

Medicína pro praxi

2018

F

www.solen.cz | Med. praxi 2018; 15(Suppl F) | ISBN 978-80-7471-251-7 | 2018

ABSTRAKTA

V. KONGRES PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ V PLZNI

23.–24. listopadu 2018

Vienna House Easy Pilsen

(Hotel Angelo)

Pořadatel: Společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Medicína pro praxi
Záštita: II. interní klinika LF UK a FN Plzeň

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

síla / prověřenost / flexibilita

TRIPLIXAM®

perindopril arginin / indapamid / amlodipin



až o
730
tablet za rok
méně



ZJEDNODUŠTE LÉČBU HYPERTENZE

Zkrácená informace o přípravku TRIPLIXAM® • **SLUŽENÍ:** 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/indapamidu a amlodipinu, podávanými současně v téže dávce. **DAVKOVÁNÍ A PŘÍJEM:** Jedna tableta denně, nejlépe ráno a před jídlem. Fxvi 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 (Cl_{cr} < 30 ml/min). Středně závažná porucha funkce ledvin (Cl_{cr} 30-60 ml/min) pro Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg a 10 mg/2,5 mg/10 mg. Hypersenzitivita na léčivé látky, jiné sulfonamidy, deriváty dihydropyridinu, jakýkoli jiný inhibitor ACE nebo na kteroukoli pomocnou látku. Anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edému) souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE (viz bod Upozornění). Dědičný/idiopatický angioedém. Druhý a třetí trimestr těhotenství (viz body Upozornění a Těhotenství a kojení). Hepatální encefalopatie. Závažná porucha funkce jater. Hypokalemie. Závažná hypotenze. Šok, včetně kardiogenního šoku. Obstrukce výtoku 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 (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) (viz bod Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem (viz body Upozornění a Interakce). **Mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se zapomě nabitým povrchem (viz Interakce).** **Signifikanční bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné funkční ledviny (viz Upozornění).** **UPOZORNĚNÍ:** Zvláštní upozornění: **Dvojitá blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS):** zvýšení rizika hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Dvojitá blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se nedoporučuje. Pokud je léčba duální blokády považována za naprosto nezbytnou, má k ní docházet pouze pod dohledem specializovaného lékaře a 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. **Neutropenie/agranulocytóza/thrombocytenie/anémie:** postupujte opatrně v případě kolagenového vaskulárního onemocnění, imunosupresivní léčby, léčby allopurinolem nebo prokainamidem, nebo kombinace těchto komplikujících faktorů, zvláště při existující poruše funkce ledvin. Monitorování počtu leukocytů. **Renovaskulární hypertenze:** pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné funkční ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. **Hypersenzitivita/angioedém, intestinální angioedém:** přerušete léčbu a sledujte pacienta až do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Souběžné užívání inhibitorů mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus): Pacienti užívající současně mTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) mohou mít zvýšené riziko výskytu angioedému. (např. otok dýchacích cest nebo jazyka s poruchou dýchání nebo bez ní). **Současné užívání perindoprilu se sakubitril/valsartanem:** kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Podávání sakubitrilu/valsartanu nesmí být zahájeno do 36 hodin po užité poslední dávce perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčba perindopriem nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání jiných inhibitorů NEP (např. rasekadotrilu) a inhibitorů ACE může také zvýšit riziko angioedému. Před zahájením léčby inhibitory NEP (např. rasekadotrilu) u pacientů užívajících perindopril je proto nutné pečlivě zhodnotit přínos a riziko. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** postupujte opatrně u alergických pacientů léčených desenzibilizací a nepoužívejte v případě imunoterapie jedem blankričlých. Alespoň 24 hodin před desenzibilizací dříve vyšetřte inhibitor ACE. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** postupujte opatrně u alergických pacientů léčených desenzibilizací a nepoužívejte v případě imunoterapie jedem blankričlých. Alespoň 24 hodin před desenzibilizací dříve vyšetřte inhibitor ACE. **Hemodialyzovaní pacienti:** zvažte použití jiného typu dialyzační membrány nebo jiné skupiny antihypertenziv. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzivní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. **Těhotenství:** nezačínat užívání během těhotenství, v případě potřeby zastavit léčbu a zahájit vhodnou alternativní léčbu. **Hepatální encefalopatie:** 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 nížší dávce nebo pouze z jedné složky. Monitorujte draslík a kreatinin, a to po dvou týdnech léčby a dále každé dva měsíce během období stabilní léčby. V případě bilaterální stenózy renální arterie nebo jedné funkční ledviny, nedoporučuje se. Riziko arteriální hypertenze a/nebo renální insuficience (v případech střední insuficience, deplece vody a elektrolytů, u pacientů s nízkým krevním tlakem, stenózou renální arterie, městrvým srdečním selháním nebo cirhózou z edému a ascitem): zahajte léčbu dávkami nižší dávkou a postupně je zvyšujte. **Hypotenze a deplece vody a sodíku:** riziko náhlé hypotenze v přítomnosti preexistující deplece sodíku (zejména, je-li přítomna stenóza renální arterie): sledujte hladinu elektrolytů v plazmě, obnovte objem krve a krevní tlak, znovu zahajte léčbu nižším snížením dávky nebo pouze jednou složkou přípravku. Hladina sodíku: kontrolovat častěji u starších a cirhotických pacientů. Jakákoli diuretika léčba může vyvolat hyponatremii, někdy s velice závažnými následky. Hyponatremie s hypovolemii mohou způsobit dehydrataci a ortostatickou hypotenzi. Současná ztráta chloridových iontů může vést k sekundární kompenzační metabolické alkalóze: vyšetřte a stupen tohoto jevu je malý. **Hladina draslíku:** hyperkalemie: kontrolovat plazmatickou hladinu draslíku u pacientů renální insuficience, zhoršení funkce ledvin, vyššího věku (> 70 let), diabetes mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současně užívání kalium-šetřících diuretik, doplňků draslíku nebo doplňků soli obsahujících draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v séru. Hypokalemie: vysoké riziko u starších a/nebo pohyblivých 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:** hyperkalemie: před vyšetřením funkce příštítných tělísek ukončete léčbu. **Renovaskulární hypertenze:** v případě stenózy renální arterie: zahajte léčbu v nemocnici v nížší dávce; sledujte funkci ledvin a hladinu draslíku. **Suchý kašel. Ateroskleróza:** u pacientů s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulární ischemií zahajte léčbu nízkou dávkou. **Hypertenze krize. Srdce 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 inzulín-dependentního diabetes mellitus zahajte léčbu iniciální nížší dávkou pod lékařským dohledem; během prvního měsíce a/nebo v případě hypokalemie sledujte hladinu glukózy v krvi. **Cernost:** vyšší incidence angioedému a zjevně menší účinnost při snižování krevního tlaku ve srovnání s jinými rasami. **Operace/anestezie:** přerušete léčbu jeden den před operací. **Porucha funkce jater:** mírná až středně závažná: postupujte opatrně. Podání inhibitorů ACE mělo vzácně souvislost se syndromem počinajícím cholestatičkou žloutenkou a progredujícím až v náhlou hepatickou nekrózu a (někdy) úmrtí. V případě žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů ukončete léčbu. **Kyselina močová:** hyperurikémie: zvýšená tendence k záchtavým dnům. Starší pacienti: před zahájením léčby vyšetřte renální funkci a hladinu draslíku. Dávku zvyšovat opatrně. **INTERAKCE:** **Kontraindikováno:** Aliskiren u diabetických pacientů nebo pacientů s poruchou funkce ledvin. Mimotělní léčba. **Sakubitril/valsartan.** **Nedoporučuje se:** lithium, aliskiren u jiných pacientů než diabetických nebo pacientů s poruchou funkce ledvin, souběžná léčba inhibitorem ACE a blokátorem receptorů pro angiotenzin, estramustin, kalium-šetřícími léky (např. triamterem, amilorid...), soli draslíku, kotrimoxazolu (trimethoprim-sulfamethoxazol), dantrolen (infuze), grapefrut nebo grapefrutová šťáva. **Výzadující zvláštní opatnost:** baklofen, nesteroidní antiinfektika (včetně kyseliny acetylsalicylové ve vysokých dávkách), antidiabetika (inzulín, perorální antidiabetika), kalium-nešetřící diuretika a kalium-šetřící diuretika (eplerenon, spironolaktón, rasekadotril...), inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus)... léky vyvolávající „Torsades de pointes“, amfotericin B (iv. podání), glukokortikoidy a mineralokortikoidy (systémové podání), tetrakosakid, stimulant látkiva, srdeční glykosidy, allopurinol (současná léčba s indapamidem může zvýšit výskyt reakcí hypersenzitivity na allopurinol), inductory CYP3A4, inhibitory CYP3A4 klamitromy (existuje zvýšené riziko hypotenze)... **Výzadující určitou opatnost:** antidepresiva imipraminového typu (tricyklická), neuroleptika, jiná antihypertenziva a vazodilatantika, allopurinol (současné podávání s inhibitory ACE), cytostatika nebo imunosupresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid, anestetika, diuretika (thiazid nebo kličková diuretika), glyptiny (inaglitin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, zlato, metformin, jodované kontrastní látky, vápník (soli), cyklosporin, atorvastatin, digoxin nebo warfarin, takrolimus... **TEHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Kontraindikováno během druhého a třetího trimestru těhotenství a při kojení. Nedoporučuje se během prvního trimestru těhotenství. **FERTILITA:** Reverzibilní biochemické změny na hlavové části spermatozoidů u některých pacientů léčených blokátory kalciového kanálu. **SCHOPNOST RIDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Může být narušena v důsledku nízkého krevního tlaku, který se může vyskytnout u některých pacientů, zejména na začátku léčby. **NEZÁDOUCÍ 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, nauzea, zvracení, změny ve vyprazdňování střeva, pruritus, vyrážka, makulopapulární vyrážka, svědole kůže, otok kotníků, astenie, únava. **Méně časté:** rinidita, ezofitlie, hypersenzitivita, hypoglykémie, hyperkalemie vratná po přerušení léčby, hyponatremie, insomnie, změny nálad (včetně úzkosti), deprese, poruchy spánku, hypostezie, třes, synkopa, diplogie, tachykardie, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní), vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, kopřivka, angioedém, alopecie, purpura, změna zabarvení kůže, hyperhidróza, exantém, fotosenzitivní reakce, periferní otoky, artralgie, myalgie, bolest v zádech, poruchy močení, noční močení, polakisurie, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynekomastie, bolest, bolest na hrudi, nevolnost, periferní edémy, horečka, zvýšená tělesná hmotnost, snížená tělesná hmotnost, zvýšení sérové hladiny urey, zvýšení sérové hladiny kreatininu, krv. **Vzácné:** stav zmatenosti, zvýšení sérové hladiny bilirubinu, zvýšení hladiny jaterních enzymů, zhoršení dysfunkce... **Velmi vzácné:** agranulocytóza, aplastická anémie, pancytopenie, leukopenie, trombocytenie, hyperglykémie, hyperkalemie, hypertenze, periferní neuropatie, cévní mozková příhoda, možná sekundárně k nadměrné hypotenzi u vysoké rizikových pacientů, angina pectoris, infarkt myokardu, možná sekundárně k nadměrné hypotenzi u vysoké rizikových pacientů, ezofitlie, 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. **Frekvence neznámá:** Deprese draslíku s hypokalemii, u určitých rizikových populací zvláště závažná, extrapyramidové poruchy (extrapyramidový syndrom), myopie, rozmanité léze, torsades de pointes (potenciálně fatální), možný rozvoj hepatální encefalopatie v případě jaterní insuficience, možnost zhoršení stávajícího systémového erythematózního, EKG: prodloužený interval QT, zvýšená hladina glukózy v krvi, zvýšená hladina kyseliny močové v krvi. 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. **Včasně renální insuficience.** **PREDÁVKOVÁNÍ. VLASTNOSTI:** Perindopril je inhibitor angiotenzin-konvertujícího enzymu (inhibitor ACE), který konvertuje angiotenzin I na vazokonstrikční angiotenzin II. Indapamid je derivát sulfonamidů s indolovým křehem, farmakologicky příbuzný thiazidovým diuretikům. Amlodipin je inhibitorem transportu kalciových iontů (blokátorem pomalých kanálů nebo antagonistou kalciových iontů), který inhibuje transmembránový transport kalciových iontů do srdečních buněk a buněk hladkého svalstva cévních stěn. **BALENÍ:** 30 a 90 tablet. Uchovávaní: nevýžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávaní. Doba použitelnosti: 3 roky. Doba použitelnosti po prvním otevření je 30 dní. Držitel rozhodnutí o registraci: Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, France. Registrační čísla: 58/100/14-C, 58/101/14-C, 58/102/14-C, 58/103/14-C. Datum poslední revize textu: 25. 6. 2018. 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. Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pz> - hrazených ze zdravotního pojištění. 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

