2021

Medicína pro praxi

D

www.solen.cz | Med. praxi 2021; 18(Suppl. D) | ISBN 978-80-7471-379-8 | **2021**

ABSTRAKTA

7. kongres Medicíny pro praxi v Plzni – kongres praktických lékařů

26.–27. listopadu 2021

Vienna House Easy Pilsen

Pořadatel: Společnost SOLEN, s. r. o.,
ve spolupráci s II. interní klinikou LF UK a FN Plzeň

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

PRESTANCE®

perindopril arginin / amlodipin

DRŽÍ HYPERTENZI 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 perindopril arginin (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 kontrolování perindoprilem a amlodipinem, podávaným současně v téže dávce. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB 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 dihydropyridonové deriváty, nebo na kteroukoli pomocnou látku, anamnéza angioedému související s předchozí terapií inhibitory ACE, dědičný nebo idiopatický angioedém, 2. a 3. trimestr těhotenství (viz body Upozornění**, Těhotenství a kojení**), současné užívání přípravku Prestance s přípravky obsahující aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo s poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m²) (viz body Interakce* a Farmakodynamické vlastnosti*), závažná hypotenze, šok včetně kardiogenního šoku, obstrukce výtokového traktu levé komory (např. vysoký stupeň stenózy aorty), hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu, současné užívání se sakubitrilem/valsartanem, přípravek Prestance nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu** (viz body Interakce* a Zvláštní upozornění**), mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz bod Interakce*), signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné fungující ledviny (viz bod Zvláštní upozornění*). **UPOZORNĚNÍ*:** *Zvláštní upozornění: Hypersenzitivita/angioedém/intestinální angioedém:* vysadit a zahájit monitorování až do úplného vymizení symptomů. Angioedém související s otokem hrtanu může být smrtelný. Současné užívání perindoprilu a sakubitrilu/valsartanu je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Léčbu sakubitrilem/valsartanem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčbu perindoprilem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání inhibitorů ACE s racekadotrilem, mTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin) může vést ke zvýšenému riziku angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka spolu s poruchou dýchání nebo bez poruchy dýchání). U pacientů, kteří již užívají inhibitor ACE, je třeba opatrnosti při počátečním podání racekadotrilu, mTOR inhibitorů (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptinů (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin)**. *Anafylaktoidní reakce během aferézy nízkodenzitních lipoproteinů (LDL):* vzácná, u pacientů s předchozími život ohrožujícími anafylaktoidními reakcemi, dočasně vysadit léčbu před vyšetřeními. *Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:* dočasně vysadit léčbu před vyšetřeními. Tyto reakce se znovu objevily po náhodném opětovném vystavení. *Souběžné užívání inhibitorů mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus):* zvýšené riziko angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka s poruchou dýchání nebo bez ní). *Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anemie:* 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 fungující ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. *Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS):* zvýšení rizika hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se nedoporučuje. Pokud je léčba duální blokádou považována za naprosto nezbytnou, má k ní docházet pouze pod dohledem specializovaného lékaře a za častého pečlivého sledování funkce ledvin, elektrolytů a krevního tlaku. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. *Těhotenství:* zastavit léčbu. V případě nutnosti zahájit alternativní léčbu. *Primární hyperaldosteronismus:* Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. *Opatření pro použití: Hypotenze:* u pacientů se zvýšeným rizikem symptomatické hypotenze sledovat krevní tlak, renální funkce a hladinu draslíku (se sníženým objemem nebo se závažnou renin-dependentní hypertenzí) nebo s ischemickou chorobou srdeční nebo s cerebrovaskulárním onemocněním. Přechodná hypotenzní odpověď není kontraindikací pro podávání dalších dávek, jakmile krevní tlak stoupl po zvýšení objemu. *Aortální a mitrální stenóza/hypertrofická kardiomyopatie:* podávat s opatrností. *Srdeční selhání:* používat s opatrností u pacientů s městnavým srdečním selháním. *Renální poškození:* monitorování draslíku a kreatininu; individuální titrace dávky jednotlivých složek přípravku, pokud Clcr < 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 inhibitorů ACE mělo vzácné souvislost se syndromem počínajícím cholestatickou žloutenkou a progredujícím až v náhlou hepatickou nekrózu a (někdy) úmrtí: ukončit léčbu v případě rozvoje žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů. *Porucha funkce jater:* při závažném poškození jater pomalu titrovat dávku a pečlivě monitorovat hodnoty pacienta. *Černošská populace:* perindopril může být méně účinný a způsobit vyšší procento angioedému ve srovnání s jinými rasami. *Neproduktivní kašel. Operace/anestezie:* vysadit léčbu den před zákrokem. *Hyperkalemie:* časté monitorování koncentrace draslíku v krvi v případě renálního selhání, zhoršení renálních funkcí, věk > 70 let, diabetes mellitus, dehydratace, akutní kardiální dekompenzace, metabolická acidóza a současné užívání kalium-šetřících diuretik a solí obsahujících draslík a zejména antagonistů aldosteronu nebo blokátorů receptorů angiotenzinu**. 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**. *Diabetici:* během prvního měsíce monitorovat glykemii. *Hypertenzní krize:* bezpečnost a účinnost nebyla stanovena. *Starší pacienti:* dávku zvyšovat s opatrností. *Intolerance galaktózy/malabsorpce glukózy-galaktózy/ vrozený deficit laktázy:* lék nemá být užíván. **INTERAKCE*:** *Kontraindikace:* aliskiren u diabetiků nebo u pacientů s poruchou funkce ledvin, mimotělní léčba, sakubitril/valsartan. *Současné užívání se nedoporučuje:* draslík-šetřící diuretika (např. triamteren, amilorid), doplňky draslíku nebo doplňky obsahující soli draslíku, lithium, estramustin, , dantrolen (infuze), grapefruit nebo grapefruitový džus, blokátory receptorů pro angiotenzin II nebo aliskiren (u jiných pacientů, než diabetiků nebo s poruchou funkce ledvin). *Současné užívání, které vyžaduje zvláštní opatrnost:* nesteroidní antiflogistika (NSAID) včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den, antidiabetika (inzulin, perorální antidiabetika), draslík nešetřící diuretika, draslík šetřící diuretika (eplerenon, spironolakton), racekadotril, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus), gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), induktory CYP3A4 (rifampicin, třezalka tečkovaná), inhibitory CYP3A4, baklofen. *Současné užívání, které vyžaduje určitou opatrnost:* sympatomimetika, zlato, takrolimus, antihypertenziva, vazodilatancia, kortikosteroidy, tetrakosaktid, alfa-blokátory (prazosin, alfuzosin, doxazosin, tamsulosin, terazosin), amifostin, tricyklická antidepresiva, antipsychotika, anestetika, cyklosporin, simvastatin, další léky s antihypertenzními vlastnostmi. *Léky vyvolávající hyperkalemii***: aliskiren, soli draslíku, draslík šetřící diuretika (např. spironolakton, triamteren nebo amilorid), inhibitory ACE, antagonisté receptorů pro angiotenzin II. NSAID, heparíny, 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**. **TĚHOTENSTVÍ 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 spermie. **ÚČINNOST NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE*:** Může být zhoršena v případě závratí, bolestí hlavy, únavy, malátnosti nebo nevolnosti. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY*:** *Velmi časté:* otok. *Časté:* somnolence, závratě, bolest hlavy, dysgeuzie, parestezie, vertigo, postižení zraku, diplopie, tinitus, palpitace, návaly, hypotenze, dyspnoe, kašel, bolest břicha, nauzea, zvracení, dyspepsie, změna způsobu vyprazdňování stolice, průjem, zácpa, svědění, vyrážka, exantém, otoky 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, rinitida, bronchospasmus, kašel, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a atriální fibrilace), sucho v ústech, angioedém tváře, končetin, rtů, sliznic, jazyka, glottis a/nebo hrtanu, alopecie, purpura, zabarvení kůže, hyperhidróza, kopřivka, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, artralgie, myalgie, bolest v zádech, poruchy močení, noční močení, polakisurie, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynekomastie, periferní otok, bolest na hrudi, bolest, malátnost, pyrexie, zvýšení tělesné hmotnosti, snížení tělesné hmotnosti, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, pád. *Vzácné:* stav zmatenosti, zhoršení psoriázy, zvýšená hladina bilirubinu v krvi, zvýšení hladin jaterních enzymů. *Velmi vzácné:* leukopenie/neutropenie, agranulocytóza nebo pancytopenie, trombocytopenie, hemolytická anemie z defektu enzymů u pacientů s vrozenou nedostatečností G-6PDH, snížení hemoglobinu a hematokritu, hyperglykemie, hypertonie, periferní neuropatie, angina pectoris, infarkt myokardu, arytmie, cévní mozková příhoda - pravděpodobně sekundárně v důsledku nadměrné hypotenze u vysoce rizikových pacientů, eozinofilní pneumonie, gingivální hyperplazie, pankreatitida, gastritida, hepatitida, žloutenka, hepatitida buď cytolytická nebo cholestatická, zvýšení jaterních enzymů (v souvislosti s cholestázou), Quinkeho edém, erythema multiforme, Stevens-Johnsonův syndrom, exfoliativní dermatitida, akutní renální selhání. *Není známo:* Raynaudův fenomén, extrapyramidová porucha (extrapyramidový syndrom), toxická epidermální nekrolýza. 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*, VLASTNOSTI*:** Perindopril je inhibitor enzymu, který konvertuje angiotenzin I na angiotenzin II (angiotenzin konvertující enzym - ACE). Amlodipin je inhibitorem transportu kalciových iontů patřící do skupiny dihydropyridinů (blokátor pomalých kanálů nebo antagonista 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 silách 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, Francie. Registrační čísla: **58/203-206/08-C. Datum poslední revize textu:** 11.6.2021. 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: 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 Prestance*

Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

SERVIER

PROGRAM – pátek 26. listopadu 2021

8.30 **ZAHÁJENÍ KONGRESU** – prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.

8.35–10.05 **PNEUMOLOGIE**
Garant doc. MUDr. Milan Teřl, Ph.D.

- **SOS: SAS! aneb pozor na syndrom spánkové apnoe** – Březová Š.
- **Covid-19 a plíce: je větší hrozbou akutní postižení nebo pozdní následky?** – Havel D.
- **Astma – nové stavební prvky v pevné konstrukci diagnostiky a léčby** – Teřl M.
- **Inhalační léčba astmatu a CHOPN – chyby a omyly každodenní praxe (spojeno s praktickou demonstrací)** – Teřl M., Karasová J.
- **Dušnost – srdce nebo plíce?** – Kirchnerová O.

10.05–10.35 **PŘESTÁVKA**

10.35–11.55 **KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ**
Garant doc. MUDr. Ondřej Petrák, Ph.D.

- **Moderní řešení pro obézní hypertoniky** – Wohlfahrt P.
- **Hypertenze jako dobře ovlivnitelný rizikový faktor kardiovaskulárních komplikací** – Petrák O.
- **Vyšší tepová frekvence u hypertoniků jako prediktor horší prognózy** – Šnejdrlová M.
- **„To důležité je očím neviditelné"… aneb nelehký život s CVD** – Černohorská J.

12.00–13.15 **ONKOLOGIE V ORDINACÍCH PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ**
Garant MUDr. Tomáš Svoboda, Ph.D.

- **Nejčastější toxicity protinádorové léčby a jejich management** – Vokurka S.
- **Význam a zdůvodnění předávání dispenzární péče do rukou PL** – Svoboda T.
- **Precizní medicína** – Fínek J.
- **Diskuzní fórum: co byste potřebovali vědět o onkologické péči**

13.15–14.15 **OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA**

14.15–15.20 **AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE**

- **Správná kalémie u srdečního selhání je výše, než byste možná čekali: kde je a jak se k ní dostat?** – Pudil R.
- **Současný přístup k terapii OAB pohledem specialisty** – Žalmanová S.
- **Co očekávají pacienti od léčby deprese?** – Racková S.

