

Medicína pro praxi

2023

A

www.solen.cz | Med. praxi. 2023;20(Suppl. A) | ISBN 978-80-7471-438-2 | 2023

ABSTRAKTA

9. kongres Medicíny pro praxi v Ostravě

17.–18. února 2023

Clarion Congress Hotel Ostrava



Pořadatel: SOLEN, s. r. o., ve spolupráci s Klinikou anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny FN Ostrava a LF OU

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

VENO-LYMFATICKÁ INSUFICIENCE A SYMPTOMATICKÁ LÉČBA HEMOROIDŮ

Cyclo3Fort®

RUSCUS ACULEATUS
HESPERIDIN METHYLCHALCON
Kyselina askorbová



TROJNÁSOBNÁ SÍLA pro plnou úlevu



ZVYŠUJE ŽILNÍ
& LYMFATICKÝ TONUS²⁻⁴

CHRÁNÍ
MIKROCIRKULACI^{5,6}

REDUKUJE
ZÁNĚT⁶⁻⁸

Nově na trhu velké balení
180 tvrdých tobolek



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

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

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU

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

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

Určené pouze do rukou lékaře.

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

PROGRAM – pátek 17. února 2023

9.00 ZAHÁJENÍ ODBORNÉHO PROGRAMU

prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc.

9.05–10.35 LÉČBA CHRONICKÉ BOLESTI

odborný garant MUDr. Michal Matias, FIPP

- **Intervenční algeziologie – filozofie intervenční diagnostiky a léčby akutní a chronické bolesti** – Matias M.
- **Vybrané klinické situace vhodné pro intervenční léčbu bolesti** – Matias M.
- **Bolest zad – klinický algoritmus, možnosti intervenční léčby** – Adam M.
- **Bolest dolní končetiny, (pseudo)radikulární syndrom** – Dušek L.

10.35–11.05 PŘESTÁVKA

11.05–12.05 KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ

odborná garantka MUDr. Petra Vysočanová, Ph.D.

- **Hypertenze ničí mozek – jak tomu zabránit?** – Vysočanová P.
- **Úskalí léčby oběžního hypertonika** – Ožana J.
- **Novinky v doporučeních pro léčbu chronického žilního onemocnění** – Černohorská J.

12.05–12.45 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE I

- **Klinické zkušenosti s remdesivirem v léčbě onemocnění covid-19** – Rožnovský L.
(Přednáška sponzorovaná společností Gilead Sciences, s. r. o.)
- **HIV a praktický lékař – jde to dohromady?** – Zjevíková A.
(Přednáška sponzorovaná společností Gilead Sciences, s. r. o.)
- **Biofilmová probiotika nové generace, patentované kmeny, bakteriální lyzáty a možnosti jejich využití** – Vagnerová H.

12.45–13.45 OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA

13.45–15.15 DERMATOLOGIE – PROJEVY V OBLIČEJI

odborná garantka MUDr. Yvetta Vantuchová, Ph.D.

- **Seborrhoická dermatitida v ambulanci praktického lékaře** – Litvík R.
- **Atopická dermatitida u dospělé populace** – Kaščáková Z.
- **Kožní projevy autoimunitních dermatóz** – Nováková J.
- **Klasické obličejové dermatózy** – Vantuchová Y.
- **Névy, prekancerózy a benigní nádory hlavy** – Vejrová I.
- **Maligní nádory hlavy** – Vantuchová Y.
- **Jak si poradit s kosmetickými problémy u svých pacientů** – Michalčová S.

15.15–15.35 PŘESTÁVKA

15.35–16.40 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE II

- **Racionalizace antisekreční léčby** – Štěpán M.
- **Migréna u praktického lékaře** – Novotná I.
- **Management léčby deprese způsobené dlouhodobým stresem** – Ustohal L.
- **Léčba otoků u chronické žilní nedostatečnosti** – Nováková Z.

16.40–17.00 PŘESTÁVKA

17.00–18.30 ANTIBIOTIKA – NOVÉ STRATEGIE

odborná garantka Mgr. Eva Krejčí, Ph.D.

- **Multirezistentní bakterie v ambulantní péči** – Krejčí E.
- **Ambulantní léčba respiračních infekcí** – Zelená H.
- **Močové infekce a nová antibiotika** – Stryjová L.

18.30 PŘEDPOKLÁDANÉ ZAKONČENÍ ODBORNÉHO PROGRAMU PRVNÍHO DNE KONGRESU

PRAKTICKÝ WORKSHOP: ÚVOD DO SONOGRAFIE V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

Pátek 17. února 2023, 13.45–15.15 hod.

Salonek hotelu Clarion Congress Hotel Ostrava

- Přihlašování na registraci
- Kapacita workshopu je omezená

PROGRAM – sobota 18. února 2023

8.30–9.30 PRÁVNÍ PROBLÉMY V LÉKAŘSKÉ PRAXI

JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

9.30–9.50 PŘESTÁVKA

9.50–11.00 MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE

- Co dělat s opakovaně nemocným pacientem? Inosin pranobex – bezpečná a účinná imunomodulace – Hospodková M.
- Systémová enzymoterapie a její možnosti léčebného využití v medicíně – Kočár A.
- Nové možnosti prevence pneumokokových a meningokokových onemocnění – Petroušová L.
(Přednáška sponzorovaná společností Pfizer)
- Prevence opakovaných respiračních infekcí – Bystroň J.
- Praktické zkušenosti s efektivnější komunikací s pacienty – Přikryl V.

11.00–11.40 SPOLUPRÁCE ZÁCHRANNÉ SLUŽBY A AMBULANTNÍHO SEKTORU

MUDr. Roman Gřegoř, MBA

11.40–12.00 PŘESTÁVKA

12.00–13.30 INFEKČNÍ CHOROBY STÁLE AKTUÁLNÍ

odborný garant doc. MUDr. Luděk Rožnovský, CSc.

- Difterie mezi námi – Petroušová L.
- Toxoplazmóza u dětí – Hozáková L.
- Problematika HIV – Zjevíková A.
- Virové hepatitidy u dětí – Rožnovský L.

13.30 ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

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

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

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

SOLE
MEDICAL EDUCATION



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

TIRÁŽ

9. kongres Medicíny pro praxi v Ostravě

17.–18. února 2023 | Clarion Congress Hotel Ostrava

Pořadatel

SOLE, s. r. o., ve spolupráci s Klinikou anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
FN Ostrava a LF OU

Odborný garant

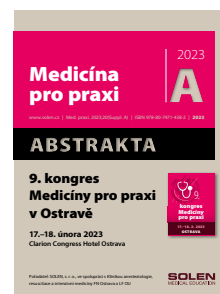
prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc.

Organizátor

SOLE, s. r. o., Lazceřská 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: Mgr. Kateřina Dostálová, k.dostalova@solen.cz, 775 855 572
Zajištění výstavních ploch: Mgr. Martin Jiša, 734 567 855, jisa@solen.cz
Programové zajištění: Mgr. Helena Zedníčková, 778 976 986, zednickova@solen.cz
Grafické zpracování a sazba: Mgr. Tereza Krejčí, krejci@solen.cz

Ohodnocení

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



Supplementum A Medicína pro praxi

Citační zkratka:

Med. praxi. 2023;20(Suppl A).

Vydal: Solen, s. r. o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-438-2

Léčba chronické bolesti

odborný garant MUDr. Michal Matias, FIPP

pátek / 17. února / 9.05–10.35

Intervenční algeziologie – filozofie intervenční diagnostiky a léčby akutní a chronické bolesti

MUDr. Michal Matias, FIPP

EuroPainClinics Praha, a. s., Praha

Intervenční léčba bolesti je podbor algeziologie, který v sobě zahrnuje specifické přístupy k diagnostice a léčbě především chronické bolesti. Jsou založeny na identifikaci zdroje, takzvaného generátoru bolesti, a jeho následném ovlivnění. K identifikaci generátorů bolesti se používají různé blokády, případně provokační techniky. K jejich ovlivnění pak široké spektrum metod od regenerační léčby a prolotherapie přes RF a kryodenervační techniky, až po endoskopie, výkony na míše, případně periferní a míšní stimulace. Indikace metod intervenční algeziologie se v poslední době u nenádorové i nádorové bolesti posouvají směrem k časnějšímu nasazení. Ideální je uvažovat o možnostech intervenční léčby před nasazením léčby silnými opioidy u nádorové bolesti nebo jako o alternativě, případně doplňku chronické farmakoterapie u bolesti nenádorové.

Vybrané klinické situace vhodné pro intervenční léčbu bolesti

MUDr. Michal Matias, FIPP

EuroPainClinics Praha, a. s., Praha

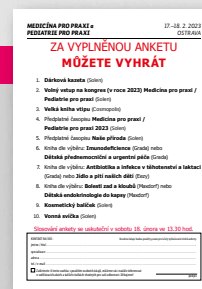
Intervenční léčba bolesti by u indikovaných pacientů měla být nedílnou součástí multidisciplinární léčby chronické bolesti. Jako potenciálně vhodné indikace se jeví bolesti dolních zad, radikulární a pseudoradikulární bolesti dolních končetin, některé typy bolestí hlavy, obličejových bolestí, bolesti hrudní a břišní stěny, viscerální bolesti, některé typy pánevní bolesti, lokalizované kloubní bolesti, lokalizovaná neuropatická bolest. Vhodným pacientem pro zvážení intervenční léčby je tedy každý pacient s lokalizovanou bolestí vyžadující chronickou analgetickou farmakoterapii. Nevhodnými kandidáty jsou pak pacienti s generalizovaným nebo multifokálním bolestivým stavem (například fibromyalgie), případně pacienti s výrazně dominující psychosociální problematikou. Pravděpodobnost úspěchu léčby dále snižuje vysoký věk, chronická medikace slabými nebo silnými opioidy, psychosociální faktory a velmi dlouhá doba trvání bolestivého stavu. Spíše organizačně problematická může být i chronická antikoagulační léčba warfarinem.

