

Medicína pro praxi

2018

B

www.solen.cz | Med. praxi 2018; 15(Suppl B) | ISBN 978-80-7471-226-5 | 2018

ABSTRAKTA

XVI. KONGRES PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ V OLOMOUCI

26.–27. dubna 2018

Clarion Congress Hotel Olomouc

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

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/5 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/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 PODÁVÁNÍ:** Jedna tableta denně, nejlépe ráno a před jídlem. Fixní kombinace není vhodná pro iniciační léčbu. Je-li nutná změna dávkování, dávka jednotlivých složek je měla být titrována samostatně. **Pediatrická populace:** přípravek by se neměl podávat. **KONTRAINDIKACE:** Dialyzovaní pacienti. Pacienti s neléčeným dekompenzovaným srdečním selháním. Závažná porucha funkce ledvin (Cl_{CR} < 30 ml/min). Středně závažná porucha funkce ledvin (Cl_{CR} 30-60 ml/min) pro Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg a 10 mg/2,5 mg/10 mg. Hypersenzitivita na léčivé látky, jiné sulfonamidy, deriváty dihydropyridinu, jakýkoli jiný inhibitor ACE nebo na kteroukoli pomocnou látku. Anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edému) souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE (viz bod Upozornění). Dědičný/diagnostický 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 výtoku levé komory (např. vysoký stupeň stenózy aorty). Hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu. Současné užívání přípravku Triplixam s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetes mellitus nebo poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) (viz bod Interakce). Současné užívání se sacubitril/valsartanem (viz body Upozornění a Interakce). **Mimotělná léčba vedoucí ke kontaktu krve se zámerně nabitým povrchem (viz Interakce).** **Signifikanční bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné funkční ledviny (viz Upozornění).** **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 dvojitou blokádu 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. **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:** přerušte léčbu a sledujte pacienta až do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Souběžné užívání inhibitorů mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) mohou mít zvýšené riziko výskytu angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka s poruchou dýchání nebo bez ní). **Současné užívání perindoprilu se sacubitril/valsartanem:** kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Podávání sacubitrilu/valsartanu nesmí být zahájeno do 36 hodin po užití poslední dávky perindoprilu. Pokud je léčba sacubitrilem/valsartanem ukončena, léčba perindopriem nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky sacubitrilu/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 LDL-aterdy:** před každou aterosklerotickou procedurou vyšetřte pacienta na anafylaktoidní reakci během desenzibilizace; postupujte opatrně u alergických pacientů léčených desenzibilizací a nepoužívejte v případě imunoterapie jedním blankodotrilu. Alespoň 24 hodin před desenzibilizací dočasně vysadte inhibitor ACE. **Anafylaktoidní reakce během LDL-aterdy:** před každou aterosklerotickou procedurou vyšetřte pacienta na anafylaktoidní reakci během desenzibilizace; postupujte opatrně u alergických pacientů léčených desenzibilizací a nepoužívejte v případě imunoterapie jedním blankodotrilu. Alespoň 24 hodin před desenzibilizací dočasně vysadte inhibitor ACE. **Hemodialyzovali pacienti:** zvažte použití jiného typu dialyzátové membrány nebo jiné skupiny antihypertenziv. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzivní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. **Těhotenství:** nezačínat užívání během těhotenství. V případě potřeby zastavit léčbu a zahájit vhodnou alternativní léčbu. **Hepatální encefalopatie:** ukončit léčbu. **Fotosenzitivita:** ukončit léčbu. **Opatrnosti při použití:** **Renální funkce:** u některých hypertenziků s existujícími zjevnými renálními lézemi, u nichž renální krevní testy ukazují funkční renální insuficienci, je třeba být opatrní, protože mohou být citlivější na nízké dávce nebo pouze na jednu složku. Monitorujte draslík a kreatinin, a to po dvou týdnech léčby a dále každé dva měsíce během období stabilní léčby. V případě bilaterální stenózy renální arterie nebo jedné funkční ledviny: nedoporučuje se. Riziko arteriální hypertenze a/nebo renální insuficience (v případech 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 nižšími než doporučené a postupně je zvyšujte. **Hypotenze a deplece vody a sodíku:** riziko nízké hypotenze v přítomnosti preexistující deplece sodíku (zejména, je-li přítomna stenóza renální arterie); sledujte hladinu elektrolytů v plazmě, obnovte objem krve a krevní tlak, znovu zahajte léčbu nižšími dávkami nebo pouze jednou složkou přípravku. Hladina sodíku: kontrolujte častěji u starších a cirhotických pacientů. Jakákoli diuretika může vést k vyvolání hyponatremie, někdy s velice závažnými následky. Hyponatremie s hypovolemickým edémem a zjevně menší dehydratací a ortostatickou hypotenzí. Současné ztráta chloridových iontů může vést k sekundární kompenzační metabolické alkalóze: vyskytá se stupněm 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 acidozy a současné užívání kalium-šetrných diuretik, doplňků draslíku nebo doplňků soli obsahujících draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v séru. **Hypokalemie:** vysoké riziko u starších a/nebo podvyživených osob, cirhotických pacientů s edémem a ascitem, koronárních pacientů, u pacientů se selháním ledvin nebo srdečním selháním, dlouhým intervalem QT, sledovat plazmatickou hladinu draslíku. Může napomoci rozvoji torsades de pointes, které mohou být fatální. **Hladina vápníku:** hyperkalemie: před vyšetřením funkce příštích tří měsíců ukončete léčbu. **Renovaskulární hypertenze:** v případě stenózy renální arterie: zahajte léčbu v nemocnici na nízké dávce; sledujte funkci ledvin a hladinu draslíku. Může napomoci rozvoji torsades de pointes, které mohou být fatální. **Suchy 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. **Diabetes:** V případě inzulín-dependentního diabetes mellitus zahajte léčbu iniciační nižší dávkou pod lékařským dohledem; monitorujte hladinu cukru v krvi. **Cemo:** zvýšení hladiny jaterních enzymů, zhoršení srážlivosti. **Interakce:** **Kontraindikováno:** Aliskiren u diabetických pacientů nebo pacientů s poruchou funkce ledvin. Mimoslenná léčba. **Nedoporučuje se:** lithium, akuten u jiných pacientů než diabetických nebo pacientů s poruchou funkce ledvin, souběžná léčba inhibitory ACE a blokátorem receptorů pro angiotenzin, zhoršení srážlivosti a hemostatické funkce, kalium-šetrní léky (např. triamteren, amilorid...), soli draslíku, kotrimoxazol (trimethoprim-sulfamethoxazol), dantrolen (inhibitor), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Výzující zvláštní opatrnost:** baklofen, nesteroidní antilagistika (včetně kyseliny acetylsalicylové ve vysokých dávkách), antidiabetika (inzulín, perorální antidiabetika), kalium-šetrní diuretika a kalium-šetrní diuretika (eppleron, spironolakt, racekadotril), inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus), léky vyvolávající torsades de pointes*, amfetorin B (viz podání), glukokortikoidy a mineralokortikoidy (systémové podání), tetracyklidy, stimulanty laktátu, srdeční glykosidy, aluprinol (současné užívání s indapamidem může zvýšit výskyt reakcí hypersenzitivity na aluprinol), induktoři CYP3A4, inhibitory CYP3A4 klanthromin (existuje zvýšené riziko hypotenze). **Výzující úrovní opatrnost:** antidepresiva imipraminového typu (tricyklická), neuroleptika, jiná antihypertenziva a vazodilatancia, tetracyklidy, aluprinol (současné podávání s inhibitory ACE), cytostatika nebo imunosupresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid, anestetika, diuretika (hladně nebo kličková diuretika), glyptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, zlato, metformin, jodované kontrastní látky, vápník (soli), cyklosporin, atorvastatin, digoxin nebo warfarin, takrolimus*, cyklosporin, simvastatin, TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ: Kontraindikováno během druhého a třetího trimestru těhotenství a při kojení. Nedoporučuje se během prvního trimestru těhotenství. **FERTILITA:** Reverzibilní biochemické změny na hlavě části spermatozoidů u některých pacientů léčených kalium-šetrnými diuretiky. **SCHOPNOST ŘIDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Může být narušena v důsledku nízkého krevního tlaku, který se může vyskytnout u některých pacientů, zejména na začátku léčby. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** **Velmi časté:** otoky. **Časté:** závrať, bolest hlavy, parestézie, vertigo, somnolence, dyspnoe, zhoršení zraku, tinitus, palpitace, zrudnutí kůže, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), kašel, dušnost, bolest břicha, zácpa, průjem, dyspepsie, nauzea, zvracení, změny ve vyprazdňování střeva, pruritus, vyrážka, makulopapulární vyrážka, svalové křeče, otok kotníků, astenie, únava. **Méně časté:** rinorea, eozinoflie, hypersenzitivita, hypoglykémie, hyperkalemie včetně po přerušení léčby, hyponatremie, insomnie, změny nálad (včetně úzkosti), deprese, poruchy spánku, hypotese, třes, synkopa, diplopie, tachykardie, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní), svalovitá bronchospazmus, sucho v ústech, kopřivka, angioedém, alopecie, purpura, změna zabarvení kůže, hyperhidróza, exantém, fotosenzitivní reakce, periferní otok, artralgie, myalgie, bolest v zádech, poruchy močení, noční močení, poklesnutí renální selhání, erektilní dysfunkce, gynekomastie, bolest v 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 srážlivosti. **Velmi vzácné:** agranulocytóza, aplastická anémie, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, hemolytická anémie, trombocytopenie, hyperglykemie, hyperkalemie, hypertenze, periferní neuropatie, cívni mozková příhoda, možná sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoké rizikových pacientů, angina pectoris, infarkt myokardu, možná sekundárně k nadměrné hypotenzí 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 hypokalemíí, u určitých rizikových populací zvláště závažná, extrapyramidové poruchy (extrapyramidový syndrom), myopie, rozmanité vidění, torsades de pointes (potenciálně fatální), myopie, rozvoj hepatální encefalopatie v případě jaterní insuficience, možnost zhoršení stavů chronického systémového lupus erythematosus, EKG: prodloužení intervalu QT, zvýšená hladina glukózy v krvi, zvýšená hladina kyseliny močové v krvi. U jiných inhibitorů ACE byly hlášeny případy SIDA (syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu). SIDA lze považovat za velmi vzácnou, ale možnou komplikaci spojenou s léčbou inhibitory ACE, včetně perindoprilu. **PŘEDÁVKOVÁNÍ:** Perindopril je inhibitor angiotenzin-konvertujícího enzymu (inhibitor ACE), který konvertuje angiotenzin I na vazokonstriktor angiotenzin II. Indapamid je derivát sulfonamidů s inotropním účinkem. Amlodipin je inhibitor transportu kalciových iontů (blokátor pomalých kanálů nebo antagonistu kalciových iontů), který inhibuje transmembránový transport kalciových iontů do srdečních buněk a buněk hladkého svalstva cévních stěn. **BALENÍ:** 30 a 90 tablet. Uchovávaní: nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávaní. Doba použitelnosti: 2 roky. Doba použitelnosti po prvním otevření je 30 dní. Držitel rozhodnutí o registraci: Les Laboratoires Servier, 50, rue Camot, 92284 Suresnes cedex, France. Registrační číslo: 58/100/14-C, 58/101/14-C, 58/102/14-C, 58/103/14-C. Datum poslední revize textu: 26. 1. 2018. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravek je k dispozici v lékárnách. Přípravek je na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzu-hrazenych-z-zdrav-poisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florencii 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 změny v informacích o léčivém přípravku Triplixam



Program – čtvrtek 26. dubna

- 9.00 ZAHÁJENÍ**
prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.
- 9.05–10.25 LÉČBA POLYMORBIDNÍCH NEMOCNÝCH S POLYPRAGMAZIÍ**
Garant prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.
- Polypragmazie z pohledu kardiologa – Vítovec J.
 - Polypragmazie z pohledu klinického farmakologa – Juhás M.
 - Specifika farmakoterapie ve stáří, léčiva nevhodná ve stáří – Prudius D.
 - Rizika farmakoterapie ve stáří, realita praxe – Matějovská Kubešová H.
- 10.25–10.55 PŘESTÁVKA**
- 10.55–11.40 HEPATITIDA TYPU C A HIV – AKTUÁLNÍ VIROVÁ ONEMOCNĚNÍ**
- Testování a časný záchyt infekce HIV – Zjevíková A.
 - Virové hepatitidy, prevence a léčba – Aiglová K.
(Přednášky sponzorované firmou Gilead Sciences s.r.o.)
- 11.40–12.45 KARDIOLOGIE**
Garant doc. MUDr. Tomáš Kovárník, Ph.D.
- Proč a u koho současně inhibovat sympatikus a RAAS? – Kovárník T.
 - Praktické tipy pro léčbu hypertenze – Vysočanová P.
 - Epidemiologický průřezový průzkum LIPI control – Řiháček I.
- 12.45–13.30 OBĚD**
- 13.30–14.45 ONKOLOGIE – PREVENCE A SCREENING**
Garantka MUDr. Katarína Petráková, Ph.D.
- ... karcinomu tlustého střeva – Tomášek J.
 - ... karcinomu prostaty – Král M.
 - ... karcinomu prsu – Petráková K.
- 14.45–16.00 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE**
- Pestrý účinek přírodních flavonoidů – Černohorská J.
 - Ginkgo biloba – možnosti a rizika – Vranová V.
 - Rozpoznejte depresi – Holanová M.
 - IBS – syndrom dráždivého tračníku – Bortlík M.
- 16.00–16.20 PŘESTÁVKA**
- 16.20–18.00 DUŠNOST – OD AKUTNÍ PREZENTACE K DLOUHODOBÉ PROGNÓZE**
Garant MUDr. Jiří Votruba
- ... pohledem akutní kardiologie – Krüger A.
 - ... pohledem pneumologa – Šestáková Z.
 - **IP** ... pohledem invazivního bronchologa – Votruba J.
 - ... pohledem z ambulance srdečního selhání – Bělohávek J.
 - ... pohledem z ambulance plicní hypertenze – Jansa P.

BLOK NAVAZUJÍCÍ NA ODBORNÝ PROGRAM

- 18.00–19.00 MEDICÍNSKÉ SPEKTRUM**
- Současné možnosti v léčbě neuropatické bolesti – Lacová J.
 - Odpovědnost poskytovatele zdravotních služeb – Mareš O.
 - Lékař léčí, technika funguje – moderní pojetí práce v ordinaci – Horský M.

WORKSHOP / čtvrtek 26. dubna

W1: 12.30–13.30 **WORKSHOP / Salonek Plato Seneca**

W2: 13.30–14.30

Praktický nácvik kardiopulmonální resuscitace

workshop vedou pracovníci záchranné služby

- nácvik zabezpečení dýchacích cest, uvolnění cizího tělesa z dýchacích cest
- nácvik použití Ambu vaku, automatického externího defibrilátoru
- nácvik resuscitace na figuríně

VSTUP VOLNÝ, KAPACITA OMEZENÁ – NUTNÉ PŘIHLÁSIT SE NA MÍSTĚ

DISKUZNÍ FÓRUM / čtvrtek 26. dubna

16.20–16.50 **DISKUZNÍ FÓRUM / Salonek Plato Seneca**

- „Rozpoznejte depresi do hloubky“ – MUDr. Marta Holanová

VSTUP VOLNÝ, KAPACITA OMEZENÁ

Program – pátek 27. dubna

8.30–9.50 **PORUCHY SPÁNKU V AMBULANTNÍ PRAXI**

Garant MUDr. Martin Pretl, CSc.

- **IP** Ovlivňuje kvalita spánku naše zdraví? – Pretl M.
- Je možné zvládnout nespavost v ordinaci praktického lékaře? – Dostálová V.
- Obstrukční spánková apnoe a kardiovaskulární onemocnění – Veselý J.
- Obstrukční spánková apnoe a diabetes – Krupička T.

9.50–10.20 **PŘESTÁVKA**

10.20–11.20 **IP KOLIK VÁŽÍ... ANTIBIOTIKA?**

- MICKy vs. MISSky – Blechová Z., Adámková V.

11.20–12.30 **DOBŘÁ RADA DO VAŠÍ ORDINACE**

- Nekomplikované urologické záněty u mladých žen a dospívajících, diagnostika, terapie a současné možnosti profylaxe – Vlachová K.
- Diferenciální diagnostika dušnosti – Ambrož D.
- IPF – idiopatická plicní fibróza – Lošťáková V.
- Novinky v legislativě – očkování rizikových skupin pacientů – Holásek M.

12.30–13.20 **OBĚD**

13.20–14.40 **REVMATOLOGIE**

Garantka MUDr. Martina Skácelová, Ph.D.

- Časná diagnostika revmatoidní artritidy – Skácelová M.
- Časná diagnostika seronegativních spondyloartritid – Žurek M.
- **IP** Obrovskobuněčná arteriitida a polymyalgia revmatica – Smržová A.
- Febrilie nejasného původu z pohledu revmatologa – Lokočová E.

14.45 **ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY**

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

Utipro[®]plus

K **zvládnutí**
a **prevenci** infekcí
močových cest

Novinka s unikátním
mechanismem účinku

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



Účinnost potvrzena klinickými studiemi

Léčba polymorbidních nemocných s polypragmazií

garant prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

čtvrtek / 26. dubna 2018 / 9.05–10.25 hod.

Polypragmazie z pohledu kardiologa

prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc., FESC

I. interní kardiologická klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Motto: *Ne sit medica gravior ipso morbo (J. E. Purkyně, 1858)*

Polypragmazie (angl. polypharmacy) se stává velkým problémem dnešní medicíny. Je obvykle definována jako užívání pěti a více léků současně. Kardiologie představuje obor, ve kterém farmakoterapie přinesla v posledních dvaceti letech největší léčebné úspěchy. Není proto divu, že jsme v léčbě kardiovaskulárních chorob často svědky terapie početnými kombinacemi léčiv. Základní příčiny extenzivní farmakoterapie v běžné praxi jsou tři:

- stárnoucí polymorbidní populace,
- vývoj nových léčiv,
- množství klinických studií, které poskytují jasná mortalitní data.

Výskyt chronických chorob, jejichž léčba vyžaduje podávání jednoho nebo více léků, se s věkem zvyšuje. Snaha respektovat doporučení odborných lékařských společností, ulevit nemocným od obtíží a v neposlední řadě i propagace úspěšných výsledků klinických studií, jimiž farmaceutické společnosti testují svá léčiva, pak vystavuje lékaře silnému tlaku podávat pacientovi mnoho léků.

Čím více léků pacient užívá, tím obtížnější může být určit, který lék pomáhá a který spíše škodí. Výskyt nežádoucích reakcí se zvyšuje s počtem podávaných léčiv. Polypragmazie by nás měla přinutit zamyslet se, zda máme opravdu důvod trvat na množství podávaných léčiv. Je třeba dostatečně zvážit účinnost celého (často složitého) léčebného režimu, zvýšené riziko nežádoucích účinků i ekonomickou náročnost léčby. Lpění na nevhodné kombinaci léčiv, jejichž podání v monoterapii či při jinak volené strategii léčby může být velmi přínosné, bychom měli opustit.

Polypragmazie z pohledu farmakologa

PharmDr. Milan Juhás^{1,2}

¹Oddělení klinické farmacie, Nemocniční lékárna, FN u sv. Anny v Brně

²Farmakologický ústav LF MU, Brno

So zvyšujúcim sa počtom podávaných liečiv sa zvyšuje pravdepodobnosť nežiadúceho účinku, ktorý vyplýva zo vzájomnej „drug-drug“ interakcie (1). Vekom podmienené zmeny vnútorného prostredia (klesajúci podiel vody, pokles glomerulárnej kapacity obličiek a pečene, klesajúci podiel celkovej bielkoviny a albumínu pri malnutrii atď.) toto riziko umocňujú a majú negatívny vplyv na kvalitu života chronicky chorého pacienta (2). Výskyt nežiadúcich účinkov je stúpa u liečiv s úzkym terapeutickým oknom, u liečiv s nevýhodnými farmakokinetickými vlastnosťami (veľký distribučný objem, dlhý biologický poločas, potenciál ku kumulácii liečiva) a ich vzájomným ovplyvnením eliminačných ciest v zmysle indukcie/inhibície cytochrómu p450 v hepatocytoch. Výsledkom je nárast nákladov na zdravotnú starostlivosť, zvýšenie frekvencie hospitalizácií prípadne ich predĺženie, zníženie compliance k navrhutej liečbe, progresia základných diagnóz a celkovo zhoršenie prognózy chorého (3).

LITERATURA

1. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. Am J Geriatr Pharmacother. 2007; 5(4): 345.
2. Tinetti ME, Bogardus ST, Agostini JV. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. N Eng J Med. 2004; 351(27): 2870–2874.
3. Mugosa S, Todorovic Z, Sahman-Zaimovic M. Adverse drug reactions.

Specifika farmakoterapie ve stáří, léčiva nevhodná ve stáří

MUDr. Dana Prudius

Klinika interní, geriatric a praktického lékařství, FN Brno

S polyfarmakoterapií ve stáří se setkáváme velmi často, zvláště v pozdním stáří nad 75 let věku. Polyfarmakoterapie bývá obvykle spojena s polymorbiditou, u níž lékaři často musejí hledat kompromisy ve snaze vyjít vstříc předepsaným guidelines. U starších multimorbidních pacientů se proto setkáváme s předpisem ≥ 5 léků současně, eventuálně i s extrémní polyfarmakoterapií (≥ 10 léků). Takováto medikace je riziková jak pro potenciální vznik nežádoucích účinků léků, tak pro vzájemné interakce a pokles adherence k léčbě. Její dopad může být tedy jak pozitivní, tak i negativní.

Polypragmazio je definována jako stav, kdy pacient užívá příliš mnoho léčivých přípravků, v nadměrných dávkách nebo příliš dlouhou dobu. Polypragmazio tak může způsobit až exponenciální nárůst rizika vedlejších účinků a lékových interakcí. Dle WHO je toto riziko zvláště vysoké při užívání 6 a více léků současně.

V geriatrickém lékařství hovoříme o tzv. vícerozměrnosti, kterou se specificky vyznačuje. Geriatrického nemocného je třeba vnímat jako bio-psycho-sociální jednotku mnohem intenzivněji než v mladších věkových skupinách. Všechny tyto aspekty se promítají do (poly)morbidity pacienta, do (poly)farmakoterapie a především pak do účinnosti podávané léčby a jejích vedlejších efektů.

V současnosti je výhodou, že lékař může volit díky široké paletě léků prakticky léčbu nemocnému „na míru“. Tyto možnosti však s sebou také nesou některá úskalí. Kladou velké nároky na odbornou zdatnost lékaře, orientaci ve velké škále léčiv a také podrobné znalosti jejich možností a potenciálních rizik. Toto úsilí může vést ve svém důsledku k odůvodnělé farmakoterapii, která je limitována compliance nemocného a narůstajícími náklady.

Závěrem lze říci, že základním požadavkem ve farmakoterapii ve stáří by měla být jednoduchost, účelnost a účinnost. Starší nemocní představují obecně vulnerabilní jednotku, u níž se zužuje terapeutické rozmezí, dochází k poklesu compliance, stoupá interindividuální variabilita účinku léku a roste riziko lékových interakcí.

Proto je nutné věnovat pozornost zejména následujícím skutečnostem:

- Farmakologická anamnéza
- Stanovovat předem cíle farmakoterapie
- Předpis léků v jasně daných a odůvodněných indikacích
- Předepisovat jednoduchá dávkovací schémata
- Začínat malými dávkami s postupným navyšováním dávky, se zvýšením dávky je doporučeno počkat alespoň po dobu tří biologických poločasů
- Aktivně vyhledávat výskyt vedlejších účinků léků

Snížení nadměrné polypragmazio znamená pro pacienta, lékaře i společnost výhody jak pro pacientovo zdraví, zlepšení adherence k léčbě a zvýšení compliance, tak v poklesu lékových výdajů.

Rizika farmakoterapie ve stáří, realita praxe

prof. MUDr. Hana Matějovská Kubešová, CSc.

Klinika interní, geriatric a praktického lékařství FN Brno

Stoupající počet chorob, pro které je starší nemocný léčen, znamená i stoupající počet užívaných medikamentů. Na tento fakt je nutno nahlížet nejen z hlediska patofyziologických změn farmakokinetiky a farmakodynamiky přinášených stárnutím, ale z pohledu celostního. V rovině technické může vést snížení citivosti, zhoršení jemné motoriky a také zhoršení zraku v kontrastu k významnému snížení faktické dostupnosti léků, pokud tento stav není včas zachycen a kompenzován asistencí. Dalším rizikovým momentem je nastupující porucha kognitivních funkcí s následným vznikem chyb v užívání medikace a nezdůvěry s nutností hospitalizace pro „nejasné“ zhoršení zdravotního stavu. Problematické jsou i poměry na lékovém trhu – časté změny dodavatele stejného generika pod jiným názvem a v krabičce odlišného designu, na druhé straně stejné barevné provedení krabiček u různých medikamentů stejného výrobce. Sdělení bude doplněno třemi charakteristickými kazuistikami.

Hepatitida typu C a HIV – aktuální virová onemocnění

čtvrtek / 26. dubna 2018 / 10.55–11.40 hod.

Testování a časný záchyt infekce HIV

MUDr. Alena Zjevíková, Ph.D.

Klinika infekčního lékařství, FN Ostrava

Možnosti testování na HIV na Olomoucku:

Poradna České společnosti AIDS pomoc – pobočka Olomouc

Dům světla v regionu. Poradna je ve spolupráci se Zdravotním ústavem se sídlem v Ostravě.

Adresa: Budova KHS, Wolkerova 74/6, Olomouc.

Testování: PONDĚLÍ a STŘEDA 13:30–16:30, výsledky osobně vždy v pondělí. Bezplatné, anonymní testování.

Výsledek testu se sděluje pouze ústně, není-li vyžadován certifikát do zahraničí.

BIOCHEMICKÁ LABORATOŘ MUDR. POPOTRANDOVSKÁ

Adresa: Třída Svobody 32, Olomouc. Telefon: 585 506 136, e-mail: popotrandovska@polsro.cz

Testování: PONDĚLÍ–ČTVRTEK 07:00–14:00, běžné testování, anonymní testování: 300, – Kč.

K-CENTRUM KRÉDO

Adresa: Temenická 1, Šumperk. Telefon: 583 550 235, e-mail: k-centrum@pontis.cz

Testování po předchozí telefonické domluvě. Služby jsou určeny pro uživatele návykových látek.

KONTAKTNÍ CENTRUM PROSTĚJOV

Adresa: Vrahovická 83, Prostějov. Telefon: 776 654 685, e-mail: kcentrum.pv@podaneruce.cz

Testování po předchozí telefonické domluvě. Služby jsou určeny pro uživatele návykových látek.

KONTAKTNÍ CENTRUM KAPPA HELP (Služby jsou určeny pro uživatele návykových látek a klienty OSPOD)

Adresa: Kojetínská 11, 750 01 Přerov. Telefon: 773 821 001, e-mail: office@kappa-help.cz

Otevírací doba přímo pro testování: PONDĚLÍ 17:00–18:00, STŘEDA a PÁTEK 08:00–10:00.

Otevírací doba pro objednání testu: PONDĚLÍ až ČTVRTEK 10:00–18:00, PÁTEK 10:00–16:00.

KONTAKTNÍ CENTRUM V OLOMOUCI (Služby jsou určeny pro uživatele návykových látek)

Adresa: Sokolská 48, 779 00 Olomouc. Telefon: 778 411 689, e-mail: kcentrum.ol@podaneruce.cz

Otevírací doba: PONDĚLÍ–ČTVRTEK 9:00–12:00, 13:00–16:00, PÁTEK 9:00–12:00.

Odběrová místa bez poraden:

Adresa	Telefon	Odběry/testování
Nezvalova 984/2, Olomouc	585 206 211	PO–PÁ 07:00–14:00
Janského 24, Olomouc	585 418 150	PO–PÁ 07:00–11:00
Dlouhá 521/34, Olomouc	734 606 814	PO–PÁ 07:00–10:00
Olomoucká 87, Lutín	585 652 586	PO–PÁ 07:00–15:00
Horní lán 1310/10A, Olomouc	734 606 805	PO–PÁ 07:00–11:00
Palackého 626/3, Olomouc	737 170 369	PO–PÁ 07:00–11:00
Polikl. Mathonova 10, Prostějov	582 315 111	PO–PÁ 07:00–15:30
Vodní 25, Prostějov	731 621 176	PO–PÁ 07:00–13:30
Zborovská 1245, Hranice	581 679 385	PO, ST–PÁ 08:00–10:00
Nemocnice Hranice, infekční odd.		
Lipovská 371/103, Jeseník	584 413 935	PO, ST, PÁ 07:00–14:00
Jesenická Nemocnice, Hematologické odd.		
Hornoměstská 549/16, Rýmařov	554 253 521	PO–PÁ 06:00–09:30
Nemocnice Nerudova 640/41, Šumperk		
Centrální laboratoře	583 332 955	PO–PÁ 06:30–14:30

HIV je:

NOVÝ POHLED NA ÚSPĚŠNOU LÉČBU

Dosažení a udržení nulové virové nálože je požadavkem a předpokladem účinné léčby. Úspěšná léčba HIV však dnes znamená více¹. Je třeba zvážit dopad HIV infekce a její léčby na zdraví pacientů. Úzká spolupráce s pacienty vede k zlepšení jejich zdraví a významně ovlivňuje kvalitu budoucího života s infekcí.



Více informací najdete na
www.goingbeyondundetectable.eu

Reference: 1. EACS Guidelines. Version 9.0 - October 2017. Dostupné na:
<http://www.eacsociety.org/guidelines/eacs-guidelines/eacs-guidelines.html>.

GILEAD Sciences s.r.o.

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

Virové hepatitidy, prevence a léčba**MUDr. Květoslava Aiglová, Ph.D.**

II. interní klinika – gastro-enterologická a hepatologická, LF UP a FN Olomouc

Mezi virovými hepatitidami podstatné místo zaujímá hepatitida C, která probíhá převážně chronicky a směřuje k jaterní cirhóze a hepatocelulárnímu karcinomu. Komplexní péče o nemocné s virovými hepatitidami včetně hepatitidy C začíná včasným zachytem onemocnění. Jde především o vyšetření markerů infekce, anti HCV protilátek u nemocných z epidemiologicky rizikových skupin, u nemocných se zvýšenou aktivitou aminotranferáz, změnami jaterního parenchymu. Jedině takto můžeme nemocné s chronickou hepatitidou C zavčas léčit a předejít tak progresi jaterní fibrózy, vzniku cirhózy a vzniku hepatocelulárního karcinomu. K tomuto cíli směřuje i současná kampaň „Krátký test pro dlouhý život.“ Několik jednoduchých dotazů pomůže nemocným na cestě k odborné pomoci. Současná terapie chronické hepatitidy C spočívá v užití bezinterferonové léčby, trvá 8–16 týdnů, s téměř 100% perspektivou vyléčení.

Kardiologie

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

čtvrtek / 26. dubna 2018 / 11.40–12.45 hod.

Epidemiologický průřezový průzkum LIPI control**MUDr. Ivan Řiháček, Ph.D.**

II. interní klinika FN u svaté Anny a Masarykova univerzita, Brno

Hypertenze a dyslipidemie jsou nejčastějšími a také jedny z nejzávažnějších rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění. Proto byl na jaře roku 2017 proveden výzkum těchto dvou rizikových faktorů v naší populaci. Výzkum byl podporován firmou Servier a měl kromě jiného tři základní cíle:

- Získání epidemiologických údajů o kontrole arteriální hypertenze a dyslipidemie v České republice.
- Získání aktuálních informací o realitě dosahování cílových hodnot obou parametrů.
- Zmapování výskytu dalších rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění.

Sběr dat byl prováděn v květnu a červnu 2017 v ambulancích praktických lékařů a některých specialistů (interna, kardiologie). V průběhu 5 týdnů bylo v jednom centru vyšetřeno deset po sobě jdoucích jedinců starších 18 let s diagnózou hypertenze a dyslipidemie.

Statisticky byly zpracovány demografické údaje, rodinná anamnéza a zjištěny další rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění (kouření, cukrovka a přítomnost manifestní aterosklerózy). Vyšetřeným byl změřen krevní tlak (TK), body mass index (BMI), obvod pasu, posouzeny hodnoty LDL cholesterolu a albuminurie. Byl zjištěn počet tablet a druh užívané medikace v léčbě obou diagnóz.

Soubor a demografické údaje

Celkem bylo vyšetřeno 3 387 nemocných, 54 % muži, 46 % ženy, průměrný věk 66 roků, průměrná doba trvání hypertenze 11 roků a dyslipidemie 8 roků.

Výsledky

Průměrná hodnota TK $138 \pm 14/81 \pm 9$ mmHg, LDL cholesterolu $3,07 \pm 1,07$ mmol/l, BMI 30 ± 5 , obvod pasu muži 104 ± 13 cm, ženy 96 ± 15 cm.

Pozitivní albuminurie u 6 %, kouření u 25 %, cukrovka u 36 %, z toho první typ u 3 %, přítomnost manifestní aterosklerózy u 33 % (18 % ischemická choroba srdeční, 7 % cévní onemocnění mozku, 8 % jiné onemocnění).

Průměrný počet tablet v léčbě obou diagnóz 2 tablety u 36 %, 3 tablety u 31 %, 2–4 tablety užívalo 82 % dotázaných.



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 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 dihydropryridinu, 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 fertilní 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 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 ($> 5 \times$ 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, 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, klaritromycin, delavirdin, siprentol, 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 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. **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 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 látky, léčbu alopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů a pacienti mají být poučeni, aby hlásili jakékoli známky infekce (např. bolest v krku, horečku). **Rasa:** perindopril může být méně účinný na snížení krevního tlaku a může vést k vyššímu výskytu angioedému u černošských pacientů ve srovnání s jinými rasami. **Kašel:** ustupuje po ukončení léčby. **Operace/anestezie:** léčba by měla být přerušena jeden den před výkonem. **Hyperkalemie:** pravidelné monitorování sérových koncentrací draslíku u renální insuficience, zhoršené renální funkce, věku (> 70 let), diabetu mellitus, dehydratace, akutní střední dekompenzace, metabolické acidózy a u současného užívání diuretik šetřících draslík a draslíkových doplňků nebo náhrad soli 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. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. **Dědičné problémy s intolerancí galaktosy, vrozený nedostatek laktázy nebo malabsorpce glukosy a galaktosy:** přípravek by neměl být užíván. **INTERAKCE:** **Kontraindikace:** Aliskiren, mimotělní léčba**, sakubitril/valsartan**. **Nedoporučovaná kombinace:** Silné inhibitory CYP3A4, současná léčba ACE inhibítorem a blokátorem receptoru angiotensinu, estramustin, lithium, kotrimoxazol (trimethoprim-sulfamethoxazol)***, draslík-šetřící diuretika (např. triamteren, amilorid, eplerenon, spironolakton), soli draslíku, dantrolen (infuze), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** Induktory a středně silné inhibitory CYP3A4, digoxin, ezetimib, kyselina fusidová, gemfibrozil / deriváty kyseliny fibrové, inhibitory transportních proteinů, warfarin, antiplatekta (inzulín, perorální antiplatekta), 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, 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 spermatozoj. **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, závrat, 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 hlavy 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 kreatinofosfokinázy v krvi. **Méně časté:** rinidita, eozinofilie, hypoglykemie, hypernatremie, 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 nálezy leukocytů v moči, snížení tělesné hmotnosti, pád. **Vzácné:** trombocytopenie, stavy zmatenosti, periferní neuropatie, cholestatická, zhoršená psoriáza, 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 antagonistů 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:** Krabička obsahuje 10 (pouze pro silu 10/5/5 mg), 30, 90 (3 obaly na tablety po 30 tabletech) 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: 58/429/15-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:** 26. 1. 2018. 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 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



Věk diagnózy hypertenze byl nejčastěji v rozmezí 40–60 roků, v 65 %, věk diagnózy dyslipidemie byl nejčastěji v rozmezí 50–70 roků, v 65 %.

Ve farmakoterapii hypertenze byly nejčastěji užívány inhibitory angiotenzin-konvertázy 78 % (z toho 60 % ve fixní kombinaci), blokátory kalciových kanálů 70 % (z toho 60 % ve fixní kombinaci), diuretika 40 % (z toho 51 % ve fixní kombinaci), betablokátory 35 % (z toho 2 % ve fixní kombinaci), sartany 15 % (z toho 47 % ve fixní kombinaci), centrální léky užívalo 9 %, všechny v monoterapii.

Ve farmakoterapii dyslipidemie byly nejčastěji užívány monokomponentní statiny v 87 %, z toho 83 % dotázaných užívalo statin večer. Z jednotlivých statinů byly užívány atorvastatin v 69 %, rosuvastatin v 25 %, simvastatin v 5 % a fluvastatin v 1 %.

Nejčastější denní dávky nejvíce užívaných statinů byly u atorvastatinu 10 mg u 29 %, 20 mg u 63 %, 40 mg u 7 % a 80 mg u 1 %, u rosuvastatinu 10 mg u 48 %, 20 mg u 42 %, 40 mg u 5 %.

Cílových hodnot TK pod 140 mmHg bylo v celé populaci dosaženo u 52 %, pod 90 mmHg u 78 % osob. TK pod 160 mmHg bylo dosaženo v 91 %, pod 100 mmHg v 95 %.

Cílových hodnot LDL cholesterolu pod 3,0 mmol/l bylo v celé populaci dosaženo u 52 %.

U diabetiků (velmi vysoké kardiovaskulární riziko) bylo dosaženo cílových hodnot TK pod 140/90 mmHg u 47 %, pod 130/85 mmHg u 35 % osob. Cílové hodnoty LDL cholesterolu pod 1,8 mmol/l dosáhlo 14 % a pod 2,5 mmol/l 42 %. Oba parametry mělo pod kontrolou pouze 8 % nemocných.

U pacientů s manifestní aterosklerózou (velmi vysoké kardiovaskulární riziko) bylo dosaženo cílových hodnot tlaku pod 140/90 mmHg u 50 %, pod 130/85 mmHg u 36 % osob. Cílové hodnoty LDL cholesterolu pod 1,8 mmol/l dosáhlo 14 % a pod 2,5 mmol/l 42 %. Oba parametry mělo pod kontrolou také pouze 8 % nemocných.

Závěry

V populaci České republiky průměrného věku 66 roků léčených pro hypertenzi a dyslipidemii je vysoké procento osob vysokým a velmi vysokým kardiovaskulárním rizikem (36 % diabetiků, 25 % kuřáků a 33 % nemocných s manifestní aterosklerózou).

V celé populaci dosáhlo cílových hodnot TK pod 140/90 mmHg 48 % osob a LDL cholesterol pod 3,0 mmol/l mělo 52 % osob. 28 % nemělo kontrolován ani jeden z výše uvedených parametrů.

U vysoce rizikových jedinců (cukrovka, manifestní ateroskleróza) dosahovalo cílových hodnot TK pod 140/90 mmHg 47 respektive 50 % vyšetřených, cílových hodnot LDL cholesterolu pod 1,8 mmol/l jen 14 % vyšetřených. Cílových hodnot obou parametrů dosahovalo pouze 8 % jedinců v obou sledovaných skupinách.

Ve studii bylo prokázáno výrazné poddávkování léčby statiny a nedostatečné využití fixních kombinací v léčbě hypertenze.

V současné době lze využít fixních kombinací v léčbě obou onemocnění.

Onkologie – prevence a screening

garantka MUDr. Katarína Petráková, Ph.D.

čtvrtek / 26. dubna 2018 / 13.30–14.45 hod.

Prevence a screening kolorektálního karcinomu

MUDr. Jiří Tomášek, Ph.D., MUDr. Jana Halámková, Ph.D., MUDr. Milena Šachlová, Ph.D.

Klinika komplexní onkologické péče, Masarykův onkologický ústav, Brno

Kolorektální karcinom (KRK) patří v České republice mezi nádory s nejvyšší incidencí. Mezi dobře ovlivnitelné prokázané rizikové faktory kolorektálního karcinomu patří obezita, nízká fyzická aktivita, nepřiměřený příjem červeného masa, živočišných tuků a uzenin, nestřídmé pití alkoholu a kouření. S vyšším rizikem je spojován nízký příjem vlákniny ve stravě. Rizikové pro vznik onemocnění jsou ade-

nomové polypy, proto je vždy nutné všechny polypy odstraňovat. Významné jsou hereditární faktory, vyšší riziko je v případě výskytu KRK v pokrevním příbuzenstvu 1. stupně, tedy u rodičů, sourozenců nebo dětí. Genetická porucha může být takového charakteru, že je vznik karcinomu téměř jistý. Typickým příkladem je familiární adenomatózní polypóza (FAP), která se projevuje výskytem mnoha stovek polypů v tlustém střevě a konečníku. Druhým příkladem je Lynchův syndrom (hereditární ne-polypózní karcinom – HNPCC). Nebezpečí vzniku KRK zvyšují chronická zánětlivá onemocnění střeva (ulcerózní kolitida a Crohnova nemoc), prodělaná radioterapie na oblast dutiny břišní pro malignitu. V dospělosti se zvyšuje riziko karcinomu rekta po radioterapii pro karcinom prostaty.

Screening kolorektálního karcinomu je určen pro asymptomatické jedince bez hereditární zátěže. Ve věku od 50 do 54 let 1x ročně test na okultní krvácení. V případě positivity testu je indikovaná kolonoskopie. V 55 letech je možnost volby a to buď opakovaně vyšetřovat test na okultní krvácení 1x za 2 roky (dvouetapový program) nebo přímo zvolit kolonoskopii (jednoetapový program). Při negativním kolonoskopickém nálezu je další preventivní vyšetření hrazené zdravotní pojišťovnou za 10 let. Pokud se naleznou a odstraní polypy se záchytem prekancerózních lezí, je pacient dle nálezu dispenzarizován. Zvýšené riziko rekurence je při nálezu pokročilého adenomu nebo více než 3 adenomů nebo věku nad 60 let. V ČR je do screeningu zapojeno přibližně 170 endoskopických pracovišť, jejich seznam najdete na webových stránkách www.kolorektum.cz.

Nejčastější chyby:

- Do screeningu jsou zahrnováni symptomatictí pacienti, kteří mají např. váhový úbytek, anémii, nebo pacient sám viděl krev ve stolici.
- Ke screeningové kolonoskopii jsou odesíláni pacienti s výskytem kolorektálního karcinomu v přímé linii. Tito pacienti by měli projít genetickou konzultací, při zjištění genetického rizika jsou vyšetřováni intenzivněji.
- Opakované vyšetřování pacientů s pozitivním testem na okultní krvácení, kteří mají opakovaně negativní kolonoskopii.

Prevence a screening karcinomu prostaty

MUDr. Milan Král, Ph.D.

Urologická klinika, LF UP a FN Olomouc

V průběhu posledních desetiletí evidujeme u karcinomu prostaty rostoucí incidenci. Na tomto faktu se podílí zvýšená aktivita lékařské obce a dále zvýšená informovanost pacientů o potenciálním riziku postižení karcinomem prostaty. Oproti jiným onkologickým diagnózám (karcinom prsu, kolorekta) se u prostaty široce diskutuje význam skríninkových programů. U karcinomu prostaty byla provedena řada multicentrických projektů posuzujících vliv skríninku na snížení mortality na karcinom. Z těch nejvýznamnějších pak jmenujme evropskou studii ERSPC, dále pak studii PLCO vedenou v USA, doporučení Americké urologické asociace, doporučení US Preventive Services Task Force (USPSTF) a další. Výsledky jsou však diskrepantní a na podkladě těchto závěrů se nedoporučuje provádět skrínink plošný, ale tzv. oportunní. Ten spočívá ve vyšetřování mužů v rizikovém věku (tj. 50–70 let, s dolní hranicí 45 let u mužů s pozitivní rodinnou anamnézou pro KP, nebo pacientů do 75 let, přičemž tito muži by měli mít očekávané dožití 10–15 let). Pacienti indikovaní k vyšetření PSA by měli být informováni o benefitech případné léčby, ale současně i o negativních dopadech plynoucích ze stanovení diagnózy karcinomu prostaty. Studium významně heterogenních forem karcinomů prostaty a jejich biologických potenciálů prokázalo, že detekce všech karcinomů prostaty v populaci mužů by vedla k tzv. nadměrné léčbě („overtreatment“), ale nevedla by ke snížení mortality, resp. za cenu neadekvátního navýšení spotřeby zdravotní péče. Účelem skríninkových programů je zvýšit detekci zejména tzv. středně a vysoce rizikových karcinomů prostaty, neboť právě tito pacienti nejvíce profitují ze včasného odhalení nemoci a zahájení aktivní léčby (tj. radikální prostatektomie či radioterapie).

Prevence a screening karcinomu prsu

MUDr. Katarína Petráková, Ph.D.

Klinika komplexní onkologické péče, Masarykův onkologický ústav, Brno

Karcinom prsu je nejčastější malignitou žen nejenom v České republice, ale ve většině vyspělých zemí. Incidence karcinomu prsu (počet nových případů na 100 000 osob) má stále stoupající tendenci při klesající mortalitě (počet úmrtí na diagnózu na 100 000 osob), což znamená, že stoupá prevalence onemocnění (počet žijících osob s karcinomem prsu). K hlavním možnostem ovlivnění incidence a mortality patří kromě účinné léčby i prevence, a to primární, sekundární a „follow up“ (sledování pacientů po skončení léčby).

Primární prevencí se myslí redukce všech možných známých rizikových faktorů a jejím cílem je snížení incidence karcinomu prsu v populaci. K známým rizikovým faktorům patří předchozí léčba ionizujícím zářením na oblast hrudníku (např. pacientky po léčbě pro Morbus Hodgkin), časný nástup menarche (před 12. rokem života) a pozdní nástup menopauzy (po 50. roku života), vyšší věk prvního těhotenství (po 35. roku života), premaligní změny v prsu (hyperplazie s atypiiemi), hormonální substituční léčba (kombinovaná substituce estrogen + gestagen), strava s vyšším obsahem kalorií, vyšší příjem alkoholu (více než jeden alkoholický nápoj denně) a nedostatek aerobního pohybu (3 až 5 hodin aerobního cvičení denně může snížit riziko vzniku karcinomu prsu).

Sekundární prevencí se myslí časně odhalení karcinomu prsu, tedy screening. Jeho cílem je snížení mortality screenované populace. Zavedení screeningu předpokládá snížení úmrtnosti ve screenované populaci o 20 %. Základním diagnostickým vyšetřením je mamografie (MG), která je při mamárním screeningu nezastupitelná. Mamografické vyšetření je doporučeno v rámci screeningu karcinomu prsu u žen od věku 45 let jednou za 2 roky. Její přínos se snižuje u žen s denzní žlázou (dense breast). Ultrazvukové vyšetření prsu je indikováno u žen mladých, těhotných a kojících, dále jako doplňující metoda k mamografickému vyšetření u denzní žlázy a při nejednoznačných nálezech. Magnetická rezonance (MR) je součástí rutinního vyšetření u žen s vysokým rizikem karcinomu prsu. K vyloučení vzdálených metastáz v době diagnózy se zpravidla doplňuje UZ jater a RTG plic. Účinnost screeningu v ČR lze doložit i vzestupem časných stadií karcinomu prsu (stadium I a II) od zavedení screeningu.

Follow up pacientů je důležitou součástí péče o pacienty. Cílem je časný záchyt lokální recidivy karcinomu prsu a druhostranného karcinomu prsu a event. došetření potíží pacienta, které by mohly souviset s relapsem onemocnění. Základním vyšetřením při sledování pacientek po léčbě karcinomu prsu je klinické vyšetření v intervalu 4–6 měsíců podle rizika relapsu prvních pět let. Mamografické vyšetření se provádí po 12 měsících prvních 10 let. Jiná pravidelná vyšetření jako je UZ jater, RTG plic, nebo scintigrafie skeletu nejsou rutinně prováděna.

Problémem české onkologie je rostoucí prevalence pacientek s karcinomem prsu (4 až 5 % ročně). Odhad prevalence na rok 2018 je 9,1468 žen. Podle nové „Koncepce organizace onkologické péče“, která je ukotvena ve Věstníku MZ ČR, XIII/2017, je nutné péči o tyto pacientky organizovat ve spolupráci jednotlivých KOC (Komplexní onkologické centrum), kterých je v ČR celkem 15, příslušných ROC (regionální onkologické centrum) v kraji a spolupráci s praktickými lékaři.

Aktuality do Vaší ordinace

čtvrtek / 26. dubna 2018 / 14.45–16.00 hod.

Rozpoznejte depresi

MUDr. Marta Holanová

Psychiatrická ambulance, Brno

Téma deprese je mezi praktickými lékaři natolik opakované, že hovořit o něm se může jevit nadbytečné. Opravdu tomu tak není. Poruchy nálad tvoří většinu klientely ambulantních psychiatrů,

kteří zejména řeší deprese rezistentní na léčbu. Praktičtí lékaři se s depresivními stavy setkávají ještě mnohem častěji. Klasické „pozor, deprese!“, když je pacient depresivní, nejhůře je mu ráno a nejlépe večer, a když se předčasně probouzí, není v běžné lékařské praxi jediné vodítko pro indikaci k nasazení antidepresivní léčby.

Nové poznatky o neurobiologii depresivního onemocnění svědčí o souběhu psychických a somatických poruch. Častá a klinicky relevantní komorbidita se somatickými poruchami a bolestivými symptomy negativně ovlivňuje průběh a výsledné stavy depresivního onemocnění. V terapii bolestivých stavů se uplatňují antidepresiva. Prolongované vysoké hladiny glukokortikoidů mohou poškodit hipokampální neurony a antidepresiva mohou pozitivně ovlivnit neurogenezi.

Jaké jsou nové indikace antidepresiv při léčbě neuropsychiatrických a somatických poruch? Nespavost, bolesti, tlumení impulzivity a agitovanosti, chronické bolesti, enuréza, dráždivý tračník, močová inkontinence, vasomotorické příznaky v klimakteriu, redukce hmotnosti a sekundární depresivní poruchy při IM a CMP, DM, hormonální poruchy, epi- a další neurologické poruchy včetně demence.

Problémem jsou nežádoucí účinky antidepresiv. U SSRI je to serotoninový syndrom (až 14 %), po příliš vysokých dávkách ev. v kombinacích léků (tramadol, nesteroidní antirevmatika) = nauzea, zvracení, průjem, třes, tachykardie, poruchy řeči, poruchy koordinace, myoklonus, ztuhlost, tachykardie, hypertenze, pocení, mydriaza, manie, zmatenost, epiparoxysmus, úzkost, krvácení do GIT. Také ale oploštělé prožívání a přibírání na hmotnosti. U mirtazapinu je to úporná zácpa, sucho v ústech, ospalost, zvýšená chuť k jídlu, zvýšení hmotnosti a sexuální dysfunkce.

Alternativou volby antidepresivní léčby je starý známý trazodon, který prokazuje rychlý antidepresivní nástup účinku, který je srovnatelný s SSRI i tricyklickými antidepresivy, navíc je bezpečný. Taktéž má zřetelný anxiolytický efekt, lze ho tedy použít v monoterapii úzkosti, odvykání od alkoholu i jiných návykových látek. Jeho hypnotický potenciál zkracuje usínání a prodlužuje spánek, má tedy vynikající efekt u všech poruch spánku. Na trazodon je potřeba myslet při léčbě depresí různé etiologie a úzkostných stavů, provázených poruchami spánku a sexuální dysfunkcí neorganického původu. Trazodon je bezpečný a účinný, navíc je pro praktické lékaře dostupný bez preskripčního omezení. Při jeho podávání je třeba myslet na to, že nejprve podáme malou dávku 1x denně večer po jídle (obvykle 25 mg), kterou můžeme pozvolna zvyšovat. Při dávkách nad 150 mg se doporučuje dávku rozdělit na denní a večerní. V malé dávce na noc působí trazodon i jako nenávykové hypnotikum.

IBS – syndrom dráždivého tračníku

MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.

Klinické a výzkumné centrum pro zánětlivá střevní onemocnění ISCARE Lighthouse
a 1. LF UK, Praha

Dráždivý tračník je nejčastějším onemocněním tlustého střeva a trávicí trubice vůbec. Patří do skupiny tzv. funkčních kolopatií, jeho prevalence ve vyspělých zemích se pohybuje mezi 10–13 %. Postihuje více ženy než muže a je častěji diagnostikován před 50. rokem života. Podle aktuální Římské klasifikace (Rome IV) je základním symptomem břišní bolest (většinou ve spodní polovině břicha), která se objevuje alespoň jednou týdně v průběhu posledních 3 měsíců a současně splňuje nejméně dvě ze tří kritérií: má vztah k defekaci, je spojena se změnou frekvence stolice, nebo je spojena se změnou její konzistence a vzhledu. Podle převažujícího projevu rozlišujeme 4 formy dráždivého tračníku: zácpovitou, průjemovou, smíšenou a neurčitelnou (neklasifikovatelnou). Dráždivý tračník je onemocněním multifaktoriálním a na jeho vzniku se podílí různou měrou porucha motility tlustého střeva, viscerální hypersenzitivita, zánětlivé změny, poruchy v distribuci a vypuzování střevního plynu, faktory psychické a psychologické a intolerance potravin. Řada studií rovněž prokázala u pacientů s dráždivým tračníkem změny střevního mikrobiomu ve srovnání s běžnou populací. Diagnostika je založena na správně odebrané anamnéze, fyzikálním vyšetření, výsledcích laboratorních testů a v indikovaných případech i výsledku koloskopického vyšetření. Hlavním smyslem je vyloučit onemocnění s podobnou, či identickou symptomatologií – celiakii, idiopatické střevní

záněty, mikroskopickou kolitidu, potravinovou intoleranci, divertikulární chorobu a v neposlední řadě též kolorektální karcinom. Léčba dráždivého tračníku je obtížná a zpravidla dlouhodobá. Jejím základem je terapeutický pohovor a vysvětlení benigní povahy obtíží. Vhodná jsou režimová opatření (fyzická aktivita, spánek, omezení stresu) a v některých případech i dieta. Jejím základem je pochopitelně vyloučení špatně tolerovaných potravin, někteří nemocní profitují z diety omezující příjem fermentovatelných oligo-, di- a monosacharidů (tzv. low FODMAP dieta). Medikamentózní terapie je léčbou symptomatickou, jejím cílem je zmírnění či odstranění obtíží. V praxi jsou nejvíce používána antidiarrhoika u průjemové a laxativa u zácpové formy dráždivého tračníku, psychofarmaka, spasmolytika, deflatulencia, střevní adsorbencia a prokinetika – vše v závislosti na typu obtíží a preferenci pacienta. Velmi oblíbenou skupinu tvoří také probiotika, eubiotika, ev. kombinace obou těchto skupin. Léčba dráždivého tračníku je obvykle dlouhodobá, ačkoli u části nemocných obtíže odezní po několika letech léčby a sledování.

Dušnost – od akutní prezentace k dlouhodobé prognóze

garant MUDr. Jiří Votruba

čtvrtek / 26. dubna 2018 / 16.20–18.00 hod.

Pohledem akutní kardiologie

MUDr. Andreas Krüger, Ph.D.

Oddělení akutní kardiologie, Nemocnice Na Homolce, Praha

Dušnost patří mezi nejčastější symptom srdečních a plicních onemocnění. Je definována jako subjektivní pocit nedostatku vzduchu, který je neadekvátní aktuální tělesné aktivitě. Kromě intratorakálních příčin dušnosti bychom měli pátrat i po jiných příčinách extratorakálních, jako je porucha transportu O₂ (anémie, otrava CO), metabolická acidóza s kompenzační hyperventilací (dekompenzovaný diabetes, urémie) či neuromuskulární etiologii.

U akutně vzniklého stavu musíme z pohledu akutní kardiologie vyloučit na prvním místě hlavní příčiny dušnosti, jakou je plicní embolie, levostranné srdeční selhání nebo akutní koronární syndrom. Kromě anamnézy, natočení EKG, laboratorního a fyzikálního vyšetření hrají důležitou roli zobrazovací vyšetření (CT, angiografie, magnetická rezonance) a zvláště echokardiografická diagnostika. Mezi základní parametry, které hodnotíme, patří systolická funkce levé komory. Systolická dysfunkce je jedna z klasických příčin námažové dušnosti. Echokardiografie umožňuje kvantifikovat nejen systolickou funkci, ale i plnění levé komory. Jsme schopni posoudit ložiskové poruchy kinetiky, které bývají typicky u ischemické choroby srdeční. Difúzní porucha kinetiky je častěji u dilatační kardiomyopatie. Echokardiografie pomáhá posoudit také velikosti pravostranných oddílů a posoudit tíži plicní hypertenze, odhalíme tak stavy jako akutní cor pulmonale. Ultrazvuk dále přispívá v diferenciální diagnostice postkapilární plicní hypertenze (chlopňové vady, obstrukce myxomem, recirkulační vady).

U akutních pacientů doplňujeme s výhodou ultrazvuk hrudníku, kde posuzujeme přítomnost pleurálních výpotků, jsme schopni diagnostikovat pneumotorax, plicní kongesci a jiné patologické stavy. Důležitá je také interakce mezi plicemi a srdcem, kdy zatížení plic či těžká infekce může následně demaskovat doposud skrytou patologii srdce jakou je chlopenní vada či ischemická choroba srdeční.

V kazuistice uvádíme příklad pacienta s těžkou pneumokokovou pneumonií, která vedla k akutnímu respiračnímu selhání a následně po zahájení umělé plicní ventilace ke kardiogennímu šoku. Pacient byl na naše pracoviště přijat v šokovém stavu kombinované etiologie – septický a kardiogenní šok. U nemocného jsme zjistili významnou mitrální regurgitaci při prolapsu zadního cípu mitrální chlopně. Při kombinované mechanické podpoře oběhu a zaléčení bilaterální pneumonie došlo

postupně ke stabilizaci nemocného s možností jeho odpojení od mechanické podpory oběhu a následně odvyknutí od umělé plicní ventilace. Kardiochirurgické řešení mitrální vady se tak mohlo oddálit až do doby, kdy byla infekce pod kontrolou.

Závěr: Mezi základní zobrazovací vyšetřovací metody u akutně vzniklé dušnosti patří echokardiografické vyšetření ve spojení s ultrazvukem hrudníku. Výhodou je okamžitá dostupnost tohoto vyšetření na kardiologických jednotkách intenzivní péče a jeho neinvazivita. Septické stavy vedou často ke zvýšeným nárokům na srdeční výdej a mohou tak odhalit doposud skrytá onemocnění srdce.

Pohledem pneumologa

MUDr. Zuzana Šestáková

1. klinika tuberkulózy a respiračních nemocí 1. LF UK a VFN, Praha

Dušnost je jedním z nejdůležitějších symptomů v klinické medicíně. Jedná se o symptom, který nelze zaměňovat za diagnostickou jednotu a je vždy nutno ho vnímat jako výzvu, která má potenciálně kritický výstup pro pacienta. Může signalizovat řadu stavů, které jsou pro další přežití pacienta potenciálně limitující. Proto je v diferenciální diagnostice dušnosti nutno postupovat přesně a algoritmičtě.

Na modelové kazuistice pacienta s dušností ukážeme postupné triážové kroky ve smyslu klinické laboratorní, radiologické a funkční diagnostiky pacienta. Předvedeme základní dělení etiopatologie stavů, které jsou pro plicní diagnostiku typické.

Pohledem invazivního bronchologa

MUDr. Jiří Votruba

1. klinika tuberkulózy a respiračních nemocí 1. LF UK a VFN, Praha

Prezentace se pokusí poukázat na časté i vzácnější příčiny dušnosti způsobené endobronchiálními patologiemi, či endobronchiálním způsobem léčitelné.

Na několika kazuistikách dokumentujeme nejčastější a nejzávažnější objektivní nálezy a předvedeme i jejich endoskopické řešení. Jednoduchým způsobem probereme diferenciální diagnostiku těchto patologií a i jejich léčebné možnosti. Krátce bude prezentována i diagnostika a terapie akutních situací spojených s dušností.

V průběhu prezentace bude probíhat interaktivní kvíz.

Pohledem z ambulance plicní hypertenze

doc. MUDr. Pavel Jansa, Ph.D.

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

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

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

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

bisoprolol fumarát / perindopril arginin

pro dobře vyladěné srdce

1 tableta 1× denně

[#] Cosvrel je u srdiečného selhání indikovaný pouze v dávkách 5 mg bis/5 mg per a 10 mg bis/5 mg per

Zkrácená informace o přípravku COSYREL®

Složení: Cyseryl 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, potažované tablety, obsahují bisoprolol fumarát (bis) 5 mg perindoprilum arginín (per) 5 mg, 5 mg bis/10 mg per, 10 mg bis/5 mg per, 10 mg bis/10 mg per. **Indikace:** Cyseryl 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 Cyseryl 5 mg/5 mg a Cyseryl 10 mg/5 mg) jako substituční léčba u dospělých pacientů adekvátní kontrolou bisoprololem a perindoprilem podáványi 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. Při kombinaci 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; při půlce obsahující 5 mg/5 mg nebo 5 mg/10 mg jednou denně. Je-li nutná změna dávkování, třeba ji 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 tržní dávka za použití jednotlivých složek samostatně. 5 mg/10 mg; $Cl_{cr} \geq 60$; ½ tablety; $Cl_{cr} < 60$; přípravek není vhodný. 10 mg/5 mg; $Cl_{cr} \geq 60$; 1 tableta; $Cl_{cr} < 60$; přípravek není vhodný. 10 mg/10 mg; přípravek není vhodný. **Porucha funkce jater:** není nutná úprava dávkování. **Starší pacienti:** podávání podle renální funkce. **Pediatrická populace:** Bezpečnost a účinnost nebyla stanovena, použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kterooukolipomocnou látku nebo na jiné inhibitory angiotensin-konvertujícího enzymu (ACE); aktuální srdeční selhání nebo probíhající epizody srdeční dekompenzace vyžadující IV inotropní terapii; kardiogenní šok; AV blok druhého nebo třetího stupně (bez pacemakeru); síň sinusyndrom; sinoatriální blok; symptomatická bradykardie; symptomatická hypotenze; zánětlivé bronchiální astma nebo chronická obstrukční plicní nemoc; zánětlivé formy periferní arteriální okluze; onemocnění nebo Raynaudova syndrom; neléčený feochromocytom (viz bod Upozornění); metabolická acidóza; anamnéza angiotensinoreceptorního edému související s předchozí terapií inhibitory ACE; dědičný nebo idiopatický angioedém; typ 2 a 3. trimestr těhotenství (viz body Upozornění). **Těhotenství a kojení:** současně užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetes mellitus nebo s poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) (viz body Upozornění). **Interakce** a Farmakodynamické vlastnosti: současně užívání se sakubitrilem/valsartanem (viz body Upozornění). **Interakce ***:** mimolečivá 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:** Hypotenze: u pacientů s poklesem objemu tělních tekutin, se symptomatickým srdečním selháním se současnou renální insuficiencí nebo bez ní, s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárními chorobami je při zahájení léčby a změně dávky zapotřebí pečlivě monitorování. Náhle hypotenzi odpověď není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou pacienty obvykle užívat bez obtíží, jakmile jim po doplnění objemu stopne krevní tlak. **Hypersenzitivita/angioedém/interakce angioedém:** vysadit a zahájit monitorování až do úplného vymizení symptomů. Léčba betablockery nemusí pokračovat. Angioedém spojený s otokem trhanu může být smrtelný. Současné užívání perindoprilu se sakubitrilem/valsartanem je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Podávání sakubitrilu/valsartanu musí být zahájeno do 36 hodin po ústní poslední dávce perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčba perindoprilem musí být zahájena do 36 hodin po poslední poslední dávce sakubitrilu/valsartanu (viz body Kontraindikace a Interakce). Současné užívání s jinými inhibitory NEP (např. rasekardolil) a inhibitory ACE může zvýšit riziko angioedému. Před zahájením léčby inhibitory NEP (např. rasekardolil) u pacientů užívajících perindopril je proto nutně předchodit přínosu a rizika. Pacienti souběžně užívající terapii inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) mohou mít zvýšené riziko angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka s poruchou dýchání nebo bez ní). **Selhání jater:** významně 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 způsobí vyšší procento angioedému ve srovnání s jinými rasami. **Neproductivní kábel:** Hyperkalemie: časté monitorování koncentrace draslíku v krvi u pacientů renální insuficiencí, zhoršení renálních funkcí, věk > 70 let, diabetes mellitus, dehydratace, akutní srdeční nedostatečnost, metabolická acidóza a současně užívání draslík-šetřících diuretik, draslíkových doplňků, náhrad solí s obsahem draslíku, léčebných přípravků, které mohou způsobovat vzestup sérových koncentrací draslíku. **Kombinace s lithium, s draslík-šetřícími diuretiky, draslíkovými doplňky nebo náhradami soli obsahující draslík, kalciovými antagonisty, antitrypsinidy třetí a centrální působící antihypertenzivy:** se obecně nedoporučuje. **Duální blokáda systému renin-angiotensin-aldosteron (RAAS):** zvýšení rizika hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). **Duální blokáda RAAS** pomocí kombinovaného užívání inhibitory ACE, blokátory receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se proto nedoporučuje. Pokud je léčba duální blokády považována za nesporně 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:** nasměnit by mělo být provedeno náhle ukončení léčby betablockery. Dávkování má být snižováno postupně pomocí jednotlivých složek, ideálně po dobu dvou týdnů. **Bradykardie:** při poklesu střední 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 chlopy/hypertroftická kardiomyopatie, diabetici, striktní půst:** podávat s opatrností. **Prizmatologická angina:** betablockery 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 renální ledviny může být ke zvýšení sérových koncentrací urey a kreatininu; v případě renovaskulární hypertenze je riziko těžší hypotenze a renální insuficience zvýšeno. **Renovaskulární hypertenze:** Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální ledviny na léčbě inhibitory ACE, je zvýšené riziko zánětlivé reakce a renálního selhání (viz i bod Kontraindikace). **Léčba diuretiky může být restriktivní kardiopatie.** **Tržita 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 1), těžkou poruchou funkce ledvin, těžkou poruchou funkce jater, restriktivní kardiopatie, vzrozným srdečním onemocněním, hemodynamicky signifikantním organickým onemocněním chlopi, infarktem myokardu v předchozích 3 měsících:** nejsou zkušenosti s podáváním. **Anafylaktoidní reakce během afezery nízkodenzitních lipoproteinů (LDL):** vzácná, lze předjetí dočasným vysazením léčby inhibitory ACE před každou afezerou. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** dočasné vysadit léčbu před vysvětlněním. Tyto reakce se znovu objevily po náhodném opětovném vystavení. Bisoprolol může zvýšit senzitivitu vůči alergenům i závažnost anafylaktických reakcí. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anemie:** extrémní opatrnost u pacientů s kolagenovým vaskulárním onemocněním, s imunosupresivní léčbou, léčbou alupovinnou nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů. **Bronchospasmus (bronchiální astma, obstrukční onemocnění dýchacích cest):** souběžné podávání bronchodilatátorů terapie. **Anestezie:** pokud je nutné betablockery vysadit, je třeba to provést postupně a ukončit 48 hodin před anestézií. **Pozorování:** podání po zvracení příjmu a rizika. **Feochromocytom:** podávání bisoprololu vždy s blokátorem alfa-receptorů. **Tyroidtoxykóza:** symptomy mohou být maskovány. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzivní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. **Těhotenství:** zastavit léčbu. V případě nutnosti zahájit alternativní léčbu. **Interakce:** **Kombinace kontraindikovaná:** aliskiren u pacientů s diabetes mellitus nebo poruchou funkce ledvin, mimolečivá léčba; sakubitril/valsartan. **Nedoporučuje se současně užívat:** centrální působící antihypertenziva, např. klonidin a další (methyldopa, moxonidin, rilmenidin); antitrypsinidy třetí (cholin, disopyramid, lidokain, fenytin, flekainid, propafenon); antagonisté kalcia typu verapamilu a v menší míře diltiazem; aliskiren a blokátory receptorů pro angiotenzin II, estramustin, ktrimoxazol (trimethoprim-sulfamethoxazol); draslík šetřící diuretika (triamterin, amilorid), draslík (soli); lithium. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** antiandabie (inzulin, perorální antiandabie); nesteroidní antinfestika (NSAID) včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den; antihypertenziva a vasodilatanta; trikyklická antidepressiva/antipsychotika/anestetika; symptomatizma; antagonisté kalcia; hydroxydiprovodného typu (felodipin, amlodipin); antitrypsinidy třetí II (amiodaron); parasympatometrika; lokální betablockery (např. oční kapky k léčbě glaukomu); digalipin (digalipin, digoxin); diuretika; draslík šetřící diuretika; draslík šetřící diuretika (epeler, spironolakton); rasekardolil; inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus). **Kombinace vyžadující ústřední opatrnost:** melochin, inhibitory monoaminooxidázy (kromě inhibitory MAO-B), glypity (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), zlatu. **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.



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

Při podezření na plicní hypertenzi jako na možnou příčinu obtíží nemocného je nutno nejdříve plicní hypertenzi prokázat nebo vyloučit (echokardiograficky). V případech průkazu plicní hypertenze na echokardiografii je nutno vyloučit její nejčastější příčiny: srdeční onemocnění při echokardiografii, plicní onemocnění spirometricky, lépe při celotělové pletysmografii. Pokud není plicní hypertenze vysvětlitelná srdečním nebo plicním onemocněním, měli by být nemocní směřováni do specializovaných center. Před odesláním nemocného je vhodné doplnit ventilačně-perfuzní scintigrafii plic k vyloučení nebo průkazu stavu po plicní embolii (tabulka 1).

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

1. ECHO

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

2. Vyšetření plicních funkcí, RTG hrudníku

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

3. Ventilačně perfuzní scintigrafie plic

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

4. Vyšetření ve specializovaném centru

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

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

Blok navazující na odborný program

Medicínské spektrum

čtvrtek / 26. dubna 2018 / 18.00–19.00 hod.

Současné možnosti v léčbě neuropatické bolesti

MUDr. Jana Lacová

NEURO-MEDNET, s.r.o., Olomouc

Bolest je stav či pocit spojený s aktuálním nebo potencionálním poškozením živé tkáně organismu. Odhaduje se, že okolo 20% dospělých osob v EU trpí v určitém období života chronickou bolestí. Hlavní zastoupení v ní má i neuropatická bolest, která postihuje jak centrální, tak periferní nervový systém. Mezi nejčastější neuropatie patří diabetická neuropatie (25–50% pacientů) a neuropatické bolesti v onkologii a řada dalších (chron. radikulopatie, herpetické neuralgie, RSM, léze CNS po iktu). Klíčovým vyšetřením neuropatie je nadále klinické vyšetření se stanovením diagnózy. Využíváme i pomocná vyšetření – radiologická CT, MRI a EMG. Terapie u neuropatické bolesti je obtížná, protože bývá rezistentní na základní analgetickou terapii. Mezi současné trendy farmakoterapie neuropatické bolesti podle platných doporučení kromě kompenzace základního onemocnění je třeba užití kombinace léků s různými mechanismy účinku, působící na různých místech v nervovém systému. Zde patří antikonvulziva a antidepresiva, antagonisty Na⁺ kanálů, opioidy, ale i doplňky stravy s antioxidačním účinkem, řadíme zde Neuritogen,

obsahující tři polyfenolické antioxidanty kurkumin, resveratrol a extrakt z *Mangifera indica*, dále vitaminy B2 a B6, lecitin a piperin. Efekt toho preparátu byl prokázán v prospektivní studii u pacientů s diabetickou neuropatií, kdy v tolerabilitě nebyly významné rozdíly a pozitivní efekt byl zaznamenán u obou skupin (PAIN, 2015). V prezentované kazuistice 53letá žena s paresteziemi aker dolních končetin s maximem v oblasti paty vlevo, v osobní anamnéze DM II. typu s prokázanou diabetickou neuropatií dolních končetin, která byla potvrzena EMG vyšetřením, vstupně VAS 7, do medikace gabapentin 600 mg tbl., poté výrazná ranní sedace, snížen na 300 mg a přidán Neuritogen 2x1 tbl., během 1. týdne zmírněna bolest v DKK VAS 5, po 4. týdnech se cítí dobře, bez vedlejších nežádoucích účinků VAS 2.

Závěr: Podáním Neuritogenu v terapii bolesti u diabetické polyneuropatie došlo k zlepšení celkového stavu pacientky, zmírnění bolesti o 70 %, tímto i celkově zlepšena kvalita života. Výhodou terapie Neuritogenem je jeho významná antioxidační vlastnost, podílející se na revitalizaci nervového systému, lecitin díky podobnosti s biologickou membránou (fosfatidylcholin) zlepšuje přenos přes buněčné membrány, extrakt z černého pepře zpomaluje odbourávání aktivních látek např. kurkuminu. To umožňuje nenavyšování chronické analgetické terapie, a tím minimalizuje nežádoucí účinky.

Poruchy spánku v ambulantní praxi

garant MUDr. Martin Pretl, CSc.

pátek / 27. dubna 2018 / 8.30–9.50 hod.

Ovlivňuje kvalita spánku naše zdraví?

MUDr. Martin Pretl, CSc.

INSPAMED, s. r. o., Neurologická ambulance a spánková poradna, Praha

Poruchy spánku a bdění se stávají celospolečenským problémem naší stárnoucí, na váze přibírající a stresem zatížené společnosti. Jejich výskyt v poslední době výrazně narůstá (spánková apnoe vyšší jednotky procent, nespavost desítky procent) a v mnoha případech je ovlivněn naším chováním. Nedostatek spánku nebo jeho nadbytek, který je důsledkem porušené spánkové architektury (poruchy spánku), může významně ovlivňovat náš zdravotní stav a v dlouhodobých důsledcích se může významně podílet i na délce našeho života. Vliv spánkové apnoe na kardiovaskulární aparát, na rozvoj metabolických chorob i na dopravní nehodovost je dostatečně znám, stejně jako vztah nespavosti a psychiatrických chorob. Méně se však zdůrazňuje vliv nekvalitního spánku na kvalitu života. Mezi nejcharakterističtější příznaky poruch spánku a bdění patří neosvěživý spánek, který ovlivňuje denní aktivity (pracovní i mimopracovní) i celkový pocit zdraví. Snížená pracovní výkonnost, riziko nehod, vyšší nemocnost, poruchy nálady, vztahové problémy jsou hlavní důsledky. Samozřejmým řešením je jejich včasná diagnostika a léčba. V některých případech lze toto zvládnout již v první linii (aplikace spánkové hygieny, screening spánkové apnoe), složitější či rozvinuté poruchy je nutné odeslat ke specialistovi. Na prvním místě by však měla stát prevence s ovlivněním vyvolávajících faktorů, které jsou jednak v rukou lékařů, ale též v rukou společnosti i pacientů. Jen tak se podaří zastavit nepříznivé zdravotní i socioekonomické důsledky, vyplývající z poruch spánku.

Je možné zvládnout nespavost v ordinaci praktického lékaře?

Mgr. Veronika Dostálová^{1,2}, MUDr. Martin Pretl, CSc.¹

¹INSPAMED, s. r. o., Neurologická ambulance a spánková poradna, Praha

²Psychiatrická klinika, 1. LF UK a VFN v Praze

Výskyt pacientů trpících chronickými potížemi s nespavostí charakteru psychofyziologické insomnie narůstá. Neschopnost spánek navodit nebo udržet je obvykle doprovázena zvýšenou aktivitou pacientů doprovázenou automatickými nežádoucími myšlenkami spojenými se spánkem. Maladaptivní návyk, kterým se psychofyziologická insomnie v chronické formě stává, je řešitelný

psychofarmakologickou medikací, ale i nemedikamentózní psychoterapeutickou stimulací, o kterou mají pacienti trpící nespavostí stále větší zájem.

Kognitivně behaviorální terapie (KBT) insomnie je psychoterapeutickou metodou upravující nesprávné spánkové návyky pacienta. Cílem terapie je kontrola vnějších stimulů ovlivňujících spánek, zvýšení efektivity spánku úpravou doby strávené v lůžku, restrukturalizace obavných myšlenek udržujících nespavost a komplexní snížení dlouhodobě zvýšené mentální i fyzické aktivity organismu.

S některými z terapeutických technik KBT insomnie je možné pacienta seznámit již v ordinaci praktického lékaře. Pacienty lze poučit o možnosti sledování spánku prostřednictvím spánkového kalendáře, o mechanismu cirkadiální rytmicity, o spánkové restrikci, o spánkové hygieně a o technikách práce s myšlenkami. KBT insomnie je efektivním způsobem řešení nespavosti, který je funkční jak v rámci intervence již rozvinuté nespavosti, tak v rámci prevence rozvoje chronických potíží.

Kolik váží... antibiotika?

pátek / 27. dubna 2018 / 10.20–11.20 hod.

MICKy vs. MISSky

MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.², MUDr. Václava Adámková¹

¹Klinická mikrobiologie a ATB centrum VFN, Praha

a Ústav lékařské mikrobiologie LF UP Olomouc

²Klinika infekčního lékařství 2. LF UK a FN Bulovka, Praha

Obezita, která je spojená s vyšším rizikem infekčních komplikací, je celosvětovým problémem, počet obézních pacientů narůstá téměř geometrickou řadou jak v rozvojových, tak rozvinutých zemích. Světová zdravotnická organizace odhaduje, že 1,4 miliardy dospělých obyvatel planety je obézních. Ačkoliv se prevalence obezity zvyšuje v posledních dekadách, tak farmakokinetické studie jsou stále vyhodnocovány na populaci s ideální tělesnou váhou 70 kg. Bohužel obezita je stále větším problémem i v dětské populaci, kdy přepočtení dávky antibiotika na tělesnou hmotnost může být zavádějící.

Morbidní obezita je spojena s různými patofyziologickými změnami, které zásadně ovlivňují distribuci a clearance antibiotik. Farmakokinetické studie ukazují, že může být zvýšen distribuční objem lipofilních antibiotik a clearance hydrofilních látek u obézních pacientů. Veškeré hydrofilní léky, které jsou eliminovány renálně, mají zvýšenou clearance u obézních pacientů. Na základě těchto údajů je velmi obtížné zajistit a udržet adekvátní koncentraci antibiotika ve vztahu k minimálním inhibičním koncentracím u obézních pacientů.

V příbalových letácích je dávka v přepočtu na kg tělesné hmotnosti a den většinou udávána pouze pro dětské pacienty, resp. jedince s hmotností do 40 kg. Vzhledem k chybějícím validním datům jsou antibiotika u obézních pacientů stále dávkována zcela subjektivně.

Formou interaktivních kazuistik budou prezentovány různé přístupy k volbě a dávkování antibiotik.

Dobrá rada do Vaší ordinace

pátek / 27. dubna 2018 / 11.20–12.30 hod.

Diferenciální diagnostika dušnosti

MUDr. David Ambrož

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

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

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

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

IPF – idiopatická plicní fibróza

MUDr. Vladimíra Lošťáková, Ph.D.

Klinika plicních nemocí a tuberkulózy LF UP a FN Olomouc

Idiopatická plicní fibróza (IPF) **je specifická forma chronické progredující fibrotizující intersticiální pneumonie nejasné etiologie**. Onemocnění postihuje pouze plíce a je spojeno s histopatologickým a/nebo radiologickým obrazem obvyklé intersticiální pneumonie (UIP). Hlavním znakem je progresivní, ireverzibilní fibrózní složka. Onemocnění bylo poprvé popsáno v roce 1892 Williamem Oslerem. V historii bylo onemocnění nejčastěji spojováno s Hamman-Richovým syndromem (dříve akutní forma IPF). Tuto formu v současném názvosloví nahradila Akutní intersticiální pneumonie (AIP) a do obrazu IPF již nepatří.

Pohled na **etiopatogenezi IPF** se v posledních letech mění. Příčina není zcela jasná, předpokládá se patologická odpověď plicní tkáně, způsobená opakovanými mikrotraumaty a nekompletním hojením, která vedou k fibróze. Mezi rizikové faktory patří věk (senescence), kouření, znečištění životního prostředí, gastroezofageální reflux (GERD), virové infekce nebo genetické dispozice.

Prvními **projevy IPF** jsou ponámahová dušnost pacientů (68 %), únava (28 %) a suchý dráždivý kašel (59 %). Při klinickém vyšetření dominuje typický poslechový nález slyšitelný nejlépe při plicních bazích (krepitus) a většina pacientů mívá „paličkovité prsty“.

K diagnostice IPF UIP je nezbytné provést **radiologické vyšetření**. Změny na skiagramu hrudníku mohou být jen diskrétní, avšak HRCT plic většinou prokáže obraz UIP, který je charakterizován přítomností retikulárních opacit, častý je také obraz voštiny, který je obvykle spojen s trakčními bronchiektáziemi. Distribuce změn je typická, tj. bazální a periferní. **Funkční vyšetření plic** prokazuje restriktivní ventilační poruchu, je výrazně snížený transferfaktor (DLCo). Součástí diagnostických postupů je kompletní bronchologické vyšetření. **Bronchoalveolární laváže (BAL)** s vyšetřením bronchoalveolární tekutiny při diagnostice IPF je provedena při diferenciálně diagnostických postupech při vyšetřování intersticiálních plicních procesů (IPP). Součástí vyšetření je i transbronchiální biopsie nebo transbronchiální kryobiopsie, která umožňuje odebrání většího biotického vzorku. Získání vzorku tkáně chirurgicky při videoasistované torakoskopii (VATS) je rizikové, proto je od této metody v poslední době upouštěno především z důvodu rizika exacerbace IPF. Hlavním **histopatologickým znakem je znovu obraz UIP**: jedná se o časově heterogenní vzhled plicní tkáně s obrazem ložisek fibrózy a voštiny, které střídají okrsy méně postižené nebo normální tkáně. K diagnostice IPF zbývá jen vyloučení jiných forem intersticiálních pneumonií, především dalších intersticiálních pneumonií (IIP), systémových nemocí pojiva a IPP spojených s expozicí vlivům prostředí.

Léčba IPF prošla v posledních deseti letech výraznými změnami. U pacientů s IPF nebyl zjištěn efekt léčby protizánětlivými léky (tj. samostatnými systémovými kortikoidy nebo jejich kombinací s imunosupresivy). Studie PANTHER-IPF nepotvrdila efekt léčby trojkombinací perorálních kortikoidů, azathioprinu a NAC na zpomalení poklesu plicních funkcí, naopak prokázala signifikantně vyšší mortalitu ve srovnání s léčbou samotným NAC nebo placebem. Proto byly protizánětlivé léky v léčebném schématu IPF zcela vynechány. Tuto léčbu v současné době nahrazují léky inhibující fibrózu a poškození epitelu (**pirfenidon**, **nintedanib**). Léky kromě jiného snižují rychlost poklesu plicních funkcí u pacientů s IPF.

Nedílnou součástí léčby je i plicní rehabilitace a dlouhodobá domácí **oxygenoterapie**. U pacientů s těžkou IPF zůstává **plicní transplantace** jedinou možnou alternativou, která prodlouží život pacienta. 5leté přežití po transplantaci plic je cca 50–56 %.

Jako příklad je uvedena kazuistika 62letého muže s IPF, který je léčen antifibrotiky.

Revmatologie

garant MUDr. Martina Skácelová, Ph.D.

pátek / 27. dubna 2018 / 13.20–14.40 hod.

Časná diagnostika revmatoidní artritidy

MUDr. Martina Skácelová, Ph.D.

III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická, LF UP a FN Olomouc

Revmatoidní artritida (RA) je chronické autoimunitní zánětlivé onemocnění neznámé etiologie postihující 0,5–1 % dospělé populace, jehož nejčastějším klinickým projevem je symetrická periferní polyartritida. RA vede k destrukci kloubů a k jejich deformitám prostřednictvím poškození šlach a ligament a vznikem erozí chrupavky a kosti. Neléčená revmatoidní artritida, popřípadě těžká léčebně refrakterní forma, vedou ke ztrátě fyzické funkce, nesoběstačnosti, invaliditě a zkrácení života nemocných o 5–10 let. Revmatoidní artritida může mít u části nemocných celou řadu extraartikulárních projevů, které postihují kůži, oči, sliznice, plíce a pleurální dutinu, vzácněji také srdce a ledviny. RA je spojena s vyšším výskytem komorbidit, představuje zejména závažný rizikový faktor předčasného rozvoje aterosklerózy, je spojena s vyšší incidencí infekcí a některých typů malignit, ale i komplikací nasazované léčby (kortikosteroidy, nesteroidní antirevmatika, imunosupresiva, biologické léky). Výskyt onemocnění je prakticky celosvětový s incidencí 10–50/100 000 obyvatel, prevalence je v průměru 0,8 %. Onemocnění začíná nejčastěji ve čtvrté a páté dekádě života, až u 80 % nemocných se choroba projeví mezi 30. a 40. rokem věku, přičemž ženy jsou postiženy 2–4x častěji než muži.

Včasné stanovení diagnózy revmatoidní artritidy má zásadní vliv na její další průběh. Při zachycení choroby v jejím samotném počátku a včasném zahájení adekvátní léčby mají pacienti dlouhodobě lepší výsledky léčby a podstatně lepší prognózu než pacienti, u kterých byla léčba zahájena v pozdějších stádiích choroby. Pokud se podaří zahájit léčbu ve stadiu „velmi časně artritidy“, tj. do 3 měsíců od první ataky otoku kloubu, snižuje se zásadně procento pacientů, u kterých se rozvine chronická destruktivní artritida. Tento interval bývá v literatuře označován jako „window of opportunity“. Jedním z rozhodujících predikčních faktorů dalšího vývoje onemocnění je zahájení adekvátní léčby v tomto poměrně krátkém časovém úseku. Léčba by měla být vedena zkušeným revmatologem, důležitá je však úzká spolupráce s praktickými lékaři, která by měla vést ke zkrácení časové prodlevy před zahájením léčby. Úkolem praktického lékaře není precizní určení správné diagnózy, ale spíše záchyt a urychlené odeslání nemocných s podezřením na revmatoidní artritidu k odbornému vyšetření. V souladu s doporučením Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP by měl praktický lékař k revmatologovi přednostně odeslat nemocného s jasnou artritidou (otok a palpační citlivost) alespoň tří kloubů, s postižením metakarpofalangeálních nebo metatarzofalangeálních kloubů (lze ověřit testem příčného stisku) a s ranní ztuhlostí trvající alespoň 30 minut.

Léčba RA by měla směřovat ke konkrétnímu cíli (princip „treat to target“), kterým je rychlé dosažení a dlouhodobé udržení remise nebo alespoň nízké aktivity onemocnění, a to v intervalu

3–6 měsíců. Základem léčby revmatoidní artritidy jsou choroby modifikující léky, které se dělí na syntetické a biologické DMARDs (Disease modifying antirheumatic drugs). Samotné léčebné schéma je rozděleno do 3 fází, přičemž první fáze je určena pro pacienty s nově diagnostikovaným onemocněním, u kterých se zahajuje léčba. Základním nebiologickým chorobu modifikujícím lékem je methotrexát, který by měl být použit vždy, pokud nejsou k jeho podání kontraindikace. V tom případě je doporučeno léčbu zahájit leflunomidem nebo sulfasalazinem. Současně je doporučeno krátkodobé (3–6 měsíců) nasazení glukokortikoidů. Pokud monoterapie methotrexátem či jiným DMARD selhává, přechází se s léčbou do další fáze, přičemž v případě nepřítomnosti negativních prognostických faktorů lze vyzkoušet jiný DMARD nebo jejich kombinaci. V případě nepříznivé prognózy nebo selhání kombinace DMARDs je indikováno zahájení terapie biologickou terapií. Pokud není na uvedené terapii dosaženo cíle léčby, pak je na místě změna biologického preparátu. V současné době se dostávají na trh tzv. tsDMARDs – „targeted“ syntetické DMARD (tofacitinib, baricitinib), které jsou indikovány po selhání léčby syntetickými nebo biologickými chorobu modifikujícími léky.

Kromě farmakoterapie jsou u pacientů s RA široce využívány i nefarmakologické postupy – zejména rehabilitace a lázeňská léčba a v neposlední řadě i postupy revmatochirurgické.

Časná diagnostika seronegativních spondyloartritid

MUDr. Martin Žurek, Ph.D.

III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická, LF UP a FN Olomouc

Seronegativní spondyloartritidy jsou chronická zánětlivá onemocnění s podobnou patogenezi, která postihují kromě páteřních struktur ve formě sakroilitidy a spondylitidy i periferní klouby. Hlavním místem zánětlivého děje však není kloubní pouzdro (synovitida), ale úpony šlach a vazů (entezitida). Mimokloubní projevy např. při poškození kůže, sliznic, střeva či očí jsou u této skupiny onemocnění časté. Dříve používaná klasifikace byla definovaná podle klinických jednotek: ankylozující spondylitida, psoriatická artritida, reaktivní artritida, enteropatická artritida (artritida při idiopatických střevních zánětech), juvenilní ankylozující spondylitida a tzv. nediferencovaná spondyloartritida. Všechna tato onemocnění zhoršují kvalitu života chronickou bolestí, omezením hybnosti a mohou vést k nevratným strukturálním změnám a trvalé invaliditě. Diagnóza ankylozující spondylitidy byla dlouho založena na tzv. Newyorských kritériích, která vyžadovala přítomnost radiografických známek sakroilitidy a docházelo tak tedy k významnému zpoždění diagnózy a léčby v řádu několika let. V roce 2009 byla skupinou expertů proto vytvořena nová kritéria pro diagnózu spondyloartritid ASAS (Assessment of SpondyloArthritis International). Novější klasifikace podle manifestace onemocnění vyděluje vlastně jen dvě skupiny axiální a periferní spondyloartritidy, které mají také podobnou odezvu na podávanou terapii. V časně diagnostice axiálních forem spondyloartritid je doporučeno zobrazení sakroiliakálního skloubení magnetickou rezonancí. Léčbu první linie u axiálních spondylartritid představují nesteroidní antirevmatika a fyzioterapie, u periferních spondyloartritid lze kromě nesteroidních antirevmatik použít lokální aplikaci glukokortikoidů i klasické syntetické choroby modifikující léky (csDMARDs). Pro pacienty nereagující na konvenční terapii jsou k dispozici biologické choroby modifikující léky (bDMARDs): inhibitory tumoru nekrotizujícího faktoru α (iTNF α) a inhibitory interleukinu 17A (IL-17A) v případě periferní spondyloartritidy s psoriázou i další. Současné výzkumné strategie jsou zaměřeny na testování toho, zda lze dosáhnout remise nemoci případně zabránění rentgenové progresi onemocnění. Základním předpokladem úspěšné léčby těchto onemocnění je však co nejčasnější stanovení diagnózy.

Obrovskobuněčná arteriitida a polymyalgia revmatica

MUDr. Andrea Smržová, Ph.D.

III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická, LF UP a FN Olomouc

Obrovskobuněčná vaskulitida (giantocelulární, Hortonova – GCA) je jednou z nejčastějších vaskulitid. Jedná se o vaskulitidu velkých cév. Vyskytuje se hlavně u seniorů, ve věku pod 50 let se

téměř neobjevuje. GCA postihuje nejčastěji karotické řečiště. Typickým příznakem je nově vzniklá bolest hlavy, někdy mohou být přítomny čelistní klaudikace či jiné atypické bolesti v orofaciální oblasti. GCA je velmi nebezpečná pokud postihne oční tepny a může vést až k oslepnutí. V tomto případě se jedná o urgentní stav. Vzácněji mohou být postiženy i tepny aorty a aortálního oblouku. V laboratoři se setkáváme s vysokou sedimentací a případně i C reaktivním proteinem. Může se také projevit anémií. S výhodou se v diagnostice GCA nyní využívá PET/CT vyšetření.

Častým průvodním příznakem GCA je také polymyalgia rheumatica (PM). PM se projevuje typicky slabostí pletencových svalových skupin. Mohou být přítomny i celkové příznaky jako hubnutí, subfebrilie, celková únava.

Léčebně se v obou případech GCA i PM využívají glukokortikoidy, které při PM mají i diagnostický přínos. Již poměrně nízké dávky glukokortikoidů (prednison 15–20 mg/den) vedou k úpravě klinických potíží i poklesu zánětlivých parametrů v řádu dní. Pokud je v ohrožení zrak, je potřeba podání glukokortikoidů ve vysokých dávkách. Diagnóza GCA i PM je někdy problematická pro nespecifičnost příznaků a širokou diferenciální diagnostiku. Je nutné vyloučit zvláště infekční, autoimunitní či paraneoplastickou etiologii potíží.

Febrilie nejasné etiologie z pohledu revmatologa

MUDr. Eva Lokočová, prof. MUDr. Pavel Horák, CSc., MUDr. Martina Skácelová, Ph.D., MUDr. Andrea Smržová, Ph.D.

III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická, LF UP a FN Olomouc

Febrilie nejasné etiologie (FUO – **F**ever of **U**nknown **O**rigin) představují složitý diagnostický problém pro nejednoho lékaře. Jsou definovány jako opakovaně naměřené zvýšené teploty nad 37,8 °C trvající déle než 3 týdny, kde příčina není objasněna po 3denním vyšetřování za hospitalizace či po 3 ambulantních návštěvách. Nejčastější příčiny FUO patří do tzv. klasické skupiny horeček neznámého původu, kde na prvním místě stojí infekce (infekty močového traktu, prostatitida, sinusitida, endokarditida, CMV, EBV infekce, břišní a pánevní abscesy, TBC, dentální abscesy, osteomyelitida, Whippleova choroba), dále sem patří systémová onemocnění pojiva, malignity a další příčiny jako léková horečka, poruchy termoregulace, poruchy štítné žlázy, komplikace jaterní cirhózy, sarkoidóza, poléková horečka, habituální či předstíraná hypertermie. Nedávno byly definovány ještě další 3 samostatné skupiny febrilií nejasné etiologie, a to jednak tzv. nozokomiální FUO, dále FUO při neutropenii (u imunosuprimovaných osob) a FUO u HIV pozitivních pacientů. V diagnostickém přístupu je zásadní pečlivá anamnéza, z laboratorních vyšetření je většinou nezbytné kromě rutinních krevních odběrů doplnit i sérii kultivačních a sérologických vyšetření, autoprotlátky, kreatinkinázu, laktátdehydrogenázu, elektroforézu bílkovin, quantiferon. Pokud jsou známky postižení určitého orgánu, přistupujeme k biopsii, při nejasné anémii či trombocytopenii je důležitá trepanobiopsie. Kromě standardních zobrazovacích vyšetření, CT či MRI v současné době využíváme PET/CT, které je nezbytné v diagnostice vaskulitidy velkých cév, dále je přínosné v diagnostice maligních onemocnění i detekci zánětlivých ložisek v netypických lokalizacích.

Z pohledu revmatologa u mladších pacientů nejčastěji pomýšlíme na Stillovu chorobu dospělých, pro kterou jsou typické intermitentní horečky s maximem v odpoledních či večerních hodinách, doprovázené charakteristickým prchavým exantémem lososové barvy, bolestí v krku, bývají přítomny projevy artritidy, lymfadenopatie, hepatomegalie, splenomegalie. Jednou z nejčastějších příčin FUO u starších pacientů (obvykle nad 60 let) je revmatická polymyalgie. Projevuje se bolestivostí a ztuhlostí v oblastech ramenních a pánevních pletenců, v laboratorních nálezech nacházíme vysoce elevované zánětlivé parametry. Často se sdrzuje s temporální arteritidou. Subfebrilie či febrilie mohou být jedním z projevů i dalších systémových onemocnění jako jsou systémový lupus erythematodes, myozitidy, antisyntetázový syndrom, ostatní vaskulitidy, často reflektují aktivitu artritidy, mohou být i projevem septických komplikací (septická artritida, osteomyelitida). Různě dlouho trvající, periodicky se opakující horečnaté stavy jsou charakteristické pro autoinflamatorní syndromy.

Složitost problematiky FUO prezentují 3 kazuistiky mladých mužů s velmi obdobnými klinickými obtížemi (febriliemi, váhovým úbytkem, bolestmi svalů, kloubů, se zvýšenými parametry zánětu, anémií, hepatopatií a zvýšenou hodnotou beta2mikroglobulinu), u kterých se po sérii mnoha vyšetření v trvání několika týdnů dospělo k definitivním diagnózám – Stillovy choroby dospělých, Castelmanovy choroby a toxoplazmózy.

Diferenciální diagnostika horeček nejasné etiologie je široká a často velmi komplikovaná. Jednotný vyšetřovací algoritmus nelze jednoznačně stanovit, přístup musí být vždy individuální, napříč mnoha medicínskými obory. Neindikované podání antibiotik glukokortikoidů může vést k přechodnému zlepšení klinického stavu pacienta, ale stanovení definitivní diagnózy se tímto spíše oddálí a zkomplikuje. Jejich podání jako terapeutický pokus lze akceptovat pouze u pacientů v alterovaném stavu.

MEDICÍNA PRO PRAXI

XVI. kongres praktických lékařů v Olomouci

26.–27. dubna
2018

Clarion
Congress
Hotel Olomouc

HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI

Akacia Group, s.r.o.
Akademie klasické homeopatie, spol. s r.o.
Altrevia s.r.o.
Angelini Pharma Česká republika s.r.o.
AOP Orphan Pharmaceuticals AG –
organizační složka
BTL zdravotnická technika, a.s.
ELVA Pharma s.r.o.
FAGRON a.s.
Gilead Sciences s.r.o.
Health communication s.r.o.
KRKA ČR, s.r.o.
M.C.M. Klosterfrau Healthcare s.r.o.

Medi Plus Servis, s.r.o.
Medingo s.r.o.
Merck spol. s r.o.
Oriflame
Pfizer PFE, spol. s r.o.
Pfizer, spol. s r.o.
Pojišťovna VZP, a.s.
R.K.Studio
ResMed CZ s.r.o.
ROCHE s.r.o.
SWISS PHARMA, spol.s.r.o.
WALMARK a.s.
Zentiva společnost skupiny Sanofi

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



Medicína
pro praxi



POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

XVI. KONGRES PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ V OLOMOUCI

26.–27. dubna 2018 | Clarion Congress Hotel Olomouc

Pořadatel

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

Záštita

II. interní klinika FN u sv. Anny Brno

Prezident akce

prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

Organizátor

SOLEN, s.r.o., Lazcecká 297/51, 779 00 Olomouc
 Kontaktní osoba: Mgr. Jitka Nováková, 777 714 680, novakova@solen.cz
 Zajištění výstavních ploch: Mgr. Martin Jiša, 734 567 855, jisa@solen.cz
 Programové zajištění: Mgr. Hana Kaprálová, 777 557 411, kapralova@solen.cz
 Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s.r.o., Lucie Šilberská

Ohodnocení

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



Supplementum B Medicina pro praxi

Citační zkratka:

Med. praxi 2018; 15(Suppl B).

Vydal: Solen, s.r.o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-226-5

ISSN 1214-8687

Kalendář vzdělávacích akcí 2018

30.–31. 1.	V. konference Neurologie pro praxi v Plzni	Parkhotel Plzeň
9.–10. 2.	PEDIATRIE PRO PRAXI – V. kongres pediatriů v Ostravě MEDICÍNA PRO PRAXI – V. kongres praktických lékařů v Ostravě	Clarion Congress Hotel Ostrava
15.–16. 3.	INTERNÍ MEDICÍNA PRO PRAXI XIII. konference ambulantních internistů, IX. Olomouc kazuistická	Clarion Congress Hotel Olomouc
13.–14. 4.	MORAVSKÝ MEZIKRAJSKÝ SEMINÁŘ PRO PNEUMOLOGY IV. BESKYDSKÉ PNEUMONKOLOGICKÉ DNY	Hotel Soláň, Karolinka
19.–20. 4.	XX. MORAVSKÉ UROLOGICKÉ SYMPOZIUM	Dlouhé Stráně
26. 4.	X. KONFERENCE DERMATOLOGIE PRO PRAXI	Clarion Congress Hotel Olomouc
26.–27. 4.	MEDICÍNA PRO PRAXI XVI. kongres praktických lékařů v Olomouci	Clarion Congress Hotel Olomouc
27.–28. 4.	XII. KONGRES PRAKTICKÉHO LÉKÁRENSTVÍ	Clarion Congress Hotel Olomouc
11.–12. 5.	KONGRES PEDIATRŮ A DĚTSKÝCH SESTER XXXV. dny praktické a nemocniční pediatrie	Clarion Congress Hotel Olomouc
11.–12. 5.	17. Setkání lékařů ČR a SR v Litomyšli	Smetanův dům Litomyšl
31. 5.–1. 6.	XV. SYMPOZIUM PRAKTICKÉ NEUROLOGIE	Hotel International, Brno
8.–9. 6.	PEDIATRIE PRO PRAXI – V. kongres pediatriů v Hradci Králové MEDICÍNA PRO PRAXI – V. kongres praktických lékařů v Hradci Králové	Nové Adalbertinum, Hradec Králové
14.–15. 6.	Dny molekulární patologie	Teoretické ústavy LF UP Olomouc
15. 6.	XXIII. den astmatu a alergií	Hotel Port, Máchovo jezero
10.–13. 10.	XXXV. sjezd českých a slovenských alergologů a klinických imunologů	Veletrhy Brno
17.–19. 10.	XLI. Český radiologický kongres	Clarion Congress Hotel Olomouc
19.–20. 10.	PEDIATRIE PRO PRAXI – V. kongres pediatriů v Brně MEDICÍNA PRO PRAXI – IV. kongres praktických lékařů v Brně	Hotel International, Brno
26.–27. 10.	PEDIATRIE PRO PRAXI – IV. kongres pediatriů v Praze MEDICÍNA PRO PRAXI – XV. kongres praktických lékařů v Praze	Hotel DUO, Praha
2.–3. 11.	VALAŠSKO-LAŠSKÉ NEUROLOGICKÉ SYMPOZIUM	Hotel Soláň, Karolinka
23.–24. 11.	PEDIATRIE PRO PRAXI – VI. kongres pediatriů v Plzni MEDICÍNA PRO PRAXI – V. kongres praktických lékařů v Plzni	Hotel Angelo, Plzeň
29.–30. 11.	PSYCHIATRIE PRO PRAXI – XV. konference ambulantních psychiatrů	Clarion Congress Hotel Olomouc

detralex®

MPFF® – mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce

NOVINKA
180 tablet



„Zahájení léčby venofarmaky v časném stadiu chronického žilního onemocnění může oddálit progresi změn. Venofarmaka by měla být podávána kontinuálně, léčbu není nutno přerušovat.“

Doporučené postupy pro léčbu CVD, 2016¹

Chronické žilní onemocnění (CVD*)
2 tbl denně

Hemoroidální onemocnění
až 6 tbl denně



Zkrácená informace o přípravku Detralex®. **SLOŽENÍ***: Flavonoidorum fractio purificata micronisata 500 mg (mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce - MPFF): Diosminum 450 mg, Flavonoida 50 mg vyjádřené jako Hesperidinum v jedné potahované tabletě. **INDIKACE***: Léčba příznaků a projevů chronické žilní insuficience dolních končetin, funkčních nebo organických: pocit tíhy, bolest, noční křeče, edém, trofické změny, včetně 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 dnů, poté 4 tablety denně další 3 dny. Udržovací dávka: 2 tablety denně. **KONTRAINDIKACE***: Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ***: Podávání přípravku Detralex v symptomatické léčbě akutních hemoroidů nevyklučuje léčbu dalších onemocnění konečníku. Pokud symptomy brzy neodezní, je nutné provést proktologické vyšetření a léčba by měla být přehodnocena. **INTERAKCE***: Žádné. **FERTILITA***. **TĚHOTENSTVÍ/KOJENÍ***: V experimentálních studiích na zvířatech nebyly zjištěny teratogenní účinky a nebyly prokázány žádné anatomické anomálie ani potíže v chování mláďat během období kojení; nežádoucí účinky nebyly zaznamenány ani u lidí. Z dostupných údajů o podávání přípravku těhotným ženám vyplývá, že nedochází k žádnému nepříznivému ovlivnění těhotenství ani plodu. Studie reprodukční toxicity na zvířatech neprokázaly vliv na fertilitu u samců a samic potkanů. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE***: Žádný. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY***: Časté: průjem, dyspepsie, nauzea, vomitus. Vzácné: závrať, bolest hlavy, pocit neklidu, vyrážka, svědění, kopřivka. Méně časté: kolitida. Frekvence neznámá: abdominální bolest, ojedinělý otok obličeje, rtů, víček, výjimečně Quinckeho edém. **PŘEDÁVKOVÁNÍ***: **FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI***: Venotonikum (venofarmakum) a vazoprotektivum. Detralex působí na zpětný návrat krve ve vaskulárním systému: snižuje venózní distenzibilitu a redukuje venostázu, na úrovni mikrocirkulace normalizuje kapilární permeabilitu a zvyšuje kapilární rezistenci; zvyšuje lymfatický průtok. **UCHOVÁVÁNÍ***: Při teplotě do 30 °C. **VELIKOST BALENÍ***: 30, 60, 120 a 180 potahovaných tablet. **DATUM REVIZE TEXTU***: 24.7.2017. Přípravek je k dispozici v lékárnách na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO***: 85/392/91-C. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI***: LES LABORATOIRES SERVIER 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. **DALŠÍ INFORMACE NA 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

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

*CVD = Chronic Venous Disease

