

Medicína pro praxi

2017

C

www.solen.cz | Med. praxi 2017; 14(Suppl C) | ISBN 978-80-7471-195-4 | 2017

ABSTRAKTA

IV. KONGRES PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ V HRADCI KRÁLOVÉ

26.–27. května 2017

Hotel Nové Adalbertinum, Hradec Králové

Pořadatel: Společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Medicína pro praxi
Záštitu: I. interní kardioangiologická klinika FN HK

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Duomox®

Velmi klasický.
Velmi moderní.



Zkrácená informace o přípravku DUOMOX® tablety:

Amoxicillinum 250,375,500,750,1000 mg. **Indikační skupina:** Baktericidní antibiotikum s širokým spektrem působnosti. Patří do skupiny penicilinů. **Indikace:** Amoxicilin je lékem první volby pro empirickou léčbu akutní otitis media, akutní sinusitidy a akutní exacerbace chronické bronchitidy, bronchopneumonie a pneumonie. **Další indikace:** infekce způsobené mikroorganismy, které jsou citlivé k amoxicilinu, jako: některé jiné Infekce dýchacích cest, Infekce urogenitálního traktu, Infekce gastrointestinálního traktu, Infekce kůže a měkkých tkání. **Dávkování:** Dospělí: U lehkých až středně těžkých infekcí 0,5 g–0,75 g každých 8 hodin po dobu 7–10 dnů. U těžších infekcí je obvyklá dávka 0,75 g–1,5 g v dílčích dávkách každých 8 hodin. Dávky 1 g a vyšší je možno podávat po 12 hodinách. Dávkování pediatrické populace (o tělesné hmotnosti do 40 kg): Denní dávka pro děti činí 50–90 mg/kg/den rozdělených do dvou až tří dávek. Děti o vyšší tělesné hmotnosti než 40 kg užívají stejnou dávku jako dospělí. **Způsob podání:** DUOMOX® se může brát před jídlem, během jídla nebo po jídle. Tablety se mohou polykat celé a zapít vodou. Také je možné je rozpustit nejméně ve 20 ml vody a vypít. Suspenze má mírně vanilkovo-mandarinkovou příchuť. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita k amoxicilinu nebo k jakémukoli jinému beta-laktamovému antibiotiku. Hypersenzitivita k některé z ostatních složek přípravku. Nepodávat pacientům s virovou infekcí, zejména infekční mononukleózou, pacientům s lymfatickou leukémií a pacientům HIV pozitivním. **Interakce:** probenecid, fenylbutazon, oxyfenbutazon a kyselina salicylová (v menší míře), indometacin a sulfinpyrazon prodlužují poločas amoxicilinu v plazmě a zvyšují jeho hladiny. Souběžné užívání amoxicilinu s perorálními kontraceptivy může být spojeno se sníženou účinností kontraceptiva. **Nežádoucí účinky:** Poruchy kůže a podkožní tkáně: vyrážka, gastro-intestinální poruchy: průjem, anální pruritus. **Upozornění:** zřídka může dojít i k závažným případům hypersenzitivity, léčba amoxicilinem musí být okamžitě zastavena. Při léčbě se mohou vyskytnout superinfekce. Při vzniku těžkého průjmu je třeba uvažovat o možnosti pseudomembranózní kolitidy. **Těhotenství a laktace:** Podávání amoxicilinu v době těhotenství nemá nepříznivý účinek na plod. Do mateřského mléka je vylučován v malých množstvích, nicméně u kojence nelze vyloučit vznik sensibilizace, dysmikrobie nebo průjmu. **Velikost balení:** DUOMOX® 250:20 tbl, DUOMOX® 375:20 tbl, DUOMOX® 500:20 tbl, DUOMOX® 750:20 tbl, DUOMOX® 1000:14 nebo 20 tbl. **Poslední revize textu:** březen 2015. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Astellas Pharma s. r. o., Sokolovská 100/94, 186 00 Praha 8, Česká republika. Registr. číslo: 15/270/93-A/C, B/C, C/C, D/C, E/C. **Způsob výdeje:** Výdej je vázán na lékařský předpis. **Způsob hrazení:** Léčivo je hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Podmínky uchovávání:** Při teplotě do 25 °C, uchovávat v původním vnitřním obalu.

ASTELLAS PHARMA s.r.o., Sokolovská 100/94, 186 00 Praha 8

PROGRAM / pátek 26. května

- 9.00 ZAHÁJENÍ**
prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D.
- 9.05–10.15 NEUROLOGIE**
garant doc. MUDr. Radomír Taláb, CSc.
- **Vertebrogenní onemocnění se zaměřením na diagnostiku, konzervativní terapii a rehabilitaci** – Bednář M.
 - **Akutní cerebrální ischemie – diagnostika, terapie, sekundární prevence** – Vítková E.
 - **Polyneuropatie – onemocnění periferních nervů** – Taláb R.
- 10.15–11.05 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE**
- **Diagnostika a léčba mírné kognitivní poruchy** – Talová B.
 - **Vliv kolagenových injekcí a lipozomálního vitamínu C na artrózu** – Procházka Z., Kotlářová L.
 - **Isoprinosine je bezpečný a účinný v léčbě pacientů s akutní respirační virovou infekcí** – Beran J.
- 11.05–11.30 PŘESTÁVKA**
- 11.30–12.50 KARDIOLOGIE**
- **Účinná intervence kardiovaskulárního rizika: ACE inhibitory nebo sartany** – Horák I.
 - **Můžeme změnit prognózu hypertoniků s dyslipidemií?** – Šnejdrová M.
 - **Jak zlepšit péči o pacienty po infarktu myokardu?** – Kociánová E.
 - **EPIcontrol: Průřezový průzkum mapování úspěšnosti dosahování cílových hodnot krevního tlaku u hypertoniků v České republice** – Widimský J.
- 12.50–13.45 POLEDNÍ PŘESTÁVKA**
- 13.45–15.00 DIABETOLOGIE**
garantka doc. MUDr. Alena Šmahelová, Ph.D.
- **Inzulínová rezistence a léčba diabetu 2. typu** – Šmahelová A.
 - **Dyslipidemie u diabetiků** – Bláha V.
 - **Srdeční selhání a diabetes** – Souček M.
- 15.00–16.00 PACIENTI S PORUCHOU KOGNICE V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE**
garantka MUDr. Božena Jurašková, Ph.D.
- **Porucha kognice není vždy demence** – Jurašková B.
 - **Testování poruch kognice** – Jarolímová E.
 - **Kazuistika** – Matějková A.
- 16.00–16.20 PŘESTÁVKA**
- 16.20–17.40 ALERGOLOGIE A IMUNOLOGIE**
garantka MUDr. Irena Krčmová, CSc.
- **Anafylaktická reakce na jed blanokřídlého hmyzu** – Krčmová I.
 - **Co je těžké astma?** – Novosad J.
 - **Imunologicky podmíněná porucha plodnosti** – Malá E.

WORKSHOP / pátek 26. května

- 14.00–15.00 WORKSHOP**
- **Léčba deprese, úzkosti a nespavosti – Videokazuistika „Pláču, jen když chci...”**
workshop vede MUDr. Barbora Talová

VSTUP VOLNÝ, KAPACITA OMEZENÁ

PROGRAM / sobota 27. května

- 8.30–9.45 OD TITRID K CRPITIDÁM** – MUDr. Václava Adámková, MUDr. Zuzana Blechová
IP ■ Diskuzní interaktivní blok
- 9.45–10.25 MÁME TAKOVÉTO PACIENTY VE SVÝCH AMBULANCÍCH?**
 ■ **Hunterův syndrom? Hereditární angioedém? Fabryho choroba? Gaucherova choroba?** – Dostálová G., Krčmová I., Magner M.
(Satelitní sympozium firmy Shire Czech, s.r.o.)
- 10.25–10.55 PŘESTÁVKA**
- 10.55–11.40 DOBRÁ RADA DO VAŠÍ ORDINACE**
 ■ **Možnosti využití adaptogenů při zvládání stresu** – Vranová V.
 ■ **Podání hexavalentních vakcín současně s dalšími vakcínami – účinnost a bezpečnostní profil** – Dvořák R.
- 11.40–13.10 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY**
 garantka MUDr. Miroslava Navrátilová, Ph.D.
 ■ **Rizika „zdravé“ výživy v dětství a dospělosti**
 ■ **Metabolické a somatické důsledky. 28leté zkušenosti z JIPP a metabolické poradny s kazuistikami**
- 13.10–14.00 PRÁVO, ÚHRADY A PRAKTIČTÍ LÉKAŘI:**
 ■ **AKTUÁLNÍ PROBLÉMY A VÝHLEDY** – JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.
- 14.00 ZÁVĚR KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD**

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

IV. KONGRES PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ V HRADCI KRÁLOVÉ

26.–27. května 2017 | Hotel Nové Adalbertinum, Hradec Králové

Pořadatel

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

Záštit

I. interní kardiologická klinika FN HK

Prezident akce

prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D.

Organizátor

SOLEN, s.r.o., Lazická 297/51, 779 00 Olomouc
 Kontaktní osoba: Markéta Slezáková, 734 571 658, slezakova@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 C Medicína pro praxi

Citační zkratka:

Med. praxi 2017; 14(Suppl C).