15.20–15.50 **PŘESTÁVKA**

15.50–17.20 **HEPATOLOGIE A GASTROENTEROLOGIE**
Garant MUDr. Václav Hejda

- **Rizika běžné farmakoterapie u pacientů s jaterním onemocněním a jaterní cirhózou** – Hejda V.
- **Nealkoholická steatóza – diagnóza a základní stratifikace a indikace k odeslání do hepatologické ambulance** – Hejda V.
- **Musí být pacient s refluxní chorobou jícnu léčen pouze léky aneb úloha fyzioterapie v léčbě RCHJ** – Zdrhová L.
- **Diagnostika a epidemiologické charakteristiky norovirových infekcí** – Pazdiora P.

PROGRAM – sobota 27. listopadu 2021

9.00–10.00 **INFEKTOLOGIE**
Garant doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.

- **Očkování rizikových skupin pacientů (převážně dětí)** – Váchalová J.
- **Zkušenosti s komplexní péčí o pacienty s covidem-19 –** Sedláček D.
- **Úmrtí pacientů ve FN Plzeň v souvislosti s onemocněním covid-19** – Kubiska M.

10.00–10.40 **PŘESTÁVKA**

10.40–12.25 **MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE**

- **Možnosti fytofarmak při terapii funkčních poruch gastrointestinálního traktu** – Vranová V.
- **Průjmová onemocnění dětí i dospělých doma i na cestách. Změnilo se něco v přístupu v diagnostice či léčbě?** – Roháčová H.
- **„Doba covidová"... ALE! Nezapomínáme příliš na jiná závažná onemocnění?** – Fraňková M.
- **Isoprinosine** – Pousková D.
- **Patentovaná probiotika v pediatrické a dermatologické praxi** – Vagnerová H.
- **Jak komunikovat s pacienty vzdáleně a mít vše efektivně hrazeno?** – Doležal T.
- **Urogenitální infekce – kazuistiky** – Emmer J.

12.25–12.50 IP **Ordinace budoucnosti aneb jak zlepšit organizaci a efektivitu lékařské praxe s využitím IT** – Sobotka O.

12.55 **ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD**

IP interaktivní přednáška/blok

Změna programu vyhrazena

TIRÁŽ

7. kongres Medicíny pro praxi v Plzni – kongres praktických lékařů

26.–27. listopadu 2021 | Vienna House Easy Pilsen

Pořadatel
Společnost SOLEN, s. r. o., ve spolupráci s II. interní klinikou LF UK a FN Plzeň

Odborný garant
prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.

Organizátor
SOLEN, s. r. o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: Mgr. Kristýna Slouková, 773 779 632, sloukova@solen.cz
Zajištění výstavních ploch: Mgr. Martin Jíša, 734 567 855, jisa@solen.cz
Programové zajištění: Mgr. Hana Ševčíková, 777 557 411, sevcikova@solen.cz
Grafické zpracování a sazba: Lucie Šilberská

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

Supplementum D Medicína pro praxi

Citační zkratka:
Med. praxi 2021; 18(Suppl D).

Vydal: Solen, s. r. o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-379-8

Spojení silných molekul pro kardioprotekci vašich pacientů

COSYREL®

bisoprolol fumarát + perindopril arginin

Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

SERVIER

Zkrácená informace o přípravku COSYREL®: SLOŽENÍ*: Cosyrel 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, potahované tablety, obsahují bisoprololi fumaras (bis) 5 mg/ perindoprilum arginінum (per) 5 mg, 5 mg bis/10 mg per, 10 mg bis/5 mg per; 10 mg bis/10 mg per. **INDIKACE*:** Cosyrel je indikován k léčbě hypertenze a/nebo stabilní ischemické choroby srdeční (u pacientů s infarktem myokardu a/nebo revaskularizací v anamnéze) a/nebo stabilního chronického srdečního selhání se sníženou systolickou funkcí levé komory (pouze Cosyrel 5 mg/5 mg a Cosyrel 10 mg/5 mg) jako substituční léčba u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných bisoprololem a perindoprilem podávanými současně ve stejné dávce. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ*:** Obvyklá dávka je jedna tableta jednou denně, nejlépe ráno a před jídlem. Pacienti musí být stabilizováni na léčbě bisoprololem a perindoprilem ve stejné dávce po dobu nejméně 4 týdnů. Fixní kombinace není vhodná k iniciální léčbě. U pacientů stabilizovaných na dávce bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 2,5 mg nebo bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 5 mg: půl tablety obsahující 5 mg/5 mg nebo 5 mg/10 mg jednou denně. Je-li nutná změna dávkování, titraci je nutno provádět za použití jednotlivých složek samostatně. *Porucha funkce ledvin:* Doporučené dávkování podle clearance kreatininu. 5 mg/5 mg: $Cl_{cR} \geq 60$ (ml/min): 1 tableta; $30 < Cl_{cR} < 60$: ½ tablety; $Cl_{cR} < 30$: přípravek není vhodný, doporučená titrace dávky za použití jednotlivých složek samostatně. 5mg/10 mg: $Cl_{cR} \geq 60$: tablety; $Cl_{cR} < 60$: přípravek není vhodný. 10 mg/5 mg: $Cl_{cR} \geq 60$: 1 tableta; $Cl_{cR} < 60$: přípravek není vhodný. 10 mg/10 mg: přípravek není vhodný. *Porucha funkce jater:* není nutná úprava dávkování. *Starší pacienti:* podávání podle renální funkce. *Pediatrická populace:* Bezpečnost a účinnost nebyla stanovena, použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **KONTRAINDIKACE*:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na jiné inhibitory angiotensin-konvertujícího enzymu (ACE); akutní srdeční selhání nebo probíhající epizody srdeční dekompenzace vyžadující i.v. inotropní terapii; kardiogenní šok; AV blok druhého nebo třetího stupně (bez pacemakeru); sick sinus syndrom; sinoatriální blokáda; symptomatická bradykardie; symptomatická hypotenze; závažné bronchiální astma nebo chronická obstrukční plicní nemoc; závažné formy periferního arteriálního okluzivního onemocnění nebo Raynaudova syndromu; neléčený feochromocytom (viz bod Upozornění*); metabolická acidóza; anamnéza angioneurotického edému související s předchozí terapií inhibitory ACE; dědičný nebo idiopatický angioneurotický edém; 2. a 3. trimestr těhotenství (viz body Upozornění*, Těhotenství a kojení*), současné užívání s přípravky obsahující aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo s poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m²) (viz body Upozornění*, Interakce* a Farmakodynamické vlastnosti*), současné užívání se sakubitrilem/valsartanem, Cosyrel nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu** (viz bod Upozornění* a Interakce*), mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz bod Interakce*), signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné fungující ledviny (viz bod Upozornění*). **UPOZORNĚNÍ*:** *Hypotenze:* u pacientů s poklesem objemu tělních tekutin, se symptomatickým srdečním selháním se současnou renální insuficiencí nebo bez ní, s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárními chorobami je při zahájení léčby a změně dávky zapotřebí pečlivé monitorování. Náhlá hypotenzní odpověď není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou pacienti obvykle užívat bez obtíží, jakmile jim po doplnění objemu stoupne krevní tlak. *Hypersenzitivita/angioedém/intestinální angioedém:* vysadit a zahájit monitorování až do úplného vymizení symptomů. Léčba betablokátorem musí pokračovat. Angioedém spojený 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 perindoprilem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání inhibitorů ACE s racekadotrilem, mTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin) může vést ke zvýšenému riziku angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka spolu s poruchou dýchání nebo bez poruchy dýchání). U pacientů, kteří již užívají inhibitor ACE, je třeba opatrnosti při počátečním podání racekadotrilu, mTOR inhibitorů (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptinů (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin)**. *Selhání jater:* vzácně byly inhibitory ACE spojovány se syndromem, který začíná cholestatickou žloutenkou a progreduje ve fulminantní jaterní nekrózu a (někdy) v úmrtí: ukončit léčbu v případě rozvoje žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů. *Černošská populace:* perindopril může být méně účinný a způsobit vyšší procento angioedému ve srovnání s jinými rasami. *Neproduktivní kašel. Hyperkalemie:* časté monitorování koncentrace draslíku v krvi v případě renální insuficience, zhoršení renálních funkcí, věk > 70 let, diabetes mellitus, dehydratace, akutní srdeční nedostatečnost, metabolická acidóza a současné užívání draslík-šetřících diuretik, draslíkových doplňků, náhrad solí s obsahem draslíku, léčivých přípravků, které mohou způsobovat vzestup sérových koncentrací draslíku 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, s draslík-šetřícími diuretiky, draslíkovými doplňky nebo náhradami solí obsahující draslík, kalciovými antagonisty, antiarytmiky třídy I a centrálně působícími antihypertenzivy:* se obecně nedoporučuje. *Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS): současné užívání inhibitorů ACE, blokátorů receptorů pro angiotensin II nebo aliskirenu zvyšuje* riziko hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Duální blokáda RAAS se proto nedoporučuje. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. *Ukončení léčby:* nesmí být provedeno náhlé ukončení léčby betablokátorem. Dávkování má být snižováno postupně pomocí jednotlivých složek, ideálně po dobu dvou týdnů. Bradykardie: při poklesu srdeční frekvence pod 50 – 55 tepů za minutu v průběhu léčby a pacient pociťuje symptomy související s bradykardií, dávka má být snižována za použití jednotlivých složek s vhodnou dávkou bisoprololu. *AV blok prvního stupně, stenóza aortální a mitrální chlopně/hypertrofická kardiomyopatie, diabetici, striktní půst:* podávat s opatrností. *Prinzmetalova angina:* betablokátory mohou zvýšit počet a délku trvání epizod anginy pectoris. *Porucha funkce ledvin:* denní dávka má být upravena na základě clearance kreatininu. Monitorování draslíku a kreatininu. U pacientů s bilaterální stenózou renálních arterií nebo stenózou arterie solitární ledviny může dojít ke zvýšení sérových koncentrací urey a kreatininu; v případě renovaskulární hypertenze je riziko těžké hypotenze a renální insuficience zvýšené. *Renovaskulární hypertenze:* Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné fungující ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání (viz bod Kontraindikace). Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. *Transplantace ledvin, srdeční selhání s inzulin dependentním diabetem mellitem (typ I), těžkou poruchou funkce ledvin, těžkou poruchou funkce jater, restrikční kardiomyopatií, vrozeným srdečním onemocněním, hemodynamicky signifikantním organickým onemocněním chlopní, infarktem myokardu v předchozích 3 měsících:* nejsou zkušenosti s podáváním. *Anafylaktoidní reakce během aferézy nízkodenzitních lipoproteinů (LDL)pomocí dextran-sulfátu:* vzácně se vyskytly život ohrožující anafylaktoidní reakce, lze předejít dočasným vysazením léčby inhibitory ACE před každou aferézou. *Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:* dočasně vysadit léčbu před vyšetřeními. Tyto reakce se znovu objevily po náhodném opětovném vystavení. Bisoprolol může zvýšit senzitivitu vůči alergenům i závažnost anafylaktoidních reakcí. *Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anemie:* extrémní opatrnost u pacientů s kolagenovým vaskulárním onemocněním, s imunosupresivní léčbou, léčbou alopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů. *Bronchospasmus (bronchiální astma, obstrukční onemocnění dýchacích cest):* souběžné podávání bronchodilatační terapie. *Anestezie:* pokud je nutné betablokátor vysadit, je třeba to provádět postupně a ukončit 48 hodin před anestezií. *Psoriáza:* podání po zvážení přínosu a rizika. *Feochromocytom:* podávání bisoprololu vždy s blokátorem alfa-receptorů. *Tyreotoxikóza:* symptomy mohou být maskovány. *Primární hyperaldosteronismus:* Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. *Těhotenství:* zastavit léčbu. V případě nutnosti zahájit alternativní léčbu. Pomocné látky: bez sodíku. **INTERAKCE*:** *Kombinace kontraindikované:* aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo poruchou funkce ledvin, mimotělní léčba, sakubitril/valsartan. *Nedoporučuje se současně užívat:* centrálně působící antihypertenziva, např. klonidin a další (methyldopa, moxonidin, rilmenidin); antiarytmika třídy I (chinidin, disopyramid, lidokain, fenytoin, flekainid, propafenon); antagonisté kalcia typu verapamilu a v menší míře diltiazemu; aliskiren a blokátory receptorů pro angiotenzin II; estramustin, hepariny, imunosupresiva jako cyklosporin nebo takrolimus, trimethoprim a kotrimoxazol (trimethoprim/sulfamethoxazol), draslík šetřící diuretika (triamteren, amilorid), draslík (soli); lithium. *Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:* antidiabetika (inzulin, perorální antidiabetika); nesteroidní antiflogistika (NSAID) včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den; antihypertenziva a vasodilatancia; tricyklická antidepresiva/antipsychotika/anestetika; sympatomimetika; antagonisté kalcia dihydropyridinového typu (felodipin, amlodipin); antiarytmika třídy III (amiodaron); parasympatomimetika; lokální betablokátory (např. oční kapky k léčbě glaukomu); digitalisové glykosidy; baklofen; draslík nešetřící diuretika; draslík šetřící diuretika (epleron, spironolakton); racekadotril, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin). *Kombinace vyžadující určitou opatrnost:* meflochin, inhibitory monoaminooxidázy (kromě inhibitorů MAO-B), zlato. **TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ*:** Podávání není doporučeno v prvním trimestru těhotenství a během kojení. Podávání je kontraindikováno ve 2. a 3. trimestru těhotenství. **FERTILITA*. ÚČINNOST NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE*:** u některých pacientů se mohou vyskytnout individuální reakce související s nízkým krevním tlakem. V důsledku toho může být schopnost řídit a obsluhovat stroje narušena. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY*:** *Velmi časté:* bradykardie. *Časté:* bolest hlavy, závratě, vertigo, dysgeuzie, parestezie, porucha zraku, tinitus, zhoršení srdečního selhání, hypotenze a účinky související s hypotenzí, pocit chladu nebo znecitlivění končetin, kašel, dyspnoe, bolest břicha, zácpa, průjem, nauzea, zvracení, dyspepsie, vyrážka, pruritus, svalové křeče, astenie, únava. *Méně časté:* eozinofilie, hypoglykemie, hyperkalemie, hyponatremie, změny nálady, poruchy spánku, deprese, somnolence, synkopa, palpitace, tachykardie, poruchy AV vedení, ortostatická hypotenze, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, angioedém obličeje, končetin, rtů, sliznic, jazyka, glottis a/nebo hrtanu, kopřivka, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, hyperhidróza, svalová slabost, artralgie, myalgie, renální insuficience, erektilní dysfunkce, bolest na hrudi, malátnost, periferní edém, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, pád. *Vzácné:* rinitida, noční můry, halucinace, snížená tvorba slz, poruchy sluchu, hepatitida cytolytická nebo cholestatická, hypersenzitivní reakce (svědění, zčervenání, vyrážka), zhoršení psoriázy, poruchy potence, vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi, zvýšená hladina triglyceridů. *Velmi vzácné:* agranulocytóza, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, trombocytopenie, hemolytická anemie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, zmatenost, konjunktivitida, arytmie, angina pectoris, infarkt myokardu a cévní mozková příhoda, možné sekundárně k nadměrné hypotenzi u vysoce rizikových pacientů, eosinofilní pneumonie, pankreatitida, erythema multiforme, alopecie, betablokátory mohou způsobit nebo zhoršit psoriázu nebo způsobit vyrážku připomínající psoriázu, akutní renální selhání, snížená hladina hemoglobinu a snížený hematokrit. U jiných inhibitorů ACE byly hlášeny případy SIADH (syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu). SIADH lze považovat za velmi vzácnou, ale možnou komplikaci spojenou s léčbou inhibitory ACE. *Není známo:* Raynaudův fenomén. **PŘEDÁVKOVÁNÍ*, VLASTNOSTI*:** Bisoprolol je vysoce $beta_1$-selektivní blokátor adrenoreceptorů bez vnitřní sympatomimetické a membrány stabilizující aktivity. Perindopril je inhibitor enzymu, který konvertuje angiotenzin I na vazokonstriktor angiotenzin II (ACE). **BALENÍ*:** Balení 30, 90 potahovaných tablet přípravku Cosyrel 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg. **Uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky uchovávání ani zacházení. **Držitel rozhodnutí o registraci: LES LABORATOIRES SERVIER**, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Registrační čísla: **58/563-566/15-C.** **Datum poslední revize textu:** 11.6.2021. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách a jsou na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: http://www.sukl.cz/sukl/seznam-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 Cosyrel*

Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

Pneumologie

garant doc. MUDr. Milan Teřl, Ph.D.

pátek / 26. listopadu 2021 / 8.35–10.05 hod.

SOS: SAS! aneb pozor na syndrom spánkové apnoe

MUDr. Štěpánka Břízová
Centrum pro dýchání a spánek, Klinika pneumologie a ftizeologie Fakultní nemocnice Plzeň

Spánková laboratoř – ventilační centrum – se zabývá diagnostikou a léčbou poruch dýchání ve spánku, tedy spánkové apnoe a hypoventilace ve spánku, vídáme pacienty s respiračním selháním, s chronickou hyperkapnií.

Kandidát k vyšetření ve spánkové laboratoři může trpět příznaky denními (nadměrná denní spavost, únava, mikrospánky) nebo nočními (chrápání, neklidný spánek, referované zástavy dechu). Ošetřujícího lékaře vede k podezření dále noční a ranní hyposaturace, další komorbidity (obezita, plicní onemocnění, srdeční selhání, špatně korigovatelná arteriální hypertenze, arytmie, ischemická choroba srdeční, cévní mozkové příhody, plicní hypertenze, polyglobulie, nervosvalová onemocnění).

Poruchy dýchání ve spánku diagnostikujeme polygrafií či polysomnografií. Podle počtu respiračních událostí stanovíme tíži spánkové apnoe. Základní metodou léčby je léčba přetlakem v dýchacích cestách nebo operační řešení u indikovaných pacientů.

Cílem přednášky je seznámit kolegy s náplní práce ve spánkové laboratoři, aby zvládli správně indikovat pacienty k vyšetření, orientovat se ve výsledku z vyšetření a seznámit se s možnostmi a limity léčby poruch dýchání ve spánku.

Covid-19 a plíce: je větší hrozbou akutní postižení nebo pozdní následky?

MUDr. David Havel, Ph.D.
Klinika pneumologie a ftizeologie, Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
a Fakultní nemocnice Plzeň

Covid-19 je akutní infekční onemocnění vyvolané virem SARS-CoV-2, spojené s převažujícím postižením respiračního traktu. Kromě bezprostředního ohrožení může, podobně jako jiné závažné respirační infekce, způsobovat vleklé zdravotní obtíže i trvalé následky. Sdělení se zabývá našimi zkušenostmi s terapií akutního i chronického plicního postižení způsobeného nemocí covid-19, aktuálními diagnostickými i terapeutickými standardy a významem spolupráce s praktickými lékaři.

Astma – nové stavební prvky v pevné konstrukci diagnostiky a léčby

doc. MUDr. Milan Teřl, Ph.D.
Klinika pneumologie a ftizeologie, Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
a Fakultní nemocnice Plzeň

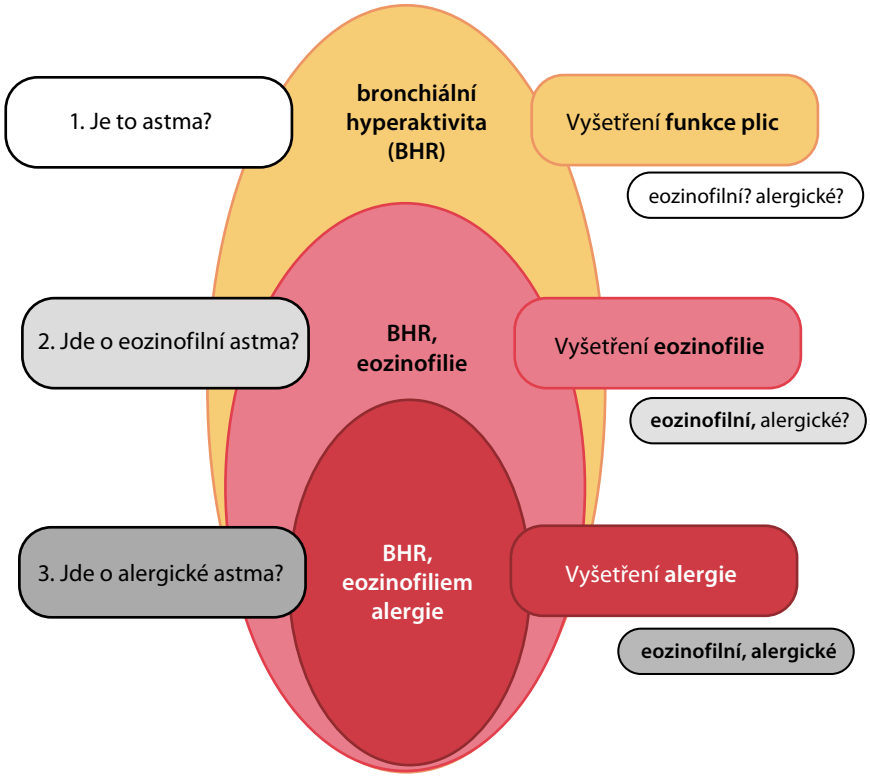
Přednáška je věnována pragmatické diagnostice a novinkám v léčbě astmatu posledního desetiletí.

Efektivní cestou k racionální léčbě astmatu je bližší „fenotypizace" všech nemocných, realizovaná od samého počátku diagnostického procesu – viz schéma.

Alergologické vyšetření by mělo být provedeno vždy v rámci úvodní diagnózy, a dále všude tam, kde se astma z nejasných příčin zhoršuje.

Vyšetření eozinofilie periferní krve by mělo být provedeno rovněž vždy v rámci úvodní diagnózy astmatu, a dále opakovaně, zvláště u jeho těžkých forem, především při exacerbacích.

Obr. 1. *Fenotypizace nemocných*



Terapeutická část přednášky nejdříve uvede přehled dílčích změn, ke kterým došlo v rámci pevného konceptu stupňovité, do značné míry paušální farmakoterapie. V druhé části budou podány základní informace o principielně novém terapeutickém směru – biologické léčbě astmatu.

Ad 1) Přestože je astma etiopatogeneticky heterogenní onemocnění, u naprosté většiny nemocných postačuje k jeho plné kontrole velmi jednoduchá, do značné míry uniformní farmakoterapie, zatížená jen minimem nežádoucích účinků; to proto, že většina antiastmatik, včetně kortikosteroidů, které představují semikauzální základ léčby, je k dispozici v inhalační formě.

Většinu astmatiků lze dnes léčit takovými dávkami inhalačních kortikosteroidů, které nemocné prakticky nezatěžují systémovými nežádoucími účinky.

V přednášce bude osvětlen princip tzv. stupňovité léčby astmatu, spočívající ve strategii, kdy namísto navyšování léčby IKS do středně vysokých a zvláště vysokých dávek jsou přidávány „kortikosteroid šetřící" léky – především betaagonisté s dlouhodobým účinkem (LABA). Výsledné „paušální" schéma preventivní léčby astmatu je pro většinu pacientů v zásadě jednoduché: nízká/středně vysoká dávka IKS, a pokud nestačí, tak + LABA, ev. další léky: antileukotrien, nízká dávka teofylinů nebo inhalační anticholinergika s dlouhodobým účinkem (LAMA). Pojednáno bude rovněž o tzv. fixních kombinacích a pragmatickém režimu SMART, kombinujícím úlevovou a preventivní léčbu.

Ad 2) Koncept stupňovité, v zásadě paušální farmakoterapie astmatu, jejímž základem jsou IKS, dosáhl na přelomu tisíciletí svého stropu. Zůstává procenticky sice malá (2–5 %), v reálné praxi však významná skupina astmatiků (v ČR z celkového počtu cca půl milionu nejméně 10 000 osob), u kterých ani maximální inhalační léčba nevede ke kontrole nemoci. Tito nemocní donedávna vyžadovali zavedení dlouhodobé systémové kortikoterapie (SKT), přičemž někdy ani ona mnohdy k plné kontrole nestačí.

Astmatici, kteří ke své léčbě vyžadují dlouhodobé podávání vysokých dávek IKS, a zvláště pak ti, u nichž je zvažována nebo již probíhá dlouhodobá systémová kortikoterapie (SKT) a/nebo prodělali více než 2 exacerbace s léčbou SKT za poslední rok, by měli být odesláni k respiračním specialistům – alergologům (spíše dětští pacienti) nebo pneumologům (dospělí nemocní).