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



PROGRAM – pátek 23. listopadu

- 9.00 ZAHÁJENÍ**
prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.
- 9.05–10.05 LIPIDOVÁ SEKCE**
Garanti prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc., prof. MUDr. Jaroslav Racek, DrSc.
- **Jak správně určit celkové kardiovaskulární riziko a intoleranci statinů?** – Nussbaumerová B.
 - **Familiární hypercholesterolemie a smíšená familiární dyslipidemie** – Cibulka R.
 - **Biologická léčba dyslipidemií – kdy a pro koho** – Rosolová H.
- 10.05–11.05 KARDIOLOGIE**
Garantka prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.
- **Ten umí to a ten zas tohle aneb synergické účinky antihypertenziv a statinů** – Šnejdrová M.
 - **Kdy a jak léčit hypertonika ve světle soudobých guidelines** – Švarcová T.
 - **KV riziko jako důsledek zvýšené aktivity sympatiku** – Rosolová H.
- 11.05–11.35 PŘESTÁVKA**
- 11.35–13.10 OČKOVÁNÍ V DOSPĚLOSTI**
Garant prof. MUDr. Petr Pazdiora, CSc.
- **Očkování v dospělosti se prolíná s očkováním dětí, epidemiologické aktuality** – Pazdiora P.
 - **Pertuse a možnosti očkování** – Fabiánová K.
 - **Očkování proti chřipce** – Kynčl J.
 - **Aktuální možnosti prevence proti IPO a IMO, známe je?** – Fraňková M.
- 13.10–14.00 OBĚD**
- 14.00–14.35 MEZIOBOROVÁ PŘEDNÁŠKA**
prof. MUDr. Petra Cetkovská, Ph.D., prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.
- **Psoriáza a přidružená onemocnění**
- 14.35–15.35 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE**
- **Flavonoidy v léčbě chronického žilního onemocnění** – Černohorská J.
 - **Uropatogenní *E. coli* – duální ovlivnění a prevence nekomplikovaných močových infekcí** – Rejchrt M.
 - **Život není jen sen** – Racková S.
- 15.35–16.00 PŘESTÁVKA**
- 16.00–16.40 PLICNÍ HYPERTENZE**
Garant doc. MUDr. Pavel Jansa, Ph.D.
- **Diferenciální diagnostika dušnosti** – Ambrož D.
 - **Plicní hypertenze** – Jansa P.
- 16.40–18.00 REVMATOLOGIE**
Garant MUDr. David Suchý, Ph.D.
- **Psoriatická artritida – základy diagnostiky a léčby** – Suchý D.
 - **Obrovskobuněčná artritida jako pozdní komplikace revmatické polymyalgie – kazuistika** – Voříšek J.
 - **Revmatické komplikace HCV a jiných jaterních onemocnění a léky indukovaná toxicita (toxické poškození jater)** – Hejda V.
 - **Mužská osteoporóza jako důsledek prodloužení průměrného věku** – Vyskočil V.

PROGRAM – sobota 24. listopadu

9.00–10.00 **IP** **ATB, atd. nebo ABT** – MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D., MUDr. Václava Adámková

■ Diskuzní, interaktivní blok

10.00–11.20 **MEZIOBOROVÁ SDĚLENÍ**

Shire – Váš partner v léčbě vzácných onemocnění

■ **Gaucherova choroba – pacienti spoléhají na Vaši včasnou diagnózu aneb nemoc dospělých i dětí** – Ješina P.

■ **Kdy by měl lékař pomyslet na možný imunodeficit?** – Liška M.

(Satelitní symposium firmy Shire Czech, s. r. o.)

■ **Osteoartróza a možnosti její léčby** – Vlček Š.

■ **Mýty ve výživě ve vztahu k civilizačním onemocněním** – Boženský J.

11.20–11.50 **PŘESTÁVKA**

11.50–13.15 **NEUROLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ S PŘETRVÁVÁNÍM DO DOSPĚLOSTI**

Garant MUDr. Jiří Polívka, CSc.

■ **Febrilní křeče – nové poznatky, nová doporučení** – Sobotka P.

■ **Epilepsie v adolescenci** – Vacovská H.

■ **Co bychom měli vědět o migréně?** – Kotas R.

■ **Ikty v mladém věku** – Polívka J.

13.20 **ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD**

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

V. KONGRES PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ V PLZNI

23.–24. listopadu 2018 | **Vienna House Easy Pilsen**

Pořadatel

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

Záštita

II. interní klinika LF UK a FN Plzeň

Prezidentka akce

prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.

Organizátor

SOLEN, s. r. o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

Kontaktní osoba: Markéta Slezáková, 734 571 658, slezakova@solen.cz

Zajištění výstavních ploch: Mgr. Martin Jíša, 734 567 855, jisa@solen.cz

Programové zajištění: Mgr. Hana Kaprálová, 777 557 411, kapralova@solen.cz

Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s. r. o., Lucie Šilberská

Ohodnocení

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



Supplementum F Medicína pro praxi

Citační zkratka:

Med. praxi 2018; 15(Suppl F).