Bolest zad – klinický algoritmus, možnosti intervenční léčby

MUDr. Michal Adam

EuroPainClinics Brno, a. s., Brno

Prevalence chronických bolestí dolní části zad (low back pain) se poslední roky odhaduje přibližně na 7,5 % populace a je hlavní příčinou celosvětové invalidity s narůstajícím trendem zdravotního postižení v produktivním věku. Představuje rozmanitý soubor různých postižení. Jedná se o spektrum poruch od prostých funkčních potíží po závažné příčiny, jako jsou traumata nebo onkologické příčiny jak v oblasti páteře, tak okolních struktur. 85 % až 95 % lidí, kteří se dostaví k poskytovateli primární péče, nemá specifický identifikovatelný patologicko-anatomický původ bolesti. V daném přehledu si ujasníme základní strategie pro rozlišení různých závažných příčin bolestí a vysvětlíme možnosti invazivního řešení některých z nich, jako jsou facetový syndrom a bolesti z postižení sakroiliakálního spojení.



ANKETA

Zajímá nás váš názor

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

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

Bolest dolní končetiny (pseudo)radikulární syndrom**MUDr. Luboš Dušek**

EuroPainClinics Hradec, a. s., Hradec Králové

Bolesti dolní končetiny jsou častou příčinou imobilizace pacientů. Představují široké spektrum různorodých syndromů a zdrojem bolesti mohou být příčiny ze vzdálených míst. V daném přehledu se věnuji diferenciální diagnostice bolestivých syndromů dolní končetiny a rozlišení neuropatické bolesti od nociceptivní, dále pak radikulární od pseudoradikulární bolesti. Představím nejčastější chyby v rámci klinické diagnostiky (specifická a senzitivita klinických testů), postavení pomocných metod k diagnostice apod. V rámci diagnózy radikulárního syndromu pak představím spektrum možností miniinvasivního ošetření předního epidurálního prostoru při diskopatiích a ošetření foraminostenóz kombinované etiologie.

Kardiovaskulární onemocnění

odborná garantka MUDr. Petra Vysočanová, Ph.D.

pátek / 17. února / 11.05–12.05

Hypertenze ničí mozek – jak tomu zabránit?**MUDr. Petra Vysočanová, Ph.D.**

Interní kardiologická klinika, Fakultní nemocnice Brno a Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno

Nejen v České republice vlivem stárnutí populace dochází k nárůstu počtu jedinců s poruchou kognitivních funkcí nebo demencí. Demence snižuje kvalitu života, soběstačnost a zvyšuje riziko závislosti na péči, hospitalizace a úmrtí. Hypertenze, nejrozšířenější kardiovaskulární onemocnění současnosti, může společně s dalšími rizikovými faktory navodit ireverzibilní poškození mozku. Zvyšuje arteriální tuhost, zrychluje progresi aterosklerózy, způsobuje mozkové mikrokrvácení, lakunární infarkty a léze bílé hmoty, a tyto změny vedle cévních mozkových příhod vedou ke zhoršení kognitivních funkcí a zvýšenému výskytu všech typů demence.

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

Léčba hypertenze prokazatelně snižuje riziko poškození mozku. Těsná kontrola systolického krevního tlaku – pod 120 mmHg vedla ve studii SPRINT (JAMA. 2019;322(6):524-534) k poklesu rizika zhoršení kognitivních funkcí a výskytu demence. Pro přínos antihypertenzní léčby z hlediska snížení výskytu kognitivního deficitu a demence je rozhodující dobrá adherence k léčbě. V současné době je vyvrácena obava z normalizace TK i u starších hypertoniků. Ani u nich nevede antihypertenzní léčba ke zhoršení kognice a u hypertoniků, u nichž je již lehčí kognitivní deficit přítomen, zpomaluje jeho progresi. Zatím není jasné, jaké třídy antihypertenziv jsou v tomto ohledu nejúčinnější, k favorizované skupině patří blokátory kalciového kanálu. Jako prospěšnější se jeví časné nasazení kombinační léčby a snížení variability krevního tlaku.

Vzhledem k odhadovanému rychlému nárůstu počtu pacientů s demencí v následujících desetiletích je důležité využít všechny cesty k její prevenci či zpomalení její progresi. Arteriální hypertenze je významným ovlivnitelným rizikovým faktorem demence a její včasná diagnostika a důsledná léčba může ireverzibilnímu poškození mozku navozenému dlouhodobým působením vysokého krevního tlaku zabránit. Důležitá je účinná kontrola krevního tlaku bez opomíjení mladších pacientů, rychlé dosažení cílových hodnot do 3 měsíců od zahájení