Pokud se ani tam léčba nedaří, jsou jimi odesíláni na některé ze sítě specializovaných pracovišť při fakultních nemocnicích. Většině těchto astmatiků může dnes přinést zásadní obrat v dosavadním nepříznivém průběhu jejich nemoci zavedení biologické léčby, k jejímuž zavedení je třeba důsledné (do)vyšetření alergie a eozinofilie.

Závěrečné memento: astmatik užívající vysoké dávky IKS, nebo dokonce systémové kortikosteroidy, by se měl stát pro každého praktického lékaře „zneklidňujícím subjektem" a zároveň „objektem zvýšeného zájmu"".

Inhalační léčba astmatu a CHOPN – chyby a omyly každodenní praxe (spojeno s praktickou demonstrací)

doc. MUDr. Milan Teřl, Ph.D., Jiřina Karasová
Klinika tuberkulózy a respiračních nemocí Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Plzni

Plíce jsou bezprostředně otevřeny zevnímu prostředí. Při onemocnění dýchacích cest se tak přímo nabízí lokální aplikace léků, kterou vždy, kdy je to možné, preferujeme – především při léčbě astmatu a CHOPN.

Inhalační podávání léků při onemocnění dýchacích cest má totiž řadu výhod, především:

- umožňuje dosažení ***silného lokálního účinku léků***; přitom jejich koncentrace je optimalizována tím, že sleduje cestu, a tím i koncentraci většiny škodlivin, které tyto nemoci spoluvyvolávají (alergeny, zplodiny kouření aj. noxy…),
- ***významně snižuje množství celkově podané dávky léků*** při zachování stejné účinnosti; tím zásadně ***snižuje výskyt nežádoucích účinků,***
- v akutních situacích je ***rychlost nástupu*** inhalačně podaného léku prakticky stejná jako jeho i. v. podání.

K dispozici jsou různé systémy produkující jemný aerosol:

- ***tlakové dávkovače*** (pressurized Metered Dose Inhaler – ***pMDI***) produkující jednorázové dávky vodného aerosolu (lidově „bombičky", spreje),
- ***práškové dávkovače*** (Dry Powder Inhaler***, DPI***) vytvářející jednorázové dávky suché, práškové formy aeorosolu,
- ***nebulizátory*** (tryskové a ultrazvukové) produkující kontinuálně vodný aerosol.

Z čistě medicínského hlediska není ve většině klinických situací rozhodující, který konkrétní inhalační systém, a který lék k léčbě pacienta zvolíme. Pouze některé konkrétní okolnosti (viz přednáška) mohou preferovat určitý způsob podání.

Zásadním problémem každodenní praxe je především skutečnost, že t. č. máme v rámci tlakových, resp. práškových dávkovačů k dispozici více než 20 různých druhů inhalačních systémů.

Každý z uvedených systémů vyžaduje jistý způsob „technické způsobilosti" pacienta a má proto svá „nemedicínská" úskalí, která vyplývají z možných chyb při aplikaci.

Přednáška pragmaticky poukazuje na zásadní odlišnosti dvou základních typů dávkovačů a je spojena s demonstrací jejich správné inhalační techniky, a zároveň nejčastějších chyb v každodenní praxi.

Viz dále odkaz na „wwww.mujinhalator.cz".

Dušnost – srdce nebo plíce?

MUDr. Olga Kirchnerová, Ph.D.
Klinika pneumologie a ftizeologie Fakultní nemocnice Plzeň

Dušnost je velmi častý příznak subjektivního nedostatku vzduchu se stíženým dýcháním (zvýšená dechová práce), se kterým se setkáváme v rámci našich ambulancí, a obsahující

širokou škálu klinických situací. Vždy je potřeba odlišit, zda se jedná o dušnost akutní či chronickou. Příčinou dušnosti mohou být především choroby plicní a srdeční + oběhové, ale v rámci diferenciální diagnostiky musíme myslet i na anémii, svalové či nervové poruchy. Přednáška obsahuje kazuistická sdělení, kde odlišit plicní a kardiální příčinu dušnosti bylo mnohdy velice složité.

Kardiovaskulární onemocnění

garant doc. MUDr. Ondřej Petrák, Ph.D.

pátek / 26. listopadu 2021 / 10.35–11.55 hod.

Moderní řešení pro obézní hypertoniky

MUDr. Peter Wohlfahrt, Ph.D.
Centrum kardiovaskulární prevence 1. LF UK a FTN, Praha
Pracoviště preventivní kardiologie IKEM, Praha
1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Arteriální hypertenze (AH) a obezita patří mezi šestici nejvýznamnějších rizikových faktorů, které vedou k úmrtí ve světě. Oba rizikové faktory zvyšuji riziko nejenom kardiovaskulárních onemocnění, ale i riziko nádorů a chronického ledvinového onemocnění. Existuje úzké obousměrné propojení obezity a AH. Obezita zvyšuje riziko vzniku AH dvoj- až trojnásobně a u obézních pacientů bývá obtížnější dosáhnout kontroly tlaku krve. Na druhé straně, pozitivní rodinná anamnéza AH predikuje vznik centrální obezity. Současně osoby s vyšším krevním tlakem mají vyšší riziko vzestupu hmotnosti než osoby s nižším tlakem. Ústředním motivem elevace krevního tlaku při obezitě je zvýšená retence sodíku a vody způsobená aktivací systému renin-angiotenzin a zvýšenou sympatikovou aktivitou. Recentní analýza dat z reálné praxe poukazuje na účinnost, bezpečnost a metabolickou neutralitu fixní kombinace perindopril/indapamid u osob s AH a obezitou, diabetes mellitus 2. typu nebo metabolickým syndromem.

Hypertenze jako dobře ovlivnitelný rizikový faktor kardiovaskulárních komplikací

doc. MUDr. Ondřej Petrák, Ph.D.
Centrum pro výzkum, diagnostiku a léčbu hypertenze, 3. interní klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Pandemie covidu-19 významně zkrátila průměrný věk dožití české populace, zbytečně bylo ztraceno mnoho životů, a to nejenom v důsledku přímého onemocnění covid-19. Trend bude pokračovat i díky odložené léčbě a zpomalení preventivních prohlídek. Pandemie covidu-19 ukázala důležitost léčby rizikových faktorů. Arteriální hypertenze je jeden z nejčastějších kardiovaskulárních rizikových faktorů, a přitom farmakologicky většinou velmi dobře ovlivnitelný. Současný trend prezentovaný i v aktuálních doporučeních Mezinárodní společnosti pro hypertenzi je zahájit léčbu co nejdříve a snažit se dosáhnout cílových hodnot krevního tlaku do 3 měsíců od diagnózy. Prodleva v terapii může urychlit rozvoj orgánových komplikací. Z toho důvodu preferujeme kombinační léčbu, zejména fixní, se kterou dnes můžeme zahájit léčbu i ve stadiu lehké arteriální hypertenze (TK 140–159/90–99 mmHg). Základem léčby jsou inhibitory renin-angiotenzin-aldosteronové osy (inhibitory ACE a sartany) a dihydropyridinové blokátory kalciového kanálu. V případě trojkombinace spolu s diuretikem. Z inhibitorů ACE lze volit perindopril, který má bohatou evidenci, a to nejen v kardiovaskulární ochraně. V rámci fixní kombinace je vhodná léčba perindoprilem s amlodipinem a trojkombinace s diuretikem – indapamidem. Tato léčba je považována za moderní, a bývá u řady pacientů efektivní.

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/1,25 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/indapamid a amlodipinu, podávanými současně v téže dávce. **DÁVKOVÁNÍ A PODÁVÁNÍ*:** Jedna tableta denně, nejlépe ráno a před jídlem. Fixní kombinace není vhodná pro iniciální 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 (Clcr < 30 ml/min). Středně závažná porucha funkce ledvin (Clcr 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) související 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 sacubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu** (viz. body Upozornění a Interakce). Mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz. Interakce). Signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné fungující ledviny (viz. Upozornění). **UPOZORNĚNÍ*:** Zvláštní upozornění: *Duální blokáda systému 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 nefropatií. *Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anemie:* 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 fungující ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být příspívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. *Hypersenzitivita/angioedém, intestinální angioedém:* přerušte léčbu a sledujte pacienta až do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. 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 sakubitril/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 racekadotrilem, mTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin) může vést ke zvýšenému riziku angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka spolu s poruchou dýchání nebo bez poruchy dýchání) (viz bod 4.5). U pacientů, kteří již užívají inhibitor ACE, je třeba opatrnosti při počátečním podání racekadotrilu, 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 blanokřídlých. Alespoň 24 hodin před desenzibilizací dočasně vysaďte inhibitor ACE. Anafylaktoidní reakce během LDL-aferézy: před každou aferézou dočasně vysaďte 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: nezahajovat 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 hypertoniků s existujícími zjevnými renálními lézemi, u nichž renální krevní testy ukazují funkční renální insuficienci, by měla být léčba ukončena a je možno ji znovu zahájit v nízké dávce nebo pouze s jednou složkou. Monitorujte draslík a kreatinin, a to po dvou týdnech léčby a dále každé dva měsíce během období stabilní léčby. V případě bilaterální stenózy renální arterie nebo jedné fungující 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 dávkami nižší dávce 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 nižším snížené dávce 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 hypovolemií mohou způsobit dehydrataci a ortostatickou hypotenzi. Současná ztráta chloridových iontů může vést k sekundárně kompenzační metabolické alkalóze: výskyt a stupeň tohoto jevu je malý. *Hladina draslíku:* hyperkalemie: kontrolovat plazmatickou hladinu draslíku v případě renální insuficience, zhoršení funkce ledvin, vyššího věku (> 70 let), diabetes mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současné užívání kalium-šetřících diuretik, doplňků draslíku nebo doplňků solí obsahující draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v séru 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**. Hypokalemie: Hypokalemie může způsobit svalové poruchy, zejména v souvislosti se závažnou hypokalemií, byly hlášeny případy rhabdomyolýzy**; vysoké riziko u starších a/nebo podvyživených osob, cirhotických pacientů s edémem a ascitem, koronárních pacientů, u pacientů se selháním ledvin nebo srdečním selháním, dlouhým intervalem QT: sledovat plazmatickou hladinu draslíku. Může napomoci rozvoji torsades de pointes, které mohou být fatální. *Hladina vápníku:* hyperkalcemie: před vyšetřením funkce příštitných tělísek ukončete léčbu. *Renovaskulární hypertenze:* v případě stenózy renální arterie: zahajte léčbu v nemocnici v nízké dávce; sledujte funkci ledvin a hladinu draslíku. *Suchý kašel. Ateroskleróza:* 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 iniciálními 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 iniciální nižší dávkou pod lékařským dohledem; během prvního měsíce a/nebo v případě hypokalemie sledujte hladinu glukózy v krvi. *Černoši:* vyšší incidence angioedému a zjevně menší účinnost při snižování krevního tlaku ve srovnání s jiným rasami. *Operace/anestezie:* přerušte léčbu jeden den před operací. *Porucha funkce jater:* mírná až středně závažná: postupujte opatrně. Podání inhibitorů ACE mělo vzácně souvislost se syndromem počínajícím cholestatickou žloutenkou a progredujícím až v náhlou hepatickou nekrózu 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. *Choroidální efuze, akutní myopie a sekundární glaukom s uzavřeným úhlem:* Sulfonamidy nebo deriváty sulfonamidů mohou způsobit idiosynkratickou reakci vedoucí k choroidální efuzi 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 nejrychlejším vysazení léčiva. Pokud se nitrooční tlak nepodaří dostat pod kontrolu, je třeba zvážit rychlou medikamentózní nebo chirurgickou léčbu. Rizikové faktory pro rozvoj akutního glaukomu s uzavřeným úhlem mohou zahrnovat alergie na sulfonamidy nebo penicilinu v anamnéze**. *Sportovci:* tento léčivý přípravek obsahuje léčivou látku, která může vyvolat pozitivitu dopingových testů**. **INTERAKCE*:** *Kontraindikován:* 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 receptoru pro angiotenzin, estramustin, kalium-šetřící léky (např. triamteren, amilorid,...), soli draslíku, dantrolen (infuze), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. *Vyžadující zvláštní opatrnost:* baklofen, nesteroidní antiflogistika (včetně kyseliny acetylsalicylové ve vysokých dávkách), antidiabetika (inzulin, perorální antidiabetika), kalium-nešetřící diuretika a kalium-šetřící diuretika (eplerenon, spironolakton), racekadotril, inhibitory mTor (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus), gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), léky vyvolávající „Torsades de pointes", amfotericin B (i.v. podání), glukokortikoidy a mineralkortikoidy (systémové podání), tetrakosaktid, stimulační laxativa, srdeční glykosidy, alopurinol (současná léčba s indapamidem může zvýšit výskyt reakcí hypersenzitivity na alopurinol), induktory CYP3A4, inhibitory CYP3A4, klarithromycin (existuje zvýšené riziko hypotenze). *Vyžadující určitou opatrnost:* antidepresiva imipraminového typu (tricyklická), neuroleptika, jiná antihypertenziva a vazodilatancia, tetrakosaktid, alopurinol (současné podávání s inhibitory ACE), cytostatika nebo imunosupresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid, anestetika, diuretika (thiazid nebo klíčková diuretika), sympatomimetika, zlato, metformin, jodované kontrastní látky, vápník (soli), cyklosporin, atorvastatin, digoxin nebo warfarin, takrolimus, cyklosporin, simvastatin. *Léky vyvolávající hyperkalemii***: 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 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**. **TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ*:** Kontraindikován během druhého a třetího trimestru těhotenství Nedoporučuje se během prvního trimestru těhotenství a při kojení. **FERTILITA*:** Reverzibilní biochemické změny na hlavové části spermatozoií u některých pacientů léčených blokátory kalciového 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:* otoky. Časté: závratě, bolest hlavy, parestezie, vertigo, somnolence, dysgeusie, zhoršení zraku, tinitus, palpitace, zrudnutí, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), kašel, dušnost, bolest břicha, zácpa, průjem, dyspepsie, nausea, zvracení, změny ve vyprazdňování střeva, pruritus, vyrážka, makulopapulární vyrážka, svalové křeče, otok kotníku, astenie, únava. *Méně časté:* rinitida, eozinofilie, hypersenzitivita, hypoglykemie, hyperkalemie vratná po přerušení léčby, hyponatremie, insomnie, změny nálad (včetně úzkosti), deprese, poruchy spánku, hypoestezie, třes, synkopa, diplopie, tachykardie, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní), vaskulitida, bronchospazmus, sucho v ústech, kopřivka, angioedém, alopecie, purpura, změna zabarvení kůže, hyperhidróza, exantém, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, artralgie, myalgie, bolest v zádech, poruchy močení, noční močení, polakisurie, renální 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:* stav zmatenosti, zvýšení sérové hladiny bilirubinu, zvýšení hladiny jaterních enzymů, zhoršení psoriázy. Velmi vzácné: agranulocytóza, aplastická anemie, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, hemolytická anemie, trombocytopenie, hyperglykemie, hyperkalcemie, hypertonie, periferní neuropatie, cévní mozková příhoda, možná sekundárně k nadměrné hypotenzi u vysoce rizikových pacientů, angina pectoris, infarkt myokardu, možná sekundárně k nadměrné hypotenzi u vysoce 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, akutní renální selhání, snížení hemoglobinu a hematokritu. *Není známo:* Deplece draslíku s hypokalemií, u určitých rizikových populací zvláště závažná, extrapyramidové poruchy (extrapyramidový syndrom), akutní glaukom s uzavřeným úhlem**, choroidální efuze**, myopie, rozmazané vidění, torsades de pointes (potenciálně fatální), možný rozvoj hepatální encefalopatie v případě jaterní insuficience, svalová slabost**, rhabdomyolýza**, možnost zhoršení stávajícího systémový lupus erythematodes, EKG: prodloužený interval QT, zvýšená hladina glukózy v krvi, zvýšená hladina kyseliny močové v krvi, 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*. VLASTNOSTI*:** Perindopril je inhibitor angiotenzin-konvertujícího enzymu (inhibitor ACE), který konvertuje angiotenzin I na vazokonstriktor angiotenzin II. Indapamid je derivát sulfonamidů s indolovým kruhem, farmakologicky příbuzný thiazidovým diuretikům. Amlodipin je inhibitorem transportu kalciových iontů (blokátor pomalých kanálů nebo antagonista kalciových iontů), který inhibuje transmembránový transport kalciových iontů do srdečních buněk a buněk hladkého svalstva cévních stěn. **BALENÍ*:** 30 a 90 tablet. Uchovávání: nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Doba použitelnosti:** 3 roky. Doba použitelnosti po prvním otevření je 30 dní. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot. 92284 Suresnes cedex, Francie. **Registrační čísla:** 58/100/14-C, 58/101/14-C, 58/102/14-C, 58/103/14-C. **Datum poslední revize textu:** 11. 6. 2021. 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: 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 Triplixam*