Vydal: Solen, s.r.o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-195-4

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/indapamidu a amlodipinu, podáványi současně v téže dávce. **DAVKOVÁNÍ A PŘÍJEM**:** Jedna tableta denně, nejlépe ráno a před jídlem. Fkni 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 (Clcr < 30 ml/min). Středně závažná porucha funkce ledvin (Clcr 30-60 ml/min) pro Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg a 10 mg/2,5 mg/10 mg. Hypersenzitivita na léčivé látky, jiné sulfonamidy, deriváty dihydropyridinu, jakýkoli jiný inhibitor ACE nebo na kteroukoli pomocnou látku. Anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edému) 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 diabetem 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: přerušete léčbu a sledujte pacienta až do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Souběžné užívání inhibitorů mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus). Pacienti užívající současně mTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) mohou mít zvýšené riziko výskytu angioedému. (např. otok dýchacích cest nebo jazyka s poruchou dýchání nebo bez ní) **. Analýzaktoidní reakce během desenzibilizace: postupujte opatrně u alergických pacientů léčených desenzibilizací a nepoužívejte v případě imunoterapie jedem blankfildých. Alespoň 24 hodin před desenzibilizací dočasné vysadte inhibitor ACE. Analýzaktoidní reakce během LDL-alteracy: před každou aferézou dočasné 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 hypertenziků s existujícími zjevnými renálními lézemi, u nichž renální krevní testy ukazují funkční renální insuficienci, by měla být léčba ukončena a je možno ji znovu zahájit v 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 dávkou a postupně je zvyšujte. Hypotenze a deplece vody a sodíku: riziko náhle hypotenze v přítomnosti preexistující deplece sodíku (zejména, je-li přítomna stenóza renální arterie): sledujte hladinu elektrolytů v plázmě, obnovte objem krve a krevní tlak, znovu zahajte léčbu nižším sníženou 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 stupeň tohoto jevu je malý **. Hladina draslíku: hyperkalemie: kontrolovat plazmatickou hladinu draslíku u pacientů s renální insuficiencí, zhoršení funkce ledvin, vyššího věku (> 70 let), diabetes mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současně užívání kalium-šetrných diuretik, doplnků draslíku nebo doplnků soli obsahující draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v séru. Hypokalemie: vysoké riziko u starších a/nebo podvýživných osob, cirhotických pacientů s edémem a ascitem, koronárních pacientů, u pacientů se selháním ledvin nebo srdečním selháním, dlouhým intervalem QT: sledovat plazmatickou hladinu draslíku. Může napomoci rozvoji torsades de pointes, které mohou být fatální. Hladina vápníku: hyperkalemie: před vyšetřením funkce příštítných tělísek ukončete léčbu. Renovaskulární hypertenze: v případě stenózy renální arterie: zahajte léčbu v nemocnici v 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/hypertrofická kardiomyopatie: v případě obstrukce průtoku krve levou komorou postupujte opatrně. Diabetici: V případě inzulín-dependentního diabetes mellitus zahajte léčbu iniciační nižší dávkou pod lékařským dohledem; během prvního měsíce a/nebo v případě hypokalemie sledujte hladinu glukózy v krvi. Černost: vyšší incidence angioedému a zjevně menší účinnost při snižování krevního tlaku ve srovnání s jinými rasami. Operace/anestezie: přerušete léčbu jeden den před operací. Porucha funkce jater: mírná až středně závažná: postupujte opatrně. Podání inhibitorů ACE mělo vzácně souvislost se syndromem počínající cholestatickou žloutenkou a progresujícím až v náhlu hepatickou nekrózu a (někdy) úmrtí. V případě žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů ukončete léčbu. Kyselina močová: hyperurikemie: zvýšená tendence k záchtatům dny. Starší pacienti: před zahájením léčby vyšetřit renální funkci a hladiny draslíku. Dávku zvyšovat 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 inhibitory ACE a blokátorem receptorů pro angiotenzin, estramustin, kalium-šetrný léky (např. triamteren, amilorid...), soli draslíku, raketadotriol **, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) **, dantrolen (infuze), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. Vyžadující zvláštní opatrnost: baklofen, nesteroidní antiflogistika (včetně kyseliny acetylsalicylové ve vysokých dávkách), antidiabetika (inzulín, perorální antidiabetika), kalium-nešetrná diuretika a kalium-šetrná diuretika (eplerenon, spironolakton), léky vyvolávající Torsades de pointes **, amfotericin B (i.v. podání), glukokortikoidy a mineralkortikoidy (systémové podání), tetrakosaktid, stimulační laxativa, srdeční glykosidy, alopurinol (současná léčba s indapamidem může zvýšit výskyt reakcí hypersenzitivity na alopurinol), induktry CYP3A4, inhibitory CYP3A4 klaritromycin (existuje zvýšené riziko hypotenze) **. Vyžadující určitou opatrnost: antidepresiva imipraminového typu (tricyklická), neuroleptika, jiná antihypertenziva a vazodilantika, tetrakosaktid, alopurinol (současná podávání s inhibitory ACE), cytostatika nebo imunosupresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid, anestetika, diuretika (thiazid nebo kličková diuretika), gliptiny (inaglipitin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, zlato, metformin, jedovavé 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 kalciových kanálů. **SCHOPNOST RIDIT A OBSLUHOVAT STROJE**:** Může být narušena v důsledku nízkého krevního tlaku, který se může vyskytnout u některých pacientů, zejména na začátku léčby. **NEZÁDOUCÍ ÚCINKY**:** Velmi časté: otoky. Časté: závrať, 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 kotníku, astenie, únava. Méně časté: rinittida, ezofagitida, hypersenzitivita, hypoglykemie, hyperkalemie vrátá 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, pemfigoid, artralgie, myalgie, bolest v zádech, poruchy močení, noční močení, polakisurie, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynekomastie, bolest, bolest na hrudi, nevolnost, periferní edém, horečka, zvýšená tělesná hmotnost, snížená tělesná hmotnost, zvýšení sérové hladiny urey, zvýšení sérové hladiny kreatininu, pád. Vzácné: stav zmatenosti, zvýšení sérové hladiny bilirubinu, zvýšení hladiny jaterních enzymů, zhoršení psoriázy **. Velmi vzácné: agranulocytóza, aplastická anémie, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, hemolytická anémie, trombocytopenie, hyperglykemie, 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, ezofagitida, 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: Deplece draslíku s hypokalemii, 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 erythematoses, 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 inhibitory transportu kalciových iontů (blokátory 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: nevýžaduje 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-pzu-hrazenych-ze-zdrav-pojseni>.

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



Neurologie

garant doc. MUDr. Radomír Taláb, CSc.

čtvrtek / 26. května 2017 / 9.05–10.15 hod.

Vertebrogenní onemocnění se zaměřením na diagnostiku, konzervativní terapii a rehabilitaci

MUDr. Michal Bednář, Ph.D.

Neurologické oddělení Oblastní nemocnice Trutnov, a.s.

Bolesti páteře jsou jedním z nejčastějších důvodů návštěvy praktického lékaře a jednou z nejčastějších příčin pracovní neschopnosti. Problémem z pohledu diagnostiky se na jedné straně stává skutečnost, že u řady nemocných nejsou radiologickými metodami zjištěné žádné významnější morfologické změny, na straně druhé radiologicky výrazné strukturální nálezy nemusí být klinicky manifestní.

Vztahy mezi morfologickými a funkčními změnami v oblasti páteře jsou v návaznosti na funkci celého pohybového aparátu velmi složité. Funkční změny (svalové dysbalance, kloubní blokády apod.) mohou být primárně zdrojem bolesti, současně však jejich chronické působení může vést k abnormnímu zatížení různých struktur páteře a ke vzniku strukturálních změn (degenerace intervertebrálního disku, artróza facet, spinální stenóza apod.).

Moderní pojetí patofyziologie vertebrogenních poruch klade do popředí abnormní svalovou aktivitu ve smyslu nekvalitních pohybových stereotypů, která je centrálně podmíněná (např. alterace somatognozie a stereognozie, senzitivity) a vede ve výsledku ke snížené kvalitě stabilizačních a posturálních funkcí. Velký význam v posturální stabilizaci je v současné době přikládán funkci bránice a dechovému stereotypu, a také břišnímu svalstvu (syndrom rozevřených nůžek, syndrom přesýpacích hodin).

Prakticky zaměřená přenáška vedle klasické „neurologické“ diagnostiky (radikulární versus pseudoradikulární syndromy, diskopatie atd.) přináší převážně funkční („rehabilitační“) pohled na vertebrogenní syndromy (příklady stabilizační dysfunkce páteře za patologických situací a ovlivnění pomocí různých fyzioterapeutických technik). Jedině tento funkční pohled může být východiskem pro efektivní terapeutické ovlivnění vertebrogenních syndromů v rámci konzervativního postupu (režimová opatření včetně profesního zatížení a autoterapie na základě edukace při předchozí fyzioterapii či ergoterapii).

Jakkoliv se zdá být u vertebrogenních syndromů v rámci konzervativního postupu prioritní role fyzioterapeuta, role praktického lékaře je nezastupitelná pro diferenciálně diagnostickou rozvahu (vyslovení podezření na závažné organické postižení páteře – systém červených praporečků, red flags) s event. doporučením vyšetření příslušným specialistou. Role neurologa je prioritní u kořenových syndromů (rozvaha konzervativní postup versus operační indikace, jiná než diskogenní etiologie atd.).

Akutní cerebrální ischemie – diagnostika, terapie, sekundární prevence

MUDr. Eva Vítková

Komplexní cerebrovaskulární centrum, Neurologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Ischemické cévní mozkové příhody (iCMP) tvoří 85 % všech CMP. Příčinou většiny z nich je akutní okluze mozkové tepny s náhlým poklesem krevního průtoku postiženou tepnou a klinickým projevem akutního ložiskového neurologického deficitu. Terapie akutní iCMP je zaměřena na rekanalizaci okludované tepny s cílem dosáhnout reperfuze a tím i záchrany viabilní mozkové tkáně.

K tomu, aby mozková tkáň mohla být zachráněna, musí být léčba zahájena co nejdříve. Předpokladem je včasné rozpoznání příznaků, rychlý transport do iktového nebo komplexního

cerebrovaskulárního centra, diagnostika a správná indikace terapie včetně výběru metody. Kauzální terapií je intravenózní trombolýza (IVT) s možností léčby do 4,5 hod. od vzniku příznaků, mechanická rekanalizace (EVT) do 8 hodin, intraarteriální trombolýza (IAT) do 6 hod. od vzniku příznaků a kombinované výkony. Pro okluzi bazilární tepny časové limity neplatí. Urgentní karotická endarterektomie je indikovaná u tranzitorních ischemických atak a měla by být zvažovaná u akutní okluze krčního úseku tepny bez okluze intrakraniálně. Sekundární prevence iCMP závisí na etiologii ischemie a její zahájení by mělo být v co nejkratší možné době od vzniku iCMP. Organizace managementu CMP je stanovena Věstníkem Ministerstva zdravotnictví.

Polyneuropatie – onemocnění periferních nervů

doc. MUDr. Radomír Taláb, CSc.

Nestátní zdravotnické zařízení, privátní ordinace neurologie, Hradec Králové

Heterogenní skupina poruch periferních nervů. Dochází k difuznímu nebo vícečetnému postižení vlivem endogenních nebo exogenních vlivů. Postiženy bývají hlavně dlouhé nervy s klinickými příznaky převažujícími na distálních částech končetin. Postižení může být symetrické, asymetrické i multifokální s převahou s příznaky senzitivními nebo motorickými. Pokud jsou postižena silná vlákna, dochází k poruchám motoriky a propriocepce. Postižení tenkých vláken znamená postižení senzitivních modalit a funkce autonomní, dysautonomie.