Vydal: Solen, s. r. o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-251-7

Utipro[®] plus

K zvládnutí
a **prevenci** infekcí
močových cest

Novinka s unikátním
mechanismem účinku

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



Účinnost potvrzena klinickými studiemi

Lipidová sekce

garanti prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.,
prof. MUDr. Jaroslav Racek, DrSc.

pátek / 23. listopadu 2018 / 9.05–10.05 hod.

Jak správně určit celkové kardiovaskulární riziko a intoleranci statinů?

MUDr. Barbora Nussbaumerová, Ph.D.

Centrum preventivní kardiologie, MedPed centrum, II. interní klinika, FN a LF UK Plzeň

Všechny současné doporučené postupy týkající se prevence kardiovaskulárních onemocnění (KVO) doporučují hodnotit riziko KVO, protože KVO jsou obvykle důsledkem řady rizikových faktorů. Prevenci KVO u konkrétního pacienta je třeba přizpůsobit individuálnímu KV riziku; čím vyšší je riziko, tím intenzivnější by měla být intervence.

Mezi osoby s velmi vysokým nebo vysokým celkovým KV rizikem jsou automaticky řazeny nemocní s dokumentovaným KVO, s diabetem 1. nebo 2. typu, s velmi vysokými hodnotami individuálních rizikových faktorů a s chronickým onemocněním ledvin. U těchto nemocných není třeba používat model pro odhad rizika a je třeba aktivně intervenovat na úrovni všech rizikových faktorů.

U všech dalších osob je doporučeno k odhadu celkového KV rizika používat model pro odhad rizika, jako je SCORE, protože u mnoha osob nacházíme více rizikových faktorů, které mohou v kombinaci vést k neočekávaně vysokému KV riziku. Systém SCORE umožňuje odhad desetiletého kumulativního rizika první fatální aterosklerotické příhody (infarkt myokardu, cévní mozková příhoda nebo jiná okluzivní cévní onemocnění včetně náhlé srdeční smrti).

Přínos léčby statiny je řádově vyšší než jejich nežádoucích účinků. Většina nežádoucích účinků je vzácná a neohrožuje zdraví pacientů. Intolerance neboli nesnášenlivost statinů znamená nejčastěji svalové potíže nebo elevaci jaterních testů. Myalgie jsou bolesti svalů bez klinického a laboratorního korelátu, myopatie je bolest svalů provázená zvýšením kreatinkinázy a rabdomyolýza zahrnuje renální poškození způsobené uvolněním myoglobinu při rozpadu svalové hmoty. Asymptomatické zvýšení kreatinkinázy nepovažujeme za myopatii. Rizikovými faktory jsou vyšší věk, polypragmazie, renální insuficience, aktivní sport a stav po transplantaci s užíváním imunosupresiv. Je třeba vyloučit hypotyreózu a vyšší příjem alkoholu. I přes možné problémy při zahájení léčby statiny je většina pacientů schopna užívat jiný statin nebo nižší dávkování původně předepsaného léku a tyto alternativy je třeba vyzkoušet. Statinová intolerance je medializovaným tématem a základem léčby je dobře poučený a spolupracující pacient.

Familiární hypercholesterolemie a smíšená familiární dyslipidemie

MUDr. Roman Cibulka, Ph.D., MBA

Ordinace pro poruchy metabolismu ÚKBH LF UK a FN Plzeň

Fakulta zdravotnických studií ZČU v Plzni

Familiární hypercholesterolemie (FH) je vrozená porucha metabolismu, při které vážně vychytávání cholesterolu z krve do buněk, a proto se projevuje zvýšenou koncentrací cholesterolu v krvi. Řadí se mezi dyslipidemie a je významným rizikovým faktorem aterosklerózy a jejích komplikací v podobě kardiovaskulárních onemocnění. Jedná se o monogenní onemocnění přenášené autozomálně dominantně.

FH probíhá dlouho asymptomaticky, často je jejím prvním projevem až akutní kardiovaskulární příhoda, která hrozí heterozygotům přibližně od 30 let věku (homozygotům již v dětství). Objektivní nález při FH bývá většinou chudý. Mohou být přítomny šlachové xantomy, arcus lipoides corneae a xantelazmata palpebrarum, není to však podmínkou. Základním projevem FH je hypercholesterolemie, kterou je nutné aktivně vyhledávat při preventivních prohlídkách. Heterozygoti mívají hladinu

celkového cholesterolu zpravidla v rozmezí 7–10 mmol/l a hladinu LDL-cholesterolu ≥ 5 mmol/l. Hladina triglyceridů bývá normální nebo jen lehce zvýšená. Důležitá při diagnostice FH je rodinná anamnéza. Často se setkáváme s výskytem ischemické choroby srdeční u přímých příbuzných, mnohdy v relativně mladém věku. Někdo v rodině se pravděpodobně léčí nebo v minulosti léčil „pro vysoký cholesterol“.

Zásadní je včasná identifikace jedinců s FH a zahájení hypolipidemické léčby. Základem je zdravý životní styl, z farmak jsou lékem první volby statiny, které zde nasazujeme poměrně časně (nezřídka už v dětském věku). Měli bychom je titrovat až do maximální tolerované dávky. Pokud monoterapie statinem nestačí k dosažení cílové hodnoty LDL-cholesterolu, přidáváme do kombinace zpravidla ezetimib. U pacientů s FH, u kterých přetrvává hypercholesterolemie i při léčbě maximální (tolerovanou) dávkou statinu spolu s ezetimibem, lze přidat do kombinace v indikovaných případech ještě inhibitor PCSK9 (proprotein konvertáza subtilisin/kexin typu 9). V nejtěžších případech lze FH léčit také LDL-aferézou.

Familiární kombinovaná dyslipidemie (hyperlipidemie) je nejčastější geneticky podmíněnou dyslipidemií. Na rozdíl od FH se jedná o polygenní onemocnění, ve kterém se uplatňuje více genů menšího účinku i vlivy zevního prostředí. Proto se manifestuje až později během života (zatímco FH už od narození). I zde však existuje silná genetická predispozice, a proto bývá postiženo více jedinců ze stejné rodiny. I zde hrozí předčasná manifestace aterosklerózy, a proto je také zde velmi důležité vyhledávání nemocných při preventivních prohlídkách.

Fyzikální nález u familiární kombinované dyslipidemie bývá normální. V laboratorním obraze nacházíme smíšenou hyperlipidemii (hypercholesterolemii i hypertriglyceridemii) se zvýšenou koncentrací apolipoproteinu B-100 ($\geq 1,2$ g/l). Příčinou této dyslipidemie je zvýšená syntéza lipoproteinů VLDL v játrech, ze kterých posléze vznikají tzv. malé denzní lipoproteiny LDL, které jsou velmi aterogenní. V léčbě jsou zde velmi důležitá nefarmakologická opatření, ve farmakoterapii je často využívána kombinace statinu a fibrátu.

Biologická léčba dyslipidemií – kdy a pro koho

prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.

Centrum preventivní kardiologie, II. interní klinika, FN a LF UK Plzeň

Léčba inhibitory PCSK9, tj. monoklonální lidskou protilátkou, je řazena mezi biologickou léčbu poruch metabolismu lipidů. Proproteinová konvertáza subtilizinu/keksinu typu 9 je mimo jiné zodpovědná za odbourávání LDL-receptorů na povrchu jaterních buněk; její vyvázání protilátkou vede ke zvýšenému počtu LDL receptorů, a tím k větší clearance LDL-cholesterolu (ch) a následně k razantnímu snížení jeho koncentrace v krvi. Evolokumab i praluent redukují hladinu LDL-ch v průměru o 65 % ve srovnání s placebem.

Tato léčba je indikována spolupracujícím pacientům, kteří jsou na maximální tolerované léčbě statinem v kombinaci s ezetimibem, a přitom nedosahují doporučených hodnot LDL-ch. Úhrada inhibitorů PCSK9 je však ještě omezena na dvě skupiny pacientů:

- pacienti s heterozygotní formou familiární hypercholesterolemie (HeFH) kteří mají LDL-ch ≥ 4 mmol/l.
- pacienti s hypercholesterolemií nebo smíšenou dyslipidemií, kteří jsou v sekundární prevenci s dokumentovaným manifestním kardiovaskulárním onemocněním (ischemická choroba srdeční, ischemická cévní mozková příhoda včetně TIA, po PCI nebo jiné revaskularizaci, ischemická choroba dolních končetin) a LDL-ch ≥ 3 mmol/l.