Reference: 1. Lancet. 2016 Mar 5;387(10022):957-967. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01225-8. Epub 2015 Dec 24.

Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

SERVIER

Vyšší tepová frekvence u hypertoniků jako prediktor horší prognózy

MUDr. Michaela Šnejdrlová, Ph.D.
Centrum preventivní kardiologie, 3. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Málo diskutovanou skutečností je fakt, že velmi častým jevem u pacientů s hypertenzí je zvýšená tepová frekvence (TF). Více než 30 % pacientů s hypertenzí má klidovou TF 80 tepů/min nebo více. Přitom z řady klinických studií víme, že zvýšená klidová TF je u běžné populace spojena s nepříznivou KV prognózou – zvýšeným rizikem KV onemocnění, ICHS, náhlého srdečního úmrtí i celkové mortality. Zvýšená TF (klidová TF > 80 tepů/min) je proto u hypertenze uznávaným KV rizikovým faktorem. Nedostatečná kontrola TK, ale i dlouhodobě zvýšená sympatická nervová aktivita, a tedy i TF, zůstává nadále zásadním problémem. Mezi faktory související s nedostatečnou kontrolou TK patří terapeutická inercie (mnoho pacientů zůstává na monoterapii a/nebo užívá suboptimální dávky, a to i přes nedostatečnou kontrolu TK) a nízká adherence k léčbě.

„To důležité je očím neviditelné“… aneb nelehký život s CVD

MUDr. Júlia Černohorská, Ph.D.
Dermal Centre, Mělník

Onemocnění žil častokrát začíná nenápadně, bez viditelných klinických příznaků. Bolesti nohou nebo křeče vymizí do druhého dne, a proto pacienti vyšetření u praktického lékaře nebo specialisty odkládají. To vede k progresi CVD a postupnému snížení kvality života pacientů.

V patofyziologii CVD hraje důležitou roli zánět, který je pozorován už v prvních stadiích CVD. V důsledku dlouhotrvající žilní hypertenze a chronického zánětu dochází k poškození žilních chlopní a k přestavbě žilní stěny. To vede k prohloubení žilní hypertenze a vzniku refluxu, následkem čehož je postižena i mikrocirkulace. Změny v propustnosti a morfologii kapilár vedou k otoku, ke změnám v kůži, vzniku fibrinových manžet v okolí kapilár, jejich okluzi, ischemii až vzniku bércového vředu.

V průběhu všech stadií CVD se objevují nespecifické symptomy, nejčastěji bolest. Diferenciální diagnostice symptomů je nutné věnovat velkou pozornost, a proto by u každého pacienta s CVD mělo být klíčové angiologické vyšetření a následná konzultace na cévně-chirurgické ambulanci. Ve vybraných kazuistikách poukazuji na to, že ne všichni pacienti s CVD jsou vhodní k chirurgické intervenci, a jejich jediná možnost je celoživotní a správně nastavená konzervativní léčba ležící na třech pilířích – systémové léčbě, kompresi a dodržování režimových opatření.

V přednášce chci také poukázat na nejčastější chyby, které pacienti v léčbě žilního onemocnění dělají, a vysvětlit význam multioborové spolupráce.

Onkologie v ordinacích praktických lékařů

garant MUDr. Tomáš Svoboda, Ph.D.

pátek / 26. listopadu 2021 / 12.00–13.15 hod.

Nejčastější toxicity protinádorové léčby a jejich management

prof. MUDr. Samuel Vokurka, Ph.D.
Onkologická a radioterapeutická klinika, Lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Plzeň

Protinádorová (onkologická) léčba, jakkoliv je zaměřena primárně na potlačení malignity, přináší i mnohé nežádoucí účinky. Jejich prevence, resp. včasné a důsledné řešení, jsou zásadní pro kvalitu života pacienta a celkový úspěch onkologické léčby vůbec. Mnohé komplikace jsou řešeny v rámci onkologického pracoviště, jiných odborností, ale s řadou z nich může být paci-

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 bércového 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 nevylučuje 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 /děti 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: http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni. Registrační číslo: 85/392/91-C. Držitel rozhodnutí o registraci: **LES LABORATOIRES SERVIER** 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Další informace na adrese: **Servier s.r.o.**, Florentinum, Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel.: 222 118 111, www.servier.cz.

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

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

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

entem konzultován i jeho praktický lékař. Mezi relativně nejčastější, ale současně ovlivnitelné komplikace v běžné praxi patří především řešení nevolnosti a zvracení, postižení sliznic dutiny ústní, infekce a febrilní neutropenie.

V případě nevolnosti a zvracení je zásadní anamnestický fakt vazby na onkologickou léčbu (v rozsahu nejspíše 1–7 dní), ale pečlivým klinickým vyšetřením a anamnézou, obzvláště při pozdějším výskytu zvracení, je nutné vyloučit jiné vážné stavy, jako jsou např. rozvoj náhlé příhody břišní nebo poškození CNS (trauma, krvácení, infekt) či intoxikace. Mezi léčiva první pomoci k řešení nevolnosti a zvracení v souvislosti s onkologickou léčbou patří metoklopramid (Degan), thiethylperazin (Torecan), dexametazon (Dexamed). Případně haloperidol či olanzapin tbl při řešení protrahované nevolnosti.

Postižení sliznic dutiny ústní, ať už onkologickou léčbou nebo většinou mykotickou infekcí, je další poměrně nepřekvapující komplikací. Klinickým vyšetřením je nutno vyloučit případnou bakteriální faryngitidu a ověřit především možnost kandidózy s typickým nálezem bělavých krupiček, splývajících ploch i erytému. Orofaryngeální kandidózy (nejčastěji C. albicans) obyčejně dobře odpovídají na lokální nystatin a itraconazol, nebo systémový fluconazol a itraconazol. C. krusei je však rezistentní na fluconazol a sníženě citlivá na itraconazol, stejně tak C. glabrata. Nystatin a případně clotrimazol mají jen lokální účinek, aplikace musí být 4–5× denně. U těžších případů se doporučuje fluconazol 100–200 mg/den nebo itraconazol 200 mg/den s lokálním působením na sliznici a systémovým působením po polknutí a léčbou trvající 7–14 dní. Pozornost je třeba věnovat interakci u hypolipidemik se zvýšením jejich hladin. Všechny afekce v dutině ústní zhoršují kvalitu života pacienta, zvyšují riziko malnutrice a infekčních komplikací, negativně ovlivňují celkovou léčbu. Zásadní je úprava stravy s cílem snížit riziko poškození sliznice mechanicky, fyzikálně a chemicky. Je nutné zajistit adekvátní příjem tekutin, výživy a léků pro pacienta. Dále je nutné udržování řádných hygienických poměrů v dutině ústní s využitím řady lokálních roztoků podle preference pacienta nebo speciálnějších s antimikrobiální nebo antiinflamatorní složkou (např. benzidamin sol., chlorhexidin 0,12 % sol.) – hlavní je dobrá tolerance a udržení zvýšené frekvence aplikací k udržení vlhkosti a očišťování sliznic.

Rozvoj horečky u pacienta po chemoterapii je vždy rizikový pro současnou možnost přítomnosti útlumu leukopoézy s těžkou leukopenií (neutropenií) – tzv. rozvoj febrilní neutropenie. Pacient s horečkou a s probíhající onkologickou léčbou nebo krátce po ní, a především pak po chemoterapii (většinou 1–3 týdny), by měl mít vždy vyšetřený krevní obraz, ideálně biochemii a CRP. Většinou je nutné zahájit antibiotickou léčbu empiricky, obzvláště v případě projevů uroinfekce, projevů z postižení respiračního traktu atp. Při neutropenii lze jednoznačně doporučit minimálně konzultaci a dovyšetření v nebližší nemocnici, když bývá nutná i i. v. ATB léčba a další podpůrná léčba a péče.

Praktický lékař je důležitou oporou pro onkologické pacienty v řadě problematik, včetně případného řešení některých komplikací onkologické léčby. Nezastupitelná je pak role při vedení paliativní péče v domácím prostředí po ukončené aktivní onkologické léčby.

Význam a zdůvodnění předávání dispenzární péče do rukou PL

MUDr. Tomáš Svoboda, Ph.D.[1], doc. MUDr. Jana Prausová, Ph.D.[2], prof. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D.[3]

[1]Onkologická a radioterapeutická klinika Fakultní nemocnice Plzeň

[2]Onkologická klinika, Fakultní nemocnice Motol, Praha

[3]Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha

V posledních letech extrémně narůstá potřeba užší spolupráce onkologů se všemi ostatními obory klinické i teoretické medicíny. Důvodů je mnoho – moderní léčba systémová i radiační je mnohem cílenější a k volbě optimálního léčebného postupu je zapotřebí stále většího počtu informací (vč. histopatologických, genetických, radiodiagnostických, laboratorních apod.). Z tohoto důvodu také již v dnešní době naprostá většina nemocných se zhoubnými nádory

prochází strukturou specializovaných multidisciplinárních týmů, MDT. Nejlepším organizátorem však byl, je a i do budoucna bude pacientův praktický lékař (PL). Důvodů pro to je celá řada, rád bych zmínil alespoň ty nejdůležitější.

PL představuje základní bod, který vyhledá pacient, nebo provedením jeho vyšetření odhalí nějakou patologii. Pro potíže jej tedy odešle k přesnějšímu dovyšetření ke specialistovi, v případě potvrzení malignity se pak pacient během onkologické léčby nebo po ní vrací zpět do péče specialisty a svého PL, který jej současně provází všemi ostatními přítomnými onemocněními. Tento koloběh se většinou mnohonásobně opakuje a může být např. zakončen doporučením ke komplexní lázeňské léčbě, jež vydá ošetřující onkolog, ale vypisuje PL.

Dalším důvodem je trvale narůstající incidence nádorových onemocnění, která se liší podle jednotlivých typů nádorů. Většina onkologických pracovišť je tedy trvale plně vytížena péčí o nové nemocné, dokonce ani v průběhu aktuální epidemické situace k většímu omezení v tomto segmentu péče nedošlo.

Současně však mnohem větší problém představuje extrémní nárůst prevalence nádorů. Ten je zapříčiněn stále úspěšnější protinádorovou léčbou, jejímž výsledkem jsou pacienti s chronickým průběhem onemocnění, dlouhodobě přežívající a kompletně vyléčení. V této situaci je nemožné udržet zákonem stanovenou povinnost doživotní dispenzarizace (z důvodů kontroly stavu základního onemocnění, event. dlouhodobé toxicity provedené léčby a časného zjištění druhých či dalších možných malignit). Do dispenzarizace v období, kdy pacient vyžaduje již jen jednoduchá vyšetření a není v aktivní léčbě, je tedy nutno zapojit lékaře ostatních specializací a PL.

Pacientův PL zajišťuje léčbu a sledování většiny jeho dalších onemocnění a symptomů, běžné řešení většiny nežádoucích účinků protinádorové léčby, které je často imituje nebo potencuje, by nemělo tedy být problémem zajistit. Kromě závažnějších, naštěstí spíše výjimečných komplikací, se jedná o projevy kožní, slizniční, dysfagie, dyspepsie, akceleraci hypertenze, hypo- či hyperthyreózu apod., které je PL zvyklý zvládat.

PL má rovněž vlivem dlouhodobého kontaktu, péčí o více členů rodiny a znalostí vzájemných vztahů a předchozích symptomů často mnohem lepší znalost prostředí a okolí pacienta (epidemiologie, hereditární závislost). Často tedy v rámci primární péče ještě u pacienta bez verifikovaného nádoru postupuje podobně jako onkolog následně během léčby a po ní. Zpětné převzetí do další péče tedy není nikterak problematické a mnohdy bylo podobné sledování již prováděno.

V této souvislosti rovněž PL funguje jako zahajovatel/pokračovatel screeningu. Do jeho kompetence patří testování na kolorektální karcinom, kontroly návštěv gynekologa u žen, ve spolupráci s ním jejich odesílání ke screeningové mamografii, a v blízké budoucnosti i indikaci low-dose CT u rizikových skupin stran karcinomu plic. Tyto programy navíc probíhají nadále i po léčbě nádoru u pacienta, neboť je narůstající pravděpodobnost vzniku druhé a další malignity. Jak bylo uvedeno, nemocní tyto programy absolvují prostřednictvím PL, bez ohledu na prodělané nádorové onemocnění.

V posledních letech dochází k uvolňování preskripce některých léčiv, zdrav. prostředků a pomůcek pro PL. Kromě specializovaných onkologických preparátů je tedy PL s internistickou nebo chirurgickou erudicí často vybaven možností zajistit onkologického pacienta stran dalších diagnóz či komplikací onkoléčby lépe než onkolog (např. možnost preskripce moderních antikoagulancií, zajištění ATB profylaxe či léčby aj.).

V neposlední řadě pak PL svou péčí ovlivňuje rizikové faktory, a tím vznik ZN u daného jedince. Doporučuje mu změnu životního stylu, úpravu stravovacích návyků podle laboratorních hodnot.

Spolupráce PL a onkologa je tedy nezbytně nutná, naštěstí se v poslední době rozvíjí správným směrem. Onkologové jsou vzhledem k narůstajícímu počtu pacientů s nádorovým onemocněním, náročnější a komplexnější léčbě a jejím přínosům za tuto možnost velmi vděční a pro rozvoj možného předávání pacientů bez aktivní léčby zpět do péče PL je vybavili jed-

noduchými návody, jak dispenzarizaci zajistit, a spolupodíleli se na vzniku speciálních kódů, kterými PL tuto svoji činnost vykazují.

Aktuality do vaší ordinace

pátek / 26. listopadu 2021 / 14.15–15.20 hod.

Správná kalémie u srdečního selhání je výše, než byste možná čekali: kde je a jak se k ní dostat?

prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D.
I. interní kardioangiologická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Napadlo vás někdy nebo pozastavili jste se někdy nad tím, že normokalémie má de facto jen jedno rozmezí fyziologických hodnot a nijak nezohledňuje třeba pohlaví nebo diagnózu? Jako by platilo, že „křížek v závorce" z laboratoře je stav fyziologický, a tedy vždy správný, bez důvodu k intervenci.

U chronického srdečního selhání je nově jasně prokázáno, že optimální kalémie koreluje s obecně platným rozmezím normokalémie jen částečně. Pro tuto diagnózu je potvrzeno specifické rozmezí hodnot – optimum, při kterém je prognóza jasně nejpříznivější. Při odchýlení se od tohoto optima se prognóza významně zhoršuje.

Kde toto optimum leží? Jak intervenovat? Jak využít suplementace draslíku? Odpovědi poskytne tato přednáška.

Hepatologie a gastroenterologie

garant MUDr. Václav Hejda

pátek / 26. listopadu 2021 / 15.50–17.20 hod.

Diagnostika a epidemiologické charakteristiky norovirových infekcí

prof. MUDr. Petr Pazdiora, CSc.[1], Mgr. Petra Vašíčková, Ph.D.[2], Bc. Patrik Lenz[3]
[1]Ústav epidemiologie Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Plzni
[2]Výzkumný ústav veterinárního lékařství Brno
[3]Oddělení biostatistiky, Státní zdravotní ústav v Praze

Noroviry patří do čeledi Caliciviridae. V současnosti jsou tyto viry klasifikovány minimálně do 10 genoskupin. Význam norovirů v České republice není zatím intenzivně sledován. Cílem studie bylo přispět ke znalostem o jejich cirkulaci v naší populaci na základě deskriptivní analýzy hlášených norovirových infekcí a určení jednotlivých genotypů u pacientů, u kterých byla infekce diagnostikována rutinním vyšetřením během hospitalizace ve Fakultní nemocnici v Plzni.

Soubor nemocných, metodika: Byla provedena deskriptivní analýza základních charakteristik u norovirových infekcí, které byly hlášeny v letech 2008–2020 do informačních systémů Epidat, resp. ISIN. Na základě hlášení z 5 mikrobiologických laboratoří byly analyzovány údaje o počtu potvrzených norovirových infekcí v jednotlivých týdnech v letech 2010–2020. Z podkladů mikrobiologických laboratoří v celé ČR byl analyzován počet laboratoří diagnostikujících v jednotlivých letech norovirové infekce a používané laboratorní metody. Od června 2017 do března 2020 byla diagnóza norovirové infekce potvrzena u 118 pacientů FN v Plzni. Následně byla provedena molekulárně-biologická analýza vzorků.

Výsledky: V letech 2008–2020 bylo do informačních systémů infekčních nemocí nahlášeno 33 575 norovirových infekcí, což odpovídá incidenci 24,5/100 000 obyvatel a rok – incidence v jednotlivých letech kolísala mezi 8,2–77,1/100 000. V souvislosti s norovirovou infekcí bylo hlášeno 24 úmrtí (smrtnost 0,07 %) ve věku 42–94 let, nejvyšší smrtnost byla zjištěna ve věkové

Toviaz®
fesoterodin fumarát

Léčba symptomů (zvýšená frekvence močení a/nebo urgence močení a/nebo urgentní inkontinence), které se mohou vyskytnout u dospělých pacientů se syndromem hyperaktivního močového měchýře.

DOSAŽENÍ OPTIMÁLNÍ ÚČINNOSTI PRO KAŽDÉHO PACIENTA[1]

Toviaz®
fesoterodin fumarát
OPĚT POD KONTROLOU

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU

TOVIAZ 4 mg a 8 mg tablety s prodlouženým uvolňováním. **Složení:** léčivá látka fesoterodini fumaras 4 mg nebo 8 mg v tabletě s prodlouženým uvolňováním (odpovídá 3,1 mg a 6,2 mg fesoterodinum). Pomocné látky se známým účinkem: v jedné tabletě 0,525 mg sojového lecitinu a 91,125 mg (resp. 58,125 mg) laktosy; a další pomocné látky. **Indikace:** Léčba symptomů (zvýšená frekvence močení a/nebo urgence močení a/nebo urgentní inkontinence), které se mohou vyskytnout u dospělých pacientů se syndromem hyperaktivního močového měchýře. **Dávkování a způsob podání:** 4 mg jednou denně, podle odezvy pacienta lze dávku zvýšit na 8 mg jednou denně. U pacientů s těžkou renální nebo se středně těžkou jaterní insuficiencí je doporučená dávka 4 mg. Účinnost léčby se doporučuje přehodnotit po 8 týdnech. Přípravek TOVIAZ lze podávat s jídlem nebo bez něj. Přípravek je určen k léčbě dospělých pacientů. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na složky obsažené v přípravku, arašídy či sóju, močová retence, žaludeční retence, nekontrolovaný glaukom s úzkým úhlem, myastenia gravis, těžká jaterní insuficience, současné užívání silných inhibitorů CYP3A4, pacienti se středně těžkou až těžkou jaterní nebo renální insuficiencí, těžká ulcerózní kolitida, toxické megakolon. **Zvláštní upozornění:** Přípravek Toviaz se má používat se zvýšenou opatrností při klinicky významné obstrukci odtoku z močového měchýře s rizikem močové retence, obstrukční gastrointestinální poruše, gastroezofageálním refluxu, snížené gastrointestinální motilitě, autonomní neuropatii, kontrolovaném glaukomu s úzkým úhlem. Před zahájením jakékoli léčby antimuskariniky je třeba vyloučit organické příčiny onemocnění. Při výskytu angioedému je nutné léčbu fesoterodinem přerušit a bezodkladně poskytnout vhodnou léčbu. **Interakce:** Opatrnost při podávání s jinými léčivými přípravky s antimuskarinovými či anticholinergními účinky. Silné inhibitory CYP3A4: Doporučuje se omezit dávku fesoterodinu na 4 mg. Silné induktory CYP3A4: Současné užívání se nedoporučuje. Silné inhibitory CYP2D6: Snížení dávky fesoterodinu na 4 mg může být nezbytné. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Užívání fesoterodinu v těhotenství a v době kojení se nedoporučuje. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Je třeba dbát na zvýšenou opatrnost při řízení vozidel či obsluze strojů vzhledem k možnému výskytu nežádoucích účinků, jako jsou rozmazané vidění, závratě a ospalost. **Nežádoucí účinky:** Mírné až střední antimuskarinové účinky, jako suchost v ústech a očích, sucho v krku, dyspepsie a zácpa. Nespavost, závratě, bolesti břicha, dysurie, nevolnost, bolest hlavy, průjem. **Předávkování:** Případné předávkování se léčí výplachem žaludku s instilací aktivního uhlí a dále symptomaticky. **Uchovávání:** Při teplotě do 25°C, chránit před světlem a vlhkostí. **Balení:** Blistry 7, 14, 28, 30, 56, 84, 98, 100 tablet, HDPE lahvička 30 a 90 tablet. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Europe MA EEIG, Boulevard de la Plaine 171050 Bruxelles, Belgie **Registrační číslo:** EU/1/07/386/001-020. **Datum poslední revize textu:** 13.11.2019. Výdej léku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se, prosím, seznamte s úplnou informací o přípravku.