TRIPLIXAM®

perindopril arginin / indapamid / amlodipin

NEČEKEJTE, AŽ BUDE PŘÍLIŠ POZDĚ

Zkrácená informace o přípravku TRIPLIXAM®: SLOŽENÍ: Triplixam 5 mg/1,25 mg/5 mg obsahuje 5 mg perindopril-argininu/1,25 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplixam 5 mg/1,25 mg/10 mg obsahuje 5 mg perindopril-argininu/1,25 mg indapamidu/10 mg amlodipinu; Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg obsahuje 10 mg perindopril-argininu/2,5 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplixam 10 mg/2,5 mg/10 mg obsahuje 10 mg perindopril-argininu/2,5 mg indapamidu/10 mg amlodipinu. **INDIKACE:** Substituční terapie pro léčbu esenciální hypertenze u pacientů, kteří již dobře odpovídají na léčbu kombinací perindoprilu/indapamidu a amlodipinu, podáványými současně v téže dávce. **DÁVKOVÁNÍ A PODÁVÁNÍ:** Jedna tableta denně, nejlépe ráno a před jídlem. Fixní kombinace není vhodná pro iniciační léčbu. Je-li nutná změna dávkování, dávka jednotlivých složek by měla být titrována samostatně. **Pediatrická populace:** Přípravek by se neměl podávat. **KONTRAINDIKACE:** Dialyzovaní pacienti. Pacienti s neléčivým dekompenzovaným srdečním selháním. Závažná porucha funkce ledvin (Cl_{cr} < 30 ml/min). Středně závažná porucha funkce ledvin (Cl_{cr} 30-60 ml/min) pro Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg a 10 mg/2,5 mg/10 mg. Hypersenzitivita na léčivé látky, jiné sulfonamidy, deriváty dihydropyridinu, jakýkoli jiný inhibitor ACE nebo na kleroukolli pomocnou látku. Anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edému) souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE (viz bod Upozornění). Dědičný/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 sakubitril/valsartanu** (viz body Upozornění a Interakce). **Mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce).** Signifikační bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné funkční ledviny (viz Upozornění). **UPOZORNĚNÍ:** Zvláštní upozornění: **Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS):** duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se nedoporučuje. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou netropatií. **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 léšeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. **Hypersenzitivita/angioedém, intestinální angioedém:** přerušete léčbu a sledujte pacienta až do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Současné užívání perindoprilu a sakubitril/valsartanu je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Léčbu sakubitril/valsartanem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce perindoprilu. Pokud je léčba sakubitril/valsartanem ukončena, léčbu nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitril/valsartanu. Současné užívání inhibitorů ACE s racekadotriem, mTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin) může vést ke zvýšenému riziku angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka spolu s poruchou dýchání nebo bez poruchy dýchání) (viz bod Interakce). U pacientů, kteří již užívají inhibitor ACE, je třeba opatrnosti při počátečním podání racekadotriolu, mTOR inhibitorů (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptinů (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin). **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** postupujte opatrně u alergických pacientů léčených desenzibilizací a nepoužívejte v případě imunoterapie jedem blanketických. Alespoň 24 hodin před desenzibilizací dočasně vysadte inhibitor ACE. **Anafylaktoidní reakce během LDL-aterózy:** před každou aferézou dočasně vysadte inhibitor ACE. **Hemodialyzovaní pacienti:** zvažte použití jiného typu dialyzační membrány nebo jiné skupiny antihypertenziv. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. **Těhotenství:** nezačínat užívání během těhotenství, v případě potřeby zastavit léčbu a zahájit vhodnou alternativní léčbu. **Hepatální encefalopatie, která může vyvolat játerní kóma:** ukončit léčbu. **Fotosenzitivita:** ukončit léčbu. **Opatření pro použití:** **Renální funkce:** U některých hypertenziků s existujícími zjevnými renálními lézemi, u nichž renální krevní testy ukazují funkční renální insuficienci, by měla být léčba ukončena a je možno ji znovu zahájit v nížší dávce nebo pouze s jednou složkou. Monitorujte draslík a kreatinin, a to po dvou týdnech léčby a dále každé dva měsíce během období stabilní léčby. V případě bilaterální stenózy renální arterie nebo jedné funkční ledviny: nedoporučuje se. Riziko arteriální hypotenze a/nebo renální insuficience u pacientů s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulární ischemií: zahajte léčbu nízkou dávkou. **Hypertenzi krize.** **Srdeční selhání/těžká srdeční insuficience:** v případě srdečního selhání postupujte opatrně. Těžká srdeční nedostatečnost (stupeň IV): zahajte léčbu nižšími iniciačními dávkami pod lékařským dohledem. **Stenóza aortální nebo mitrální chlopň/hypertroftická kardiomyopatie:** v případě obstrukce průtoku krve levou komorou postupujte opatrně. **Diabetici:** V případě inzulín-dependenčního diabetu mellitus zahajte léčbu iniciační níží dávkou pod lékařským dohledem; během prvního měsíce a/nebo v případě hypokalemie sledujte hladiny glukózy v krvi. **Cernost:** vyšší incidence angioedému a zjevně menší účinnost při snižování krevního tlaku ve srovnání s jinými rasami. **Operace/anestezie:** přerušete léčbu jeden den před operací. **Porucha funkce jater:** mírná až středně závažná: postupujte opatrně. Podání inhibitorů ACE může vzácně souvislosti se syndromem počinajícím cholestatickou žloutenkou a progredující až v náhlou hepatickou nekrózu a (někdy) úmrtí. V případě žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů ukončete léčbu. **Kyselina močová:** hyperurikémie: zvýšená tendence k začatům dny. **Starší pacienti:** před zahájením léčby vyšetřte renální funkci a hladiny draslíku. Dávku zvyšovat opatrně. **Hladina sodíku:** v podstatě bez sodíku. **Chorodální efuze, akutní myopie a sekundární glaukom s uzavřeným úhlem:** Sulfonamidy nebo deriváty sulfonamidů mohou způsobit idiosynkratickou reakci vedoucí k chorodální efuze s defektem zorného pole, přechodné myopii a akutnímu glaukomu s uzavřeným úhlem. Příznaky zahrnují náhlý pokles zrakové ostrosti nebo bolesti očí a obvykle se objevují během hodin až týdnů po zahájení léčby. Neléčený akutní glaukom s uzavřeným úhlem může vést k trvalé ztrátě zraku. Primární léčba spočívá v co nejrychlejší vysození léčiva. Pokud se nitroční tlak nepodaří dostat pod kontrolu, je třeba zvážit rychlou medikamentózní nebo chirurgickou léčbu. Rizikové faktory pro rozvoj akutního glaukomu s uzavřeným úhlem mohou zahrnovat alergii na sulfonamidy nebo peniciliny v anamnéze. **Sportovci:** Tento léčivý přípravek obsahuje léčivou látku, která může vyvolat pozitivitu dopingových testů. **INTERAKCE:** Kontraindikováno: Aliskiren u diabetických pacientů nebo pacientů s poruchou funkce ledvin. Mimotělní léčba. Sakubitril/valsartan. **Nedoporučuje se:** lithium, aliskiren u jiných pacientů než diabetických nebo pacientů s poruchou funkce ledvin, souběžná léčba inhibitorem ACE a blokátorem receptorů pro angiotenzin, estramustin, kalium-šetřící léky (např. triamteren, amilorid, ...), soli draslíku, dantrolen (infuze), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Výzývající zvláštní opatnost:** baklofen, nesteroidní antiflogistika (včetně kyseliny acetylsalicylové ve vysokých dávkách), antidiabetika (inzulín, perorální antidiabetika), kalium-šetřící diuretika a kalium-šetřící diuretika (eplerenon, spironolakton), racekadotriol, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus), gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), léky vyvolávající Torsades de pointes*, amfetorin B (i.v. podání), glukokortikoidy a mineralokortikoidy (steroidové podání), tetraokosidit, stimulační látky, středně glykosidí hypokalemie a/nebo hypomagnezemie zvyšuje toxicitu kardiální digitalisy; v těchto případech je nutné sledovat plazmatické hladiny draslíku, hořčiku a EKG a v případě potřeby přehodnotit léčbu), alopurinol (současná léčba s indapamidem může zvýšit výskyt reakcí hypersenzitivní na alopurinol), induktory CYP3A4, inhibitory CYP3A4, klaritromycin (existuje zvýšené riziko hypotenze). **Výzývající určitou opatnost:** antidepresiva imipraminového typu (tricyklická), neuroleptika, jiná antihypertenziva a vazodilatancia, tetraokosidit, alopurinol (současná podávání s inhibitory ACE), cytotatika nebo imunosupresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid, anestetika, diuretika (thiazid nebo kličková diuretika), sympatomimetika, zlat, metformin, jodované kontrastní látky, vápník (soli), cyklosporin, atorvastatin, digoxin nebo warfarin, takrolimus, cyklosporin, simvastatin. **Léky vyvolávající hypokalemii**:** aliskiren, soli draslíku, draslík šetřící diuretika (např. spironolakton, triamteren nebo amilorid), inhibitory ACE, antagonisté receptorů pro angiotenzin II, NSAID, hepariny, imunosupresiva jako cyklosporin nebo takrolimus, trimethoprim a kotrimoxazol (trimethoprim/sulfamethoxazol). Proto není kombinace přípravku Triplixam s výše zmíněnými přípravky doporučena. Pokud je současně podávání indikováno, je třeba je podávat s opatrností a s pravidelnými kontrolami hladin draslíku v séru. **TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Kontraindikováno během druhého a třetího trimestru těhotenství. Nedoporučuje se během prvního trimestru těhotenství a při kojení. **FERTILITA:** Reversibilní biochemické změny na hlavové části spermatozoidů u některých pacientů léčených blokátory kaliového kanálu. **SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Může být narušena v důsledku nízkého krevního tlaku, který se může vyskytnout u některých pacientů, zejména na začátku léčby. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** **Velmi časté:** otok. **Časté:** závrať, bolest hlavy, parestezie, vertigo, somnolence, dysgucie, zhoršení zraku, tinitus, palpitace, zrudnutí, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), kašel, dušnost, bolest břicha, zácpa, průjem, dyspepsie, nevolnost, zvracení, změny ve vyprazdňování střev, pruritus, vyrážka, makulopapulární vyrážka, svalové křeče, otok kotníků, astenie, únava, hypokalemie**. **Méně časté:** rinitida, eozinofilie, hypersenzitivita, hypoglykémie, hypokalemie vratná po přerušení léčby, hyponatremie, insomnie, změny nálad (včetně úzkosti), deprese, poruchy spánku, hypostezie, třes, synkopa, diplopie, tachykardie, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní), vaskulitida, bronchospasmus, suchý v ústech, kopřivka, angioedém, alopecie, purpura, změna zabarvení kůže, hyperhidróza, exantém, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, artralgie, myalgie, bolest v zádech, poruchy močení, noční močení, pokles krevního selhání, erektilní dysfunkce, gynekomastie, bolest, bolest na hrudi, nevolnost, periferní edém, horečka, zvýšená tělesná hmotnost, snížená tělesná hmotnost, zvýšení sérové hladiny urey, zvýšení sérové hladiny kreatininu, pád. **Vzácné:** zrazenost, zvýšení sérové hladiny bilirubinu, zvýšení hladiny jaterních enzymů, zhoršení psoriázy, syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu (SIADH**), hypochloremie**, hypomagnezemie**, zčervenání**, anurie/oligurie**, akutní renální selhání**. **Velmi vzácné:** agranulocytóza, aplastická anémie, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, hemolytická anémie, tromboticypenie, hyperglykémie, hyperkalemie, hypertenze, periferní neuropatie, cévní mozková příhoda, možná sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoké rizikových pacientů, angina pectoris, infarkt myokardu, možná sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoké rizikových pacientů; eozinofilní pneumonie, gingivální hyperplazie, pankreatitida, gastritida, hepatitida, žloutenka, abnormální hepatální funkce, erythema multiforme, Stevens-Johnsonův syndrom, exfoliativní dermatitida, toxická epidermální nekrolýza, Quinckeho edém, snížení hemoglobinu a hematokritu. **Není známo:** Deplece draslíku s hypokalemii, u určitých rizikových populací zvláště závažná, extrapyramidové poruchy (extrapyramidový syndrom), akutní glaukom s uzavřeným úhlem, chorodální efuze, myopie, rozmanité vidění, torsades de pointes (potenciálně fatální), možný rozvoj hepatální encefalopatie v případě jaterní insuficience, svalová slabost, rhabdomyolýza, možnost zhoršení stávajícího systémového lupus erythematosus, EKG: prodloužený interval QT, zvýšená hladina glukózy v krvi, zvýšená hladina kyseliny močové v krvi, Raynaudův fenomén. **PŘEDÁVKOVÁNÍ:** Nekardiogenní plicní edém byl vzácně hlášen v důsledku předávkování amlodipinem, nástup se může projevit až opožděně (24-48 hodin po požití) a může vyžadovat ventilaci podporu. Včasné resuscitační opatření (včetně hypovolemie) k udržení perúze a srdečního výdeje mohou být spouštějící faktory. **VLASTNOSTI:** Perindopril je inhibitor angiotenzin-konvertujícího enzymu (inhibitor ACE), který konvertuje angiotenzin I na vazokonstriktor angiotenzin II. Indapamid je derivát sulfonamidů s indolovým křehem, farmakologicky příbuzný thiazidovým diuretikům. Amlodipin je inhibitorem transportu kaliových iontů (blokátory pomalých kanálů nebo antagonistů kaliových iontů), který inhibuje transmembránový transport kaliových iontů do srdeční buňky a buňk hladké svalstva cévních stěn. **BALENÍ:** 30 a 90 tablet. Uchovávaní: nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávaní. Doba použitelnosti: 3 roky. Doba použitelnosti po prvním otevření je 30 dní. Držitel rozhodnutí o registraci: Les Laboratoires Servier, 50, rue Camot, 92284 Suresnes cedex, France. Registrační čísla: 58/100/14-C, 58/101/14-C, 58/102/14-C, 58/103/14-C. Datum poslední revize textu: 5. 7. 2022. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravek je k dispozici v lékárnách. Přípravek je na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <https://www.suk.cz/suk/seznam-leciv-a-polu-hrazeny-ch-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 Triplixam

léčby, zlepšení dlouhodobé adherence a udržení stability krevního tlaku. Doporučenou terapeutickou strategií je použití kombinační léčby, optimálně fixní kombinace léků s dlouhým poločasem a včasnou eskalací na kombinace 3 a více přípravků.