Tato léčba může být indikována pouze v 16 vybraných centrech biologické léčby v ČR. Centrum pro Plzeňský a Karlovarský kraj je na II. interní klinice, v Centru preventivní kardiologie, kde sídlí i lipidová ordinace. Adresa: Fakultní nemocnice Bory, E. Beneše 13, Plzeň, pavilon č. 3, číslo dveří 100. Kontakt rosolova@fnplzen.cz, nebo telefon 377 402 737 mezi 9. až 12. hodinou od pondělí do pátku (sestra Kvíderová).

Kardiologie

garantka prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.

pátek / 23. listopadu 2018 / 9.05–10.05 hod.

Kardiovaskulární riziko jako důsledek zvýšené aktivity sympatiku

prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.

Centrum preventivní kardiologie, II. interní klinika, FN a LF UK Plzeň

Sympatický nervový systém (SNS) je jedním z hlavních řídicích mechanismů v lidském organismu a jeho aktivita rozhoduje o délce života. Porucha rovnováhy mezi sympatickým a parasympatickým nervovým systémem je považována za důležitý patofyziologický mechanismus rozvoje řady nemocí. Převaha tonu sympatiku byla nejvíce studována v souvislosti s patogenezí hypertenze. Dnes je známo, že zvýšená aktivita sympatiku souvisí s ischemickou chorobou srdeční (ICHS), se srdečním nebo ledvinovým selháváním, s náhlou smrtí, s inzulinovou rezistencí, diabetem 2. typu aj. Sympatikus aktivuje renin-angiotenzinový aldosteronový systém (RAS), další z důležitých mechanismů hrající významnou roli v patogenezi kardiovaskulárních onemocnění.

Je představena první fixní kombinace kardioselektivního betablokátoru bisoprololu a inhibitoru ACE perindoprilu (Cosyrel), který je indikován u pacientů s arteriální hypertenzí a zvýšenou aktivitou SNS. Dále je indikován u pacientů po infarktu myokardu nebo po koronární revaskularizaci a/nebo u pacientů se stabilní ICHS a/nebo u pacientů se srdečním selháváním a sníženou ejekční frakcí. Tato fixní kombinace je velmi účinná a bezpečná antihypertenzní a kardioprotektivní terapie, která prodlužuje život, protože snižuje aktivitu SNS.

Očkování v dospělosti

garant prof. MUDr. Petr Pazdiora, CSc.

pátek / 23. listopadu 2018 / 11.35–13.10 hod.

Očkování v dospělosti se prolíná s očkováním dětí, epidemiologické aktuality

prof. MUDr. Petr Pazdiora, CSc.

Ústav epidemiologie, FN a LF UK Plzeň

Po zahájení pravidelného očkování proti virové hepatitidě B v r. 2001 ve dvou věkových kohortách došlo k praktické eliminaci této infekce v ČR u osob do 28 let, nejvyšší nemocnost (2,7/100 000 obyvatel) byla v r. 2017 zaznamenána ve věkové skupině 30–34 let. Pozornost je třeba nadále věnovat prevenci vertikálního přenosu, zejména u žen narozených ve Vietnamu.

U invazivních meningokokových onemocnění nadále platí, že nejvyšší nemocnost je věkových skupinách 0letých, 15–19letých a 1–4letých. V současnosti dochází k obměně prevalující séro skupiny (sg.), řadu let převládala sg. B, nyní dochází ke změně a převaze sg. C. V posledních několika letech se i na našem trhu objevily 2 vakcíny s účinností proti séro skupině B.

V ČR byly bohužel v posledních letech znovu zaznamenány epidemické výskyty spalniček, v Ústeckém kraji v r. 2014 bylo hlášeno 199 nemocných, v r. 2017 v Moravskoslezském kraji 136 nemocných, letos je zatím podchyceno 166 nemocných. Potvrzuje se, že bez vysoké proočkovanosti 2 dávkami (tj. 99 %) nelze eliminaci této infekce zajistit, objektivně to potvrzují i poslední sérologické přehledy. Zranitelnou profesní skupinou jsou zdravotníci. Staronovým problémem jsou i epidemie příušnic, dochází k nim znovu ve tříletých intervalech, ale v různých částech republiky. Většinu nemocných, vesměs ve věkové skupině 15–19 let, tvoří osoby řádně očkované 2 dávkami. Celkové počty nemocných jsou nižší, u řádně očkovaných osob je oproti minulosti menší riziko hospitalizace i komplikovaných průběhů. Změna očkovacího kalendáře současnou epidemiologickou situaci

COSYREL®

bisoprolol fumarát / perindopril arginin

Jediná fixní kombinace β-blokátoru a ACEi

pro dobře vyladěné srdce

3 INDIKACE Hypertenze | Stabilní ICHS | Srdeční selhání #

1 tableta 1x denně

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

Zkrácená informace o přípravku COSYREL®

Složení*: Cosyrel 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, potahované tablety, obsahují bisoprolol fumaras 5 mg perindopril argininu (per) 5 mg, 5 mg bis/5 mg per, 10 mg bis/5 mg per, 10 mg bis/10 mg per. **Indikace*:** Cosyrel je indikován k léčbě hypertenze a/nebo stabilní ischemické choroby srdeční (u pacientů s infarktem myokardu a/nebo revaskularizací v anamnéze) a/nebo stabilního chronického srdečního selhání se sníženou systolickou funkcí levé komory (pouze Cosyrel 5 mg/5 mg a Cosyrel 10 mg/5 mg) jako substituční léčba u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných bisoprololem a perindoprilem podávanými současně ve stejné dávce. **Dávkování a způsob podání*:** Obvyklá dávka je jedna tableta jednou denně, nejlépe ráno a před jídlem. Pacienti musí být stabilizováni na léčbě bisoprololem a perindoprilem ve stejné dávce po dobu nejméně 4 týdnů. Fixní kombinace není vhodná k iniciální léčbě. U pacientů stabilizovaných na dávce bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 2,5 mg nebo bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 5 mg: půl tablety obsahující 5 mg/5 mg nebo 5 mg/10 mg jednou denně. Je-li nutná změna dávkování, titraci je nutno provádět za použití jednotlivých složek samostatně. **Porucha funkce ledvin:** Doporučené dávkování podle clearance kreatininu. 5 mg/5 mg: $Cl_{cr} \geq 60$ (ml/min): 1 tableta; $30 < Cl_{cr} < 60$: ½ tablety; $Cl_{cr} < 30$: přípravek není vhodný, doporučená titrace dávky za použití jednotlivých složek samostatně. 5 mg/10 mg: $Cl_{cr} \geq 60$: ½ tablety; $Cl_{cr} < 60$: přípravek není vhodný. 10 mg/5 mg: $Cl_{cr} \geq 60$: 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 okluzečního onemocnění nebo Raynaudova syndromu; neléčený feochromocytom (viz bod Upozornění*); metabolická acidóza; anamnéza angioneurotického edému souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE; dědičný nebo idiopatický angioneurotický edém; 2. a 3. trimestr těhotenství (viz body Upozornění*, Těhotenství a kojení*) současně užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo s poruchou funkce ledvin ($GFR < 60$ ml/min/1,73 m²) (viz body Upozornění*, Interakce* a Farmakodynamické vlastnosti*), současně užívání se sakubitrilem/valsartanem (viz bod Upozornění*, a Interakce*), mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz bod Interakce*) **, signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné funkční ledviny (viz bod Upozornění*). **Upozornění*:** **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Hypertenze: u pacientů s poklesem objemu tělních tekutin, se symptomatickým srdečním selháním se současnou renální insuficiencí nebo bez ní, s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárními chorobami je při zahájení léčby a změně dávky zapotřebí pečlivé monitorování. Náhle hypotenzi 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 se sakubitrilem/valsartanem je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Podávání sakubitrilu/valsartanu nesmí být zahájeno do 36 hodin po užití poslední dávky perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčba perindoprilem nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky sakubitrilu/valsartanu (viz body Kontraindikace a Interakce). Současné užívání jiných inhibitorů NEP (např. rasekadotrilu) a inhibitorů ACE může také zvýšit riziko angioedému. Před zahájením léčby inhibitory NEP (např. rasekadotrilu) u pacientů užívajících perindopril je proto nutné pečlivé zhodnocení přínosu a rizika **. Pacienti souběžně užívající terapii inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) mohou mít zvýšené riziko angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka s poruchou dýchání nebo bez ní) **. **Selhání jater:** vzácně byly inhibitory ACE spojovány se syndromem, který začíná cholestatickou žloutenkou a progreduje ve fulminantní jaterní nekrózu a (někdy) v úmrtí: ukončit léčbu v případě rozvoje žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů. **Černáská 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 současně užívání draslík-šetřících diuretik, draslíkových doplňků, náhrad soli s obsahem draslíku, léčivých přípravků, které mohou způsobovat vzestup sérových koncentrací draslíku. **Kombinace s lithium,** s draslík-šetřícími diuretiky, draslíkovými doplňky nebo náhradami soli obsahujícími draslík, **kalciovými antagonisty, antiarytmiky třídy I a centrálně působícími antihipertenzivy:** se obecně nedoporučuje. **Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS):** zvýšení rizika hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se proto nedoporučuje. Pokud je léčba duální blokády 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. **Ukončení léčby:** nesmí být provedeno náhle 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 v vhodné dávce 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 renálních arterií nebo stenózou arterie solitární ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání (viz bod Kontraindikace). Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie **. **Transplantace ledvin, srdeční selhání s inzulin dependentním diabetem mellitus (typ II), těžkou poruchou funkce ledvin, těžkou poruchou funkce jater, restriktivní kardiomyopatie, vzrozným srdečním onemocněním, hemodynamicky signifikantním organickým onemocněním chlopní, infarktem myokardu v předchozích 3 měsících:** nejsou zkušenosti s podáváním. **Anafylaktoidní reakce během aferýzy nízkodenzitních lipoproteinů (LDL):** vzácná, lze předjetí dočasným vysazením léčby inhibitory ACE před každou aferézou. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** dočasné vysadit léčbu před vyšetřeními. Tyto reakce se znovu objevily po náhodném opětovném vystavení. Bisoprolol může zvýšit senzitivitu vůči alergenům i závažnost anafylaktických reakcí. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anémie:** extrémní opatrnost u pacientů s kolagenovým vaskulárním onemocněním, s imunosupresivní léčbou, léčbou aluprindolem 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 anestézií. **Psoriáza:** podání po zvážení přínosu a rizika. **Feochromocytom:** podávání bisoprololu vždy s blokátorem alfa-receptorů. **Tyroiditida:** symptomy mohou být maskovány. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihipertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje **. **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 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, dyspnoe, parestezie, porucha zraku, tinitus, zhoršení srdečního selhání, hypotenze a účinky související s hypotenzí, pocit chladu nebo zneklíčenosti končetin, kašel, dyspnoe, bolest břicha, zácpa, průjem, nauzea, zvracení, dyspepsie, vyrážka, pruritus, svalové křeče, astenie, únava. Méně časté: ezofagitida, hypoglykemie, hyperkalemie, reverzibilní při vysazení léčby, hyponatémie, změny nálady, poruchy spánku, deprese, somnolence, synkopa, palpitace, tachykardie, poruchy AV vedení, ortostatická hypotenze, vaskulitida, bronchospasmus, suchý v ústech, angioedém obličej, končetin, rtů, sliznic, jazyka, glottis a/nebo hrtanu, kopřivka, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, hyperhidróza, svalová slabost, artralgie, myalgie, renální insuficience, erektilní dysfunkce, bolest na hrudi, malátnost, periferní edém, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, pád. **Vzácné:** rinítida, 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. **Antiaritmika třídy III (amiodaron):** parasympatometika: lokální betablokátory (např. oční kapky k léčbě glaukomu); digitalisové glykosidy; baflofen; draslík-šetřící diuretika; draslík-šetřící diuretika; arytmie, angina pectoris, infarkt myokardu a cévní mozková příhoda, možná sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoké 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 nadměrné sekrece antidiuretického hormonu). SIADH lze považovat za velmi vzácnou, ale možnou komplikaci spojení s léčbou inhibitory ACE. **Předávkování*, vlastnosti*:** Bisoprolol je vysoké beta-selektivní blokátor adrenoreceptorů bez vnitřní sympatometické 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. **Uchovávaní:** Žádné zvláštní podmínky uchovávaní ani zacházení. **Řízení rozhodnutí o registraci:** LES LABORATOIRES SERVIER, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, France. Registrační číslo: 58/583-568/15-C. **Datum poslední revize textu:** 26. 1. 2018. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách a jsou na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčiv-pzl-zdrav-pojištění. Další informace na adrese: Servier s.r.o., na Floreně 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 informacích o léčivém přípravku Cosyrel