Incidence není přesně známa a závisí na věku, kdy s přibývajícím výskytem různých chorob narůstá pravděpodobnost vzniku polyneuropatií. Mezi nejčastější příčiny periferních polyneuropatií ve vyspělých zemích patří diabetes a ethylismus. Narůstá však i počet polyneuropatií v souvislosti s HIV. Procento idiopatických polyneuropatií kolísá mezi 13–22 %.

Diagnostika a léčba polyneuropatií vyplývá ze skutečnosti, zda potíže nemocného a objektivní nálezy jsou důsledkem periferní neuropatie. O provedení pečlivé diferenciací diagnostiky a identifikaci typu a příčiny neuropatie se opírá volba správné terapie, která může být specifická, jindy jen podpůrná nebo symptomatická.

Diagnostika polyneuropatií se opírá o základní kritéria:

- anamnéza a subjektivní příznaky (akutní, subakutní průběh, distribuce a charakter potíží)
- objektivní nálezy (snížené vibrační cití, zvýšený práh taktilních stimulů, normální práh bolesti, redukce svalové hmoty a síly)
- elektrodiagnostika – EMG (snížená rychlost vedení v motorických i senzitivních vláknech)
- laboratorní a komplementární vyšetření (krev, moč, likvor, rtg plic, DNA analýza, ev. biopsie nervu, ev. svalu či kůže)

Rozdělení polyneuropatií do 9 základních skupin:

- Symetrická proximální i distální slabost s poruchou cití – Guillain-Barrého syndrom (GBS, AIDP – akutní zánětlivá demyelinizační polyneuropatie) a chronická varianta (CIDP).
- Symetrická distální slabost s poruchou cití – metabolické poruchy, toxické působení léků a jiných toxinů, Charcotova-Marieho-Toothova choroba (CH-M-T).
- Symetrické poruchy cití akčně bez slabosti – metabolického původu, toxické, často kryptogenní senzitivní polyneuropatie.
- Asymetrická distální slabost s poruchou cití (vaskulitida nebo hereditární polyneuropatie), sklon k tlakovým parézám, někdy infekční etiologie.
- Asymetrická distální slabost bez poruchy cití (ALS ev. multifokální motorická neuropatie).
- Asymetrická proximální a distální slabost s poruchou cití – polyradikulopatie nebo plexopatie (diabetes, hereditární neuropatie, ev. idiopatická plexopatie).
- Symetrická porucha cití, distální areflexie a známky postižení CNS – deficienze vitamínu B12 (akutní degenerace míchy).
- Asymetrická porucha propriocepce bez známek slabosti – senzitivní neuronopatie.
- Autonomní příznaky – neuropatie s autonomními poruchami (diabetes, AIDP, vinkristin).

Základem léčby polyneuropatií je rozpoznání příčiny a její ovlivnění nebo odstranění. Součástí léčby je léčba symptomatická. Lékem první volby jsou adjuvantní analgetika (neobsahují paracetamol a nejsou řazena k nesteroidním antirevmatikům). Většina jsou neuroaktivní substance působící na centrální nebo periferní nervový systém (antidepresiva, antikonvulziva, opioidy, baclofen, kyselina thioktová – α -lipoová). U většiny polyneuropatií, zejména s motorickým postižením, je významná také léčba rehabilitační.

Aktuality do vaší ordinace

čtvrtek / 26. května 2017 / 10.15–11.05 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 (hypothyreóza, chronická hypoxie, chronická anémie, neuroinfekce, expanzivní léze CNS, opakující se hypoglykemie, systémová autoimunitní onemocnění, paraneoplazie, kolagenózy) či psychiatrické příčiny (depresivní pseudodemence, abusus 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.

Isoprinosine je bezpečný a účinný v léčbě pacientů s akutní respirační virovou infekcí

prof. MUDr. Jiří Beran, CSc.

Pracoviště tropické a cestovní medicíny IPVZ v Praze, Centrum očkování a cestovní medicíny Hradec Králové

Isoprinosine je imunomodulační lék, který je schválen v několika zemích k léčbě virových infekcí. V ČR a SR byla provedena studie, která porovnávala účinnost a bezpečnost Isoprinosine v porovnání s placebem u pacientů s klinicky diagnostikovaným onemocněním podobným chřipce, včetně pacientů s laboratorně potvrzenými případy akutní respirační virové infekce.

Další analýza podskupin hodnotila též účinnost Isoprinosine ve srovnání s placebem u jinak zdravých (bez chronických onemocnění) osob mladších 50 let, BMI a jeho vliv na léčbu byl hodnocen u pacientů mladších než 50 let.

Zkrácená informace o přípravku PRESTARIUM® NEO COMBI 5 mg/1,25 mg a 10 mg/2,5 mg: • PRESTARIUM® NEO COMBI 5 mg/1,25 mg a PRESTARIUM® NEO COMBI 10 mg/2,5 mg je kombinací dlouhodobě působícího inhibitory ACE s diuretikem. **Složení:** Jedna potahovaná tableta obsahuje perindoprilum argininum 5 mg, resp. 10 mg, odpovídající 3,395 mg, resp. 6,79 mg perindoprilum, a indapamidum 1,25 mg, resp. 2,5 mg. Obsahuje látky jako pomocnou látku. **Terapeutické indikace:** Léčba esenciální hypertenze u dospělých; přípravek Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg je indikován u pacientů, jejichž krevní tlak není adekvátně kontrolován samotným perindoprilem. Přípravek Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg je indikován jako substituční terapie k léčbě esenciální hypertenze u pacientů, kteří jsou již kontrolováni perindoprilem a indapamidem, podávaným současně v téže dávce. **Dávkování a způsob podání:** Jedna tableta přípravku Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg, resp. 10 mg/2,5 mg denně v jedné dávce, nejlépe ráno a před jídlem. **Starší pacienti:** Prestarium Neo Combi 1 tableta denně, Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg a 10 mg/2,5 mg: můžou být léčeni, pokud je normální renální funkce a po zvážení odpovědi krevního tlaku. Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg: kreatinin v plazmě musí být přizpůsobený ve vztahu k věku, tělesné hmotnosti a pohlaví. **Porucha funkce ledvin:** provádí se pravidelná kontrola kreatininu a draslíku. Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg: Clearance kreatininu (CrCl) > 60 ml/min není nutná úprava dávkování, CrCl 30–60 ml/min doporučuje se zahájit léčbu vhodnou dávkou kombinace jednotlivých monokomponent, CrCl < 30 ml/min léčba je kontraindikována. Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg: CrCl < 60 ml/min léčba je kontraindikována. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na jiné inhibitory ACE, na sulfonamidy nebo na kteroukoli pomocnou látku. Angioedém v anamnéze (Quinckeho edém) ve spojitosti s podáním ACE inhibitorů (viz bod upozornění). Hereditární/idiopatický angioedém. Současné užívání přípravku Prestarium Neo Combi s přípravky obsahující aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo s poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m²). Hypokalemie. Závažná porucha funkce ledvin (CrCl < 30 ml/min) u přípravku Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg. Středně těžká a těžká porucha funkce ledvin (CrCl < 60 ml/min) u přípravku Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg. Hepatální encefalopatie. Závažná porucha funkce jater. Nedoporučuje se v kombinaci s přípravky bez antiarytmického účinku způsobujícími torsades de pointes (viz bod interakce). Druhý a třetí trimestr těhotenství a během kojení (viz bod fertilita, těhotenství a kojení). Z důvodu nedostatečných klinických zkušeností přípravek nemá být používán u dialyzovaných pacientů a u pacientů s neléčeným dekompenzovaným srdečním selháním. **Upozornění:** Zvláštní upozornění: Nedoporučuje se současně podávání s lithiem, s draslíky šetrnými diuretiky a solemi draslíku. **Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS):** zvýšení rizika hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin), proto se duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu nedoporučuje. Pokud je léčba duální 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 a anémie:** používání s mimořádnou opatrností u pacientů s kolagenovým vaskulárním onemocněním, u užívajících imunosupresivní léčbu, léčbu alopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů. **Hypersenzitivita/angioedém, intestinální angioedém:** okamžitě vysazení léčby a monitorování až do úplného vymizení symptomů. Angioedém související 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). **Anafylaktické reakce během desenzibilizace:** byly zaznamenány izolované případy pacientů s přetrvávajícími, život ohrožujícími anafylaktoidními reakcemi během desenzibilizační léčby jedem blanokřídých (včely, vosy). Prestarium Neo Combi má být s opatrností používáno u alergických pacientů léčených desenzibilizační léčbou a nemá být podáváno u pacientů podstupujících imunoterapii tímto jedem. Je možné těmto reakcím předjet dočasným vysazením inhibitoru ACE alespoň na 24 hodin před léčbou. **Anafylaktoidní reakce během alerýy LDL pomocí dextran-sulfátu:** vzácně se vyskytly život ohrožující anafylaktoidní reakce. Těmto reakcím lze předjet dočasným vysazením léčby inhibitory ACE před každou alerýzou. **Anafylaktoidní reakce u pacientů dialyzovaných pomocí vysoce propustných membrán:** použít jinou membránu nebo jinou skupinu antihipertenziv. **Těhotenství:** okamžitě ukončení léčby, v případě nutnosti další léčby zahájit jinou léčbu. **Hepatální encefalopatie:** ukončení léčby. **Fotosenzitivita:** ukončení léčby. Porucha funkce ledvin: v případě funkční renální insuficience bez zjevných stávajících renálních lézí má být léčba ukončena a případně znovu započata buď v nižší dávce, nebo podáním pouze jedné ze složek přípravku. Běžné lékařské prohlídky zahrnují sledování hladin draslíku a kreatininu, po dvou týdnech léčby a poté každé dva měsíce během období stabilní terapie. Nedoporučuje se v případě bilaterální stenózy renální arterie nebo jedné funkční ledviny. **Opatrnosti pro použití:** Porucha funkce jater: ukončení léčby v případě žloutenky nebo elevace jaterních enzymů. Vzácně, podání inhibitoru ACE mělo vzácně souvislost se syndromem pobíhajícími cholestatickou žloutenkou a progredujícím až v náhlou hepatickou nekrózu a (někdy) úmrtí. Porucha funkce ledvin: léčba má být zastavena a případně znovu započata buď v nižší dávce anebo podáním pouze jedné ze složek přípravku, doporučeno časté sledování hladin draslíku a kreatininu. **Renovaskulární hypertenze:** léčba má být zahájena na nemocničním lůžku, a mají být sledovány funkce ledvin a hladiny draslíku. **Riziko arteriální hypotenze a/nebo renální insuficience v případě srdeční insuficience, deplece vody a elektrolytů u pacientů s nízkým krevním tlakem, se stenózou renální arterie, městnavým srdečním selháním nebo cirhózou se edémy a ascites:** léčba má být zahájena v nižší dávce a dávka progresivně zvyšována. **Náhlá hypotenze při preexistující depleci sodíku (zejména při stenóze renální arterie):** po obnově uspokojivého objemu krve a krevního tlaku může být léčba zahájena buď ve snížené dávce, nebo podáváním jen jedné ze složek. **Závažné srdeční selhání (stupeň IV)/srdeční insuficience:** zahájení léčby pod lékařským dohledem se sníženou počáteční dávkou. **Aortální nebo mitrální stenóza/hypertrofičká kardiomyopatie:** používat s opatrností u pacientů s obstrukcí výtokové části levé komory. **Ateroskleróza:** zahájení léčby nízkou dávkou u pacientů s ischemickou chorobou srdeční nebo s cerebrální oběhovou nedostatečností. **Suchý kašel, Hladiny draslíku:** pravidelné monitorování. **Hyperkalemie:** v případě renální insuficience, zhoršení renálních funkcí, věku > 70 let, diabetu mellitu: zahájení léčby pod lékařským dohledem s nižší úvodní dávkou **, dehydratace, akutní kardiální dekompenzace, metabolické acidozy a souběžné užívání draslíků šetrných diuretik a soli draslíku nebo v případě pacientů užívajících jiné léky související se zvýšením hladiny draslíku v séru **. Je doporučeno časté monitorování hodnot draslíku v krvi: může vyvolat závažné a někdy fatální arytmie. **Hypokalemie:** vysoké riziko pro starší pacienty a/nebo podvýživné jedince, cirhotické pacienty s edémem a ascites, koronární a srdečně selhávající pacienty a pacienty s dlouhým QT intervalem: častější monitorování je nezbytné nutné ve všech těchto případech; napomáhá rozvoji torsades de pointes, které mohou být fatální. **Hladiny sodíku:** nutno stanovit ještě před zahájením léčby; sledování hladin sodíku musí být častější u starších pacientů a u pacientů s cirhózou. Hyponatriemie s hypovolemii mohou způsobit dehydrataci a ortostatickou hypotenzi. Současná ztráta chlořidových iontů může vést k sekundárně kompenzační metabolické alkalóze (výskyt a stupeň tohoto jevu je malý). **Hyperkalemie:** přerušení léčby až do výšeší funkce příštích týdnů. **Hyperurikémie:** zvýšená tendence k zachvátím dny. **Anestezie:** jeden den před operací je doporučeno přerušit léčbu. **Dědičná porucha intolerance galaktózy, vrozený deficit laktázy nebo glukózo-galaktózová malabsorbe:** přípravek nemá být podáván. **Diabetici:** v případě hypokalemie by měla být pečlivě monitorována glykemie. **Etnické rozdíly:** vyšší výskyt angioedému a zřejmě méně účinný na snížení krevního tlaku u černošské populace ve srovnání. **Pediatrická populace:** účinnost a snášenlivost nebyla stanovena. **Sportovci:** může vyvolat pozitivní reakci u antidopingových testů. **Akutní myopie a sekundární glaukom s uzavřeným komorovým úhlem:** primární léčbou je okamžitě ukončení užívání léku. Okamžitá léčba nebo chirurgický zákrok se zvažují, pokud zůstává nitroční tlak nekontrolován. Rizikovými faktory pro rozvoj akutního glaukomu s uzavřeným komorovým úhlem mohou být alergie na sulfonamidy nebo penicilin v anamnéze. **Interakce:** Kontraindikace: aliskiren (u pacientů s diabetem nebo poruchou funkce ledvin). **Nedoporučovaná kombinace:** aliskiren (u jiných pacientů než diabetiků nebo s poruchou funkce ledvin) **, lithium, kalium šetrní diuretika a sole draslíku, současná léčba inhibitory ACE a blokátorem receptorů pro angiotenzin, estramustin. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** Baklofen, nesteroidní antiinfektiva (včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den), antidiabetika, léky vyvolávající torsades de pointes, léky snižující hladiny draslíku, draslík šetrné diuretika, digitalisové přípravky, racekadotril, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) **, **Kombinace vyžadující určitou opatrnost:** Antidepresiva imipriminového typu (tricyklická), neuroleptika, antihypertenziva a vazodilatační, alopurinol, cytostatika a imunosupresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid nebo tetraksoaktid, anestetika, glipitiny, sympatomimetika, injekce zlata, metformin, jodované kontrastní látky, vápník (a jeho soli), cyklosporin, takrolimus. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Nedoporučuje se během prvního trimestru těhotenství. Je kontraindikováno během druhého a třetího trimestru těhotenství a během kojení. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Schopnost řídit a obsluhovat stroje při užívání přípravku může být snížena. **Nežádoucí účinky:** Časté: hypersenzitivita (reakce, zvláště dermatologické, u pacientů s predispozicí k alergickým a astmatickým reakcím), parestezie, bolest hlavy, dysgeuzie, astenie, závrať, vertigo, zhoršení zraku **, tinitus, hypotenze, kašel, dyspnoe, zácpa, nauzea, zvracení, bolest břicha, dyspepsie, průjem, vyrážka, pruritus, makulopapulární vyrážka, svalové křeče. **Méně časté:** ezofitofie, hypoglykemie, hyperkalemie, hyponatriemie změny nálady, poruchy spánku, somnolence, synkopa, tachykardie, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, angioedém kopřivka, purpura, hyperhidróza, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, artralgie, myalgie, renální insuficience, erektilní dysfunkce, bolest na hrudi, malátnost, periferní otok, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, pád. **Vzácné:** zhoršení psoriázy **, únava, zvýšená hladina bilirubinu a jaterních enzymů v krvi. **Velmi vzácné:** rinidita, trombocytopenie, leukopenie, agranulocytóza, aplastická anémie, hemolytická anémie, pancytopenie, hyperkalemie, zmatenost, červí mozková příhoda, možná sekundárně k nadměrné hypotenzii u vysoce rizikových pacientů, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní), angina pectoris a infarkt myokardu (možné sekundárně k nadměrné hypotenzii u vysoce rizikových pacientů), ezofitofní pneumonie, pankreatitida, hepatitida, abnormální hepatální funkce, erythema multiforme, toxická epidermální nekrolýza, Steven-Johnsonův syndrom, snížení hladiny hemoglobinu a snížení hematokritu akutní renální selhání. **Není známo:** torsades de pointes (potenciálně fatální), hepatální encefalopatie (v případě jaterní insuficience), myopie **, rozmazané vidění **, možné zhoršení preexistujícího akutního diseminovaného lupus erythematos, EKG - prodloužený QT interval, zvýšená hladina glukózy a kyseliny močové v krvi, deplece draslíku s hypokalemii, zvláště závažná u určitých vysoce rizikových skupin pacientů. **Předávkování.** **Farmakologické vlastnosti:** Prestarium Neo Combi je kombinovaný přípravek obsahující argininovou sůl perindoprilu, inhibitoru angiotenzin-konvertujícího enzymu, a indapamid, derivátu sulfonamidů, farmakologicky řazenému k thiazidovým diuretikům, s antihipertenzním účinkem na systolický a diastolický arteriální tlak v poloze vleže i vstaje. **Uchovávání:** Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Velikost balení:** 30 a 90 tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** LES LABORATOIRES SERVIER, 50 rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. **Registrační číslo:** 58/502/06-C (5 mg/1,25 mg), 58/215/09-C (10 mg/2,5 mg). **Datum poslední revize textu:** 7. 3. 2017. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier.s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 307, www.servier.cz

* pro úplnou informaci si prosím přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku
 ** všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku Prestarium Neo Combi

PRESTARIUM® NEO COMBI

...když potřebujete
preferované
diuretikum do
COMBI¹



1 tableta denně

LITERATURA: 1. Diagnostické a léčebné postupy u arteriální hypertenze – verze 2012. Doporučení společnosti pro hypertenzi. Vnitřní lékařství 2012;58(10):785-801.

Servier s. r. o., Florentinum,
Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1
tel.: +420 222 118 111
www.servier.cz



Ve studii bylo zařazených celkem 463 pacientů a náhodně rozděleno na dvě poloviny; pro léčbu Isoprinosine (n = 231) a placebem (n = 232). Studie byla randomizovaná, dvojité zaslepená a multicentrická.

Primárním cílem účinnosti bylo ovlivnění času potřebného k vymizení všech symptomů podobných chřipce, které byly přítomné při zahájení léčby. Bezpečnost přípravku byla zjišťována analýzou dat z dotazníků se zápisem nežádoucích účinků.

Rozdíl v čase potřebného k vymizení všech symptomů podobných chřipce mezi oběma skupinami (Isoprinosine x placebo) nebyl sice statisticky významný, ale u pacientů léčených Isoprinosine bylo rychlejší vymizení chřipce podobných symptomů v porovnání s placebem – Hazard Ratio = 1,175; (95 % CI: 0,806–1,714). P-hodnota = 0,324. Protože jsme si byli vědomi výrazného ovlivnění imunitního systému jeho stárnutím a obezitou, provedli jsme ještě analýzy v podskupinách.

V analýze podskupiny pacientů mladších 50 let byl rozdíl mezi sledovanými skupinami již statisticky významný, především u těch, již neměli základní chronické onemocnění dýchacího systému a u neobézních osob (BMI < 30 kg/m²). Isoprinosine byl v léčbě velmi dobře tolerován a nebyla hlášena žádná závažná nežádoucí reakce, která by byla v přímém vztahu s aplikovaným léčivem.

Výsledky studie potvrdily dobrou klinickou účinnost Isoprinosine ve srovnání s placebem u zdravých neobézních osob mladších 50 let s klinicky diagnostikovaným onemocněním podobným chřipce. Isoprinosine v léčbě pacientů s potvrzenou akutní respirační virovou infekcí je také bezpečný.

Kardiologie

čtvrtek / 26. května 2017 / 11.30–12.50 hod.

Můžeme změnit prognózu hypertoniků s dyslipidemií?

MUDr. Michaela Šnejdrová, Ph.D.

3. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Dyslipidemie spolu s arteriální hypertenzí, kouřením a diabetem mellitem patří stále mezi nejvýznamnější rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění. Uvedené rizikové faktory se navíc velmi často kumulují, jejich současným výskytem se kardiovaskulární riziko nesčítá, ale násobí. Při současném výskytu všech čtyř uvedených rizikových faktorů je riziko kardiovaskulární příhody až 20x vyšší než v případě výskytu samotné arteriální hypertenze.

Z klinických studií i praxe víme, že s narůstajícím počtem užívaných tablet klesá compliance pacienta, zatímco při užívání 1 tablety denně můžeme pozorovat 80% compliance k léčbě, při užívání 3 tablet již klesá přibližně na 60 %. Kombinační léčba se tedy jeví jako extrémně výhodná a to nejen k léčbě arteriální hypertenze, ale také k současnému ovlivnění více rizikových faktorů, resp. dyslipidemie a arteriální hypertenze. Touto formou léčby navíc můžeme eliminovat nižší compliance k hypolipidemické léčbě statiny, zejména při stále zažitém užívání ve večerních hodinách, které u novějších statinů (atorvastatin, rosuvastatin) nemá své opodstatnění (stejná účinnost, lepší adherence k léčbě při ranním užívání).

Prezentovaná kazuistika přináší pojednání o pacientovi, který navzdory několik let trvající léčbě arteriální hypertenze a dyslipidemie prodělal cévní mozkovou příhodu při velmi dobré kompenzaci krevního tlaku a špatné kompenzaci dyslipidemie. Zahájením léčby dvou rizikových faktorů v jednom kombinovaném preparátu došlo k výraznému zlepšení compliance a tedy i další prognózy pacienta.

EPIcontrol: Průřezový průzkum mapování úspěšnosti dosahování cílových hodnot krevního tlaku u hypertoniků v České republice

prof. MUDr. Jiří Widimský, CSc.

III. interní klinika, 1. LF UK a VFN Praha

Cíle projektu: Posoudit úspěšnost kontroly hypertenze v ambulantním sektoru a současně analyzovat stávající antihypertenzní (kombinační) léčbu. Dalším cílem projektu je posoudit vlivy přispívající ke zhoršené kontrole vysokého krevního tlaku.



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 dávků 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 nedávnou prodělanou transplantaci ledvin. **Porucha funkce ledvin:** monitorování hladiny kreatininu a draslíku, individuální titrace dávků 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 léky, u pacientů užívajících imunosupresivní léky, 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 (infúze), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** Induktory a středně silné inhibitory CYP3A4, digoxin, ezetimib, 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 spermatozoidů. **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 kčetein, artralgie, svalové spazmy, myalgie, bolest zad, astenie, únava, periferní edém, abnormální výsledky testů jaterních funkcí, zvýšená hladina kreatinfosfokinázy v krvi. **Méně časté:** rininitida, eozinoflie, 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 hypotenzii u vysoce rizikových pacientů, angina pectoris, cévní mozková příhoda možná sekundárně k nadměrné hypotenzii 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). **Předávání*:** **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 na 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



Metodologie: Projektu se zúčastnilo celkem 348 center – pracovišť praktických lékařů. Každé centrum vyšetřilo 10 po sobě jdoucích pacientů s arteriální hypertenzí. Projektu se zúčastnilo celkem 3 480 pacientů s již léčenou hypertenzí. Průměrný věk činil 64 ± 12 roků (rozsah 20–96 let) a mírně převažovali muži (55 %).

Výsledky: Průměrný klinický TK činil $144 \pm 17/85 \pm 11$ mmHg. Kontrola hypertenze s TK pod 140/90 mmHg byla dosahována významně častěji u žen než u mužů (37 vs. 32 %). Pacienti s diabetes mellitus měli významně vyšší systolický TK oproti osobám bez diabetu. Mezi další faktory přispívající ke zhoršení kontroly hypertenze patřila obezita/BMI, nikotinismus a věk. Používání fixních kombinací bylo pozorováno u 48 % osob bez závislosti na věku. Mezi nejčastěji předepisované léky v každé třídě patřily: ACEI – Perindopril, BKK – Amlodipin, sartany – Telmisartan, BB – Metoprolol, diuretika – Indapamid. Byly rovněž analyzovány lékové duplicity, ale jejich celkový počet byl nízký (celkově pouze u cca 1,5 % pacientů).

Závěry: Výsledky svědčí nadále pro trvalou neuspokojivou kontrolu hypertenze, kdy pouze kolem 1/3 pacientů dosahuje cílových hodnot TK. Ženy a nekuřáci mají lépe kontrolovanou HT, naopak obézní pacienti a diabetici mají zhoršenou kontrolu systolického TK. Projekt EPlcontrol svědčí pro častější používání fixních kombinací (48 %). Použití fixních kombinací snižuje počet tablet a v případě fixní trojkombinace vede oproti volným kombinacím k lepší kontrole HT.

Diabetologie

garantka doc. MUDr. Alena Šmahelová, Ph.D.

čtvrtek / 26. května 2017 / 13.45–15.00 hod.

Inzulinová rezistence a léčba diabetu 2. typu

doc. MUDr. Alena Šmahelová, Ph.D.

III. interní gerontometabolická klinika FN a LF UK v Hradci Králové

Inzulinové receptory se vyskytují prakticky ve všech orgánech a tkáních a regulace příjmu glukózy je významná pro všechny buňky organismu. Inzulin má klíčový význam pro energetiku všech buněk a důsledkem jeho nedostatku je hyperglykemie. Chronická hyperglykemie v důsledku hypersekrece i hyposekrece inzulínu je charakteristickým rysem diabetu 2. typu s odlišnou citlivostí tkání na inzulín v různých fázích nemoci.

Pojem inzulinová rezistence vyjadřuje sníženou metabolickou efektivitu (vázne vychytávání a užití glukózy v periférii a zvyšuje se jaterní glukoneogeneze) endogenního i exogenně podaného inzulínu. Nejčastější příčinou inzulinové rezistence je obezita, ale způsobují ji i jiné faktory (malá pohybová aktivita, intermitentní onemocnění, chirurgické výkony, úrazy, stres, menstruační cyklus, těhotenství a další). Mírou inzulinové rezistence je v klinické praxi hodnota glykemie a C peptidu nalačno a hmotnost.

Vedení léčby diabetu je nutno flexibilně přizpůsobovat míře inzulinové rezistence. Obtížná situace je u fixované inzulinové rezistence, která je běžně přítomna u obézních diabetiků. Doporučení postupů odvozených z klinických studií a obecná schémata léčby je nutno individualizovat a rozhodnout rovněž reálnou spoluprací pacienta při léčbě (bohužel většinou základní problém).

Kromě klasických přímých senzitizerů (metformin, pioglitazon) efektivně ovlivňují inzulinovou rezistenci glifloziny a agonisté receptoru GLP-1. Tyto léky u diabetiků 2. typu ovlivňují bezpečně (tedy bez rizika hypoglykemie) kromě hyperglykemie i další klinické projevy inzulinové rezistence (hmotnost, hypertenze, dyslipidemie). Mají tedy komplexní účinek. Ve fázi významně poškozené inzulinové sekrece a fixované inzulinové rezistence je nutné zahájit včas inzulinovou léčbu (preferenčně inzulinových analogů příp. o vyšší koncentraci, fixní kombinace bazálního analoga s agonistou receptoru GLP-1, např. degludek a liraglutidu, režim inzulinové pumpy). Základním lékem diabetu 2. typu je u všech antidiabetických režimů metformin. Pro řízení léčebné strategie je možno i u diabetiků 2. typu využít kontinuální záznam glykemií s retrospektivním zhodnocením.

Dyslipidemie u diabetiků

prof. MUDr. Vladimír Bláha, CSc.

III. interní gerontometabolická klinika, FN a LF UK v Hradci Králové

Komplexní léčba diabetu 2. typu vede k prodloužení života, zlepšení jeho kvality a k prevenci či oddálení vzniku makrovaskulárních a mikrovaskulárních komplikací. Dosažení těchto cílů v léčbě dyslipidemie je u diabetu 2. typu, který zahrnuje jedince s vysokým kardiovaskulárním (KV) rizikem, obtížné, navzdory dietní, režimové a farmakologické intervenci. Hodnoty absolutního KV rizika jsou zde vyšší než hodnoty odečtené z tabulky SCORE.

Patofyziologickým podkladem dyslipidemie metabolického syndromu (METS) a diabetické dyslipidemie je inzulínová rezistence. Na inzulín rezistentní tukové buňky ve zvýšené míře uvolňují uložené triglyceridy, a proto dochází ke zvýšení koncentrace volných mastných kyselin v cirkulaci. Výsledným stavem je vznik a) cholesterolem obohacených VLDL remnantních partikulí, které jsou více aterogenní, b) o triglyceridy obohacených a o cholesterol ochuzených HDL částic. Navíc dochází k redukci HDL cholesterolemie a vznikají malé denzní LDL částice. Dyslipidemie typická pro pacienty s DM 2. typu proto zahrnuje tzv. **aterogenní triádu**, tj. zvýšenou koncentraci triglyceridů, snížení HDL cholesterolu a zvýšení malých denzních LDL. Tyto částice jsou potom více aterogenní, protože jsou více náchylné k oxidativní modifikaci a snáze penetrují endotelem tepenné stěny. Konformační změny apo B vedou potom ke snížení afinity LDL částic k LDL receptoru, a tudíž prodlužují jejich eliminaci. Hypertriglyceridemie je spojena s akumulací remnantních chylomikronů, které jsou aterogenní, a remnantních VLDL, které jsou také aterogenní. Hypertriglyceridemie generuje malé denzní LDL a vede ke snížení HDL, a je také spojena se zvýšenou koagulabilitou a sníženou fibrinolýzou v podobě zvýšení plasminogen aktivátor inhibitoru 1 (PAI-1) a faktoru VII a aktivaci protrombinu na trombin.