Podpořeno MZ ČR – RVO (FNBr, 65269705)

Úskalí léčby obézního hypertonika

MUDr. Jaromír Ožana

Diabetologická a endokrinologická ambulance OzanaMed, s. r. o., Zábřeh

Klinika tělovýchovného lékařství a kardiovaskulární rehabilitace FN Olomouc

Prevalence hypertenze i obezity narůstá především vlivem zhoršení dietních a pohybových návyků. Obě diagnózy se často vyskytují společně, což přináší velmi vysoké kardio-metabolické riziko. Hypertenze u obézních pacientů je často rezistentní k léčbě, senzitivní na sůl a mohou ji provázet orgánové komplikace a další onemocnění. Na etiologii vzestupu krevního tlaku u obézních osob se podílí řada komplexních procesů. Mezi ústřední mechanismy řadíme nadměrnou aktivitu sympatického nervového systému a systému renin-angiotensin-aldosteron.

Základním léčebným opatřením by měla být redukce hmotnosti s pomocí úpravy dietních návyků a zvýšení pohybové aktivity. V praxi se ale bohužel často setkáváme s tím, že režimová a dietní opatření pacienti nedodržují. Současně s režimovými opatřeními je potřeba zahájit včasnou farmakologickou léčbu. Farmakologické přístupy k léčbě hypertenze u obézních pacientů vyplývají z patofyziologie obou onemocnění s cílem inhibovat více mechanismů současně.

Za základní léky považujeme blokátory systému renin angiotensin aldosteron (RAAS). Pro většinu pacientů je již od stanovení diagnózy hypertenze vhodná kombinační terapie – buď s diuretiky nebo blokátory kalciových kanálů. S ohledem na přítomný sklon k retenci sodíku u obézních a současný sklon k otokům dolních končetin mohou být diuretika výhodnější.

Klíčová slova: arteriální hypertenze, obezita, diuretika, antihypertenzní kombinovaná léčba.

Novinky v doporučeních pro léčbu chronického žilního onemocnění

MUDr. Júlia Černožorská, Ph.D.

Dermal Centre Mělník

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

V loňském roce byla publikována nová aktualizovaná Doporučení pro léčbu chronického žilního onemocnění dolních končetin Evropské společnosti pro žilní chirurgii (ESVS), která shrnují současné poznatky o CVD a poskytují návod, jak postupovat v péči o naše pacienty s chronickým žilním onemocněním. Tyto novinky se týkají rozšíření CEAP klasifikace, chirurgických metod a také přístupu k léčbě bércevého vředu žilní etiologie. V současné době je připravována novelizace Doporučených postupů České angiologické společnosti ČLS pro léčbu chronických žilních chorob, které budou odrážet aktualizace vyplývající z dokumentu ESVS.

detralex®

MPFF® – mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce

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



**Chronické žilní
onemocnění**
2 tbl denně

**Hemoroidální
onemocnění**
až 6 tbl denně

Zkrácená informace o přípravku Detralex®

SLOŽENÍ*: Flavonoidum fractio purificata micronisata 500 mg (mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce - MPFF): Diosminum 450 mg, Flavonoida 50 mg vyjádřené jako Hesperidinum v jedné potahované tabletě. **INDIKACE***: Léčba příznaků a projevů chronické žilní insuficience dolních končetin, funkčních nebo organických: pocit tíhy, bolest, noční křeče, edém, trofické změny, včetně bérčového 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 /dětí nelze vyloučit. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE***: Žádný vliv. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY***: Časté: průjem, dyspepsie, nauzea, vomitus. Vzácné: závrať, bolesti hlavy, pocit neklidu, vyrážka, svědění, kopřivka. Méně časté: kolitida. **Frekvence neznámá**: abdominální bolest, ojedinělý otok obličeje, rtů, víček, výjimečně Quinckeho edém. **PŘEDÁVKOVÁNÍ***. **FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI***: Venotonikum (venofarmakum) a vazoprotektivum. Detralex působí na zpětný návrat krve ve vaskulárním systému: snižuje venózní distenzibilitu a redukuje venostázu, na úrovni mikrocirkulace normalizuje kapilární permeabilitu a zvyšuje kapilární rezistenci; zvyšuje lymfatický průtok. **UCHOVÁVÁNÍ***: Při teplotě do 30 °C. **VELIKOST BALENÍ***: 30, 60, 120 a 180 potahovaných tablet. Datum revize textu: 16. 12. 2022. Přípravek je k dispozici v lékárnách na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <https://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Registrační číslo: 85/392/91-C. Držitel rozhodnutí o registraci: **LES LABORATOIRES SERVIER** 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Další informace na adrese: **Servier s.r.o.**, Florentinum, Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel.: 222 118 111, www.servier.cz.

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

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

23C1DEMA103

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

SERVIER
moved by you

Aktuality do vaší ordinace

pátek / 17. února / 12.05–12.45

HIV a praktický lékař – jde to dohromady?

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

MUDr. Alena Zjevíková, Ph.D.

Klinika infekčního lékařství FN Ostrava

I v roce 2023 je infekce HIV stále aktuální téma. I přesto, že ji lze v dnešní době považovat za dobře zvladatelné onemocnění, které se při řádné léčbě svým charakterem podobá jiným chronickým onemocněním, zůstává neměnným faktem, že neodhalená a neléčená infekce vede postupně ke zhoršování funkce imunitního systému. To je spojeno s rozvojem oportunních infekcí a nádorů, a v terminální fázi k jeho úplnému selhání. I přes současnou pokročilost medicíny zůstává infekce virem HIV nadále opředena řadou mýtů a iracionální stigmatizací, a to i mezi zdravotníky. Nyní je k dispozici vysoce účinná antiretrovirová léčba, která pacientům umožňuje žít plnohodnotný život bez výrazných omezení, a to včetně založení rodiny. Stejně je zahájení léčby v časném stadiu onemocnění, což jde ruku v ruce s brzkým stanovením diagnózy. Zatím se stále setkáváme se zdravotníky, kteří mají obavy pečovat o HIV pozitivní pacienty. Je třeba podotknout, že diagnostikovaný a léčený pacient je výrazně méně infekční oproti pacientovi, který o své nemoci zatím neví. K ovlivnění epidemiologické situace výskytu HIV v ČR je nutné používat všechny nástroje, které máme k dispozici, tedy osvětu a prevenci, preexpozici a postexpozici profylaxi, diagnostiku a léčbu již infikovaných pacientů. Role praktického lékaře je nezastupitelná jak v prevenci, tak ve vyhledávání HIV pozitivních pacientů.

Více informací naleznete na webu testujsevcas.cz.

CS-UNB-0272

Datum přípravy 1/2023

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

Hana Vagnerová

FAVEA Plus, a. s., Praha

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

Gilead – váš partner v léčbě infekčních onemocnění

HIV

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

Virové hepatitidy

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

COVID-19

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

CS-UNB-0202



Dermatologie – projevy v obličeji

odborná garantka MUDr. Yveta Vantuchová, Ph.D.

pátek / 17. února / 13.45–15.15

Atopická dermatitida u dospělé populace

MUDr. Zuzana Kaščáková

Kožní oddělení – Fakultní nemocnice Ostrava

Cílem mojí přednášky je seznámit posluchače s problematikou atopické dermatitidy u dospělé populace se zaměřením na projevy v obličeji.

Atopická dermatitida je svědivé zánětlivé onemocnění, často chronicky recidivující, a řadí se mezi kožní onemocnění. U každého pacienta může mít odlišný průběh – od mírného až po závažný (erythrodermie). Často se střídá období remise a období exacerbace. Nutno podotknout, že se nedá zcela vyléčit, jelikož jde o vrozený sklon k této nemoci. Přítomná je porucha kožní bariéry, na kterou nasedají další faktory tohoto onemocnění, kterými jsou imunologická dysbalance, hyperreaktivita na zevní podněty a neurovegetativní labilita. Atopická dermatitida může mít významný negativní dopad na život pacientů.

Mírné formy onemocnění v obličeji mohou být dobře kontrolovány použitím zevní léčby, a to indiferentní, diferentní nebo jejich kombinací. Mezi indiferentní léčbu patří různá volně prodejná emolienca – krémy nebo masti. Mezi diferentní léčbu se řadí topické kortikosteroidy a lokální imunomodulátory.

Základem úspěšné terapie je dobrá spolupráce mezi pacientem a lékařem a individuální přístup ke každému pacientovi. Velmi důležitá je také edukace pacienta, a to jak verbální, tak i písemná prostřednictvím brožur či letáků. Dodržováním preventivních i léčebných opatření je možné dosažení minimalizace projevů nebo zcela jejich vymizení.

Klíčová slova: atopická dermatitida, zevní léčba, prevence.

Klasické obličejové dermatózy

MUDr. Yveta Vantuchová, Ph.D.

Kožní oddělení FN Ostrava

Nejčastější obličejovou dermatózou dospělých je rosacea (růžovka), následuje periorální dermatitida, nejméně časté je acne vulgaris.

Rosacea je chronicky progredující onemocnění nejasné etiologie, projevující se zpočátku přechodným, později trvalým erytémem s teleangiectáziemi s predilekční lokalizací tváří, nosu, brady a čela. Postupně se vytvářejí papuly, pustuly i nodózní projevy. Začátek onemocnění může přicházet již okolo 20 let věku, s maximem klinických obtíží mezi 30.–50. rokem života. Mezi provokační faktory této choroby řadíme expozici UV záření, horké pracovní prostředí, alkohol, fyzickou námahu a stres. V léčbě využíváme lokální a celková antibiotika, metronidazol a u závažnějších forem i celkovou léčbu retinoidy.

U více než poloviny pacientů se objevuje oční postižení – ophthalmorosacea a v těchto případech je nutná mezioborová spolupráce.