může ovlivnit cca za 10 let. Odlišná epidemiologická situace v různých částech světa byla nepřímo potvrzena v r. 2011, kdy po porodech 2 vietnamských žen byly poprvé od r. 1994 diagnostikovány v ČR vrozené zarděnkové syndromy.

Po vysokém prvotním zájmu o očkování proti pneumokokovým infekcím u kojenců dochází postupně k poklesu proočkovanosti, která se u ročníků narození 2015–2016 v současnosti celorepublikově pohybuje mezi 71–66 %. Přes klesající proočkovanost došlo k poklesu nemocnosti v nejmladší věkové skupině. Zavedení doporučeného očkování proti lidským papilomavirovým infekcím u 13letých dívek bylo velmi důležité – podle údajů KHS Plzeňského kraje se u dívek narozených v letech 1999–2003 pohybuje proočkovanost mezi 76–65 %. Dopad tohoto očkování lze ale očekávat až s odstupem desítek let.

Závěr

Aktuální epidemiologická situace potvrzuje, že bez udržení vysoké proočkovanosti budou problémy s mnoha infekcemi pokračovat. Je třeba, abychom byli připraveni na odlišnou epidemiologickou situaci v jiných zemích, ale i na návrat „starých“ infekcí z různých důvodů.

Pertuse a možnosti očkování

MUDr. Kateřina Fabiánová, Ph.D.

Oddělení epidemiologie infekčních nemocí, Centrum epidemiologie
a mikrobiologie, SZÚ, Praha

Přes vysokou úroveň proočkovanosti české populace proti pertusi se v dlouhodobém trendu nemocnosti pravidelně opakují 2–5leté cykly nárůstu a poklesu hlášené nemocnosti, podobně jako v jiných státech. Tyto epidemické cykly svědčí o trvalé přítomnosti původce onemocnění bakterie *Bordetella pertussis* v populaci. Většina případů pertuse v ČR do roku 1989 byla evidována u dětí mladších 3 let. Z vývoje onemocnění od 90. let je patrné, že na zvyšujícím se trendu nemocnosti se podílela také nízká imunogenita již tehdy používaných dovážených očkovacích látek, což potvrzují i výsledky sérologických přehledů provedených v roce 1996 a 2001. Od roku 1993 je v ČR registrován stoupající trend onemocnění ve všech věkových kategoriích. Došlo ke změně ve věkově specifické nemocnosti pertuse; nejvíce případů bylo každý rok hlášeno ve věkové skupině 10–14letých dětí. Většina všech případů onemocnění byla stále u mladší populace, ve věkové skupině 0–19 let věku. Nemocnost však začala narůstat také ve věkových skupinách nad dvacet let.

V roce 2012 došlo k další výrazné změně; maximum nemocných se posunulo z věkové skupiny 10–14 let do věkové skupiny 15–19 let. V roce 2015 se maximum hlášených případů posunulo do populace nad 20 let věku (64 %).

Onemocnění pertusí u malých kojenců kopírují maximum nemocnosti v ostatních věkových skupinách. K přenosu nákazy nejčastěji dochází od jejich nejbližších kontaktů, tedy rodinných příslušníků. Nelze vyloučit, že nepoznaná pertuse se může podílet i na syndromu náhlého úmrtí kojenců. U nejmenších dětí je nemocnost nejvyšší do 2 měsíců věku, tedy ještě před zahájením očkování proti pertusi. Pokud je očkování u dětí zahájeno ve věku 2 měsíců, klesá počet hospitalizací a úmrtí v souvislosti s pertusí. Nemocnost rychle klesá po první nebo druhé dávce očkování. Počet hospitalizací a úmrtí je nejvyšší u nejmladších dětí (0–1 měsíc); u dětí, které obdržely dvě dávky vakcíny, jsou úmrtí v souvislosti s pertusí vzácná.

Nejúčinnější prevencí proti onemocnění pertusí je očkování – buď jako součást pravidelného očkování u dětí nebo jako doporučené očkování u adolescentů a dospělých. WHO v dokumentech z roku 2014 věnovaných pertusi doporučuje udržet vysokou proočkovanost a zavést všechna preventivní opatření, která mohou snížit nemocnost a úmrtnost nejmenších dětí na pertusi. Kromě pravidelného očkování dětské populace doporučuje přeočkování adolescentů a dospělých. Do preventivních vakcinačních opatření řadí WHO také „cocoon“ strategie, očkování gravidních, očkování zdravotníků a očkování novorozenců.

Očkování proti chřipce

MUDr. Jan Kynčl, Ph.D.

Oddělení epidemiologie infekčních nemocí, Státní zdravotní ústav, Praha

Chřipka je jediná virová infekce způsobující každoroční rozsáhlé epidemie. Onemocnění je provázeno komplikacemi, především u starších pacientů a malých dětí, včetně řady úmrtí.

Vytvoření čtyřvalentní vakcíny proti chřipce je přirozenou reakcí na evoluci chřipkových virů. Čtyřvalentní vakcína proti chřipce, poprvé licencovaná roku 2013, by měla významně zlepšit ochranu vůči cirkulujícím virům chřipky, což by ve svém důsledku mělo zvýšit celkovou účinnost chřipkové vakcíny.