REFERENCE: 1. Michel MC, Staskin D. Understanding dose titration: overactive bladder treatment with fesoterodine as an example. Eur Urol Suppl. 2011;10:8–13.

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.

Pierre Fabre
Médicament

CZ PRM 04/2020 TOV 005 • TOV-2020.01.005

skupině 65letých a starších (0,24 %). Norovirové infekce byly diagnostikovány celoročně, k jejich maximálnímu výskytu docházelo během podzimních a zimních měsíců.

Během sledovaného období bylo podchyceno 274 epidemií, ve kterých z celkového počtu evidovaných onemocnělo 16 893 (50,3 %) osob. Největší epidemie byla hlášena v r. 2015; v souvislosti s kontaminací pražské vodovodní sítě bylo nahlášeno 5 248 onemocnění. V rámci epidemických výskytů bylo z celkového počtu nemocných hospitalizováno 1 694 osob (10,0 %). V současnosti jsou norovirové infekce diagnostikovány v 81 laboratořích, 90,1 % laboratoří používá imunochromatografické testy.

Během sledovaného období bylo u pacientů ve FN v Plzni prokázáno 14 různých genotypů, resp. variant z genoskupin GI, GII a GIX (dříve GII.15). Nejčastěji byly potvrzeny infekce vyvolané noroviry (NoV) GII.4 Sydney-2012, které vyvolaly 70,3 % onemocnění. Tato varianta norovirů byla prokázána ve 24 měsících z celkového počtu 34 měsíců sledování. Norovirové infekce se vyskytovaly především v podzimních a zimních měsících (říjen–březen), v tomto období bylo diagnostikováno 68, tj. 57,6 % onemocnění. Norovirová infekce byla potvrzena ve všech věkových skupinách, věk pacientů se pohyboval od 0 do 96 let (medián 8, průměr 27,9 let). ***Závěr:*** Studie je prvním pokusem o zmapování molekulární epidemiologie norovirů nejen v Plzeňském kraji, ale v celé České republice. I přes relativně nízké počty oficiálně hlášených onemocnění patří nepochybně noroviry i u nás k velmi důležitým původcům sporadických i epidemických gastroenteritid, je proto žádoucí rozšiřovat spektrum našich znalostí o jejich diagnostice a klinickém významu.

Abstrakta k sobotnímu programu naleznete v části Pediatrie pro praxi na stranách 17–20.

MEDICÍNA PRO PRAXI a PEDIATRIE PRO PRAXI
26.–27. listopadu 2021 PLZEŇ

ZA VYPLNĚNOU ANKETU MŮŽETE VYHRÁT

1. Dárková kazeta
2. Volná vstupenka na kongres Medicíny pro praxi / Pediatrie pro praxi v roce 2022
3. Předplatné časopisu Medicína pro praxi / Pediatrie pro praxi na rok 2022
4. Kniha dle výběru: Dětská neurochirurgie / Alzheimerova nemoc
5. Kniha dle výběru: Respirační onemocnění u dětí / Pneumologie v každodenní praxi
6. Kniha dle výběru: Kazuistiky z pediatrie / Trombóza a malignita
7. Kniha dle výběru: Potřeby dítěte s diabetes mellitus / Podpůrná a paliativní péče u pacientů s Parkinsonovou nemocí
8. Předplatné časopisu Naše příroda na rok 2022

Slosování ankety se uskuteční po skončení odborného programu

KONTAKT NA VÁS: Uvedené údaje budou použity pouze pro účely vyhlašování vítězů ankety.
jméno / titul ...
specializace ...
adresa ...
tel./e-mail ...
☐ Zaškrtnete-li tento souhlas s použitím osobních údajů, můžeme Vás i nadále informovat o vzdělávacích akcích a dalších službách vhodných pro Vaši odbornost. Děkujeme!
podpis

Zajímá nás váš názor – anketa

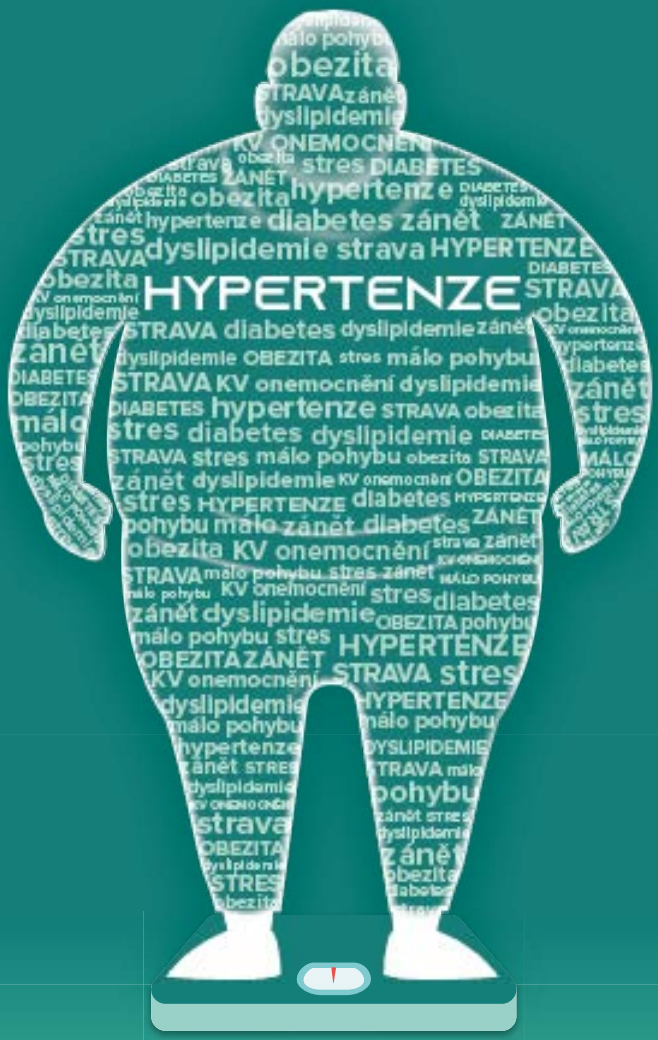
- Byl pro vás program přínosný?
- Jaká další témata by vás zajímala?
- Chybí vám něco na kongrese?
- Využíváte on-line vzdělávání od Solenu?

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

PRESTARIUM® NEO COMBI

perindopril arginin/indapamid

MODERNÍ LÉČBA HYPERTENZE I PRO PACIENTY S OBEZITOU [1-9]



FIXNÍ DVOJKOMBINACE OBSAHUJÍCÍ INDAPAMID – DIURETIKUM VOLBY DLE DOPORUČENÝCH POSTUPŮ[9]

REFERENCE: **1.** Obrázek: Hall JE1 et al. Nephrology, 01 Jun 2019, 15(6):367-385. **2.** Jarolimova J. Prim Care Companion CNS Disord. 2013; 15(5): PCC.12f01475. **3.** Souhrn údajů o přípravku - Prestarium Neo Combi, datum poslední revize textu: 11. 6. 2021. **4.** Burton LA, Sumukadas D. Clin Interv Aging. 2010;5:217-228. **5.** Witham MD, Sumukadas D, Mcmurdo MET. Age Ageing. 2008;37(4):363-365. **6.** Grossman A, Grossman L. Cardiovas Diabetol. 2017; 16: 3. **7.** Piepolli MF et al. Eur Heart J. 2016; 37: 2315-2381. **8.** Czernichow S et al. Hypertension. 2010;55(5):1193-1198. **9.** Widimský J jr. et al. Hypertenze a KV prevence 2018: 7; 1 – 19.

Zkrácená informace o přípravku

PRESTARIUM® NEO COMBI 5 mg/1,25 mg a 10 mg/2,5 mg:

