

# Medicína pro praxi

2018

A

www.solen.cz | Med. praxi 2018; 15(Suppl A) | ISBN 978-80-7471-219-7 | 2018

## ABSTRAKTA

# V. KONGRES PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ V OSTRAVĚ

**9.–10. února 2018**

**Clarion Congress Hotel Ostrava**

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

Záštita: Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny

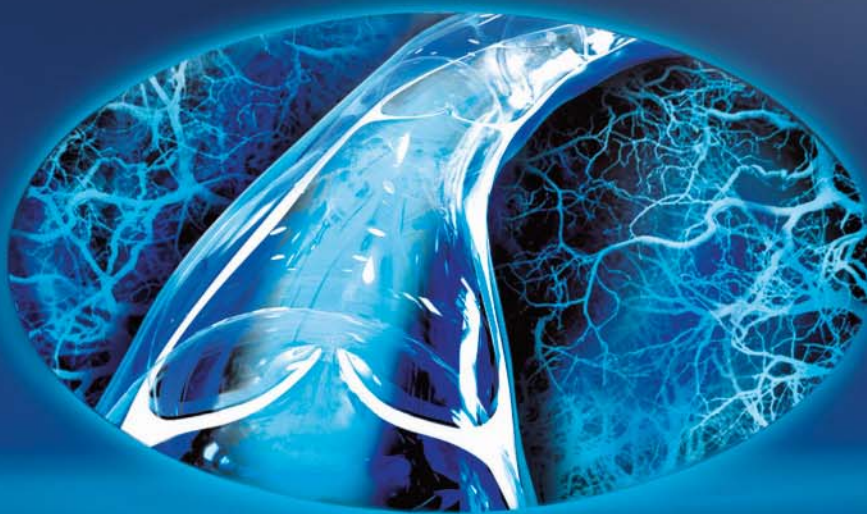
FN Ostrava a LF OU

**SOLEN**  
MEDICAL EDUCATION

# detralex®

MPFF® – mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce

## Chrání strukturu a funkci žil<sup>1-3</sup>



### Léčba chronického žilního onemocnění<sup>4</sup>

**2 TABLETY DENNĚ**

### Léčba hemoroidálního onemocnění<sup>4</sup>

**AŽ 6 TABLET 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 bérceového vředu. Léčba akutní ataky hemoroidálního onemocnění, základní léčba subjektivních příznaků a funkčních objektivních projevů hemoroidálního onemocnění. Přípravek je indikován k léčbě dospělých. **DAVKOVÁNÍ A PŮSOB PODÁNÍ\***: Venolyfatická insuficience: 2 tablety denně. Hemoroidální onemocnění: Akutní ataka: 6 tablet denně během 4 dní, poté 4 tablety denně další 3 dny. Udržovací dávka: 2 tablety denně. **KONTRAINDIKACE\***: Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ\***: Podávání přípravku Detralex v symptomatické léčbě akutních hemoroidů nevyklučuje léčbu dalších onemocnění konečníku. Pokud symptomy brzy neodezní, je nutné provést proktologické vyšetření a léčba by měla být přehodnocena. **INTERAKCE\***: Žádné. **FERTILITA\*, TĚHOTENSTVÍ/KOJENÍ\***: V experimentálních studiích na zvířatech nebyly zjištěny teratogenní účinky a nebyly prokázány žádné anatomické anomálie ani potíže v chování mláďat během období kojení; nežádoucí účinky nebyly zaznamenány ani u lidí. Z dostupných údajů o podávání přípravku těhotným ženám vyplývá, že nedochází k žádnému nepříznivému ovlivnění těhotenství ani plodu. Studie reprodukční toxicity na zvířatech neprokázaly vliv na fertilitu u samic a samců potkanů. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE\***: Žádný. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY\***: Časté: příjem, dyspepsie, nauzea, vomitus. Vzácné: závraťe, bolesti hlavy, pocit neklidu, vyrážka, svědění, kopřivka. Méně časté: kolitida. **Frekvence neznámá**: abdominální bolest, ojedinělý otok obličeje, rtů, víček, výjimečně Quinckeho edém. **PŘEDÁVKOVÁNÍ\***: FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI\*: Venotonikum (venofarmakum) a vazoprotektivum. Detralex působí na zpětný návrat krve ve vaskulárním systému: snižuje venózní distenzibilitu a redukuje venostázu, na úrovni mikrocirkulace normalizuje kapilární permeabilitu a zvyšuje kapilární rezistenci; zvyšuje lymfatický průtok. **UCHOVÁVÁNÍ\***: Při teplotě do 30°C. **VELIKOST BALENÍ\***: 30, 60, 120 a 180 potahovaných tablet. **Datum revize textu**: 24.7.2017. Přípravek je k dispozici v lékárnách na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. **Registrační číslo**: 85/392/91-C. Držitel rozhodnutí o registraci: **LES LABORATOIRES SERVIER** 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Florentinum, Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel.: 222 118 111, [www.servier.cz](http://www.servier.cz)

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

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



## Program – pátek 9. února

- 8.45 ZAHÁJENÍ**  
prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc.
- 8.50–10.10 ANTIMIKROBIÁLNÍ LÉČBA**  
Garant prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc., MUDr. Jiří Sagan
- **Rezistence bakterií k antibiotikům – aktuální přehled** – Krejčí E.
  - **Antibiotická léčba respiračních infekcí** – Zelená H.
  - **Antibiotická léčba močových infekcí** – Cachová M.
  - **Antibiotická léčba gastroenteritid** – Sagan J.
- 10.10–10.50 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE I**
- **Rozpoznejte depresi** – Holanová M.
  - **Testování a časný záchyt infekce HIV** – Olbrechtová L.  
(Přednáška sponzorovaná firmou Gilead Sciences, s.r.o.)
- 10.50–11.20 PŘESTÁVKA**
- 11.20–12.20 ORL**  
Garant prof. MUDr. Pavel Komínek, Ph.D., MBA
- **Záněty hltanu, chronická tonzilitida, tonzilektomie** – Komínek P., Zeleník K.
  - **Zduření na krku, chyby a omyly** – Zeleník K., Komínek P.
  - **Kazuistiky** – Komínek P., Zeleník K.
- 12.20–13.00 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE II**
- **Pestrý účinek přírodních flavonoidů** – Černohorská J.
  - **Léčba virové hepatitidy B a C** – Rožnovský L.  
(Přednáška sponzorovaná firmou Gilead Sciences, s.r.o.)
- 13.00–13.45 OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA**
- 13.45–14.45 KARDIOLOGIE**  
Garant doc. MUDr. Tomáš Kovárník, Ph.D.
- **Epidemiologický průřezový průzkum LIPI control** – Řiháček I.
  - **Duální inhibice sympatiku a RAAS** – Kovárník T.
  - **Praktické tipy pro léčbu hypertenze** – Vydrošková P.
- 14.45–15.25 PLICNÍ HYPERTENZE**
- **Diferenciální diagnostika dušnosti** – Ambrož D.
  - **Plicní hypertenze** – Jansa P.
- 15.25–15.40 PŘESTÁVKA**
- 15.40–16.50 DERMATOLOGIE**  
Garantka MUDr. Yveta Vantuchová, Ph.D.
- **Terapie bércového vředu** – Biolková V.
  - **Současná doporučení léčby erysipelu** – Nováková J.
  - **Mykózy v běžné ambulantní praxi** – Litvík R.
  - **Kožní nádory v ambulantní praxi** – Vantuchová Y.
- 16.50–18.00 PSYCHIATRIE**  
Garant MUDr. Petr Šilhán, Ph.D.
- **Neurobiologické hypotézy depresivní poruchy a jak jim porozumět** – Šilhán P.
  - **Behaviorální a psychologické symptomy demence aneb co nás trápí nejvíce** – Dostálek P.
  - **Schizofrenie – léčba nejen duše, ale i těla (role praktického lékaře)** – Hýža M.

## DISKUZNÍ FÓRUM / pátek 9. února

- 11.20–11.50 DISKUZNÍ FÓRUM / Salonek Silver**
- **„Rozpoznejte depresi do hloubky“** – MUDr. Marta Holanová

VSTUP VOLNÝ, KAPACITA OMEZENA

## Program – sobota 10. února

### 9.00–10.00 **IP** KOLIK VÁŽÍ... ANTIBIOTIKA?

- **MICKy vs. MISSky** – MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.

### 10.00–11.30 **DOBRÁ RADA DO VAŠÍ ORDINACE**

- **Recidivující respirační infekce – můžeme snížit množství ATB?** – Kopřiva F.
- **Možnosti fytofarmak při léčbě onemocnění horních cest dýchacích** – Vranová V.
- **Deficit vitamínu D: řešení pro klinickou praxi** – Málek Z.
- **Nekomplikované urologické záněty u mladých žen a dospívajících, diagnostika, terapie a současné možnosti profylaxe** – Sýkora R.

### 11.30–12.00 **PŘESTÁVKA**

### 12.00–12.45 **GDPR – OCHRANA OSOBNÍCH ÚDAJŮ V EU**

- **Praktické rady z právního pohledu** – Dostál O.

### 12.45–14.05 **INFEKCE**

Garant doc. MUDr. Luděk Rožnovský, CSc.

- **Spalničky** – Petroušová L.
- **Virové hepatitidy, prevence a léčba** – Rožnovský L.
- **Uzlinový syndrom** – Širůček P.
- **Lymeská borelióza** – Zjevíková A.

### 14.05 **ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD**

**IP** interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

## TIRÁŽ

### V. KONGRES PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ V OSTRAVĚ

9.–10. února 2018 | Clarion Congress Hotel Ostrava

#### Pořadatel

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

#### Záštitá

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny FN Ostrava a LF OU

#### Prezident akce

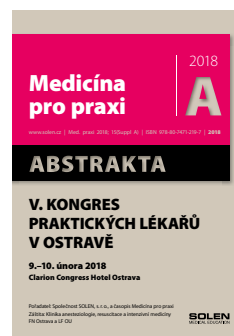
prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc.

#### Organizátor

SOLEN, s.r.o., Lazická 297/51, 779 00 Olomouc  
 Kontaktní osoba: Markéta Slezáková, 734 571 658, slezakova@solen.cz  
 Zajištění výstavních ploch: Mgr. Martin Jíša, 734 567 855, jisa@solen.cz  
 Programové zajištění: Mgr. Hana Kaprálová, 777 557 411, kapralova@solen.cz  
 Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s.r.o., Lucie Šilberská

#### Ohodnocení

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



Supplementum A Medicína pro praxi

Citační zkratka:

Med. praxi 2018; 15(Suppl A).

Vydal: Solen, s.r.o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-219-7



# Atoderm Préventive

VÝŽIVNÝ OBNOVUJÍCÍ KRÉM  
NA SUCHOU A POTENCIÁLNĚ  
ATOPICKOU POKOŽKU DĚTÍ



JE TO  
V KŮŽI,

KDE BIODERMA  
OBJEVILA ŘEŠENÍ  
JAK OBNOVIT JEJÍ  
OCHRANNOU BARIÉRU.

BIOLOGIE VE SLUŽBÁCH DERMATOLOGIE

**BIODERMA**  
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

## Antimikrobiální léčba

garant prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc.

pátek / 9. února 2018 / 8.50–10.10 hod.

### Rezistence bakterií k antibiotikům – aktuální přehled

Mgr. Eva Krejčí, Ph.D.

Centrum klinických laboratoří, Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě

Lékařská fakulta Ostravské univerzity

Vzrůstající rezistence bakterií k antibiotikům je v současnosti závažným problémem, který ohrožuje další používání antibiotik pro léčbu infekcí. Zvýšené podávání antibiotik vede ke zvýšenému výskytu rezistentních kmenů (tzv. selekční tlak antibiotik). Základem antibiotické terapie by měl být odběr validního materiálu na mikrobiologická vyšetření, která rozhodnou o vhodnosti antibiotické léčby a umožní antibiotickou léčbu cílenou, nejlépe antibiotiky s úzkým spektrem.

Podle ECDC, evropského centra pro prevenci a kontrolu nemocí, které s pomocí spolupracujících laboratoří sleduje v síti EARS-Net dlouhodobě rezistenci k antibiotikům, jsou stále velké rozdíly ve výskytu rezistentních bakterií v Evropě. Obecně se rezistentní kmeny vyskytují daleko častěji v jižní a jihovýchodní Evropě než v severní Evropě.

Z grampozitivních bakterií je sledován výskyt kmenů *Staphylococcus aureus* rezistentních k methicilinu (u nás oxacilinu, tzv. MRSA kmeny) a enterokoků rezistentních k vankomycinu (tzv. VRE). Celkově v Evropě vzrůstá počet kmenů MRSA, více než třetina zemí má MRSA výskyt nad 25 % (Česká republika v roce 2016 udává u invazivních izolátů *Staphylococcus aureus* výskyt MRSA v rozmezí 10–25 %). Posledním lékem volby závažných MRSA infekcí je vankomycin. Proto narůstá povolna i rezistence k vankomycinu, především u kmenů *Enterococcus faecium* (Česká republika udává za rok 2016 u invazivních izolátů enterokoků výskyt VRE v rozmezí 5–10 %).

Vzrůstající rezistence je pozorována především u gramnegativních bakterií – největší hrozbě ztráty účinnosti antibiotik čelí enterobakterie. Kromě toho, že produkují širokospektrou betalaktamázu (tzv. ESBL kmeny), mohou být rezistentní i ke karbapenemům (tzv. CPE – karbapenemázu produkující enterobakterie). Z invazivních kmenů *Klebsiella pneumoniae* v Evropě byla v roce 2016 více než jedna třetina izolátů rezistentních alespoň k jedné skupině sledovaných antibiotik; nejčastěji však byly pozorovány kmeny, které byly rezistentní zároveň ke třem a více skupinám antibiotik. Podobně jsou na tom invazivní kmeny *Escherichia coli*, kde narůstá rezistence k cefalosporinům 3. generace i počet kmenů s kombinovanou rezistencí k cefalosporinům, fluorochinolonům a aminoglykosidům. Karbapenemy jsou tak důležitá poslední skupina antibiotik pro léčbu závažných infekcí způsobených multirezistentními gramnegativními bakteriemi jako jsou *Klebsiella pneumoniae* ESBL a *Escherichia coli* ESBL. V České republice je zatím výskyt kmenů *Escherichia coli* a *Klebsiella pneumoniae* rezistentních ke karbapenemům nízký (méně než 1 %), v některých zemích jižní Evropy jsou však mezi invazivními izoláty klebsiel zastoupeny kmeny rezistentní ke karbapenemům až z 50 %. Pro léčbu infekcí způsobených karbapenem-rezistentními kmeny je pak velmi zúžená možnost výběru vhodného antibiotika. Nově se tak zvyšuje rezistence gramnegativních bakterií i ke kolistinu – často posledního antibiotika, které lze k léčbě infekcí způsobených karbapenem-rezistentními gramnegativními bakteriemi použít.

Multirezistentní kmeny MRSA, VRE nebo ESBL se mohou vyskytovat i u pacientů v komunitě. Tyto kmeny mohou být pouhou kolonizací, podobně jako varianty stafylokoků, enterokoků či enterobakterií citlivých k antibiotikům. Pokud nejsou shledány příznaky probíhající infekce či bakterie nepocházejí z validního odběru, není antibiotická léčba „nalezených multirezistentních kmenů“ doporučena.

Velmi opatrné a uvážlivé používání antibiotik ve všech odvětvích zdravotní péče je jedinou možnou záchranou pro efektivní prevenci selekce bakterií rezistentních k antibiotikům.

## **Antibiotická léčba respiračních infekcí**

**MUDr. Hana Zelená**

Antibiotické středisko, Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě

Cílem sdělení je vymezit postupy pro racionální a efektivní léčbu komunitních infekcí dýchacích, se kterými přichází významná část klientely praktických lékařů pro děti i dospělé. Odhaduje se, že až 80% antibiotik podávaných v komunitě se používá pro léčbu infekcí dýchacích cest, přičemž převažují infekce horních dýchacích cest, a to zejména u dětí.

Díky osvětě a lepší informovanosti o rizicích vzestupu antibiotické rezistence a komplikací spojených s neuváženým podáváním antibiotik jsou v poslední době praktičtí lékaři důslednější v racionálním přístupu k antibiotické léčbě. Přesto jsou stále antibiotika nadužívána nebo jsou zbytečně podávána širokospektrá a rezervní antibiotika v případech, kdy je indikována cílená léčba základním antibiotikem s úzkým spektrem.

Správný rozhodovací algoritmus při volbě antibiotické léčby respiračních infekcí shrnují doporučené postupy zveřejněné na webových stránkách SIL a ČLS JEP. Z těchto materiálů vychází toto sdělení.

Podání pečlivě zvolených antibiotik s co nejužším spektrem účinku zahrnujícím pravděpodobného nebo prokázaného původce je vyhrazeno na případy středně těžkých a těžkých bakteriálních infekcí horních a dolních dýchacích cest. Pro zvolení správných antibiotik při úvodní (empirické) terapii je nutno znát nejčastější původce jednotlivých onemocnění a jejich obvyklou citlivost k antibiotikům. Optimální je při prvním kontaktu s pacientem ještě před nasazením antibiotik odebrat vzorky na mikrobiologické vyšetření a následně podle výsledků případně upravit zvolenou úvodní terapii. U onemocnění s výhradně virovou etiologií se antibiotika nepodávají vůbec. Je nutno také mít na paměti, že spektrum citlivosti nejčastějších vyvolavatelů respiračních infekcí v komunitě není konstantní, ale bohužel dochází k vzestupu podílu kmenů bakterií rezistentních k základním antibiotikům v důsledku selekčního tlaku. Proto je důležité sledovat aktuální trendy ve vývoji rezistence, které se mohou lišit i regionálně.

V prezentaci jsou přehledně zpracovány jednotlivé nosologické jednotky s jejich nejčastějšími původci a doporučená antibiotika pro úvodní i cílenou léčbu včetně dávkování a délky podávání antibiotik.

Sdělení je doplněno kazuistikami pacientů s akutním respiračním infektem se závažným průběhem.

### **LITERATURA**

1. Běbrová E, Beneš J, et al. Doporučený postup pro antibiotickou léčbu komunitních respiračních infekcí v primární péči. Dostupné na: <http://www.infekce.cz/Standardy/ATBproPLDP.pdf>
2. Jindrák V, Hedlová D, Urbášková P, et al. Antibiotická politika a prevence infekcí v nemocnici, Mladá fronta 2014, ISBN 978-80-204-2815-8.

## **Antibiotická léčba močových infekcí**

**MUDr. Michaela Cachová**

Antibiotické středisko, centrum klinických laboratoří, Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě

Infekce močových cest (IMC) jsou druhou nejčastější infekcí diagnostikovanou v ordinacích praktických lékařů po infekcích dýchacích cest. Zdrojem jsou nejčastěji střevní bakterie, které infikují močové cesty ascendentně. Typickými agens jsou *E. coli* (cca 90%), *Staphylococcus saprophyticus* (cca 5%), dále ostatní enterobakterie a enterokoky. Vzácně může infekce vzniknout hematogenně. Postiženy jsou častěji ženy než muži. IMC rozdělujeme na nekomplikované (u jinak zdravých žen) a komplikované (anatomické nebo funkční abnormality moč. cest, imunosuprese, IMC u mužů).

K nekomplikovaným infekcím patří akutní cystitida a akutní pyelonefritida. Pro empirickou terapii akutní cystitidy je lékem volby nitrofurantoin, event. potencované aminopeniciliny, cefalosporiny, fosfomycin či fluorochinolony. Pro empirickou terapii kotrimoxazolem již Česká republika nespĺňuje podmínku výskytu rezistence pod 20 %. Kultivace moče je doporučena pouze v případě selhání léčby nebo netypického průběhu, ale je dobré ji zvážit vždy. V případě akutní pyelonefritidy volíme potencované aminopeniciliny, cefalosporiny nebo fluorochinolony. U těžších průběhů je třeba zahájit terapii parenterálně. Kultivaci moče odebíráme vždy a doporučen je také odběr hemokultury.

Od infekce je nutné odlišit asymptomatickou bakteriurii (ABU), která ve většině případů není indikovaná k léčbě. Výjimkou jsou těhotné ženy a pacienti s plánovaným operačním výkonem na močových cestách. K imunosuprimovaným pacientům s ABU přistupujeme individuálně.

U recidivujících IMC se zaměřujeme na rizikové faktory (pitný režim, zadržování moče, návaznost na pohlavní styk, těsné spodní prádlo, menopauza, inkontinence apod.), z nichž většinu lze ovlivnit. Antibiotická terapie se neliší od výše zmíněné terapie, jen doba léčby se prodlužuje. Dlouhodobá antibiotická profylaxe má svá rizika (selektce rezistentních kmenů, nežádoucí účinky antibiotik) a je třeba ji indikovat uvážlivě.

V těhotenství je výskyt IMC častější. V terapii jsou kontraindikovány fluorochinolony během celého těhotenství a nitrofurantoin ve 3. trimestru. ABU se léčí vždy dle citlivosti.

Komplikované IMC je třeba řešit ve spolupráci s urologem či nefrologem. Pokud to lze, je součástí terapie odstranění příčiny infekce (urolitiáza, obstrukce, kompenzace diabetu apod.). Volba antibiotik je zde vzhledem k častějším rezistencím pestřejší a měla by být po úvodní širokospektré terapii cílená. Do péče urologa či dermatovenerologa spadají i další diagnózy jako uretritida, prostatitida, epididymitida či sexuálně přenosné nemoci, které je třeba brát v úvahu v rámci diferenciální diagnostiky.

Zvláštní kapitolou jsou pak IMC spojené se zavedeným moč. katétretem či nefrostomií. Zde je nutno odlišit kolonizaci katétru od infekce, kterou pak léčíme dle citlivosti. Nutné je vždy zvážit indikaci zavedení katétru, katétr zavádět asepticky, dbát na správné ošetřování a neponechávat jej déle, než je potřeba. Dlouhodobá antibiotická profylaxe je často bez efektu s rizikem selektce rezistentních kmenů a rutinně není doporučena.

## Antibiotická léčba gastroenteritid

MUDr. Jiří Sagan

Klinika infekčního lékařství, Fakultní nemocnice Ostrava a LF Ostravské univerzity

Gastroenteritidy patří světově k nejčastějším infekčním onemocněním. V rozvojových zemích probíhají tato onemocnění závažně a mají vysokou mortalitu, ve vyspělých zemích je významný hlavně socioekonomický dopad. V databázi EPIDAT v posledních pěti letech výrazně převládají bakteriální gastroenteritidy, i když je nutno mít na paměti podhlášenost lehce probíhajících, často virových, onemocnění u pacientů, kteří se k lékařům vůbec nedostaví. Indikací k hospitalizaci pacienta je dehydratace vzniklá nedostatečným příjmem tekutin při zvracení, profuzní průjem a vysoké horečky, laboratorní známky renálního selhání, těžký septický průběh s elevací zánětlivých parametrů, septické komplikace (osteomyelitida, absces, meningitida), a také nutnost povinné izolace (tyfus, cholera, dyzenterie). Základem terapie všech gastroenteritid je rehydratace s úpravou vnitřního prostředí, dále realimentace, symptomatická léčba protiprůjmovými prostředky s výjimkou antimotilik. Antibiotická léčba je indikována pouze u těžkých průběhů, i když se vyskytnou specifické situace, při kterých je léčba antibiotiky indikována. Součástí tohoto sdělení je racionální pohled infektologa na management péče se zaměřením na antibiotickou léčbu gastroenteritid.

## Aktuality do vaší ordinace I

pátek / 9. února 2018 / 10.10–10.50 hod.

### Testování a časný záchyt infekce HIV

MUDr. Lenka Olbrechtová

AIDS centrum, Klinika infekčního lékařství, FN Ostrava

#### Možnosti testování na HIV na Ostravsku:

Přízemí infekční kliniky, FN sP Ostrava, 17. listopadu 1 790, Ostrava – Poruba

Testování (anonymní, bezplatné) Čtvrtek 15:00–18:00

Nonstop bezplatná telefonní linka AIDS pomoci 800 800 980

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

Certifikát do zahraničí: 500 Kč, platba na místě předem (hotově)



# 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 více<sup>1</sup>. 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](http://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

ORL

**OSTRAVA – ZDRAVOTNÍ ÚSTAV SE SÍDLEM V OSTRAVĚ**

Adresa: Partyzánské Náměstí 7, 702 00 Ostrava, Telefon: 596 200 111

Oddělení imunologie a alergologie. Bezplatné anonymní testování Pondělí 15:00–18:00, výsledky další týden v pondělí

**OPAVA – ZDRAVOTNÍ ÚSTAV SE SÍDLEM V OSTRAVĚ**

Adresa: Slezská nemocnice v Opavě, Infekční oddělení (pavilon S), Telefon: 800 800 980

Bezplatné anonymní testování Úterý 15:30–18:00, výsledky další týden v úterý

**NEMOCNICE TŘINEC – INFEKČNÍ ODDĚLENÍ**

Adresa: Nemocnice Třinec, příspěvková organizace, Kaštanová 268, 739 61 Třinec, Telefon: 558 309 534

Ordinační hodiny: Pondělí–Pátek 09:00–11:00

Test na HIV 1,2: 366 Kč, Certifikát pro HIV: 50 Kč (Výňatek z ceníku na webových stránkách nemocnice)

**KONTAKTNÍ CENTRUM SLUNCE**

Adresa: Revoluční 24, Krnov, Telefon: 777 090 776

Otevírací doba: Pondělí–Čtvrtek 13:00–16:00, Pátek 9:00–14:00

Testování je určeno pro uživatele návykových látek

**KONTAKTNÍ CENTRUM "POD SLUNEČNÍKEM"**

Adresa: Hradecká 16, 746 01 Opava, Telefon: 553 718 487, E-mail: k.centrum@seznam.cz

Testování po předchozí telefonické domluvě

Testování je určeno pro uživatele návykových látek

**ORL**

garant prof. MUDr. Pavel Komínek, Ph.D., MBA

pátek / 9. února 2018 / 11.20–12.20 hod.

**Záněty hltanu, chronická tonzilitida, tonzilektomie**

prof. MUDr. Pavel Komínek, Ph.D., MBA, MUDr. Karol Zeleník, Ph.D.

Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Fakultní nemocnice Ostrava

Katedra kraniofaciálních oborů, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita

Záněty hltanu představují jednu z nejčastějších příčin návštěv praktického lékaře. Většina zánětů je virového původu (až 90 %) a probíhají často jako součást běžných zánětů v oblasti horních dýchacích a polykacích cest. Z bakteriálních agens jde nejčastěji o beta hemolytický *Streptococcus pyogenes* sk. A (cca 15 % tonzilofaryngitid).

Záněty probíhají většinou současně jak v oblasti patrových mandlí, tak v oblasti sliznice hltanu (tonzilofaryngitida), nebo se mohou projevat převážně na mandlích (tonzilitida) nebo sliznici hltanu (faryngitida). Pod pojmem angína (bez přídomku) pak rozumíme akutní hnisavý zánět patrových mandlí.

Pokud je pro diagnostiku užíváno mikrobiologické vyšetření (stěry), je třeba jeho výsledek vždy dávat do korelace s klinickým obrazem. U nejasných stavů má bakteriologické vyšetření své místo a není chybou, vyčká-li se s případnou ATB terapií až na jeho výsledek (tzv. odložená ATB léčba – nižší počet rekurentních zánětů).

Většina faryngitid probíhá jako lehké onemocnění a vyžaduje pouze symptomatickou terapii. U streptokokových infekcí a dalších bakteriálních infekcí jsou zpravidla používána antibiotika celkově. Délka podávání antibiotik závisí na povaze onemocnění a dalších okolnostech. Délka podávání nemá být omezena pouze na dobu trvání akutních příznaků a měla by být podávána 10–14 dní.

Terapeutickým problémem mohou být recidivující tonzilitidy či chronické tonzilitidy, u kterých je často indikována tonzilektomie. Při indikaci tonzilektomie je třeba:

- Porovnat benefity operace vůči rizikům (krvácení ...)
- Mít na paměti, že „mandle“ nejsou vždy odpovědné za bolesti v krku
- Vztah mezi recidivujícími tonzilitidami a tonzilektomií je ne zcela vyjasněn
- Uvědomit si, že není jasně prokázán benefit tonzilektomie vůči konzervativní léčbě zánětů
- Tonzilektomie snižuje absence v práci pro tonzilitidu

V závěru se autoři věnují přehledu komplikací – především peritonzilárním abscesem a jeho terapeutickými možnostmi. V prezentaci jsou uvedeny různé kazuistické případy a diskutována je „filozofie“ ORL lékařů se zaměřením na možné diagnostické chyby.

## Zduření na krku – chyby a omyly

**MUDr. Karol Zeleník, Ph.D, prof. MUDr. Pavel Komínek, Ph.D., MBA**

Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Fakultní nemocnice Ostrava

Katedra kraniofaciálních oborů, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita

Zduření na krku u dospělých má velmi pestrou etiologii. Závažnost kolísá od „banálních“ stavů, jako je například reaktivní lymfadenitida, nebo podkožní lipom, až po závažné nádorové onemocnění, jako metastáza zhoubného nádoru ze sliznic „ORL oblasti“, či lymfom. Největší chybou je, pokud se na možný nádor nemyslí a diagnóza takto závažného onemocnění se zbytečně prodlužuje, což může vést k zhoršení výsledku léčby.

Při diferenciální diagnostice a rozhodování o postupu je třeba se orientovat podle:

- věku – s věkem roste zastoupení zhoubných nádorů
- délky trvání rezistence na krku – pravidlo 7 (7 dní – nejspíše zánět, 7 týdnů – nejspíše nádor, 7 let – nejspíše vrozená vývojová vada)
- velikosti – rezistence/uzlina nad 1,5 cm je suspektní
- rychlosti vzniku – tato informace je často matoucí, pacienti nezdědka udávají mnohem kratší dobu trvání rezistence
- progresu/regrese – postupné zvětšování – spíše nádor, zmenšování/kolísání velikosti – spíše zánět
- bolestivosti – zánětlivě změněná uzlina či zanícená krční cysta
- lokalizace – v určitých lokalizacích lze očekávat určité patologie
- symetrie/asymetrie a dalších příznaků.

Asymetrie musí vždy vyvolat podezření na možný nádor a diagnostika musí být proto velmi rychlá a cílená. U zduření trvajících několik týdnů (6–7 týdnů) musíme myslet především na možné nádorové onemocnění, je rozhodně indikováno vyšetření u specialisty (zpravidla ORL), vyšetření sliznic horních cest dýchacích a polykacích. Exstirpace je často nejrychlejším řešením vedoucím k získání definitivní histologie. Nezdědka je potřebná konzultace infekcionista či hematologa. Velmi nápomocným je sonografické vyšetření, popřípadě CT či NMR. V prezentaci jsou uvedeny různé kazuistické případy a diskutována je „filozofie“ ORL lékařů se zaměřením na možné diagnostické chyby.

## Aktuality do vaší ordinace II

pátek / 9. února 2018 / 12.20–13.00 hod.

### Léčba virové hepatitidy B a C

**doc. MUDr. Luděk Rožnovský, CSc.**

Klinika infekčního lékařství, Fakultní nemocnice Ostrava

Diagnostika infekce virem hepatitidy B a C (HBV, HCV) spočívá zejména na praktických lékařích. Nejdůležitější je vyšetření HBsAg a anti-HCV, při jejich pozitivitě se má pacient odeslat do hepato-

logické ambulance (infekce, interna, pediatrie), protivirovou léčbu poskytuje asi 65 pracovišť, nová léčba hepatitidy C je dostupná jen na 18 pracovištích.

Protivirová léčba se nejčastěji indikuje u pacientů s chronickou infekcí HBV a HCV s cílem snížit riziko rozvoje jaterní cirhózy, dekompenzace cirhózy a hepatocelulárního karcinomu. Většinou se to daří u pacientů s úspěšnou protivirovou léčbou, která spočívá v dlouhodobě nízké virémii HBV (perzistentní virus) nebo v trvalém vyloučení HCV z organismu.

U pacientů infikovaných HBV s imunodeficitem (chemoterapie, imunosuprese, biologická léčba) se navíc používá preventivní protivirová léčba, cílem léčby je zabránit endogenní reaktivaci viru, která může vést až k jaternímu selhání. Poměrně vzácně se protivirová léčba podává při závažném průběhu akutní virové hepatitidy B a C (VHB, VHC) cílem léčby je zabránit rozvoji fulminantní hepatitidy.

U pacientů s chronickou VHB jsou možné 2 varianty léčby, a to dlouhodobě až celoživotní podání perorálních antivirotik nebo relativně krátká léčba pegylovaným interferonem alfa (48 týdnů). Perorální antivirotika jsou výborně tolerována, mohou se podat všem pacientům včetně pacientů s dekompenzovanou cirhózou. Pro dlouhodobou léčbu se používá zejména tenofovir (např. Viread) a entecavir (Baraclude), které mají vysokou bariéru vůči vzniku rezistentních mutant. Lamivudin (např. Zeffix) není pro zahájení dlouhodobé léčby vhodný pro častý rozvoj rezistentních mutant, ale může se nadále podávat u dlouhodobě léčených pacientů s nízkou virémií. Pro časté nežádoucí účinky se léčba pegylovaným interferonem alfa (Pegasys) užívá jen omezeně, vhodná je u pacientů mladších 50 let s chronickou VHB nebo cirhózou ve stadiu Child A. Pro léčbu dětí je možno použít entecavir (od 2 let) a tenofovir (od 12 let), léčba interferony již není schválena.

Při preventivní léčbě HBV infekce u pacientů s imunodeficitem (zahájení před rozvojem imunodeficitu, ukončení asi rok po jeho odeznění) a léčbě závažné akutní VHB (většinou vysazení do 1 roku) se používají jen perorální antivirotika (lamivudin, entecavir, tenofovir).

Protivirová léčba infekce HCV prošla v posledních 5 letech bouřlivým vývojem. U pacientů s chronickou infekcí HCV začíná dominovat podání fixních kombinací přímo působících antivirotik, např. Harvoni (sofosbuvir, ledipasvir), kombinace Viekirax + Exviera (dasabuvir, ombitasvir, paritaprevir, ritonavir), Zepatier (elbasvir, grazoprevir) a Epclusa (sofosbuvir, velpatasvir). Léčit je možno prakticky všechny infikované pacienty, léčba většinou trvá 8–12 týdnů, k trvalému vyloučení viru dochází u více než 90 % pacientů. Většinou se léčba toleruje výborně, nežádoucí účinky jsou častější jen při současném podání ribavirinu, nevýhodou jsou lékové interakce a vysoká cena léčby. Zejména z finančních důvodů se dosud léčí někteří pacienti s méně pokročilým onemocněním dvojkombinací pegylovaného interferonu s ribavirinem (genotyp 2 a 3, léčba 24 týdnů, trvalé vyloučení viru u 80 % pacientů) nebo trojkombinací se simeprevirem (Olysio, pacienti s genotypem 1, trvalé vyloučení viru u 90 % pacientů). Léčba dětí je dosud omezená na pegylovaný interferon alfa (od 5 let), konvenční interferon a ribavirin (oba od 3 let) a na Harvoni (od 12 let, ale děti dosud nesplňují indikační omezení).

Léčba akutní VHC je pouze raritní, i v této indikaci pegylovaný interferon alfa asi brzy nahradí přímo působící antivirotika.

## Kardiologie

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

pátek / 9. února 2018 / 13.45–14.45 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.

# COSYREL®

bisoprolol fumarát / perindopril arginin

NOVINKA

## Jediná fixní kombinace β-blokátoru a ACEi

pro dobře vyladěné srdce

3 INDIKACE Hypertenze | Stabilní ICHS | Srdeční selhání\*

1 tableta 1x denně

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



### Zkrácená informace o přípravku COSYREL®

**Složení\*:** Cosyrel 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, potahované tablety, obsahují bisoprolol fumarát (bis) 5 mg/perindopril arginin (per) 5 mg, 5 mg bis/10 mg per, 10 mg bis/5 mg per, 10 mg bis/10 mg per. **Indikace\*:** Cosyrel je indikován k léčbě hypertenze a/nebo stabilní ischemické choroby srdeční (u pacientů s infarktem myokardu a/nebo revaskularizací v anamnéze) a/nebo stabilního chronického srdečního selhání se sníženou systolickou funkcí levé komory (pouze Cosyrel 5 mg/5 mg a Cosyrel 10 mg/5 mg) jako substituční léčba u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných bisoprololem a perindoprilem podávanými současně ve stejné dávce. **Dávkování a způsob podání\*:** Obvyklá dávka je jedna tableta jednou denně, nejlépe ráno a před jídlem. Pacienti musí být stabilizováni na léčbě bisoprololem a perindoprilem ve stejné dávce po dobu nejméně 4 týdnů. Fixní kombinace není vhodná k iniciální léčbě. U pacientů stabilizovaných na dávce bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 2,5 mg: půl tablety obsahující 5 mg/5 mg nebo 5 mg/10 mg jednou denně. Je-li nutná změna dávkování, titraci je nutno provádět za použití jednotlivých složek samostatně. **Parucha funkce ledvin:** Doporučené dávkování podle clearance kreatininu. 5 mg/5 mg: Cl<sub>CR</sub> ≥ 60 (ml/min); 1 tableta; 30 < Cl<sub>CR</sub> < 60: ½ tablety; Cl<sub>CR</sub> < 30: přípravek není vhodný, doporučená titrace dávky za použití jednotlivých složek samostatně. 5 mg/10 mg: Cl<sub>CR</sub> ≥ 60: ½ tablety; Cl<sub>CR</sub> < 60: přípravek není vhodný, 10 mg/5 mg: Cl<sub>CR</sub> ≥ 60: 1 tableta; Cl<sub>CR</sub> < 60: přípravek není vhodný, 10 mg/10 mg: přípravek není vhodný. **Parucha funkce jater:** není nutná úprava dávkování. **Starší pacienti:** podávání podle renální funkce. **Pěšičkářská populace:** bezpečnost a účinnost nebyla stanovena, použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **Kontraindikace\*:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na jiné inhibitory angiotensin-konvertujícího enzymu (ACE); akutní srdeční selhání nebo probíhající epizody srdeční dekompenzace vyžadující i.v. inotropní terapii; kardiogenní šok; AV blok druhého nebo třetího stupně (bez pacemakeru); sick sinus syndrom; sinoatriální blokáda; symptomatická bradykardie; symptomatická hypotenze; závažné bronchiální astma nebo chronická obstrukční plicní nemoc; závažné formy periferní arteriální okluze nebo Raynaudova syndromu; neléčený feochromocytom (viz bod Upozornění\*); současné užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo s poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) (viz body Upozornění\*, Interakce\* a Farmakodynamické vlastnosti\*). **Upozornění\*:** Zvláštní upozornění a opatření pro použití: Hypotenze: u pacientů s poklesem objemu tělních tekutin, se symptomatickým srdečním selháním se současnou renální insuficiencí nebo bez ní, s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárními chorobami je při zahájení léčby a změně dávky zapotřebí pečlivé monitorování. Náhlá hypotenze odpovídá není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou pacientům obvykle užívat bez obtíží, jakmile jim po doplnění objemu stoupne krevní tlak. **Hypersenzitivita/angioedém/Intestinální angioedém:** vysadit a zahájit monitorování až do úplného vymizení symptomů. Léčba betablokátelem musí pokračovat. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Pacienti souběžně užívající terapii inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) mohou mít zvýšené riziko angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka s poruchou dýchání nebo bez ní)\*. **Selhání jater:** vzácně byly inhibitory ACE spojovány se syndromem, který začíná cholestatickou žloutenkou a progresuje ve fulminantní jaterní nekróze a (někdy) v úmrtí; ukončit léčbu v případě rozvoje žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů. Černošská populace: perindopril může být méně účinný a způsobit vyšší procento angioedému ve srovnání s jinými rasami. **Neproduktivní kašel.** Hyperkalemie: časté monitorování koncentrace draslíku v krvi v případě renální insuficience, zhoršení renálních funkcí, věk > 70 let, diabetes mellitus, dehydratace, akutní srdeční nedostatečnost, metabolická acidóza a současně užívání draslíků šetřících diuretik, draslíkových doplňků, náhrad soli s obsahem draslíku, léčivých přípravků, které mohou způsobovat vzestup sérových koncentrací draslíku. **Kombinace s lithiem:** s draslíky šetřícími diuretiky, draslíkovými doplňky nebo náhradami soli obsahujícími draslík, kalciovými antagonisty, antiarytmiky třídy I a centrálně působícími antihypertenzivy; obecně se nedoporučuje. **Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS):** zvýšení rizika hypertenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). **Duální blokáda RAAS** pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, β-blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se proto nedoporučuje. Pokud je léčba duální 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 β-blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Ukončení léčby:** nemějí být provedeno náhle ukončení léčby betablokátelem. Dávkování má být snižováno postupně pomocí jednotlivých složek, ideálně po dobu dvou týdnů. **Bradykardie:** při poklesu srdeční frekvence pod 50–55 tepů za minutu v průběhu léčby a pacient pociťuje symptomy související s bradykardií, dávka má být snižována za použití jednotlivých složek s vhodnou dávkou bisoprololu. **AV blok prvního stupně, stenóza aortální a mitrální chlopně/hypertrofičká kardiomyopatie, diabetici, striktní půst:** podávat s opatrností. **Prinzmetolova angina:** betablokátelem mohou zvýšit počet a délku trvání epizod anginy pectoris. **Parucha funkce ledvin:** denní dávka má být upravena na základě clearance kreatininu. Monitorování draslíku a kreatininu. U pacientů s bilaterální stenózou renálních arterií nebo stenózou arterie solitární ledviny může dojít ke zvýšení sérových koncentrací urey a kreatininu; v případě renovaskulární hypertenze je riziko těžké hypotenze a renální insuficience zvýšené. **Transplantace ledvin, srdeční selhání s inzulin dependentním diabetem mellitus (typ 1), těžkou poruchou funkce ledvin, těžkou poruchou funkce jater, restriktivní kardiomyopatií, vrozeným srdečním onemocněním, hemodynamicky signifikantním organickým onemocněním chlopi, infarktem myokardu v předchozích 3 měsících:** nejsou zkušenosti s podáváním. **Anafylaktoidní reakce během alergerých nízkodenzitních lipoproteinů (LDL):** vzácná, lze předjet dočasným vysazením léčby inhibitory ACE před každou aferézou. **Anafylaktoidní reakce během deszenzibilizace:** dočasně vysadit léčbu před vyšetřeními. Tyto reakce se znovu objevily po náhodném opětovném vystavení. Bisoprolol může zvýšit senzitivitu vůči alergenům i závažnosti anafylaktických reakcí. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anemie:** extrémní opatrnost u pacientů s kolagenovým onemocněním, s imunosupresivní léčbou, léčbou alopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů. **Bronchospasmus (bronchiální astma, obstrukční onemocnění dýchacích cest):** souběžné podávání bronchodilatorní terapie. **Anestezie:** pokud je nutné betablokátelem vysadit, je třeba to provádět postupně a ukončit 48 hodin před anestézií. **Posrážka:** podání po zvážení přínosu a rizika. **Feochromocytom:** podávání bisoprololu vždy s β-blokátorem alfa-receptorů. **Jyrotaxikóza:** symptomy mohou být maskovány. **Těhotenství:** zastavit léčbu. V případě nutnosti zahájit alternativní léčbu. **Interakce\*:** Kombinace kontraindikovaná: aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo poruchou funkce ledvin. **Nedoporučuje se současně užívat:** centrálně působící antihypertenziva, např. klonidin a další (methylodopa, moxonidin, rilmenidin); antiarytmika třídy I (chinidin, disopyramid, lidokain, fenytoin, flekainid, propafenon); antagonisty kalcia typu verapamilu a v menší míře diltiazem; aliskiren a β-blokátory receptorů pro angiotenzin II; estramustin, draslík šetřící diuretika (triamteren, amilorid), draslík (soli); lithium. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** antidiabetika (inzulín, perorální antidiabetika); nesteroidní antiinfektiva (NSAID) včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den; anihypertenziva a vazodilatancia; tricyklická antidepresiva/antipsychotika/anestetika; sympatomimetika; antagonisté kalcia dihydropyridinového typu (felodipin, amlodipin); antiarytmika třídy III (amiodaron); parasympatomimetika; lokální betablokátelem (např. oční kapky k léčbě glaukomu); digitalisové glykosidy; baklofen; draslík šetřící diuretika; draslík šetřící diuretika (eppler, spironolakton); raxekadotril\*\*; inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus)\*\*; kombinace vyžadující určitou opatrnost: melochin, inhibitory monoaminooxidázy (kromě inhibitorů MAO-B), glibitiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), zlato. **Těhotenství a kojení\*:** Podávání není doporučeno v prvním trimestru těhotenství a během kojení. Podávání je kontraindikováno ve 2. a 3. trimestru těhotenství. **Fertilita\*. Účinnost na schopnost řídit a obsluhovat stroje\*:** u některých pacientů se mohou vyskytnout individuální reakce související s nízkým krevním tlakem. V důsledku toho může být schopnost řídit a obsluhovat stroje narušena. **Nežádoucí účinky\*:** Velmi časté: bradykardie. Časté: bolest hlavy, závrať, vertigo, dysgeuzie, parestezie, porucha zraku, tinitus, zhoršení srdečního selhání, hypotenze a účinky související s hypotenzí, pocit chladu nebo znečištění končetin, kašel, dyspnoe, bolest břicha, zácpa, průjem, nauzea, zvracení, dyspepsie, vyrážka, pruritus, svalové křeče, astenie, únava. **Méně časté:** eozinofilie, hypoglykemie, hyperkalemie, reverzibilní při vysazení léky hyponatremie, změny náhady, poruchy spánku, deprese, somnolence, synkopa, palpitace, tachykardie, poruchy AV vedení, ortostatická hypotenze, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, angioedém obličejce, končetin, rtů, sliznic, jazyka, glottis a/nebo hrtanu, kopřivka, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, hyperhidróza, svalová slabost, artralgie, myalgie, renální insuficience, erektilní dysfunkce, bolest na hrudi, malátnost, periferní edém, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, pád. **Vzácné:** nitrida, noční můry, halucinace, snížená tvorba slz, poruchy sluchu, hepatitida cytolytická nebo cholestatická, hypersenzitivní reakce (svědění, zčervenání, vyrážka), zhoršení psoriázy\*\*, poruchy potence, vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi, zvýšená hladina triglyceridů. **Velmi vzácné:** agranulocytóza, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, trombocytopenie, hemolytická anemie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, zmatenost, konjunktivitida, arytmie, angina pectoris, infarkt myokardu a cévní mozgová příhoda, močné sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, eozinofilní pneumonie, pankreatitida, erythema multiforme, alopecie, betablokátelem mohou způsobit nebo zhoršit psoriázu nebo způsobit vyrážku připomínající psoriázu, akutní renální selhání, snížená hladina hemoglobinu a snížený hematokrit. **Předávkování\*, vlastnosti\*:** Bisoprolol je vysoce beta-, selektivní blokátor adrenergických receptorů bez vnitřní sympatomimetické a membrány stabilizující aktivity. Perindopril je inhibitor enzymu, který konvertuje angiotenzin I na vazokonstriktor angiotenzin II (ACE). **Balení\*:** Balení 30, 90 potahovaných tablet přípravku Cosyrel 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg. **Uchovávání:** Zdravé zvláštní podmínky uchovávání ani zacházení. **Držitel rozhodnutí o registraci:** LES LABORATOIRES SERVIER, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, France. Registrací číslo: 58/563-566/15-C. **Datum poslední revize textu:** 7. 3. 2017. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách a jsou na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-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. \*\* vsměňte si prosím změň v informaci o léčivém přípravku Cosyrel





- 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  $30 \pm 5$ , obvod pasu muži  $104 \pm 13$  cm, ženy  $96 \pm 15$  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.

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.



# 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 perindopril arginine (per)/5 mg amlodipinu (amlo), 20 mg ator/5 mg per/5 mg aml, 20 mg ator/10 mg per/5 mg aml, 20 mg ator/10 mg per/10 mg aml, 40 mg ator/10 mg per/10 mg aml. 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  $\geq 60$  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 dihydropyridinu, nebo na statiny nebo na kteroukoli pomocnou látku, onemocnění jater v aktivním stavu nebo neobjasněné přetrvávající zvýšení sérových aminotransferáz převyšující 3násobek horní hranice normálních hodnot, během těhotenství, kojení a u žen ve fertilním věku, které nepoužívají vhodné antikoncepční prostředky, závažná hypotenze, šok (včetně kardiogenního šoku), obstrukce výtokového traktu levé komory (např. hypertrofická obstrukční kardiomyopatie a vysoký stupeň stenózy aorty), hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu, anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edém) souvisejícího s předchozí terapií ACE inhibitory, dědičný nebo idiopatický angioneurotický edém, současně užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo poruchou funkce ledvin (GFR  $< 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>). **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 zvýšené aminotransferázy, musí být sledováni až do doby, než se hodnoty opět normalizují. Pokud přetrvávají více než trojnásobně zvýšené hodnoty aminotransferáz nad horní hranici normálních hodnot, doporučuje se snížit dávku atorvastatinu pomocí jednotlivých složek nebo léčbu atorvastatinem ukončit. Pacienti, kteří konzumují velké množství alkoholu a/nebo mají v anamnéze jaterní onemocnění, je nutné léčit přípravkem Lipertance s opatrností. **Vliv na kosterní svalstvo:** Jsou-li hladiny CK významně zvýšené ( $> 5 \times$  ULN) oproti normálním hodnotám, léčba nemá být zahájena. Léčba má být přerušena, objeví-li se významné zvýšení hladin CK ( $> 10 \times$  ULN), nebo je-li diagnostikována, 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, klarithromycin, delavirdin, stiripentol, ketokonazol, atd.). Přípravek Lipertance se nesmí podávat současně se systémovou léčbou kyselinou fusidovou nebo během 7 dnů po ukončení léčby kyselinou fusidovou vzhledem k obsahu atorvastatinu. U pacientů, u kterých je systémové podání kyseliny fusidové považováno za nezbytné, se musí po dobu léčby kyselinou fusidovou přerušit léčba statinem\*\*. **Intersticiální plicní onemocnění:** Při podezření na vznik intersticiálního plicního onemocnění u pacienta musí být terapie přípravkem Lipertance přerušena. **Diabetes mellitus:** U diabetiků léčených perorálními antidiabetiky nebo inzulinem má být v průběhu prvních měsíců léčby pečlivě sledována glykémie. **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. Přechnodá hypotenzi odpovídá kontraindikaci pro podání dalších dávek, které mohou být obvykle užity bez obtíží, jakmile po doplnění objemu stoupne krevní tlak. **Stenóza aortální a mitrální chlopně:** Přípravek je kontraindikován u pacientů se závažnou obstrukcí v oblasti výtokového traktu levé komory. **Transplantace ledvin:** Nejsou zkušenosti s podáváním přípravku pacientům po nedávno prodělané transplantaci ledvin. **Porucha funkce ledvin:** monitorování hladiny kreatininu a draslíku, individuální titrace dávky s jednotlivými složkami u pacientů s clearance kreatininu  $< 60$  ml/min, u pacientů se stenózou renální arterie bylo pozorováno zvýšení sérových koncentrací urey a kreatininu, u renovaskulární hypertenze je riziko závažné hypotenze a renální insuficience zvýšené. Amlodipin lze používat u pacientů se selháním ledvin v normálních dávkách. Amlodipin není dialyzovatelný. **U pacientů na hemodialýze:** dialyzovaných pomocí vysoce propustných membrán byly zaznamenány anafylaktoidní reakce. **Hypersenzitivita/angioedém:** 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\*\*. **Anafylaktoidní reakce během aferézy nízkodenzitních lipoproteinů (LDL):** vzácný výskyt ohrožujících anafylaktoidních reakcí, kterým lze předjet dočasným vysazením léčby před každou aferézou. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** během desenzibilizační léčby jedem blanokřídlých (včely, vosy), reakcím je možné se vyhnout dočasným vysazením léčby, nicméně se znovu objevily po neúmyslné expozici. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anemie:** Přípravek Lipertance má být používán s extrémní opatrností u pacientů se systémovým onemocněním pojiva (collagen vascular disease), u pacientů užívajících imunosupresivní léčbu, léčbu aluporinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů a pacienti mají být poučeni, aby hlásili jakékoli známky infekce (např. bolest v krku, horečku). **Basa:** perindopril může být méně účinný na snížení krevního tlaku a může vést k vyššímu výskytu angioedému u černošských pacientů ve srovnání s jinými rasami. **Kašel:** ustupuje po ukončení léčby. **Operace/anestezie: léčba by měla být přerušena jeden den před výkonem.** **Hyperkalemie:** pravidelné monitorování sérových koncentrací draslíku u renální insuficience, zhoršené renální funkce, věku ( $> 70$  let), diabetes mellitus, dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a u současně užívání diuretik šetrících draslík a draslíkových doplňků nebo náhrad solí s obsahem draslíku. **Kombinace s lithií:** nedoporučuje se. **Duální blokáda systému renin-angiotensin-aldosteron (RAAS):** současně užívání ACE inhibitorů, blokátů receptorů pro angiotensin II nebo aliskirenu zvyšuje riziko hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutní selhání ledvin). Duální blokáda RAAS se proto nedoporučuje. ACE inhibitory a blokátory receptorů pro angiotensin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Dědičné problémy s intolerancí galaktosy, vrozený nedostatek laktázy nebo malabsorpce glukosy a galaktosy:** přípravek by neměl být užíván. **Interakce:** **Kontraindikace:** Aliskiren. **Nedoporučované kombinace:** Silné inhibitory CYP3A4, současná léčba ACE inhibitory a blokátorem receptorů angiotensinu, estramustin, lithium, draslík-šetrící diuretika (např. furosemid, amilorid, eplerenon, spironolakton), soli draslíku, dantrolen (infúze), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** Induktory a středně silné inhibitory CYP3A4, digoxin, ezetimib, kyselina fusidová, gemfibrozil / deriváty kyseliny fibrové, inhibitory transportních proteinů, warfarin, antidiabetika (inzuliny, perorální antidiabetika), baklofen, nesteroidní antiflogistika (NSAID) (včetně kyseliny acetylsalicylové  $\geq 3$  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 spermatozojů. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Schopnost reagovat může být narušena při závratí, bolesti hlavy, únavě nebo nauceze. Opatrnost je zapotřebí zejména na začátku léčby. **Nežádoucí účinky:** **Velmi časté:** edém. **Časté:** nazofaryngitida, hypersenzitivita, hyperglykémie, somnolence, závrať, bolest hlavy, dysgeuzie, parestezie, vertigo, porucha zraku, diplopie, tinitus, palpitace, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), zčervenání, faryngolaryngeální bolest, epistaxe, kašel, dyspnoe, nauzea, zvracení, bolest horní a dolní části břicha, dyspepsie, průjem, zácpa, změny způsobu ve vyprazdňování stolice, flatulence, vyrážka, pruritus, otok kloubů, otok kotníků, bolest kčonětí, artralgie, svalové spazmy, myalgie, bolest zad, astenie, únava, periferní edém, abnormální výsledky testů jaterních funkcí, zvýšená hladina kreatininfosfokinázy v krvi. **Méně časté:** rinítida, eozinofilie, hypoglykémie, hyponatremie, hyperkalemie reverzibilní při ukončení léčby, anorexie, insomnie, změny nálad (včetně úzkosti), poruchy spánku, deprese, noční můry, třes, synkopa, hypoestezie, amnezie, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní) rozmazané vidění, tachykardie, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, pankreatitida, říhání, hepatitida cytolytická nebo cholestatická, kopřivka, purpura, změna zbarvení kůže, hyperhidróza, exantém, alopecie, angioedém, pemfigoid, fotosenzitivní reakce, bolest šje, svalová slabost, poruchy močení, noční močení, polakisurie, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynekostomie, bolest na hrudi, bolest, malátnost, periferní otok, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, zvýšení tělesné hmotnosti, pozitivní nálezk leukocytů v moči, snížení tělesné hmotnosti, pád. **Vzácné:** trombocytopenie, stavy zmatenosti, periferní neuropatie, cholestáza, zhoršení psoriázy\*\*, Stevens-Johnsonův syndrom, toxická epidermální nekrolýza, erythema multiforme, myopatie, myozitida, rhabdomyolýza, tendonopatie (někdy komplikovaná rupturou), vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi. **Velmi vzácné:** leukopenie/neutropenie, agranulocytóza nebo pancytopenie, hemolytická anemie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, snížení hladiny hemoglobinu a hematokritu, anafylaxe, hypertonie, ztráta sluchu, infarkt myokardu, sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, angina pectoris, cévní mozková příhoda možná sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, eosinofilní pneumonie, gastritida, gingivální hyperplazie, žloutenka, jaterní selhání, exfoliativní dermatitida, akutní renální selhání. **Není známo:** imunitně zprostředkovaná nekrotizující myopatie, extrapyramidová porucha (extrapyramidový syndrom). **Předávkování:** **Farmakologické vlastnosti:** Atorvastatin je selektivním a kompetitivním inhibitorem HMG-CoA reduktázy. Perindopril je inhibitor angiotensin-konvertujícího enzymu (ACE inhibitor), který konvertuje angiotensin I na vazokonstriktor angiotensin II. Amlodipin je inhibitorem transportu kalciových iontů (blokátory 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 tabletách) nebo 100 potahovaných tablet Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/10 mg, 40 mg/10 mg/10 mg. **Držitel rozhodnutí o registraci:** LABORATOIRES SERVIER, 50 rue Carnot, 92284 Suresnes cedex France. Registrační číslo: Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg: 58/428/15-C, Lipertance 20 mg/5 mg/5 mg: 58/429/15-C, Lipertance 20 mg/10 mg/5 mg: 58/430/15-C, Lipertance 20 mg/10 mg/10 mg: 58/431/15-C, Lipertance 40 mg/10 mg/10 mg: 58/432/15-C. **Datum poslední revize textu:** 4. 10. 2017. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, [www.servier.cz](http://www.servier.cz)

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

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



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.

## Plicní hypertenze

pátek / 9. února 2018 / 14.45–15.25 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 dekvadice, až po život ohrožující stavy, jako je například srdeční selhání či plicní fibróza. Proto je velmi důležité stanovit správnou diagnózu v co možná nejkratší době a zahájit adekvátní léčbu. Stanovení správné diagnózy by mělo být, kromě požadavku na co nejkratší dobu, současně i racionální stran provedených vyšetření, jak z pohledu zátěže pacienta, tak z pohledu ekonomického.

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

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

### Plicní hypertenze

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**2. Vyšetření plicních funkcí, RTG hrudníku**

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

**3. Ventilačně perfuzní scintigrafie plic**

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

**4. Vyšetření ve specializovaném centru**

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

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

U nemocných s vyšším rizikem PAH je indikován skríníng s cílem zachytit onemocnění v málo pokročilém stadiu u oligosymptomatických nebo dokonce asymptomatických nemocných. Echokardiografický skríníng 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 skríníng PAH doporučován každoročně u nosičů vloh pro hereditární PAH a u prvostupňových příbuzných nemocných s PAH, skríníngově 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.

## Dermatologie

garantka MUDr. Yveta Vantuchová, Ph.D.

pátek / 9. února 2018 / 15.40–16.50 hod.

### Terapie bércevého vředu

MUDr. Veronika Biolková

Kožní oddělení, Fakultní nemocnice v Ostravě

Bérceový vřed patří mezi nejčastější nehojící se rány. Vzniká následkem závažných trofických změn tkáně poškozené předchozím onemocněním, nejčastěji vaskulárním. Klasifikace dle etiologie rozděluje příčiny ulcerací na zevní (fyzikální, chemické, infekční) a vnitřní (venózní, arteriální, smíšené, hematologické, lymfatické, neuropatické).

Bérceový vřed venózní etiologie (ulcus cruris venosum) se vyskytuje nejčastěji, až v 60–90 % případů. Vzniká nejčastěji na podkladě chronické žilní insuficience. Postihuje především oblast vnitřního kotníku a distální část bérce. Vředy mohou být různého tvaru, velikosti a hloubky. Spodina vředu může být černá, žlutozelená, žlutá, živě červená – granulující, světlorůžová. Vředy mají pomalou tendenci k hojení a mohou být výrazně bolestivé. Nejčastější komplikací je erysipel a ekzém. Pro stanovení diagnózy je důležitá anamnéza, cíleně se ptáme na rodinnou zátěž, abúzus a přidružená onemocnění. Při klinickém vyšetření hodnotíme celkový stav nemocného se zaměřením na končetiny, palpačním vyšetřením získáváme informace o charakteru otoku a při hodnocení ulcerace zaznamenáváme její velikost, spodinu, sekreci a okolí. Rozhodující jsou přístrojové metody – dopplerovské vyšetření, digitální fotopletyzografie, CT angiografie.

Podmínkou hojení je zlepšení žilní cirkulace. Lokální terapie je pouze pomocným prostředkem léčby. Ošetření předchází koupel v antiseptickém roztoku. Poté je nutno ránu vyčistit. Nedílnou součástí ošetření spodiny rány je debridement, který má za cíl odstranit nekrózu a povlaky. Metody



debridementu dělíme do čtyř skupin – mechanický, autolytický, chemický a enzymatický. Následuje fáze granulační, která vede k novotvorbě cév a vyplnění defektu granulačních tkání. Konečná epitelizační fáze procesu hojení začíná z okrajů rány nebo epitelizačními ostrůvky uvnitř rány. V současné době se v terapii uplatňují produkty moderního krytí, které vytváří stabilní vlhké prostředí a tím podporují hojení rány. Okolní kůže je chráněna indifferentsními mastmi či zinkovou pastou.

Zevní komprese je důležitou součástí léčby a má na končetinu řadu účinků. Snižuje žilní hypertenzi, zužuje dilatované žíly, zlepšuje domykavost chlopní a zmenšuje otok končetiny. Ke kompresivní terapii používáme kompresivní bandáže a kompresivní punčochy. V terapii bércových vředů, nejsou-li kontraindikace, se uplatňují krátkotažná obinadla, která jsou málo roztažitelná, mají vysoký pracovní a nízký klidový tlak. Obinadlo přikládáme na ošetřenou končetinu. Začínáme od prstů, přes nárt a patu s nejvyšším tlakem v oblasti vnitřního kotníku, který postupně snižujeme směrem nahoru. U pacientů se zhojeným bércovým vředem je vhodné použít kompresivní punčochy.

Nutná je důsledná edukace pacienta i rodinných příslušníků. Neměli bychom zapomenout na režimová opatření s cílem postupné redukce hmotnosti, vyvarovat se poranění, dlouhodobému stání a sezení.

## Současná doporučení léčby erysipelu

**MUDr. Jana Nováková**

Kožní oddělení, Fakultní nemocnice Ostrava

Erysipel je akutní bakteriální onemocnění kůže se sklonem k recidivám. Léčba erysipelu musí být komplexní a zahrnuje jak léčbu samotného akutního onemocnění, tak prevenci recidiv onemocnění. Základem je antibiotická terapie namířená proti etiologickému agens. Musíme však myslet i na okolnosti, které vzniku onemocnění napomáhaly a snažit se je ovlivnit (např. predispoziční faktory, místo vstupu infekce), dále léčit či kompenzovat komorbidity a dbát na prevenci komplikací.

U prostého nekomplikovaného erysipelu je volba antibiotika jednoduchá – ve většině případů je etiologickým agens beta-hemolytický streptokok skupiny A, který je velmi dobře citlivý na penicilin. Tento je pro svoji dobrou účinnost a bezpečnost doporučován jako lék první volby. Existují však situace, kdy použití penicilinu není možné (pacient alergický na penicilin) nebo není vhodné (komplikovaný průběh onemocnění).

Erysipelu jsou velmi podobné další dvě klinické jednotky – celulitida a nekrotizující fascitida. Jedná se rovněž o bakteriální onemocnění kůže, ale etiologické agens je často jiné než u erysipelu a terapie samotným penicilinem by byla nedostačující.

Přednáška se bude věnovat především samotnému erysipelu – jeho diagnostice, léčbě a prevenci recidiv. Velmi krátce budou zmíněny i léčebné přístupy k infekčním chorobám, které lze zvažovat v rámci diferenciální diagnostiky.

## Mykózy v běžné ambulanci praxi

**MUDr. Radek Litvik**

Kožní oddělení, Fakultní nemocnice Ostrava

### Definice, etiologie a patogeneze

Dermatofytózy (synonymum tinea) je infekce kůže a kožních adnex způsobená dermatofyty.

Nejčastějšími původci tinea jsou antropofilní dermatofyty, které se přenášejí výhradně z člověka na člověka (*Trichophyton rubrum*, *T. mentagrophytes* var. *interdigitale*, *Epidermophyton floccosum*, *T. violaceum*, *Microsporum audouinii*). Antropofilní dermatofytózy probíhají jen s minimálním zánětem, ale zato chronicky a často recidivují. Zoofilní dermatofyty se na člověka přenášejí ze zvířat: *Microsporum canis* od koček a psů, granulární variety *T. mentagrophytes* od hlodavců, *T. verrucosum* od skotu. U zvířecích i lidských hostitelů dávají tyto druhy přednost mladým, nedospělým jedincům. U člověka probíhají akutně, s výrazným, často hnisavým zánětem. Sklon k recidivám nebývá pokud odstraníme zvířecí zdroj infekce.

**Klinický obraz**

Dnes se tinea rozlišuje podle lokalizace. Uvádí se tedy *tinea capitis/capillitii*, postihující kštici, kde jako povrchová forma vytváří šupinatá ložiska s ulámanými vlasy, a jako hluboká forma folikulárně vázané pustuly až houbovitě infiltráty (kerion Celsi). *Tinea corporis* je onemocněním trupu a proximálních částí končetin, speciální lokalizací je tinea cruris v tříslech. *Tinea corporis* má nejčastěji formu povrchovou s anulárními, polycyklickými ložisky se zánětlivým, šupinatým lemem. Nejčastější dermatofytózou je *tinea pedis* postihující meziprstí (*tinea interdigitalis*) nebo plosku (*tinea plantaris*). Z nohou se infekce může přenést na ruce (*tinea manus*) nebo nehty (*tinea unguium, onychomycosis*).

**Diagnostika**

U tinea corporis, tinea cruris, tinea interdigitalis pedis může zkušený dermatolog stanovit diagnózu již z klinického obrazu, nepozná však etiologické agens. U tinea capitis, tinea plantaris, tinea manus na dlaních a tinea unguium existuje mnoho klinicky velmi podobných, nemykotických onemocnění, proto je nezbytné k přesné diagnóze mykologické vyšetření (mikroskopie – louhový preparát, diagnostika PCR, mykologická kultivace na Sabouradově glukózovém agaru se stanovením citlivosti k antimykotikům).

**Léčba**

U povrchových forem tinea na hladné kůži většinou postačí lokální antimykotická léčba. K dispozici je řada sprejů, lotií, krémů, zásypů, past a nehtových laků s obsahem antimykotických látek. Celková léčba je vyhrazena pro rozsáhlá postižení, pro hluboké formy tinea, tinea capitis a pro případy nereagující na lokální léčbu.

**Kožní nádory v ambulantní praxi****MUDr. Yvetta Vantuchová, Ph.D.**

Kožní oddělení, Fakultní nemocnice Ostrava

Primární kožní nádory jsou nejčastějšími nádory vůbec a jejich incidence trvale stoupá. Velkou výhodou kožních nádorů je jejich snadná dostupnost klinickému vyšetření, což umožňuje snadnou a rychlou diagnostiku ve srovnání s nádory vnitřních orgánů. Pokud jde o etiologii kožních nádorů, můžeme říci, že kůže jako orgán spojující organismus s okolním světem je vystavena vlivu mnoha kancerogenních látek. Hlavním rizikovým faktorem pro vznik kožních karcinomů je UV záření, dále se uplatňují genetické faktory a imunosuprese. Z chemických kancerogenů jsou to například dehty, arsen, fenol, polycyklické aromatické uhlovodíky vznikající spalováním látek obsahujících uhlík, dále ionizující záření (často vznikají nádory ve starých rtg jizvách), viry (papilomaviry, HPV infekce může hrát roli ve vývoji kožního a genitálního SCC, nejčastěji se vznikem SCC bývá spojován HPV 16 a 18, dále typ 6 a 11 z oblasti genitálu). HPV infekce se v kožní kancerogenezi uplatňuje pravděpodobně jako přídatný faktor ve spojení s UV zářením a imunosupresí. Kožní nádory mají značně rozdílné biologické vlastnosti – od vysloveně benigních, dále máme nádory lokálně destruuující, ale nemetastazující a konečně nádory vysoce maligní. Benigní kožní nádory jsou časté, bývají mnohočetné nebo jsou přítomny různé benigní nádory současně, pacienta nijak neohrožují a mnohdy je odstraňujeme pouze z důvodů kosmetických nebo z důvodu jejich lokalizace v místě chronického dráždění. Mezi nejčastější patří: seborrhická veruka (senilní), fibroma molle (pendulum), histiocytom, keratoakantom, hemangiom, angiokeratom a lipom. Diagnostické problémy mohou být zejména v případě seborrhických veruk, nacházíme je na kůži téměř každého člověka nad 50 let, tmavší hnědočerné projevy mohou napodobovat melanom, ale mají vždy homogenní zbarvení, suchý verukózní povrch nebo i mastný vzhled, někdy se z povrchu drolí a občas si pacienti stěžují na svědění léze. Pokud jich má pacient větší počet, může ujít pozornosti přítomnost karcinomu nebo melanomu. Dají se lehce odstranit seškrábnutím ostrou lžičkou. Excizi provádíme pouze při diagnostických pochybnostech – pokud léze připomíná melanom, basaliom s pigmentem nebo névus. Mezi nejčastěji se vyskytující kožní maligní nádory patří basocelulární karcinom (basaliom,

BCC) a spinocelulární karcinom (spinaliom, SCC). Tyto nádory označujeme také termínem nemelanomové kožní nádory, přibližně 80 % tvoří BCC, zbývajících 20 % připadá na SCC. Na BCC je často nahlíženo jako na nádor nemaligní, vzhledem k jeho výjimečnému metastazování. Pokud roste dostatečně dlouho, lokálně destruuje okolní tkáň. SCC je spojen s rizikem vzniku metastáz. Tyto nádory patří k nejčastěji hlášeným onkologickým onemocněním. Hlavním rizikovým faktorem pro BCC i SCC je UV záření, nacházíme je převážně na místech vystavených slunci. Jedním z nejzhojnějších nádorů se stoupající incidencí je melanom vycházející z epidermálních melanocytů. Patří mezi nádory vyššího věku, nejčastěji po 50. roce. Je to nádor s vysokou mortalitou, časně metastazuje zejména lymfatickou, ale i krevní cestou. Jen malá část melanomů se vyvíjí na podkladě existujícího znaménka, z takzvaných atypických neboli dysplastických névů, v 70 % případů roste od začátku jako zhoubný nádor. Pro prognózu pacientů je nejdůležitější včasná diagnostika, adekvátní chirurgická léčba, která zahrnuje radikální excizi nádoru s ochranným lemem a detekci a mikroskopické vyšetření první spádové lymfatické uzliny nejbližší nádoru. Odstraňování pigmentových lézí bez předchozího dermatoskopického vyšetření světelnou lupou dermatologem není vhodné právě pro možnost přehlédnutí onkologicky závažných nálezů. Každá odstraněná pigmentová léze by měla být histologicky zhodnocena. V případě včasné diagnostiky a adekvátní léčby má pacient v mnoha případech naději na úplné vyléčení. Úloha praktického lékaře v časně diagnostice kožních nádorů má důležité místo z důvodu, že praktický lékař často vidí kožní lézi jako první a může iniciovat odborné kožní vyšetření.

## Psychiatrie

garant MUDr. Petr Šilhán, Ph.D.

pátek / 9. února 2018 / 16.50–18.00 hod.

### Neurobiologické hypotézy depresivní poruchy a jak jim porozumět

MUDr. Petr Šilhán, Ph.D.

Oddělení psychiatrické, FN Ostrava

Katedra neurologie a psychiatrie LF OU

Poruchy nálad jsou po úzkostných poruchách druhou nejčastější skupinou duševních onemocnění, mezi nimiž je roční prevalence tzv. „velké depresivní poruchy“, tedy plně rozvinuté formy deprese, odhadována na 6,9 % dospělé populace v Evropské unii (tj. 30 milionů osob) s převahou žen 2,3 : 1 oproti mužům (6). Další pacienti s depresivními příznaky jsou ukryti pod ostatními diagnostickými kategoriemi jako organická depresivní porucha, dystymie, smíšená úzkostně-depresivní porucha, depresivní typ poruchy přizpůsobení aj. Depresivní porucha bývá řazena mezi civilizační choroby spojené se změnou životního stylu, na něž není lidský organismus dostatečně adaptován – nedostatek pohybu, hyperenergetický příjem, zkrácení spánku, nedostatek slunečního světla při pobytu v budovách, světelný smog, nedostatek blízkých sociálních vztahů (3). Depresivní porucha stejně jako ostatní závažné duševní nemoci (severe mental illness SMI) je spojena se zvýšenou somatickou komorbiditou, zvýšenou mortalitou a kratší střední délkou života. Příčinou psycho-somatických komorbidit jsou sdílené etiopatogenetické faktory, vč. sdílených genetických dispozic, nezdravý životní styl, negativní působení psychofarmak, nižší využívání zdravotní péče (4).

Klasická katecholaminová teorie deprese vycházela ze známých účinků prvních, náhodně objevených antidepresiv a předpokládala, že je depresivní onemocnění způsobeno sníženou aktivitou některého z katecholaminu, zvl. noradrenalinu či dopaminu (5). Neúčinnost agonistů katecholaminových receptorů i časová latence nástupu účinku antidepresiv pak posunula pozornost od koncentrace neurotransmiterů (NT) k receptorové hypersenzitivitě a posléze ke změnám v aktivitě druhých posílů a především k jimi zprostředkované expresi nervových růstových faktorů, konkrétně BDNF (brain derived neurotrophic factor). BDNF je neurotrofin zodpovědný za vývoj CNS a později za rozvoj a udržování synaptické plasticity. S jeho působením je spojená neuroplastická

hypotéza deprese, která má odraz rovněž ve funkčních zobrazovacích studiích nacházejících u depresivní poruchy zvýšenou aktivitu podkorových center zprostředkujících afektivní reakce na okolní podněty a naopak sníženou aktivitu prefrontálních oblastí, které tyto afektivní reakce začleňují do cíleného komplexního jednání (2). Dnešní etiopatogenetické hypotézy vzniku depresivní poruchy jsou mnohem širší a zahrnují teorie stresu a stresové odpovědi, teorii zánětlivé reakce, cirkadiánní teorii, glutamátovou teorii, teorii mikrobioty aj. (1). Ačkoliv každá z těchto hypotéz akcentuje jinou linii na sebe navazujících mechanismů vedoucích ke změnám vyvolávajícím depresivní poruchu, existuje rovněž vzájemná provázanost těchto linií ústící právě v narušení mechanismů neuroplasticity.

## LITERATURA

1. Dean J, Keshavan M. The neurobiology of depression: An integrated view. *Asian J Psychiatr.* 2017; 27: 101–111.
2. Duman RS, Aghajanian GK. Synaptic dysfunction in depression: potential therapeutic targets. *Science* 2012; 338(6103): 68–72.
3. Hidaka BH. Depression as a disease of modernity: explanations for increasing prevalence. *J Affect Disord.* 2012; 140(3): 205–214.
4. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry* 2014; 13(2): 153–160.
5. Schildkraut JJ. The catecholamine hypothesis of affective disorders: a review of supporting evidence. *Am. J. Psychiatry* 1965; 122: 509–522.
6. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011; 21(9): 655–679.

## Behaviorální a psychologické symptomy demence aneb co nás trápí nejvíce

**MUDr. Petr Dostálek**

Oddělení psychiatrické, Fakultní nemocnice v Ostravě

Katedra neurologie a psychiatrie Lékařské fakulty Ostravské univerzity

Podíl seniorů v populaci se rychle zvyšuje, v rozvinutých zemích jsou staří senioři (80+) dle WHO nejrychleji rostoucí populační skupinou. S přibývajícím věkem významně roste prevalence demence. Udává se, v 65. roce je 2–2,5 % prevalence demence v populaci, následně každých 5 let se zdvojnásobí. V ČR je odhadováno cca 150–200 tisíc osob s demencí (1/2 až 2/3 připadá na demenci Alzheimerova typu) a je nutno zmínit, že zdaleka ne všichni lidé s demencí mají demenci diagnostikovanou (i v nejvyspělejších státech je diagnostikována pouze přibližně polovina lidí s demencí).

BPSD patří ke klinickému obrazu demence a představují tak závažný problém jak pro nemocné, tak i jejich blízké a pečovatele. Přítomnost BPSD vede k předčasné institucionalizaci, snížené kvalitě života jak pacienta, tak i pečovatele, zvýšení stresu pečovatele, personálu domovů pro seniory, k vyšším nákladům na péči a vyšší disabilitě.

BPSD jsou velmi časté, prevalence dle různých zdrojů je odhadována na 62–90 %. Jednotlivé typy vykazují rozdíly v zastoupení dle pohlaví (muži – častěji agitace, iritabilita, agresivita; ženy – deprese), v čase (afektivní symptomy jsou spíše v časnějších fázích nemoci, agitace/neklid a psychotické symptomy jsou častější spíše později).

BPSD jsou léčitelné, jejich zmírnění vede ke zlepšení stavu nemocného, zmírnění stresu a zátěže rodiny i pečovatelů a v neposlední řadě také ke snížení nákladů vydaných společnostmi na péči o nemocného s demencí.

Léčba BPSD je často zahájena pozdě, rodiny nemocných dlouho problém přehlížejí. K lékaři se tak nemocní dostávají akutně až v okamžiku, kdy pro BPSD je další péče v rodině prakticky nemožná a pečovatelé žádají řešení nastalé situace. Léčba zahrnuje identifikaci spouštěcích faktorů, nefarmakologické postupy, léčbu komorbidit (bolest!) a specifické farmakoterapeutické přístupy.

Nefarmakologické přístupy cílí komplexně na faktory psychosociální, z prostředí pacienta, prostřednictvím edukace a náviku pak i na faktor pečovatele. Tyto intervence při poskytování pečovateli v rodině snižují frekvenci a závažnost BPSD s efektem minimálně srovnatelným s farmakoterapií.

K farmakologickému ovlivnění BPSD se využívá široká paleta medikamentů zahrnující kognitiva, antipsychotika, antidepresiva a další preparáty. Mnohé z nich jsou k dispozici bez preskripčního omezení i pro praktické lékaře. Volba farmaka by měla být vždy přísně individuální se zohledněním přínosů/rizik pro pacienta; je doporučována titrace dávek k nejnižším účinným, pravidelná revize

opodstatnění a efektivity léčby, monitorace nežádoucích účinků. Vždy je zásadní vyloučení somatické dekompenzace či bolesti jako příčiny BPSD. EBM k terapii BPSD nedává příliš vodítek a opory pro volbu farmaka, jako první volba jsou tedy preferovány nefarmakologické intervence.

Jednotlivé typy BPSD a příslušné terapeutické doporučení jsou předmětem přednášky.

## Schizofrenie – léčba nejen duše, ale i těla (role praktického lékaře)

MUDr. Martin Hýža

Oddělení psychiatrické, Fakultní nemocnice Ostrava

S vývojem antipsychotik 2. generace v 90. letech minulého století se dostal do popředí zájem o tělesné zdraví somaticky nemocných. Výhodou druhé generace je nižší výskyt neurologických nežádoucích účinků, ale jsou spojeny s vyšším výskytem rizikových faktorů kardiovaskulárních chorob. Pacienti se schizofrenií mají asi o 20 let nižší průměrnou dobu dožití a mají obecně vyšší prevalenci rizikových faktorů: obezity (okolo 50 %), kouření (až 80 %), diabetu, dyslipidemie a hypertenze. Příčiny souvisí jak s onemocněním samotným a s nezdravým životním stylem – pacienti jsou sociálně izolovaní, mají narušené kognitivní funkce a motivaci – ale i s antipsychotickou medikací. Zejména klozapin a olanzapin (jedno z nejčastěji předepisovaných AP 2. gen.) vyvolávají zvýšený kalorický příjem, nárůst hmotnosti, hyperglykemii a akumulaci lipidů v tukových buňkách a játrech. Kromě výše uvedených faktorů je prokázána i nižší dostupnost (somatické) zdravotní péče pro pacienty se schizofrenií. To je dáno jak zhoršenou adherencí při léčbě, tak např. i nepřesvědčivým popisem příznaků u pacienta s negativním schizofrenním syndromem. Monitoring rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění má tudíž patřit k zavedenému standardu a jsou vytvořeny guidelines včetně frekvence obnovování anamnestických dat a odběrů. V rámci OP FNO je zaveden systém monitoringu s obligatorním vstupním screeningem a s podrobným screeningem u pacientů ve zvýšeném riziku. Výsledkem je skór rizikovosti a doporučení dalšího postupu. V rámci možných intervencí se uplatňují psychosociální programy, přídatná terapie, úpravy antipsychotické medikace i konzultace specialisty.

V péči o tělesné zdraví pacientů se schizofrenií se jedná o problematiku, kde se opakovaně setkáváme s alarmujícími epidemiologickými daty a kde běžná praxe stále zaostává za doporučenými postupy.

## Kolik váží... antibiotika?

sobota / 10. února 2018 / 9.00–10.00 hod.

### MICky vs. MISSky

MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.<sup>2</sup>, MUDr. Václava Adámková<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinická mikrobiologie a ATB centrum VFN, Praha

a Ústav lékařské mikrobiologie LF UP Olomouc

<sup>2</sup>Klinika 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 koncentrací 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 jak u dětí, tak u dospělých.

## Varia

sobota / 10. února 2018 / 10.00–11.30 hod.

### Recidivující respirační infekce – můžeme snížit množství ATB?

prof. MUDr. František Kopřiva, Ph.D.

Dětská klinika FN a LF UP Olomouc

Akutní infekce horních cest dýchacích patří mezi nejčastější infekční onemocnění v ordinaci praktického lékaře. Infekce může postihovat všechny části dýchacích cest (DC), může jít např. o rinitidu, faryngitidu, laryngitidu, tracheitidu či bronchitidu nebo postižení více oddílů DC současně. Nejčastějšími původci zánětů horních i dolních cest dýchacích včetně oblasti hltanu a středouší jsou různé typy virů, asi až v 60–80 % – rinoviry, adenoviry, RS viry, viry influenzy a parainfluenzy, enteroviry (Coxsackie virus, ECHO viry). Léčba je u virových onemocnění většinou symptomatická.

Bakterie jsou tedy příčinou jen asi 8–20 % respiračních infekcí, zvláště u nejmenších dětí. Jedná se často o patogeny běžně se vyskytující v HCD a polykacích cestách zdravých jedinců, které se uplatní na terénu oslabeném již předcházející virovou infekcí.

U infekcí předpokládaného bakteriálního původu se užívají antibiotika, většinou na empirickém základě. Nadměrná, neuvážená léčba infekcí DC ATB narušuje mikrobiom dětského organismu, vývoj a zrání imunitního systému, zvyšuje riziko alergií a rezistenci mikroorganismů a ve svém důsledku vede následně k neúspěchu léčby závažných mikrobiálních infekcí.

Virová a bakteriální onemocnění DC u dětí mají na počátku velmi podobné příznaky a pro lékaře je často obtížné jednoznačně odlišit a rozhodnout v čas o zahájení ATB léčby.

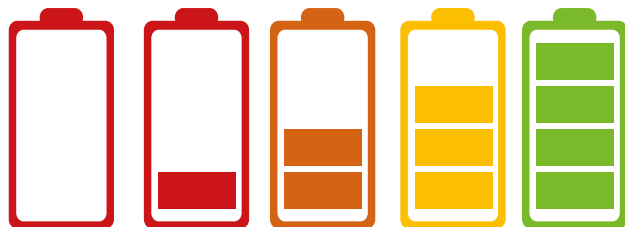
Jelikož nadužívání či nesprávné používání antibiotik je všeobecně stále realitou, přestože racionální antibiotická politika je už dlouho zájmem nejen národním, ale i celoevropským (WHO aktivity), se v literatuře uvádí, že až 60 % infekcí dýchacích cest u dětí i dospělých je neadekvátně léčeno ATB! A proto jsme se rozhodli provést sledování léčby dětských pacientů s recidivujícími respiračními infekčními ATB a zhodnotit možný přínos Erdosteinu na trvání tíže příznaků.

V neintervenční studii „ERICA“ bylo analyzováno 342 dětských pacientů, kteří byli v sezóně (2013/2014) pro opakovanou respirační infekce (≥ 2) léčeni antibiotiky, a u kterých se sledoval počet infekcí dýchacích cest a změna potřeby ATB léčby při včasné nasazení Erdosteinu v sezóně 2014/2015. Nejčastěji zastoupenou diagnózou byla akutní bronchitida (40 % infekcí), u 45 % pacientů byla uvedena alergie nebo astma, což nepřímo podporuje zkušenost z praxe, že děti s alergií jsou častěji nemocné než děti bez alergie.

Ve sledovaném období (10/2014–03/2015) se u hodnoceného souboru počet nasazení ATB signifikantně snížil na pouhých 4,4 % všech zaznamenaných infekcí. Zahájení podávání Erdosteinu při prvních příznacích infekce dýchacích cest může ovlivnit trvání tíže příznaků – produktivní kašel a rýmu, ev. komplikace – výskyt středoušních zánětů.

Studie prokázala rychlejší zlepšení stavu dětských pacientů trpících sledovanými infekcemi dýchacích cest (akutní bronchitida, akutní tracheobronchitida, akutní laryngopharyngitida a akutní laryngitida a tracheitida) při léčbě Erdosteinem a pravděpodobně měla i vliv na snížení následné léčby ATB, i když srovnání dvou období z epidemiologického hlediska je obtížné. Pečlivější diferencální diagnostika infekce DC – virové nebo bakteriální infekce na začátku onemocnění přispěla rovněž k racionálnímu nasazování ATB ve sledovaném souboru dětských pacientů pouze v indikovaných případech.

DOBIJTE SI  
AKUMULÁTOR  
VAŠÍ IMUNITY!



Doplňěk stravy  
- sirup  
- kapsle

# Immun44<sup>®</sup>

Stále více lidí trpí neobvykle často nachlazeními, a to nejen v typických dobách vyššího výskytu nachlazení v zimě. Mnozí z nás, především děti a starší lidé, se prokýchávají a postonávají od jedné infekce k další. Vyvážená a pestrá výživa je předpokladem dobrého stavu našeho imunitního systému. Často se však zapomíná na to, že čerstvé potraviny obsahují v současné době méně vitálních látek, než tomu bylo ještě před 50 lety. Pokud v naší výživě dlouhodobě chybí určité mikroživiny jako vitaminy, minerální látky a stopové prvky, imunitní systém již nemůže podávat dostatečný výkon a reaguje přetížením a riziko infekce se zvyšuje. V dobách, kdy je tělo vystaveno mimořádně velkým zatížením (např. ve stresových situacích, chladných ročních dobách a ve chřipkových obdobích), spotřebovává podstatně více těchto mikroživin.

## Imunitní ochrana pro velké i malé

Skalní růže, rostlina *Cistus incanus* ssp. *creticus* je již od antických dob známa v přírodním lékařství pro své výborné vlastnosti. Extrakt z této rostliny je komplexní směs takzvaných polyfenolů. Slouží stejně jako vitaminy, minerální látky a stopové prvky k zásobování imunitního systému. Doplňěk stravy **Immun44<sup>®</sup>** ve formě kapslí a sirupu obsahuje rostlinnou látku **PLANTOVIR<sup>®</sup>**, přírodní vitamíny **PHYTO-PANMOL<sup>®</sup>** a vysoce cenný komplex mikroživin.

Preparát získáte bez receptu v každé lékárně.

Pro celou  
rodinu!



[www.immun44.cz](http://www.immun44.cz)

## Infekce

garant doc. MUDr. Luděk Rožnovský, CSc.

sobota / 10. února 2018 / 12.45–14.05 hod.

### Spalničky

MUDr. Lenka Petroušová, Ph.D.

Klinika infekčního lékařství, Fakultní nemocnice Ostrava

Spalničky představují závažné virové onemocnění. Přes možnosti prevence zůstávají spalničky celosvětově významnou příčinou mortality i morbidity. První účinná vakcína byla licencovaná na území USA v roce 1963. V České republice byla zahájena vakcinace v roce 1969 a očkovaly se děti narozené v roce 1968 starší 10 měsíců. K udržení dobré epidemiologické situace je nutná proočkovanost populace přes 95 %.

V období od poloviny února do poloviny června 2017 proběhla epidemie spalniček v Ostravě, celkem onemocnělo 130 osob, během 4 měsíců bylo na Klinice infekčního lékařství hospitalizováno 95 pacientů. Spalničky byly potvrzeny metodou ELISA, KFR nebo přímo polymerázovou řetězovou reakcí. Nejmladší pacient měl 3 měsíce a nejstarší 54 let. Klinický průběh onemocnění u nenaočkovaných jedinců, kteří tvořili 40 % z celého souboru, byl plně vyjádřen. U osob, které měly aplikovanou jednu dávku vakcíny, byl také většinou zaznamenán plně rozvinutý obraz spalniček, na rozdíl od osob, které byly očkovány 2 dávkami vakcíny. U těchto pacientů byl průběh spalniček většinou mírný, mitigovaný, diagnóza byla stanovena často na základě epidemiologických souvislostí. U plně vyjádřeného průběhu onemocnění byly vysoké teploty, exantém, enantém, laryngitidy, bronchitidy a dehydratace. Nejzávažnější komplikací byla pneumonie, která se rozvinula u 12 pacientů (13%). Jednalo se o pneumonie s výraznou dušností, která ustupovala pomalu, oxygenoterapie byla nutná 3–5 dnů. Další zaznamenané komplikace byly otitida (3 pacienti), gastroenteritida (7 pacientů), hepatopatie u dospělých pacientů (17 pacientů), myositida (1 pacient), septický průběh (1 pacient).

Epidemie nás přesvědčila o stále trvající závažnosti onemocnění, zvláště proto, že není k dispozici cílená terapie, i proto je žádoucí udržet vysokou proočkovanost celé populace.

### Virové hepatitidy a jejich prevence

doc. MUDr. Luděk Rožnovský, CSc.

Klinika infekčního lékařství, Fakultní nemocnice Ostrava

V České republice jsou častější virové hepatitidy A, B, C a E, s výjimkou virové hepatitidy A (VHA) je většina onemocnění diagnostikována u dospělých. U pacientů s ikterem nebo výrazným zvýšením aminotransferáz je nutno zvažovat všechny uvedené hepatitidy, sérologické vyšetření se většinou provádí až během hospitalizace. U pacientů s chronickou hepatopatií nebo rizikovými faktory v anamnéze je nutno zvažovat chronické virové hepatitidy B a C (VHB a VHC), pro jejich diagnostiku postačuje stanovit HBsAg a anti-HCV, optimálně v režii praktického lékaře, při pozitivním výsledku se má pacient odeslat do hepatologické ambulance (infekce, interny, pediatrie).

V naší republice se nadále vyskytují menší epidemie VHA, postiženy jsou děti i dospělí, často ze sociálně slabých skupin, část onemocnění je importována (tropy, subtropy, okolní země), onemocnění nepřechází do chronicity. Vakcinace je nejvýznamnější preventivní metodou, doplňuje ji snížení rizika fekálně-orálního přenosu infekce v ohnisku VHA (přímý kontakt) nebo v tropech a subtropích (voda, potraviny). Běžně dostupné jsou monovakcíny Avaxim 160 U (od 16 let), Havrix 720 Junior monodose (1–15 let), Havrix 1440 (od 16 let) a bivakcína Twinrix Adult (od 16 let), která je účinná i proti VHB. Individuální vakcinace je vhodná u všech osob, zejména před cestou do tropů a subtropů. Z veřejných zdrojů je vakcína hrazena nově přijímaným zaměstnancům integrovaného záchranného systému, osobám v ohnisku VHA (jen 1 dávka) a při mimořádném očkování při hrozbě epidemie VHA.

Pravidelné očkování proti VHB v posledním desetiletí výrazně snížilo četnost akutní VHB, vakcinována je populace do 28 let věku. Akutní VHB se vyskytují většinou jen u střední a starší gene-

race, převažuje sexuální přenos infekce nebo blízký kontakt s infikovanou osobou, k přechodu do chronicity dochází u 5–10% infikovaných. V rámci prevence je nejdůležitější vakcinace, menší přínos má osvěta (bezpečný sex, prevence drog), vyhledávání a léčba infikovaných osob. Běžně dostupné jsou monovakcíny Engerix-B 10 µg (0–15 let), Engerix-B 20 µg (od 16 let) a bivakcína Twinrix Adult. Pacientům se selháním ledvin se podává monovakcína Fendrix (od 15 let). Hexavakcíny Infanrix-hexa a Hexacima jsou určeny pro pravidelné očkování kojenců a batolat (od roku 2018 jen 3 dávky s výjimkou nedonošených dětí), u novorozenců HBsAg pozitivních matek se navíc při narození aplikuje Engerix-B 10 µg a neoHepatect. Z veřejných zdrojů je hrazena vakcinace u široké škály rizikových skupin, navíc od 2018 znovu i pro osoby v kontaktu s nemocným s VHB nebo nosičem HBsAg. Individuální vakcinace je vhodná pro všechny osoby, hlavně před cestou do tropů a subtropů.

Chronická VHC je nyní nejčastější chronickou hepatitidou v ČR, k rozvoji chronicity dochází u dvou třetin infikovaných pacientů. Akutní infekce dominují u osob ve věku 15–35 let při intravenózní aplikaci drog, navíc se vertikálně infikuje až 5% dětí, jejichž matky mají virémii. Asi třetina onemocnění se diagnostikuje u pacientů ve středním a vyšším věku, zejména při anamnéze aplikace krve a krevních derivátů před rokem 1992. Vakcinace proti VHC není dostupná, nejdůležitější preventivní opatření zahrnují osvětu (prevence drogové závislosti), programy na snížení rizika drogové závislosti (např. výměna jehel a stříkaček, substituční léčba), rozšíření diagnostiky u osob z rizikových skupin a léčbu chronické VHC.

Většina akutních virových hepatitid E (VHE) se vyskytuje u dospělých, zejména starších mužů, zdrojem je nedostatečně tepelně upravené maso prasat a divokých zvířat, mezilidský přenos je vzácný. Import onemocnění z tropů a subtropů s fekálně-orálním přenosem je méně významný. Onemocnění většinou nepřechází do chronicity. Vakcinace proti VHE v naší republice není dostupná, preventivní opatření v naší republice zahrnují adekvátní tepelnou přípravu masa, v tropech a subtropích snížení rizika fekálně-orálního přenosu.

## Uzlinový syndrom pohledem infektologa

MUDr. Petr Širůček

Klinika infekčního lékařství, Fakultní nemocnice Ostrava

Fyziologické mízní uzliny nebolí, jsou elastické, zobrazovací metodou mají oválný tvar a velikost do 1,5 cm v dlouhé a 1 cm v krátké ose.

Nejčastějšími příčinami patologických změn v uzlinách jsou zánět (dny–týdny) a nádor (týdny–měsíce), ostatní příčiny jsou vzácné. Uzlinový syndrom může být lokalizovaný (nejčastěji na krku) nebo generalizovaný (kromě krku lze palpatovat minimálně uzliny též v axilách a tříselech). Dále ho můžeme klasifikovat na asymptomatický a symptomatický (přítomnost subfebrilí nebo febrilí, pocení, únava, hmotnostního úbytku atd.).

V dětském věku s maximem v puerilním a adolescentním období myslíme na infekční mononukleózu, zejména EBV etiologie, v pozdějším věku může být CMV primoinfekt příčinou nejasného horečnatého stavu, který doprovází únava, faryngitida a splenomegalie. V obou případech by se prvodiagnostika praktického lékaře měla opírat o zmnožení reaktivních (atypických) lymfocytů v mikroskopickém diferenciálním rozpočtu bílých krvinek, LD, ALT, v sérologii by neměla chybět avidita IgG protilátek. Pozor na pseudoalergické exantémy (aminopeniciliny, ale i cefalosporin cefprozil) u EB viróz. Při streptokokové angíně či superinfekci virózy vystačíme s penicilinem, event. cefuroximem, u bolestivého zduření na krku vedoucího až k tortikolis, parenterálně za hospitalizace. Pod obrazem infekční mononukleózy může probíhat primoinfekce virem lidské imunodeficiency (HIV) – akutní retrovirózní syndrom, zde je na místě vyšetření anti-HIV protilátek po souhlasu nemocného či zákonného zástupce v případě neplnoletosti. Recidivující opary (HSV 1, 2) v oblasti hlavy či genitálu mohou vést k chronickému zduření místních uzlin.

Anamnestické poranění včetně způsobeného zvířetem či přisátým klíštětem mohou být příčinou zduření spádových uzlin, nejčastěji v podpaží či tříselech, ale i na hlavě a krku. Nekolikvující uzliny mohou „zachytit“ streptokoky, stafylokoky, borrelie a např. *Toxoplasma gondii*. U kolikvujících (felinóza, tularémie, typické i atypické mykobakterií, pasterelóza, aktinomykóza) je nutná spolupráce s operatorem,

nejčastěji ORL lékařem po provedení sonografie, RTG či CT, které mohou odhalit patologické uzliny též v hrudníku a břiše. Měli bychom mít na paměti, že devastovaný chrup může být zdrojem pro krční lymfadenitidu, ale též absces mozku. Pak je vhodná konzultace stomatochirurga po doplnění RTG (OPG).

## **Lymeská borrelióza v ordinaci praktického lékaře**

**MUDr. Alena Zjevíková, Ph.D.**

Klinika infekčního lékařství, Fakultní nemocnice Ostrava

Borrelióza je antropozoonóza, která je v našich podmínkách přenášena hlavně klíšťaty. Borrelie jsou přítomny ve střevě klíštěte a po jeho přisátí se přemísťují do jeho slinných žláz a teprve následně do kůže hostitele. Proto k infekci dochází nejčastěji až po přisátí klíštěte delším než 48 hodin.

Po inkubační době od 3 do 31 dní se objevuje erytém nazývaný erythema migrans, což je časné lokalizované stadium borreliózy. Erytém má různý charakter, nejčastěji se jedná o ostře ohraničené zarudnutí s centrálním vyblednutím, někdy je v centru jasně patrné i místo přisátí. Erytém může být i koncentrický nebo stejnoměrně zbarvený. Pro diagnózu je hlavní klinika s anamnézou přisátí klíštěte ve stejném místě. V tomto typickém případě je indikována léčba bez ověřování diagnózy sérologickými testy. Sérologie může být zavádějící. Tvorba protilátek se oproti jiným onemocněním výrazně opoždí. Negativní protilátky diagnózu borreliózy nevylučují a pokud je léčba zahájena včas, nemusí se vůbec objevit ani s odstupem po léčbě. V léčbě je preferován doxycyklin a amoxicilin. Délka terapie je 14 dnů. Při alergii na uvedená antibiotika podáváme makrolidy nebo cefalosporiny.

Ke kožním formám borreliózy patří dále dceřinné erythema migrans a borreliový lymfocytom s inkubační dobou od 3 týdnů do 6 měsíců. Uvedené afekce představují časnou lokalizovanou formu borreliózy. V terapii jsou indikována stejná antibiotika jen doba léčby se prodlužuje na 3 týdny a zcela výjimečně na 4 týdny.

Pozdní diseminovaná forma borreliózy se na kůži manifestuje jako acrodermatitis chronica atroficans. Dlouhodobé zarudnutí na kůži nad klouby, nejčastěji nad lokty, kolena, na dorzu ruky či nad drobnými klouby ruky. Terapie je při této formě borreliózy již parenterální, indikován je Penicilin G po 3–4 týdny. Většinou je prováděna za hospitalizace na infekci.

Přednáška je doplněna bohatou obrazovou dokumentací kožních afekcí při borreliové infekci.

Praktičtí lékaři se často setkávají s pacienty s kloubnímu potížením, u kterých je v rámci diferenciální diagnózy nutno zahrnout i borreliózu. Klinicky jsou typické intermitentní bolesti střídavě více kloubů, malých i velkých, eventuálně svalů nebo šlach. V diagnostice je přínosné pátrat po přisátí klíštěte nebo výskytu erythema migrans v předchorobí. Zde již vyžadujeme vyšetření protilátek proti borreliím metodou ELISA a při nejasnostech doplníme WB. Přínosné je sérologické vyšetření kloubního punktátu, pokud je k dispozici. Terapie kloubní borreliózy je nejméně 3 týdny, dle potíží nemusí být jen perorální. Zvláště u pacientů s pozitivitou HLA B27 se může jednat o dlouhodobé bolesti a otoky kloubů, vyžadující opakovanou parenterální léčbu vedenou infektologem. Při perorální léčbě preferujeme doxycyklin, který proniká i do kloubních chrupavek.

V přednášce se zmíníme o neuroborrelióze, která nejčastěji probíhá jako aseptická meningitida s parézou hlavových nervů, nejčastěji lícního, dosti často oboustranně. I když většinou nejsou pozitivní meningeální příznaky, je nutné pacienta odeslat na infekci, kde bude provedena lumbální punkce a diagnostické vyšetření likvoru.

Dispenzarizace po prodělané borrelióze trvá 1,5–2 roky. Po erythema migrans je jen klinická, v ostatních manifestacích vyšetřujeme i sérologii. Nekomplikované případy sledují praktičtí lékaři. Na infekci se věnujeme nejasným a komplikovaným případům.

Doufáme, že přednáška bude praktickým lékařům vodítkem, jak postupovat při diagnostickém rozhodování, při léčbě a v dispenzární péči o jejich pacienty.



# Hexacima®

Připravená v předplněné  
injekční stříkačce<sup>1</sup>

Prověřená účinnost  
a příznivý bezpečnostní  
profil<sup>1</sup>

Pro základní očkování  
a přeočkování kojenců  
a batolat<sup>1</sup>



#### Reference:

1. SPC přípravku Hexacima, datum revize textu 8. 1. 2018.

#### ZKRÁCENÉ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU HEXACIMA:

**HEXACIMA**, injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce, **HEXACIMA**, injekční suspenze. Vakcína proti difterii, tetanu, pertusi (acelulární komponenta), hepatitidě B (rDNA), poliomyelitidě (inaktivovaná) a konjugovaná vakcína proti *Haemophilus influenzae* typu b (adsorbovaná). **Léčivá látka:** Jedna dávka<sup>1</sup> (0,5 ml) obsahuje: Diphtheriae anatoxinum: ne méně než 20 mezinárodních jednotek (IU)<sup>2</sup>; Tetani anatoxinum: ne méně než 40 mezinárodních jednotek (IU)<sup>2</sup>; Antigeny *Bordetella pertusis*: Pertussis anatoxinum 25 µg, Haemagglutininum filamentosum 25 µg; Virus Poliomyelitis (inaktivovaný)<sup>3</sup>: typus 1 (Mahoney) 40 D jednotek antigenu<sup>4</sup>, typus 2 (MEF-1) 8 D jednotek antigenu<sup>4</sup>, typus 3 (Saukett) 32 D jednotek antigenu<sup>4</sup>; Antigenum tegiminis hepatitidis B5 10 µg; Haemophilus influenzae typu b polysaccharidum (Polyribosylribitolil phosphas) 12 µg, conjugata cum tetani anatoxinum 22–36 µg. **Terapeutické indikace:** K základnímu očkování a přeočkování kojenců a batolat ve věku od šesti týdnů proti difterii, tetanu, pertusi, hepatitidě B, dětské obrně a invazivním onemocněním způsobeným bakterií *Haemophilus influenzae* typu b (Hib). **Dávkování a způsob podání:** **Základní očkování:** Základní očkování sestává ze dvou dávek (s intervalem nejméně 8 týdnů) nebo tří dávek (s intervalem nejméně 4 týdny) v souladu s oficiálními doporučeními. Jsou možná všechna očkovací schémata, včetně Rozšířeného programu imunizace WHO (WHO Expanded Program on Immunisation, EPI) v 6., 10., 14. týdnu bez ohledu na to, zda byla při narození provedena vakcinace proti hepatitidě B. **Přeočkování:** Po 2dávkovém i 3dávkovém základním očkování musí být provedeno přeočkování. Přeočkování mají být provedena nejméně 6 měsíců po základním očkování v souladu s oficiálními doporučeními. Minimálně musí být podána vakcína s Hib složkou. Pokud byla vakcína proti hepatitidě B při narození podána, může být k přeočkování použita vakcína Hexacima nebo pentavalentní DTaP-IPV/Hib vakcína, a to po 3dávkovém základním očkování. Vakcína Hexacima může být použita k přeočkování osob, které byly již dříve očkovány jinou hexavalentní vakcínou nebo pentavalentní vakcínou DTaP-IPV/Hib společně s monovalentní vakcínou proti hepatitidě B. **Další pediatrická populace:** Bezpečnost a účinnost vakcíny Hexacima u kojenců mladších než 6 týdnů nebyla stanovena. Nejsou k dispozici žádné údaje. Žádné údaje nejsou k dispozici u starších dětí. **Způsob podání:** Intramuskulární podání. Doporučené místo vpichu je přednostně anterolaterální horní část stehna a deltový sval u starších dětí (možno od věku 15 měsíců). **Kontraindikace:** Anafylaktická reakce po předchozím podání vakcíny Hexacima v anamnéze. Přecitlivělost na kteroukoli složku vakcíny, na stopové množství glutaraldehydu, formaldehydu, neomycinu, streptomycinu a polymyxinu B, na jakoukoli vakcínu proti pertusi nebo přecitlivělost po předchozím podání vakcíny Hexacima nebo vakcíny obsahující stejné složky. Přerušit očkování proti pertusi u osob, u nichž se do sedmi dnů po předchozím očkování vakcínou obsahující pertusovou složku (celobuněčnou nebo acelulární vakcínou proti pertusi) vyskytla encefalopatie neznámé etiologie a očkovat dále jen vakcínami proti difterii, tetanu, hepatitidě B, poliomyelitidě a Hib. Vakcína proti pertusi by neměla být podávána osobám trpícím nekontrolovanými neurologickými poruchami nebo epilepsií, a to dokud není stanoven léčebný režim, není stabilizován stav a pokud přínosy vakcinace jednoznačně nepřevažují nad riziky. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Hexacima nechrání proti infekci vyvolané jinými patogeny, než jsou *C. diphtheriae*, *C. tetani*, *B. pertussis*, virus hepatitidy B, poliovirus nebo *Haemophilus influenzae* typu b. Lze však předpokládat, že očkování ochrání i proti infekci hepatitidou D, protože se hepatitida D (vyvolaná delta agens) při absenci infekce hepatitidy B nevyskytuje. Hexacima nechrání proti nákaze hepatitidou způsobenou jinými patogeny, jako jsou viry hepatitidy A, C a E nebo jinými patogeny jater ani proti onemocněním způsobeným jinými typy *H. influenzae* ani proti meningitidě jiného původu. Očkování má být odloženo u osob se středně závažným až závažným akutním horečnatým onemocněním nebo infekcí. Výskyt febrilních křečí v anamnéze dítěte, výskyt febrilních křečí nebo SIDS (syndrom náhlého úmrtí dítěte) v rodinné anamnéze není kontraindikací pro použití vakcíny Hexacima. Údaje pro předčasně narozené děti nejsou k dispozici. Stejně jako u všech injekčně podávaných vakcín musí být u osob s trombocytopenií a s poruchami srážlivosti krve vakcína aplikována se zvýšenou opatností, neboť po i.m. může dojít ke krvácení. **Interakce:** Údaje týkající se současného podávání vakcíny Hexacima a pneumokokové polysaccharidové konjugované vakcíny, kombinované vakcíny proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám, vakcíny proti rotaviru, konjugované vakcínou proti meningokokům C nebo konjugované vakcínou proti meningokokům skupiny A, C, W-135 a Y neprokázaly klinicky relevantní ovlivnění protilátkové odpovědi na žádný z antigenů. Může dojít ke klinicky relevantnímu ovlivnění protilátkové odpovědi na vakcínu Hexacima a vakcínu proti planým neštovicím, a tyto vakcíny by neměly být podávány současně. Při současném podávání jiné vakcíny má být očkování provedeno do odlišných míst vpichu. Nemíchat s žádnými jinými vakcínami nebo jinými parenterálně podávanými léčivými přípravky. S výjimkou případu imunosupresivní terapie nebyly hlášeny žádné významné klinické interakce s jinými typy léčby nebo biologickými přípravky. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Vakcína není určena k podávání ženám v reprodukčním věku. **Nežádoucí účinky:** Nechutenství (snižená chuť k jídlu), plác, spavost, bolest, zarudnutí a otok v místě vpichu, podrážděnost, pyrexie (horečka  $\geq 38,0$  °C), zvracení, abnormální plác (dlouhotrvající plác), průjem, indurace v místě vpichu, hypersenzitivní reakce, uzlík v místě vpichu, pyrexie (horečka  $\geq 39,6$  °C). **Balení:** Hexacima v předplněných injekčních stříkačkách: 0,5 ml suspenze v předplněné injekční stříkačce (sklo typu I) s píšťovou zátkou (halobutyl) a víčkem (halobutyl), bez jehly, s jednou nebo dvěma samostatnými jehlami. **Velikost balení:** 1 nebo 10. Hexacima v lahvičkách: 0,5 ml suspenze v lahvičce (sklo typu I) se zátkou (halobutyl), velikost balení: 10. **Uchování:** Uchovávejte v chladničce (2–8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. Stabilitní data ukazují, že složky vakcíny jsou při teplotě do 25 °C stabilní až 72 hodin. Po tomto časovém období má být vakcína Hexacima podána nebo zlikvidována. Tato data slouží pouze jako návod pro zdravotnické pracovníky v případě dočasných teplotních odchylek při skladování. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Sanofi Pasteur, 14 Espace Henry Vallée, 69007 Lyon, Francie. **Registrační číslo:** EU/1/13/828/001-007. **Datum poslední revize textu:** 8. 1. 2018.

<sup>1</sup> adsorbováno na hydratovaný hydroxid hlinitý (0,6 mg Al<sup>3+</sup>); <sup>2</sup> jako spodní mez spolehlivosti ( $p = 0,95$ ); <sup>3</sup> pomnoženo na Vero buňkách; <sup>4</sup> nebo ekvivalentní množství antigenu stanovené vhodnou imunochemickou metodou; <sup>5</sup> vyrobeno rekombinantní DNA technologií v kvasinkových buňkách Hansenula polymorpha

Výdej léčivého přípravku vázán na lékařský předpis. Před použitím si, prosím, pečlivě přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravek určen k základnímu očkování a přeočkování dětí. Hrazen z veřejného zdravotního pojištění.

SANOFI PASTEUR, odd. vakcín sanofi-aventis s.r.o.

Evropská 846/176a, 160 00 Praha 6

Tel.: 233 086 111, fax: 233 086 222

SANOFI PASTEUR



# MEDICÍNA PRO PRAXI

## V. kongres praktických lékařů v Ostravě

9.–10. února  
2018

Clarion  
Congress Hotel  
Ostrava

### HLAVNÍ PARTNEŘI



### PARTNEŘI

**Akacia Group, s.r.o.**  
**Akademie klasické homeopatie, spol. s r.o.**  
**Angelini Pharma Česká republika s.r.o.**  
**AOP Orphan Pharmaceuticals AG –  
organizační složka**  
**APOTEX (ČR), spol. s r.o.**  
**ELVA Pharma s.r.o.**  
**Gilead Sciences s.r.o.**  
**GlaxoSmithKline, s.r.o.**  
**LEO Pharma s.r.o.**  
**Mary Kay (Czech Republic), s.r.o.**  
**Mediclinic a.s.**  
**Medingo s.r.o.**  
**Merck Sharp & Dohme s.r.o.**  
**Merck spol. s r.o.**  
**Moravskoslezské sanatorium, p. o.**

**MUCOS Pharma CZ, s.r.o.**  
**Nutricia a.s.**  
**Odborný léčebný ústav Metylovice –  
Pfizer PFE, spol. s r.o.**  
**PharmaSwiss Česká republika s.r.o.**  
**PIERRE FABRE MEDICAMENT s.r.o.**  
**PROBIOTICS PROVITA s.r.o.**  
**R.K. Studio**  
**RosenPharma a.s.**  
**Sanofi Pasteur GmbH – organizační složka**  
**Schwabe Czech Republic s.r.o.**  
**VEGALL Pharma s.r.o.**  
**WALMARK, a.s.**  
**Zdravotní ústav se sídlem v Ostravě**  
**Zentiva společnost skupiny Sanofi**

### MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

Medicína  
pro praxi

maxdorf

POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

## Zkrácená informace o přípravku TRIPLIXAM®

**SLOŽENÍ\*\*:** Triplixam 5 mg/1,25 mg/5 mg obsahuje 5 mg perindoprilu argininu/1,25 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplixam 5 mg/1,25 mg/10 mg obsahuje 5 mg perindoprilu argininu/1,25 mg indapamidu/10 mg amlodipinu; Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg obsahuje 10 mg perindoprilu argininu/2,5 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplixam 10 mg/2,5 mg/10 mg obsahuje 10 mg perindoprilu argininu/2,5 mg indapamidu/10 mg amlodipinu. **INDIKACE\*\*:** Substituční terapie pro léčbu esenciální hypertenze u pacientů, kteří již dobře odpovídají na léčbu kombinací perindoprilu/indapamid a amlodipinu, podávanými současně v téže dávce. **DAVKOVÁNÍ A PODOVÁNÍ\*\*:** Jedna tableta denně, nejlépe ráno a před jídlem. Fixní kombinace není vhodná pro iniciační léčbu. Je-li nutná změna dávkování, dávka jednotlivých složek by měla být titrována samostatně. Pediatrická populace: přípravek by se neměl podávat. **KONTRAINDIKACE\*\*:** Dialyzační pacienti. Pacienti s neléčeným dekompenzovaným srdečním selháním. Závažná porucha funkce ledvin (Cl<sub>cr</sub> < 30 ml/min). Středně závažná porucha funkce ledvin (Cl<sub>cr</sub> 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, jakýkoliv jiný inhibitor ACE nebo na kteroukoliv pomocnou látku. Anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edému) souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE (viz bod Upozornění). Dědičný/idiopatický angioedém. Druhý a třetí trimestr těhotenství (viz body Upozornění a Těhotenství a kojení). Kojení (viz bod Těhotenství a kojení). Hepatální encefalopatie. Závažná porucha funkce jater. Hypokalemie. Závažná hypotenze. Šok, včetně kardiogenního šoku. Obstrukce výtokového traktu levé komory (např. vysoký stupeň stenózy aorty). Hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu. Současné užívání přípravku Triplixam s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetes mellitus nebo poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) (viz bod Interakce). **UPOZORNĚNÍ\*\*:** Zvláštní upozornění: Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS): zvýšení rizika hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se nedoporučuje. Pokud je léčba duální blokádou považována za naprosto nezbytnou, má k ní docházet pouze pod dohledem specializovaného lékaře a za častého pečlivého sledování funkce ledvin, elektrolytů a krevního tlaku. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anemie: postupujte opatrně v případě kolagenového vaskulárního onemocnění, imunusupresivní léčby, léčby allopurinolem nebo prokainamidem, nebo kombinace těchto komplikujících faktorů, zvláště při existující poruše funkce ledvin. Monitorování počtu leukocytů. Hypersenzitivita/angioedém: přerušte léčbu a sledujte pacienta až do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Souběžné užívání inhibitorů mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus): Pacienti užívající současně mTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) mohou mít zvýšené riziko výskytu angioedému. (např. otok dýchacích cest nebo jazyka s poruchou dýchání nebo bez ní) \*\*. Analýzaktoidní reakce během desenzibilizace: postupujte opatrně u alergických pacientů léčených desenzibilizací a nepoužívejte v případě imunoterapie jedem blankových. Alespoň 24 hodin před desenzibilizací dočasně vysadte inhibitor ACE. Analýzaktoidní reakce během LDL-aferezy: před každou aferezou dočasně vysadte inhibitor ACE. Hemodialyzovaní pacienti: zvažte použití jiného typu dialyzační membrány nebo jiné skupiny antihypertenziv. Těhotenství: nezačínat užívání během těhotenství, v případě potřeby zastavit léčbu a zahájit vhodnou alternativní léčbu. Hepatální encefalopatie: ukončit léčbu. Fotosenzitivita: ukončit léčbu. Opatření pro použití: Renální funkce: U některých hypertenziků s existujícími zjevnými renálními lézemi, u nichž renální krevní testy ukazují funkční renální insuficienci, by měla být léčba ukončena a je možno ji znovu zahájit v nízké dávce nebo pouze s jednou složkou. Monitorujte draslík a kreatinin, a to po dvou týdnech léčby a dále každé dva měsíce během období stabilní léčby. V případě bilaterální stenózy renální arterie nebo jedné lungující ledviny: nedoporučuje se. Riziko arteriální hypotenze a/nebo renální insuficience (v případě střední insuficience, deplece vody a elektrolytů, u pacientů s nízkým krevním tlakem, stenózou renální arterie, městnavým srdečním selháním nebo cirhózou s edémy a ascitem): zahajte léčbu dávkami nižší dávce a postupně je zvyšujte. Hypotenze a deplece vody a sodíku: riziko náhlé hypotenze v přítomnosti preexistující deplece sodíku (zejména, je-li přítomna stenóza renální arterie): sledujte hladinu elektrolytů v plazmě, obnovte objem krve a krevní tlak, znovu zahajte léčbu nižší sníženou dávkou nebo pouze jednou složkou přípravku. Hladina sodíku: kontrolovat častěji u starších a cirhotických pacientů. Jakákoliv diuretická léčba může vyvolat hyponatremii, někdy s velice závažnými následky. Hyponatremie s hypovolemii mohou způsobit dehydrataci a ortostatickou hypotenzi. Současná ztráta chloridových iontů může vést k sekundárně kompenzační metabolické alkalóze: výskyt a stupeň tohoto jevu je malý \*\*. Hladina draslíku: hyperkalemie: kontrolovat plazmatickou hladinu draslíku u pacientů s renální insuficiencí, zhoršením funkce ledvin, vyššího věku (> 70 let), diabetes mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současně užívání kalium-šetřících diuretik, doplňků draslíku nebo doplňků soli obsahující draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v séru. Hypokalemie: vysoké riziko u starších a/nebo podvyživených osob, cirhotických pacientů s edémem a ascitem, koronárních pacientů, u pacientů se selháním ledvin nebo srdečním selháním, dlouhým intervalem QT: sledovat plazmatickou hladinu draslíku. Může napomoci rozvoji torsades de pointes, které mohou být fatální. Hladina vápníku: hyperkalemie: před vyšetřením funkce příštítných tělísek ukončete léčbu. Renovaskulární hypertenze: v případě stenózy renální arterie: zahajte léčbu v nemocnici v nízké dávce; sledujte funkci ledvin a hladinu draslíku. Suchý kašel. Ateroskleróza: u pacientů s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulární ischemií zahajte léčbu nízkou dávkou. Hypertenzní krize. Srdeční selhání/těžká srdeční insuficience: v případě srdečního selhání postupujte opatrně. Těžká srdeční nedostatečnost (stupeň IV): zahajte léčbu nižšími iniciačními dávkami pod lékařským dohledem. Stenóza aortální nebo mitrální chlopně/hypertrofická kardiomyopatie: v případě obstrukce průtoku krve levou komorou postupujte opatrně. Diabetici: V případě inzulín-dependenčního diabetes mellitus zahajte léčbu v nízké dávce pod lékařským dohledem; během prvního měsíce a/nebo v případě hypokalemie sledujte hladinu glukózy v krvi. Černosi: vyšší incidence angioedému a zjevně menší účinnost při snižování krevního tlaku ve srovnání s jinými rasami. Operace/anestezie: přerušte léčbu jeden den před operací. Porucha funkce jater: mírná až středně závažná: postupujte opatrně. Podání inhibitorů ACE mělo vzácně souvislost se syndromem počínajícím cholestatickou žloutenkou a progredujícím až v náhlu hepatickou nekrózou a (někdy) úmrtím. V případě žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů ukončete léčbu. Kyselina močová: hyperurikemie: zvýšená tendence k záchvatům dny. Starší pacienti: před zahájením léčby vyšetřte renální funkci a hladiny draslíku. Dávku zvyšovat opatrně. **INTERAKCE\*\*:** Kontraindikováno: Aliskiren u diabetických pacientů nebo pacientů s poruchou funkce ledvin. Nedoporučuje se: lithium, aliskiren u jiných pacientů než diabetických nebo pacientů s poruchou funkce ledvin, souběžná léčba inhibitorem ACE a blokátorem receptoru pro angiotenzin, estramustin, kalium-šetřící léky (např. triamteren, amilorid...), soli draslíku, racekadrolin \*\*, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) \*\*, dantrolen (infuze), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. Vyžadující zvláštní opatrnost: baklofen, nesteroidní antiinfektiva (včetně kyseliny acetylsalicylové ve vysokých dávkách), antiaritmika (inzulín, perorální antiaritmika), kalium-šetřící diuretika a kalium-šetřící diuretika (epplerenon, spironolakton), léky vyvolávající "Torsades de pointes", amfetocin B (i.v. podání), glukokortikoidy a mineralkortikoidy (systémové podání), tetrakosaktid, stimulační laxativa, srdeční glykosidy, alopurinol (současná léčba s indapamidem může zvýšit výskyt reakci hypersenzitivitu na alopurinol), indukory CYP3A4, inhibitory CYP3A4 klaritromycin (existuje zvýšené riziko hypotenze) \*\*, Vyžadující určitou opatrnost: antidepresiva imipraminového typu (tricyklická), neuroleptika, jiná antihypertenziva a vazodilatancia, tetrakosaktid, alopurinol (současné podávání s inhibitory ACE), cytotatika nebo imunusupresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid, anestetika, diuretika (thiazid nebo kličková diuretika), gipitiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, zlat, metformin, jodované kontrastní látky, vápník (soli), cyklosporin, atorvastatin, digoxin nebo warfarin, takrolimus \*\*, cyklosporin, simvastatin. **TEHOTENSTVÍ A KOJENÍ\*\*:** Kontraindikováno během druhého a třetího trimestru těhotenství a při kojení. Nedoporučuje se během prvního trimestru těhotenství. **FERTILITA\*\*:** Reverzibilní biochemické změny na hlavové části spermatozoi u některých pacientů léčených blokátory kalciového kanálu. **SCHOPNOST RIDIT 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: závratě, bolest hlavy, parestezie, vertigo, somnolence, dysgeusie, zhoršení zraku, tinitus, palpitace, zrudnutí, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), kašel, dušnost, bolest břicha, zácpa, průjem, dyspepsie, nauzea, zvracení, změny ve vyprazdňování střeva, pruritus, vyrážka, makulopapulární vyrážka, svalové křeče, otok kotníku, astenie, únava. Méně časté: rinidita, eozinofilie, hypersenzitivita, vaskulitida, hyperkalemie vrátá po přerušení léčby, hyponatremie, insomnie, změny nálad (včetně úzkosti), deprese, poruchy spánku, hypoestezie, třes, synkopa, diplopie, tachykardie, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní), vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, kopřivka, angioedém, alopecie, purpura, změna zbarvení kůže, hyperhidróza, exantém, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, artralgie, myalgie, bolest v zádech, poruchy močení, noční močení, polakisurie, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynekomastie, bolest, bolest na hrudi, nevolnost, periferní edém, horečka, zvýšená tělesná hmotnost, snížená tělesná hmotnost, zvýšení sérové hladiny urey, zvýšení sérové hladiny kreatininu, pád. Vzácné: stav zmatenosti, zvýšení sérové hladiny bilirubinu, zvýšení hladiny jaterních enzymů, zhoršení psoriázy \*\*. Velmi vzácné: agranulocytóza, aplastická anemie, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, hemolytická anemie, trombocytopenie, hyperglykemie, hyperkalemie, hypotenze, periferní neuropatie, cévní mozková příhoda, možná sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, angina pectoris, infarkt myokardu, možná sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, eozinofilní pneumonie, gingivální hyperplazie, pankreatitida, gastritida, hepatitida, žloutenka, abnormální hepatální funkce, erythema multiforme, Stevens-Johnsonův syndrom, exfoliativní dermatitida, toxická epidermální nekrolýza, Quinckeho edém, akutní renální selhání, snížení hemoglobinu a hematokritu. Funkce neznámá: Toxické draslíku s hypokalemii, u určitých rizikových populací zvláště závažná, extrapyramidové poruchy (extrapyramidový syndrom), myopie, rozmazané vidění, torsades de pointes (potenciálně fatální), možný rozvoj hepatální encefalopatie v případě jaterní insuficience, možnost zhoršení stávajícího systémového lupus erythematosus, EKG: prodloužený interval QT, zvýšená hladina glukózy v krvi, zvýšená hladina kyseliny močové v krvi. **PŘEDAVKOVÁNÍ\*\*:** VLASTNOSTI\*\*: Perindopril je inhibitor angiotenzin-konvertujícího enzymu (inhibitor ACE), který konvertuje angiotenzin I na vazokonstriktor angiotenzin II. Indapamid je derivát sulfonamidů s indolovým kruhem, farmakologicky příbuzný thiazidovým diuretikům. Amlodipin je inhibitorem transportu kalciových iontů (blokátor pomalých kanálů nebo antagonist kalciových iontů), který inhibuje transmembránový transport kalciových iontů do srdečních buněk a buněk hladkého svalstva cévních stěn. **BALENÍ\*\*:** 30 a 90 tablet. Uchovávání: nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. Doba použitelnosti: 2 roky. Doba použitelnosti po prvním otevření je 30 dní. Držitel rozhodnutí o registraci: Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Registrační čísla: 58/100/14-C, 58/101/14-C, 58/102/14-C, 58/103/14-C. Datum poslední revize textu: 18. 3. 2017. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravek je k dispozici v lékárnách. Přípravek je na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-levy-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](http://www.servier.cz)

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

\*\* všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku Triplixam

síla | prověřenost | flexibilita

# TRIPLEXAM®

perindopril arginin | indapamid | amlodipin



až o  
**730**  
tablet za rok  
méně



## ZJEDNODUŠTE LÉČBU HYPERTENZE

