

Medicína pro praxi

2017

D

www.solen.cz | Med. praxi 2017; 14(Suppl D) | ISBN 978-80-7471-202-9 | 2017

ABSTRAKTA

III. KONGRES PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ V BRNĚ

6.–7. října 2017

Hotel International Brno

Pořadatel: společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Medicína pro praxi

Záštita: II. interní klinika FN u sv. Anny Brno

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Duomox[®]

Velmi klasický.
Velmi moderní.



Před předepsáním léku si, prosím, prostudujte informace o léčivém přípravku.
V této publikaci naleznete informace o léčivém přípravku na straně 26 v abstraktech Pediatrie pro praxi.

Program / pátek 6. října

9.00 ZAHÁJENÍ

9.05–10.35 PROBLÉMY POHYBOVÉHO APARÁTU Z RŮZNÝCH POHLEDŮ

garant doc. MUDr. Martin Repko, Ph.D.

- ...z pohledu praktického lékaře
Bolesti páteře a kloubů v ordinaci praktického lékaře – Nováková Z.
- ...z pohledu fyzioterapeuta
Kauzální a symptomatická fyzioterapie u pacientů s bolestmi páteře a kloubů – Honová K.
- ...z pohledu ortopedů
Operační léčba degenerativního postižení páteře – Repko M.
Kloubní náhrady – Burda J.

10.35–11.00 PŘESTÁVKA

11.00–12.35 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE

- Diagnostika a léčba mírné kognitivní poruchy – Talová B.
- Hepatitida typu C a HIV – aktuální virová onemocnění
Role praktického lékaře v diagnostice a léčbě hepatitidy C – Husa P.
Pozdní diagnostika HIV – příčina dalšího šíření infekce – Snopková S.
(Přednášky sponzorované firmou Gilead Sciences, s.r.o.)
- IBS – syndrom dráždivého tračníku – klinické projevy a terapeutický přístup – Lukáš M.

12.35–13.20 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

13.20–14.40 KARDIOLOGIE

garant doc. MUDr. Tomáš Kovárník, Ph.D.

- Účinná intervence kardiovaskulárního rizika: ACE inhibitory nebo sartany? – Horák I.
- Intervence kardiovaskulárního rizika v praxi – Šnejdrová M.
- Nejčastější chyby v léčbě pacientů po infarktu myokardu – Kovárník T.
- Žilní hypertenze a její klinický dopad – Slonková V.

14.40–15.00 PŘESTÁVKA

15.00–16.20 AKTUÁLNÍ POHLEDY NA UROLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ

garant MUDr. René Skoumal

- Urologická onkologie – Skoumal R.
- Syndrom subvesikální obstrukce – LUTS – Riedl I.
- Inkontinence močová – Bulová N.
- Akutní infekce močových cest – diagnostické a léčebné možnosti v ordinaci praktického lékaře – Kladenský J.

16.20–16.50 ULTRA VZÁCNÁ ONEMOCNĚNÍ KOMPLEMENTU V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

- Paroxysmální noční hemoglobinurie aneb co by měl praktický lékař vědět – Červínek L.
- Znamky trombotické mikroangiopatie v ordinaci praktického lékaře – proč je důležité je nepodceňovat? – Kořístek Z.

16.50–17.00 PŘESTÁVKA

17.00–18.10 TERMICKÁ PORANĚNÍ V URGENTNÍ MEDICÍNĚ

garantka MUDr. Jana Kubalová

- Hypotermie a omrzliny – Kubalová J.
- Popáleniny – první pomoc v přednemocniční péči – Vařeková V.
- Úrazy způsobené elektrinou – Šrahulková L.

WORKSHOP / pátek 6. října

9.30–10.30 WORKSHOP / SÁL B

- Rozpoznejte depresi – Videokazuistika „Pláču, jen když chci...”
workshop vede MUDr. Barbora Talová

VSTUP VOLNÝ, KAPACITA OMEZENÁ

Program / sobota 7. října

9.00–10.00 OD TITRITID K CRPITIDÁM – MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.

IP ■ Diskuzní interaktivní blok

10.00–10.30 PŘESTÁVKA

10.30–12.10 VARIA

- **Recidivující respirační infekce – můžeme snížit množství antibiotik?** – Kopřiva F.
- **Aktuality v očkování v ČR** – Rakovský L. (*Satelitní sympozium firmy GlaxoSmithKline*)
- **Nemohu dýchat nosem, co s tím?** – Nechojdomová D.
- **Deficit vitamínu D: řešení pro klinickou praxi** – Málek Z.
- **Fytofarmaka – možnosti a rizika** – Vranová V.

12.10–12.30 ■ **Jaké chyby dělá tento národ (v péči o zdraví)?** – Frühauf P.

12.30–13.20 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

13.20–14.00 MÁME TAKOVÉTO PACIENTY VE SVÝCH AMBULANCÍCH?

- **Hunterův syndrom? Hereditární angioedém? Fabryho choroba? Gaucherova choroba?** – Dostálová G., Magner M., Kuklínek P. (*Satelitní sympozium firmy Shire Czech, s. r. o.*)

14.00–15.10 SOUDNÍ LÉKAŘSTVÍ

garant prof. MUDr. Miroslav Hirt, CSc.

- **Povinnosti lékaře provádějícího prohlídku zemřelého** – Zelený M.
- **Indikace zdravotních pitev na soudním lékařství** – Vojtíšek T.
- **Případy z praxe** – Daňková E.

15.10 ZÁVĚR KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

III. KONGRES PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ V BRNĚ

6.–7. října 2017 | Hotel International Brno

Pořadatel

Pořadatel: společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Medicína pro praxi

Záštit

II. interní klinika FN u sv. Anny Brno

Prezident akce

prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

Organizátor

SOLEN, s.r.o., Lazická 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: Mgr. Jitka Nováková, 777 714 680, novakova@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 12 kredity pro lékaře.



Supplementum D Medicína pro praxi

Citační zkratka:

Med. praxi 2017; 14(Suppl D).