PRESTARIUM®NEO COMBI 5 mg/1,25 mg a PRESTARIUM® NEO COMBI 10 mg/2,5 mg je kombinací dlouhodobě působícího inhibitoru ACE s diuretikem. **Složení***: Jedna potahovaná tableta obsahuje perindoprilum argininum 5 mg, resp. 10 mg, odpovídající 3,395 mg, resp. 6,79 mg perindoprilum, a indapamidum 1,25 mg, resp. 2,5 mg. Obsahuje laktózu jako pomocnou látku. **Terapeutické indikace***: Léčba esenciální hypertenze u dospělých; přípravek Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg je indikován u pacientů, jejichž krevní tlak není adekvátně kontrolován samotným perindoprilem. Přípravek Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg je indikován jako substituční terapie k léčbě esenciální hypertenze u pacientů, kteří jsou již kontrolováni perindoprilem a indapamidem, podávaným současně v téže dávce. **Dávkování a způsob podání*:** Jedna tableta přípravku Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg, resp. 10 mg/2,5 mg denně v jedné dávce, nejlépe ráno a před jídlem. *Starší pacienti*: Prestarium Neo Combi 1 tableta denně, Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg a 10 mg/2,5 mg: můžou být léčeni, pokud je normální renální funkce a po zvážení odpovědi krevního tlaku. Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg: kreatinin v plazmě musí být přizpůsobený ve vztahu k věku, tělesné hmotnosti a pohlaví. *Porucha funkce ledvin:* provádí se pravidelná kontrola kreatininu a draslíku. Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg: Clearance kreatininu (CrCl) > 60 ml/min není nutná úprava dávkování. CrCl 30 - 60 ml/min doporučuje se zahájit léčbu vhodnou dávkou kombinace jednotlivých monokomponent. CrCl < 30 ml/min léčba je kontraindikována. Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg: CrCl < 60 ml/min léčba je kontraindikována. **Kontraindikace*:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na jiné inhibitory ACE, na sulfonamidy nebo na kteroukoli pomocnou látku. Angioedém v anamnéze (Quinckeho edém) ve spojitosti s podáním ACE inhibitoru (viz bod upozornění). Hereditární/idiopatický angioedém. Současné užívání přípravku Prestarium Neo Combi s přípravky obsahující aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo s poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m^2). Hypokalemie. Závažná porucha funkce ledvin (CrCl < 30 ml/min) u přípravku Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg. Středně těžká a těžká porucha funkce ledvin (CrCl < 60 ml/min) u přípravku Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg. Hepatální encefalopatie. Závažná porucha funkce jater. Současné užívání se sakubitrilem/valsartanem, Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg nesmí být nasazeno dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu (viz bod 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 fungující ledviny (viz bod Zvláštní upozornění*). Druhý a třetí trimestr těhotenství (viz bod fertilita, těhotenství a kojení). Z důvodu nedostatečných klinických zkušeností přípravek nemá být používán u dialyzovaných pacientů a u pacientů s neléčeným dekompenzovaným srdečním selháním. **Upozornění*:** Zvláštní upozornění: Nedoporučuje se současné podávání s lithiem, s draslík šetřícími diuretiky a solemi draslíku. *Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS):* zvýšení rizika hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin), proto se duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu 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. *Neutrocytopenie/agranulocytóza, trombocytopenie a anemie*: používání s mimořádnou opatrností u pacientů s kolagenovým vaskulárním onemocněním, u užívajících imunosupresivní léčbu, léčbu 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 fungující ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání (viz bod 4.3). 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:* okamžité vysazení léčby a monitorování až do úplného vymizení symptomů. Angioedém související s otokem hrtanu může být smrtelný. Současné užívání perindoprilu a sakubitril/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 racekadotrilem, mTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin) může vést ke zvýšenému riziku angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka spolu s poruchou dýchání nebo bez poruchy dýchání). U pacientů, kteří již užívají inhibitor ACE, je třeba opatrnosti při počátečním podání racekadotrilu, mTOR inhibitorů a gliptinů**. *Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:* byly zaznamenány izolované případy pacientů s přetrvávajícími, život ohrožujícími anafylaktoidními reakcemi během desenzibilizační léčby jedem blanokřídlých (včely, vosy). Prestarium Neo Combi má být s opatrností používáno u alergických pacientů léčených desenzibilizační léčbou a nemá být podáváno u pacientů podstupujících imunoterapii tímto jedem. Je možné těmto reakcím předejít dočasným vysazením inhibitoru ACE alespoň na 24 hodin před léčbou. *Anafylaktoidní reakce během aferézy LDL* pomocí dextran-sulfátu: vzácně se vyskytly život ohrožující anafylaktoidní reakce. Těmto reakcím lze předejít dočasným vysazením léčby inhibitory ACE před každou aferézou. *Anafylaktoidní reakce u pacientů dialyzovaných pomocí vysoce propustných membrán:* použít jinou membránu nebo jinou skupinu 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:* okamžité ukončení léčby, v případě nutnosti další léčby zahájit jinou léčbu. *Hepatální encefalopatie, která může která může vyvolat jaterní kóma:* ukončení léčby. *Fotosenzitivita:* ukončení léčby. *Porucha funkce ledvin:* v případě funkční renální insuficience bez zjevných stávajících renálních lézí má být léčba ukončena a případně znovu započata buď v nižší dávce, nebo podáním pouze jedné ze složek přípravku. Běžné lékařské prohlídky zahrnují sledování hladin draslíku a kreatininu, po dvou týdnech léčby a poté každé dva měsíce během období stabilní terapie. Nedoporučuje se v případě bilaterální stenózy renální arterie nebo jedné funkční ledviny. Opatření pro použití: *Porucha funkce jater:* ukončení léčby v případě žloutenky nebo elevace jaterních enzymů. Vzácné, podání inhibitorů ACE mělo vzácně souvislost se syndromem počínajícím cholestatickou žloutenkou a progredujícím až v náhlou hepatickou nekrózu a (někdy) úmrtí. Porucha funkce ledvin*:* léčba má být zastavena a případně znovu započata buď v nižší dávce anebo podáním pouze jedné za složek přípravku; doporučeno časté sledování hladin draslíku a kreatininu. *Renovaskulární hypertenze:* léčba má být zahájena na nemocničním lůžku, a mají být sledovány funkce ledvin a hladiny draslíku. *Riziko arteriální hypotenze a/nebo renální insuficience v případě srdeční insuficience, deplece vody a elektrolytů u pacientů s nízkým krevním tlakem, se stenózou renální arterie, městnavým srdečním selháním nebo cirhózou s edémy a ascites:* léčba má být zahájena v nižší dávce a dávka progresivně zvyšována. *Náhlá hypotenze při preexistující depleci sodíku* (zejména při stenóze renální arterie): po obnovení uspokojivého objemu krve a krevního tlaku může být léčba zahájena buď ve snížené dávce, nebo podáváním jen jedné ze složek. *Závažné srdeční selhání (stupeň IV)/srdeční insuficience:* zahájení léčby pod lékařským dohledem se sníženou počáteční dávkou. *Aortální nebo mitrální stenóza/hypertrofická kardiomyopatie:* používat s opatrností u pacientů s obstrukcí výtokové části levé komory. *Ateroskleróza:* zahájení léčby nízkou dávkou u pacientů s ischemickou chorobou srdeční nebo s cerebrální oběhovou nedostatečností. *Suchý kašel. Hladiny draslíku:* pravidelné monitorování. *Hyperkalemie:* může vyvolat závažné a někdy fatální arytmie; je doporučeno časté monitorování hodnot draslíku v krvi v případě renální insuficience, zhoršených renálních funkcí, věku > 70 let, diabetu mellitu: zahájení léčby pod lékařským dohledem s nižší úvodní dávkou; dehydratace, akutní kardiální dekompenzace, metabolické acidózy a souběžného užívání draslík šetřících diuretik a solí draslíku nebo v případě pacientů užívajících jiné léky související se zvýšením hladiny draslíku v séru (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**. *Hypokalemie:* může způsobit svalové poruchy. Zejména v souvislosti se závažnou hypokalemií, byly hlášeny případy rhabdomyolýzy**; vysoké riziko pro starší pacienty a/nebo podvyživené jedince, cirhotické pacienty s edémem a ascites, koronární a srdečně selhávající pacienty a pacienty s dlouhým QT intervalem; častější monitorování je nezbytně nutné ve všech těchto případech; napomáhá rozvoji torsades de pointes, které mohou být fatální. *Hladiny sodíku:* nutno stanovit ještě před zahájení léčby; sledování hladin sodíku musí být častější u starších pacientů a u pacientů s cirhózou. Hyponatremie s hypovolemií mohou způsobit dehydrataci a ortostatickou hypotenzi. Současná ztráta chloridových iontů může vést k sekundárně kompenzační metabolické alkalóze (výskyt a stupeň tohoto jevu je malý). *Hyperkalcemie:* přerušení léčby až do vyšetření funkce příštítných tělísek. *Hyperurikemie:* zvýšená tendence k záchvatům dny. *Anestezie:* jeden den před operací je doporučeno přerušit léčbu. *Dědičná porucha intolerance galaktózy, vrozený deficit laktázy nebo glukózo-galaktázová malabsorbce:* přípravek nemá být podáván. *Sodík:* Prestarium Neo Combi je v podstatě „bez sodíku" (obsahuje méně než 1 mmol sodíku (23 mg) v tabletě). *Diabetici:* v případě hypokalemie by měla být pečlivě monitorována glykemie. U pacientů s inzulin-dependentním diabetem mellitem není léčba přípravkem Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg vhodná, protože, má být léčba zahájena pod lékařským dohledem s nižší úvodní dávkou. *Etnické rozdíly:* vyšší výskytu angioedému a zřejmě méně účinný na snížení krevního tlaku u černošské populace ve srovnání. *Pediatrická populace:* účinnost a snášenlivost nebyla stanovena. *Sportovci:* může vyvolat pozitivní reakci u antidopingových testů. *Choroidální efuze**, *akutní myopie a sekundární glaukom s uzavřeným komorovým úhlem:* primární léčbou je co nejrychlejším vysazení léčiva. Pokud se nitrooční tlak nepodaří dostat pod kontrolu, je třeba zvážit rychlou medikamentózní nebo chirurgickou léčbu. Rizikovými faktory pro rozvoj akutního glaukomu s uzavřeným komorovým úhlem mohou zahrnovat alergie na sulfonamidy nebo peniciliny v anamnéze. **Interakce*:** *Kontraindikace:* aliskiren (u pacientů s diabetem nebo poruchou funkce ledvin), mimotělní léčba sakubitril/valsartan. *Nedoporučované kombinace:* aliskiren (u jiných pacientů, než diabetiků nebo s poruchou funkce ledvin), lithium, kalium šetřící diuretika a sole draslíku, současná léčba inhibitorem ACE a blokátorem receptorů pro angiotenzin, estramustin, hepariny, trimethoprim a kotrimoxazol. *Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:* Baklofen, nesteroidní antiflogistika (včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den), antidiabetika, léky vyvolávající torsades de pointes, léky snižující hladiny draslíku, draslík nešetřící diuretika, digitalisové přípravky, racekadotril, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus), gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), alopurinol (současná léčba s indapamidem může zvýšit výskyt reakcí hypersenzitivity na alopurinol). *Kombinace vyžadující určitou opatrnost:* Antidepresiva imipriminového typu (tricyklická), neuroleptika, antihypertenziva a vazodilatancia, alopurinol, cytostatika a imunosupresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid nebo tetrakosaktid, anestetika, sympatomimetika, injekce zlata, metformin, jodované kontrastní látky, vápník (a jeho soli), cyklosporin, takrolimus. **Fertilita, těhotenství a kojení*:** Nedoporučuje se během prvního trimestru těhotenství a kojení. Je kontraindikováno během druhého a třetího trimestru těhotenství. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje*:** Schopnost řídit a obsluhovat stroje při užívání přípravku může být snížena. **Nežádoucí účinky*:** *Časté*: hypersenzitivita (reakce, zvláště dermatologické, u pacientů s predispozicí k alergickým a astmatickým reakcím), parestezie, bolest hlavy, dysgeuzie, astenie, závratě, vertigo, zhoršení zraku, tinitus, hypotenze, kašel, dyspnoe, zácpa, nauzea, zvracení, bolest břicha, dyspepsie, průjem, vyrážka, pruritus, makulopapulární vyrážka, svalové křeče. *Méně časté:* eozinofilie, hypoglykemie, hyperkalemie, hyponatremie změny nálady, poruchy spánku, somnolence, synkopa, tachykardie, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, angioedém kopřivka, purpura, hyperhidróza, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, artralgie, myalgie, renální insuficience, erektilní dysfunkce, bolest na hrudi, malátnost, periferní otok, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, pád. *Vzácné*: zhoršení psoriázy, únava, zvýšená hladina bilirubinu a jaterních enzymů v krvi. *Velmi vzácné:* rinitida, trombocytopenie, leukopenie, agranulocytóza, aplastická anemie, hemolytická anemie, pancytopenie, hyperkalcemie, zmatenost, cévní mozková příhoda, možná sekundárně k nadměrné hypotenzi u vysoce rizikových pacientů, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní), angina pectoris a infarkt myokardu (možné sekundárně k nadměrné hypotenzi u vysoce rizikových pacientů), eozinofilní pneumonie, pankreatitida, hepatitida, abnormální hepatální funkce, erythema multiforme, toxická epidermální nekrolýza, Steven-Johnsonův syndrom, snížení hladiny hemoglobinu a snížení hematokritu akutní renální selhání. *Není známo*: Raynaudův fenomén, torsades de pointes (potenciálně fatální), hepatální encefalopatie (v případě jaterní insuficience), myopie, rozmazané vidění, akutní glaukom s uzavřeným úhlem**, choroidální efuze**, svalová slabost**, rhabdomyolýza**, možné zhoršení preexistujícího akutního diseminovaného lupus erythematodes, EKG - prodloužený QT interval, zvýšená hladina glukózy a kyseliny močové v krvi, deplece draslíku s hypokalemií, zvláště závažná u určitých vysoce rizikových skupin pacientů. 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*:** Prestarium Neo Combi je kombinovaný přípravek obsahující argininovou sůl perindoprilu, inhibitoru angiotensin-konvertujícího enzymu, a indapamid, derivátu sulfonamidu, farmakologicky řazenému k thiazidovým diuretikům, s antihypertenzním účinkem na systolický a diastolický arteriální tlak v poloze vleže i vestoje. **Uchovávání:** Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Velikost balení:** 30 a 90 tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci**: **LES LABORATOIRES SERVIER**, 50 rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Registrační číslo: 58/502/06-C (5 mg/1,25 mg), 58/215/09-C (10 mg/2,5 mg). **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: 222 118 307, www.servier.cz

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

*** všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku Prestarium Neo Combi*

7. kongres Medicíny pro praxi
26.–27. 11. 2021
PLZEŇ

POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

GENERÁLNÍ PARTNER

SERVIER

PARTNEŘI

AIDIAN QuikRead go

ANGELINI PHARMA

ewo pharma since 1959

favea plus pro vaše zdraví

Imunoglukan P4H

labmark

Linola

MEDEVIO

MÖLLER'S ZALOŽENO 1854

ONA pharm

Pfizer

PharmaSwiss Choose More Life

Pierre Fabre Médicament

PROFIMED Pečlivě vybráno pro vaše zdraví

ROSEN PHARMA

SCHWABE

STADA

SWISS PHARMA

zepter INTERNATIONAL LIVE BETTER • LIVE LONGER

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

GRADA

maxdorf

Medicína pro praxi