Periorální dermatitida je chronicky recidivující dermatitida, která postihuje okolí úst, někdy i očí a projevuje se tvorbou papul, často s drobnou deskvamací, erytém nebývá nebo je velmi mírný kolem lézí. Mezi vyvolávající faktory patří kosmetické přípravky, mechanická iritace, aplikace lokálních kortikoidů, hormonální antikoncepce a zvažuje se i podíl kvasinek. V lokální léčbě se používá metronidazol ve formě krému nebo pasty, celkově u závažnějšího postižení mají dobrý efekt tetracykliny, metronidazol nebo i izotretinoin.

Acne vulgaris se vyskytuje u 80–100 % dospívající populace, projevy nejčastěji odeznívají kolem 25. roku věku, nicméně část pacientů obtěžují projevy akné až do pozdní dospělosti. Jedná se o neinfekční kožní onemocnění, na jehož vzniku se podílí více faktorů.

Nejmírnější formou je akne comedonica s převahou otevřených nebo uzavřených komedonů, u akne papulopustulosa převažují červené papuly, pustuly, u nodulocystické formy, jsou to bolestivé hrboly s píštělemi. Obličej je jednou z predilekčních lokalizací. U dospělé ženské populace se poměrně často setkáváme s atypickými formami onemocnění, jako je acne mechanica či neurotica provokované škrábáním, existuje acne cosmetica, vzniklé vlivem komedogenních substancí v nevhodně zvolených kosmetických přípravcích. Hormonálně podmíněné akné u žen je označováno jako acne premenstrualis, sluncem a komedogenními složkami ochranných opalovacích krémů může být provokováno Mallorca acne. V léčbě se používají lokální antibiotika, benzoylperoxid a lokální retinoidy. U závažnějších forem i celková terapie, nejčastěji perorální isotretinoin.

Névy, prekancerózy a benigní nádory hlavy

MUDr. Ivana Vejrová

Kožní oddělení FN Ostrava

Cílem přednášky je seznámit se s nejčastějšími typy névů, prekanceróz a nádorů vyskytujících se v oblasti hlavy především pomocí klinických fotografií projevů. Névy jsou ohraničené kožní útvary vznikající obvykle na základě embryonální vývojové poruchy. Rozlišujeme névy epidermální, adnexální, vazivové a tukové, cévní a névy melanocytární. Znalost melanocytárních névů, sledování jejich vývoje a především včasné odstranění rizikových typů névů je významnou prevencí vzniku maligního melanomu.

Prekancerózy jsou přednádorové stavy přímo předcházející vzniku nádoru. Na kůži se jedná o cornu cutaneum, Morbus Bowen a především aktinické keratózy, maligní diferenciaci buněk těchto projevů vznikají kožní karcinomy, spinaliomy. Jejich včasná diagnostika a především léčba tak zabrání vzniku a rozšíření maligního kožního nádoru.

Benigní kožní nádory v oblasti hlavy rozlišujeme epitelové, adnexální, mezenchymální a cévní. Mohou obtěžovat pacienty svým někdy až expanzivním růstem bez prorůstání. Vadí mechanicky, ale vzhledem k lokalizaci i významně kosmeticky, jejich adekvátní odstranění tak může podpořit pozitivní psychické nastavení pacienta.

Maligní kožní nádory hlavy

MUDr. Yvetta Vantuchová, Ph.D.

Kožní oddělení FN Ostrava

K nejčastějším maligním nádorům hlavy patří bazocelulární (BCC) a spinocelulární (SCC) karcinom, neboť hlavním rizikovým faktorem pro oba typy nádorů je ultrafialové záření. Pro BCC neexistuje jasně definovaná prekurzorová léze, průběh a chování BCC jsou nepředvídatelné. Nejčastějším BCC je nodulární typ, která má vzhled šedobělavé nebo narůžovělé papuly, s perličkovým lemem a teleangiektáziemi. Superficiální typ BCC vytváří ploché léze načervenalé barvy svým vzhledem připomínající psoriázu nebo ekzém. Dalšími, méně častými typy jsou ulcerující typ, pigmentovaný typ a sklerotizující typ BCC, který je nebezpečný svým nenápadným vzhledem připomínajícím jizvu.

Za přednádorové stavy u SCC jsou považovány aktinické keratózy a Bowenova choroba. Existuje několik klinických typů SCC, forma difúzně infiltrující vytvářející tužší ploché hyperkeratotické ložisko, ulcerující formy nebo exofyticky rostoucí verukózní léze. Významným rizikovým faktorem SCC je perineurální šíření, dobrá diferenciace naopak znamená nižší riziko progresu.

Z dalších nádorů častěji se vyskytujících na hlavě jsou kožní lymfomy, Merkelův karcinom a dermatofibrosarcoma protuberans. Všechny se klinicky projevují tvorbou červených až lividních nodulů velikosti do několika centimetrů. Kurativní léčba je léčba chirurgická, léčba radiační při nemožnosti chirurgického řešení je léčba paliativní.

Nejzhojnějším nádorem je melanom. Většina melanomů vzniká na kůži klinicky normální, menší část vzniká na podkladě atypických névů. Za rizikové faktory pro vznik melanomu je považováno také UV záření. Rozlišujeme 4 klinické formy melanomu – lentigo maligna melanom (5 %), nodulární melanom (30 %), superficiální melanom (60 %) a akrolentiginózní melanom (5 %). V oblasti hlavy vidíme nejčastěji lentigo maligna melanom jako nestejnoměrně pigmentované nepřesně ohraničené sytě hnědé makulózní ložisko. V počáteční fázi se v epidermis šíří horizontálně, ale po určité době dojde k vertikálnímu šíření s invazí do koria s lymfogením a hematogenním metastázováním.

Standardem léčby je radikální chirurgická excize s vyšetřením sentinelové uzliny. Adjuvantní léčba je indikována na základě podrobného histologického a imunohistochemického vyšetření.

Jak si poradit s kosmetickými problémy u svých pacientů

MUDr. Simona Michalčová

Koží oddělení LF OU a FN Ostrava

Pacienti přicházejí do ambulancí praktických lékařů i dermatologů s celou řadou projevů v obličeji, které mohou být nejenom kosmetickými problémy, jak se na první pohled ze strany pacienta může zdát, ale může se jednat o projevy akutních a chronických onemocnění. Nejčastějším kosmetickým kožním problémem jsou ale následky, které vznikají v důsledku nadměrné expozice UV záření. Mezi běžné příznaky patří povrchové vrásky, snížená kožní elasticita, mnohočetná solární lentiga a také může docházet k rozšíření drobných kožních cévek. U závažnějších aktinických poškození může dojít ke zhrubnutí se vznikem výraznějších kožních rýh, hlubších vrásek. V péči o kůži je důležitá pravidelnost, důsledné čištění, hydratace a fotoprotekce. Při řešení kosmetických kožních problémů využíváme chemický peeling, mezoterapii, microneedling, kyselinu hyaluronovou a botulotoxin.

Aktuality do vaší ordinace II

pátek / 17. února / 15.35–16.40

Racionalizace antisekreční léčby

MUDr. Michal Štěpán

Centrum péče o zažívací trakt, Nemocnice Agel, Ostrava Vítkovice

Lékařská fakulta, Univerzita Palackého, Olomouc

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

Antibiotika – nové strategie

odborná garantka Mgr. Eva Krejčí, Ph.D.

pátek / 17. února / 17.00–18.30

Multirezistentní bakterie v ambulantní péči

Mgr. Eva Krejčí, Ph.D.

Antibiotické středisko, Centrum klinických laboratoří, Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě
Lékařská fakulta Ostravské univerzity

V posledních letech se opakovaně setkáváme s informacemi o narůstající rezistenci k antibiotikům, která komplikuje léčbu infekcí způsobených bakteriemi. Ojedinele se tak můžeme setkat i v ambulantní péči s bakteriálními infekcemi, jejichž léčba může být obtížná a výběr antibiotik omezen.

Mezi multirezistentní bakterie, které jsou pravidelně sledovány, patří z grampozitivních *Staphylococcus aureus* a jeho rezistence k oxacilinu (metilicinu), tzv. MRSA – metilicin rezistentní *S. aureus*, a enterokoky, nejčastěji *Enterococcus faecium*, s rezistencí k vankomycinu, tzv. VRE – vankomycin rezistentní enterokoky. S nárůstem rezistence se setkáváme i u gramnegativních – především u enterobakterií, nejčastěji kmenů *Klebsiella pneumoniae*, které jsou producenty širokospektrých betalaktamáz, tzv. ESBL (z angl. extended-spectrum of beta-lactamases), případně betalaktamázy typu AmpC. V posledních 5 letech pozorujeme i nárůst enterobakterií s produkcí tzv. karbapenemáz – enzymů, které mají vliv na účinek karbapenemů (např. ertapenem, meropenem, imipenem), tj. intravenózně podávaných antibiotik, která jsou považována za poslední betalaktamová antibiotika vhodná pro léčbu septických stavů. Produkce karbapenemázy u enterobakterií je aktuálně považována za nejzávažnější typ rezistence; informace je důležitá především epidemiologicky, pro zabránění šíření v rámci nemocničního zařízení, pouhá kolonizace pacienta neohrožuje.

Pokud již mají multirezistentní bakterie vliv na klinický stav, pacienta je potřeba léčit nejčastěji za hospitalizace – antibiotika vhodná k léčbě jsou většinou dostupná pouze v intravenózní formě. Nález multirezistentní bakterie může také souviset s dlouhodobě zavedeným cizorodým materiálem (močové cévky, různé formy ošetření dýchacích cest); je tedy signálem k výměně cizorodého materiálu nebo k ukončení zbytečně dlouho trvající antibiotické léčby, která jen podporuje dlouhodobou kolonizaci multirezistentním kmenem.

Nález multirezistentní bakterie v ambulantní péči musí být vždy hodnocen v kontextu – o zahájení antibiotické terapie rozhoduje vždy klinický stav pacienta. Zároveň je třeba vzít v potaz i okolnosti odběru klinického materiálu; pouze nálezy ze vzorků odebraných před zahájením antibiotické terapie, představující předpokládaného původce infekce, lze považovat za validní.

Jako nová strategie tak může být označena především důsledná terapie pouze bakteriálních infekcí, cílená dle mikrobiologického vyšetření provedeného před nasazením antibiotik, s ohledem na očekávané etiologické agens. Nálezy multirezistentních bakterií se mohou ve vzorku pouze vyskytovat a bakterie způsobující běžnou komunitní infekci nemusí být ve vzorku zachyceny – pak nejlépe postupujeme v případě podezření na bakteriální infekci pouze dle předpokládané etiologie doporučeným antibiotikem podávaným v dostatečných dávkách. Obecně i u perorální léčby je vždy preferována léčba spíše vyššími dávkami antibiotik a kratší dobu než naopak.

Ambulantní léčba respiračních infekcí

MUDr. Hana Zelená, Ph.D.

Antibiotické středisko, Centrum klinických laboratoří, Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě

Cílem sdělení je vymezit postupy pro racionální a efektivní léčbu komunitních infekcí dýchacích cest, se kterými se nejčastěji setkávají praktičtí lékaři pro děti i dospělé. Až 80 %

antibiotik podávaných ambulantně se používá pro léčbu infekcí dýchacích cest, přičemž převažují infekce horních dýchacích cest, a to zejména u dětí.

I přes snahu drtivé většiny lékařů o racionální přístup k léčbě komunitních infekcí jsou v některých případech stále antibiotika nadužívána nebo jsou zbytečně podávána širokospektrá antibiotika. V poslední době se navíc potýkáme s nedostupností základních antibiotik a lékaři jsou tak nepřímo tlačeni k předepisování antibiotik rezervních. Tyto okolnosti jsou bohužel spojeny s rizikem nárůstu rezistencí u bakteriálních původců komunitních infekcí.

Pro úspěch antibiotické léčby a minimalizaci nežádoucích účinků je kromě volby adekvátního přípravku zcela zásadní také správné dávkování. Je preferováno podání vyšších dávek antibiotik po kratší dobu. Při volbě konkrétního preparátu a jeho dávkování je třeba zohlednit kromě léčeného onemocnění a jeho původce rovněž věk a hmotnost pacienta, případnou graviditu, renální a hepatální funkce, komorbiditu, alergie a interakce s jinými užívanými léky.

Podání pečlivě zvolených antibiotik s co nejužším spektrem účinku zahrnujícím pravděpodobného nebo prokázaného původce je vyhrazeno na případy středně těžkých a těžkých bakteriálních infekcí horních a dolních dýchacích cest. Pro zvolení správných antibiotik při úvodní terapii je nutno znát nejčastější původce jednotlivých onemocnění a jejich obvyklou citlivost k antibiotikům. Optimální je při prvním kontaktu s pacientem ještě před nasazením antibiotik odebrat vzorky na mikrobiologické vyšetření a následně podle výsledků případně upravit zvolenou úvodní terapii. Je nutno také mít na paměti, že spektrum citlivosti nejčastějších vyvolavatelů respiračních infekcí v komunitě se v čase mění. Proto je důležité sledovat aktuální trendy ve vývoji rezistence, které se mohou lišit i regionálně.

Správný rozhodovací algoritmus při volbě antibiotické léčby respiračních infekcí shrnují doporučené postupy zveřejněné na webových stránkách SIL a ČLS JEP. Z těchto materiálů vychází toto sdělení.

LITERATURA

1. Běbrová E, Beneš J, et al. Doporučený postup pro antibiotickou léčbu komunitních respiračních infekcí v primární péči. Available from: <https://infektologie.cz/Standardy/ATBproPLDP.pdf>.
2. Jindrák V, Hedlová D, Urbášková P, et al. Antibiotická politika a prevence infekcí v nemocnici. Praha: Mladá fronta; 2014. ISBN 978-80-204-2815-8.

Močové infekce a nová antibiotika

MUDr. Linda Stryjová

Antibiotické středisko, Centrum klinických laboratoří, Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě

Infekce močových cest jsou druhé nejčastější infekční onemocnění v našich podmínkách a je proto potřeba se zamýšlet nad správným výběrem antibiotik při jejich léčbě. V rozhodování o výběru antibiotika můžeme vycházet z doporučených postupů uvedených na stránkách infektologie, které odkazují na novou doménu – „<http://www.antibiotickarezistence.cz>“. Zde jsou přehledně zpracována nová klinická doporučení pro antibiotickou terapii v ambulantní praxi, mimo jiné pro infekce močových cest. Močové infekce jsou zde rozděleny na kapitoly asymptomatická bakteriurie, nekomplikované cystitidy, nekomplikované pyelonefritidy a komplikované infekce močových cest. V rámci každé kapitoly lze nalézt možnosti léčby antibiotické nebo symptomatické a také mnoho dalších informací o etiologii, diagnostice a klinických projevech.

Je potřeba si uvědomit, že nejčastějšími vyvolavateli infekcí močových cest stále zůstávají *Escherichia coli* a *Staphylococcus saprophyticus*, dále jsou to ostatní enterobakterie a enterokoky. Lékem volby povětšinou zůstává nitrofurantoin. V praxi se však k léčbě často používají širokospektrá antibiotika s řadou negativních důsledků včetně vzestupu antibiotické rezistence. Jsou dokumentovány zcela nepříznivé trendy ve spotřebách antibiotik, a to snížení spotřeby nitrofurantoinu a naopak zvýšení spotřeby chráněných aminopenicilinů a cefalosporinů 2. generace.

Cílem zmiňovaných doporučení je zachování účinnosti antibiotik používaných v léčbě komunitních infekcí. Toho lze dosáhnout snížením celkové spotřeby antibiotik, preferencí úzkospektrých antibiotik a optimálním zkrácením doby jejich podávání. Nová antibiotika jako fosfomycin a pivmecillinam by měla sloužit pouze jako volba alternativní a rezervní.

Právní problémy v lékařské praxi

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

sobota / 18. února / 8.30–9.30

Právní problémy v lékařské praxi

JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

AK Prudil, spol. s r. o.

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

Mezioborová spolupráce

sobota / 18. února / 9.50–11.00

Co dělat s opakovaně nemocným pacientem? Inosin pranobex – bezpečná a účinná imunomodulace

MUDr. Marie Hospodková

Immunocare, s. r. o., Benešov

Péče o pacienty s recidivujícími infekty je nezdídkou pro lékaře frustrující a vyčerpávající. Opakovaně nemocný pacient často odpovědnost za svůj zdravotní stav přehazuje na svého praktického lékaře. Základem úspěchu je správně vyselektovat prostřednictvím jednoduchých vyšetření pacienty s reálným imunologickým problémem (imunodeficiencí, atopie, autoimunita), které je možno odeslat do péče specialisty. Pacientům s vysokou nemocností bychom měli nabídnout bezpečnou a účinnou imunomodulační léčbu. Výsadní postavení mezi imunomodulátory si vydobyl inosin pranobex. Cílem sdělení je jednoduchý a srozumitelný postup této léčby podle nejnovějších poznatků medicíny založené na důkazech.

Podpořeno firmou Ewopharma, spol. s r. o.

Systémová enzymoterapie a její možnosti léčebného využití v medicíně

MUDr. Aleš Kočár

MUCOS Pharma CZ, s. r. o., Průhonice

NESTLÉ Health Science

U akutních posttraumatických a pooperačních stavů, u prolongovaného hojení ran, ale také u chronických a recidivujících zánětlivých onemocnění je, více či méně, porušena vnitřní homeostáza, čímž se lidský organismus dostává do určitého imunodeficitního stavu. Snahou lékaře pak je co nejrychleji tuto vnitřní homeostázu opět obnovit.

V uvedených případech je nutné respektovat komplexní přístup k léčbě těchto patologických stavů. V rámci celkové terapie proto můžeme také zvážit nasazení jedné z podpůrných, léčebných možností. Je to aplikace systémové enzymoterapie (SET), kam patří léčivé přípravky Wobenzym či Phlogenzym.

Na pozitivním, léčebném efektu léků SET se podílí jejich antiflogistický, antiedematózní, sekundárně analgetický, mírně fibrinolytický a imunomodulační účinek. Nezanedbatelný je i tzv. efekt vehikula. Výše uvedená fakta byla prokázána i mnoha klinickými studiemi.

Edém, který se zpravidla manifestuje v okolí poškozené tkáně, dlouhodobě omezuje lymfatickou a cévní mikrocirkulaci. Manifestuje se lymfostáza a mikrovaskulární trombotizace. Rovněž se prodlužuje difúzní dráha mezi buňkami a koncovými lymfatickými a cévními kapilárami. Zhoršuje se tak přívod nových živin a kyslíku a zároveň se zhoršuje eliminace patogenů a toxických zplodin metabolismu.

Všechny tyto faktory vytváří velmi nepříznivé podmínky pro zdárný průběh všech fází zánětlivé reakce, respektive pro hojení alterované tkáně.

Komplexní léčebný proces může být proto potencován, jak již výše uvedeno, nasazením léků SET, které podporují a zrychlují celkový průběh zánětlivé (hojivé) reakce.

Dochází tedy k rychlejšímu odstranění dlouhodobého útlu mikrocirkulace otokem a tím ke zlepšení nutričních podmínek v místě poškození. Znamená to zlepšení tkáňové hypoxie a postupné obnovení žilní a lymfatické drenáže.

Sekundární analgetický účinek nastává při ústupu zánětlivé reakce spolu s regresí otoku.

Pozitivní vliv léčivých přípravků SET na reologické vlastnosti krve a lymfy spočívá ve zvýšení transportní kapacity lymfatického i cévního řečiště následnou redukcí intersticiálně se městnajících lymf s vysokým obsahem proteinů.

Některá akutní poranění nebo zánětlivé komplikace prolongované se hojících ran vyžadují systémovou aplikaci antibiotik. Zde se může velmi dobře uplatnit již zmíněný specifický efekt vehikula. Znamená to společné podávání léků SET s antibiotiky, což zlepšuje jejich penetraci do tkání a potencuje tak využití jejich terapeutického spektra.

Můžeme proto konstatovat, že léčivé přípravky SET pomáhají, v rámci celkové, podpůrné terapie, účinně a rychleji zvládnout hlavní patofyziologické faktory, které často blokují komplexní proces hojení – prolongovaný zánět a perzistující edém doprovázený algickými potížemi.

Prevence opakovaných respiračních infekcí

doc. MUDr. Jaromír Bystroň, CSc.

Oddělení alergologie a klinické imunologie FN Ostrava

Proč se zabývat recidivujícími infekcemi dýchacích cest (DC)? Infekce DC patří mezi nejčastější příčiny hospitalizací. Dochází k nárůstu úmrtí na chronické nemoci DDC (ve světě 4–7. místo v příčinách úmrtí a 4. místo úmrtí u osob nad 65 let – příčina infekce DDC. Ve Švýcarsku je 50 % návštěv lékaře z důvodu infekce DC, ve Velké Británii se uskuteční 25 mil. receptů ATB pro infekce DC (z toho více než 25 % je neúčinných). Dochází k nárůstu rezistence na ATB (za posledních 10 let vzrostla rezistence např. kmene *Streptococcus pneumoniae* ze 13 na 64 %! V západní Evropě výrazně narůstá rezistence na makrolidy.

Vzhledem k těmto zkušenostem narůstají v poslední době snahy o prevenci opakovaných infekcí dýchacích cest pomocí imunomodulátorů rostlinného i živočišného původu, např. bakteriálními lyzáty, imunoglukany, dialyzovaným leukocytárním extraktem nebo uměle vytvořenými chemickými sloučeninami (inosin pranobex, pidotimod, polyoxidoniu) a další. Mezi ty nejdéle používané imunomodulátory patří bakteriální lyzáty.

Poslední poznatky dokládají, že bakteriální kmeny, které se používají v různém stupni o zpracování a v různých kombinacích v komerčně vyráběných bakteriálních imunomodulátorech, jsou schopny aktivovat imunitní odpověď prostřednictvím molekulových vzorů – motivů, tzv. PAMPs (pathogen-associated molecular patterns), jejichž typickými představiteli jsou

Patentovaná probiotika a bakteriální lyzáty

Bactoral

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



Bactoral
Bactoral s vitamínem D
Bactoral Baby s vitamínem D

Bactorrhino

Účinné probiotické řešení
pylové sezóny



Bactodermal

Péče o atopickou pokožku
začíná ve střevě



Bactodermal
Bactodermal Baby

ProbioLact

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



Probiolact
Probiolact Forte

NefroVaxin

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



favea
plus pro vaše zdraví

lipopolysacharidy (LPS), lipoproteiny a peptidoglykany, kyselina teichoová, manany, glukany, bakteriální DNA a další, které jsou rozpoznávány buňkami imunitního systému prostřednictvím různých skupin tzv. receptorů podobných Toll (TLRs – Toll-like receptors), ale i dalšími rozpoznávacími strukturami (např. cytoplazmatickými NOD-like receptory, RIG-like receptory), a tím se velmi významně podílejí na aktivaci a regulaci buněk zúčastněných v imunitních reakcích.

V uplynulém desetiletí došlo k nárůstu jak počtu, tak kvality studií, které poskytly důkazy o mechanismu účinku a klinickém efektu profylaktického potenciálu bakteriálních imunomodulátorů jak proti infekcím dýchacích cest, tak proti infekcím jiných orgánů a systémů (kůže, močových cest, poševního prostředí) u dětské i dospělé populace. Perorálně podávané imunomodulátory mají za následek aktivaci vrozené i adaptivní imunitní odpovědi na infekci v respirační sliznici a protizánětlivé účinky v prozánětlivém prostředí. Klinická data potvrzují tyto účinky při snižování recidiv respiračních infekcí jak bakteriálního, tak virového či mykotického původu u rizikových, ale i jinak zdravých jedinců. Autor se podrobněji zabývá výsledky klinických studií ve světě nejlépe dokumentovaného a popsaného přípravku OM-85 (Broncho-vaxomu), a to jak u známých infekcí horních, středních a dolních dýchacích cest, tak i u specifických onemocnění, jakými jsou alergická rýma, astma, CHOPN, tak i v současné době u covidu-19.

Spolupráce záchranné služby a ambulantního sektoru

odborný garant MUDr. Roman Gřegoř, MBA

sobota / 18. února / 11.00–11.40

Spolupráce záchranné služby a ambulantního sektoru

MUDr. Roman Gřegoř, MBA

Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje, p. o., Ostrava

Zákon definuje Zdravotnickou záchrannou službu (ZZS) jako zdravotní službu, v jejímž rámci je na základě tísňové výzvy, není-li dále stanoveno jinak, poskytována zejména přednemocniční neodkladná péče osobám se závažným postižením zdraví nebo v přímém ohrožení života.

Závažným postižením zdraví je ve smyslu zákona náhle vzniklé onemocnění, úraz nebo jiné zhoršení zdravotního stavu, které působí prohlubování chorobných změn, jež mohou vést bez neprodleného poskytnutí zdravotnické záchranné služby ke vzniku dlouhodobých nebo trvalých následků, případně až k náhlé smrti, nebo náhle vzniklá intenzivní bolest nebo náhle vzniklé změny chování a jednání postiženého ohrožující zdraví nebo život jeho samého nebo jiných osob.

Přednemocniční neodkladnou péči poskytují výjezdové skupiny ZZS všem věkovým skupinám bez rozlišení, tedy od novorozenců až po seniory. První část přednášky vymezuje základní úkoly ZZS, přibližuje její způsob práce, jednotlivé druhy zásahových týmů a požadavky na technické, věcné i personální vybavení výjezdových skupin, včetně specifických možností, kterými ZZS disponuje pro ošetřování pacientů.

Ve druhé části prezentace popisuje konkrétní možnosti spolupráce ZZS s dalšími poskytovateli péče o pacienty. Budou představeny obecné i specifické požadavky a aspekty spolupráce, které jsou zásadní k co nejvyšší kvalitě péči. Problematika začíná například už potřebou znalosti aktuální dostupnosti odbornosti a kontaktů na praktické lékaře ve spádovém území, a to nejen v ordinární době. Je to důležité pro potřeby operačního střediska na lince 155, které tak může směřovat volající k možnosti ambulantního ošetření, nebo jen ke konzultaci jeho potíží. Stejně tak je tato znalost nutná pro cílené směřování posádek ZZS v případech, kdy je nutné dítě předat dalšímu poskytovateli péče, ať už ambulantní, standardní lůžkové až k intenzivní, či dokonce resuscitační. Budou představeny i současné možnosti elektronické výměny dat o pacientech

mezi nemocnicemi a ZZS, které může mít k dispozici nejen operační středisko, ale i výjezdová skupina v případě znalosti identifikace konkrétního pacienta.

Přednáška je doplněna přehledem konkrétní výjezdové činnosti v rámci péče o pacienty jak v celostátním měřítku, tak nad daty v Moravskoslezského kraje, kdy bude rozebrána nejen početní, věková, ale i diagnostická struktura výjezdové činnosti.

Infekční choroby stále aktuální

odborný garant doc. MUDr. Luděk Rožnovský, CSc.

sobota / 18. února / 12.00–13.30

Difterie mezi námi

MUDr. Lenka Petroušová, Ph.D.

Klinika infekčního lékařství FN Ostrava

Corynebacterium diphtheriae je primárně lidský patogen, *C. ulcerans* a *C. pseudotuberculosis* je primárně zvířecí patogen. Je odolný vůči zevním vlivům, v prachu, zaschlé pabláně nebo v hleny vydrží plně virulentní i několik týdnů. Inkubační doba onemocnění je 2–5 dnů, osoba léčená antibiotiky přestává být infekční po 48 hodinách. Klinicky se difterie projevuje postižením nosu, faryngu nebo laryngu nebo kůže. Nejzávažnější formou je maligní difterie se septickým průběhem a postižením dýchacích cest. Komplikace záškrtu jsou neurologické, kardiologické a renální.

Očkování bylo v našich zemích zahájeno v roce 1946. V současnosti je difterie součástí pravidelného očkování dětí a výskyt v ČR je velmi vzácný. V evropském prostoru byl v roce 2022 zaznamenán vyšší výskyt difterie v souvislosti s uprchlickou krizí mezi migranty, nebylo zaznamenáno šíření do širší populace.

Ve sdělení jsou prezentovány kazuistiky kožní formy difterie, která se vyskytla v Ostravě ve vyloučené lokalitě, onemocnění bylo prokázáno u 3 členů domácnosti, bylo zajištěno dalších 22 kontaktů. Další manifestní případy zaznamenány nebyly.

Vzhledem k závažnosti difterie je žádoucí udržet vysokou proočkovanost v celé populaci.

Toxoplazmóza u dětí

MUDr. Lubomíra Hozáková, Ph.D.

Klinika infekčního lékařství FN Ostrava

Toxoplazmóza je onemocnění způsobené prvokem *Toxoplasma gondii*. Definitivním hostitelem jsou kočkovité šelmy. K nákaze člověka dochází požitím potravy nebo vody kontaminované oocystami, konzumací nedostatečně tepelně zpracovaného masa obsahujícího tkáňové cysty, transplacentárně při akutní infekci v průběhu gravidity nebo transplantací orgánu séropozitivního dárce séronegativnímu příjemci.

Výskyt je celosvětový. V Evropě se uvádí prevalence séropozitivity 30–50 %.

Toxoplazmóza probíhá často asymptomaticky. Nejčastějším klinickým projevem toxoplazmózy je krční uzlinový syndrom. Dalším projevem je oční forma toxoplazmózy, která probíhá nejčastěji pod obrazem chorioretinitidy, může být důsledkem kongenitální i postnatálně získané infekce. Kongenitální toxoplazmóza může vzniknout, pokud akutní infekce probíhá v graviditě nebo krátce před otěhotněním. U imunokompromitovaných pacientů může probíhat pod obrazem mozkové toxoplazmózy.

Diagnostika je založena na pozitivitě sérologických testů, a to zejména pozitivních protilátek třídy IgM, IgA, IgE a IgG proto *T. gondii*. Bývá nízká avidita IgG protilátek, vysoká avidita svědčí pro nákazu starší 4 měsíců. Průkaz parazita metodou PCR je možný vyšetřením plodové vody, krve, mozkomíšního moku.

Uzlinová forma toxoplazmózy odezní spontánně. Antibiotická léčba akutní toxoplazmózy se proto doporučuje jen u dětí do 5 let, u těhotných žen, u pacientů s oční formou toxoplazmózy a u imunokompromitovaných pacientů. Lékem volby pro léčbu uzlinové formy toxoplazmózy u dětí je cotrimoxazol. Akutní toxoplazmóza a její léčba u těhotných žen patří do rukou specialistu z infekčních pracovišť, rovněž tak léčba dětí s kongenitální toxoplazmózou. Kauzální léčbou je léčba pyrimethaminem a sulfadiazinem, což jsou léky na mimořádný dovoz. K této terapii se přidává acidum folinicum, který tlumí nežádoucí účinky antifolátů. Nutné jsou kontroly krevního obrazu.

V přednášce budu uvedeny kazuistiky dětí s kongenitální toxoplazmózou a kazuistika pacientky s lymfomem s reaktivací toxoplazmózy.

Problematika HIV

MUDr. Alena Zjevíková, Ph.D.

Klinika infekčního lékařství FN Ostrava

Virus HIV byl izolován v roce 1983. Pandemie této infekce je pozorována už od roku 1981. Celkem onemocněno kolem 80 milionů lidí a asi polovina z nich na tuto infekci zemřela. Existuje účinná léčba, která vede k nedetekovatelné virové náloži. Pacienti, kteří jsou léčeni před poklesem imunity, mají délku života téměř stejnou jako HIV-negativní osoby. Je tedy výhodné vědět o anti-HIV pozitivitě co nejdříve.

Vyšetřování anti-HIV protilátek je v ČR ze zákona možné jen se souhlasem pacienta. Pro část nemocných je tato informace životně důležitá, protože asi u 10 % infikovaných se onemocnění dostává po nejtěžšího stadia za krátkou dobu 2–3 let.

V ČR je k 30. 11. 2022 hlášeno 4 347 HIV-pozitivních občanů, z toho je 630 žen. I tyto ženy touží po dítěti. Zavedené vyšetřování anti-HIV protilátek u gravidních žen je prevencí přenosu infekce z matky na plod. Máme informace o graviditách 218 HIV-pozitivních žen. Narodilo je jim 245 dětí. Některé ženy otěhotněly jako anti-HIV pozitivní během antiretrovirové léčby. Celkem 125 žen bylo ale poprvé diagnostikováno jako anti-HIV pozitivní v graviditě. Z nich 14 žen v té době dosáhlo stadia AIDS. Uvádíme i počet v ČR registrovaných anti-HIV pozitivních dětí.

Prevence infekce z matky na dítě je zajištěna antiretrovou léčbou těhotné ženy od 14. týdne gravidity a dítěte po dobu 4–6 týdnů. Vyloučení nákazy dítěte vyžaduje negativní výsledky přímého průkazu viru z odběrů v 1, 3, popř. 6 měsících a séronegativity protilátek anti-HIV v 18 měsících věku. Po kompletní prevenci je v ČR infikované jen jedno dítě. Ostatní HIV-pozitivní děti kompletní léčbou z různých důvodů neprošly. Smutné jsou situace, kdy po zjištění onemocnění rodičů se zjistí i anti-HIV pozitivita dětí.

V přednášce se zmiňujeme o prevenci infekce antiretrovirovou profylaxi po rizikové situaci. Jedná se o postexpoziční profylaxi. Léčba se podává co nejdříve, nejpozději do 72 hodin, a trvá jeden měsíc. Většinou je indikována trojsložková léčba. Pro klienty, kteří se častěji vystavují riziku, např. jsou promiskuitní, existuje možnost preexpoziční profylaxe. Každodenně se podává dvojsložková terapie. Profylaxe a sledování je zajištěno lékařem HIV centra. Léky si hradí klient. Jen u znásilnění a většinou po profesionálním poradení je na žádost lékaře hradí zdravotní pojišťovna.

Ošetřování anti-HIV pozitivních klientů zajišťují nejen lékaři HIV center, ale i lékaři jiných odborností podle jejich zdravotních potíží. Lékařskou pomoc potřebujeme zejména při diagnostice nových HIV-pozitivních pacientů. Doporučuje se vyšetřit anti-HIV protilátky u osob s pneumocystovou či jinou těžkou pneumonií, opakovaným herpes zoster, syndromem infekční mononukleózy, orofaciální kandidózou, u některých neurologických onemocnění, při delší dobu trvající nevysvětlené leukocytopenii či trombocytopenii, u pacientů s Kaposiho sarkomem či lymfomy a u osob s nevysvětlenými celkovými příznaky jako horečka neznámého původu, lymfadenopatie či chronické průjmy. Klienta informujte teprve po konfirmaci anti-HIV positivity a pak jej neprodleně objednejte do HIV centra.



NATUREVIA®



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



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

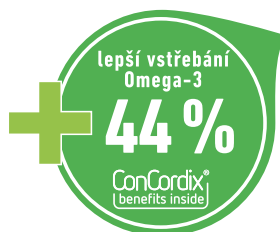
OMEGA 3 SMART KIDS

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

*DHA 250 mg denně

1 želé obsahuje:

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



30 ŽELÉ

balení na měsíc

DOPORUČENÁ CENA

233 Kč

OMEGA 3 One-a-Day

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

1 kapsle obsahuje:

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



60 KAPSLÍ

balení na 2 měsíce

DOPORUČENÁ CENA

340 Kč

Doplňky stravy

www.naturevia.cz

NATUREVIA – vaše cesta ke zdraví

Virové hepatitidy u dětí**doc. MUDr. Luděk Rožnovský, CSc.**

Klinika infekčního lékařství FN Ostrava

Počet virových hepatitid u dětí v posledních desetiletích postupně klesá. V naší republice jsou častější pouze virové hepatitidy A a C (VHA, VHC), vzácné jsou virové hepatitidy B a E (VHB, VHE), virová hepatitida D se prakticky nedagnostikuje.

VHA se vyskytuje u dětí ze sociálně slabých skupin, v průběhu lokálních epidemií nebo jako importované onemocnění. Akutní VHA potvrdí pozitivita anti-HAV IgM, onemocnění nepřechází do chronicity, protivirová léčba neexistuje. Vakcinace je doporučena zejména před cestou do tropů a subtropů, pravidelné očkování se v naší republice dosud neprovádí.

Akutní a chronická VHB zásluhou vakcinace u dětí prakticky vymizela, v určitém riziku infekce jsou nevakcinované děti, raritní infekce se prokazují jen u novorozenců HBsAg pozitivních matek, které mají vysokou virémii. Úvodní diagnostika spočívá ve stanovení HBsAg, u dětí HBsAg pozitivních matek postačuje vyšetření ve 2 letech. Pro protivirovou léčbu je možno zvažovat pegylovaný interferon alfa od 3 let, perorální protivirové léky entecavir a tenofovir disoproxil od 2 let věku, případně tenofovir alafenamid od 12 let věku.

Chronická hepatitida C zodpovídá za většinu chronických virových hepatitid u dětí. U malých dětí dominuje vertikální přenos, infikuje se 5 % dětí, jejichž matky mají virémii, často se jedná o narkomanky. Starší děti a adolescenti se mohou infikovat při aplikaci drog. K rozvoji chronické hepatitidy C dochází u 50–70 % infikovaných dětí. Pro úvodní diagnostiku postačuje stanovit anti-HCV, virémii vyšetřují většinou až odborné ambulance, vertikální přenos vyloučí negativita anti-HCV ve 2 letech. Pro léčbu chronické VHC u dětí od 3 let věku jsou schváleny kombinace přímých antivirotik sofosbuvir s velpatasvirem, glecaprevir s pibrentasvirem, případně sofosbuvir s ledipasvirem. Vakcinace proti VHC není dostupná.

VHE je u dětí vzácná, raritní může být import z tropů a subtropů nebo infekce získané v naší republice, zdrojem je zejména maso prasat. Diagnostika spočívá ve stanovení protilátek anti-HEV IgM a IgG s doplněním o virémii. U dětí není schválena protivirová léčba, rovněž vakcinace není dostupná.



POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

GENERÁLNÍ
PARTNER

SERVIER
moved by you

PARTNEŘI



MEDIÁLNÍ
PARTNEŘI