Vydal: Solen, s.r.o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-202-9



LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

DVĚ DIAGNÓZY – JEDNO ŘEŠENÍ



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



1× DENNĚ



LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

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

Složení*: Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/10 mg, 40 mg/10 mg/10 mg potahované tablety obsahují 10 mg atorvastatinu (ator)/5 mg perindoprilu (per)/5 mg amlodipinu (amlo), 20 mg ator/5 mg amlo, 20 mg ator/10 mg per/5 mg amlo, 20 mg ator/10 mg per/10 mg amlo, 40 mg ator/10 mg per/10 mg amlo. Obsahuje laktózu jako pomocnou látku. **Indikace*:** Léčba esenciální hypertenze a/nebo stabilní ischemické choroby srdeční ve spojení s primární hypercholesterolemií nebo smíšenou (kombinovanou) hyperlipidemií, jako substituční terapie u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných atorvastatinem, perindoprilem a amlodipinem podávaných současně ve stejné dávce, jaká je obsažena v této kombinaci. **Dávkování a způsob podání*:** Obvyklá dávka je jedna tableta denně. Fixní kombinace není vhodná pro iniciační léčbu. Je-li nutná změna dávkování, titrace se má provádět s jednotlivými složkami. *Starší pacienti a pacienti s poruchou funkce ledvin:* lze podávat pacientům s clearance kreatininu < 60 ml/min, není vhodný pro pacienty s clearance kreatininu < 60 ml/min, u těchto pacientů se doporučuje individuální titrace dávky s jednotlivými složkami. *Pacienti s poruchou funkce jater:* Přípravek má být podáván s opatrností a je kontraindikován u pacientů s jaterním onemocněním v aktivním stavu. *Pediatrická populace:* Použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **Kontraindikace*:** Hypersenzitivita na léčivé látky, nebo na jiné ACE inhibitory, nebo deriváty dihydroxyridinu, nebo na statiny nebo na kteroukoli pomocnou látku, onemocnění jater v aktivním stavu nebo neobjasněné přetrvávající zvýšení sérových aminotransferáz převyšující 3násobek horní hranice normálních hodnot, během těhotenství, kojení a u žen ve fertilním věku, které nepoužívají vhodné antikoncepční prostředky, závažná hypotenze, šok (včetně kardiogenního šoku), obstrukce výtokového traktu levé komory (např. hypertrofická obstrukční kardiomyopatie a vysoký stupeň stenózy aorty), hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu, anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edém) souvisejícího s předchozí terapií ACE inhibitory, dědičný nebo idiopatický angioneurotický edém, současné užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetes mellitus nebo poruchou funkce ledvin (GFR<60ml/min/1,73m²). **Upozornění*:** **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Vliv na játra: Vzhledem k obsahu atorvastatinu v přípravku Lipertance mají být pravidelně prováděny jaterní testy. Pacientům, u kterých se zjistí jakékoli známky nebo příznaky jaterního poškození, mají být provedeny jaterní testy. Pacienti, u kterých se objeví zvýšení aminotransferáz, musí být sledováni až do doby, než se hodnoty opět znormální. Pokud přetrvávají více než trojnásobně zvýšené hodnoty aminotransferáz nad horní hranici normálních hodnot, doporučuje se snížit dávku atorvastatinu pomocí jednotlivých složek nebo léčbu atorvastatinem ukončit. Pacienti, kteří konzumují velké množství alkoholu a/nebo mají v anamnéze jaterní onemocnění, je nutné léčit přípravkem Lipertance s opatrností. **Vliv na kosterní svalstvo:** Jsou-li hladiny CK významně zvýšené (> 5x ULN) oproti normálním hodnotám, léčba nemá být zahájena. Léčba má být přerušena, objeví-li se významné zvýšení hladin CK (> 10x ULN), nebo je-li diagnostikována, případně předpokládána rhabdomyolýza. Riziko rhabdomyolýzy je zvýšené při současném podávání přípravku Lipertance s určitými léky, které mohou zvyšovat plazmatickou koncentraci atorvastatinu, např. se silnými inhibitory CYP3A4 nebo transportních proteinů (např. cyklosporin, telithromycin, delavirdin, stiripentol, ketokonazol, atd.). **Intersticiální plicní onemocnění:** Při podezření na vznik intersticiálního plicního onemocnění u pacienta musí být terapie přípravkem Lipertance přerušena. **Diabetes mellitus:** U diabetiků léčených perorálními antidiabetiky nebo inzulinem má být v průběhu prvních měsíců léčby pečlivě sledována glykemie. Pacienti se srdečním selháním: mají být léčeni s opatrností. **Hypotenze:** monitorování tlaku krve, renálních funkcí, a draslíku je nutné u pacientů s vysokým rizikem symptomatické hypotenze (volumová deplece nebo závažná renin dependentní hypertenze) nebo se symptomatickým srdečním selháním (se současnou renální insuficiencí nebo bez ní) nebo s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárními chorobami. Přechodná hypotenzení odpověď není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou být obvykle užity bez obtíží, jakmile po doplnění objemu stoupne krevní tlak. **Stenóza aortální a mitrální chlopně:** Přípravek je kontraindikován u pacientů se závažnou obstrukcí v oblasti výtokového traktu levé komory. **Transplantace ledvin:** Nejsou zkušenosti s podáváním přípravku pacientům po nedávno prodělané transplantaci ledvin. **Porucha funkce ledvin:** monitorování hladiny kreatininu a draslíku, individuální titrace dávky s jednotlivými složkami u pacientů s clearance kreatininu < 60 ml/min, u pacientů se stenózou renální arterie bylo pozorováno zvýšení sérových koncentrací urey a kreatininu, u renovaskulární hypertenze je riziko závažné hypotenze a renální insuficience zvýšené. Amlodipin lze používat u pacientů se selháním ledvin v normálních dávkách. Amlodipin není dialyzovatelný. U pacientů na hemodialýze: dialyzovaných pomocí vysoce propustných membrán byly zaznamenány anafylaktoidní reakce. **Hypersenzitivita/angioedém:** okamžité vysazení léčby a zahájení monitorování do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Souběžné užívání s inhibitory mTOR: zvýšení rizika angioedému.** **Anafylaktoidní reakce během aferéz:** během aferéz z nízkodenzitních lipoproteinů (LDL): vzácný výskyt život ohrožujících anafylaktoidních reakcí, kterým lze předejít dočasným vysazením léčby před každou aferézou. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** během desenzibilizační léčby jedem blanokřídlých (včely, vosy), reakcí je možné se vyhnout dočasným vysazením léčby, nicméně se znovu objevily po neúmyslné expozici. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anémie:** Přípravek Lipertance má být používán s extrémní opatrností u pacientů se systémovým onemocněním pojiva (collagen vascular disease), u pacientů užívajících imunosupresivní léčbu, léčbu aloproliferací nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů a pacienti mají být poučeni, aby hlásili jakékoli známky infekce (např. bolest v krku, horečku). **Rasa:** perindopril může být méně účinný na snížení krevního tlaku a může vést k vyššímu výskytu angioedému u černošských pacientů ve srovnání s jinými rasami. **Kašel:** ustupuje po ukončení léčby. **Operace/anestezie:** léčba by měla být přerušena jeden den před výkonem. **Hyperkalemie:** pravidelné monitorování sérových koncentrací draslíku u renální insuficience, zhoršené renální funkce, věku (> 70 let), diabetes mellitus, dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidozy a u současného užívání diuretik šetřících draslík a draslíkových doplňků nebo náhrad solí s obsahem draslíku. **Kombinace s lithiem:** nedoporučuje se. **Duální blokáda systému renin-angiotensin-aldosteron (RAAS):** současné užívání ACE inhibitorů, blokátorů receptorů pro angiotensin II nebo aliskirenu zvyšuje riziko hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutní selhání ledvin). **Duální blokáda RAAS** se proto nedoporučuje. ACE inhibitory a blokátory receptorů pro angiotensin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Dědičné problémy s intolerancí galaktosy, vrozený nedostatek laktázy nebo malabsorpce glukosy a galaktosy:** přípravek by neměl být užíván. **Interakce*:** **Kontraindikace:** Aliskiren. **Nedoporučené kombinace:** Silné inhibitory CYP3A4, současné léčba ACE inhibitory a blokátorem receptoru angiotensinu, estramustin, lithium, draslík-šetřící diuretika (např. triamteren, amilorid, eplerenon, spironolakton), soli draslíku, dantrolen (infuze), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** Induktory a středně silné inhibitory CYP3A4, digoxin, ezeťimib, kyselina fusidová, gemfibrozil / deriváty kyseliny fibrové, inhibitory transportních proteinů, warfarin, antidiabetika (inzuliny, perorální antidiabetika), baklofen, nesteroidní antiflogistika (NSAID) (včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den), racekadotril**, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus)**. **Kombinace vyžadující určitou opatrnost:** kolchicin, kolestipol, perorální kontrceptiva, gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, tricyklická antidepresiva/ antipsychotika/ anesthetika, zlat, digoxin, atorvastatin, warfarin, cyklosporin, takrolimus, antihypertenziva a vasodilatancia. **Fertilita, těhotenství a kojení*:** Přípravek Lipertance je kontraindikován během těhotenství a kojení. **Fertilita*:** U některých pacientů léčených blokátory kalciových kanálů byly zaznamenány reverzibilní biochemické změny na hlavové části spermatozojů. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje*:** Schopnost reagovat může být narušena při závratí, bolesti hlavy, únavě nebo nauce. Opatrnost je zapotřebí zejména na začátku léčby. **Nežádoucí účinky*:** **Velmi časté:** edém. **Časté:** nazofaryngitida, hypersenzitivita, hyperglykemie, somnolence, závrať, bolest hlavy, dysgeuzie, parestezie, vertigo, porucha zraku, diplopie, tinitus, palpitace, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), zčervenání, faryngolaryngeální bolest, epistaxe, kašel, dyspnoe, nauzea, zvracení, bolest horní a dolní části břicha, dyspepsie, průjem, zácpa, změny způsobu ve vyprazdňování stolice, flatulence, vyrážka, pruritus, otok kloubů, bolest kotníků, bolest kčeteřin, artralgie, svalové spazmy, myalgie, bolest zad, astenie, únava, periferní edém, abnormální výsledky testů jaterních funkcí, zvýšená hladina kreatinfosfokinázy v krvi. **Méně časté:** rininitida, eozinofilie, hypoglykemie, hyponatremie, hyperkalemie reverzibilní při ukončení léčby, anorexie, insomnie, změny nálad (včetně úzkosti), poruchy spánku, deprese, noční můry, třes, synkopa, hypoestezie, amnezie, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní) rozmazané vidění, tachykardie, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, pankreatitida, říhání, hepatitida cytolytická nebo cholestatická, kopřivka, purpura, změna zbarvení kůže, hyperhidróza, exantém, alopecie, angioedém, pemfigoid, fotosenzitivní reakce, bolest šije, svalová slabost, poruchy močení, noční močení, polakisurie, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynekomastie, bolest na hrudi, bolest, malátnost, periferní otok, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, zvýšení tělesné hmotnosti, pozitivní nález leukocytů v moči, snížení tělesné hmotnosti, pád. **Vzácné:** trombocytopenie, stavy zmatenosti, periferní neuropatie, cholestáza, zhoršení spánků**, Stevens-Johnsonův syndrom, toxická epidermální nekrolýza, erythema multiforme, myopatie, myozitida, rhabdomyolýza, tendonopatie (někdy komplikované rupturou), vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi. **Velmi vzácné:** leukopenie/neutropenie, agranulocytóza nebo pancytopenie, hemolytická anémie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, snížení hladiny hemoglobinu a hematokritu, anafylaxe, hypertonie, ztráta sluchu, infarkt myokardu, sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, angina pectoris, cévní mozková příhoda možná sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, eosinofilní pneumonie, gastritida, gingivální hyperplazie, žloutenka, jaterní selhání, exfoliativní dermatitida, akutní renální selhání. **Není známo:** imunitně zprostředkovaná nekrotizující myopatie, extrapyramidová porucha (extrapyramidový syndrom). **Předávkování*:** **Farmakologické vlastnosti*:** Atorvastatin je selektivním kompetitivním inhibitorem HMG-CoA reduktázy. Perindopril je inhibitor angiotensin-konvertujícího enzymu (ACE inhibitor), který konvertuje angiotensin I na vazokonstriktor angiotensin II. Amlodipin je inhibitorem transportu kalciových iontů (blokátor pomalých kanálů nebo antagonist kalciových iontů), který inhibuje transmembránový transport kalciových iontů do srdečních buněk a buněk hladkého svalstva cévních stěn. **Uchovávání:** Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Velikost balení:** Krabice obsahuje 10 (pouze pro silu 10/5/5 mg), 30, 90 (3 obaly po 30 tabletách) nebo 100 potahovaných tablet Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/10 mg, 40 mg/10 mg/10 mg. **Držitel rozhodnutí o registraci:** LABORATOIRES SERVIER, 50 rue Carnot, 92284 Suresnes cedex France. Registrační číslo: Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg: 58/428/15-C, Lipertance 20 mg/5 mg/5 mg: 58/429/15-C, Lipertance 20 mg/10 mg/5 mg: 58/430/15-C, Lipertance 20 mg/10 mg/10 mg: 58/431/15-C, Lipertance 40 mg/10 mg/10 mg: 58/432/15-C. **Datum poslední revize textu:** 7. 3. 2017. **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-levic-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 216/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

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

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



Problémy pohybového aparátu z různých pohledů

garant doc. MUDr. Martin Repko, Ph.D.

pátek / 6. října 2017 / 9.05–10.35 hod.

Bolesti páteře a kloubů v ordinaci praktického lékaře

MUDr. PhDr. Zdeňka Nováková, Ph.D.

Praktický lékař pro dospělé, Hrušovany u Brna

Chronická bolest pohybového aparátu patří k nejčastějším medicínským problémům v ordinacích praktických lékařů. Roční prevalence bolestí zad se udává mezi 20–45 %, celoživotní prevalence 60–90 %. Artrózou trpí v průmyslově vyspělých zemích 20–40 % obyvatel.

Vertebrogenní poruchy lze klasifikovat na základě klinického obrazu:

- Segmentové syndromy (prostá bolest zad), kdy je bolest lokalizována nejčastěji v lumbosakrální oblasti.
- Pseudoradikulární syndrom bývá způsoben přenesenou bolestí např. z facetových kloubů, přenesenou diskogenní bolestí apod. Dochází sice k vyzařování bolesti, ale není přítomna přesná dermatomální distribuce.
- Radikulární syndrom je jedním z kompresivních neurologických syndromů, do kterých řadíme také myelopatii. Je způsoben drážděním nervového kořene a vyznačuje se bolestí lokalizovanou v příslušném dermatomu.

V léčbě chronické bolesti páteře a kloubů jsou zejména v první linii velmi frekventně používána nesteroidní antiflogistika (dále jen „NSAIDs“). Na druhé straně patří NSAIDs k lékové skupině s největším počtem závažných, často život ohrožujících, nežádoucích účinků.

Gastrointestinální toxicita

Potenciálně závažné nežádoucí účinky mají charakter tzv. skupinového efektu. Nejčastějšími nežádoucími účinky jsou tzv. NSAIDs indukované žaludeční či duodenální vředy. Masivní krvácení často nastupuje velmi rychle bez varovných příznaků, jak je tomu podle statistik v 80 % případů.

Hepatotoxicita

Pro hepatotoxicitu indukovanou NSAIDs platí taktéž skupinový efekt. Hepatopatie může mít různé formy od asymptomatických až po fulminantní selhání jater. Proto byly některé léky staženy z trhu, jiná, např. nimesulid, nebyla povolena v některých státech nebo se výrazně omezovaly indikace – např. v ČR je nimesulid schválen jen pro léčbu akutní bolesti a primární dysmenorey jako lék 2. volby.

Nefrotoxicita

Nefrotoxicita se vyskytuje zhruba u 1–5 % pacientů, avšak násobně ji zvyšují predispoziční faktory, jako například srdeční selhávání, chronická renální insuficience, dehydratace při infekcích a horečnatých stavech a věk.

Kardiotoxicita

Metaanalýzy ukazují, že nejvyšší riziko úmrtí z kardiovaskulárních příčin bylo asociováno s použitím diclofenacu, stejně tak nejvyšší výskyt cerebrovaskulárních příhod vykazoval diclofenac a ibuprofen.

Už v roce 2005 FDA (Food and Drug Administration) upozornila, že všechny NSAIDs potenciálně zvyšují KV riziko a jsou u kardiovaskulárních chorob kontraindikovány.

Výhody lokální formy nesteroidního antiflogistika

Metaanalýzy mnoha klinických studií potvrdily účinnost lokální terapie NSAIDs. Nespornou výhodou je cílené podání léčiva do místa patologického procesu, čímž radikálně snížíme systémové nežádoucí účinky.

Keplat 20 mg léčivá náplast (ketoprofen)

V klinických studiích Keplat 20 mg léčivá náplast vykazoval nejvyšší kumulativní množství účinné látky ve tkáni a nejrychlejší penetraci. Velmi dobrá je její účinnost také u kloubní bolesti. Náplast lze i stříhat např. na malé ruční klouby.

Kromě klinicky prokázané účinnosti je významným benefitem bezpečnost zejména pro starší a polymorbidní pacienty. Velkou výhodou je 24hodinové působení. Systémové nežádoucí účinky jsou mimořádně vzácné.

Kauzální a symptomatická fyzioterapie pacientů s bolestmi páteře a kloubů

Mgr. Kateřina Honová

Regionální fotbalová akademie Jihomoravského kraje

Bolestivé potíže pacientů rozlišujeme dle příčiny vzniku potíží na anatomické a funkční. Anatomické jsou způsobené anatomickou lézí či onemocněním, které je prokazatelné laboratorním vyšetřením nebo zobrazovacími metodami. Jedná se například o artrotická nebo revmatologická onemocnění; další velkou skupinou jsou traumata pohybového aparátu. Funkční potíže jsou způsobené neoptimálním zatížením pohybového aparátu a jsou nejčastější příčinou bolestí zad. Funkční potíže jsou reverzibilní, a to částečně nebo úplně. Dlouhodobě neléčené však vedou ke kompenzačním projevům na pohybovém aparátu, který se sumací zátěže a přibývajícím věku postupně mění na z funkčních lézí na anatomické. Konstatování „funkce formuje orgán“ je platné pro celý život.

Správná léčba je zaměřena na léčení vyvolávajících potíží, řeší jejich kauzalitu, a je tak označována jako terapie kauzální. Určitou svízeľ působí fakt, že vyvolávající příčina je mnohdy v jiném místě pohybového aparátu, než je samotný bolestivý projev – jako příklad bolest kolene, která může být prvním projevem artrózy kyčle nebo třeba také funkčním projevem poúrazové nestability kotníku. Na to je třeba při volbě terapie myslet a indikovat ji nejen podle klinického projevu, ale také dle anamnestických dat. Bolest, a to zejména v axiálním systému, může být u některých pacientů také somatizačním projevem stresu, psychických nebo sociálních potíží.

Nejčastěji indikované procedury v léčbě pacientů s bolestmi páteře a kloubů jsou měkké a mobilizační techniky, reflexní masáž, individuální léčebná tělesná výchova a fyzikální terapie (ultrazvuk, elektroléčba, distanční elektroléčba, magnetoterapie a laser). V některých případech se léčba kauzální (příčinná) doplňuje léčbou symptomatickou, což ve fyzioterapii znamená nejčastěji aplikaci analgetických procedur. K vyšší optimalizaci léčby by vedlo čtenější předepisování kineziologických rozborů (zejména u funkčních poruch pohybového aparátu), časných ošetření žizev a fyzioterapeutického ošetření před plánovaným operačním výkonem (plastiky předních zkřížených vazů, totální endoprotézy kloubů).

Operační léčba degenerativního postižení páteře

doc. MUDr. Martin Repko, Ph.D.

Ortopedická klinika LF MU a FN Brno

Bolesti páteře jsou závažnou medicínskou, ale i socio-ekonomickou problematikou. Bolesti zad představují jednu z nejčastějších příčin algických stavů, a to nejen v oblasti pohybového aparátu. Tyto potíže reprezentují zhruba třetinu všech pracovních neschopností s průměrnou délkou 30 dnů v roce. Závažnost zvyrazňuje frekvence bolestí zad, kterými trpí 90 % lidí alespoň jednou za život a 40 % jich pak trpí alespoň jedenkrát ročně.

Etiologicky bolesti páteře mohou být zapříčiněny degenerativními změnami, nádory či metastázami, záněty, deformitami či traumaty a jejichmi následky. V případech degenerativního postižení páteře se nejčastěji setkáváme s příčinami vertebrogenními, diskogenními a neurogenními.

Pochopení etiologie nejčastějšího postižení degenerativním procesem, kvalitní vyšetření pacienta i důsledná konzervativní a operační léčba nastolují dlouhodobé kvalitní léčebné výsledky.

Konzervativní léčba spočívá především v kvalitní nápravě funkčních změn, farmakologickém ztišení potíží a případné konzervativní intervenci cílenými obstríky.

Základními problémy degenerované páteře, které operačně řešíme, jsou komprese nervových struktur a nestabilita jednotlivých úseků páteře. Proto základními operačními výkony jsou dekomprese nervových struktur a stabilizace páteře k zajištění fúze, tedy kostěné spojení operovaných úseků páteře. Případná indikace operačního řešení je podložena stanovením individuálních rizikových faktorů daného pacienta, které mohou významně zvýšit rizika samotné operace. K nejvýznamnějším rizikovým faktorům patří vyšší věk, kardiální potíže (případně historie infarktu myokardu), přítomnost či historie infektu v oblasti páteře či celkové sepse, nekontrolovaný diabetes mellitus, obezita, aplikace kortikosteroidů v anamnéze a ASA 3 a více.

Kloubní náhrady

MUDr. Jan Burda

Ortopedická klinika LF MU a FN Brno

Artróza nosných kloubů, jako běžný projev stárnutí pohybového aparátu, představuje jednu z nejčastějších ortopedických příčin bolesti a omezení pohybu. Konzervativní léčba artrózy většinou poskytuje jen omezený efekt.

Totální endoprotéza (TEP) je velmi efektivním řešením vedoucím ke snížení bolesti, zvýšení mobility a kvality života staršího pacienta.

Při indikacích umělým kloubním náhradám se nejčastěji setkáváme s postižením kyčelních a kolenních kloubů, v omezeném rozsahu i hlezenného a ramenního kloubu. I když starší pacienti jsou více náchylní k peroperačním i pooperačním komplikacím, zůstává implantace TEP významně efektivní metodou s kvalitními dlouhodobými výsledky.

U mladších pacientů se rozhodujeme mezi různými typy implantátů z pohledu necementovaných, hybridních a cementovaných variant. U starší populace indikujeme převážně kompletně cementované implantáty umožňující lepší primární stabilitu.

Speciální problematiku tvoří reimplantace TEP po amortizaci kloubní náhrady, která přirozeně přichází s časem od primární operace (většinou mezi 15–20 lety po iniciální implantaci). Umělé klouby jsou také indikovány v případech zlomenin krčku femoru, které jsou z větší části právě projevem stárnoucího organismu.

K dosažení úspěšné operace je potřeba správné indikace pacienta, dokonalé operační techniky, kvalitního implantátu, pečlivé peroperační a pooperační péče a adekvátní pooperační rehabilitační péče. Součástí perioperační a pooperační péče je důsledná antibiotická profylaxe a prevence TEN.

Aktuality do vaší ordinace

pátek / 6. října 2017 / 11.00–12.35 hod.

Diagnostika a léčba mírné kognitivní poruchy

MUDr. Barbora Talová

Klinika psychiatrie, FN Olomouc

Mírná kognitivní porucha (Mild Cognitive Impairment – MCI) je v dnešní době brána jako heterogenní klinická jednotka, která se užívá k popsání mírných, avšak měřitelných poruch paměti (amnestická forma) nebo jiných kognitivních funkcí (neamnestická forma). Můžeme ji též považovat za klinický předstupeň demence. U této poruchy však nedochází k poruchám soběstačnosti či denních aktivit.

Studie, ve kterých byla mírná kognitivní porucha hodnocena prospektivně dle současných kritérií, hovoří o její prevalenci 12–18% v populaci nad 65 let. U pacientů s MCI je zhruba 10% šance, že během roku přejde tento syndrom do demence. Nicméně mnoho klientů zůstává stabilních, případně může dojít i k mírnému zlepšení stavu.

Diagnostika této poruchy je poměrně náročná, zahrnuje důkladnou osobní anamnézu, dále pak klinické a laboratorní vyšetření a v neposlední řadě provedení i neuropsychologických testů. K diagnóze nestačí jen provedení MMSE či Testu hodin. Taktéž není adekvátní, bez odebrání anamnézy a klinického vyšetření, provedení podrobnějších testů, které hodnotí kvalitu a úroveň kognitivních funkcí.