Léčebná strategie dyslipidemie typická pro pacienty s DM 2. typu musí probíhat současně se snahou podchytit a komplexně léčit všechny ostatní symptomy inzulínové rezistence, které ovlivnit lze. Jedině taková důsledná léčba může vést ke snížení rizika angiopatických komplikací. Doporučení zdůrazňují individuální přístup. Kandidáty léčby jsou zejména nemocní s diagnózou ischemické choroby srdeční (IČS) a se subklinickými formami IČS. Základem hypolipidemické intervence u pacientů s dyslipidemií v rámci DM 2. typu je dieta. Nezapomínáme na pohybový režim. Patologická kombinace několika poruch lipidogramu a snaha o dosažení cílových hodnot krevních lipidů často vyžaduje léčbu kombinací hypolipidemik s různým mechanismem účinku. I když léčba statiny u diabetiků 2. typu prokazatelně snižuje KV riziko, stále zůstává i ve skupině aktivně léčených pacientů přítomno signifikantní reziduální riziko. Proto je dalším cílem v léčbě dyslipidemie – vedle dosažení náležitých hodnot LDL – snaha zvýšit koncentraci HDL cholesterolu a snížit triglyceridemii pomocí dalších hypolipidemik v rámci kombinované hypolipidemické terapie. Výběr příslušné kombinace hypolipidemik a sledování možného výskytu nežádoucích účinků, tolerance a compliance pacientů je nutností, zejména s ohledem na zvýšený výskyt lékových interakcí a vedlejších účinků kombinací léčby. Možné kombinace hypolipidemik zahrnují především fibrát/statin a mezi další kombinace patří léčba typu fibrát/niacin, fibrát/ezetimib, statin/niacin, případně statin/ezetimib nebo statin/omega-3 mastné kyseliny. S výhodou lze využít i příznivý kardiovaskulární efekt některých nových antidiabetik – např. gliflozinů, a nových hypolipidemik – např. inhibitorů PCSK9.

Práce byla podpořena granty Progres Q40, AZV MZ ČR č. 17-31754A.

Léčba srdečního selhání u diabetiků

prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

II. interní klinika Fakultní nemocnice u sv. Anny Brno

Srdeční selhání (SS) se u diabetiků objevuje často, a opačně, mezi nemocnými se SS je vysoká prevalence diabetes mellitus. Patofyziologie SS u diabetiků je komplikovaná, protože vychází jak z poruchy systolické funkce levé komory, tak s poruchy diastolické. Kromě zvýšené aktivity sympa-

COSYREL®

bisoprolol fumarát / perindopril arginin

NOVINKA

Jediná fixní kombinace β-blokátoru a ACEi

pro snadnější ochranu srdce před IM

3 INDIKACE Hypertenze | Stabilní ICHS | Srdeční selhání #

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 perindoprilem podávanými současně ve stejné dávce. **Dávkování a způsob podání*:** Obvyklá dávka je jedna tableta jednou denně, nejlépe ráno a před jídlem. Pacienti musí být stabilizováni na léčbě bisoprololem a perindoprilem ve stejné dávce po dobu nejméně 4 týdnů. Fixní kombinace není vhodná k iniciální léčbě. U pacientů stabilizovaných na dávce bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 2,5 mg nebo bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 5 mg: půl tablety obsahující 5 mg/5 mg nebo 5 mg/10 mg jednou denně. Je-li nutná změna dávkování, titraci je nutno provádět za použití jednotlivých složek samostatně. **Porucha funkce ledvin:** Doporučené dávkování podle clearance kreatininu. 5 mg/5 mg; $Cl_{CR} \geq 60$ (ml/min): 1 tableta; $30 < Cl_{CR} < 60$: ½ tablety; $Cl_{CR} < 30$: přípravek není vhodný, doporučená titrace dávky za použití jednotlivých složek samostatně. 5 mg/10 mg; $Cl_{CR} \geq 60$: ½ tablety; $Cl_{CR} < 60$: přípravek není vhodný, 10 mg/5 mg; $Cl_{CR} \geq 60$: 1 tableta; $Cl_{CR} < 60$: přípravek není vhodný, 10 mg/10 mg; přípravek není vhodný. **Porucha funkce jater:** není nutná úprava dávkování. **Starší pacienti:** podávání podle renální funkce. **Přibližná 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 periferní arteriální okluzeční onemocnění nebo Raynaudova syndromu; neléčený feochromocytom (viz bod Upozornění*); metabolická acidóza; anamnéza angioneurotického edému souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE; dědičný nebo idiopatický angioneurotický edém; 2. a 3. trimestr těhotenství (viz body Upozornění*). **Těhotenství a kojení*:** současně užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo s poruchou funkce ledvin ($GFR < 60$ ml/min/1,73 m²) (viz body Upozornění*). **Interakce* a Farmakodynamické vlastnosti*:** **Upozornění*:** Zvláštní upozornění a opatření pro použití: **Hypertenze:** u pacientů s poklesem objemu tělních tekutin, se symptomatickým srdečním selháním se současnou renální insuficiencí nebo bez ní, s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárními chorobami je při zahájení léčby a změně dávky zapotřebí pečlivé monitorování. Náhlá hypotenzní odpověď není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou pacienti obvykle užívat bez obtíží, jakmile jim po doplnění objemu stoupne krevní tlak. **Hypersenzitivita/angioedém/intestinální angioedém:** vysadit a zahájit monitorování až do úplného vymizení symptomů. Léčba betablockátorem 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. **Neproductivní kašel.** **Hyperkalemie:** časté monitorování koncentrace draslíku v krvi v případě renální insuficience, zhoršení renálních funkcí, věk > 70 let, diabetes mellitus, dehydratace, akutní srdeční nedostatečnost, metabolická acidóza a současně užívání 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, antiarytmiky třídy I a centrálně působícími anti hypertenzivy; obecně se nedoporučuje. **Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS):** zvýšení rizika hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se proto nedoporučuje. Pokud je léčba duální blokádou považována za naprosto nezbytnou, má k ní docházet pouze pod dohledem specializovaného lékaře a za častého pečlivého sledování funkce ledvin, elektrolytů a krevního tlaku. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Ukončení léčby:** nesmí být provedeno náhle ukončení léčby betablockátorem. 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. **Průzračková angina:** betablockátory 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, restriktivní kardiomyopatie, vrozeným srdečním onemocněním, hemodynamicky signifikantním organickým onemocněním chlopní, infarktem myokardu v předchozích 3 měsících:** nejsou zkušenosti s podáváním. **Anafylaktoidní reakce během aterosklerotických lipoproteinů (LDL):** vzácná, lze předjetí dočasným vysazením léčby inhibitory ACE před každou aterosklerotickou. **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 alupurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů. **Bronchospasmus (bronchiální astma, obstrukční onemocnění dýchacích cest):** souběžné podávání bronchodilatorní terapie. **Anestezie:** pokud je nutné betablockátory vysadit, je třeba to provádět postupně a ukončit 48 hodin před anestezii. **Psorázie:** podání po zvážení přínosu a rizika. **Feochromocytom:** podávání bisoprololu vždy s blokátorem alfa-receptorů. **Lyotetoxikóza:** symptomy mohou být maskovány. **Těhotenství a kojení*:** **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); antiarytmika třídy I (chinidin, disopyramid, lidokain, fenytion, flekainid, propafenon); antagonisty kalcia typu verapamilu a v menší míře diltiazemu; aliskiren a blokátory receptorů pro angiotenzin II; estramustin, draslík šetřící diuretika (triamteron, amilorid), draslík (soli); lithium. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** antidiabetika (inzulín, perorální antidiabetika); nesteroidní antiinfektiva (NSAID) včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den; antihypertenziva a vazodilatancia; trikylická antidepresiva/antipsychotika/anestetika; sympatomimetika; antagonisté kalcia dihydropyridinového typu (felodipin, amlodipin); antiarytmika třídy III (amiodaron); parasympatomimetika; lokální betablockátory (např. oční kapky k léčbě glaukomu); digitalisové glykosidy; baklofen; draslík šetřící diuretika; draslík šetřící diuretika (epieron, spironolaktone); rasekadrolit*, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus)*. **Kombinace vyžadující určitou opatrnost:** melflochin, inhibitory monooxygenáz (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. Časté: bolest hlavy; závratě, vertigo, dysgeuzie, parestezie, porucha zraku, tinitus, zhoršení srdečního selhání, hypotenze a účinky související s hypotenzí, pocit 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 náldy, poruchy spánku, deprese, somnolence, synkopa, palpitace, tachykardie, poruchy AV vedení, ortostatická hypotenze, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, angioedém obličejce, 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:** nitrida, 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, trombocytenie, hemolytická anémie u pacientů s vrozeným deficitem G-6-PD, zmatenost, konjunktivitida, arytmie, angina pectoris, infarkt myokardu a cévní mozková příhoda, možné sekundární k nadměrné hypotenzí u vysoké rizikových pacientů, eosinofilní pneumonie, pankreatitida, erythema multiforme, alopecie, betablockátory mohou způsobit nebo zhoršit psoriázu nebo způsobit vyrážku připomínající psoriázu, akutní renální selhání, snížená hladina hemoglobinu a snížený hematokrit. **Předávkování*, vlastnosti*:** Bisoprolol je vysoce beta-, selektivní blokátor adrenergních receptorů bez vnitřní sympatomimetické a membrány stabilizující aktivity. Perindopril je inhibitor enzymu, který konvertuje angiotenzin I na vazokonstrikční 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, France. Registrací číslo: 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-pzu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

* pro úplnou informaci si prosím přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku; ** všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku Cosyrel



tického nervového systému a renin-angiotenzin-aldosteronového systému zde nově hrají zásadní roly natriuretické peptidy. Léčba srdečního selhání u diabetiků se nijak zásadně neliší od léčby srdečního selhání u nediabetiků. Jejím základem jsou inhibitory ACE, betablokátory a blokátory mineralokortikoidních receptorů. V loňském roce vyšlo nové doporučení pro diagnostiku a léčbu srdečního selhání, kde se klade důraz i na nové možnosti léčby. Tím je například ivabradin, který zpomaluje srdeční tepovou frekvenci, která se nedaří zpomalit betablokátory, a může se využít i do kombinace s nimi. Cílem je dosáhnout tepové frekvence kolem 60/min. Nově v diagnostice a léčbě se uplatňují i natriuretické peptidy. Inhibice neprilysinu a blokáda AT1 receptoru přináší nové možnosti v léčbě chronického SS. Poprvé se v doporučeních pro diagnostiku a léčbu SS také objevuje informace o gliflozinech, které mohou být využity u pacientů s diabetes mellitus a SS.

V poslední době se do popředí dostává otázka dlouhodobé kardiovaskulární bezpečnosti nových hypoglykemizujících léků. Kardiovaskulární bezpečnost nových antidiabetik ovlivňujících inkretinový systém byla proto pečlivě testována v klinických studiích. Výsledky studie EMPA-REG OUTCOME s empagliflozinem říkají, že vzhledem k navození osmotické diurézy dochází ke snížení hospitalizace pro srdeční selhání o 25 %. Také studie LEADER s liraglutidem byla pozitivním výsledkem, že příznivě ovlivňuje SS při léčbě diabetiků ve vysokém kardiovaskulárním riziku.

S úspěšnou léčbou akutního koronárního syndromu se pacienti dožívají vyššího věku a problémy se SS u chronických forem budou výrazně narůstat, což se projeví také u pacientů a diabetes mellitus.

Pacienti s poruchou kognice v ordinaci praktického lékaře

garantka MUDr. Božena Jurašková, Ph.D.

čtvrtek / 26. května 2017 / 15.00–16.00 hod.

Porucha kognice není vždy demence

MUDr. Božena Jurašková, Ph.D.

III. interní gerontometabolická klinika FN a LF UK v Hradci Králové

Demenci lze charakterizovat jako duševní onemocnění, při němž v důsledku chorobného procesu dochází ke snížení funkce **paměti, intelektu** a jiných tzv. kognitivních funkcí od jejich původní úrovně a k druhotnému **úpadku** všech dalších psychických funkcí. K těmto řadíme především afekty, náladu, pozornost a soustředění, vnímání a v pozdějších stádiích dochází ke změně **osobnosti**, úpadku v etické a estetické sféře, rozpadu celkové soudržnosti základních psychických funkcí. Vývoj psychických změn bývá pomalý.

Porucha kognitivních funkcí nemusí být vždy ale projevem Alzheimerovy choroby, což v poslední době bývá často dáváno do souvislostí u pacientů s poruchami kognice.

Porucha kognice může také provázet i jiná onemocnění mozku, jako je například **Parkinsonova** a **Huntingtonova nemoc** či roztroušená skleróza mozkomíšní.

Rovněž jiná **tělesná onemocnění** (infekční choroby, srdeční jaterní selhání, ledvinné selhání, dýchací onemocnění nebo pokročilá nádorová onemocnění) mohou vést k rozvoji obrazu kognitivního deficitu.

Nabízí se tak řada otázek. Řešíme příčinu nebo důsledek těchto poruch? Nezabýváme se příliš samotným onemocněním místo její příčinou? Nemá se právě přístup k tomuto onemocnění řídit jejími příčinnými faktory? Je přístup rozdílný?

Možnými etiologickými faktory nárůstu počtu pacientů s poruchou kognice mohou být: vyšší dožívající se věk (každý se tzv. má šanci dožít své rakoviny a své demence), superspecializace medicíny (zabýváme se tak pouze svou specializací a náhledem takto zaměřeným), řešení samotného problému, ne chorob souvisejících, včetně psychického stavu, nárůst depresivity – její neléčení.

V souvislosti s těmito skutečnostmi je třeba uvést fakt, že některé parametry tzv. normy ve středním věku neplatí pro seniorský věk – hodnoty krevního tlaku, glykemie, dávkování léků apod.

Velkým nepřítelem zachování dostatečné kognitivní funkce seniorů bývá polypragmatie a lékové interakce. Např. abusus hypnotik vyvolává poruchu kognitivních funkcí, na rozdíl od Alzheimerovy demence však reverzibilních.

Při podezření na poruchu kognitivních funkcí bychom měli provést:

- MMSE, Addenbrookův test,
- laboratorní vyšetření (KO, biochemie, hormony štítné žlázy, hladina vitamínu B12) EKG vyšetření, UZ srdce, MR nebo CT vyš. mozku.

Z **důvodů dif. dg.** by každý takový pacient měl být vyšetřen geriatrem nebo internistou. Při dominující **neurologické symptomatologii** i vyšetřen neurologem. Při dominujících **psychických symptomech** (depresivita, bludy, halucinace apod.) vyšetřen psychiatrem.

V přednášce je uvedeno několik kazuistik mylné diagnostiky Alzheimerovy demence. Prezentace takových příkladů by mohla upozornit na význam zamyšlení nad etiologií kognitivních změn u seniorů. Mohlo by to možná snížit i vzestup těchto poruch zaznamenaných v poslední době.

Testování poruch kognice

PhDr. Eva Jarolímová, Ph.D.

Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, Česká alzheimerovská společnost, Praha

Kognitivní poruchy a demence představují závažný zdravotní problém starší populace. Kvůli vysokým finančním nákladům a sociálním důsledkům se stávají i problémem celospolečenským. Jejich prevalence je ve stáří poměrně vysoká; demence 5–10 %, mírná kognitivní porucha 17 %, benigní, věkově podmíněné změny 20 %. S prodloužováním střední délky života bude výskyt dále narůstat. Diagnostika kognitivní poruchy je jeden z klíčových nástrojů diagnózy syndromu demence. Testování kognice pacienta nám umožňuje rozlišovat mezi stavy fyziologického zapomínání, mírné kognitivní poruchy nebo vážnějším kognitivním deficitem, zejména časného stadia Alzheimerovy choroby nebo jiné demence. Toto testování zároveň slouží k ověření farmakoterapeutického efektu, progresu nemoci nebo je také vhodným vodítkem pro trénink kognitivních funkcí. S mnestickými stesky přichází obvykle pacient sám nebo v doprovodu člena rodiny. Významnou součástí tvorby diagnózy je diagnostika pomocí dotazníků a škál. Testování kognice má však také svá úskalí a meze. Diagnostika kognitivních poruch začíná už v ordinaci praktického lékaře a využívá následných specializovaných vyšetření (neurologické, geriatrické, psychiatrické, psychologické), relevantní je výpověď člena rodiny. Česká alzheimerovská společnost prostřednictvím svého projektu „Dny paměti“ nabízí klientům s podezřením na kognitivní poruchu bezplatné vyšetření paměti a jiných kognitivních funkcí v kontaktních místech na území České republiky. Cílem tohoto sdělení je využití škál, dotazníků a screeningových zkoušek, rychlá diagnostika stavu kognice, rovněž tak řada dalších faktorů – např. zdravotní stav, farmakoterapie, výživa, náhlé změny životních událostí, únava, stres, nadprůměrný premorbidní intelekt aj.

Alergologie a imunologie

garantka MUDr. Irena Krčmová, CSc.

čtvrtek / 26. května 2017 / 16.20–17.40 hod.

Anafylaktická reakce na jed blanokřídlého hmyzu

MUDr. Irena Krčmová, CSc., MUDr. Jakub Novosad, Ph.D.

Ústav klinické imunologie a alergologie, Fakultní nemocnice a Lékařská fakulta Hradec Králové

Anafylaktické příznaky a anafylaktický šok patří mezi život ohrožující stavy. Z hlediska patofyziologického se jedná o imunologickou reakci, zprostředkovanou protilátkami typu IgE a následným

masivním uvolnění biologicky aktivních mediátorů z mastocytů a bazofilů. V České republice je v průměru zaznamenáváno 5 úmrtí na anafylaktický šok za rok a přibližně 2 000 pacientů je hospitalizováno pro anafylaktické příznaky.

Prevalence systémových reakcí na **bodnutí blanokřídlým hmyzem** je uváděna v rozpětí 0,3 až 8,9 %, u dětí 0,8 %. Prevalence výskytu velkých lokálních reakcí je vyšší, pohybuje se okolo 25 % v populaci. Zkřížená reaktivita mezi hlavními antigeny hmyzího jedu je mezi druhy čeledi Vespidae (sršeň – vosy) a mezi rody Bombus a Apis (čmelák – včela). Mezi druhy čeledi Apidae a Vespidae je zkřížená reaktivita minimální. Alergie na jed mravenců je v Evropě výjimečná.

Nástup anafylaxe začíná často kožními příznaky, následuje nauzea, usilovné dýchání, tíha na hrudi, bolesti břicha. Je nutné stále hodnotit stav vědomí, jehož zhoršení může signalizovat mozkovou hypoxii. Z hlediska vitálních funkcí jsou závažné respirační projevy (chrapt, stridor, kašel, pískoty) a kardiovaskulární příznaky (nástup hypotenze, tachykardie). Smrt při anafylaxi nastává na podkladě obstrukce dýchacích cest a oběhového selhání.

Ohroženi jsou především jedinci s generalizovanou reakcí provázenou kardiovaskulární a respirační symptomatologií, kde je vysoký stupeň expozice (včelaři a blízké okolí, farmáři, zahradníci, cyklisté). Předchozí symptomy se zpravidla identicky opakují. Pravděpodobnost opětné závažné anafylaxe při reexpozici je až 60 %. Pokud se při opakovaných bodnutích reakce stupňují, jedná se o vysoké riziko anafylaxe. Při reexpozici je udáváno vyšší riziko anafylaxe po bodnutí včelou.

Anamnéza u anafylaktických stavů na jed blanokřídlého hmyzu není vždy jednoduchá. Bolestivé bodnutí hmyzem může způsobit i reakci neurovegetativního typu s hyperventilačním syndromem, vazovagálním kolapsem. Pro odlišení se ptáme pacienta na parestézie, palpitace, stav vědomí po kolapsu, svědění v místě vpichu.

Pro potvrzení diagnózy jsou prováděny kožní testy standardizovanými hmyzími alergeny. K dosažení validního výsledku se doporučuje provádět kožní testy s několikátýdenním odstupem od anafylaxe. Vyšetření specifického IgE poměrně dobře koreluje s kožními testy – v období do 6 měsíců od anafylaxe včelím jedem má 96 % pacientů zvýšené IgE protilátky proti včelímu jedu, u alergiků na vosí jed je číslo nižší – 77 %. Významným přínosem je vyšetření specifických IgE protilátek naměřených přímo k hlavním, druhově specifickým složkám hmyzích jedů. Pro zvlášť nejasné případy je kromě kožních testů a vyšetření specifických IgE protilátek k dispozici ještě test aktivace bazofilů hmyzím jedem.

Co je těžké astma?

MUDr. Jakub Novosad, Ph.D., MUDr. Irena Krčmová, CSc.

Ústav klinické imunologie a alergologie, Fakultní nemocnice
a Lékařská fakulta Hradec Králové

Kořeny definice onemocnění, které dnes označujeme jako bronchiální astma, sahají do konce 17. století, kdy anglický lékař Sir John Floyer poprvé spojil stavy záchvatovité dušnosti astmatiků s bronchiálními obstrukcemi. Dvě století nato Sir William Osler vnesl do této definice další fenomén – zánět dýchacích cest. Dlužno dodat, že to byl na dalších více než 100 let až do současnosti poslední zásadní přínos pro přesný popis této chorobné jednotky. I v současnosti se tak musíme bohužel spokojit pouze s ryze deskriptivní definicí, která umožňuje stanovit diagnózu bronchiálního astmatu jen s určitou mírou pravděpodobnosti po vyloučení všech alternativních příčin potíží nemocného. Vzhledem k těmto nesnázím můžeme prevalenci bronchiálního astmatu na světě a v ČR spíše jen odhadovat. Předpokládá se, že v dětské populaci překračuje 11 %, u dospělých se patrně blíží k 10 %. Celosvětově trpí astmatem přes 300 milionů lidí.

Nejzávažnější forma bronchiálního astmatu, označovaná jako těžké astma, je díky nejednotnosti mezinárodně akceptované terminologie ještě hůře zmapovaným medicínským problémem. V našich národních doporučeních je tíže astmatu klasifikována dle intenzity léčby potřebné k dosažení a udržení plné kontroly nad onemocněním. Těžké astma tak vyžaduje kombinovanou inhalační léčbu postavenou na středně vysokých až vysokých dávkách inhalačních kortikosteroidů spolu s dlouhodobě působícími bronchodilatanci. Zvláštní podskupinu tvoří tzv. „problematické těžké

Photoderm MAX Opalovací mlha SPF 50+



MAXimální
ochrana
BEZ ROZTÍRÁNÍ



NOVINKA

Smyslné textury
pro Vaši pokožku

JE TO
V KŮŽI,

KDE BIODERMA OBJEVILA
ŘEŠENÍ JAK ZVÝŠIT
JEJÍ PŘÍROZENOU
OBRANYSCHOPNOST
PROTI SLUNCI.

BIOLOGIE VE SLUŽBÁCH DERMATOLOGIE

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

astma". Toto označení je rezervováno pro stavy, u kterých dosažení kontroly nemoci není možné. A to buď z důvodu přidružených komorbidit či jiných komplikujících faktorů (obtížně léčitelné astma), nebo z důvodu rezistence na léčbu (těžké refrakterní astma). Velmi omezená epidemiologická data odhadují výskyt refrakterního astmatu u cca 3,6 % všech nemocných trpících tímto onemocněním.

Každý pacient trpící astmatem, které se nedaří uvést pod kontrolu i přes vysokodávkovanou kombinovanou inhalační terapii by měl být odeslán do Centra pro těžké astma nebo do Centra pro biologickou léčbu astmatu ještě předtím, než bude zahájena dlouhodobá systémová kortikoterapie. Toto doporučení je podporováno faktem, že dle současných postupů je u vybraných nemocných se specifickým fenotypem nemoci možné zahájit šetrnější biologickou terapii spočívající v aplikaci monoklonálních protilátek proti IgE a interleukinu-5. Výsledky takovéto léčby se zdají být velmi slibné.

Shrnutí pro praxi: Astma bronchiale je v naší populaci významným medicínským problémem. Stanovení této diagnózy vyžaduje komplexní přístup k nemocnému, je nezbytné vyloučit všechny alternativní příčiny recidivující dušnosti. Pokud selhávají konvenční léčebné postupy včetně režimových a preventivních opatření, je vhodné pacienta odeslat do Centra pro těžké astma nebo do Centra pro léčbu astmatu biologickou terapií.

Bližší informace jsou k dispozici na webových stránkách:

<http://www.csaki.cz/aktualne/lecba-obtizne-lecitelneho-astmatu-pripravkem-xolair-421>

<http://www.tezke-astma.cz/index.php?pg=biologicka-lecba-astmatu>

Imunologicky podmíněná porucha plodnosti

MUDr. Eva Malá, MUDr. Jakub Novosad, Ph.D., RNDr. Marcela Drahošová,
PharmDr. Doris Vokurková, Ph.D., MUDr. Irena Krčmová, CSc.

Ústav klinické imunologie a alergologie, Fakultní nemocnice, Hradec Králové

Problematika: Lidská neplodnost v posledních desetiletích narůstá do rozměrů téměř pandemických. Pozornost, která se tomuto tématu stále důrazněji věnuje už přináší další nové poznatky v diagnostice i léčbě. Od počátku 21. století se mění klasifikace, diagnostická i léčebná schémata a závazná doporučení každé z participujících odborností.

Epidemiologie: Celosvětová incidence je odhadována na 80–100 milionů neplodných párů. Frekvence prvodiagnostiky neplodnosti je od r. 2014 odhadována na 2 miliony párů/rok. Celosvětově má 12,3–27 % žen ve věku 15–25 let poruchu schopnosti otěhotnět. Ženy ve věku 30–40 let, které alespoň 1x využily metodu umělé reprodukce, je 11,3–34 %. V ČR je udáván výskyt neplodnosti v roce 1985 1,9 %, v r. 1995 14 %, v r. 2005 23 % a v r. 2015 31–34 %. Kurabilita v roce 2000 byla 40–50 %, v r. 2015 75–94 %. Neobjasněnost neplodnosti v r. 2015 byla 6–21 % (podle CAR). Příčiny neplodnosti podle pohlaví: v 10–15 % u obou partnerů, ve 35–40 % andrologická příčina, u 35–40 % je příčina neplodnosti na straně ženy. Idiopatická (neobjasněná) příčina je asi u 5–10 % párů. Plodnost s věkem významně klesá. Maximum plodnosti je ve věku 18–25 let. 90 % skutečně fertálních párů otěhotní během prvního roku snahy o koncepci a až 95 % během prvních dvou let. Pravděpodobnost spontánní koncepce ve věku nad 30 let je 32–40 %, ve věku 35–39 let je 16–25 %, ve věku nad 40 let 5–9 %, nad 45 let 1,5–2,1 %.

Definice neplodnosti:

- WHO: pokud žena neotěhotní do 2 let při pravidelném pohlavním styku 2–3x týdně, bez antikoncepce.
- American Fertility Society: pokud žena neotěhotní do 1 roku pravidelném pohlavním styku 3–4x týdně, bez antikoncepce.

Imunologicky podmíněná porucha plodnosti: představuje 17–23 % všech příčin. Vědeckovýzkumné aktivity s relevantními léčebnými výstupy zaznamenaly intenzivní rozvoj v teprve s posledních dvou desetiletích. Možnost lepší detekce poruch a následné uchopení imunopatologické podstaty při řešení neplodnosti je klíčem k vysoce efektivní léčebně cílené intervenci. Imunopatologické poruchy mohou postihovat jak buněčnou (poruchy koordinace a regulace supresorových i dalších imunoregulačních

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

buněk, neschopnost navodit imunotoleranci pro plod), tak protilátkovou složku imunitního systému (protilátky proti spermiím, ovariím, trofoblastu, zona pellucida, protilátky proti fosfolipidům, proti dalším orgánovým terčům). Imunopatologická reaktivita v rámci organismu jako celku vede stále častěji k rozvoji komplexnějších defektů, které o to složitěji modulují multisystémovou regulaci reprodukce. Další komplikace přibývají, pokud pacient má již preexistující autoimunitní terén (thyreopatie, celiakie, diabetes mellitus I. typu, IBD, revmatologická nebo hematologická onemocnění, postimunizační poruchy). Vysvětlením je nespecifické imunopatologicky podmíněné poškození vlastních imunologických terčů (rozplozovací buňky, gamety), negativní regulace jinak embryologicky funkčně i mikroskopicky zdatných rozplozovacích buněk (motilita, propulzivita, vitalita spermií nebo vzájemné interakce oocytů a spermií), dyskoordinace subjednotek složitého fertilizačního procesu (mezibuněčné interakce, akrosomální patologie spermie, dysregulace adhezních molekul, cytokinová síť a další interaktivní působky produkované participujícími buňkami), poruchy a atypie vývojových fází preimplantačního embrya (zástava vývoje) i následné nidace (cytokinová reaktivita, perforiny), další změny v pozdějších stádiích gravidity.

Indikace imunologického vyšetření:

- Žena s pozitivní rodinnou anamnézou, žena-dvojče (kde sestra má problém s reprodukcí).
- Pokud žena neotěhotní do 1 roku při pravidelném pohlavním styku 2–3× týdně, bez antikoncepce a pokud má základní laboratorní vyšetření „v normě“.
- Žena ve věku nad 30 let, pokud plánuje graviditu a doposud neotěhotněla a neměla antikoncepci nebo jinou gynekologickou léčbu.
- Žena s anamnézou opakovaných potratů (≥ 2).
- Žena, která má v anamnéze neúspěšný výkon metod umělé reprodukce (IUI, IVF, přenosy embrya).
- Páry, kde muž má v anamnéze úraz nebo operaci zevních pohlavních orgánů.
- Páry, kde je jeden (nebo oba) z partnerů léčen pro autoimunitní, revmatologické, hormonální (thyreopatie, DM I. typu), hematologické nebo jiné onemocnění.
- Páry s komorbiditami (kryoprezervace gamet při onkologickém onemocnění).
- Všechny páry při anamnéze neúspěšné IUI nebo IVF-léčené neplodnosti.

Sobota 27. května 2017

Abstrakta k sobotnímu programu naleznete
na stranách 20–24 v abstraktech Pediatrie pro praxi

HRADEC KRÁLOVÉ

MEDICÍNA PRO PRAXI

IV. kongres praktických lékařů v Hradci Králové

**26.–27. května
2017**

**Hotel Nové
Adalbertinum,
Hradec Králové**

Pořadatel: společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Medicína pro praxi
Záštitu: I. interní kardioangiologická klinika FN HK

HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI

Akacia Group s.r.o.
Akademie klasické homeopatie, spol. s r.o.
Angelini Pharma Česká republika s.r.o.
Boehringer Ingelheim, spol. s r.o.
EWOPHARMA, spol. s r.o.
FAGRON a.s.
FERRING Pharmaceuticals CZ s.r.o.
Generica Bohemia spol. s r.o.
HERBACOS RECORDATI s.r.o.
HERO CZECH s.r.o.
inPharm spol. s r.o.
Léčebna Dr. L.Filipa
Mary Kay

Mediclinic a.s.
Medindex, spol. s r.o.
Medingo s.r.o.
NAOS CZECH REPUBLIC s.r.o.
Nutricia a.s.
Pierre Fabre Medicament s.r.o.
PROBIOTICS PROVITA s.r.o.
Rosenpharma a.s.
Sanofi Pasteur GmbH
organizační složka
Schwabe Czech Republic s.r.o.
SWISS PHARMA, spol. s r.o.
TEREZIA COMPANY s.r.o.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

**Medicína
pro praxi**

pro+Lékaře
www.prolekare.cz

 **GRADA**



maxdorf

POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU