patients with Primary Varicose Veins: Assessment by Duplexsonography. *Clinical Drug Investigation* 17, 265–273 (1999). 5. Pouget, G. *et al.* Effect of Ruscus extract on peripheral lymphatic vessel pressure and flow. In: *Return Circulation and Norepinephrine: an update* 89–95 (P.M. Vanhouette, John Libbey Eurotext, 1991). 6. 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 sterolica), 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, syndrom neklidných nohou, bolesti, 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 (talasémie, hemochromatóza, sideroblastická anémie) vzhledem k přítomnosti kyseliny askorbové ve složení léčivého přípravku. V rámci dietních opatření se doporučuje omezit maximální denní přísun kyseliny askorbové na 500 mg. Tento léčivý přípravek obsahuje také azobarvivo [oranžovou žluť FCF (E110)] a může způsobit alergické reakce. **Interakce:** Nebyly provedeny žádné studie interakcí s jinými léčivými přípravky nebo jídlem. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Těhotenství: Existuje omezené množství údajů z užívání přípravku CYCLO 3 FORT u těhotných žen. Studie na zvířatech nenaznačují přímé ani nepřímé škodlivé účinky s ohledem na reprodukční toxicitu. Jako preventivní opatření je vhodné vyhnout se používání přípravku CYCLO 3 FORT během těhotenství. Kojení: Není známo, zda metabolity přípravku CYCLO 3 FORT jsou vylučovány do lidského mateřského mléka. Riziko pro novorozence / kojení 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 seznámete 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., Prosecká 851/64, 190 00 Praha 9, e-mail: info.cz@pierre-fabre.com, SERVIS (24H/7D) +420 286 004 111.

péče je kvalita života a návrat pacienta do společnosti. Závažný popáleninový úraz má dlouhodobý odraz v metabolismu pacienta, jeho respirační a kardiovaskulární kapacitě a v neposlední řadě v jizevnatém poškození kožního krytu. Přednáška zmíní základní patologii/patofyziologii jizevnatého hojení, typy jizev (hypertrofickou, keloidní), jejich odlišnosti a hlavně možnosti prevence a léčby jizevnatých následků úrazu.

Kardiologie

garant MUDr. Pavel Rutar

čtvrtek / 21. dubna / 14.45–15.55

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 mediovaného 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 kombinací 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 zřejmé, 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 blokuji angiotensin konvertující enzym, čímž na jedné straně zvyšují produkci bradykininu s protizánětlivým, antiagregačním, vazodilatačním a antifibrózním účinkem, a na straně druhé blokuji celou další kaskádu přeměny

NEČEKEJTE, AŽ BUDE PŘÍLIŠ POZDĚ

I mírně zvýšený krevní tlak výrazně zhoršuje
kardiovaskulární prognózu pacienta.¹

TRIPLIXAM®

perindopril arginin / indapamid / amlodipin

Zkrácená informace o přípravku TRIPLIXAM®: • **SLOŽENÍ:** Triplixam 5 mg/1,25 mg/5 mg obsahuje 5 mg perindoprilu argininu/1,25 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplixam 5 mg/1,25 mg/10 mg obsahuje 5 mg perindoprilu argininu/2,5 mg indapamidu/10 mg amlodipinu; Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg obsahuje 10 mg perindoprilu argininu/2,5 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplixam 10 mg/2,5 mg/10 mg obsahuje 10 mg perindoprilu argininu/2,5 mg indapamidu/10 mg amlodipinu. **INDIKACE:** Substituční terapie pro léčbu esenciální hypertenze u pacientů, kteří již dobře odpovídají na léčbu kombinací perindoprilu/indapamidu a amlodipinu, podávanými současně v téže dávce. **DAVKOVÁNÍ A PODÁVÁNÍ:** Jedna tableta denně, nejlépe ráno a před jídlem. Fixní kombinace není vhodná pro iniciační léčbu. Je-li nutná změna dávkování, dávka jednotlivých složek by měla být titrována samostatně. **Pediatrická populace:** přípravek by se neměl podávat. **KONTRAINDIKACE:** Dialyzovaní pacienti. Pacienti s neléčeným dekompenzovaným srdečním selháním. Závažná porucha funkce ledvin (Cl_{cr} < 30 ml/min). Středně závažná porucha funkce ledvin (Cl_{cr} 30-60 ml/min) pro Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg a 10 mg/2,5 mg/10 mg. Hypersenzitivita na léčivé látky, jiné sulfonamidy, deriváty dihydropyridinu, jakýkoli jiný inhibitor ACE nebo na kteroukoli pomocnou látku. Anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edému) souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE (viz bod Upozornění). Dědičný (idiopatický) angioedém. Druhý a třetí trimestr těhotenství (viz body Upozornění a Těhotenství a kojení). Hepatální encefalopatie. Závažná porucha funkce jater. Hypokalemie. Závažná hypotenze. Šok, včetně kardiogenního šoku. Obstrukce výtokového traktu levé komory (např. vysoký stupeň stenózy aorty). Hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu. Současné užívání přípravku Triplixam s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m²) (viz bod Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Signifikanční bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné funkční ledviny (viz Upozornění). **UPOZORNĚNÍ:** **Zvláštní upozornění:** **Duální blokáda renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS):** duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se nedoporučuje. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou neuropatií. **Neutropenie/agranulocytóza/thrombocytopenie/anémie:** postupujte opatrně v případě kolagenového vaskulárního onemocnění, imunosupresivní léčby, léčby allopurinolem nebo prokainamidem, nebo kombinace těchto komplikujících faktorů, zvláště při existující poruše funkce ledvin. Monitorování počtu leukocytů. Renovaskulární hypertenze: pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné funkční ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. **Hypersenzitivita/angioedém, intestinální angioedém:** přerušete léčbu a sledujte pacienta až do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Souběžné užívání inhibitorů mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus): Pacienti užívající současně mTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) mohou mít zvýšené riziko výskytu angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka s poruchou dýchání nebo bez ní). Současné užívání perindoprilu 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 nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání inhibitorů ACE s racekadotremem, mTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin) může vést ke zvýšenému riziku angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka spolu s poruchou dýchání nebo bez poruchy dýchání) (viz bod 4.5). U pacientů, kteří již užívají inhibitor ACE, je třeba opatrnosti při počátečním podání racekadotremu, mTOR inhibitorů (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin). **Analyticky reakce během desenzibilizace:** postupujte opatrně u alergických pacientů léčených desenzibilizací a nepoužívejte v případě imunoterapie jedem blanketických. Alespoň 24 hodin před desenzibilizací dočasně vysadte inhibitor ACE. Analyticky reakce během LDL-aterý: před každou aterézou dočasně vysadte inhibitor ACE. **Hemodialyzovaní pacienti:** zvláště použít jiného typu dialyzační membrány nebo jiné skupiny antihypertenzí. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. Těhotenství: nezhajovat užívání během těhotenství, v případě potřeby zastavit léčbu a zahájit vhodnou alternativní léčbu. **Hepatální encefalopatie, která může vyvolat jaterní kóma:** ukončit léčbu. **Fotosenzitivita:** ukončit léčbu. **Opatření pro použití:** **Renální funkce:** U některých hypertenzí u existujícími zjevnými renálními lézemi, u nichž renální krevní testy ukazují funkční renální insuficienci, by měla být léčba ukončena a je možno ji znovu zahájit v nízké dávce nebo pouze s jednou složkou. Monitorujte draslík a kreatinin, a to po dvou týdnech léčby a dále každé dva měsíce během období stabilní léčby. V případě bilaterální stenózy renální arterie nebo jedné funkční ledviny: nedoporučuje se. Riziko arteriální hypotenze a/ nebo renální insuficience (v případech srdeční insuficience, deplece vody a elektrolytů, u pacientů s nízkým krevním tlakem, stenózou renální arterie, městnavým srdečním selháním nebo cirhózou s edémy a ascitem): zahajte léčbu dvakrát nižší dávkou a postupně je zvyšujte. **Hypotenze a deplece vody a sodíku:** riziko náhlé hypotenze v přítomnosti preexistující deplece sodíku (zejména, je-li přítomna stenóza renální arterie): sledujte hladinu elektrolytů v plazmě, obnovte objem krve a krevní tlak, znovu zahajte léčbu nižšími sníženými dávkami nebo pouze jednou složkou přípravku. Hladina sodíku: kontrolovat častěji u starších a cirhotických pacientů. Jakákoli diuretická léčba může vyvolat hyponatremii, někdy s velice závažnými následky. Hyponatremie s hypovolemii mohou způsobit dehydrataci a ortostatickou hypotenzi. Současná ztráta chloridových iontů může vést k sekundární kompenzační metabolické alkalóze: vyskytí a stupeň tohoto jevu je malý. **Hladina draslíku:** hyperkalemie: kontrolovat plazmatickou hladinu draslíku u pacientů s renální insuficiencí, zhoršení funkce ledvin, vyššího věku (> 70 let), diabetes mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, aktuální srdeční dekompenzace, metabolické acidozy a současné užívání kalium-šetřících diuretik, doplňků draslíku nebo doplňků soli obsahující draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v séru a zejména antagonistů aldosteronu nebo blokátorů receptorů angiotenzinu¹. 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 hypokalemie. Hypokalemie může způsobit svalové poruchy, zejména v souvislosti se závažnou hypokalemií, byly hlášeny případy rhabdomyolýzy². vysoké riziko u starších a/ nebo podvýživných osob, cirhotických pacientů s edémem a ascitem, koronárních pacientů, u pacientů se selháním ledvin nebo středním selháním, dlouhým intervalem QT: sledovat plazmatickou hladinu draslíku. Může napomoci rozvoji torsades de pointes, které mohou být fatální. **Hladina vápníku:** hyperkalemie: před výše uvedenými funkce přístrojů těleské ukončete léčbu. **Renovaskulární hypertenze:** v případě stenózy renální arterie: zahajte léčbu v nemocnici v nízké dávce; sledujte funkci ledvin a hladinu draslíku. **Sučný kašel, Alergická kůže:** u pacientů s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulární ischemií zahajte léčbu nízkou dávkou. **Hypertenzní krize. Srdeční selhání/těžká srdeční insuficience:** v případě srdečního selhání postupujte opatrně. **Těžká srdeční nedostatečnost (stupeň IV):** zahajte léčbu nižšími iniciačními dávkami pod lékařským dohledem. **Stenóza aortální nebo mitrální chlopně/hypertrofická kardiomyopatie:** v případě obstrukce průtoku krve levou komorou postupujte opatrně. **Diabetici:** V případě inzulin-dependentního diabetes mellitus zahajte léčbu iniciační nižší dávkou pod lékařským dohledem. **Operace/anestezie:** přerušete léčbu jeden den před operací. **Porucha funkce jater:** mírná až středně závažná: postupujte opatrně. Podání inhibitorů ACE měla vzácně souvislost se syndromem pojnicím cholestatickou žloutenku a progredujícím až náhlou hepatickou nekrózou a (někdy) úmrtí. V případě žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů ukončete léčbu. **Kyselina močová:** hyperurikemie: zvýšená tendence k záchvatům dny. **Starší pacienti:** před zahájením léčby vyšetřit renální funkci a hladiny draslíku. Dávku zvyšovat opatrně. **Hladina sodíku:** v podstatě bez sodíku. **Chorodální efuze, akutní myopie a sekundární glaukom s uzavřeným úhlem:** Sulfonamidy nebo deriváty sulfonamidu mohou způsobit idiosynkratickou reakci vedoucí k chorodální efuzi s defektem zorného pole, přechodné myopie a akutnímu glaukomu s uzavřeným úhlem. Příznaky zahrnují náhlý pokles zrakové ostrosti nebo bolesti očí a obvykle se objevují během hodin až týdnů po zahájení léčby. Neléčený akutní glaukom s uzavřeným úhlem může vést k trvalé ztrátě zraku. **Primární léčba spočívá v co nejrychlejší výsaze léčiva. Pokud se nitroční tlak nepodaří dostat pod kontrolu, je třeba zvážit rychlou medikamentózní nebo chirurgickou léčbu. Rizikové faktory pro rozvoj akutního glaukomu s uzavřeným úhlem mohou zahrnovat alergii na sulfonamidy nebo peniciliny v anamnéze. **Sportovci:** tento léčivý přípravek obsahuje léčivou látku, která může vyvolat pozitivitu dopingových testů. **INTERAKCE:** **Kontraindikováno:** Aliskiren u diabetických pacientů nebo pacientů s poruchou funkce ledvin. Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání perindoprilu a sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹ (viz body Upozornění a Interakce). Mimosrdní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu¹**

angiotenzinogenu I a snižují tak rovnoměrně stimulaci všech typů receptorů pro angiotenzin II, sartany blokují jen a pouze receptory AT1 (receptory pro angiotenzin II typu 1), čímž dochází k hyperstimulaci ostatních typů receptorů pro angiotenzin II (AT2, 3, 4), přičemž konečný efekt této hyperstimulace je vazokonstrikční, prozánětlivý a profibrotický. 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

MUDr. Jaromír Ožana

Klinika tělovýchovného lékařství a kardiovaskulární rehabilitace FN Olomouc

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

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

IMUNOLOGIE

garant prof. MUDr. Jiří Litzman, CSc.

čtvrtek / 21. dubna / 16.25–18.00

Primární imunodeficiency v dospělém věku

prof. MUDr. Jiří Litzman, CSc.

Ústav klinické imunologie a alergologie, FN u sv. Anny v Brně, Lékařská fakulta MU, Brno

Ačkoliv jsou primární imunodeficiency považovány za doménu pediatrie, je nutno si uvědomit, že jejich problematika se významně dotýká i medicíny dospělých. Dokonce je možno říci, že většina pacientů s primárními poruchami imunity je léčena lékaři pro dospělé. Důvody jsou tři:

1. Nemocní se závažnými primárními imunodeficiency jsou nyní adekvátně léčeni a běžně se dožívají dospělého věku. V této kategorii je potřeba zdůraznit zejména nemocné s různými formami primárních agamaglobulinemií, kterým včas zahájená adekvátní imunoglobulinová substituce umožňuje kvalitní život po mnoho desítek let. Dospělého věku se ale běžně dožívají i nemocní s poruchami komplementového systému, nemocí se syndromem DiGeorge, lidé s poruchami fagocytózy. Sem by bylo možno zařadit i nemocné se závažnými primárními imunodeficiency, kteří podstoupili transplantaci hematopoetických buněk, případně i genovou léčbu.
2. Druhou skupinu nemocných jsou osoby, jejichž imunodeficiency může být tak mírná, že diagnóza je stanovena až v dospělém věku. Příkladem mohou být nemocní se selektivním deficitem IgA (kteří mívají velmi nevýraznou manifestaci), nebo osoby s některými poruchami komplementu. Opakovaně se setkáváme se situací, kdy je u dítěte diagnostikován syndrom DiGeorge a až genetické vyšetření zjistí, že stejnou chorobu má i jeden z rodičů.
3. Velmi podstatným a medicínsky závažným onemocněním je tzv. běžná variabilní imunodeficiency (CVID – z anglického Common Variable Immunodeficiency). Nejčastěji bývá diagnostikována koncem druhého decennia, i když rozpětí je široké od časného dětství až po pozdní, důchodový věk. U těchto nemocných se objevují především opakované bakteriální respirační infekce s tendencí ke komplikacím (sinusitidy, pneumonie, otitidy, dochází k rozvoji bronchiektázií). U některých nemocných může být v anamnéze již dříve přítomný sklon k častějším respiračním infekcím, u jiných předchodby neupozorňují na možnost imunodeficiency. Pacienti mají sklon ke vzniku autoimunitních komplikací, typická je atrofická gastritida s rozvojem perniciozní anémie, někdy v poměrně časném věku. Další častou autoimunitní komplikací je imunitní trombocytopenická purpura, ta může být prvním příznakem CVID. Nemocní mají sklon k chronickým průjmům. Laboratorně nacházíme výrazný pokles hladiny IgG spolu s poklesem IgA a/nebo IgM. Důležitým diagnostickým kritériem je porušená specifická imunitní odpověď na vakcinaci. Jedinou adekvátní léčbou je imunoglobulinová substituce.

Přestože pojem nedostatečnost imunity je v poslední době velmi zprofanován, je třeba počítat s tím, že poruchy imunity doopravdy existují, byť mnohem méně často než je v obecném povědomí.

Sekundární imunodeficience v dospělém věku

MUDr. Zita Chovancová, Ph.D.

Ústav klinické imunologie a alergologie, Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

Sekundární imunodeficience (SID) tvoří skupinu získaných poruch funkce imunitního systému, které se rozvíjí v důsledku poškození organismu působením nejrozličnějších vnějších či vnitřních vlivů, díky jinému základnímu onemocnění nebo léčbě.

Získaná porucha funkce imunitního systému často zasahuje její humorální i buněčné mechanismy. Mezi nejčastější SID patří deficiencie protilátkové, které jsou způsobeny získanou poruchou tvorby imunoglobulinů nebo ztrátou bílkovin. Porucha buněčné imunity následuje po prodělání některých virových infekcí. Kombinovaná imunodeficience nastává při chronickém poškození jater, ledvin nebo v důsledku malnutrice. Příčinou porušené funkce fagocytů může být dřeňový útlum, přítomnost autoprotilátek proti neutrofilům, stavy po závažných chirurgických zákrocích nebo při diabetu. Deficiencie komplementového systému nastávají v důsledku konsumpce komplementu při jeho nadměrné aktivaci nebo při poruchách jeho syntézy v játrech. Podstatnou příčinou SID je také iatrogenního působení (např. systémová kortikoterapie, imunosupresivní terapie, chemoterapie, radioterapie, závažné chirurgické zákroky nebo splenektomie a další).

Základní klinickou manifestací SID bývá zvýšená frekvence infekcí. Ty často nereagují adekvátně na běžnou léčbu, mohou být způsobeny atypickými patogeny nebo se rozvíjí v neobvyklých lokalizacích. Kromě pečlivě odebrané anamnézy a klinického vyšetření se imunologická diagnostika SID opírá zejména o laboratorní vyšetření humorální a buněčné imunity. Nicméně pacient by měl být k imunologickému vyšetření odeslán až s výsledky krevního obrazu a diferenciálního rozpočtu leukocytů, základního biochemického vyšetření séra a moči. Základním terapeutickým přístupem je stabilizace onemocnění, které stojí za rozvojem SID. U pacientů s klinickými příznaky je možno nasadit antibiotickou profylaxi. Pacientům se SID není doporučeno aplikovat živé vakcíny a při použití polysacharidových vakcín je vhodné volit vakcíny konjugované. U některých symptomatických pacientů s poruchou tvorby protilátek je vhodná substituční imunoglobulinová léčba. O efektu bakteriálních imunomodulátorů nejsou dostupné relevantní údaje.

Sekundární imunodeficience představují heterogenní skupinu onemocnění s poměrně častým výskytem a rozmanitou etiologií, se kterými se lékaři různých odborností mohou běžně setkávat v klinické praxi. Výskyt SID se v poslední době i v důsledku rozšiřujícího se portfolia biologické léčby zvyšuje, proto je třeba na jejich rozvoj myslet a u symptomatických pacientů doplnit podrobnější imunologické vyšetření.

Histaminová intolerance

MUDr. Roman Hakl, Ph.D.

Ústav klinické imunologie a alergologie, Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

Histaminová intolerance (HIT) je neimunologická nežádoucí reakce organismu na požitý histamin. Příčinou HIT je nefunkční enzym diaminoxodáza (DAO). Nedostatečná funkce DAO vede k akumulaci histaminu v plazmě. Histamin pak realizuje své působení skrze prakticky všudepřítomné receptory H1, H2, H3 a H4. Výsledkem jsou systémové projevy působení histaminu. Projevy zahrnují intestinální a negastrointestinální projevy.

Stanovení diagnózy HIT je v současnosti postaveno na anamnéze a vyloučení ostatních možných příčin. Diagnóza je následně potvrzena pozitivním efektem nízkohistaminové diety. Existuje celá řada kandidátních vyšetření, nicméně v současnosti se jedná pouze o doplňkové vyšetřovací metody a je třeba prokázat jejich význam na větších souborech pacientů.

Základním pilířem léčby HIT je v současnosti nízkohistaminová dieta. Další terapeutické možnosti jako suplementace DAO, léčba antihistaminiky nebo probiotiky jsou zatím považovány jako doplňková léčba.

SPOLEČNĚ K DOSAŽENÍ CÍLOVÝCH HODNOT LDL CHOLESTEROLU

ZENON
Rosuvastatin + Ezetimibe

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

Zkrácená informace o přípravku

NÁZEV PŘÍPRAVKU: Zenon 10 mg/10 mg potahované tablety, Zenon 20 mg/10 mg potahované tablety, Zenon 40 mg/10 mg potahované tablety. **LÉČIVÁ LÁTKA:** Jedna tableta obsahuje rosuvastatinum (jako rosuvastatinum calcicum), 10 mg a ezetimibum 10 mg rosuvastatinum 20 mg (jako rosuvastatinum calcicum) a ezetimibum 10 mg a, rosuvastatinum 40 mg (jako rosuvastatinum calcicum) a ezetimibum 10 mg. **INDIKACE:** Přípravek Zenon je indikován k substituční terapii u dospělých pacientů, kteří jsou adekvátně kontrolováni kombinací rosuvastatinu a ezetimibu podávanou současně ve stejné dávce jako ve fixní kombinaci, avšak jako samostatné přípravky, jako doplněk diety k léčbě primární hypercholesterolemie (heterozygotní familiární a nefamiliární) nebo homozygotní familiární hypercholesterolemie a ke snížení rizika kardiovaskulárních příhod u pacientů s ischemickou chorobou srdeční (ICHS) a anamnézou akutního koronárního syndromu (AKS). **DÁVKOVÁNÍ:** Přípravek Zenon není vhodný pro počáteční léčbu. Zahájení léčby nebo úprava dávkování, pokud je třeba, by měla být prováděna s jednosložkovými přípravky a teprve po nastavení vhodných dávek lze přejít na fixní kombinaci 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 vzácné rhabdomyolýzy. 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 neni 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, regorafeninu 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 hliníku 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 snižilo 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. Címatidin 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, závrat, 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. **DRŽTELÉ 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.

Mezioborová spolupráce

pátek / 22. dubna / 9.45–10.10

Anonymní alkoholici – normální je nepít

Martin K. (AA se představují jen křestními jmény)

Anonymní alkoholici je společenství lidí, kteří spolu sdílejí své zkušenosti, sílu a naději, že dovedou vyřešit svůj společný problém a pomoci ostatním k uzdravení z alkoholismu. Jediným požadavkem pro členství v AA je touha přestat pít. Nemáme žádné povinné poplatky ani vstupné, jsme soběstační díky vlastním dobrovolným příspěvkům.

Anonymní alkoholici nejsou spojeni s žádnou sektou, církví, politickou organizací či jakoukoliv jinou institucí. Nepřejí si zaplést se do jakékoli rozepře, neodporují, ale ani nepodporují žádné vnější programy. Naším prvotním účelem je zůstat střízliví a pomáhat ostatním alkoholikům střízlivosti dosahovat.

Dobrá rada do vaší ordinace

pátek / 22. dubna / 10.40–11.40

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.

Diabetes mellitus a jeho komplikace

garant prof. MUDr. David Karásek, Ph.D.

pátek / 22. dubna / 12.25–13.45

Diabetes mellitus a oční komplikace

MUDr. Juraj Šimičák

Oční klinika Lékařské fakulty Univerzity Palackého a Fakultní nemocnice Olomouc

Diabetická retinopatie (DR) je nejčastější příčina slepoty lidí v produktivním věku ve vyspělých zemích. V roce 2017 bylo v ČR asi 928 000 lidí s diabetem a tento počet od roku 2007 vzrostl zhruba o 123 000. S narůstajícím počtem diabetiků stoupá i počet pacientů s DR. Každý osmý diabetik má diabetickou retinopatii. Nejzávažnější proliferativní forma DR byla zjištěna v roce 2015 u 20 930 pacientů, tj. u 2,4 % z celkového počtu diabetiků. V ČR žije momentálně 2 500 lidí slepých v důsledku diabetické retinopatie.

Dokonalou kompenzací základního onemocnění dokážeme výrazně oddálit vznik DR a zpomalit progresi již přítomné diabetické retinopatie. Zároveň máme v současnosti k dispozici řadu

nových možností v léčbě diabetické retinopatie (např. intravitreálně podávaná léčiva, pars plana vitrektomie). Spolupráce praktického lékaře (diabetologa) a oftalmologa je pro úspěšnou léčbu DR zásadní.

Velká část diabetologů, praktických lékařů a internistů neindikuje správně pravidelný oftalmologický screening. Zde platí doporučení odeslat pacienta k vyšetření oftalmologem v době stanovení diagnózy diabetes mellitus (oba typy DM) a dále minimálně 1× za rok. Česká diabetologická společnost (ČDS) zavedla velmi podrobné diabetické průkazy, které informují lékaře jiných oborů o kompenzaci diabetika. Bohužel tyto průkazy nemívají vyplněné všechny předepsané údaje a oftalmolog v nich často marně hledá aktuální hodnoty glykovaného hemoglobinu, krevního tlaku nebo hladiny lipidů.

Na druhé straně při očním vyšetření nedochází vždy ke kvalitnímu vyšetření. Pacient musí být při každé kontrole rozkapán a vyšetřen v mydriáze. ČDS navrhuje definovat síť očních ambulančí typu I, II a III. Oční ambulance typu I umožňují plošně kvalitní screening diabetické retinopatie s možností provádět barevné fotografie sítnice. Ambulance typu II mají možnost komplexně diagnostikovat DR pomocí fluorescenční angiografie s možností laserové terapie. A nakonec pracoviště typu III provádějí vitreoretinální chirurgii a intravitreální aplikaci léčivých přípravků u diabetiků s pokročilou formou DR a diabetické makulopatie.

Důsledná spolupráce praktického lékaře (diabetologa) a oftalmologa je tedy zásadní pro prevenci, diagnostiku a léčbu DR. Lékaři by se měli vzájemně informovat o svých postupech. Pacient by měl vždy dostat s sebou zprávu, kde lékař srozumitelně uvede své nálezy a plánovaný postup léčby. Praktičtí lékaři musí pečlivě hlídat pravidelnost oftalmologických vyšetření a odesílat pacienty k vyšetření včas. Oftalmolog musí zajistit kvalitní vyšetření a léčbu pacienta, eventuálně odeslat pacienta na vyšší pracoviště, pokud si to jeho nález vyžaduje.

Diabetes mellitus a erektilní dysfunkce

doc. MUDr. Taťána Šrámková, CSc.

Sexuologické oddělení Fakultní nemocnice Brno

V závislosti na věku, typu DM a jeho trvání je prevalence diabetické erektilní dysfunkce (ED) 32–90 %. ED se u diabetiků může manifestovat jako první projev cukrovky, v období její metabolické dekompenzace, či po různé době od stanovení její diagnózy. Kompenzace diabetu hodnocená pomocí glykovaného hemoglobinu je nezávislým prediktivním faktorem erektilní funkce.

Hlavní faktory hrající roli v komplexní patogenezi diabetické ED jsou diabetická neuropatie, endoteliální dysfunkce, dyslipidemie, arteriální hypertenze, venookluzivní dysfunkce, hypogonadismus, strukturální přestavba corpora cavernosa, psychogenní komponenta a vedlejší účinky léků. Klíčovou roli hraje úbytek schopnosti relaxace hladkého svalstva topořivých těles a insuficientní systém syntéz oxidu dusnatého (NOS). V důsledku cévních změn dochází k omezení přítoku krve do topořivých těles až u 95 % diabetiků. Chronická dysglykemie poškozuje mechanismus relaxace hladkého svalstva a vazodilatace corpora cavernosa. Neurogenní ED, která vzniká při polyneuropatii autonomních i somatických nervů, participuje na 30–80 % případů ED. Třetina diabetiků > 40 let trpí hypogonadismem s pozdním začátkem v dospělosti s rizikem kardiovaskulární morbidity i mortality, stejně tak i ED je silným prediktorem kardiovaskulární morbidity a mortality u diabetiků s něhou formou ICHS. Terapie statiny v kombinaci s PDE5i (inhibitory fosfodiesterázy pátého typu) může redukovat vznik závažné kardiovaskulární příhody u diabetiků s ICHS.

Účinnost perorální léčby PDE5i je u diabetiků nižší než u běžné populace. Denní podávání tadalafilu 5 mg v rámci penilní rehabilitace zlepšuje nejen erektilní, ale i endoteliální funkci, zlepšuje obstrukci odtoku moči u diabetiků s LUTS (dysfunkce dolních močových cest). Suplementace androgenů u symptomatických diabetiků s hypogonadismem eliminuje symptomy spojené s mužskou involucí a současně zvyšuje terapeutický efekt podávaných PDE5i. U non-respondérů PDE5i je indikována lokální léčba prostaglandinem E1 (PGE1). Diabetici patří k hůře léčitelné skupině mužů s ED, proto zlatý standard léčby představuje intrakavernózní aplikace PGE1. Kvalitní

podtlakové přístroje se uplatňují i v penilní rehabilitaci. Použití rázové vlny nízké intenzity má svoje opodstatnění nejen v léčbě, ale i v prevenci ED diabetiků. Implantace penilní protézy je indikována, pokud výše uvedené možnosti léčby ED selhaly.

Léčba obezity u pacientů s diabetes mellitus 2. typu

MUDr. Ľubica Cibičková, Ph.D.

3. interní klinika, Fakultní nemocnice Olomouc

Diabetes mellitus (DM) 2. typu je typicky spojen s obezitou, která zapříčiňuje rozvoj inzulinorezistence. Léčba obezity pak vede k zlepšení citlivosti na inzulin a kompenzaci diabetu. Léčba obezity je tedy základním přístupem v péči o pacienty s DM 2. typu. Komplexní léčba obezity zahrnuje vždy režimová opatření – především úpravu životosprávy, stravování a navýšení fyzické aktivity. Pokud tento přístup nestačí, je vhodné jej doplnit o farmakoterapii. Ta zároveň může pomoci zredukovat hmotnost před nejefektivnějším způsobem redukce hmotnosti, a sice bariatrickou operací. Tato zároveň představuje možnost úplného vyléčení DM 2. typu.

Farmakoterapie obezity u pacientů s DM 2. typu zahrnuje léky omezující chuť na jídlo (fentermin a kombinace naltrexonu s bupropionem), zvyšující výdej glukózy močí (glifloziny), zpomalující vyprazdňování žaludku (GLP-1 agonisté), anebo snižující vstřebávání tuků (orlistat).

V přednášce budou rozebrány jak možnosti léčby obezity pomocí farmakoterapie, tak pomocí bariatrických operací.

Algoritmus farmakoterapie diabetu 2. typu

prof. MUDr. David Karásek, Ph.D.

III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická,
Fakultní nemocnice Olomouc

Počet nemocných s diabetem 2. typu neustále narůstá. Farmakoterapie diabetu znamenala v posledních letech dynamický vývoj a algoritmus léčby prošel řadou změn. Antidiabetika mají různý mechanismus účinku, z čehož vyplývá nejen rozdílná účinnost, ale také odlišný vliv na tělesnou hmotnost a riziko hypoglykemie. Je také důležité, že některé zejména nové léky mají potenciál ovlivnit kardiorenální osud nemocných. Předmětem sdělení je aktuální doporučení pro léčbu diabetu 2. typu se zaměřením na novinky v oblasti neinzulinových antidiabetik.

Psychosomatika

garant MUDr. Michal Kryl

pátek / 22. dubna / 14.20–16.00

Základní teze psychosomatického přístupu

MUDr. Michal Kryl

Privátní psychoterapeutická praxe, Olomouc

Přednáška uvede posluchače do problematiky integrativního pojetí medicíny vycházející z tradičního modelu bio-psycho-sociálního přístupu definovaného již v 70. letech minulého století. Ukazuje se, že navzdory vzrůstajícím počtům pacientů s tzv. nevysvětlitelnými medicínskými symptomy (MUS), převažuje v pregraduální výuce studentů lékařských fakult i ve vlastní lékařské praxi zavedený způsob atomizované specializace jednotlivých oborů bez integrujícího rámce. O toto „nadžánrové přemostění“ se snaží obor psychosomatické medicíny zosobněný v českých podmínkách odbornou Společností psychosomatické medicíny ČLS JEP předkládající koncepci oboru, jejíž základní body ve sdělení zazní.

Dále se budeme věnovat některým charakteristikám psychosomatických pacientů s důrazem na psychosociální aspekty jejich stonání, které jsou současnou medicínou spíše podceňovány a opomíjeny.

Cílem přednášky je vzbudit zájem o integrativní pojetí lékařské péče, eventuálně poslechače povzbudit k postgraduálnímu vzdělání v předmětu Základní psychosomatická péče.

Psychosomatika a VPL

MUDr. Marcela Prokopová

Ordinace praktické lékařky pro dospělé, Ostrava

Přednáška praktické lékařky pro dospělé a psychosomatické lékařky se zabývá postavením psychosomatické medicíny v systému dnešního moderního lékařství, vztahem k EBM. Zdůrazňuje nutnost komplexního biopsychosociálního přístupu v diagnostice i léčbě. Objasňuje, jak se může složitá psychosociální situace pacienta odrážet v tělesných symptomech. Všímá si některých etiologických faktorů důležitých v běžné praxi VPL. Poukazuje na důležitost vztahu lékař – pacient. V závěru uvádí kazuistiky pacientů.



Děkujeme Vám,
že jste s námi již **20 let!**

Bez Vás bychom neměli co slavit.

A proto od nás každý účastník obdrží malý dárek.



kongres Medicíny pro praxi

27.–28. 5. 2022
HRADEC KRÁLOVÉ

SOLEN MEDICAL EDUCATION



MÍSTO KONÁNÍ
HOTEL NOVÉ ADALBERTINUM



AKREDITACE

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

CÍLOVÁ SKUPINA

- všeobecní praktičtí lékaři

ODBORNÝ GARANT AKCE

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

REGISTRAČNÍ POPLATEK

- při registraci do 22. 4. 2022: **1 300 Kč**
- při registraci od 23. 4. 2022: **1 700 Kč**
- při registraci na místě: **1 900 Kč**
- **50% sleva** pro lékaře do 35 let

POŘADATEL A KONTAKT

- Společnost SOLEN, s. r. o., ve spolupráci s I. interní kardiologickou klinikou FN Hradec Králové
- Rostislav Reininger,
778 775 664, reininger@solen.cz

Vážené dámy, vážení pánové,

vstoupili jsme do dalšího roku, který se nese ve znamení epidemie covidu-19, jejíž konec se zdá stále v nedohlednu. I v tomto období chystáme v souladu s vládními opatřeními a za dodržení bezpečnostních opatření prezenční vzdělávací akce, neboť věříme, že osobní setkání jsou nenahraditelnou součástí zachování duševní rovnováhy všech a potřeba vzdělávání a předávání odborných informací je v těchto dobách důležitější než kdy jindy.

Letos to bude již posedmé, kdy vás přivítáme na kongresu Medicíny pro praxi v Hradci Králové v Novém Adalbertinu, nad nímž přijal záštitu prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D., a jako vždy vám nabídneme zajímavý odborný program z různých oborů.

Těšíme se na vaši účast a věříme, že pro vás bude příjemným osvěžením v tomto náročném období i odměnou za vaši práci.

TEMATICKÉ BLOKY PROGRAMU

- **Gastroenterologie a hepatologie**
garant doc. MUDr. Ilja Tachecí, Ph.D.
- **Kardiologický pacient v ordinaci PL – jak na to?**
garant prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D.
- **Kardiologie**
garantka doc. MUDr. Ludmila Brunerová, Ph.D.
- **Diabetologie**
garantka doc. MUDr. Alena Šmahelová, Ph.D.
- **IP Promoření covidem... máme nové infekční výzvy?**
MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.
- **Mezioborová spolupráce**
garant bude doplněn
- **Lékař a paragrafy**
garant JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

IP = interaktivní blok/přednáška

GENERÁLNÍ
PARTNER



REGISTRACE A DALŠÍ INFORMACE:
na www.medicinahradec.cz





kongres Medicíny pro praxi

27.–28. 5. 2022
HRADEC KRÁLOVÉ

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

GENERÁLNÍ PARTNER



AKTUÁLNÍ PROGRAM
SLEDUJTE NA
www.medicinahradec.cz

ODBORNÝ PROGRAM

PÁTEK 27. KVĚTNA 2022

Gastroenterologie a hepatologie

garant doc. MUDr. Ilja Tachecí, Ph.D.

- Koloskopie – racionalizace metody při spolupráci praktického lékaře a gastroenterologa – Cyrany J.
- UZ břicha a přínos vyšetření pro praktické lékaře, pohled gastroenterologa – Repák R.
- Racionální indikace gastroskopie – Tachecí I.
- Celiakie z pohledu praktických lékařů – Douda L.
- Laboratorní markery hepatopatie v ordinaci praktického lékaře – Šembera Š.

Kardiologický pacient v ordinaci PL – jak na to?

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

- Bradykardie a kardiostimulace – nic není jako před 10 lety – Sedláček K.
- Diferenciální diagnostika SVT pro praktické lékaře – Tomko T.
- Co mohu udělat pro pacienta se srdečním selháním v ordinaci PL? – Pudil R.
- Bolest na hrudi – co s tím? Jak to vidí kardiolog – Bis J.
- Synkopa – co s ní? – Hodač M.

Aktuality do vaší ordinace

Mezioborová spolupráce

Kardiologie

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

- HMOD a jak se nedostat 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.

Diabetologie

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.
- Edukace diabetika – jak na to – Štefánková J.

18:00 Předpokládaný konec programu prvního dne

SOBOTA 28. KVĚTNA 2022

IP Promoření covidem... máme nové infekční výzvy?

MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.

- Interaktivní přednáška s hlasováním publika

Mezioborová spolupráce

Lékař a paragrafy

garant JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

- Lékař a GDPR – 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

IP = interaktivní přednáška/blok

PŘEDPLATNÉ ČASOPISU

Medicína pro praxi

2022

OBJEDNÁVEJTE

www.medicinapropraxi.cz
predplatne@solen.cz



www.solen.cz | www.medicinapropraxi.cz | ISSN 1214-8687 | Ročník 19 | 2022

Zdražujeme, ale vy nemusíte platit víc

KONGRESOVÁ CENA
650 Kč

NOVÁ CENA
~~**750 Kč**~~



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



**TIŠTĚNÝ
ČASOPIS**
5 čísel / rok



**SUPPLEMENTA
A ODBORNÉ
PUBLIKACE**



**VŠECHNY ČLÁNKY
IHNEDE**
ve formátu **PDF**

 **35** 50% SLEVA

Fandíme mladým lékařům,
a proto předplatitelé do 35 let získají 50% slevu.



POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

GENERÁLNÍ
PARTNER



PARTNEŘI



PARTNER OCHRANNÝCH
POMŮCEK



MEDIÁLNÍ
PARTNEŘI



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 clearance 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 stenóza 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*). **UPZORNĚNÍ:** **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 inhibitory ACE s rasekadotrilem, 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 rasekadotrilu, mTOR inhibitorů (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin)**. **Anafylaktoidní reakce během deszenzibilizace:** dočasné vysadit léčbu před vyšetřeními. **Anafylaktoidní reakce během deszenzibilizace:** dočasné vysadit léčbu před vyšetřeními. Tyto reakce se znovu objevily po náhodném opětovném vystavení. **Souběžné užívání inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus):** zvýšené riziko angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka s poruchou dýchání nebo bez ní). **Neutropenie/agranulocytóza/thrombocytopenie/anémie:** extrémní opatrnost u pacientů s kolagenovým vaskulárním onemocněním, s imunosupresivní léčbou, léčbou alopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů. **Renovaskulární hypertenze:** Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné funkční ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. **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 inhibitory ACE, blokátory 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. **Opatrnost při 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 stoupá 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 urey v krvi a kreatininu; v případě renovaskulární hypertenze existuje riziko závažné hypotenze a renálního selhání. **Renální selhání:** amlodipin není dialyzovatelný. **Hepatální selhání:** vzácné, podání inhibitory ACE mělo vzácné souvislost se syndromem počínajícím cholestatickou žloutenkou a progresujícím až v náhlu hepatocelulární nekrózou (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 blokátory receptorů angiotenzinu**. U pacientů užívajících ACE inhibitory mají být proto kalium šetřící diuretika a blokátory receptorů angiotenzinu užívány opatrně a má být kontrolována hladina draslíku v séru a funkce ledvin**. **Diabetici:** během prvního měsíce monitorovat glykémii. **Hypertenze krize:** bezpečnost a účinnost nebyla stanovena. **Starší pacienti:** dávku zvyšovat s opatrností. **Intolerance galaktózy/malabsorpce glukózy-galaktózy/vrození 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 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 (NSAD) včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den, antiaritmika (inzulin, perorální antiaritmika), draslík-šetřící diuretika, draslík-šetřící diuretika (eplerenon, spironololon), rasekadotril, 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, tetrakysalidy, alfa-blokátory (prazosin, alfuzosin, doxazosin, tamsulosin, terazosin), amifostin, trikylická antidepresiva, antipsychotika, anestetika, cyklosporin, sirovastatin, další léky s antihypertenzními vlastnostmi. **Léky vyvolávající hyperkalemii:** aliskiren, soli draslíku, draslík-šetřící diuretika (např. spironololon, triamteren nebo amilorid), inhibitory ACE, antagonisté receptorů pro angiotenzin II, NSAD, hepariny, imunosupresiva jako cyklosporin nebo takrolimus, trimethoprim a kotrimoxazol (trimethoprim/sulfamethoxazol). Proto není kombinace přípravku Prestance s výše zmíněnými přípravky doporučena. 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, dysgeuzie, parestezie, vertigo, poštípení 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:** eozinofilie, 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), suchá 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, preezie, 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, eozinofilní pneumonie, gingivální hyperplazie, pankreatitida, gastritida, hepatitida, žloutenka, hepatitida bud cytolytická nebo cholestatická, zvýšení jaterních enzymů (v souvislosti s cholestázou), Quinckeho 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 sláších 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-leciv-va-pzu-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 Prestance