Bližší diagnostika jednotlivých subtypů MCI je pak záležitostí specializovaných center.

Při diferenciální diagnostice musíme mít na paměti somatické (hypotyreóza, chronická hypoxie, chronická anémie, neuroinfekce, expanzivní léze CNS, opakující se hypoglykemie, systémová autoimunitní onemocnění, paraneoplazie, kolagenózy) či psychiatrické příčiny (depresivní pseudodemence, abúzus alkoholu, benzodiazepinů, analgetik, hypnotik či kanabinoidů, simulace, afektivní porucha, kognitivní deficit při schizofrenii, psychofarmaka s anticholinergním účinkem, poruchy přizpůsobení, reakce na závažný stres).

Léčba mírné kognitivní poruchy je stále diskutovaným tématem. Jednoznačná doporučení pro praxi v tuto chvíli neexistují. Nicméně ke zlepšení kognitivních funkcí dochází při kognitivním tréninku, užívání kognitiv či doplňků stravy.

IBS – syndrom dráždivého tračníku – klinické projevy a terapeutický přístup

prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.

Klinické centrum ISCARE I. V. F., a.s., Praha

Funkční střevní poruchy a zvláště syndrom dráždivého tračníku představují nejčastější onemocnění trávicí trubice. Dráždivý tračník je charakterizován poruchou vyprazdňování stolice spojené s břišním diskomfortem nebo bolestí břicha. Za nejdůležitější momenty v patogenezi se považují: a) primární porucha motility s abnormální koordinací jednotlivých oddílů tlustého střeva a patologicky vystupňovaný gastrokolický reflex; b) následky proběhlého bakteriálního zánětu tlustého střeva; c) porucha senzorické funkce střeva s viscerální hyperalgezií; d) zvýšená sekretorická aktivita kolické sliznice.

Podle dominujícího klinického obrazu rozeznáváme tři varianty dráždivého tračníku: formu průjmovitou, zácpovitou a smíšenou. Diagnostika je založena na klinickém obraze nepřítomnosti závažných alarmujících příznaků. U mladších pacientů s typickou symptomatologií není potřeba provádět žádná invazivní vyšetření. U všech pacientů se závažnými symptomy a u nemocných nad padesát let je nutné provést podrobné vyšetření a vyloučit organické onemocnění tlustého střeva. Terapie onemocnění musí být komplexní a především symptomatická. Vedle dietních opatření a úpravy životního stylu se uplatňují antidiarhoika (difenyloxylát, loperamid, cholestamin), salinická a objemová laxativa, tricyklická antidepresiva a atypická neuroleptika, muskulotropní spazmolytika a nověji anagonisté 5HT₃ a agonisté 5HT₄ receptorů.

Moderní přístup v terapii syndromu dráždivého tračníku spočívá v selekci optimální terapie v závislosti na dominujícím klinickém symptomu. U průjmovité formy dráždivého tračníku, u které se předpokládá porucha složení střevních mikrobiotů (dysbióza), se uplatňuje terapie probiotiky. Vzhledem k velké interindividuální variabilitě střevní flóry je vhodné podávat probiotika s několika složkami, zahrnujícími jak probiotické bakterie, tak kvasinky *Saccharomyces boulardii*, které udržují optimální mikroprostředí pro uchycení a pomnožení ostatních probiotických bakterií. U nemocných s dominujícím symptomem zácpy nebo nadýmání je vhodné volit látky obsahující vedle probiotických bakterií také některé trávicí enzymy nebo nevstřebatelnou vlákninu stimulující střevní peristaltiku.

INOVACE

NOVÁ SPECIÁLNĚ VYVINUTÁ ŘADA

BIOPRON®

IB-Symbio

Vyvinuto ve spolupráci s předními gastroenterology.



BIOPRON® IB-Symbio + VLÁKNINA

- Komplex probiotických bakterií (laktobacily, bifidobakterie).
- Rozpustná vláknina (psyllium).
- Prebiotická vláknina (inulin).



BIOPRON® IB-Symbio + S. BOULARDII

- Komplex probiotických bakterií (Lactobacillus acidophilus, Lactobacillus rhamnosus).
- Saccharomyces Boulardii.
- Fruktooligosacharidy.



BIOPRON® IB-Symbio + ENZYMY

- Komplex probiotických bakterií (laktobacily, bifidobakterie).
- Trávicí enzymy (amyláza, lipáza, proteáza).
- Fruktooligosacharidy.



Kardiologie

garant doc. MUDr. Tomáš Kovárník, Ph.D.

pátek / 6. října 2017 / 13.20–14.40 hod.

Účinná intervence kardiovaskulárního rizika: ACE inhibitory nebo sartany?

MUDr. Ivo Horák

Kardiologická ambulance, Městská nemocnice Ostrava

ACEI (ACE inhibitory) a ARB (blokátory receptorů pro angiotenzin 2 typu 1, „sartany“) patří v posledních letech mezi pilíře terapie hypertenze. Ač byly ACEI dříve považovány za léky první volby a ARB za jejich náhradu v případě intolerance, v dosud platných doporučeních pro diagnostiku a léčbu arteriální hypertenze z roku 2012 jsou již tyto dvě skupiny kladeny na stejnou úroveň. Je možno si tedy položit dvě otázky. Zaprvé, je účinek obou skupin na snížení celkové mortality a kardiovaskulárního rizika u pacientů bez srdečního selhání ekvivalentní? Zadruhé, jsou ARB „ACEI s nižším výskytem nežádoucích účinků“?

Na podkladě dostupných publikovaných dat z posledních 15 let, při zhodnocení metaanalýz Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration (2003), Strausse (2006), Bangaloreho (2011 a 2016), van Varkové (2012), Onga (2013), Savareseho (2013), Chenga (2014), lze říci, že ani výsledky poslední Bangaloreho metaanalýzy z roku 2016 se zatím nezdají být jednoznačně přesvědčivými, aby nabouraly předchozí paradigma o prokázané superioritě ACEI oproti ARB v mortalitní a kardiovaskulární prevenci u pacientů bez srdečního selhání, včetně diabetiků. ACEI by bylo vhodné nadále považovat v kardiovaskulární prevenci za medikaci první volby a ARB za rezervu („viable option“) pro pacienty, kteří ACEI netolerují (kašel, Quinckeho otok), zvláště pak u pacientů se zvýšeným kardiovaskulárním rizikem.

Nejčastější chyby v léčbě pacientů po infarktu myokardu

doc. MUDr. Tomáš Kovárník, Ph.D.

II. interní klinika VFN, Praha

V České republice je každoročně ošetřeno cca 14 000 pacientů s infarktem myokardu a celkem toto onemocnění prodělalo cca 85 000 pacientů, kteří jsou v současnosti v ambulantním sledování. Jednou z častých chyb je považování těchto nemocných za jednu skupinu. Pacienti s touto diagnózou se však mohou zásadně lišit ve své prognóze, která je dána jednak typem infarktu, jeho včasnou diagnostikou a správnou léčbou, ale rovněž také rozsahem zbývajících koronárního postižení a pacientových komorbidit. Z dalších chyb je třeba uvést nejasnosti v délce duální antiagregace, zejména v komplikované situaci u nemocných užívajících navíc ještě perorální antikoagula. Dále je to nedůslednost v dodržování všech zásad sekundární prevence. V neposlední řadě, je třeba upozornit na podceňovanou malcompliance nemocných. Ta je dána nedostatečnou motivací pacienta či jeho obavou z nežádoucích účinků léčby. Teprve komplexní přístup zahrnující správnou terapii v akutní fázi, správnou sekundární prevenci a dobrou spolupráci nemocného může zajistit dostatečné snížení rizika vzniku další ischemické příhody.

Žilní hypertenze a její klinický dopad

MUDr. Veronika Slonková, Ph.D.

I. dermatovenerologická klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně

Chronické žilní onemocnění (chronic venous disease – CVD) je chronické invalidizující onemocnění se špatnou prognózou. Jeho příčinou je žilní hypertenze, v jejíž patofyziologii se uplatňují poruchy mikrocirkulace. A právě mikrocirkulace je místo, kde se projevuje nepříznivý vliv nejen žilní hypertenze, ale i arteriální hypertenze. Dosud nepublikovaná slovenská studie u více než 5 000

COSYREL®

bisoprolol fumarát / perindopril arginin

NOVINKA

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 (bis) 5 mg/perindoprilum argininum (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 perindopilem 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 perindopilem 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 okluzivního 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*), současné užívání s přípravky obsahující 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*). **Upozornění*:** Zvláštní upozornění a opatření pro použití: **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 pečlivě monitorování. Náhlá hypotenze 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 betablokátozem musí pokračovat. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. 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 progresuje 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. **Neplodivost:** 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 diuretik, draslíkových doplňků, náhrad soli s obsahem draslíku, léčivých přípravků, které mohou způsobovat vzestup sérových koncentrací draslíku. **Kombinace s lithiem, s draslíky šetřícími diuretiky, draslíkovými doplňky nebo náhradami soli obsahujícími draslík, kalciovými antagonisty, antitryptiky třetí a centrálně působícími antihypertenzivy:** obecně se nedoporučuje. **Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS):** zvýšení rizika hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (pouze aktuálního selhání srdce). 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 blokátorů receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Ukončení léčby:** nesmí být provedeno náhle ukončení léčby betablokátozem. 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:** betablokátor 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. **Transplantace ledvin, srdeční selhání s inzulin dependentním diabetem mellitus (typ I), těžkou poruchou funkce ledvin, těžkou poruchou funkce jater, restrikční kardiomyopatií, vrozeným srdečním onemocněním, hemodynamicky významnými významnými onemocněními chlopní, infarktem myokardu v předchozích 3 měsících:** nejsou zkušenosti s podáváním. **Anafylaktoidní reakce během alerger nízkodenzitních lipoproteinů (LDL):** vzácná, lze předejít dočasným vysazením léčby inhibitory ACE před každou aterosklerózu. **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 anafylaktických reakcí. **Neutropenie/agranulocytóza/thrombocytenie/anémie:** 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 anestezii. **Psoriáza:** podání po zvážení přínosu a rizika. **Feochromocytom:** podávání bisoprololu vždy s blokátozem α -receptorů. **Lyrotaxikóza:** symptomy mohou být maskovány. **Těhotenství:** zastavit léčbu. V případě nutnosti zahájit alternativní léčbu. **Interakce*:** **Kombinace kontraindikované:** aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo poruchou funkce ledvin. **Nedoporučuje se současně užívat:** centrálně působící antihypertenziva, např. klonidin a další (methylodopa, moxonidin, rilmenidin); antitryptiky třetí a centrálně působící (chindin, disopyramid, lidokain, fenytol, flekainid, propafenon); antagonisty kalcia typu verapamilu a v menší míře diltiazem; aliskiren a blokátorů receptorů pro angiotenzin II; estramustin, draslík šetřící diuretika (triamteren, amilorid), draslík (soli); lithium. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** antidiabetika (inzulín, perorální antidiabetika); nesteroidní antinfektiva (NSAID) včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den; antihypertenziva a vasodilatancia; tricyklická antidepresiva/antipsychotika/anestetika; sympatomimetika; antagonisté kalcia dihydropyridinového typu (felodipin, amlodipin); antitryptiky třetí třídy (amiodaron); parasympatomimetika; lokální betablokátor (např. oční kapky k léčbě glaukomu); digitalisové glykosidy; baklofen; draslík šetřící diuretika; draslík šetřící diuretika (epiloron, spironolaktin); kadekadrolin*[†]; inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus)*. **Kombinace vyžadující určitou opatrnost:** melofacin, inhibitory monoaminooxidázy (kromě inhibitorů MAO-B), gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), 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, bolest hlavy, závrať, vertigo, dysgeuzie, parestezie, porucha zraku, tinitus, zhoršení srdečního selhání, hypotenze a účinky související s hypotenzí, pot chladu nebo znečištění končetin, kašel, dyspnoe, bolest břicha, zácpa, průjem, nauzea, zvracení, dyspepsie, vyrážka, pruritus, svalové křeče, astenie, únava. Méně časté: eozinofilie, hypoglykemie, hyperkalemie, reverzibilní při vysazení léčby, hyponatremie, změny nálady, poruchy spánku, deprese, somnolence, synkopa, palpitace, tachykardie, poruchy AV vedení, ortostatická hypotenze, vaskulitida, bronchospasmus, sucho 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. **Velmi vzácné:** agranulocytóza, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, trombocytopenie, hemolytická anémie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, zmatenost, konjunktivitida, arytmie, angina pectoris, infarkt myokardu a cévní mozková příhoda, možné sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoké rizikových pacientů, eosinofilní pneumonie, pankreatitida, erythema multiforme, alopecie, betablokátor mohou způsobit nebo zhoršit psoriázu nebo způsobit vyrážku připomínající psoriázu, akutní renální selhání, snížená hladina hemoglobinu a snížený hematokrit. **Předávkování*, vlastnosti*:** Bisoprolol je vysoké beta₁-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. Registrční čísla: 58/563-566/15-C. **Datum poslední revize textu:** 7. 3. 2017. 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; ** vyzneme si prosím změň v informaci o léčivém přípravku Cosyrel

SERVIER

pacientů prokazuje častý výskyt arteriální hypertenze u pacientů s CVD. Nejčastěji se vyskytuje u pacientů se stadii C2 a C3 dle klasifikace CEAP, tedy u pacientů s varixy a otoky DK.

Žilní hypertenze se svými příznaky a projevy gradujícími ve vážná poškození kůže a podkoží (hypodermatitida, bérkový vřed) mají přitom výrazný dopad na kvalitu života pacienta. Přitom již samotné, často bagatelizované, symptomy CVD (bolest nohou, pocit tíhy, napětí v nohou) velmi znepříjemňují život pacienta. Jak ukázala nedávná studie, jejich vliv na kvalitu života je podobný jako u ostatních chronických onemocnění (např. jako u diabetu či chronické obstrukční plicní nemoci), u pokročilejších stadií dokonce jako u srdečního selhání. Kvalita života pacientů s CVD je zjišťována pomocí specifických dotazníků. Ty jsou zaměřeny na hlavní faktory, které vedou ke snížení kvality života: bolest, tělesné problémy, sociální aspekty a psychologické aspekty.

Léčba CVD by měla být dlouhodobá, celoživotní, podobně jako je tomu u ostatních chronických onemocnění s progresí. Progresi CVD je třeba terapeuticky brzdít v co nejčasnějších stadiích. Kromě kompresivní terapie lze využít venofarmaka, z nichž má nejrozsáhlejší a nejkvalitnější důkazy o klinickém účinku mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce (MPFF). Ta díky svému prokázanému protizánětlivému účinku zlepšuje stav mikrocirkulace, a tím redukuje žilní hypertenzi a její klinické dopady.

Aktuální pohledy na urologická onemocnění garant MUDr. René Skoumal

pátek / 6. října 2017 / 15.00–16.20 hod.

Urologická onkologie

MUDr. René Skoumal

Urocentrum Brno

Naši pacienti mají obavy z onkologického onemocnění. Je třeba přiznat, že jejich obavy jsou oprávněné. V posledních letech přesáhla prevalence onkologických onemocnění v České republice půl milionu osob. To tedy znamená, že „každý třetí obyvatel České republiky v průběhu svého života onemocní rakovinou a každý čtvrtý obyvatel České republiky na ni zemře“ (citace České onkologické společnosti, Linkos). Pro praktické lékaře i pro lékaře jiných oborů musí tedy být onkologická diagnostika prioritou, bez ohledu na jiné jejich odborné zájmy.

Již více let se snažíme právě praktickým lékařům předávat zásady diagnostiky zhoubných nádorů v urologii. Osvědčilo se – u každého jednotlivého urologického nádoru – pro něj vymyslet jakousi přezdívku, pseudonym, nebo jak říká současná mladá generace „nickname“.

Přezdívka – nick se opírá o co možná nejtypičtější vlastnost diskutovaného nádorového onemocnění. Tuto typickou vlastnost příslušného nádoru nalézáme někdy – v jeho od ostatních nádorů odlišném biologickém chování – jindy v nějaké typické symptomatologii, v jiném případě zase v jeho typickém dopadu na kvalitu života svého nositele.

U všech urologických tumorů v přednášce diskutuji jejich epidemiologii, symptomatologii a léčbu. Především se však zaměřuji na diagnostiku v primární péči, s ohledem na to, co je praktickému lékaři dostupné ihned a co musí žádat v laboratoři nebo na specialistovi.

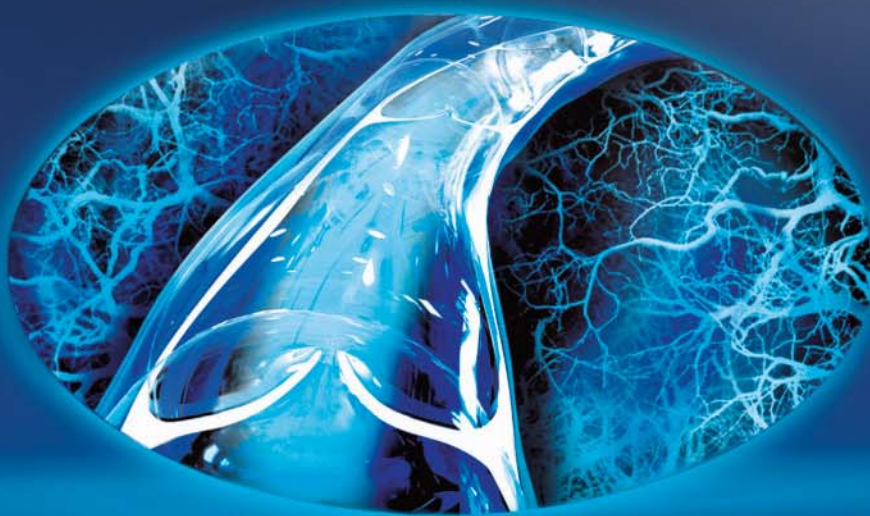
Samozřejmě, že nejdiskutovanější urologickým nádorem je karcinom prostaty. Právě tam je úloha praktického lékaře naprosto nezastupitelná. Monitorace PSA ze strany praktického lékaře často naráží na limity tohoto vyšetření dané jednak přidruženými onemocněními pacientů, jejich momentálním stavem, jejich věkem, objemem jejich prostatické tkáně apod. Pozornost bude zaměřena tedy na správnou interpretaci výsledků laboratorního vyšetření PSA a na dopady do další diagnostiky onemocnění a dopady na kvalitu života pacienta.

Nádory varlat patří v nízké věkové kategorii mužů mezi vůbec nejčastější nádory. Pokud dnes žádáme mladé muže, aby si prováděli samovyšetření scrota, musíme především sami vědět, jak přesně se má vyšetření provádět a jak jej interpretovat. Podstatnou pomocí při diagnostice ev. tumorů varlat jsou také laboratorní testy, nyní běžné dostupné.

detralex®

MPFF® – mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce

Chrání strukturu a funkci žil¹⁻³



Léčba chronického žilního onemocnění⁴

2 TABLETY DENNĚ

Léčba hemoroidálního onemocnění⁴

12 6 TABLET 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 plodu. Studie reprodukční toxicity na zvířatech neprokázaly vliv na fertilitu u samic a samic potkanů. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE***: Žádné. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY***: Časté: průjem, dyspepsie, nauzea, vomitus. **Vzácné**: závrať, bolesti hlavy, pocit neklidu, vyrážka, svědění, kopřivka. **Méně časté**: kolitida. **Frekvence neznámá**: abdominální bolest, ojedinělý otok obličeje, rtů, víček, výjimečně Quinceho edém. **PŘEDAVKOVÁNÍ***: **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 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 přečtete celý Souhrn údajů o přípravku

1. Pascarella L et al. Mechanisms in experimental venous valve failure and their modifications by Daflon 500 mg. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2008;35:102-110, experimentální studie. 2. Nicolaidis A et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs: guidelines according to scientific evidence. *Int Angiol*. 2014;33(2): 126-139. 3. Tsoukanov YT, Toukanov AY, Nikolaychuk A. Great saphenous vein transitory reflux in patients with symptoms related to chronic venous disorders, but without visible signs (COs), and its correction with MPFF treatment. *Phlebology*. 2015;22(1):18-24. 4. Souhrn údajů o přípravku Detralex, datum poslední revize textu: 24.7.2017



K nejčastěji prováděným laboratorním vyšetřením v ordinaci praktického lékaře patří dip-stick test k detekci hemoglobinurie. Ačkoliv jde o jednoduché vyšetření, urologické kongresy se nepřestávají zabývat významem tohoto vyšetření pro diagnostiku karcinomu močového měchýře. Z toho je zřejmé, že význam a limity tohoto diagnostického nástroje je třeba si opakovaně uvědomovat.

Karcinomy penisu patří k nejdrastičtějším diagnózám, se kterými se muž-pacient, může v průběhu svého života setkat. Přitom rozsah chirurgického zákroku může být při časně diagnostice naštěstí jen limitovaný. Časná diagnostika tohoto onemocnění se opírá o pouhou aspekci zevního genitálu a rozpoznání prekanceróz indikovaných již k biopsii z glandu. Fotografie nejčastějších prekanceróz budou diskutovány.

Karcinomy ledviny jsou dnes nejčastěji zjišťovány jako náhodný nález na sonografii břicha pro gastroenterologické obtíže. To je zásadní změna proti nedávné minulosti, kdy byla jejich projevem tzv. klasická trias zahrnující především makroskopickou hematurii. Tím spíše bychom měli být schopni zcela asymptomatickým pacientům vysvětlit důležitost léčby a prognózu onemocnění.

Syndrom subvesikální obstrukce – LUTS

MUDr. Ivan Riedl, Ph.D.

Urocentrum Brno

Pro komplexní soubor symptomů v oblasti dolních močových cest zavedla současná medicína pojem LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms), neboli symptomy dolních močových cest, který je souhrnným označením pro obtíže spojené s dysfunkcí dolních močových cest. Symptomy LUTS jsou velmi frekventní a postihují obě pohlaví. Zatímco u žen jsou symptomy většinou uspokojivě odhalovány a léčeny, u mužů dochází často k bagatelizaci obtíží. Česká odborná veřejnost bohužel předpokládá, že za naprostou většinou LUTS u mužů stojí benigní hyperplazie prostaty (BPH) a s ní spojená obstrukce. I když BPH je skutečně vysoce prevalentní, ze závěrů recentních studií a statistik vyplývá, že 75–80 % postižených mužů kromě obstrukčních příznaků trpí souběžně jímacími symptomy.¹ Řada mužů není adekvátně léčena, často považují příznaky OAB za přirozenou součást stárnutí anebo nejsou dostatečně vyšetřeni. LUTS může mít velmi negativní dopad jak na kvalitu života, tak na pracovní a sociální aktivity a také na pohlavní život.

V prezentaci zdůrazňujeme, že syndrom LUTS u mužů (M LUTS) vykazuje multifaktoriální etiologii a souvisí s chorobami postihujícími jak prostatu, tak i močový měchýř. Důležité je však také, že symptomy dolních močových cest mohou mít původ zcela mimo vlastní močové cesty, například jako projev kardiovaskulárních, neurologických, endokrinních onemocnění nebo bývají také jen projevem nezdravých životních návyků.^{2,3}

Diagnostika LUTS by měla být provedena systematicky podle současně platných směrnic EAU⁴ za pomoci doporučených a volitelných postupů. Validované dotazníky mohou být nápomocné při stratifikaci nemocných. Systematické diagnostické vyšetření by mělo vyloučit příslušná onemocnění nebo stavy, které rovněž mohou způsobovat LUTS u dospělých mužů.

Závěr

Existuje více urologických a jiných stavů, které způsobují LUTS. Proto je nepravděpodobné, že existuje jenom jedna dominantní příčina LUTS v stárnoucí mužské populaci. Klíčovou roli při zachytu nemocných s LUTS hraje primární péče. Cílem sdělení je poukázat a dostat do vědomí praktických lékařů multifaktoriální etiologii symptomů dolních cest močových.

Při vyšetření pacienta se symptomy LUTS je nutné, aby urolog vyloučil závažná onemocnění, pro které je indikovaná primárně chirurgická léčba. Pokud není shledána absolutní indikace k operaci, pak je potřebné zvolit nejvhodnější léčebný postup s cílem zlepšení kvality života pacienta. Je nezbytné, aby byla léčba správně indikovaná, s minimem nežádoucích účinků.

Literatura

1. Gravas S, Bachmann A, Descaseaud A, et al. Non-neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO). Uroweb 2014.
2. Hanuš T, Zámečník L, Doležal T, Karmazínová Z. Occurrence of overactive bladder in patients with benign prostatic hyperplasia in the Czech Republic. Urol Int 2011; 86: 407–413.

3. Ball AJ, Feneley RC, Abrams PH. The natural history of untreated prostatism. Br J Urol 1981; 53(6): 613–616.
4. European Association of Urology Guidelines, 2015 Edition: 1–48.

Inkontinence močová

MUDr. Nataša Bulová

Urocentrum Brno

Močovou inkontinenci rozdělujeme na stresovou inkontinenci, kdy intravesikální tlak překročí tlak intrauretrální, urgentní inkontinenci – hyperaktivní močový měchýř a reflexní inkontinenci definovanou patologickou reflexní aktivitou detrusoru. Mezi rizikové faktory patří věk, gravidita, menopauza, obezita, neurologická onemocnění. K diagnostice potřebujeme anamnestická data, pitnou a mikční kartu, urogynekologické vyšetření, laboratorní vyšetření, PAD test, kalibraci a uretrocystoskopii, ultrasonografii a urodynamiku. V anamnéze zjišťujeme okolnosti úniku moče, rozsah úniku, operace v malé pánvi, systémové onemocnění a trvale užívanou medikaci. Pitná mikční karta pomáhá v diagnóze i v kontrole efektivity léčby. Urogynekologické vyšetření spočívá v aspekci zevního genitálu, posouzení trofiky sliznic, mobility uretry, kalibraci uretry, používáme Marshallův test, Froewisův test a PAD test. Z laboratorních vyšetření potřebujeme močový sediment, kultivaci moče a renální funkce. Uretrocystoskopie slouží k vyloučení tumoru močového měchýře, divertiklů močového měchýře, zhodnocení uretrálních ústí, trigona, cystokély a chronických zánětlivých změn. Terapie inkontinence urgentní spočívá převážně ve farmakoterapii – anticholinergika, tri-cyklická antidepresiva, analogy vasopresinu a hormonální terapii. Anticholinergika první generace: oxybutinin, propiverin, trospium mají vysoký výskyt nežádoucích účinků. Anticholinergika druhé generace: tolterodin, solifenacin, fesoterodin fumarát. Anticholinergika třetí generace: mirabegron není momentálně hrazen ZP. Terapie stresové inkontinence je konzervativní nebo chirurgická. Farmakoterapie GSI (pravá stresová inkontinence) je omezena na duloxetin, který zvyšuje tonus uretrálního svěrače. Lokální estrogenizace je důležitá ke zlepšení trofiky sliznic. Zavedení pesaru mechanicky podporuje stěny pochvy. Nejdůležitější konzervativní terapií stresové inkontinence je fyzioterapie pánevního dna. Cílem je nárůst síly pánevního dna. Kromě cvičení lze k posílení využít vaginální konusy. Chirurgická terapie – posledních 20 let od vzniku TVT pásy je nejčastěji prováděnou operací.

Akutní infekce močových cest – diagnostické a léčebné možnosti v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Jiří Kladenský

Urointegritas, s.r.o., Dům zdraví Marty Hartlové, Brno

I když problematika diagnostiky a léčby infekce močových cest (IMC) patří primárně do rukou urologa, praktický lékař (PL) je nucen téměř denně zabývat se tímto problémem ve své ambulantní praxi.

Za chorobami respiračními jsou IMC druhými nejčastějšími infekcemi, které postihují člověka v průběhu celého života. A pokud jde o bakteriální infekce, představují nejčastější infekce vůbec.

Uroinfekce se vyskytuje jako **nekomplikovaná (primární)** a **komplikovaná (sekundární)**.

K výskytu primární IMC dochází na podkladě poruchy lokálních antimikrobiálních obranných mechanismů, sekundární IMC vzniká u jedinců s anatomickými či funkčními abnormalitami močových cest či u jedinců s predisponujícími faktory pro vznik IMC, jako např. diabetes, imunodeficientní a malnutriční stavy, vysoký věk, gravidita apod.

Toto rozlišení uroinfekcí má tak zásadní význam, že se považuje za důležitější, než stanovení samotného sídla infekce. Správné zařazení do jedné z obou výše uvedených kategorií hraje rozhodující roli pro stanovení optimální strategie dalšího vyšetřovacího postupu.

Když přijde do ordinace PL nemocný s akutní IMC, vzhledem ke stanovení správného postupu vyšetření a zejména léčby, je účelné dále ho zařadit do některé z následujících skupiny a řídit se níže uvedenými zásadami:

- **Ženy s akutní nekomplikovanou (primární) cystitidou**, kde diagnostika a léčba patří plně do kompetence PL. U této formy cystitidy, kdy předpokládáme jako infekční agens enterobakterie (*E. coli*), nemusíme rutinně provádět kulturační vyšetření moče a ihned zahajujeme léčbu.
- **Ženy s akutní recidivující cystitidou**, kde po nasazení léčby by tato měla být vždy podepřena výsledkem kulturačního vyšetření a po přeléčení je žádoucí pacientku odeslat k odbornému urologickému vyšetření za účelem vyloučení jiné urologické abnormality či patologie.
- **Ženy s akutní nekomplikovanou pyelonefritidou**, kdy u lehčího průběhu onemocnění, kde nepředpokládáme patologii v průběhu horních močových cest (zejména městnání moče!), může léčbu rovněž zahájit PL s tím, že antibiotická léčba musí být dostatečně dlouhá a musí být rovněž podložena výsledkem kultivace moči. U žen s těžším průběhem je zásadně nutná okamžitá hospitalizace.
- **Dospělí pacienti s komplikovanou IMC**, kam vzhledem k anatomickým poměrům a patogenезi močových infekcí patří **všichni muži s akutní IMC** a dále všichni nemocní s anatomickými či funkčními abnormalitami močových cest. Tito nemocní by měli být vyšetřeni a léčeni zásadně na odborném pracovišti.

V prezentaci jsou pak podrobněji uvedeny vhodné a doporučené farmakologické možnosti léčby a délka jednotlivých léčebných režimů.

Ultra vzácná onemocnění komplementu v ordinaci praktického lékaře

pátek / 6. října 2017 / 16.20–16.50 hod.

Paroxysmální noční hemoglobinurie aneb co by měl praktický lékař vědět

MUDr. Libor Červinek, Ph.D.

Interní hemato-onkologická klinika, Fakultní nemocnice Brno

Paroxysmální noční hemoglobinurie je vzácné získané onemocnění krvetvorby. U nemocných pacientů dochází k postižení všech krvinek, tj. červených krvinek, bílých krvinek a krevních destiček.

Příčinou onemocnění je genetický defekt (mutace genu), jenž má za následek chybění některých látek, které za normálních okolností chrání krvinky před jejich zánikem, působením tzv. komplementu – souboru bílkovin, které hrají důležitou roli ve spouštění imunitních reakcí spojených s ochranou organismu, zejména proti infekci.

Onemocnění se často manifestuje chudokrevností (anémií) s doprovodnými příznaky, jako je například dušnost nebo nevykonnost. Jiní pacienti mohou mít iniciální příznak nemoci závažnější, bývá to často nečekaná krevní sraženina (trombóza) například v oblasti břicha. Tradiční léčba onemocnění spočívá v dodávání chybějících červených krvinek transfuzemi a v prevenci trombotických komplikací podáváním látek snižujících srážení krve.

U mladších nemocných, u kterých dochází k prohlubujícímu se selhávání krvetvorby s těžkým nedostatkem jednotlivých typů krvinek, je možno zvažovat transplantaci krvetvorných buněk, zejména pokud má nemocný vhodného příbuzného dárce.

Nemocní s opakovaným masivním rozpadem červených krvinek, tj. s výraznou závislostí na podávání transfuzí, jsou ohroženi několika riziky. Opakované transfuze vedou často k přetížení organismu železem s rizikem ukládání železa do svaloviny srdce a do jater. Velkým problémem bývá rozvoj potransfuzních protilátek, jež limitují transfuzní možnosti a jsou potenciální příčinou neúspěšné či komplikované transfuze krve.

Ecilizumab, tzv. monoklonální protilátka, jejíž účinek je cílený na zastavení rozpadu krvinek představuje pro pacienty s chronickým rozpadem krvinek a závislostí na transfuzích zásadní změnu. V rámci našeho pracoviště máme zkušenosti s dlouhodobou léčbou několika pacientů s PNH, kteří byli do zahájení léčby ecilizumabem závislí na chronickém podávání transfuzí.

Gaucherova
choroba

Fabryho
choroba

Hunterův
syndrom

Hereditární
angioedém



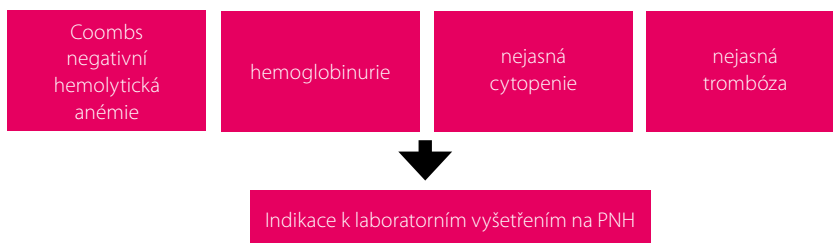
Chceme být stateční jako lidé, kterým pomáháme.

Shire, přední světová biofarmaceutická firma pomáhá lidem se **vzácnými onemocněními** vést lepší život.



Shire Czech s.r.o., Evropská 810/136, 160 00 Praha 6
tel.: +420 226 807 113 / e-mail: info-czech@shire.com

www.shire.com

Obr. 1. Diagnózy, u kterých je třeba myslet na PNH

Známky trombotické mikroangiopatie v ordinaci praktického lékaře – proč je důležité ji nepodceňovat?

MUDr. Zdeněk Kořístek, Ph.D., MUDr. Jaromír Gumulec, Mgr. David Kaspřák, Ph.D.,
doc. MUDr. Ondřej Šimetka, Ph.D., MBA

Klinika hematatoonkologie a Gynekologicko-porodnická klinika,
Fakultní nemocnice Ostrava

Trombotické mikroangiopatie (TMA) patří mezi velmi vzácná a klinicky se různorodě projevující onemocnění. TMA se mohou vyskytovat u dospělých i u dětí, může jít o vrozené i získané stavy, mohou se rozvíjet postupně, ale také velmi rychle, v řádu hodin. Přes různorodé projevy mají TMA společné patofyziologické projevy, mezi které řadíme mikroangiopatickou hemolytickou anémii s přítomností fragmentovaných erytrocytů, neboli schistocytů v periferní krvi, trombocytopenii způsobenou zvýšenou agregací trombocytů i jejich konzumpcí a rozmanitou orgánovou dysfunkcí různého stupně vyplývající z poruch mikrocirkulace, poškození endotelu a z ischemie tkání. Nejčastěji bývá postižena centrální nervová soustava a ledviny, v řadě případů dochází k různě závažnému poškození střev, srdce či plic. Bez rychlé a adekvátní léčby jsou pacienti ohroženi rychlým selháním životních funkcí a mortalita TMA je proto extrémně vysoká (60–90 %). Opožděná diagnostika a léčba obvykle vede k nevratnému poškození postižených orgánů, zejména ledvin. Rychlost stanovení diagnózy je tedy pro osud pacienta rozhodující, protože je podmínkou neodkladného zahájení terapie, která bývá velmi efektivní a úspěšná u naprosté většiny pacientů. Vzhledem k různorodosti klinických projevů se může s TMA setkat kterýkoli lékař, velmi nízká incidence těchto onemocnění (1–4 případy/milion obyvatel ročně) však vede k tomu, že tato onemocnění často vůbec nebývají součástí diferenciálně diagnostické úvahy. Cílem sdělení proto bude podat stručný přehled o trombotických mikroangiopatiích, představit možnosti rychlé a jednoduché diferenciální diagnostiky, probrat léčebné možnosti a doporučené terapeutické algoritmy a celkově přispět ke zvýšení povědomí o těchto vzácných onemocněních, o nichž lze předpokládat, že nejsou vždy správně diagnosticky zařazená a adekvátně léčena.

Termická poranění v urgentní medicíně garantka MUDr. Jana Kubalová pátek / 6. října 2017 / 17.00–18.10 hod.

Podchlazení a omrzliny

MUDr. Jana Kubalová

Zdravotnická záchranná služba Jihomoravského kraje, p. o.

Lékařská komise Českého horolezeckého svazu Společnost horské medicíny

Podchlazení i omrzliny patří mezi traumata způsobená chladem.

Podchlazení

Pochlazení je závažný stav, který se vyznačuje poklesem centrální tělesné teploty a postupným útlumem vědomí, dýchání a oběhu. Při poklesu pod kritickou mez dojde k zástavě oběhu s nutností zahájení resuscitace. Hloubku podchlazení lze hodnotit pouze na základě



GILEAD

Advancing Therapeutics.
Improving Lives.

Váš partner v léčbě hepatitid a HIV

GILEAD Sciences s.r.o.

Empiria (Regus), Na Strži 1702/65
140 00 Praha 4, Česká republika

měření centrální tělesné teploty nebo na základě hodnocení základních životních funkcí a reakcí postiženého – vědomí, přítomnosti chladového třesu, dýchání a oběhu. Pro vznik hypotermie stačí, když je venku „pouze“ chladno, nemusí mrznout. Riziko vzniku hypotermie závisí hlavně na okolní teplotě, délce působení chladu, kvalitě vrstev – oblečení, kondici a předchozích rezerv oběti, situaci zhoršuje vítr. K podchlazení snadněji dojde u malých dětí, starších lidí, při závažném zranění nebo intoxikaci např. alkoholem.

Cílem prezentace je představit základní hodnocení hypotermie dle švýcarské klasifikace (REGA), která umožňuje hodnotit nejen stav, ale i riziko závažných komplikací jako je zástava oběhu. Principem ošetření hypotermie v jakémkoliv stadiu je vždy zabránit dalším ztrátám tepla – izolací postiženého od země, přikrytím izotermickou fólií a dekou, včetně hlavy. Důležité je neustále sledovat vědomí a dýchání, v případě hypotermie a nepřítomnosti svalového třesu je nutné volat tísňovou linku 155 a pacienta převést na monitorované lůžko.

Omrzliny

Omrzliny jsou lokální poškození kůže a podkožních tkání, které vznikají intenzivním působením chladu. Jejich léčbě musí vždy předcházet léčba podchlazení, pokud je přítomno. Nejčastěji vznikají omrzliny na okrajových partiích těla, jako jsou prsty na nohou a rukou, obzvláště při zhoršeném prokrvení. Rizikovými skupinami jsou bezdomovci, ale také primárně zdraví cestovatelé cestující do vysokých hor. Každá omrzlina zpočátku vypadá podobně – tkáň je chladná, bledá a necitlivá. Klasifikace omrzlin prošla řadou revizí, v současné době se řídí počtem postižených článků ve směru od distálního po proximální. Pro snížení rizika amputací v případě vzniku omrzlin je třeba na vzniklý stav rychle reagovat. Základem je rychlé ohřátí postižené části v teplé lázni 37–39 °C po dobu 30 min až 1 hodiny a podávání vazodilatačních léků. Návrat citlivosti je velmi bolestivý. Hojení je dlouhodobý proces, při závažných omrzlinách dochází často k amputacím postižených částí.

Popáleniny – první pomoc v přednemocniční péči

Mgr. Vlasta Vařeková

Zdravotnická záchranná služba Jihomoravského kraje, p. o.

Popáleniny patří k poměrně častým a závažným úrazům, kde včasná první pomoc, správné primární ošetření a triáž postiženého hrají velkou roli pro jeho další osud. Tato poranění vznikají dostatečně dlouhým nadprahovým působením tepelné energie na lidský organismus, kdy dochází k poškození či úplnému zničení kůže, případně celých tkání.

Klíčovým bodem pro stanovení strategie poskytování první pomoci je stanovení závažnosti popáleninového traumatu. Hlavními faktory pro určení závažnosti stavu postiženého jsou mechanismus úrazu, rozsah, hloubka a lokalizace poškození, věk postiženého, případně přidružená onemocnění.

Prvním krokem při poskytování první pomoci je ověření bezpečnosti místa úrazu. Poté je nutné přerušit působení zdroje popáleniny. Chlazení popálené plochy do max. 5 % tělesného povrchu, pozor na podchlazení postiženého, obzvláště dětí.

Odborná přednemocniční péče spočívá především v zajištění dostatečné oxygenace a ventilace pacienta. Pozor na často podceňované příznaky inhalačního traumatu. Následuje zahájení infuzní terapie, léčba bolesti a zábrana sekundární infekce popálených ploch. Pamatujeme na časový faktor – do popáleninového centra by se měl pacient dostat nejpozději do čtyř hodin od vzniku úrazu.

Úrazy způsobené elektřinou

MUDr. Lenka Šrahulková

Zdravotnická záchranná služba Jihomoravského kraje, p. o.

Úrazy způsobené elektřinou řeší častěji zdravotnická záchranná služba než praktický lékař, nicméně i ten se může ve své ordinaci setkat s pacientem, který byl sice el. proudem zasažen, ale nepovažoval svůj úraz za tolik vážný, aby volal 155.

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, podáványi současně v téže dávce. **DAVKOVÁNÍ A PODÁVÁNÍ**:** Jedna tableta denně, nejlépe ráno a před jídlem. Fixní kombinace není vhodná pro iniciační léčbu. Je-li nutná změna dávkování, dávka jednotlivých složek by měla být titrována samostatně. Pediatrická populace: přípravek by se neměl podávat. **KONTRAINDIKACE**:** Dialyzovaní pacienti. Pacienti s neléčeným dekompenzovaným srdečním selháním. Závažná porucha funkce ledvin (Cl_{cr} < 30 ml/min). Středně závažná porucha funkce ledvin (Cl_{cr} 30-60 ml/min) pro Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg a 10 mg/2,5 mg/10 mg. Hypersenzitivita na léčivé látky, jiné sulfonamidy, deriváty dihydropyridinu, jakýmkoli 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). Kojení (viz bod 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 diabetes mellitus nebo poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m²) (viz bod Interakce). **UPOZORNĚNÍ**:** Zvláštní upozornění: 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 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/trombocytopenie/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. 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) **. Analýzaktoidní reakce během desenzibilizace: postupujte opatrně u alergických pacientů léčených desenzibilizací a nepoužívejte v případě imuniterapie jedním blokádními. Alespoň 24 hodin před desenzibilizací dočasně vysadte inhibitor ACE. Analýzaktoidní reakce během LDL-aterózy: před každou aterózou dočasně vysadte inhibitor ACE. Hemodialyzovaní pacienti: zvažte použití jiného typu dialyzační membrány nebo jiné skupiny antihypertenziv. 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 hyperteniků 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 funkční ledviny: nedoporučuje se. Riziko arteriální hypotenze a/nebo renální insuficience (v případech srdeční insuficience, deplece vody a elektrolytů, u pacientů s nízkým krevním tlakem, stenózou renální arterie, městnavým srdečním selháním nebo cirhózou s edémy a ascitem): zahajte léčbu 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 sníženým dávkou nebo pouze jednou složkou přípravku. Hladina sodíku: kontrolovat častěji u starších a cirhotických pacientů. Jakákoli diuretická léčba může vyvolat hyponatremii, někdy s velice závažnými následky. Hyponatremie s hypovolemii mohou způsobit dehydrataci a ortostatickou hypotenzi. Současná ztráta chloridových iontů může vést k sekundární kompenzační metabolické alkalóze: vyskytí se 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 současně užívání kalium-šetřících diuretik, doplňků draslíku nebo doplňků soli obsahující draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v séru. Hypokalemie: 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: hyperkalemie: před vyšetřením funkce příštích třílet 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 iniciačními dávkami pod lékařským dohledem. Stenóza aortální nebo mitrální chlopně/hypertrórická kardiomyopatie: v případě obstrukce průtoku krve levou komorou postupujte opatrně. Diabetici: V případě inzulin-dependentního diabetes mellitus zahajte léčbu iniciační nižší dávkou pod lékařským dohledem: během prvního měsíce a/nebo v případě hypokalemie sledujte hladinu glukózy v krvi. Černosti: vyšší incidence angioedému a zjevně menší účinnost při snižování krevního tlaku ve srovnání s jinými rasami. Operace/anestezie: přerušte léčbu jeden den před operací. Porucha funkce jater: má má až středně závažná: postupujte opatrně. Podání inhibitorů ACE mělo vzácné souvislost se syndromem počínajícím cholestatickou žloutenkou a progresujícím 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 vyšetřte renální funkci a hladiny draslíku. Dávku upravte opatrně. **INTERAKCE**:** Kontraindikováno: Aliskiren u diabetických pacientů nebo pacientů s poruchou funkce ledvin. Nedoporučuje se: lithium, aliskiren u jiných pacientů než diabetických nebo pacientů s poruchou funkce ledvin, souběžná léčba inhibitorem ACE a blokátorem receptorů pro angiotenzin, estramustin, kalium-šetřící léky (např. triamteren, amilorid,...), soli draslíku, racekadotril **, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) **, dantrolen (infuze), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. Vyžadující zvláštní opatrnost: baklofen, nesteroidní antiinfektika (včetně kyseliny acetylsalicylové ve vysokých dávkách), antidiabetika (inzulín, perorální antidiabetika), kalium-šetřící diuretika a kalium-šetřící diuretika (eplerenon, spironolakton), léky vyvolávající „torsades de pointes“, amfetamin B (i.v. podání), glukokortikoidy a mineralkortikoidy (systémové podání), tetrakosaktid, stimulační laxativa, srdeční glykosidy, alopurinol (současná léčba s indapamidem může zvýšit výskyt reakci hypersenzitivity na alopurinol), indukory CYP3A4, inhibitory CYP3A4 klaritromycin (existuje zvýšené riziko hypotenze) **. Vyžadující určitou opatrnost: antidepresiva imipraminového typu (tricyklická), neuroleptika, jiná antihypertenziva a vazodilatancia, tetrakosaktid, alopurinol (současně podávány s inhibitory ACE), cytotatika nebo imunosupresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid, anestetika, diuretika (thiazid nebo kličková diuretika), glitiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, zlato, metformin, jedovaté kontrastní látky, vápník (soli), cyklosporin, atorvastatin, digoxin nebo warfarin, takrolimus **, cyklosporin, simvastatin. **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 spermatozoi u některých pacientů léčených blokátory kalciového kanálu. **SCHOPNOST ŘIDIT A OBSLUHOVAT STROJE**:** Může být narušena v důsledku nízkého krevního tlaku, který se může vyskytnout u některých pacientů, zejména na začátku léčby. **NEŽADOUČÍ ÚČINKY**:** Velmi časté: otoky. Časté: závratě, bolest hlavy, parestezie, vertigo, somnolence, dyspnoe, 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, svalové křeče, otok kotníků, astenie, únava. Méně časté: rinítida, eozinoflie, 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, bronchospasmus, sucho v ústech, kopřivka, angioedém, alopecie, purpura, změna zabarvení kůže, hyperhidróza, exantém, fotosenzitivní reakce, pemygoid, 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 anémie, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, hemolytická anémie, trombocytopenie, hyperglykemie, hyperkalemie, hyperkalemie, hypertonie, periferní neuropatie, cévní mozková příhoda, možná sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, angina pectoris, infarkt myokardu, možná sekundárně k nadměrné hypotenzí 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. Frekvence neznámá: Deprese draslíku s hypokalemíí, u určitých rizikových populací zvláště závažná, extrapyramidové poruchy (extrapyramidový syndrom), myopie, rozmazané vidění, torsades de pointes (potenciálně fatální), možný rozvoj hepatální encefalopatie v případě jaterní insuficience, možnost zhoršení stávajícího systémového lupus erythematosus, EKG: prodloužený interval QT, zvýšená hladina glukózy v krvi, zvýšená hladina kyseliny močové v krvi. **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 antagonistů 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: 2 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: 18. 3. 2017. 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

síla | prověřenost | flexibilita

TRIPLIXAM®

perindopril arginin | indapamid | amlodipin



až o
730
tablet za rok
méně



ZJEDNODUŠTE LÉČBU HYPERTENZE



Pokud se stanete svědky podobného úrazu, vždy v první řadě myslete na vlastní bezpečí (vypnutí zdroje, přerušení obvodu ve spolupráci s kvalifikovanou osobou). Dále je třeba si uvědomit, že má elektřina na lidský organismus dvojí účinek: dráždivý (způsobuje arytmie, křeče) a termický (způsobuje popáleniny), a to nejen na povrchu těla ale i v hloubce – nervy a cévy se stávají vodiči. Proto je nutné každého takového pacienta řádně vyšetřit, včetně ekg, a myslet i na pozdní účinky (myoglobinemie, hyperkalemie apod.).

Přednáška je koncipována tak, aby na příkladech z praxe ukázala, jak v podobných případech postupovat, s jakými příznaky se může praktický lékař setkat a jaké jsou terapeutické možnosti.

Sobota 7. října 2017

Abstrakta k sobotnímu programu naleznete na stranách 23–25 v abstraktech Pediatrie pro praxi

MEDICÍNA PRO PRAXI

III. kongres praktických lékařů v Brně

6.–7. října
2017

Hotel
International,
Brno

Pořadatel: společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Medicína pro praxi
Záštita: II. interní klinika FN u sv. Anny Brno

HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI

Akacia Group, s.r.o.
Akademie klasické homeopatie, spol. s r.o.
Alexion Pharma Czech s.r.o.
Angelini Pharma Česká republika s.r.o.
Bella Bohemia s.r.o.
Boehringer Ingelheim, spol. s r.o.
Ceumed s.r.o.
ELVA Pharma s.r.o.
FAGRON a.s.
FERRING Pharmaceuticals CZ s.r.o.
Gilead Sciences s.r.o.
GlaxoSmithKline, s.r.o.
HERO Czech s.r.o.
L'ORÉAL Česká republika s.r.o.
Mary Kay
Mediclinic a.s.
Medicton Group s.r.o.
Medindex spol. s r.o.

Medingo s.r.o.
Merck spol. s r.o.
NAOS CZECH REPUBLIC s.r.o.
NORDIC Pharma, s.r.o.
Nutricia a.s.
Pfizer PFE, spol. s r.o.
PIERRE FABRE MEDICAMENT, s.r.o.
Pinky Scrubs s.r.o.
PROBIOTICS PROVITA s.r.o.
Rosenpharma a.s.
S & D Pharma CZ, spol. s r.o.
Sanofi Pasteur GmbH organizační složka
Schwabe Czech Republic s.r.o.
STADA PHARMA CZ s.r.o.
Středisko rané péče SPRP Brno
SWISS PHARMA, spol. s r.o.
TEREZIA COMPANY s.r.o.
WALMARK, a.s.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

Medicína
pro praxi



POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU