

Medicína pro praxi

2019

C

www.solen.cz | Med. praxi 2019; 20(Suppl C) | ISBN 978-80-7471-268-5 | 2019

ABSTRAKTA

VI. KONGRES MEDICÍNY PRO PRAXI V HRADCI KRÁLOVÉ kongres pro praktické lékaře

31. května – 1. června 2019
Hotel Nové Adalbertinum,
Hradec Králové

Pořadatel: společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Medicína pro praxi
Záštita: I. interní kardiologická klinika FN Hradec Králové



20 let s vámi
SOLEN
MEDICAL EDUCATION

síla | prověřenost | flexibilita

TRIPLIXAM®

perindopril arginin | indapamid | amlodipin



až o
730
tablet za rok
méně



ZJEDNODUŠTE LÉČBU HYPERTENZE

Zkrácená informace o přípravku TRIPLIXAM® • **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, podávanými současně v téže dávce. **DAVKOVÁNÍ A PŮDAVÁNÍ:** Jedna tableta denně, nejlépe ráno a před jídlem. Foni 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:** Dialyzační pacienti. Pacienti s neléčeným dekompenzovaným srdečním selháním. Závažná porucha funkce ledvin (Cl_{cr} < 30 ml/min). Středně závažná porucha funkce ledvin (Cl_{cr} 30-60 ml/min) pro Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg a 10 mg/2,5 mg/10 mg. Hypersenzitivita na léčivé látky, jiné sulfonamidy, deriváty dihydropyridinu, jakýkoli jiný inhibitor ACE nebo na kteroukoli pomocnou látku. Anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edému) souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE (viz bod Upozornění). Dědičný/idiopatický angioedém. Druhý a třetí trimestr těhotenství (viz bod Upozornění a Těhotenství a kojení). Hepatální encefalopatie. Závažná porucha funkce jater. Hypokalemie. Závažná hypotenze. Sok, včetně kardiogenního šoku. Obstrukce výtokového traktu levé komory (např. vysoký stupeň stenózy aorty). Hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu. Současné užívání přípravku Triplixam s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) (viz bod Interakce). Současné užívání se sakubitrilem/valsartanem (viz bod Upozornění a Interakce) • •. Mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce) • •. Signifikantní bilaterální stenóza renální arterie u jedné funkční ledviny (viz Upozornění) • •. **UPOZORNĚNÍ:** Zvláštní upozornění: **Dvojitá blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS):** zvýšení rizika hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Dvojitá blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se nedoporučuje. Pokud je léčba duální blokády považována za naprosto nezbytnou, má k ní dohlédnout specializovaný lékař a za častého pečlivého sledování funkce ledvin, elektrolytů a krevního tlaku. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Neutropenie/agranulocytóza/thrombocytenie/anémie:** postupujte opatrně v případě kolagenového vaskulárního onemocnění, imunosupresivní léčby, allopurinolem nebo prokainamidem, nebo kombinace těchto komplikujících faktorů, zvláště při existující poruše funkce ledvin. Monitorování počtu leukocytů. **Renovaskulární hypertenze:** pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné funkční ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie • •. **Hypersenzitivita/angioedém, intestinální angioedém:** přerušete léčbu a sledujte pacienta až do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Souběžné užívání inhibitorů mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus). Pacienti užívající současně mTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) mohou mít zvýšené riziko výskytu angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka s poruchou dýchání nebo bez něj) • •. Současné užívání perindoprilu se sakubitrilem/valsartanem je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Podávání sakubitrilu/valsartanu nesmí být zahájeno do 36 hodin po užité poslední dávce perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčba perindoprilem nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání jiných inhibitorů NEP (např. rasekadotrilu) a inhibitorů ACE může také zvýšit riziko angioedému. Před zahájením léčby inhibitory NEP (např. rasekadotrilu) u pacientů užívajících perindopril je proto nutné pečlivě zhodnotit přínos a riziko • •. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** postupujte opatrně u alergických pacientů léčených desenzibilizací a nepoužívejte v případě imunoterapie jedem blankitridylu. Alespoň 24 hodin před desenzibilizací dotáhněte vstříkací inhibitor ACE. **Anafylaktoidní reakce během LDL-aterie:** před každou aterosklerotickou dotáhněte vstříkací inhibitor ACE. **Hemodialyzační pacienti:** zvážte použití jiného typu dialyzační membrány nebo jiné skupiny antihipertenziv. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzivní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje • •. **Těhotenství:** nezačínat užívání během těhotenství, v případě potřeby zastavit léčbu a zahájit vhodnou alternativní léčbu. **Hepatální encefalopatie:** ukončit léčbu. **Fotosenzitivita:** ukončit léčbu. **Opatrnosti pro použití:** Renální funkce. U některých hyperteniků s existujícími zjevnými renálními lézemi, u nichž renální krevní testy ukazují funkční renální insuficienci, by měla být léčba ukončena a je možno ji znovu zahájit v nízké dávce nebo pouze z jedinou 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 / 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 náhlé hypotenze v přítomnosti preexistující deplece sodíku (zejména, je-li přítomna stenóza renální arterie): zahajte léčbu elektrolyty v plazmě, obnovte objem krve a krevní tlak, znovu zahajte léčbu nižší snížené dávkou nebo pouze jednou složkou přípravku. Hladina sodíku: kontrolovat častěji u starších a cirhotických pacientů. Jakákoliv diuretika léčba může vyvolat hyponatremii, někdy s velice závažnými následky. Hyponatremie s hypovolemii mohou způsobit dehydrataci a ortostatickou hypotenzi. Současná ztráta chloridových iontů může vést k sekundární kompenzační metabolické alkalóze: vyšetřte a stupňujte dávku, je-li to nutné, až do normálního stavu. **Hladina draslíku:** hyperkalemie: kontrolovat plazmatickou hladinu draslíku u pacientů renální insuficience, zhoršení insuficience, zhoršení renální arterie, městnavým srdečním selháním nebo cirhózou s edémy a ascitem). Současná ztráta chloridových iontů může vést k sekundární kompenzační metabolické alkalóze a současně užívání kalium-šetřících diuretik, doplnků draslíku nebo doplnků soli obsahující draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v séru. **Hyperkalemie:** vysoké riziko u starších a/nebo podvyživených osob, cirhotických pacientů s edémem a ascitem, koronárních pacientů, u pacientů s selháním ledvin nebo srdečním selháním, dlouhým intervalem QT: sledovat plazmatickou hladinu draslíku. Může napomoci rozvoj torasdes de pointes, které mohou být fatální. **Hladina vápníku:** hyperkalcemie: 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/ležíká srdeční insuficience:** v případě srdečního selhání postupujte opatrně. **Ležíká srdeční insuficience:** před zahájením léčby v nízké dávce; sledujte funkci ledvin a hladinu draslíku. **Stenóza aortální nebo mitrální chlopně/hypertrofická kardiomyopatie:** v případě obstrukce průtoku krve levou komorou postupujte opatrně. **Diabetes:** v případě inzulin-dependentního diabetes mellitus zahajte léčbu nižší dávkou po lékařském 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 vzácné souvislosti se syndromem počínajícím cholestatickou žloutenkou a progresujícím až v náhlou hepatickou nekrózu a (někdy) úmrtí. V případě žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů ukončete léčbu. **Kyselina močová:** hyperurikémie: zvýšená tendence k záchvatům dny. **Starší pacienti:** před zahájením léčby vyšetřte renální funkci a hladiny draslíku. Dávku zvyšovat opatrně. **Hladina sodíku:** Triplixam obsahuje méně než 1 mmol sodíku (23 mg) v tabletě, to znamená, že je v podstatě „bez sodíku“. **INTERAKCE:** • **Kontraindikace:** Aliskiren u diabetických pacientů nebo pacientů s poruchou funkce ledvin. Mimotělní léčba • •. Sakubitril/valsartan • •. **Nedoporučuje se:** lithium, aliskiren u jiných pacientů než diabetických nebo pacientů s poruchou funkce ledvin, souběžná léčba inhibitory ACE a blokátorem receptorů pro angiotenzin, estramustin, kalium-šetřící léky (např. triamteren, amilorid...), soli draslíku, kotrimoxazol (trimethoprim-sulfamethoxazol) • •, dantrolen (nifedipin), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Výžadující zvláštní opatrnost:** baklofen, nesteroidní antilopogika (včetně kyseliny acetylsalicylové ve vysokých dávkách), antiaritmika (inzulin, perorální antiaritmika), kalium-šetřící diuretika a kalium-šetřící diuretika (eppleron, spironololon), rasekadotril • •, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) • •, kyselý výtok, „torasdes de pointes“, amfoteron B (v podání), glukokortikoidy a mineralkortikoidy (systémové podání), tetrakosaktid, stimulant laxativa, srdeční glykosidy, allopurinol (současná léčba s indapamidem může zvýšit výskyt reakcí hypersenzitivity na allopurinol), indutory CYP3A4, inhibitory CYP3A4 klanitromyoin (existuje zvýšené riziko hypotenze) • •. **Výžadující opatrnost:** antidepresiva imipraminového typu (tricyklická), neureptika, jiná antihypertenziva a vazodilatancia, tetrakosaktid, allopurinol (současná podávání s inhibitory ACE), cytotatika nebo imunosupresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid, anestetika, diuretika (thiazidy nebo kličkové diuretika), glyptiny (Inaglipin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, zlato, metformin, jodované kontrastní látky, vápník (soli), cyklosporin, atorvastatin, digoxin nebo warfarin, takrolimus • •, působení inhibitorů rapamycinu (mTOR) • •, cyklosporin, symvastatin. **TEHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Kontraindikováno během druhého a třetího trimestru těhotenství a při kojení. Nedoporučuje se během prvního trimestru těhotenství. **FERTILITA:** Reverzibilní biochemické změny na hlavních částech spermatocytů u některých pacientů léčených blokátory kalciového kanálu. **SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Může být narušena v důsledku nízkého krevního tlaku, který se může vyskytnout u některých pacientů, zejména na začátku léčby. **NEZÁDOUCÍ ÚČINKY:** • **Velmi časté:** otoky. **Časté:** závratě, bolest hlavy, parestezie, vertigo, somnolence, dyspnoe, zhoršení zraku, tinnitus, palpitace, zrudnutí, hypotenze (a účinky spojené s narušením), 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:** nistida, eozinofilie, hypersenzitivita, hypoglykemie, hyperkalemie vrátě po přerušení léčby, hyponatremie, insomnie, změny nálad (včetně úzkosti), deprese, poruchy spánku, hypostezie, třes, synkopa, diplopie, tachykardie, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní), vaskulitida, bronchospasmus, suché v ústech, kopřivka, angioedém, alopecie, purpura, změna zbarvení kůže, hyperhidróza, exantém, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, artralgie, myalgie, bolest v zádech, poruchy močení, noční močení, polakisurie, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynecomastie, bolest, bolest na hrudi, nevolnost, periferní edém, hyperkalemie, snížená tělesná hmotnost, snížená tělesná hmotnost, zvýšení sérové hladiny kreatininu, zvýšení sérové hladiny bilirubinu, zvýšení hladiny jaterních enzymů, zhoršení spánků • •. **Velmi vzácné:** agranulocytóza, aplastická anémie, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, hemolytická anémie, trombocytopenie, hyperglykemie, hyperkalcemie, hypertenze, periferní neuropatie, cévní mozková příhoda, možná sekundárně k nadměrné hypotenzi u vysoké rizikových pacientů, angina pectoris, infarkt myokardu, možná sekundárně k nadměrné hypotenzi u vysoké rizikových pacientů; eozinofilní pneumonie, gingivální hyperplazie, pankreatitida, gastritida, hepatitida, žloutenka, abnormální hepatální funkce, erythema multiforme, Stevens-Johnsonův syndrom, exfoliativní dermatitida, toxická epidermální nekrolýza, Quinckeho edém, akutní renální selhání, snížení hemoglobinu a hematokritu. **Frekvence neznámá:** Deplece draslíku s hyperkalemii, u určitých rizikových populací zvláště závažná, extrapyramidové poruchy (extrapyramidový syndrom), myopie, rozmazané vidění, torasdes de pointes (nociální tatalní), možný rozvoj hepatální encefalopatie v případě jaterní insuficience, možností zhoršení stávajícího systémového lupus erythematosus, EKG: prodloužený interval QT, zvýšená hladina glukózy v krvi, zvýšená hladina kyseliny močové v krvi. U jiných inhibitorů ACE byly hlášeny případy SADH (syndrom nepřítomné sekrece antidiuretického hormonu). **SADH** lze považovat za velmi vzácné, ale možnou komplikaci spojenou s léčbou inhibitory ACE, včetně perindoprilu • •. **PŘEDÁVKOVÁNÍ - VLASTNOSTI:** Perindopril je inhibitor angiotenzin-konvertujícího enzymu (inhibitor ACE), který konvertuje angiotenzin I na vazokonstrikční angiotenzin II. Indapamid je derivát sulfonamidů s jodolovým kruhem, farmakologicky příbuzný thiazidovým diuretikům. Amlodipin je inhibítor 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:** nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. Doba použitelnosti: 3 roky. Doba použitelnosti po prvním otevření je 30 dní. Držitel rozhodnutí o registraci: Les Laboratoires Servier, 50, rue Camot, 92284 Suresnes cedex. France. Registrární číslo: 58/100/14-C, 58/101/14-C, 58/102/14-C, 58/103/14-C. Datum poslední revize textu: 28. 9. 2018. Před předepsáním přípravku u přičetěte Souhm 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 údajů léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/suj/seznam-cen-a-udaju-lecivych-pripravku>. 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 Souhm údajů o přípravku • • všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku Triplixam

PROGRAM – pátek 31. května

- 9.00 ZAHÁJENÍ**
prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D.
- 9.05–10.30 UROONKOLOGIE**
garant prof. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.
- Urologické nádory – incidence, včasná diagnostika, spolupráce mezi urology a praktickými lékaři – Brodák M.
 - Nádory ledvin, moderní pohled na léčbu; od otevřené nefrektomie k robotické resekcí nádoru ledviny – Košina J., Hušek P.
 - Karcinom prostaty, včasná diagnostika, minimálně invazivní léčba a kontroverze alternativních metod léčby – Balík M.
 - Uroonkologická problematika: její dopad na ambulanci praktického lékaře, spolupráce praktický lékař – onkolog – Hodek M.
- 10.30–11.00 PŘESTÁVKA**
- 11.00–12.50 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE**
- Karcinom prsu – Petera J. (Sponzorovaná přednáška firmou Roche, s. r. o.)
 - Anafylaxe a adrenalin v ordinaci i PL (aneb léčba život ohrožujících alergií) – Čáp P.
 - Léčba psoriázy v ordinaci praktického lékaře – Salavec M. (Sponzorovaná přednáška společností Novartis, s.r.o.)
 - Hemoroidální onemocnění a možnosti jeho léčby – Ihnát P.
 - Dva litry polyetylenglykolu s kyselinou askorbovou je dobře snášena a účinná očista střeva před endoskopickým vyšetřením – Lukáš M.
 - Život není jen sen – Hubeňák J.
- 12.50–13.50 OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA**
- 13.50–14.50 VYBRANÉ KAPITOLY Z KARDIOLOGIE**
- Včasná intervence vysokého krevního tlaku dle nových guidelines – Plíva M.
 - Pacient s ICHS v ordinaci praktického lékaře – Šnejdrová M.
 - Lipertance® – využití v redukci KV rizika – Pudil R.
- 14.50–16.20 KARDIOVASKULÁRNÍ PACIENT V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE**
garanti prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D., doc. MUDr. Radovan Malý, Ph.D.
- Farmakoterapie srdečního selhání v roce 2019 – Pudil R.
 - Synkopy v ordinaci praktického lékaře – Hodač M.
 - Antikoagulační terapie u nemocných s fibrilací síní – praktické aspekty současnosti – Tomko T.
 - Perioperační management antikoagulační léčby žilního tromboembolismu – Malý R.
- 16.20–16.40 PŘESTÁVKA**
- 16.40–17.50 VÝŽIVA VE STÁŘÍ**
garantka MUDr. Božena Jurašková, Ph.D.
- Výživa ve stáří – Jurašková B.
 - Výživa v paliativní péči – Jurašková B.
 - Enterální výživa a diabetes mellitus – Víšek J.

Workshopy / pátek 31. května

- 12.50–13.50** Praktický nácvik kardiopulmonální resuscitace
- 14.50–15.50** Správné měření ABI a EKG v ambulanci praktického lékaře

Workshopy vedou pracovníci záchranné služby.

VSTUP VOLNÝ, KAPACITA OMEZENÁ – NUTNÉ SE PŘIHLÁSIT

PROGRAM – sobota 1. června

- 9.00–10.00** **IP** **ATB atd., nebo ABT?** – MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.
■ Diskuzní interaktivní přednáška
- 10.00–10.10** **A něco čokoládového navíc – aneb zkušenosti z Afriky** – MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.
- 10.10–11.00** **MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE**
■ **Očkování vybraných rizikových skupin v primární péči** – Smetana J.
■ **Kdy myslet na primární imunodeficienci** – Rozsíval P.
- 11.00–11.30** **PŘESTÁVKA**
- 11.30–12.45** **PSYCHOSOMATIKA V AMBULANCI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE**
garantka MUDr. Barbora Branna
■ **Umíme správně rozlišit psychosomatické obtíže?** – Branna B.
■ **Rozdíly v diagnostice u dětí a dospělých** – Branna B., Ročňová M.
■ **Vybrané kazuistiky z ambulantní praxe** – Ročňová M., Branna B.
- 12.45–13.15** **EXPLOZIVNÍ EPIDEMICKÝ VÝSKYT STAFYLOKOKOVÉ ENTEROTOXIKÓZY** – MUDr. Eva Beranová
- 13.15** **ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD**

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

VI. KONGRES MEDICÍNY PRO PRAXI V HRADCI KRÁLOVÉ

kongres pro praktické lékaře | Hotel Nové Adalbertinum Hradec Králové

Pořadatel

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

Záštita

I. interní kardioangiologická klinika FN Hradec Králové

Prezident akce

prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D.

Organizátor

SOLEN, s.r.o., Lazebká 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: Mgr. Kateřina Dostálová, 775 855 572, k.dostalova@solen.cz
Programové zajištění: Mgr. Hana Kaprálová, 777 557 411, kapralova@solen.cz
Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s.r.o., Lucie Šilberská

Ohodnocení

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



Supplementum C Medicína pro praxi

Citační zkratka:

Med. praxi 2019; 16(Suppl C).

Vydal: Solen, s.r.o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-268-5

COSYREL®

bisoprolol fumarát / perindopril arginin

Jediná fixní kombinace β-blokátoru a ACEi

pro dobře vyladěné srdce

3 INDIKACE Hypertenze | Stabilní ICHS | Srdeční selhání*

1 tableta 1x denně

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

Zkrácená informace o přípravku COSYREL®

Složení*: Cosyrel 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, potahované tablety, obsahují bisoprolol fumaras (bis) 5 mg perindopril argininum (per) 5 mg, 5 mg bis/10 mg per, 10 mg bis/5 mg per, 10 mg bis/10 mg per. **Indikace*:** Cosyrel je indikován k léčbě hypertenze a/nebo stabilní ischemické choroby srdeční (u pacientů s infarktem myokardu a/nebo revaskularizací v anamnéze) a/nebo stabilního chronického srdečního selhání se sníženou systolickou funkcí levé komory (pouze Cosyrel 5 mg/5 mg a Cosyrel 10 mg/5 mg) jako substituční léčba u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných bisoprololem a perindopilem podávanými současně ve stejné dávce. **Dávkování a způsob podání*:** Obvyklá dávka je jedna tableta jednou denně, nejlépe ráno a před jídlem. Pacienti musí být stabilizováni na léčbě bisoprololem a perindopilem ve stejné dávce po dobu nejméně 4 týdnů. Fixní kombinace není vhodná k iniciální léčbě. U pacientů stabilizovaných na dávce bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 2,5 mg nebo bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 5 mg: půl tablety obsahující 5 mg/5 mg nebo 5 mg/10 mg jednou denně. Je-li nutná změna dávkování, útlaci 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 útlaci 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: přípravek není vhodný. 10 mg/10 mg: přípravek není vhodný. **Porucha funkce jater:** není nutná úprava dávkování. **Starší pacienti:** podávání podle renální funkce. **Pediatrická populace:** Bezpečnost a účinnost nebyla stanovena, použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **Kontraindikace*:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na jiné inhibitory angiotensin-konvertujícího enzymu (ACE); akutní srdeční selhání nebo probíhající epizody srdeční dekompenzace vyžadující i.v. inotropní terapii; kardiogenní šok; AV blok druhého nebo třetího stupně (bez pacemakeru); sick sinus syndrom; sinoatriální blokáda; symptomatická bradykardie; symptomatická hypotenze; závažné bronchiální astma nebo chronická obstrukční plicní nemoc; závažné formy periferního arteriálního okluzečního onemocnění nebo Raynaudova syndromu; neléčený feochromocytom (viz bod Upozornění*); metabolická acidóza; anamnéza angioneurotického edému souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE; dědičný nebo idiopatický angioneurotický edém; 2. a 3. trimestr těhotenství (viz bod Upozornění*); Těhotenství a kojení*); současné užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetes mellitus nebo s poruchou funkce ledvin ($GFR < 60$ ml/min/1,73 m²) (viz bod Upozornění*); Interakce* a Farmakodynamické vlastnosti*) současné užívání se sakubitrilem/valsartanem (viz bod Upozornění* a Interakce*); mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz bod Interakce*); **, signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné funkční ledviny (viz bod Upozornění*); **, Upozornění*: **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Hypertenze: u pacientů s poklesem objemu tělních tekutin, se symptomatickým srdečním selháním se současnou renální insuficiencí nebo bez ní, s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárními chorobami je při zahájení léčby a změně dávky zapotřebí pečlivé monitorování. Náhle hypotenzi odpověď není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou pacienti obvykle užívat bez obtíží, jakmile jim po doplnění objemu stoupne krevní tlak. **Hypersenzitivita/angioedém/intestinální angioedém:** vysadit a zahájit monitorování až do úplného vymizení symptomů. Léčba betablockátorem musí pokračovat. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Současné užívání perindoprilu se sakubitrilem/valsartanem je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Podávání sakubitrilu/valsartanu nesmí být zahájeno do 36 hodin po užití poslední dávky perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčba perindopilem nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky sakubitrilu/valsartanu (viz body Kontraindikace a Interakce). Současné užívání jiných inhibitorů NEP (např. rasekadotrilu) a inhibitorů ACE může také zvýšit riziko angioedému. Před zahájením léčby inhibitory NEP (např. rasekadotrilu) u pacientů užívajících perindopril je proto nutné pečlivě zhodnotit přínos a rizika**. Pacienti souběžně užívající terapii inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) mohou mít zvýšené riziko angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka s poruchou dýchání nebo bez ní**). **Selhání jater:** vzácně byly inhibitory ACE spojovány se syndromem, který začíná cholestatickou žloutenkou a progreduje ve fulminantní jaterní nekrózu a (někdy) v úmrtí; ukončit léčbu v případě rozvoje žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů. **Černáská populace:** perindopril může být méně účinný a způsobit vyšší procento angioedému ve srovnání s jinými rasami. **Neplodivost/infertilita:** časté monitorování koncentrace draslíku v krvi v případě renální insuficience, zhoršení renálních funkcí, věk > 70 let, diabetes mellitus, dehydratace, akutní srdeční nedostatečnost, metabolická acidóza a současné užívání diuretik, diuretikových doplňků, náhrad soli s obsahem draslíku, léčebných přípravků, které mohou způsobovat vzestup sérových koncentrací draslíku. Kombinace s lithiem, s draslík-šetřícími diuretiky, draslíkovými doplňky nebo náhradami soli obsahujícími draslík, kalciovými antagonisty, antiarytmiky třídy I a centrálně působícími antihipertenzivy: se obecně nedoporučuje. **Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS):** zvýšení rizika hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se proto nedoporučuje. Pokud je léčba duální 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 v vhodné dávce bisoprololu. **AV blok prvního stupně, stenóza aortální a mitrální chlopně/hypertrofičká kardiomyopatie, diabetici, striktní půst:** podávat s opatrností. **Prinzmetalova 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. **Renovaskulární hypertenze:** Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné funkční ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání (viz bod Kontraindikace). Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Zřata renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie**. **Transplantace ledvin, srdeční selhání s inzulin dependentním diabetes mellitus (typ II), těžkou poruchou funkce ledvin, těžkou poruchou funkce jater, restrikční kardiomyopatie, vzrostným srdečním onemocněním, hemodynamicky významným organickým onemocněním chlopi, infarktem myokardu v předchozích 3 měsících:** nejsou zkušenosti s podáváním. **Anafylaktoidní reakce během alergenů:** betablockátory mohou zvýšit citlivost vůči alergenům i závažnost anafylaktických reakcí. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anémie:** extrémní opatrnost u pacientů s kolagenovým vaskulárním onemocněním, s imunosupresivní léčbou, léčbou allopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů. **Bronchospasmus (bronchiální astma, obstrukční onemocnění dýchacích cest):** souběžné podávání bronchodilatační terapie. **Anestezie:** pokud je nutné betablockátor vysadit, je třeba to provádět postupně a ukončit 48 hodin před anestézií. **Psoriáza:** podání po zvažení přínosu a rizika. **Feochromocytom:** podávání bisoprololu vždy s blokátorem alfa-receptorů. **Tyreotoxikóza:** symptomy mohou být maskovány. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihipertenzivní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje*. **Těhotenství a kojení*:** Podávání není doporučeno v prvním trimestru těhotenství a během kojení. Podávání je kontraindikováno ve 2. a 3. trimestru těhotenství. **Fertilita*:** U některých pacientů se mohou vyskytnout individuální reakce související s nízkým krevním tlakem. V důsledku toho může být schopnost řídit a obsluhovat stroje narušena. **Nežádoucí účinky*:** Velmi časté: bradykardie. Časté: bolest hlavy, závratě, vertigo, dyspnoe, parestezie, porucha zraku, tinitus, zhoršení srdečního selhání, hypotenze a účinky související s hypotenzí, pocit chladu nebo zneklíčenosti končetin, kašel, dyspnoe, bolest břicha, zácpa, průjem, nauzea, zvracení, dyspepsie, vyrážka, pruritus, svalové křeče, astenie, únava. Méně časté: eosinofilie, hypoglykemie, hyperkalemie, reverzibilní při vysazení léčby, hyponatémie, změny nádechu, poruchy spánku, deprese, somnolence, synkopa, palpitace, tachykardie, poruchy AV vedení, ortostatická hypotenze, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, angioedém obličejů, 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. Vzácně: rinorea, noční mýry, halucinace, snížená tvorba žluči, poruchy sluchu, hepatitida cytolytická nebo cholestatická, hypersenzitivní reakce (svědění, žloutnutí, vyrážka), zhoršení psoriázy*, poruchy potence, vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi, zvýšená hladina triglyceridů. **Velmi vzácně:** agranulocytóza, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, trombocytopenie, hemolytická anémie u pacientů s významným deficitem G-6PDH, zmatenost, konjunktivitida, arytmie, angina pectoris, infarkt myokardu a cévní mozková příhoda, možná sekundárně 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. U jiných inhibitorů ACE byly hlášeny případy SIADH (syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu). SIADH lze považovat za velmi vzácnou, ale možnou komplikaci spojenou s léčbou inhibitory ACE. **Předávkování*, vlastnosti*:** Bisoprolol je vysoké beta-selektivní blokátor adrenergních receptorů bez vnitřní sympatomimetické a membrány stabilizující aktivity. Perindopril je inhibitor enzymu, který konvertuje angiotenzin I na vazokonstriktor angiotenzin II (ACE). **Balení*:** Balení 30, 90 potahovaných tablet přípravku Cosyrel 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg. **Uchování:** Žádné zvláštní podmínky uchování ani zacházení. **Držitel rozhodnutí o registraci:** LES LABORATOIRES SERVIER, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Registrační čísla: 58/563-566/15-C. Datum poslední revize textu: 26. 1. 2018. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách a jsou na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.suk.cz/suk/seznam-leciv-a-pz-hrazenych-ze-zdrav-pojseni>. Další informace na adrese: Servier s.c.o., Na Florencii 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 112 111, www.servier.cz. * pro úplnou informaci si prosím přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku; ** všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku Cosyrel



Uroonkologie

garant prof. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.

pátek / 31. května 2019 / 9.05–10.30 hod.

Urologické nádory – incidence, včasná diagnostika, spolupráce mezi urology a praktickými lékaři

prof. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D., MUDr. Michal Balík, MUDr. Josef Košina,

MUDr. Petr Hušek, FEBU, MUDr. Lukáš Holub, MUDr. Jaroslav Pacovský, Ph.D.

Urologická klinika LF UK a FN v Hradci Králové

Nádory urotraktu představují v současné době největší podíl pacientů urologických center a urologické operativy. Jedná se především o nádory ledvin, uroteliální nádory močového měchýře a horních močových cest, prostaty, varlat a retroperitonea. Pro všechny tyto nádory je společný nárůst incidence, ale také včasnější diagnostika a s tím spojené lepší operační a léčebné výsledky u většiny těchto nádorů. Pro posílení tohoto trendu směřující ke včasnější diagnostice je nezbytná spolupráce mezi urologickými centry a praktickými lékaři.

České republice patří nelichotivé první místo v incidenci nádorů ledvin na světě. Jeho incidence postupně stoupá. Na druhou stranu jsou v současné době více než 2/3 nádorů ledvin diagnostikovány náhodně jako asymptomatické na sonografii, CT nebo MRI břicha, provedené z různých indikací. To způsobilo posun směrem k odhalení menších nádorů. Tím je umožněna kurativní operační léčba, která je u lokalizovaného nádoru vysoce účinná. Dalšími velkými změnami v léčbě nádorů ledvin jsou preference resekce ledvin před nefrektomií a provádění minimálně invazivních operačních postupů. Jde především o robotem asistované resekce ledvin. Ty se začínají provádět v České republice i v Hradci Králové. Nadále platí, že nádory ledvin jsou rezistentní na chemoterapii i radioterapii.

Nádory prostaty jsou v současnosti nejčastějším parenchymatózním nádorem u mužů. Jejich incidence dramaticky stoupla zejména pro masivní rozšíření onkomarkeru PSA. To způsobilo zásadní posun, kdy většina nádorů je diagnostikována jako lokalizovaný nádor a jejich léčba vede k vyléčení nebo dlouhodobé remisi. Jako nejúčinnější léčebná metoda se prosazuje robotem asistovaná radikální prostatektomie. Alternativa operační léčby je radioterapie, také s dobrými výsledky. Objevily se také nové a účinné preparáty v léčbě kastrálně rezistentního metastatického nádoru prostaty.

Nádory močového měchýře a horních močových cest jsou třetím nejčastějším urologickým nádorem. Nejčastější příznakem je hematurie, a to mikroskopická nebo makroskopická. Pokud je nádor diagnostikován včas a je povrchový, je léčba endoskopická, eventuálně doplněná o intravezikální aplikaci BCG vakcíny. Pokud se jedná o invazivní nádor, pak je nutná operační léčba spočívající v odstranění močového měchýře nebo nefrektomii včetně ureterektomie s částí močového měchýře u nádoru horních močových cest.

Nádory varlat jsou nejčastějšími nádory u mužů ve věku 15–45 let. Podobně jako u nádorů prsu u žen je velmi důležité samovyšetřování poučeným mužem. Léčba těchto nádorů je vysoce účinná a trendem v posledních letech je snaha o pečlivé sledování a podávání chemoterapie nebo radioterapie jen pokud je to nezbytné.

V léčbě urologických nádorů byl zaznamenán velký pokrok, který vedl ke zvýšené efektivitě a snížení invazivity, což je velmi přínosné pro pacienty. Základem dobrých výsledků je spolupráce mezi praktickými lékaři a urology.

Nádory ledvin, moderní pohled na léčbu; od otevřené nefrektomie k robotické resekci nádoru ledviny

MUDr. Josef Košina, MUDr. Petr Hušek, FEBU, prof. MUDr. Miloš Brodák, Ph.D.,

MUDr. Lukáš Holub, MUDr. Jaroslav Pacovský, Ph.D.

Urologická klinika LF UK a FN v Hradci Králové

Incidence nádorů ledvin je v České republice nejvyšší na světě a jeho incidence nadále postupně stoupá. Důvody této vysoké incidence v naší republice není dosud vysvětlena. Nám blízké země s podobnými životními zvyky, stravovacími návyky, jako Slovensko, Rakousko, Bavorsko, Polsko a podobně mají incidenci výrazně nižší. Dříve byly hlavními příznaky hematurie, bolest v boku nebo hmatný nádor. Všechny tyto příznaky byly často spojeny s lokálně pokročilým onemocněním. V posledních letech je většina nádorů ledvin odhalena náhodně a jsou často asymptomatické. Jde o náhodné nálezy nádoru ledvin na ultrazvuku, CT, případně MRI břicha. Tato vyšetření jsou prováděná často pro zcela jiné indikace, než jsou urologické obtíže. Včasná diagnostika vedla k tomu, že ledvinné nádory jsou diagnostikovány v menší velikosti. To vedlo k dramatickému zlepšení výsledků operační léčby. Nádory ledvin jsou rezistentní na chemoterapii i radioterapii a operační léčba je jedinou kurativní metodou léčby. Nové preparáty biologické nebo cílené léčby jsou indikovány pro metastatické nádory nebo inoperabilní nádory a jejich účinnost je velmi limitovaná.

Další velkou změnou v operační léčbě nádorů ledvin je provádění resekci ledvin. Hlavními důvody jsou stejná onkologická účinnost a výrazný profit pro pacienta. K resekci ledviny jsou indikovány nádory ledvin menší velikosti, kde je to technicky možné. Dříve se udávala velikost bezpečné resekce 4 cm, ale dnes je možné odstranit i podstatně větší nádory. Proto se v doporučených postupech udává, že indikace k resekci nádoru ledviny s ponecháním zbylého zdravého parenchymu ledvin je všude tam, kde je to technicky možné. Odstranění celé ledviny s nádorem může způsobit u pacienta zásadní změny, zejména pro kardiovaskulární aparát. Podle recentních prací je dokonce větší riziko závažných kardiovaskulárních komplikací s vyšším rizikem předčasného úmrtí.

V posledních letech se stále více prosazují minimálně invazivní léčebné postupy. Jde o laparoskopický a robotem asistovaný přístup. Pro nefrektomii je více vhodná laparoskopie a pro resekci ledviny se začíná také v České republice prosazovat robotem asistovaná operace. Její velký přínos je větší preciznost při preparaci a usnadnění ošetření kráteru v ledvině po odstranění tumoru. Zde hrozí velké krvácení a robotický přístup je proto velmi vhodný.

V léčbě nádorů ledvin byl zaznamenán velký pokrok. Nejdůležitější je fungující spolupráce mezi praktickými lékaři a urology. Zejména pečlivé vyšetření hematurie nebo podobných obtíží vede k včasné diagnostice.

Karcinom prostaty – včasná diagnostika, minimálně invazivní léčba a kontroverze alternativních metod léčby

MUDr. Michal Balík

Urologická klinika, LF UK a FN v Hradci Králové

Diagnostika

Velmi diskutovanou je v současné době otázka screeningu (cílené systematické vyhledávání případů karcinomu prostaty u bezpříznakových mužů na popud zdravotnické autority) a časné detekce (oportunního testování z popudu informovaného pacienta). Snížení rizika úmrtí na karcinom prostaty cca o 30 % byl totiž identifikován až při recentní revizi původních studií (Etzioni 2017). Doporučení urologických společností zní: nemá smysl testovat muže do 40, nad 70 let nebo s předpokladem přežití méně než 10 let; diagnostika by měla být nabízena rizikovým skupinám (pozitivní rodinná anamnéza, černoši); ostatní by měli být informováni o výhodách a rizicích diagnostiky karcinomu prostaty.

I v 21. století hraje vyšetření per rektum nezanedbatelnou roli v diagnostice karcinomu prostaty. Při selhávání zobrazovacích metod zůstává jednou z nejpreciznějších metod určení klinického stadia onemocnění. Zařazení PSA umožnilo časnější záchyt karcinomu prostaty, nicméně přes své

nesporné výhody, je stále orgánově specifickým markerem. Elevace hladiny PSA proto může být způsobena přítomností karcinomu prostaty, ale i jakoukoliv destrukcí parenchymu prostaty (např. zánětem, jízdou na kole, ejakulací, ...). Jedinou možností, jak potvrdit diagnózu je transrektální biopsie prostaty – invazivní vyšetření s rizikem krvácení či infekce. I při systematické či MRI cílené (tzv. fúzní) biopsii však můžeme nádorové ložisko minout.

Minimálně invazivní léčba

Laparoskopický přístup umožnil prostatu a semenné vajíčky odstranit z několika drobných incizí, které vykazují rychlejší a méně komplikované hojení s nižší potřebou analgetik. Kapnoperitoneum přetlakem udržuje krev uvnitř otevřených cév do jejich ošetření, a tím snižuje krevní ztrátu. Kamera v bezprostřední blízkosti operovaných struktur zajišťuje přehled v operovaném poli. Nicméně 2D nebo semi3D obraz, zrcadlení pohybů v portech (všechny pohyby uvnitř těla je nutné provádět zrcadlově obráceně vně těla) a nemožnost ohnout nástroje uvnitř těla představují významné limity laparoskopie. Roboticky asistovaná laparoskopie v sobě spojuje výhody jak otevřené, tak laparoskopické varianty. Systém generuje nativní 3D obraz (pro každé oko zvlášť) a umožňuje tak hloubkové vnímání prostoru. V reálném čase přepočítává pohyby joysticků (ovládaných operátorem) na zrcadlové pohyby nástrojů uvnitř těla. Možnost ohnutí konců nástrojů uvnitř těla (endowrist) a možnost přerušení ovládání nástroje a redukce třesu dává téměř neomezenou volnost pohybu, která je nejvíce patrná při šití anastomózy. Dohromady tyto výhody znamenají rychlejší rekonvalescenci (2x kratší doba hospitalizace, rychlejší návrat kontinence), nižší riziko peri- a pooperačního krvácení a dalších komplikací bez kompromitace onkologických a funkčních výsledků.

Kontroverze alternativních metod léčby

Protonová léčba

Výhodou oproti konvenční radioterapii fotonem (při které je předávána energie po celou dobu průchodu tkání a znamená riziko toxického poškození tkání před a za cílovým objemem) měl být tzv. Braggův peak – maximum dávky je předáváno na konci cesty protonu tkání. Předpoklad nižší toxicity však doposud nebyl naplněn (spíše naopak v případě střeva) a zároveň se zdá, že stouplo riziko nedostatečné onkologické radikality. Doporučení EAU i AUA se proto shodují v tom, že dle současných důkazů protonová léčba karcinomu prostaty nepřináší benefit oproti konvenční léčbě, a proto jako taková není indikována k rutinnímu použití. Situace v ČR je v přímém protikladu s tímto doporučením. Nepřehlednost situace navíc intenzivně zvyšuje masivní klamavá reklama, která je dle odborných společností v rozporu s etickým kodexem ČLK a budí mylný dojem, že konvenční léčba karcinomu prostaty v ČR je nedostatečná. Nezanedbatelným bodem kontroverze je i samotná cena léčby, která až 2x převyšuje cenu léčby fotonovým zářením a 4x cenu léčby robotem.

Kryoterapie, HIFU (High Intensity Focused Ultrasound) a PDT (fotodynamická terapie) jsou alternativní experimentální metody destrukce tkáně prostaty (včetně nádorové tkáně) různými fyzikálními principy. Při ošetření celé prostaty se rizika nežádoucích účinků blíží rizikům konvenčních metod, navíc jsou metody limitovány velikostí a lokalizací cílového objemu. Velké naděje jsou vkládány do fokálních variant výkonů, nicméně v současné době je limitující otázkou přesná diagnostika karcinomu prostaty a nedostatek vědeckých důkazů.

Uroonkologická problematika: její dopad na ambulanci praktického lékaře, spolupráce praktický lékař – onkolog

MUDr. Miroslav Hodek, Ph.D.

Klinika onkologie a radioterapie, LF UK a FN v Hradci Králové

Onkologická problematika se v současné době dotýká naprosté většiny medicínských oborů. V různé míře a v různé intenzitě ovlivňuje léčebné postupy napříč diagnózami i věkovými skupinami pacientů. V posledních desetiletích dochází k rapidnímu nárůstu incidence onkologických chorob.

S rozvojem nových terapeutických postupů a nových léků však současně stoupá i úspěšnost léčby. S touto úspěšností a delším přežíváním pacientů je spojena i zvyšující se prevalence pacientů s onkologickými diagnózami. Praktičtí lékaři jakožto lékaři první linie kontaktu nejsou toho trendu ušetřeni.

V ambulanci praktického lékaře se lze s onkologickým pacientem setkat ve všech fázích jeho onemocnění. U řady obtíží je nutno pomýšlet na nádorovou etiologii již při diagnostice. Aktivně léčení pacienti podstupující ozařování nebo systémovou léčbu mohou do ambulance praktického lékaře zavítat s nejrůznějšími projevy toxicity této terapie. O takové pacienty by mělo být vždy primárně postaráno na pracovišti, kde byla terapie aplikována. Nicméně v současné době centralizace onkologické péče do KOC (Komplexní onkologická centra) nastávají případy, kdy pacient vzhledem k relativně velké dojezdové vzdálenosti s obtížemi prvně vyhledá svého praktického lékaře. Další velkou skupinou jsou pacienti vyléčení, kteří nemají známky recidivy malignity, měli by však být v pravidelné dispenzární péči anebo mohou trpět chronickou toxicitou protinádorové léčby. A ne poslední, ale na péči asi nejnáročnější skupinou, jsou pacienti v terminální fázi onkologické choroby, pro které je důležitá paliativní a symptomatická péče. U těchto pacientů je podstatná hlavně blízkost a snadná dostupnost primární lékařské a ošetrovatelské péče.

Na problematice pacientů s urologickými malignitami se snažíme prezentovat nejrůznější a nejběžnější situace, se kterými se praktický lékař může setkat ve své ambulanci. Urogenitální nádory obecně jsou velmi dobrým případem toho, jak se onkologická terapie vyvíjí. U tumorů ledvin a tumoru z přechodového epitelu dochází k rapidnímu rozvoji farmakologických preparátů. Jedná se hlavně o cílenou léčbu (někdy nazývanou biologickou) a velmi moderní imunoterapii. Tyto preparáty mají poměrně specifický toxický profil a dost často mohou imitovat jiné interní choroby. Proto by praktický lékař měl být o této problematice zevrubně informován. U pacientů s nádory prostaty naopak dochází spíše k technickému a technologickému posunu, rozvíjí se moderní robotická operativa, jsou neustále vylepšovány možnosti radioterapie (obrazem řízená radioterapie, hypofrakcionační režimy, brachyterapie), to vše v důsledku vede k většímu komfortu pacienta, ale zároveň klade vysoké nároky na ošetřující lékaře, a to včetně lékařů praktických.

Cílem přednášky není prezentace nejnovějších výsledků klinických studií, ani popis jednotlivých léčebných postupů nebo terapeutických protokolů. Cílem je srozumitelně seznámit přítomné praktické lékaře s problémy, na které mohou ve svých ambulancích narazit v souvislosti s onkologicky nemocnými a pomoci s jejich řešením. Onkologie je asi více než kterýkoli jiný medicínský obor tzv. multioborový. To znamená, že se neobejde bez intenzivní komunikace s jinými odbornými lékaři, kteří se podílejí na léčbě. Praktické lékaře považujeme za významné partnery v této multioborové komunikaci.

Aktuality do vaší ordinace

pátek / 31. května 2019 / 11.00–12.50 hod.

Karcinom prsu

prof. MUDr. Jiří Petera, Ph.D.

Klinika onkologie a radioterapie, LF UK a FN v Hradci Králové

Incidence karcinomu prsu v Královéhradeckém kraji v roce 2016 představovala 406 nových případů, tj. 145/100 000 žen. Ve stejném roce na toto onemocnění zemřelo 108 žen (38,56/100 000). Incidence karcinomu prsu v Královéhradeckém kraji je vyšší v porovnání s celostátním průměrem. Index mortalita/incidence se snižuje v souvislosti se stanovením diagnózy v časnějších stádiích onemocnění a zlepšováním výsledků onkologické léčby. V současné době je 80 % karcinomů prsu zachyceno ve stadiu I a II, event. ca in situ. Velkou roli hraje screening, nicméně v Královéhradeckém kraji je screeningovou mammografií pokryto jen 59 % cílové populace, což staví Hradecko na 4. místo od konce žebříčku 14 krajů ČR. Se zvyšující se incidencí a kurabilitou zhoubných nádorů narůstá jejich prevalence. Prevalence zhoubných novotvarů kromě nemelanomových kožních nádorů je v Královéhradeckém kraji 4043 na 100 000 osob a je druhá nejvyšší mezi všemi kraji ČR.

Dispenzarizace pacientů, kteří jsou po ukončení onkologické léčby bez známek nádorového onemocnění, přesahuje kapacitu onkologických pracovišť, a proto bylo jejich sledování převedeno do kompetence praktických lékařů. Česká onkologická společnost vypracovala doporučené postupy pro jednotlivé diagnózy. U karcinomu prsu sledování spočívá v klinických kontrolách 2–3× ročně po dobu 5 let, později 1× ročně. MG se provádí jednou ročně prvních 10 let, poté v rámci screeningu. Další zobrazovací metody jsou indikovány při podezření na relaps onemocnění. U pacientek po radioterapii oblasti nadklíčku se provádí roční kontroly TSH a fT4, u pacientek s arteficiální menopauzou nebo po léčbě inhibitory aromatázy je doporučena denzitometrie. Rutinní biochemické vyšetření a vyšetření nádorových markerů není nutné u asymptomatických pacientek. Pacientky léčené antracykliny v adjuvanci mají vyšší riziko kardiotoxicity.

Anafylaxe a adrenalin v ordinaci i PL (aneb léčba život ohrožujících alergií)

doc. MUDr. Petr Čáp, Ph.D.

Centrum alergologie a klinické imunologie, Nemocnice Na Homolce, Praha

Anafylaxe je akutní, život ohrožující, generalizovaná hypersenzitivní reakce vyžadující bezprostřední léčebný zákrok. Lékem první volby v přednemocniční praxi, ale i ve všech ambulancích, je adrenalin. Vzhledem k časové prodlevě při ředění adrenalinu před aplikací (v případě léku v ampulích) a následné aplikaci, je preferován adrenalinový autoinjektor (AAI), kterým by měl být vybaven a má jej nosit stále s sebou každý pacient, který prodělal anafylaxi. Při výběru typu AAI je nutné dbát kromě správného dávkování zejména na délku aplikační jehly. Dva AAI by měli mít u sebe pacienti, kteří prodělali téměř smrtelnou anafylaxi nebo nemocní, kteří jsou v riziku vzniku anafylaxe, tj. ti, kteří mají středně těžké či těžké přetrvávající astma pod nedostatečnou kontrolou + alergii na potraviny, nebo prodělali anafylaktickou reakci na hmyzí jed. Stejně by mělo být postupováno u lidí s anamnézou anafylaxe, kteří mají horší dostupnost lékařské péče, obezitu či nadváhu nebo je přítomna jazyková bariéra. Vzhledem k výše uvedenému je doporučováno vybavit adrenalinovým autoinjektorem kromě pacientů i všechny ambulance, ve kterých může potenciálně dojít k anafylaktické reakci (chirurgické ambulance, stomatologické pracoviště, ordinace praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost atd.). V přednášce jsou zmíněny příčiny a projevy anafylaxe a nezbytné léčebné kroky včetně zmínky o obsahu balíčku první pomoci pro nemocné. Zvláště je podtržena potřeba intramuskulární aplikace a častá chyba, že pacient nedostal včas bez prodlevy infuzi nahrazující mizející volem v krevním oběhu s rozvojem následné hypovolémie. Anafylaktický šok je šok distribuční.

Léčba psoriázy v ordinaci praktického lékaře

doc. MUDr. Miloslav Salavec, CSc.

Klinika nemocí kožních a pohlavních, LF UK a FN v Hradci Králové

Přednáška se zabývá dnešním aktuálním pohledem na psoriázu, její patogenezi a přítomnost asociovaných onemocnění. Představuje nástroje hodnocení závažnosti onemocnění a data vedoucí k rozhodnutí o indikaci nejvhodnějšího způsobu léčby.

Psoriázou je postiženo více než 125 milionů jedinců na celém světě. Vzniká nejčastěji mezi 15. a 35. rokem věku. Vykazuje řadu klinických forem – nejčastěji jako tzv. ložisková psoriáza. Až jedna třetina pacientů vykazuje středně závažnou až závažnou formu onemocnění.

Řada nemocných je nesprávně či pozdě diagnostikována, neadekvátně léčena, nemá přístup k lege artis péči a je i sociálně stigmatizována. Závažným způsobem snižuje kvalitu života.

Onemocnění je dnes pojímáno jako systémové onemocnění na imunologické bázi (roli hrají faktory zevního prostředí a genetická predispozice, ve vývoji zánětlivého procesu se objevuje celá řada prozánětlivých cytokinů).

Je provázána řadou komorbidit s postižením dalších orgánových systémů. K nejčastějším přidruženým chorobám patří kardiovaskulární onemocnění, idiopatické střevní záněty, nealkoholická



Přesné a spolehlivé přístroje

K prevenci cévní mozkové příhody
a infarktu myokardu



TLAKOMĚŘ DUO CONTROL

- ✓ Patentovaná technologie DUO SENSOR zajišťuje nejpřesnější měření
- ✓ Vhodný i pro osoby s nepravidelným srdečním rytmem
- ✓ Zajišťuje správné a šetrné měření díky patentované technologii Secure fit
- ✓ Vhodný i pro klinickou praxi



TLAKOMĚŘ S EKG 2-v-1

- ✓ Inovativní přístroj pro kontrolu srdečního rytmu, krevního tlaku a tepové frekvence
- ✓ Zachytí a rozpozná srdeční arytmie
- ✓ Záznam EKG v průběhu 30 vteřin – kdykoliv a kdekoliv
- ✓ Vhodný i pro klinickou praxi

steatóza jater, lymfomy, metabolický syndrom (obezita, diabetes mellitus, hypertenze, dyslipidemie) a psychiatrické jednotky (úzkost a deprese). Některé cytokiny, např. IL-17, vznikající ve vývoji onemocnění významným způsobem ovlivňují biologickou funkci řady různých buněk a vyústí ve vývoj vlastního kožního onemocnění, systémového zánětu a i ve vývoj asociovaných komorbidit. Dopady na psychické zdraví jsou srovnatelné s nádorovými nemocemi, artritidou a hypertenzní nemocí.

Závažnost lupénky je třeba hodnotit nejen z pohledu rozsahu vlastního onemocnění kůže a intenzity systémového zánětlivého procesu, ale i dle dopadu na kvalitu života. K posouzení těchto faktů slouží řada nástrojů: dotazníky kvality života – nejčastěji DLQI, indexy hodnotící rozsah a závažnost – PASI skóre, BSA skóre apod. Tyto nástroje budou dále diskutovány v přednášce.

Léčba je zcela zásadně určována aktivitou onemocnění a dopadem na kvalitu života. Důležitý faktor představuje „compliance“ pacienta. Většina pacientů očekává úplné či téměř úplné odhojení, dlouhodobou remisi, nepřítomnost relevantních vedlejších účinků. Evropský konsenzus o cílech terapie psoriázy definuje úspěch léčby jako pokles PASI indexu ≥ 75 . Léčebné modalit zahrnují lokální, systémovou (konvenční a biologickou) terapii a fyzikální formy léčby. Jednotlivé formy a léčebné cíle budou ve sdělení představeny.

V závěru budou prezentována data z českých registrů (prevalence psoriázy v ČR – 264 828 (2,53 %), incidence v ČR – 6 332 (60,4/100 000 obyvatel), středně/těžká psoriáza – 60 910 (23 % všech případů), skutečně léčení – 1 825 pacientů (3 % všech potencionálně léčitelných).

Hemoroidální onemocnění a možnosti jeho léčby

doc. MUDr. Peter Ihnát, Ph.D., MBA

Chirurgická klinika, FN Ostrava

Hemoroidální nemoc představuje civilizační onemocnění s vysokou incidencí v evropské populaci. Každý praktický lékař proto poměrně často řeší pacienty s hemoroidálním onemocněním ve své běžné praxi.

Autor předkládá přehled poznatků týkajících se problematiky hemoroidálního onemocnění – anatomické aspekty, klasifikace, diagnostika a především současné možnosti léčby hemoroidálního onemocnění. Základem managementu pacientů je kvalitní diagnostika zaměřená na vyloučení kolorektálního karcinomu a léčba v závislosti na stadiu onemocnění. Standardem léčby pacientů všech stadií hemoroidálního onemocnění je konzervativní léčba založená na režimových opatřeních, aplikaci preparátů s lokálním působením a farmakoterapií venotoniky s prokázanou účinností (MPFF-Detralext). Semiinvazivní metody léčby (Baronova ligace, skleroterapie, laser, atd.) a chirurgické metody léčby (HAL, Longova operace, klasická haemorrhoidectomie) jsou určeny pro symptomatické pacienty se smíšenými haemorrhoidálními uzly, resp. pro pacienty s vnitřními uzly II.–III. stupně.

Vzhledem k vysoké incidenci hemoroidálního onemocnění je potřebná spolupráce praktických lékařů, gastroenterologů a koloproktologů s cílem diagnostikovat a optimálně léčit jednotlivá stadia onemocnění.

Život není jen sen

MUDr. Jan Hubeňák, Ph.D.

Psychiatrická klinika, LF UK a FN v Hradci Králové

Antidepressivum trazodon je dostupné nemocným v České republice již více než 10 let ve formě s řízeným uvolňováním a čtyři roky ve formě s prodlouženým uvolňováním. Trazodon slouží k léčbě depresí, a to zejména těch, které jsou doprovázeny úzkostí a nespavostí. Pro svůj dobrý hypnotický účinek i v malých dávkách byl a nadále často je používán jako hypnotikum přídatné k jiné antidepressivní medikaci. Recentní data z roku 2018 ukazují, že trazodon je v České republice u 33 % pacientů užíván pouze v hypnotické indikaci a u 74 % nemocných je podáván pouze v dávce do 100 miligramů denně. Dosud velmi často užívaný léčebný postup spočíval v léčbě nemocného s depresí pomocí kombinace SSRI antidepressiva, benzodiazepinu a trazodonu v nízké

detralex®

MPFF® – mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce

180
tablet

ČÍSLO 1
v mezinárodních doporučeních
pro léčbu CVD 2018¹



**Chronické žilní
onemocnění**
2 tbl denně

**Hemoroidální
onemocnění**
až 6 tbl denně

CVD=Chronic Venous Disease

Zkrácená informace o přípravku Detralex® SLOŽENÍ*: Flavonoidum fratio purificata micronisata 500 mg (mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce - MPFF); Diosminum 450 mg, Flavonoida 50 mg vyjádřené jako Hesperidinum v jedné potahované tabletě. **INDIKACE*:** Léčba příznaků a projevů chronické žilní insuficience dolních končetin, funkčních nebo organických: pocit tíhy, bolest, noční křeče, edém, trofické změny, včetně bércevého vředu. Léčba akutní ataky hemoroidálního onemocnění, základní léčba subjektivních příznaků a funkčních objektivních projevů hemoroidálního onemocnění. Přípravek je indikován k léčbě dospělých. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ*:** Venolymfatická insuficience: 2 tablety denně. Hemoroidální onemocnění: Akutní ataka: 6 tablet denně během 4 dní, poté 4 tablety denně další 3 dny. Udržovací dávka: 2 tablety denně. **KONTRAINDIKACE*:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ*:** Podávání přípravku Detralex v symptomatické léčbě akutních hemoroidů nevyklučuje léčbu dalších onemocnění konečníku. Pokud symptomy brzy neodezní, je nutné provést proktologické vyšetření a léčba by měla být přehodnocena. **INTERAKCE*.** **FERTILITA*.** **TĚHOTENSTVÍ/KOJENÍ*:** Údaje o podávání těhotným ženám jsou omezené nebo nejsou k dispozici. Podávání v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje**. Není známo, zda se léčivá látka/metabolity vylučují do lidského mateřského mléka. Riziko pro kojené novorozence /dítě nelze vyloučit**. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘIDIT A OBSLUHOVAT STROJE*:** Žádný vliv. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY*:** Časté: průjem, dyspepsie, nauzea, vomitus. Vzácné: závratě, bolesti hlavy, pocit neklidu, vyrážka, svědění, kopřivka. Méně časté: kolitida. Frekvence neznámá: abdominální bolest, ojedinělý otok obličeje, rtů, víček, výjimečně Quinckeho edém. **PŘEDÁVKOVÁNÍ*.** **FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI*:** Venotonikum (venofarmakum) a vazoprotektivum. Detralex působí na zpětný návrat krve ve vaskulárním systému: snižuje venózní distenzibilitu a redukuje venostázu, na úrovni mikrocirkulace normalizuje kapilární permeabilitu a zvyšuje kapilární rezistenci; zvyšuje lymfatický průtok. **UCHOVÁVÁNÍ*:** Při teplotě do 30°C. **VELIKOST BALENÍ*:** 30, 60, 120 a 180 potahovaných tablet. **Datum revize textu:** 2. 1. 2019. Přípravek je k dispozici v lékárnách na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. **Registrační číslo:** 85/392/91-C. Držitel rozhodnutí o registraci: **LES LABORATOIRES SERVIER** 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Další informace na adrese: **Servier s.r.o.**, Florentinum, Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel.: 222 118 111, www.servier.cz

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

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

1. Nicolaides AN. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines according to scientific evidence. Int Angiol 2018 June; 37(3):181-254.



dávce. Trazodon je však v dávce nad 200 miligramů denně účinným antidepresivem v monoterapii a plného antidepresivního účinku lze dosáhnout dávkou 300 miligramů denně. To pak umožní léčit pacienty monoterapií bez nutnosti podávání přídatné medikace anxiolytiky, hypnotiky či jinými antidepresivy. Trazodon mohou praktičtí lékaři podávat svým pacientům jako antidepresivum první volby. Dobrý anxiolytický a hypnotický efekt trazodonu je zřetelný již v prvních dnech jeho podávání nemocným. Na rozdíl od nejčastěji užívaných SSRI antidepresiv trazodon nepůsobí agonisticky na 5-HT₂ receptorech, což často vyvolává úzkost, nespavost, neklid, sexuální dysfunkce i gastrointestinální příznaky. To nezřídka vede k pacientově non-complianci. Trazodon je slabším inhibitorem reuptaku serotoninu než SSRI, a tím i méně redukuje agregabilitu krevních destiček. U pacientů léčených trazodonem tak neočekáváme nadměrné krvácení po úrazech, operacích či při kombinaci s antiagregačními nebo antikoagulačními léčivy. Dlouhodobá léčba trazodonem nepůsobí redukcí noradrenergní ani dopaminergní transmise vídané při léčbě SSRI antidepresivy, která je jinak spojována s poklesem volní aktivity a rozvojem emočního oploštění. Užívání trazodonu není spojováno se závažným nárůstem tělesné hmotnosti, což je další faktor vedoucí k příznivé adherenci při jeho užívání. Klinická zkušenost svědčí pro dobrou toleranci a účinnost trazodonu jak ve formě s řízeným uvolňováním (AC), tak ve formě s prodlouženým uvolňováním (Prolong).

Kardiovaskulární pacient v ordinaci praktického lékaře

garanti prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D.,

doc. MUDr. Radovan Malý, Ph.D.

pátek / 31. května 2019 / 14.50–16.20 hod.

Farmakoterapie srdečního selhání v roce 2019

prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D.

I. interní kardiologická klinika LF UK a FN v Hradci Králové

Srdeční selhání je významnou příčinou morbiditu a mortality ve vyspělých zemích. Moderní terapie vychází ze správné a včasné diagnostiky a volby optimálního léčebného přístupu. Základem terapie srdečního selhání je medikamentózní terapie. Základním pilířem je ovlivnění systému renin-angiotenzin-aldosteron (inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu či blokátory receptorů pro angiotenzin II, v těžších stádiích blokádou mineralokortikoidních receptorů spironolaktonem), dále sympatického nervového systému betablokátory. Při retenci tekutin je nezbytné podání diuretik. Velmi významným přínosem je vstup nové skupiny léčiv, tzv. ARNi, která současně inhibují neutrální neuroendopeptidázu neprilyzinu a blokují receptor typu 1 pro angiotenzin II. V posledních dvou desetiletích mají významné místo v terapii i nefarmakologické přístupy. Patří mezi ně srdeční resynchronizační terapie (CRT) a implantace přístrojů, které mohou účinně zabránit náhlé smrti (ICD). Pro velmi pokročilá stadia srdečního selhání je v některých případech indikována implantace srdečních podpor a transplantace srdce. Nezbytnou součástí léčby srdečního selhání je úprava životního stylu a terapie všech komorbidit, které by mohly průběh onemocnění negativně ovlivnit.

Výživa ve stáří

garantka MUDr. Božena Jurašková, Ph.D.

pátek / 31. května 2019 / 16.40–17.50 hod.

Výživa ve stáří

MUDr. Božena Jurašková, Ph.D.

III. interní gerontometabolická klinika FN v Hradci Králové

Subkatedra geriatric LF UK v Hradci Králové

Se stoupajícím věkem dochází v organismu k fyziologickým změnám, které ovlivňují metabolické procesy ve stáří. Dochází ke snížení netukové hmoty těla, stoupá podíl tukové tkáně, především hromadění tuku v centrálních orgánech. Podíl svalové hmoty na celkové hmotnosti klesá s věkem. Mezi 20–30 lety činí 30 %, ve věku 70–80 let klesá až na 15 %. Svalstvo je zdrojem aminokyselin potřebných pro tvorbu působků akutní fáze zánětu, k reparaci tkání a zdrojem energie při stresu.

Energetická potřeba ve stáří se mění v závislosti na změnách složení těla, tělesné aktivity, funkční schopností organismu. Bazální energetická potřeba (rozdíl mezi hodnotou v mládí a ve stáří) činí 200 kcal/den. Rozdíl v energii spotřebované na denní aktivity činí 400–500 kcal/den. V příjmu živin se uplatňují dále změny funkce jednotlivých orgánů i regulačních mechanismů. V civilizovaných zemích dochází ke dvěma třetinám úmrtí v souvislosti se stravovacími návyky. Velký podíl tvoří lidé obézní, ale bohužel i lidé s podvýživou.

Malnutrice se vyskytuje u řady hospitalizovaných pacientů. U 70 % nemocných, kteří přicházejí do nemocnice s různým stupněm malnutrice, se její stupeň zhorší. Pokud nedojde k léčbě umělou výživou, dochází až u 4 % k závažným komplikacím vedoucím ke smrti. Pokročilá malnutrice se ve stáří vyskytuje až v 50 %.

Malnutrice vede k řadě komplikací, které ovlivňují prognózu nemocného seniora. Snížením svalové síly, včetně dechového svalstva, dochází k hypoventilaci a vzniku plicních infekcí. Přispívá k tomu i porucha imunitního systému: nejprve buněčné složky, v podobě snížení absolutního počtu lymfocytů, později i humorální odpovědi snížením sérových imunoglobulinů. Tato snížená obranná schopnost může vyústit v bronchopneumonii, močovou infekci, zpomalené hojení ran končící někdy až septickým stavem. Malnutrice může způsobovat zhoršení motility střeva, zhoršení střevní bariéry a v důsledku toho i translokaci bakterií do krevního oběhu. Snížená koncentrace plasmatických proteinů vede k poklesu onkotického tlaku plasmy. Vznikají otoky, porušení transportu železa, kortisolu, léků. Pro nemocného seniora je správná výživa zcela zásadní pojem.

Malnutrice a nedostatečná nutriční podpora před operací i po ní jsou rizikový faktor řady pooperačních komplikací – sekundárního hojení, svalové slabosti, komplikací infekčních, respiračních a kardiovaskulárních. Pro orientační zhodnocení postačují anamnestická data (především úbytek hmotnosti, ztráta chuti k jídlu, omezená mobilita, přítomnost deprese nebo demence) a stanovení body mass indexu (BMI). Při podezření na poruchu výživy doplníme vyšetřením albuminu, celkové bílkoviny, eventuálně i prealbuminu, transferinu a cholinesterázy. Umožníme tak seniorům dříve návrat do domácího prostředí a nepochybně tím snížíme i délku pobytu v LDN zařízeních s maximálním využitím k rehabilitaci a doléčení.

Mikroelementy, podobně jako vitaminy, sehrávají ve stáří významnou roli pro funkci biologických procesů. Tato role je často velice podceňována a mnohdy důsledky jejich deficitu řešeny jinými léky, které pak vlastně neřeší příčinu tkáňového poškození. Mikroelementy patří mezi ochranné systémy během celého života, ve stáří především. Deficit těchto elementů je ve stáří poměrně častým jevem. Může nastat vlivem involučních změn, kdy bývá snížena samotná resorpce těchto látek. Kromě toho chybí pestrost stravy. Zeptat se na to, jak se senior stravuje, jak pestře, zda je denní obměna jídla apod., má velký význam v odstranění karence nejen mikroelementů. Může se tak zabránit vzniku četných komplikací spojených se základní chorobou.

Nedostatečná výživa je stejně jako u mladších jedinců i ve stáří významným aspektem kvality života. Je nedílnou součástí léčebného procesu.

Výživa v paliativní péči

MUDr. Božena Jurašková, Ph.D.

III. interní gerontometabolická klinika FN v Hradci Králové

Subkatedra geriatric LF UK v Hradci Králové

V přednášce budou uvedena doporučení nutriční podpory ve vztahu k jednotlivým fázím paliativní péče. Podrobněji budou probírána doporučení se zvláštním zřetelem na onemocnění, u kterého dochází k řadě chyb z hlediska invazivity výživy, především ve fázi terminálního stadia – tou je demence. Zde se podobně jako v případě onkologických onemocnění dosti často chybuje. Často se schováváme za nutriční podporu ve stadiích terminality. Tlak rodiny je velký a mnohdy chybí argumentace tam, kde je to nutné a pro pacienta významné.

Enterální výživa a diabetes mellitus

MUDr. Jakub Víšek, Ph.D., MUDr. Martina Lášticová, prof. MUDr. Vladimír Bláha, CSc.

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

Incidence diabetes mellitus se celosvětově zvyšuje. S rostoucím počtem nemocných s diabetem roste i počet hospitalizací těchto pacientů. I když je diabetes 2. typu úzce spojen s obezitou, řada hospitalizovaných pacientů s diabetem trpí vzhledem k tíži stavu proteinovou malnutricí. V těchto případech je pak nezbytné zahájení nutriční podpory, a to preferenčně enterální cestou. Komplikací podávání nutriční podpory může být hyperglykemie, která je pro pacienty nebezpečná jak z krátkodobého hlediska, kdy může vést k vyššímu výskytu infekcí či zhoršení hojení ran, tak z dlouhodobého hlediska, kdy vede k rozvoji pozdních komplikací diabetu. Ve snaze o snadnější a lepší kontrolu glykemie vznikají přípravky enterální výživy specificky určené pro nemocné s diabetem. Tyto výživy se obvykle odlišují jak kvalitou, tak kvantitou obsažených cukrů a tuků od standardních enterálních výživ. Použití diabetické enterální výživy je odborníky často doporučováno, přesto však chybí jednoznačný důkaz o jejich výhodách oproti standardním přípravkům enterální výživy.

Sobota 1. června 2019

Abstrakta k sobotnímu programu naleznete
na stranách 24–25 v abstraktech Pediatrie pro praxi.



LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

DVA RIZIKOVÉ FAKTORY – JEDNO ŘEŠENÍ



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



1× DENNĚ



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, 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 arginine (per)/5 mg amlodipinu (amlo), 20 mg ator/5 mg per/5 mg amlo, 20 mg ator/10 mg per/5 mg amlo, 20 mg ator/10 mg per/10 mg amlo, 40 mg ator/10 mg per/10 mg amlo. Obsahuje laktózu jako pomocnou látku. **INDIKACE:** Léčba esenciální hypertenze a/nebo stabilní ischemické choroby srdeční ve spojení s primární hypercholesterolemií nebo smíšenou (kombinovanou) hyperlipidemií, jako substituční terapie u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných atorvastatinem, perindoprilem a amlodipinem podávaných současně ve stejné dávce, jaká je obsažena v této kombinaci. **DÁVKOVÁNÍ**

A ZPŮSOB PODÁNÍ: Obvyklá dávka je jedna tableta denně. Fixní kombinace není vhodná pro iniciační léčbu. Je-li nutná změna dávkování, titrace se má provádět s jednotlivými složkami. *Starší pacienti a pacienti s poruchou funkce ledvin:* lze podávat pacientům s clearance kreatininu ≥ 60 ml/min, není vhodný pro pacienty s clearance kreatininu < 60 ml/min, u těchto pacientů se doporučuje individuální titrace dávky s jednotlivými složkami. *Pacienti s poruchou funkce jater:* Přípravek má být podáván s opatrností a je kontraindikován u pacientů s jaterním onemocněním v aktivním stavu. *Pediatrická populace:* Použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **KONTRAINDIKACE:** Hypersenzitivita na léčivé látky, nebo na jiné ACE inhibitory, nebo deriváty dihydropridinu, nebo na statiny nebo na kteroukoli pomocnou látku, onemocnění jater v aktivním stavu nebo neobnovené přetrvávající zvýšení sérových aminotransferáz převyšující 3násobek horní hranice normálních hodnot, během těhotenství, kojení a u žen ve fertilním věku, které nepoužívají vhodné antikoncepční prostředky (viz bod Těhotenství a kojení), 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 diabetem mellitus nebo poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²), současné užívání se sakubitrilem/valsartanem**, mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz bod Interakce)***, signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné fungující ledviny (viz bod Zvláštní upozornění***).

UPOZORNĚNÍ: **Zvláštní upozornění 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 jakékoliv 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 normalizují. 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 ($> 5 \times$ ULN) oproti normálním hodnotám, léčba nemá být zahájena. Léčba má být přerušena, objeví-li se významné zvýšení hladin CK ($> 10 \times$ ULN), nebo je-li diagnostikována případná 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, klarithromycin, delavirdin, stiripentol, ketokonazol, atd.). Přípravek Lipertance se nesmí podávat současně se systémovou léčbou kyselinou fusidovou nebo během 7 dnů po ukončení léčby kyselinou fusidovou vzhledem k obsahu atorvastatinu. U pacientů, u kterých je systémové podání kyseliny fusidové považováno za nezbytné, se musí po dobu léčby kyselinou fusidovou přerušit léčba statinem. **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 hypotenze odpovídá kontraindikaci 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:** Nejnovší zkušenosti s podáváním přípravku pacientům po nedávné prodělané transplantaci ledvin. **Renovaskulární hypertenze:** Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné fungující ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie**. **Porucha funkce ledvin:** monitorování hladiny kreatininu a draslíku, individuální titrace dávky s jednotlivými složkami u pacientů s clearance kreatininu < 60 ml/min, u pacientů se stenózou renální arterie bylo pozorováno zvýšení sérových koncentrací urey a kreatininu, u renovaskulární hypertenze je riziko závažné hypotenze a renální insuficience zvýšené. Amlodipin lze používat u pacientů se selháním ledvin v normálních dávkách. Amlodipin není dialyzovatelný. U pacientů na hemodialýze: dialyzovaných pomocí vysoce propustných membrán byly zaznamenány anafylaktoidní reakce. **Hypersenzitivita/angioedém:** okamžitě 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. Současné užívání perindoprilu se sakubitrilem/valsartanem je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Podávání sakubitrilu/valsartanu nesmí být zahájeno do 36 hodin po užití poslední dávky perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčba perindoprilem nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání jiných inhibitorů NEP (např. racekadotrilu) a inhibitorů ACE může také zvýšit riziko angioedému. Před zahájením léčby inhibitory NEP (např. racekadotrilu) u pacientů užívajících perindopril je proto nutné pečlivě zhodnotit přínos a rizika**.

Anafylaktoidní reakce během aferýzy nízkodenzitních lipoproteinů (LDL): vzácný výskyt život ohrožujících anafylaktoidních reakcí, kterým lze předjet dočasným vysazením léčby před každou aferézou. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** během desenzibilizační léčby jedem blankofiltů (včely, vosy), reakcí je možné se vyhnout dočasným vysazením léčby, nicméně se znovu objevily po neúmyslné expozici. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anémie:** Přípravek Lipertance má být používán s extrémní opatrností u pacientů se systémovým onemocněním pojiva (collagen vascular disease), u pacientů užívajících imunosupresivní léčbu, léčbu aloproliferou nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů a pacienti mají být poučeni, aby hlásili jakékoli známky infekce (např. bolest v krku, horečku). **Rasa:** perindopril může být méně účinný na snížení krevního tlaku a může vést k vyššímu výskytu angioedému u černoškrkých 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), diabetu 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):** současně užívání ACE inhibitorů, blokátorů receptorů pro angiotensin II nebo aliskiren 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. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje**.

Hladina sodíku: Lipertance obsahuje méně než 1 mmol sodíku (23 mg) v tabletě, to znamená, že je v podstatě „bez sodíku“. **Dědičné problémy s intolerancí galaktózy, vrozený nedostatek laktázy nebo malabsorpce glukózy a galaktózy:** přípravek by neměl být užíván. **INTERAKCE:** **Kontraindikace:** Aliskiren, mimotělní léčba**, sakubitril/valsartan**. **Nedoporučovaná kombinace:** Silné inhibitory CYP3A4, současná léčba ACE inhibitorem a blokátorem receptoru angiotenzinu, estramustin, lithium, kotrimoxazol (trimethoprim-sulfamethoxazol)**, 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 kontraceptiva, gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, tricyclická antidepresiva/ antipsychotika/ anestetika, zlatá, digoxin, atorvastatin, warfarin, cyklosporin, takrolimus, působení inhibitorů rapamycinu (mTOR)***, antihypertenziva a vaskodilatancia. **TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Přípravek Lipertance je kontraindikován během těhotenství a kojení. **FERTILITA:** U některých pacientů léčených blokátory kalciových kanálů byly zaznamenány reverzibilní biochemické změny na hlavové části spermatozojů. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Schopnost reagovat může být narušena při závratí, bolesti hlavy, únavě nebo nauceze. 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, otok kotníků, bolest končetin, artralgie, svalové spazmy, myalgie, bolest zad, astenie, únava, periferní edém, abnormální výsledky testů jaterních funkcí, zvýšená hladina kreatinfosfokinázy v krvi. **Méně časté:** rinorea, eosinofilie, hypoglykemie, hyponatremie, hyperkalemie reverzibilní při ukončení léčby, anorexie, insomnie, změny nálad (včetně úzkosti), poruchy spánku, deprese, noční můry, třes, synkopa, hypoezie, 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 šlů, svalová slabost, poruchy močení, noční močení, polakisurie, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynecomastie, bolest na hrudi, bolest, malátnost, periferní otok, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, zvýšení tělesné hmotnosti, pozitivní nálezy leukocytů v moči, snížení tělesné hmotnosti, pád. **Vzácné:** trombocytopenie, stavy zmatenosti, periferní neuropatie, cholestatická, zhoršené psoriázy, Stevens-Johnsonův syndrom, toxická epidermální nekrolýza, erythema multiforme, myopatie, myozitida, rhabdomyolýza, tendonopatie (někdy komplikovaný rupturou), vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi. **Velmi vzácné:** leukopenie/neutropenie, agranulocytóza nebo pancytopenie, hemolytická anémie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, snížení hladiny hemoglobinu a hematokritu, anafylaxe, hypertonie, ztráta sluchu, infarkt myokardu, sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, angina pectoris, cévní mozková příhoda možná sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, eosinofilní pneumonie, gastritida, gingivální hyperplazie, žloutenka, jaterní selhání, exfoliativní dermatitida, akutní renální selhání. **Není známo:** imunitně zprostředkovaná nekrotizující myopatie, extrapyramidová porucha (extrapyramidový syndrom). U jiných inhibitorů ACE byly hlášeny případy SIADH (syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu). SIADH lze považovat za velmi vzácnou, ale možnou komplikaci spojenou s léčbou inhibitory ACE, včetně perindoprilu. **** PŘEDÁVKOVÁNÍ. FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI:** Atorvastatin je selektivní a kompetitivní 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:** 30 nebo 90 (3 obaly na tablety po 30 tabletách) 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:** 28. 9. 2018. 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-levic-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier, s. r. o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

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

POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

HLAVNÍ
PARTNEŘI



MEDIÁLNÍ
PARTNEŘI



PARTNEŘI

Akacia Group, s.r.o.
Akademie klasické homeopatie, spol. s r.o.
Angelini Pharma Česká republika s.r.o.
Apotex ČR spol. s r. o.
EWOPHARMA, spol. s.r.o.
EXBIO Olomouc s.r.o.
HARTMANN - RICO a.s.
Jihomoravské dětské léčebny,
příspěvková organizace
LAB MARK a. s.
Léčebna Dr. L. Filipa, s.r.o.
L'ORÉAL Česká republika s.r.o.
Medi Plus Servis, s.r.o.
Mediclinic a.s.
Medingo s.r.o.
Merck Sharp & Dohme s.r.o.
Novartis s.r.o.

Nutricia a.s.
Orion Diagnostica – organizační složka
Pascoe Česko s.r.o.
Pfizer PFE, spol. s r.o.
PharmaSwiss Česká republika s.r.o.
Procter & Gamble Czech Republic s.r.o.
Reckitt Benckiser (Czech Republic), spol. s r.o.
ROCHE s.r.o.
RosenPharma a.s.
sanofi-aventis, s.r.o.
SWISSPHARMA, spol. s r. o.
synlab czech s.r.o.
TEREZIA COMPANY s.r.o.
VEGALL Pharma s.r.o.
VITANA, a.s.
WALMARK, a.s.
Zentiva, k.s.