Chřipková infekce je spojena se zvýšeným rizikem akutního infarktu myokardu (IM). Očkování snižuje riziko u pacientů s předchozím IM nebo známým kardiovaskulárním onemocněním. Potenciální přínos očkování proti chřipce v prevenci IM v celé populaci není dosud dostatečně stanoven; z tohoto důvodu se tématu věnuje několik recentních studií. Ze systematického přehledu publikovaných studií případů a kontrol plyne, že infekce chřipkou byla významně spojena s IM, s výpočtem poměru šancí ze sdružených dat OR 2,01 (95% CI 1,47 až 2,76).

Naopak vakcinace proti chřipce byla negativně spojena s IM, se sdruženým OR 0,71 (95% CI 0,56 až 0,91), což odpovídá účinnosti očkování 29 % (95% CI 9 % až 44 %) proti IM. Očkování proti chřipce by svým pacientům měli doporučovat nejen praktičtí lékaři, ale také odborní lékaři – specialisté. Očkování proti chřipce je snadno dostupná, levná a bezpečná intervence, která může snížit riziko IM, a to i u osob bez rozpoznání onemocnění srdce.

Mezioborová přednáška

pátek / 23. listopadu 2018 / 14.00–14.35 hod.

Psoriáza a přidružená onemocnění

prof. MUDr. Petra Cetkovská, Ph.D.¹, prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.²

¹Dermatovenerologická klinika FN a LF UK Plzeň

²II. Interní klinika FN a LF UK Plzeň

Psoriáza je chronické zánětlivé systémové onemocnění, které postihuje 2 až 3 % populace. Psoriáza je často sdružena s celou řadou dalších zánětlivých chorob, které vedou ke zkrácení průměrné délky života pacientů až o 5 let, a to především kvůli riziku kardiovaskulárních onemocnění (KVO) na podkladě aterosklerózy nebo diabetu a jeho komplikací. U pacientů s psoriázou je proto vhodné pravidelné vyšetřování základních kardiometabolických rizikových faktorů, které se většinou sdružují do metabolického syndromu.

Metabolický syndrom (MS) je definován jako přítomnost 3 a více z pěti rizikových faktorů (krevní tlak 130/85 a vyšší, obvod pasu nad 80 cm u žen a nad 94 cm u mužů, hladina TG 1,7 mmol/l a vyšší, HDL-cholesterol menší než 1 mmol/l u mužů a menší než 1,3 mmol/l u žen, glykemie 5,6 mmol/l a vyšší) a pro svého nositele zvyšuje riziko vzniku diabetu 2. typu 5krát a riziko KVO 2krát. Pacienti s MS jsou charakterizováni prozánětlivým, prokoagulačním a proaterosklerotickým stavem, který je zřejmě společným patofyziologickým mechanismem pro psoriázu, KVO i diabetes 2. typu.

Přibývají důkazy, že včasná protizánětlivá systémová léčba psoriázy sníží kardiovaskulární riziko v budoucnosti a současně je zřejmé, že včasná detekce a léčba MS zabrání nejen rozvoji KVO a diabetu 2. typu, ale zlepší i závažnost kožních změn. Vzhledem k propojení řady zánětlivých onemocnění je třeba těsné spolupráce mezi dermatology, praktickými lékaři, internisty i dalšími odborníky, kteří se zabývají touto problematikou.

Aktuality do Vaší ordinace

pátek / 23. listopadu 2018 / 14.35–15.35 hod.

Synergický účinek flavonoidů

MUDr. Júlia Černožorská, Ph.D.

Dermalcentre Mělník

Příběh objevení chemické podstaty flavonoidů sahá do první poloviny devatenáctého století (1). O jejich existenci se ale vědělo už dříve. Lidové léčitelství jejich pozitivní účinky na lidský organismus využívalo v podobě zábalů, čajů, obkladů, oplachů, výplachů nebo tinktur. Dočíst se můžeme například o tom, že Hippokrates doporučoval zředěné víno při špatném trávení a bolestech hlavy, cibule se využívala pro své antitrombotické účinky, hroznové víno podporuje snížení nadváhy, čistí ledviny a močové cesty. To vše díky flavonoidům obsaženým zejména v kůře nebo oplodí ovoce, v květech, kořenech, nebo i listech rostlin. Najdeme je také v pivu, víně, semenech plodů a pylových zrnech, obsahují je také ořechy (1).

Flavonoidy a chronické žilní onemocnění:

V České republice jsou flavonoidy nejčastěji využívány v léčbě chronického žilního onemocnění (Chronic Venous Disease, CVD). Nejsilnější důkazy o klinickém účinku má mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce (MPFF-DetraleX). Tento lék zlepšuje výživu tkáně, snižuje žilní tlak, zvyšuje kapilární rezistenci, zvyšuje žilní tonus, podporuje lymfatický průtok, má fibrinolytický, protizánětlivý a anti-edematózní efekt. MPFF obsahuje fixní kombinaci 5 flavonoidů ve formě mikronizované purifikované flavonoidní frakce. Jedna tableta obsahuje 450 mg diosminu a 50 mg hesperidinové frakce, která je vyjádřena dalšími flavonoidy – hesperidinem, diosmetinem, linarinem a isorhoifolinem. Ve vysokých koncentracích jsou tyto flavonoidy přítomné pouze v citrusových plodech druhu *Rutaceae aurantia* (obrázek 1). MPFF je získávána z této speciální odrůdy, která se pěstuje ve Španělsku, v Maroku, v Číně a ve Francii. Nejvíce těchto látek je u citrusů obsažena zejména v pevné bílé části (tzv. oplodí) a v kůře plodů. Z tohoto důvodu může mít celý plod několikanásobně vyšší obsah flavonoidů než sklenice šťávy z tohoto ovoce (1). Díky synergickým vlastnostem těchto flavonoidů pak každá frakce v MPFF přispívá k maximální účinnosti, a jejich účinky se vzájemně potencují (2, 3).

Obr. 1. Plody citrusovníku *Rutaceae aurantia*



Celoživotní léčba CVD

Otevřená multicentrická studie potvrdila, že terapeutická účinnost MPFF se při léčbě žilního onemocnění zvyšuje s délkou podávání. Výsledkem dlouhodobé léčby mikronizovanou purifikovanou flavonoidní frakcí MPFF po dobu 12 měsíců bylo výrazné zlepšení klinického stavu pacientů a zmírnění objektivních známek choroby (4).

Závěr

Flavonoidy jsou velmi zajímavé téma, protože mají obrovský potenciál pro léčbu různých lidských nemocí. Proto se jejich výzkumu věnují vědci napříč celým světem. Z výzkumů vyplývá,

že jsou opodstatněné v léčbě chronického žilního onemocnění jako celoživotní léčba tohoto progresujícího onemocnění, a to všech jeho stadií. Klíčový je synergický účinek všech 5 flavonoidů obsažených v mikronizované, purifikované frakci (MPFF-DetraleX), díky kterému je jejich vliv na makro a mikrocirkulaci mnohem silnější.

detralex®

MPFF® – mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce

ČÍSLO 1 v nových doporučeních 2018¹

180
tablet



**Chronické žilní
onemocnění (CVD*)**
2 tbl denně

**Hemoroidální
onemocnění**
až 6 tbl denně

Zkrácená informace o přípravku Detralex®. **SLOŽENÍ***: Flavonoidum fractio purificata micronisata 500 mg (mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce - MPFF): Diosminum 450 mg, Flavonoida 50 mg vyjádřené jako Hesperidinum v jedné potahované tabletě. **INDIKACE***: Léčba příznaků a projevů chronické žilní insuficience dolních končetin, funkčních nebo organických: pocit tíhy, bolest, noční křeče, edém, trofické změny, včetně bércevého vředu. Léčba akutní ataky hemoroidálního onemocnění, základní léčba subjektivních příznaků a funkčních objektivních projevů hemoroidálního onemocnění. Přípravek je indikován k léčbě dospělých. **DAVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ***: Venolymfatická insuficience: 2 tablety denně. Hemoroidální onemocnění: Akutní ataka: 6 tablet denně během 4 dní, poté 4 tablety denně další 3 dny. Udržovací dávka: 2 tablety denně. **KONTRAINDIKACE***: Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ***: Podávání přípravku Detralex v symptomatické léčbě akutních hemoroidů nevyklučuje léčbu dalších onemocnění konečníku. Pokud symptomy brzy neodezní, je nutné provést proktologické vyšetření a léčba by měla být přehodnocena. **INTERAKCE***: Žádné. **FERTILITA*, TĚHOTENSTVÍ/KOJENÍ***: V experimentálních studiích na zvířatech nebyly zjištěny teratogenní účinky a nebyly prokázány žádné anatomické anomálie ani potíže v chování mláďat během období kojení; nežádoucí účinky nebyly zaznamenány ani u lidí. Z dostupných údajů o podávání přípravku těhotným ženám vyplývá, že nedochází k žádnému nepříznivému ovlivnění těhotenství ani plodu. Studie reprodukční toxicity na zvířatech neprokázaly vliv na fertilitu u samic a samic potkanů. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE***: Žádný. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY***: Časté: průjem, dyspepsie, nauzea, vomitus. Vzácné: závratě, bolesti hlavy, pocit neklidu, vyrážka, svědění, kopřivka. Méně časté: kolitida. Frekvence neznámá: abdominální bolest, ojedinělý otok obličeje, rtů, víček, výjimečně Quinckeho edém. **PŘEDÁVKOVÁNÍ***: FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI*: Venotonikum (venofarmakum) a vazoprotektivum. Detralex působí na zpětný návrat krve ve vaskulárním systému: snižuje venózní distenzibilitu a redukuje venostázu, na úrovni mikrocirkulace normalizuje kapilární permeabilitu a zvyšuje kapilární rezistenci; zvyšuje lymfatický průtok. **UCHOVÁVÁNÍ***: Při teplotě do 30 °C. **VELIKOST BALENÍ***: 30, 60, 120 a 180 potahovaných tablet. **DATUM REVIZE TEXTU***: 24. 7. 2017. Přípravek je k dispozici v lékárnách na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO***: 85/392/91-C. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI***: LES LABORATOIRES SERVIER 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. **DALŠÍ INFORMACE NA ADRES***: Servier s.r.o., Florentinum, Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel.: 222 118 111, www.servier.cz

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

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

*CVD = Chronické Venous Disease



LITERATURA

1. Říhová H. Flavonoidy. Stručný přehled a biologický význam. Bakalářská práce Farmaceutická fakulta Univerzita Karlova v Praze, katedra biochemie. Hradec Králové, 2008.
2. Paysant J, et al. Different flavonoids present in the micronized purified flavonoid fraction (Daflon 500 mg). Int Angiol. 2008; 27: 81–85.
3. Vlčková P. Biologické účinky flavonoidů. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové, Farmakognosie. 2011.
4. Pintel JP, Guillott B, Guilhou JJ. A long term treatment with a venotropic drugs. Int. Angiology 1989; 8(Suppl. 4): 67–71.

Plicní hypertenze

garant doc. MUDr. Pavel Jansa, Ph.D.

pátek / 23. listopadu 2018 / 16.00–16.40 hod.

Diferenciální diagnostika dušnosti

MUDr. David Ambrož

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

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

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

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

Plicní hypertenze

doc. MUDr. Pavel Jansa, Ph.D.

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

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

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

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

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

Při podezření na plicní hypertenzi jako na možnou příčinu obtíží nemocného je nutno nejdříve plicní hypertenzi prokázat nebo vyloučit (echokardiograficky). V případě průkazu plicní hypertenze na echokardiografii je nutno vyloučit její nejčastější příčiny: srdeční onemocnění při echokardiografii,

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

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

2. Vyšetření plicních funkcí, RTG hrudníku

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

3. Ventilačně perfuzní scintigrafie plic

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

4. Vyšetření ve specializovaném centru

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

plícní onemocnění spirometricky, lépe při celotělové pletysmografii. Pokud není plicní hypertenze vysvětlitelná srdečním nebo plícním onemocněním, měli by být nemocní směřováni do specializovaných center. Před odesláním nemocného je vhodné doplnit ventilačně-perfuzní scintigrafii plic k vyloučení nebo průkazu stavu po plicní embolii (tabulka 1).

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

Revmatologie

garant MUDr. David Suchý, Ph.D.

pátek / 23. listopadu 2018 / 16.40–18.00 hod.

Psoriatická artritida – základy diagnostiky a léčby

MUDr. David Suchý, Ph.D.

Oddělení klinické farmakologie, FN a LF UK v Plzni

Psoriatická artritida (PsA) je druhá nejčastější zánětlivá artropatie asociována s psoriázou. Pacienti s PsA jsou často poddiagnostikováni nebo špatně diagnostikováni, což vede k opožděnému zahájení terapie. Proto je důležité, aby PL a dermatologové identifikovali pacienty suspektní z PsA.

PsA postihuje dle odhadů 0,3–1 % populace a vzniká u zhruba 30 % nemocných s psoriázou. Neléčená PsA způsobuje vážnou invaliditu a je spojena s komorbiditami. Pacienti s PsA mají větší riziko předčasného úmrtí ve srovnání s obecnou populací. U přibližně 50 % nemocných s PsA dochází během 2 let k vývoji nevratných kloubních erozí, kloubní poškození se projevuje poklesem funkčních schopností pacientů.

Klinické projevy PsA:

- Periferní forma (70–80 %)
 - asymetrická, mono- či oligoarthritis, symetrická polyarthritis, distální interfalangeální arthritis nebo arthritis mutilans
- Axiální (5–20 %)
 - spondylitis anebo sacroiliitis
- Entezitis (25–78 %)
 - zánět v místě úponu šlachy, ligamenta a pouzdra ke kosti (asi u 1/2 pacientů s PsA)
 - může být kdekoliv, ale často místa úponu plantární fascie; Achillovy šlachy; ligament žeber, obratlů a pánve

■ Daktylitis (38–48 %)

- zánět pouzdra šlachy flexoru prstu, spolu se synovitidou a otokem měkkých tkání na ruce i nohou

Aktuální formy léčby nenaplnují veškeré medicínské potřeby:

- Mnoho pacientů nedosahuje adekvátní terapeutické odpovědi při léčbě syntetickými chorobu modifikujícími léky a NSAIDs.
- Až 40 % nemocných s PsA nereaguje dostatečně nebo netoleruje anti-TNF blokátory, aktuální standardní biologickou léčbu a účinnost této léčby se může s časem snižovat.
- 8 z 10 pacientů není spokojeno se současnými terapeutickými možnostmi a vyjadřuje potřebu nových, lepších léčebných prostředků.

V detekci psoriatické artritidy lze využít jednoduchých dotazníků. Praktickým pomocníkem je screeningový dotazník PEST (Psoriasis Epidemiology Screening Tool). V rozpoznání axiálního postižení u PsA lze využít existujících kritérií zánětlivé bolesti zad:

- Věk v době vzniku < 40 let

Obrovskobuněčná arteriitida jako pozdní komplikace revmatické polymyalgie – kazuistika

MUDr. Jan Voříšek

Oddělení klinické farmakologie, FN a LF UK Plzeň

Obrovskobuněčná arteriitida (OBA) neboli též gigantocelulární arteritis (GCA) se řadí mezi primární systémové vaskulitidy a postihuje především tepny středního a velkého kalibru. Jedná se o nejčastější primární vaskulitidu u osob starších 50 let. Zhruba 2–3× častěji jsou postiženy ženy než muži se začátkem kolem 70. roku života. OBA a revmatická polymyalgie (PMR) jsou dvě úzce související onemocnění, mohou se vyskytovat izolovaně, současně nebo následně. Temporální arteritis, které představuje podmnožinu OBA, se vyskytuje asi u 15–20 % pacientů s revmatickou polymyalií, naproti tomu se PMR vyskytuje asi u 40–60 % nemocných s OBA. PMR se projevuje typickou bolestí v oblasti pletencového svalstva, neerozivní synovitidou periferních kloubů, elevací CRP a FW s negativní imunologií a velmi dobrou odpovědí na terapii glukokortikoidy. OBA může mít zároveň projevy PMR, dále však bývá přítomnost bolesti hlavy, klaudikační bolesti svalů hlavy, krku, horních a dolních končetin. Může být postižen kardiovaskulární aparát – angina pectoris, infarkt myokardu a další. Závažné jsou pak neurologické projevy v důsledku postižení CNS – TIA nebo ischemická CMP s ložiskovými příznaky nebo rozvojem poruchy paměti, organickým psychosyndromem, zmateností, depresí. Oční projevy jsou velmi časté, mohou být první klinickou manifestací onemocnění. V důsledku onemocnění může dojít k výraznému poklesu až ztrátě zrakových funkcí (centrální zrakové ostrosti a rozsahu zorného pole), projevy jsou zprvu monokulární a prchavé (minuty až desítky minut), bez léčby nastává zhoršení trvalé a nevratné, s postižením i druhého oka. Diagnóza OBA je založena na odebrání cílené anamnézy (bolesti hlavy, klaudikační obtíže...), emergentního očního vyšetření při anamnéze zrakových obtíží, všímáme si vzhledu temporální arterie, zlatým standardem v diagnostice je provedení biopsie temporální arterie. Ze zobrazovacích vyšetření lze využít jednak DUSG vyšetření, nověji pak PET/CT vyšetření, kde můžeme zachytit hypermetabolické léze ve stěně aorty. V léčbě komplikované i nekomplikované OBA jsou zlatým standardem glukokortikoidy. V případě očního postižení se terapie zahajuje vysoce dávkovaným methylprednisolonem formou i.v. bolusů. V případě ischemických projevů je doporučeno do terapie přidat kyselinu acetylsalicylovou. Při intoleranci, vážných nežádoucích účincích kortikoterapie nebo u nemocných s opakovanými relapsy onemocnění lze zvážit přidání metotrexátu, eventuálně jiného chorobu-modifikujícího léku. Z biologické léčby prokázal efekt u OBA i PMR tocilizumab (monoklonální protilátka proti receptoru pro interleukin 6). Kazuistika pak na případu muže, r. 1951, ukazuje následný výskyt PMR a OBA. S jasným patologickým nálezem na PET/CT vyšetření.

Revmatické komplikace HCV a jiných jaterních onemocnění a léky indukovaná toxicita (toxické poškození jater)

MUDr. Václav Hejda

I. interní klinika, FN a LF UK Plzeň

Extrahepatální projevy infekce virem HCV jsou časté. Většina z nich je důsledkem rozvoje smíšené kryoglobulinemie, kdy v kryoprecipitátech lze nalézt protilátky anti-HCV, virovou RNA společně s revmatoidním faktorem, který tedy v tomto případě je falešně pozitivní, aniž by determinoval přítomnost revmatoidní artritidy či jiného revmatologického onemocnění (a vždy při jeho pozitivitě by měly být virové hepatitidy vyloučeny). Tyto imunokomplexy vyvolávají vaskulitidu jako společný jmenovatel ostatních revmatoidních komplikací HCV infekce, kam můžeme zařadit: membrano-proliferativní glomerulonefritidu, leukocytoklasické vaskulitidy, lymfoproliferativní onemocnění (zejm. B-buněčný lymfom), Sjögrenův a sicca syndrom, lichen planus, porfyria cutanea tarda a diabetes mellitus. Velmi pravděpodobný je i vztah chronické infekce HCV k onemocněním štítné žlázy, jinak nevysvětlitelné únavě a autoimunitní hepatitidě. Virus hepatitidy B je hepatotropní virus, který není přímo cytopatogenní, ale zánik jaterních buněk je vyvolán imunitní reakcí hostitele proti infikovaným hepatocytům. HBV je spojena rovněž s řadou extrahepatálních komplikací a princip je podobný, tedy imunokomplexová vaskulitida. Velmi závažným problémem je možnost reaktivity a rekurence hepatitidy v terénu imunosupresivní léčby. Každý pacient s nově zahajovanou imunosupresí by měl mít vyšetřený panel hepatitidy, především HBV a v případě positivity HBV či HCV by měl být stav konzultován s hepatologem před zahájením imunosupresivní terapie. Játra jsou zásadním orgánem při biotransformaci a eliminaci xenobiotik. Poškození jater je možným důsledkem použití jakéhokoliv léku v důsledku tzv. idiosynkratické reakce (toxické nepredikovatelné poškození u predisponovaných osob). Tyto reakce lze nyní vysvětlit geneticky podmíněnými variacemi metabolismu xenobiotik, genovými polymorfismy a mutacemi. Polékovým poškozením jater rozumíme elevaci jaterních enzymů a ev. bilirubinu. Lehké jaterní poškození znamená, že hodnota aktivity ALT nepřekročí trojnásobek normy. Těžké jaterní poškození je spojené již s ikterem a/nebo elevací ALT nad osminásobek normy. Jaterní poškození může být hepatocelulární (převažující elevace ALT, AST) nebo cholestatické (GMT, ALP) nebo smíšené. Tato reakce je dále závažná pro svůj diferenciálně diagnostický význam. Mezi léky, které vyvolají poškození jater v závislosti na dávce léku (fakultativně hepatotoxické léky), patří především metotrexát. Diagnóza jaterního poškození je většinou stanovena per exclusionem a po vysazení zvažovaného léku by mělo dojít k úpravě hodnot jaterních enzymů a bilirubinu. Základem celé diagnózy je pečlivá farmakologická anamnéza. Mezi rizikové faktory polékového poškození můžeme počítat délku léčby, dávku léku, vysoký věk, ev. ženské pohlaví a preexistující jaterní onemocnění.

Mužská osteoporóza jako důsledek prodloužení průměrného věku

doc. MUDr. Václav Vyskočil, Ph.D.

Osteocentrum, II. interní klinika LF UK a Fakultní nemocnice Plzeň

Osteoporóza (OP) nediskriminuje žádné pohlaví, muži jsou vystaveni stejnému riziku jako ženy, i když výskyt OP je u mužů nižší. Rozdíl je pouze v odlišné architektuře kosti, typu dysbalance kostního metabolismu a také ve skutečnosti, že u mužů začínají první projevy OP v pozdějším věku. K frakturám dochází u mužů již při vyšším BMD než u žen.

Za nejvýznamnější rizikový faktor pro mužskou osteoporózu se považuje věk. OP se rozvíjí o 10–15 let později než postmenopauzální OP u žen. Vzhledem k většímu průměru kosti u mužů je však stav odlišný, protože větší průřez kosti znamená větší odolnost proti ohnutí a tudíž větší rezistenci vůči frakturám. Riziko vzniku osteoporotické zlomeniny u mužů nad 50 let je 27 % a celoživotní riziko vzniku karcinomu prostaty je 11,3 %.

U mužů je obecně vyšší úmrtnost v důsledku zlomeniny kyčelního kloubu již v průběhu hospitalizace v prvních 30 dnech, 15,9 % u mužů a 9,3 % u žen, a v prvním pooperačním roce 36 %

versus 24 % u žen. Podobně nižší je i délka přežití po prodělaných symptomatických zlomeninách obratlových těl 72 % vs. 84 % u žen.

Hladiny androgenů začínají klesat již po 35. roce a od 60 let již nemá 60 % mužů optimální sekreci androgenů. Snížení hladiny androgenů ale ovlivňuje minimálně riziko vzniku OP. Zmenšení svalového objemu a svalové síly je běžné i u zdravých jedinců přes 60 let věku, zhoršuje se s věkem a ovlivňuje stav kosti i nervosvalovou koordinaci důležitou při předcházení pádům. Osteoporóza je přítomná u 6 % mužů a osteopenie u 47 % mužů nad 50 let.

Nejčastější příčinou OP u mužů je nedostatek androgenů a estrogenů. Nízká hladina testosteronu se považuje za rizikový faktor vzniku zlomeniny kyčle. Hladina testosteronu v krvi u mužů by měla být vyšetřena vždy, optimální je stanovit volný nebo celkový testosteron v poměru se sexuálními hormony vázající globulinem (SHBG) a s dehydroepiandrosteron sulfátem.

Nedostatek testosteronu u mužů způsobuje zvýšenou resorpci a sníženou novotvorbu, což vede k rychlé ztrátě kostní tkáně. Vysoká hladina SHBG snižuje množství testosteronu a estrogenů v periferních tkáních včetně kosti, tím se dále snižuje dostupnost androgenů ke tvorbě estrogenů přes aromatizaci v periferních tkáních. Podstatou zvýšené kostní resorpce je tedy primárně nedostatek estrogenů a nikoliv androgenů. Autor dále rozebírá všechny rizikové faktory vzniku osteoporózy u mužů a současné možnosti prevence a léčby.

Sobota 24. listopadu 2018

Abstrakta k sobotnímu programu naleznete na stranách 18–22 v abstraktech Pediatrie pro praxi.



LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

DVA RIZIKOVÉ FAKTORY – JEDNO ŘEŠENÍ



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



1× DENNĚ

MEDICÍNA PRO PRAXI

V. kongres praktických lékařů v Plzni

**23.–24.
listopadu
2018**

**Vienna House
Easy Pilsen
(Hotel Angelo)**

HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI

Akacia Group, s.r.o.
Akademie klasické homeopatie, spol. s r.o.
Angelini Pharma Česká republika s.r.o.
AOP Orphan Pharmaceuticals AG – organizační složka
APOTEX (ČR), spol. s r.o.
Berlin-Chemie/A.Menarini Ceska republika s.r.o.
ELVA Pharma CZECH s.r.o.
FAGRON a.s.
HERO CZECH s.r.o.
Chiesi CZ s.r.o.
LAB MARK a.s.
Léčebné lázně Lázně Kynžvart
M.C.M. Klosterfrau Healthcare s.r.o.
Mediclinic a.s.
Medingo s.r.o.

Merck spol. s r.o.
Nutricia a.s.
Olivova dětská léčebna, o.p.s.
Orion Diagnostica – organizační složka
Pfizer PFE, spol. s r.o.
PharmaSwiss Česká republika s.r.o.
PIERRE FABRE MEDICAMENT s.r.o.
S & D Pharma CZ, spol. s.r.o.
sanofi-aventis, s.r.o.
Schwabe Czech Republic s.r.o.
STADA PHARMA CZ s.r.o.
SWISS PHARMA, spol.s.r.o.
VITANA, a.s.
WALMARK, a.s.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



**Medicína
pro praxi**



POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU