

Medicína pro praxi

2019

A

www.solen.cz | Med. praxi 2019; 20(Suppl A) | ISBN 978-80-7471-256-2 | 2019

ABSTRAKTA

VI. kongres Medicíny pro praxi v Ostravě – kongres praktických lékařů

15.–16. února 2019

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



20 let s vámi
SOLEN
MEDICAL EDUCATION

detralex®

MPFF® – mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce

ČÍSLO 1 v nových doporučeních 2018¹



**Chronické žilní
onemocnění (CVD*)**
2 tbl denně

**Hemoroidální
onemocnění**
až 6 tbl denně

Zkrácená informace o přípravku Detralex®. **SLOŽENÍ***: Flavonoidum fractio purificata micronisata 500 mg (mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce - MPFF): Diosminum 450 mg, Flavonoida 50 mg vyjádřené jako Hesperidinum v jedné potahované tabletě. **INDIKACE***: Léčba příznaků a projevů chronické žilní insuficience dolních končetin, funkčních nebo organických: pocit tíhy, bolest, noční křeče, edém, trofické změny, včetně bérčového vředu. Léčba akutní ataky hemoroidálního onemocnění, základní léčba subjektivních příznaků a funkčních objektivních projevů hemoroidálního onemocnění. Přípravek je indikován k léčbě dospělých. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ***: Venolymfatická insuficience: 2 tablety denně. Hemoroidální onemocnění: Akutní ataka: 6 tablet denně během 4 dní, poté 4 tablety denně další 3 dny. Udržovací dávka: 2 tablety denně. **KONTRAINDIKACE***: Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ***: Podávání přípravku Detralex v symptomatické léčbě akutních hemoroidů nevyklučuje léčbu dalších onemocnění konečníku. Pokud symptomy brzy neodezní, je nutné provést proktologické vyšetření a léčba by měla být přehodnocena. **INTERAKCE***: 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 samic potkanů. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE***: Žádné. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY***: Časté: průjem, dyspepsie, nauzea, vomitus. Vzácné: závratě, bolesti hlavy, pocit neklidu, vyrážka, svědění, kopřivka. Méně časté: kolitida. Frekvence neznámá: abdominální bolest, ojedinělý otok obličeje, rtů, víček, výjimečně Quinckeho edém. **PŘEDÁVKOVÁNÍ***: FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI*: Venotonikum (venofarmakum) a vazoprotektivum. Detralex působí na zpětný návrat krve ve vaskulárním systému: snižuje venózní distenzibilitu a redukuje venostázu, na úrovni mikrocirkulace normalizuje kapilární permeabilitu a zvyšuje kapilární rezistenci; zvyšuje lymfatický průtok. **UCHOVÁVÁNÍ***: Při teplotě do 30 °C. **VELIKOST BALENÍ***: 30, 60, 120 a 180 potahovaných tablet. **DATUM REVIZE TEXTU***: 24. 7. 2017. Přípravek je k dispozici v lékárnách na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO***: 85/392/91-C. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI***: LES LABORATOIRES SERVIER 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. **DALŠÍ INFORMACE NA ADRESE***: Servier s.r.o., Florentinum, Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel.: 222 118 111, www.servier.cz

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

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

*CVD = Chronic Venous Disease



PROGRAM – pátek 15. února

- 9.00 ZAHÁJENÍ**
prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc.
- 9.05–10.25 VÝŽIVA V NEFROLOGII**
garant prof. MUDr. Vladimír Teplan, DrSc.
- **Nutrice u konzervativní léčby chronického onemocnění ledvin** – Teplan V.
 - **Nutrice u chronicky dialyzovaných** – Valkovský I.
 - **Výživa u akutního selhání ledvin** – Petejová N.
 - **Parenterální výživa u nefrologických nemocných** – Těšínský P.
- 10.25–11.00 PŘESTÁVKA**
- 11.00–12.00 LÉKÁRNICTVÍ A PRAKTICKÝ LÉKAŘ**
garant PharmDr. Pavel Grodza
- IP** ■ **Co může přinést spolupráce zdravotníků první linie?** – Grodza P.
- **Lékové problémy ve veřejné lékárně v kazuistikách** – Šolínová J.
- 12.00–13.00 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE**
- **Hemoroidální onemocnění a možnosti jeho léčby** – Ihnát P.
 - **2 litry polyetylenglykolu s kyselinou askorbovou je dobře snášená a účinná očista střeva před endoskopickým vyšetřením** – Lukáš M.
 - **Život není jen sen**
- 13.00–14.00 OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA**
- 14.00–15.15 OSTEOPORÓZA A PŘIDRUŽENÁ ONEMOCNĚNÍ**
garant prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc., dr. h. c.
- **Kdy má praktický lékař myslet na osteoporózu a jak má reagovat** – Palička V.
 - **Diagnostika pacientů se sekundární osteoporózou a její nejčastější příčiny** – Horák P.
 - **Identifikace rizikového pacienta s osteoporózou a rizikovými zlomeninami v ambulanci praktického lékaře s přihlédnutím k možným kardiovaskulárním komplikacím** – Vyskočil V.
- 15.15–16.15 KARDIOLOGIE**
- **Včasná intervence vysokého krevního tlaku dle nových guidelines** – Nykl R.
 - **Včasnou léčbou rizikových faktorů zlepšíme KV prognózu pacienta** – Špaček R.
- 16.15–16.35 PŘESTÁVKA**
- 16.35–17.50 PRACOVNÍ LÉKAŘSTVÍ**
garanti prof. MUDr. Petr Brhel, CSc., MUDr. Markéta Petrovová, Ph.D.
- **Nemoci z povolání podle současné legislativy, spolupráce praktických lékařů se středisky nemocí z povolání** – Malenka P.
 - **Onemocnění pohybového aparátu a nervů končetin jako nemoci z povolání – diagnostika, uznávání, odškodňování** – Petrovová M., Brhel P.
 - **Hraniční kontraindikace pro práci** – Volf J.
 - **Zdravotní způsobilost k práci u vybraných rizik ohrožení zdraví** – Petrovová M.

Workshopy / pátek 15. února / Salonek Silver

- 13.00–14.00** Praktický nácvik kardiopulmonální resuscitace
- 14.15–15.15** Správné měření ABI a EKG v ambulanci praktického lékaře

Workshopy vedou pracovníci záchranné služby.

VSTUP VOLNÝ, KAPACITA OMEZENA – NUTNÉ PŘIHLÁSIT SE NA MÍSTĚ

PROGRAM – sobota 16. února

9.00 ZAHÁJENÍ

9.00–10.30 PALIATIVNÍ PÉČE

garanti prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc., MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

- **Akutní stavy v domácí paliativní péči** – Sláma O.
- **Symptomy a syndromy v paliativní medicíně** – Kušnířová J.
- **Lůžkový hospic – hospitalizace pacienta v terminální fázi, ale i dny naplněné životem** – Čubová A.
- **Mobilní specializovaná paliativní péče a home care – podobnosti a rozdíly** – Navrátilová P.

10.30–11.00 PŘESTÁVKA

11.00–12.00 MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE

- **Jsmo připraveni na setkání s meningokokem?** – Petroušová L.
- **Fabryho choroba součástí diferenciální diagnostiky v ordinaci praktické lékaře** – Dostálová G.
- **Kdy myslet na primární imunodeficienci?** – Novák V.

12.00–13.00 **ATB atd., nebo ABT?** – MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D., MUDr. Václava Adámková

IP

- **Diskuzní interaktivní blok**

13.00–13.10 **A něco čokoládového navíc aneb zkušenosti z Konga** – MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.

13.15 ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD

IP

interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

VI. kongres Medicíny pro praxi v Ostravě – kongres praktických lékařů

15.–16. února 2019 | Clarion Congress Hotel Ostrava

Pořadatel

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

Záštit

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

Prezident akce

prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc.

Organizátor

SOLEN, s.r.o., Lazebká 297/51, 779 00 Olomouc

Kontaktní osoba: Markéta Slezáková, 734 571 658, slezakova@solen.cz

Programové zajištění: Mgr. Hana Kaprálová, 777 557 411, kapralova@solen.cz

Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s.r.o., Lucie Šilberská

Ohodnocení

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



Supplementum A Medicína pro praxi

Citační zkratka:

Med. praxi 2019; 16(Suppl A).

Vydal: Solen, s.r.o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-256-2

COSYREL®

bisoprolol fumarát / perindopril arginin

Jediná fixní kombinace β-blokátoru a ACEi

pro dobře vyladěné srdce

3 INDIKACE Hypertenze | Stabilní ICHS | Srdeční selhání*

1 tableta 1× denně

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

Zkrácená informace o přípravku COSYREL®

Složení*: Cosyrel 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, potahované tablety, obsahují bisoprolol fumaras (bis) 5 mg perindopril argininum (per) 5 mg, 5 mg bis/10 mg per, 10 mg bis/5 mg per, 10 mg bis/10 mg per. **Indikace*:** Cosyrel je indikován k léčbě hypertenze a/nebo stabilní ischemické choroby srdeční (u pacientů s infarktem myokardu a/nebo revaskularizací v anamnéze) a/nebo stabilního chronického srdečního selhání se sníženou systolickou funkcí levé komory (pouze Cosyrel 5 mg/5 mg a Cosyrel 10 mg/5 mg) jako substituční léčba u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných bisoprololem a perindoprilem podávanými současně ve stejné dávce. **Dávkování a způsob podání*:** Obvyklá dávka je jedna tableta jednou denně, nejlépe ráno a před jídlem. Pacienti musí být stabilizováni na léčbě bisoprololem a perindoprilem ve stejné dávce po dobu nejméně 4 týdnů. Fixní kombinace není vhodná k iniciální léčbě. U pacientů stabilizovaných na dávce bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 2,5 mg nebo bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 5 mg: půl tablety obsahující 5 mg/5 mg nebo 5 mg/10 mg jednou denně. Je-li nutná změna dávkování, titraci je nutno provádět za použití jednotlivých složek samostatně. **Porucha funkce ledvin:** Doporučené dávkování podle clearance kreatininu, 5 mg/5 mg; $Cl_{CR} \geq 60$ (ml/min): 1 tableta; $30 < Cl_{CR} < 60$: ½ tablety; $Cl_{CR} < 30$: přípravek není vhodný, doporučená titrace dávky za použití jednotlivých složek samostatně. 5 mg/10 mg; $Cl_{CR} \geq 60$: ½ tablety; $Cl_{CR} < 60$: přípravek není vhodný. 10 mg/5 mg; $Cl_{CR} \geq 60$: 1 tableta; $Cl_{CR} < 60$: přípravek není vhodný. 10 mg/10 mg; přípravek není vhodný. **Porucha funkce jater:** není nutná úprava dávkování. **Starší pacienti:** podávání podle renální funkce. **Pediatrická populace:** Bezpečnost a účinnost nebyla stanovena, použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **Kontraindikace*:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na jiné inhibitory angiotensin-konvertujícího enzymu (ACE); akutní srdeční selhání nebo probíhající epizody srdeční dekompenzace vyžadující i.v. inotropní terapii; kardiogenní šok; AV blok druhého nebo třetího stupně (bez pacemakeru); sick sinus syndrom; sinoatriální blokáda; symptomatická bradykardie; symptomatická hypotenze; závažné bronchiální astma nebo chronická obstrukční plicní nemoc; závažné formy periferního arteriálního okluзивního onemocnění nebo Raynaudova syndromu; neléčený feochromocytom (viz bod Upozornění*); metabolická acidóza; anamnéza angioneurotického edému souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE; dědičný nebo idiopatický angioneurotický edém; 2. a 3. trimestr těhotenství (viz bod Upozornění*); Těhotenství a kojení*) současně užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo s poruchou funkce ledvin ($GFR < 60$ ml/min/1,73 m²) (viz body Upozornění*); Interakce* a Farmakodynamické vlastnosti*) současně užívání se sakubitrilem/valsartanem (viz bod Upozornění*) a Interakce*)**); mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabítlým povrchem (viz bod Interakce*)**); signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné funkční ledviny (viz bod Upozornění*)**); Upozornění*: Zvláštní upozornění a opatření pro použití: Hypotenze: u pacientů s poklesem objemu tělních tekutin, se symptomatickým srdečním selháním se současnou renální insuficiencí nebo bez ní, s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárními chorobami je při zahájení léčby a změně dávky zapotřebí pečlivě monitorování. Náhlá hypotenze odpověď není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou pacient obvykle užívat bez obtíží, jakmile jim po doplnění objemu stoupne krevní tlak. **Hypersenzitivita/angioedém/intestinální angioedém:** vysadit a zahájit monitorování až do úplného vymizení symptomů. Léčba betablockátorem musí pokračovat. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Současné užívání perindoprilu se sakubitrilem/valsartanem je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Podávání sakubitrilu/valsartanu nesmí být zahájeno do 36 hodin po užití poslední dávky perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčba perindoprilem nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky sakubitrilu/valsartanu (viz body Kontraindikace a Interakce). Současné užívání jiných inhibitorů NEP (např. rasekadotrilu) a inhibitorů ACE může také zvýšit riziko angioedému. Před zahájením léčby inhibitory NEP (např. rasekadotrilu) u pacientů užívajících perindopril je proto nutné pečlivě zhodnotit přínos a rizika*). Pacienti souběžně užívající terapii inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) mohou mít zvýšené riziko angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka s poruchou dýchání nebo bez ní*). **Selhání jater:** vzácně byly inhibitory ACE spojovány se syndromem, který začíná cholestatickou žloutenkou a progreduje ve fulminantní jaterní nekrózu a (někdy) v úmrtí; ukončit léčbu v případě rozvoje žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů. **Černošská populace:** perindopril může být méně účinný a způsobit vyšší procento angioedému ve srovnání s jinými rasami. **Neprůdučivost 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 draslík-šetřících diuretik, draslíkových doplňků, náhrad soli s obsahem draslíku, léčivých přípravků, které mohou způsobovat vzestup sérových koncentrací draslíku. **Kombinace s lithiem:** a draslík-šetřícími diuretiky, draslíkovými doplňky nebo náhradami soli obsahujícími draslík, kalciovými antagonisty, antiarytmiky třídy I a centrálně působícími antiarytmiky: je obecně nedoporučeno. **Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS):** zvýšení rizika hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). **Duální blokáda RAAS** pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se proto nedoporučuje. Pokud je léčba duální blokádou považována za naprosto nezbytnou, má k ní docházet pouze pod dohledem specializovaného lékaře a za častého pečlivého sledování funkce ledvin, elektrolytů a krevního tlaku. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou neuropatií. **Ukončení léčby:** nesmí být provedeno náhle ukončení léčby betablockátorem. Dávkování má být snižováno postupně pomocí jednotlivých složek, ideálně po dobu dvou týdnů. **Bradykardie:** při poklesu srdeční frekvence pod 50–55 tepů za minutu v průběhu léčby a pacient pociťuje symptomy související s bradykardií, dávka má být snižována za použití jednotlivých složek s vhodnou dávkou bisoprololu. **AV blok prvního stupně, stenóza aortální a mitrální chlopně/hypertrofická kardiomyopatie, diabetici, striktní půst:** podávat s opatrností. **Prinzmetalova angina:** betablockátory mohou zvýšit počet a délku trvání epizod anginy pectoris. **Porucha funkce ledvin:** denní dávka má být upravena na základě clearance kreatininu. Monitorování draslíku a kreatininu. U pacientů s bilaterální stenózou renálních arterií nebo stenózou arterie solitární ledviny může dojít ke zvýšení sérových koncentrací urey a kreatininu; v případě renovaskulární hypertenze je riziko těžké hypotenze a renální insuficience zvýšené. **Renovaskulární hypertenze:** Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné funkční ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání (viz bod Kontraindikace). Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie*). **Transplantace ledvin, srdeční selhání s inzulin dependentním diabetem mellitus (typ II), těžkou poruchou funkce ledvin, těžkou poruchou funkce jater, restriční kardiomyopatií, vrozeným srdečním onemocněním, hemodynamicky významným organickým onemocněním chlopní, infarktem myokardu v předchozích 3 měsících; nejnovější zkušenosti s podáváním. Analýzy klinické reakce během afezických nízkodenzitních lipoproteinů (LDL):** vzácná, že předjetí dočasným vysazením léčby inhibitory ACE před každou afezou. Analýzy klinické reakce během desenzibilizace: dočasně vysadit léčbu před vyšetřeními. Tyto reakce se znovu objevily po náhodném opětovném vystavení. Bisoprolol může zvýšit senzitivitu vůči alergenům i závažnost analytických reakcí. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anémie:** extrémní opatrnost u pacientů s kolagenovým vaskulárním onemocněním, s imunosupresivní léčbou, léčbou alopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů. **Bronchospasmus (bronchiální astma, obstrukční onemocnění dýchacích cest):** souběžné podávání bronchodilatátory terapie. **Anestezie:** pokud je nutné betablockátor vysadit, je třeba to provádět postupně a ukončit 48 hodin před anestezí. **Porážka:** podání po zvážení přínosu a rizika. **Feochromocytom:** podávání bisoprololu způsobí vzrostlém bisoprololu alfa-receptorů. **Tyreo toxikóza:** symptomy mohou být maskovány. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antiarytmiky léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje*). **Těhotenství a kojení*:** zastavit léčbu. V případě nutnosti zahájit alternativní léčbu. **Interakce*:** Kombinace kontraindikované: aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo poruchou funkce ledvin, mimotělní léčba*, sakubitril/valsartan*). **Nedoporučuje se současně užívat:** centrálně působící antiarytmika, např. klonidin a další (methyldopa, moxonidin, rilmenidin); antiarytmika třídy I (chinidin, disopyramid, lidokain, flekainid, propafenon); angiotenzin kalcia typu verapamilu a v menší míře diltiazem; aliskiren a blokátory receptorů pro angiotenzin II; estramustin, kotrimoxazol (trimethoprim-sulfamethoxazol)*); draslík šetřící diuretika (triamteron, amilorid), draslík (soli); lithium. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** antiaritmika (angiotenzin, perorální antiaritmika); nesteroidní antiflogistika (NSAID) včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den; antiarytmika; vazodilatancia; trikyklická antidepressiva/antipsychotika; anestetika; sympatomimetika; antagonisté kalcia dihydropyridinového typu (felodipin, amlodipin); antiarytmika třídy III (amiodaron); parasympatomimetika; lokální betablockátory (např. oční kapky k léčbě glaukomu); digitalisové glykosidy; kofeol; draslík nešetřící diuretika; draslík šetřící diuretika (epleron, spironolaktón); rasekadotril*). **Inhibitory mTOR** (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus)*). **Kombinace vyžadující určitou opatrnost:** melflochin, inhibitory monoaminooxidázy (kromě inhibitorů MAO-B), glypiny (linsagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), zlat. **Těhotenství a kojení*:** Podávání není doporučeno v prvním trimestru těhotenství a během kojení. Podávání je kontraindikováno ve 2. a 3. trimestru těhotenství. **Fertilita*:** U některých pacientů se mohou vyskytnout nízkodenzitní lipoproteiny (LDL) související s nízkým krevním tlakem. V důsledku toho může být schopnost řídit a obsluhovat stroje narušena. **Nežádoucí účinky*:** Velmi časté: bradykardie. Časté: bolest hlavy, závratě, vertigo, dyspnoe, parestezie, porucha zraku, tinitus, zhoršení srdečního selhání, hypotenze a účinky související s hypotenzí, pocit chladu nebo zneklidnění končetin, kašel, dyspnoe, bolest břicha, zácpa, průjem, nauzea, zvracení, dyspepsie, vyrážka, pruritus, svalové křeče, astenie, únava. Méně časté: ezofagitida, hypoglykemie, hyperkalemie, reverzibilní při vysazení léčby, hyponatremie, změny nádechu, poruchy spánku, deprese, somnolence, synkopa, palpitace, tachykardie, poruchy AV vedení, ortostatická hypotenze, vaskulitida, bronchospasmus, suchý v ústech, angioedém obličej, končetin, rtů, sliznic, jazyka, glottis a/nebo hrtanu, kopřivka, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, hyperhidróza, svalová slabost, artralgie, myalgie, renální insuficience, erektilní dysfunkce, bolest na hrudi, malátnost, periferní edém, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, pád. **Vzácné:** rinitida, noční můry, halucinace, snížená tvorba slz, poruchy sluchu, hepatitida cytolytické nebo cholestatické, hypersenzitivní reakce (svědění, zčervenání, vyrážka), zhoršení psoriázy*), poruchy potence, vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi, zvýšená hladina triglyceridů. **Velmi vzácné:** agranulocytóza, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, trombocytopenie, hemolytická anémie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, zmatenost, konjunktivitida, arytmie, angina pectoris, infarkt myokardu a cévní mozková příhoda, močrné sekundární k nadměrné hypotenzi u vysoké rizikových pacientů, eosinofilní pneumonie, pankreatitida, erythema multiforme, alopecie, betablockátory mohou způsobit nebo zhoršit psoriázu nebo způsobit vyrážku připomínající psoriázu, akutní renální selhání, snížená hladina hemoglobinu a snížený hematokrit. U jiných inhibitorů ACE byly hlášeny případy SIADH (syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretické hormonu). SIADH lze považovat za velmi vzácnou, ale možnou komplikaci spojenou s léčbou inhibitory ACE. **Předávácí opatrnosti*, vlastnosti*:** Bisoprolol je vysoká beta-selektivní blokátor adrenergních receptorů bez vnitřní sympatomimetické a membrány stabilizující aktivity. Perindopril je inhibitor enzymu, který konvertuje angiotenzin I na vazokonstrikční angiotenzin II (ACE). **Balení*:** Balení 30, 90 potahovaných tablet přípravku Cosyrel 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg. **Uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky uchovávání ani zacházení. **Držitel rozhodnutí o registraci:** LES LABORATOIRES SERVIER, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, France. Registrační číslo: 58/563-566/15-C. **Datum poslední revize textu:** 26. 1. 2018. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách a jsou na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzu-hrazenych-ze-zdrav-poisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florencii 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz. * pro úplnou informaci si prosím přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku; ** všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku Cosyrel



Výživa v nefrologii

garant prof. MUDr. Vladimír Teplan, DrSc.

pátek / 15. února 2019 / 9.05–10.25 hod.

Nutrice u konzervativní léčby chronického onemocnění ledvin

prof. MUDr. Vladimír Teplan, DrSc.

Subkatedra nefrologie IPVZ/IKEM Praha

Katedra interních oborů a Interní klinika FN a LF OU Ostrava

V posledních desetiletích se významně zvýšil počet nemocných ve vyšších a vysokých věkových kategoriích se závažným onemocněním ledvin. Přes rozvoj dialyzačních technologií a transplantačního programu proto přibývá nemocných, u kterých biologický věk s dalším orgánovým poškozením neumožňuje úspěšnou transplantaci ledviny, ale často ani dlouhodobou léčbu v dialyzačním programu. V posledním údobí se objevily studie o úspěšné dlouhodobé konzervativní léčbě s podáváním modifikovaných restriktivních nízkobílkovinných diet doplněných suplementy i u nemocných nad 80 roků věku. K podpoře léčebné alternativy konzervativní nefrologie přispívají i studie deklarující, že pozdější zahájení dialyzačního léčení u seniorů může prodloužit údobí kompenzace při konzervativní léčbě v predialýze a celkově prodloužit dobu aktivního života těchto nemocných. Druhou velmi významnou možností užití modifikované nízkobílkovinné diety se suplementy ketoanalog esenciálních aminokyselin je příprava k preemptivní transplantaci (s vynecháním dialyzační léčby).

V našich předchozích studiích u více než 3 000 nemocných bylo prokázáno, že starší nemocní mohou velmi dobře tolerovat nízkobílkovinnou dietu (NBD) doplněnou ketoanalogy esenciálních aminokyselin (KA), která pomáhá dlouhodobě stabilizovat metabolický stav nemocných. Navíc při většinou dobré kompliance je riziko skryté malnutrice nízké. V prospektivní randomizované, dvojité slepé, placebem kontrolované multicentrické studii CEKAD (Central European Keto Amino Acid Diet) bylo sledováno po dobu tří let celkem 300 nemocných ve stadiu CKD 3–4, diabetiků a nedialybetiků, z čehož 100 nemocných bylo z ČR. Průměrný věk souboru činil 62 ± 6 roků. Následně byla provedena reanalýza dat s ohledem na věkové složení. Soubor byl rozdělen na skupinu I (nemocní ve věku 65 let a starší) a skupinu II kontrolní (nemocní mladší než 65 let). Obě skupiny měly srovnatelnou vstupní úroveň GF $0,57\text{--}0,71 \pm 0,32$ ml/s. Při tříletém sledování jsme u skupiny I prokázali signifikantně vyšší pokles proteinurie a snížení TK ve srovnání s kontrolní skupinou II ($p < 0,025$). Bylo zachyceno i zpomalení progresu GF měřené Ckr a úprava parametrů sacharidového a lipidového metabolismu ($p < 0,05$). Compliance nemocných byla dobrá a adherence k dietě přesahovala 80 % ($p < 0,02$). U sledovaných seniorů bylo při standardní nutriční kontrole dlouhodobé podávání NB diet s KA bezpečné a účinné, a představuje tak alternativní léčebný postup u nemocných vyšších věkových kategorií se špatnou perspektivou na dialyzační léčbě.

LITERATURA

1. Teplan V a kol. Nefrologie vyššího věku. Aesculap, Mladá fronta, Praha 2015: 263–277.
2. Aparicio M, Bellizi V, Chauveau P, et al. Do ketoanalogues still have a role in delaying dialysis initiation in CKD predialysis patients? Seminars in Dialysis 2013; 26(6): 714–719.
3. Teplan V. Suplementované restriktivní diety u nemocných vyššího věku s chronickým onemocněním ledvin. Vnitř Lék 2016; 52(12, Suppl. 6): 6588–6596.

Nutrice u chronicky dialyzovaných

MUDr. Ivo Valkovský, Ph.D.

Interní klinika FN a LF OU Ostrava

Při progresi chronického onemocnění ledvin do terminálního stavu s nutností dialyzační léčby dochází ke změně dietních opatření, dieta však nadále zůstává velmi důležitou součástí léčby. Dobře vybalancovaná dieta by měla zajistit přiměřený příjem proteinů, energie, vody, minerálů a vitaminů.

Stanovení optimálního dietního plánu a jeho dodržování pacienty ale není jednoduché. Nemocní v dialyzační léčbě jsou především zatíženi dietními omezeními a nutností perorálního příjmu vázů fosfátů vzhledem k hyperfosfatemii a také restrikcí příjmu tekutin, sodíku a draslíku, zvláště výraznou při oligoanurii. Další dietní opatření pak neřídka vyplývají z přidružených onemocnění (diabetes mellitus atd.).

Výživa u akutního selhání ledvin

MUDr. Naděžda Petejová, Ph.D, MSc.

Interní klinika FN a LF OU Ostrava

Katedra Interních oborů LF OU, Ostrava

III. interní klinika LF UP, Olomouc

Úvod

Akutní poškození ledvin (AKI) je závažným onemocněním v klinické medicíně s obecně vysokou mortalitou a zároveň je jedním z nezávislých prediktorů mortality u kriticky nemocných pacientů. Akutní intenzivní nefrologie se v posledních letech dostává do popředí zájmu odborné veřejnosti a v praxi zahrnuje komplexní nefrologickou péči o kriticky nemocného pacienta s využitím poznatků více oborů: nefrologie a intenzivní medicíny. Akutní intenzivní nefrologie v komplexním pohledu nepředstavuje pouze akutní poškození ledvin. Těžká malnutrice je diagnostikována u > 42 % pacientů s AKI s rizikem zvýšení mortality, prodloužení pobytu na JIP a zvýšeným rizikem vzniku komorbidit (sepe...).

Východisko

Etiologie a patofyziologie AKI u kriticky nemocných pacientů je multifaktoriální a nemalou mírou ovlivňuje diagnostický a terapeutický postup, kde má své nezastupitelné místo i adekvátní nutriční podpora. Etiologii AKI lze rozdělit na prerenální, renální a postrenální nebo na v komunitě získané, nozokomiální a AKI u kriticky nemocných. Přičemž rizikové faktory pro vznik AKI jsou specifické pro jednotlivé skupiny: sepe, trauma, velké operační výkony, nefrotoxická léčba (antibiotika, chemoterapeutika), crush syndrom nebo otravy chemickými a jinými toxickými látkami. AKI je tedy stresovou situací, která navodí hypermetabolickou a hyperkatabolickou odpověď organismu se základní triádou nutričních změn: hyperglykemie, hypertriglyceridemie a hyperkatabolismus. Tyto změny jsou výsledkem patofyziologických procesů s aktivací periferní inzulinové rezistence, proteinového katabolismu a s inhibicí lipolýzy.

Cíle

Včasná a správná diagnostika základního onemocnění, které k AKI vedlo, i samotné tíže akutního poškození ledvin, což umožňuje adekvátní léčebnou a nutriční podporu se zvýšením šance pacienta na návrat funkce ledvin a v neposlední řadě i na přežití. Posouzení nutričního stavu a proteinového katabolismu u kriticky nemocného je možné antropometricky, klinickým, fyzikálním vyšetřením, stanovením hladiny sérových proteinů a dusíkové bilance. Potřeba energie je individualizována na základě výpočtu nebo měřením indirektní kalorimetrií. Zvláštní skupinou jsou pacienti v kritickém stavu s AKI léčení různými eliminačními metodami s výrazným ovlivněním proteinového metabolismu a potřebou úpravy nutriční podpory.

Závěr

Správná nutriční podpora u pacientů v kritickém stavu je trvalou výzvou pro lékaře v intenzivní péči. Kriticky nemocní v intenzivní péči jsou velmi heterogenní skupinou a doporučení pro nutriční opatření pro tak různorodou skupinu nemohou být v zásadě paušalizována. Každá diagnóza, pooperační průběh a vývoj klinického stavu včetně komplikací (kardiopulmonální resuscitace, umělá plicní ventilace a dlouhodobý pobyt na JIP) musí být vzat v úvahu a komplexní postup individualizován podle aktuálního stavu pacienta.

Lékárnictví a praktický lékař

garant PharmDr. Pavel Grodza

pátek / 15. února 2019 / 11.00–12.00 hod.

Co může přinést spolupráce zdravotníků první linie?

PharmDr. Pavel Grodza

Sdělení přináší různé myšlenky a návrhy, jak navázat spolupráci praktický lékař–lékárník v první linii péče o pacienty. Popsány jsou i historické souvislosti vztahu lékař–lékárník i rozdělení jejich léčebných kompetencí. Přináší informace i o možnostech elektronické preskripce dle současné legislativy, elektronické substituce. Pro informaci jsou uvedena i některá data o systému lékárenské péče v České republice a pro srovnání i v jiných zemích. Dalším tématem je polyfarmacie a polypragmatie a rady, jak se jí bránit a co nejvíce farmakoterapii redukovat na nezbytně nutná léčiva hlavně u seniorů, u kterých pak dochází k někdy i zbytečným interakcím mezi užívanými léky. V České republice se slibně rozvíjí obor klinická farmacie, budoucnost směřuje k tomu, že kliničtí farmaceuti budou působit i v návaznosti na ambulantní zdravotnická zařízení a budou sloužit jako poradci nejen ambulantním lékařům, ale i pacientům. Podobně tomu je např. i ve Velké Británii, kde jsou i jiné možnosti spolupráce s lékaři – např. preskripce léčiv lékárníkem u chronických pacientů, vakcinace v lékárnách. Ve Švýcarsku a Nizozemsku se třeba regionálně scházejí lékárníci a lékaři v malých kolektivech k řešení problematičtějších lékových kazuistik. Výstupy z těchto setkání byly předány i tamějším zdravotním pojišťovnám. Ty zjistily úsporu financí a začaly aktivitu ekonomicky podporovat. Myslím, že jednou z možností spolupráce je i setkávání se na podobných kongresech jako je tento. Možná by bylo dobré v diskuzi připomenout další témata, která by z úst lékárníků mohla zaznít v budoucnu.

Lékové problémy ve veřejné lékárně v kazuistikách

PharmDr. Jana Šolínová

Lékárna U Zlatého hada, Cvikov

Jako lékové problémy označujeme všechny události spojené s farmakoterapií pacienta, které mohou zasahovat do zamýšleného a očekávaného výsledku terapie. Terminologie lékových problémů je v různé literatuře nepatrně odlišná, existuje více podobných definic, totéž se týká i klasifikace jednotlivých typů lékových problémů, různé klasifikace mají rozdílné hierarchie lékových problémů a jsou vhodné pro různá prostředí (pracoviště klinické farmacie, lékárna). Rizikový může být nejen samotný lék, ale i chování zdravotníků a pacientů. Mezi lékové problémy řadíme např. nežádoucí účinky léčiv, interakce léčiv, duplicitní užívání léčiv, volbu nesprávné dávky, problémy se správným užitím lékových forem, špatně poskytnuté informace o léčivu, non-adherenci pacienta ke zvolené terapii, zbytek léčiva, chybějící léčivo aj. Prevence, identifikace a řešení lékových problémů vhodnými intervencemi patří mezi nástroje farmaceutické péče vedoucí ke zvyšování kvality péče o pacienta, minimalizaci rizik a maximalizaci účinku terapie. Na management lékových problémů jsou rovněž zaměřeny dispenzační a konzultační služby lékárny. Dlouhodobé vedení lékových záznamů, náhled do zákulisí farmakoterapie, znalost situace a stavu pacienta, dobrá a efektivní komunikace, případná možnost pohovoru s pacientem v soukromí konzultační místnosti, to vše může přispět k odhalení potenciálních či existujících lékových problémů. Pokud se podaří lékové problémy identifikovat, předcházet jim nebo je řešit ideálně ve spolupráci s ošetřujícími lékaři a dalšími zdravotníky, je možno hovořit o komplexní individualizované péči o pacienta. Znalost záměru lékaře a dobrá mezioborová komunikace je pro intervenci vedoucí k odstranění potenciálního či existujícího lékového problému velmi důležitá. V prezentaci budou stručně představeny kazuistiky pacientů řešené v praxi veřejné lékárny. Jedná se o různé typy lékových problémů zachycených jak při individuální konzultaci, tak při dispenzaci za tárou. V zajímavých odkazech jsou uvedeny dvě již dříve publikované kazuistiky pacientů, kteří ve veřejné lékárně přijali pozvání k individuální konzultaci na základě zachytu potenciálních lékových problémů.

LITERATURA

1. Šolínová J, Malý J. Problematika non-adherence k léčbě u staršího pacienta a její řešení při individuální konzultaci ve veřejné lékárně. Prakt. Lékáren. 2016; 12(3): 118–121.
2. Šolínová J, Malý J. Individuální konzultace poskytované starší pacientce ve veřejné lékárně. Prakt. Lékáren. 2015; 11(2): 64–67.
3. PCNE classification for Drug Related Problems: V 8.02. In: PCNE [online]. 2019 [cit. 2019–01–06]. Dostupné z: <https://www.pcne.org/working-groups/2/drug-related-problem-classification>
4. Pracovní skupina pro konzultační činnost v lékárně. In: ČFS [online]. 2019 [cit. 2019–01–07]. Dostupné z: <https://www.cfs-cls.cz/Sekce/Sekce-klinicke-farmacie/Pracovni-skupiny/Konzultacni-cinnost-v-lekarne/>
5. Odborné poradenství v lékárnách. In: ČLnK [online]. 2019 [cit. 2019–01–06]. Dostupné z: <https://www.lekarnici.cz/Pro-veřejnost/Odborne-poradenstvi-v-lekarnach.aspx>

Aktuality do vaší ordinace

pátek / 15. února 2019 / 12.00–13.00 hod.

Hemoroidální onemocnění a možnosti jeho léčby

doc. MUDr. Peter Ihnát, Ph.D., MBA

Chirurgická klinika, FN Ostrava

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

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

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

Osteoporóza a přidružená onemocnění

garant prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc., dr. h. c.

pátek / 15. února 2019 / 14.00–15.15 hod.

Kdy má praktický lékař myslet na osteoporózu a jak má reagovat

prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc.

Osteocentrum, Fakultní nemocnice a Lékařská fakulta UK Hradec Králové

Osteoporóza patří mezi „moderní“ civilizační choroby s masovým výskytem. Diagnostika a léčba musí probíhat v úzké součinnosti klinických osteologů a praktických lékařů. Role praktických lékařů je naprosto nezbytná v několika rovinách:

- Primární podezření: Vzhledem k tomu, že především počáteční stadia onemocnění jsou obvykle bezpříznaková, je základní podmínkou včasného zachytu dobrá znalost pacienta, jeho rodinné i osobní anamnézy, habitu a životosprávy. Na možnost osteoporózy je nutné myslet především u žen po klimaxu, s pozitivní rodinnou anamnézou (fraktury proximálního femuru), astenického habitu, s nedostatečným příjmem kalcia a vitamínu D.

- Záchyt sekundární osteoporózy: mimo postmenopauzální osteoporózu je velké množství nemocných se sekundární osteoporózou. I když tady by na možnost jejího vzniku měl myslet ošetřující lékař-specialista, role praktického lékaře může být mimořádně přínosná. Na sekundární osteoporózu je nezbytné myslet u nemocných s dlouhodobou terapií glukokortikoidy, antiepileptiky, některými antikoagulancii, u diabetiků (obou typů), chronických zánětlivých onemocnění, revmatoidní artritidy, hypogonadismu (jakéhokoli původu) a dalších chorob.
- Diagnostika: výraznou nápomocí ke zjištění závažnosti rizika rozvoje osteoporózy a následných zlomenin může být program odhadující riziko osteoporotické fraktury v příštích deseti letech. Je volně dostupný na webové adrese <https://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp?lang=cz> a je vyplnitelný i laikem. Znalost kostní minerální hustoty není podmínkou.
- Včasné odeslání pacienta ke změření kostní minerální hustoty na osteologické pracoviště: vyplývá z předchozích kroků, které by ale neměly být vynechány. Cílená indikace zlepšuje kvalitu záchytu a diagnostickou citlivost.
- Dobrá spolupráce s pracovištěm klinické osteologie: v současných legislativních podmínkách je většina cílené terapeutické škály limitována preskripčně na ambulantního specialistu. Praktický lékař by však měl pacienta sledovat, preskribovat kalcium a vitamin D a sledovat compliance pacienta s léčbou pravidelnými kontrolami. Samozřejmostí je monitoring sekundárních rizikových faktorů.
- Sekundární prevence: pacienti, kteří utrpěli první osteoporotickou frakturu jsou jen v minimálních procentech nadále sledováni a léčeni. Odborný lékař mnohdy řeší aktuální frakturu, ponechává ale stranou příčinu, kterou může být osteoporóza. Každý pacient po fraktuře s nepřiměřeným úrazovým dějem ve věku nad 50 let by měl být praktickým lékařem sledován jako suspektní, s vyšetřením rizikových faktorů a případným odesláním ke klinickému osteologovi.
- Naprosto nezbytnou složkou dobré spolupráce jsou pravidelná setkání praktických lékařů a klinických osteologů a edukační aktivity.

Podpořeno MZ ČR – RVO (FNHK, 00179906) a programem Q40

Diagnostika pacientů se sekundární osteoporózou a její nejčastější příčiny

prof. MUDr. Pavel Horák, CSc.

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

Osteoporóza je definována jako onemocnění skeletu charakterizované sníženou pevností kostí, jež člověka predisponuje ke zvýšenému riziku zlomeniny. Pevnost kosti odráží především spojení kostní denzity a kvality kosti. Kostní minerál i organické části kosti jsou strukturálně normální a jsou přítomny ve fyziologickém poměru. Primárním defektem je snížení kvantity kosti, trabekulární i kortikální části kosti vykazují sníženou tloušťku. Je identifikovaná řada rizikových faktorů pro rozvoj osteoporózy (viz tabulka). Mezi nejvýznamnější patří ženské pohlaví, věk, hypogonadismus (včetně menopauzy), nízká kostní denzita či dlouhodobé užívání glukokortikoidů. K primárním osteoporózám se řadí idiopatická a involuční osteoporóza, jež se zase dělí na typ postmenopauzální (osteoporóza I. typu) a senilní (II. typu). Sekundární osteoporózy mají příčinu v primární chorobě, poruše či medikaci. Sekundární osteoporózy jsou méně časté, je na ně potřeba pomyslet zejména u nemocných s velmi nízkou kostní hmotou a nízkoprahovou zlomeninou při absenci běžných rizikových faktorů. Glukokortikoidy indukovaná osteoporóza je nejčastějším typem léky vyvolané osteopatie. Až u 50 % nemocných bez rozdílu věku a pohlaví léčených dlouhodobě glukokortikoidy se objeví osteoporotická zlomenina či aseptická nekróza kosti. Velmi závažnými, často však přehlíženými, faktory rozvoje osteoporózy jsou přítomnost chronických zánětlivých chorob, dlouhodobý deficit vitaminu D spojený se sekundární hyperparatyreózou, latentní h či sarkopenie. Tabulka sumarizuje nejčastější příčiny rozvoje osteoporózy. Sdělení diskutuje problematiku včasné diagnostiky a léčebné intervence, která je v případě sekundární osteoporózy často velmi efektivní.

Tab. 1. Faktory a stavy spojené s rizikem rozvoje primární a sekundární osteoporózy

Věk
■ s každou další dekádou života se riziko zlomeniny zvyšuje 1,4 až 1,8x
Genetické faktory
■ etnické pozadí
■ pohlaví: ženy mají vyšší riziko zlomenin než muži
■ rodinná anamnéza s přítomností osteoporotických zlomenin
Faktory zevního prostředí
■ výživa (nedostatek vápníku či vitamínu D)
■ fyzická aktivita (zatěžování kostí je podmínkou jejího zdravého vývoje)
■ kouření
■ alkohol
■ nadměrné pití kávy
■ sklon k pádům
Léky
■ glukokortikoidy
■ hormony štítné žlázy
■ léky navozující hypogonadismus (androgen deprivace, inhibitory aromatáz)
■ inhibitory protonové pumpy
■ antikoagulační
■ kličková diuretika
■ antidepresiva, antiepileptika
■ inhibitory kalcineurinových receptorů
■ antiretrovirová terapie
Endokrinní poruchy
■ deficit sexagenů
■ hypopituitarismus
■ hypertyreóza
■ hyperparatyreóza primární i sekundární
■ Cushingův syndrom
■ diabetes mellitus (I. i II. typu)
■ hyperprolaktinémie
■ anorexia nervosa
Chronické choroby
■ malabsorpční syndromy (primární i sekundární)
■ cirhóza jater
■ chronická renální insuficience
■ Crohnova choroba, ulcerózní kolitida
■ chronické zánětlivé choroby (revmatické choroby, IBD, CHOPN)
■ některé hematologické a maligní choroby (mnohočetný myelom, karcinom prsu, mastocytóza, chronické anémie)
■ roztroušená skleróza
Různé
■ stav po transplantaci ledvin
■ gastrektomie
■ bariátrické operace

Identifikace rizikového pacienta s osteoporózou a rizikovými zlomeninami v ambulanci praktického lékaře s přihlédnutím k možným kardiovaskulárním komplikacím

doc. MUDr. Václav Vyskočil, Ph.D.

Osteocentrum, II. interní klinika LF UK a Fakultní nemocnice Plzeň

Osteoporóza je civilizační onemocnění postihující až 80 % žen nad 65 let. Víme, že 50 % žen do konce života utrpí alespoň jednu osteoporotickou zlomeninu a 30 % žen ve věku nad 50 let dokonce utrpí zlomeninu jednoho či více obratlů. Z výše uvedeného jasně plyne, jak významné je rizikového pacienta správně a včas identifikovat a jak s takovými pacienty pracovat v oblasti prevence.

Ve své práci se autor nejprve zabývá rizikovými faktory, které přehledně uvádí a jasně definuje. Další část se pak zabývá prevencí, která je nedílnou součástí práce lékaře ve vztahu k pacientům ve věku 50 let a výše. Prevence je rozdělena na primární a sekundární. Zvláštní pozornost je pak věnována prevenci vzniku zlomenin, které jsou nejčastější komplikací osteoporózy. Autor detailně popisuje metodu predikce zlomeniny FRAX, která je základem pro posouzení rizika zlomeniny u pacienta a také je nezbytnou základnou pro nastavení správné léčby. Nicméně se zabývá i dalšími

skórovacími systémy, které uvažují kratší horizont ve vyhodnocení zlomeniny a jsou tak příznivější z hlediska představy pacienta o skutečném riziku a zvyšují perzistenci na léčbě.

Další část práce je věnována měnící se stavbě kosti s ohledem na věk pacienta a s tím související měnící se potřebnou dávkou přijímaného vápníku jako nezbytného prvku pro modelaci a remodelaci skeletu. Na potřebu dostačujícího příjmu vápníku během celého života navazuje potřeba adekvátní hladiny vitamínu D v organismu. Proto je vitamínu D – jeho optimální hladině a změnám výše jeho hladiny v průběhu života věnována další část přednášky.

Poslední část je věnována terapii osteoporózy. V této části autor uvádí kritéria pro nasazení terapie a detailně rozebírá jednotlivé typy terapie s ohledem na maximální přínos pro pacienta. První část je věnována antiresorpční terapii – principům jejího fungování, druhům terapie a přínosům léčby pro pacienta. Druhá část se stejným způsobem věnuje terapii osteo-anabolické.

Závěr práce přehledně shrnuje význam prevence, včasné detekce rizikových pacientů a především přínos jednotlivých druhů terapie ve vztahu k rizikovým faktorům identifikovaných u pacienta. Vše toto se zaměřením na možnosti a význam praktického lékaře.

Kardiologie

pátek / 15. února 2019 / 15.15–16.15 hod.

Včasná intervence vysokého krevního tlaku dle nových guidelines

MUDr. Radomír Nykl

Interní klinika, Fakultní nemocnice Ostrava

Arteriální hypertenze je onemocnění, které má v české populaci vysokou prevalenci (cca 35–40 % populace ve věku 25–64 let s výrazně rostoucím výskytem ve vyšším věku), a které společně s diabetem, dyslipidemií, kouřením, obezitou a neoptimálním životním stylem patří mezi zásadní rizikové faktory kardiovaskulárních chorob. Nemoc se (bohužel) často projeví až svými komplikacemi, což se spolupodílí na velmi obtížném dosažení cílových hodnot u jednotlivých pacientů.

Nová guidelines evropské kardiologické společnosti, publikována v Mnichově roku 2018, týkající se hypertenze, mírně pozměňují pohled na diagnostiku, režimová opatření a cílové hodnoty. Výraznější změny se týkají strategie léčby hypertenze, zejména je kladen důraz na **fixní** kombinační terapii, která se stává základním kamenem jak při **zahájení** terapie (dvojkombinační terapie – inhibitory angiotensin konvertujícího enzymu a blokátory kalciového kanálu), tak vzhledem k prokazatelně lepší compliance (řekněme spolupráci) pacientů i při rozšiřování terapie (trojkombinační terapie – výše uvedené doplněné o diuretikum).

Vzhledem k nadále se rozšiřujícím poznatkům, které se týkají arteriální hypertenze i její léčby (správná, adekvátní, pacientem tolerovaná a akceptovaná) je nutná úzká mezioborová spolupráce mezi praktickými lékaři, ambulantními internisty, kardiology a dalšími specialisty, a lékaři pracujícími ve specializovaných ambulancích v nemocnicích.

perindopril arginin / *indapamid* / *amlodipin*



Začreň informácie o prípravku **TRIPLIXAM** • SLOŽENÍ: Triplixam 5 mg/1,25 mg/5 mg obsahuje 5 mg perindoprilu arginínu/1,25 mg indapamidu/5 mg amlodipínu. Triplixam 5 mg/1,25 mg/5 mg obsahuje 5 mg perindoprilu arginínu/1,25 mg indapamidu/10 mg amlodipínu. Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg obsahuje 10 mg perindoprilu arginínu/2,5 mg indapamidu/5 mg amlodipínu. Triplixam 10 mg/2,5 mg/10 mg obsahuje 10 mg perindoprilu arginínu/2,5 mg indapamidu/10 mg amlodipínu. **INDIKACE:** Substituční terapie pro léčbu esenciální hypertenze u pacientů, kteří by dobře odpovídali na léčbu kombinací perindoprilu/indapamidu a amlodipínu, podávanými současně v této dávce. **DAVKOVÁNÍ A POUŽITÍ:** Jedna tableta denně, nejlépe ráno a před jídlem. Fyziologická kombinace není vhodná pro iniciální léčbu. Jála kytla změna dávkování, dávka jednotlivých složek by měla být titrována samostatně. **Pediatrická populace:** přípravek by se neměl podávat. **KONTRAINDIKACE:** dialýza pacientů s nedělným dekompenzovaným srdečním selháním. Závažná porucha funkce ledvin (Cl_{CR} < 30 ml/min). Středně závažná porucha funkce ledvin (Cl_{CR} 30-60 ml/min) pro Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg a 10 mg/2,5 mg/10 mg. Hypersenzitivita na léčivé látky, jiné sulfonamidy, deriváty dihydropyridinu, jakýkoli jiný inhibitor ACE nebo na kteroukoli pomocnou látku. Anamnéza angioedému (Quinckeého edému) související s předchozí terapií inhibitory ACE (viz bod Upozornění). Dědičný/idiopatický angioedém. Druhá a třetí trimestr těhotenství (viz bod Upozornění a těhotenství a kojenci). Kojení (viz bod Těhotenství a kojenci). 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 alkalie u pacientů s diabetem mellitem nebo poruchou funkce ledvin (GRF = 60 ml/min/1,73 m², viz bod Interakce). Současné užívání se sacubitril/valsartanem (viz. bod Upozornění a Interakce) • Množství léčiva vedoucí ke kontaktu krve se známými nábytkovými povrchy (viz. Interakce) • Signifikanční bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné funkční ledviny (viz. Upozornění) • **UPOZORNĚNÍ • Zvláštní upozornění:** **Důležitá blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteronu (RAAS):** zvýšené riziko hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Důležitá blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitory ACE, blokátory receptoru pro angiotenzin II nebo aliskirenu se nedoporučuje. Pokud je léčba důležitou blokádu považována za naprosto nezbytnou, má k ní docházet pouze pod dohledem specializovaného lékaře a za častého pečlivého sledování funkce ledvin, elektrolytů a krevního tlaku. Inhibitory ACE a blokátory receptoru pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Neutropenie/agranulocytóza/thrombocytopenie/anémie:** postupuje opatrně v případě kolagenového vaskulárního onemocnění, imunosupresivní léčby, léčby allopurinolem nebo prokainamidem, nebo kombinace těchto komplikací faktorů, zvláště při existující poruše funkce ledvin. Monitorování počtu leukocytů. **Renovaskulární hypertenze:** pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné funkční ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie • **Hypersenzitivita/angioedém, intrinzeální angioedém:** přestane léčba a sledujte pacienta až do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem tracheálního hrtanu může být smrtelný. Souběžné užívání inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) mohou mít zvýšené riziko výskytu angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka s poruchou dýchání nebo bez ní) • Současné užívání perindoprilu se sacubitril/valsartanem je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Podávání sacubitril/valsartanu nesmí být zahájeno do 36 hodin po užití poslední dávky perindoprilu. Pokud je léčba sacubitril/valsartanem ukončena, léčba perindopilem nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky sacubitril/valsartanu. Současné užívání jiných inhibitory NEP (např. rasekacatrilu) a inhibitory ACE může také zvýšit riziko angioedému. Před zahájením léčby inhibitory NEP (např. rasekacatrilu) u pacientů užívajících perindopril je proto nutné pečlivě zhodnotit přínosy a rizika • **Anafylaktické reakce během desenzibilizace:** postupuje opatrně u alergických pacientů léčených desenzibilizací a nepoužívaje v případě imunitarie podle plánů desenzibilizace. Alespoň 24 hodin před desenzibilizací dotáhně vyšetřte inhibitor ACE. **Anafylaktické reakce během LDL-terapie:** před každou aferézou dotáhně vyšetřte inhibitor ACE. **Hemodialýzovaní pacienti:** zvláště použiteli jinou dialýzou membrány nebo jiné skupiny antihypertenziv. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle nepodávají na antihypertenzivní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzinu. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje • **Těhotenství:** nezačínáje užívání během těhotenství, v případě potřeby zastavte léčbu a zahájit vzhlednou alternativní léčbu. **Hepatální encefalopatie:** 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 každých dva měsíce během období stabilní léčby. V případě bilaterální stenózy renální arterie nebo jedné funkční ledviny: nedoporučuje se. Riziko arteriální hypertenze a nebo renální insuficience (v případech střední insuficience, deplece vody a elektrolytů, u pacientů s nízkým krevním tlakem, stenózou renální arterie, městřavým srdečním selháním nebo chrůzovou stenózou a aortou); zvažte dávku dávka nižší dávka a postupně je zvyšujte. **Hypotenze a deplece vody a sodíku:** riziko náhlé hypotenze v přítomnosti preexistující deplece sodíku (zejména, jála přítomna stenóza renální arterie); sledujte hladinu elektrolytů v plazmě, obnovte objem krve a krevní tlak, znovu zahajte léčbu nížším snížením dávky nebo pouze jednou složkou přípravku. Hladina sodíku: kontrolovat častěji u starších a chrůzových pacientů. Jakákoli diuretika léčba může vyvolat hyponatremii, někdy i selvce závažných následků. Hyponatremie s hypovolemí mohou způsobit dehydrataci a ortostatickou hypotenzi. Současné ztráta chloridových iontů může vést k sekundární kompenzační metabolické alkalóze; výskyt a stupeň tohoto jevu je malý • **Hladina draslíku:** hyperkalemie: kontrolovat plazmatickou hladinu draslíku v případě renální insuficience, zhoršení funkce ledvin, vyššího věku (> 70 let), diabetese mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současné užívání kalium-sulfátových diuretik, doplňků draslíku nebo doplňků soli obsahujících draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v séru. **Hyperkalemie:** vysoké riziko u starších a/nebo podvýživných osob, chrůzových pacientů s edémem a ascitem, kornarácími 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 draslíku u hyperkalemie: při vyšetření funkce prstítných tělísek ukončete léčbu. **Renovaskulární hypertenze:** v případě stenózy renální arterie: zvažte léčbu v nemocnici v nízké dávce; sledujte funkce ledvin a hladinu draslíku. **Sučný šok. Ateroskleróza:** u pacientů s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulární ischemií zvažte léčbu nízkou dávkou. **Hypertenze krve. Srdeční selhání/těžká srdeční insuficience:** v případě srdečního selhání postupuje opatrně. Těžká srdeční nedostatečnost (stupeň IV): zvažte léčbu nižšími iniciálními dávkami pod lékařským dohledem. **Stenóza aortální nebo/aortální chlopy/hypertrofičká kardiomyopatie:** v případě obstrukce průtoku krve levou komorou postupuje opatrně. **Diabetici:** V případě inzulin-dependentního diabetese mellitus zvažte léčbu iniciální níží dávkou pod lékařským dohledem; během prvního měsíce a/nebo v případě hyperkalemie sledujte hladinu glukózy v krvi. **Černost:** vyšší incidence angioedému a zjevně méně účinnosti při snižování krevního tlaku ve srovnání s jiným rasem. **Operace/anestezie:** přestane léčbu denně před operací. **Porucha funkce jater:** mírná až středně závažná; postupuje opatrně. Podání inhibitory ACE může zvýšit souvislost se syndromem pojmáním cholestatickou žoutenkou a progresujícím až v náhlou hepatickou nekrózu a (někdy úmrtí). V případě žoutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů ukončete léčbu. **Kyselina močová:** hyperurikémie; zvýšená tendence k začatím dnů. **Stenóza funkce ledvin:** při zahájení léčby vyšetřte renální funkci a hladinu draslíku. Dávku zvyšovat opatrně. **Hladina sodíku:** Triplixam obsahuje méně než 1 mmol sodíku (23 mg) v tablete, to znamená, že je podstatně bez sodíku • **INTERAKCE • Kontraindikace:** Aliskiren u diabetických pacientů nebo pacientů s poruchou funkce ledvin. Množství léčiva • **Sacubitril/valsartan • Nedoporučuje se:** lithium, aliskiren u jiných pacientů než diabetických nebo pacientů s poruchou funkce ledvin, souběžná léčba inhibitory ACE a blokátorem receptoru pro angiotenzin, estramifem, kalium-sulfátový lék (např. triamterem, amilorid...), soli draslíku, kombinace s (trimethoprim-sulfathiazol) • **dantrolen (múle), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. Vyzádující zvláštní opatření:** bakofen, nesteroidní antirevmatika (včetně kyselicykloxylové ve vysokých dávkách), antidabetika (inzulin, perorální antidabetika), kalium-srdeční diuretika a kalium-srdeční diuretika (epirenon, spironolakton), rasekacatril, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus...) • **léky vyvolávající Torsades de pointes:** amfotol B (v ledviny), gluko-kortikoidy a mineralkortikoidy (systémové podání), tetraosakaid, stimulační látky, srdeční glykosidy, allopurinol (současné užívání s indapamidem může zvýšit výskyt reakce hypersenzitivní na allopurinol), induktoři CYP3A4, inhibitory CYP3A4 Kanthromycin (existuje zvýšené riziko hypotenze) • **Vyzádující určitá opatření:** antidepresiva imipraminového typu (tricyklická), neuroleptika, jála antihypertenziva a vazodilatantika, tetraosakaid, allopurinol (současné podávání s inhibitory ACE), cytostatika mohou imunosupresivní, systémová CYP3A4, inhibitory kornarácími nebo prokainamidem, anestetičtá, diuretika (hazard nebo křivková diuretika), glitiny (inaglitin, sipraglitin, vilaglitin), symptomatologika, data, metformin, jódované kontrastní látky, vakcíny, cyklosporin, atrovastatin, digoxin nebo warfarin, takrolimus • **působení inhibitory rapamycinu (mTOR) •** cyklosporin, sirolimus, TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ • Kontraindikováno během druhého a třetího trimestru těhotenství a při kojenci. Nedoporučuje se během prvního trimestru těhotenství. **FERTILITA:** Reverzibilní biochemické změny na hlavě častě spermatozoj u některých pacientů léčených blokátory kaliového kan

Pracovní lékařství

garanti prof. MUDr. Petr Brhel, CSc.,
MUDr. Markéta Petrovová, Ph.D.

pátek / 15. února 2019 / 16.35–17.50 hod.

Nemoci z povolání podle současné legislativy, spolupráce praktických lékařů se středisky nemocí z povolání

MUDr. Petr Malenka, Ph.D.

Klinika pracovního lékařství, FN u sv. Anny v Brně a LF MU Brno

Cílem sdělení je seznámit praktické lékaře se správným postupem při posuzování a uznávání nemocí z povolání a upozornit na nejčastější chyby při odesílání pacientů na středisko nemocí z povolání příslušného KPL k vlastnímu šetření nemoci z povolání.

Při podezření na profesionalitu onemocnění odesílá ošetřující lékař pacienta k šetření na místně příslušné středisko nemocí z povolání, kde pracovní lékař ověří, zda diagnóza NZP nebo ohrožení NZP je řádně objektivizována příslušným odborným vyšetření včetně stanovení stupně onemocnění dle seznamu NZP. Hlavním zdrojem informací pro zjištění zdravotního stavu před vznikem posuzovaného onemocnění je zdravotnická dokumentace od registrujícího praktického lékaře a event. i smluvního lékaře pracovnělékařských služeb zaměstnavatele. Ověření podmínek vzniku onemocnění na pracovišti provádí hygienická stanice, v jejímž spádovém území je pracoviště, na kterém pracovník vykonával posuzovanou práci.

Onemocnění pohybového aparátu a nervů končetin jako nemoci z povolání – diagnostika, uznávání, odškodňování

MUDr. Markéta Petrovová, Ph.D., prof. MUDr. Petr Brhel, CSc.

Klinika pracovního lékařství, FN u sv. Anny v Brně a LF MU Brno

Onemocnění pohybového aparátu a nervů končetin patří k nejčastěji diagnostikovaným nemocem z povolání (NZP) v Evropě i v ČR. Postižení mohou být pracovníci v řadě odvětví a povolání. Příčinou vzniku těchto onemocnění je nerovnováha mezi biologickou odolností tkání organismu a fyzickými nároky konkrétní práce na organismus. Z medicínského hlediska se jedná o širokou skupinu nozologických jednotek, zahrnující různá neurologická, ortopedická a revmatologická onemocnění pohybového systému. Jejich jednotícím faktorem je primární příčinná souvislost s profesním dlouhodobým nadměrným přetěžováním horních nebo dolních končetin, vysokou četností pracovních pohybů a nevhodnou pracovní polohou při výkonu práce, práce s vibrujícím nářadím nebo kombinace těchto dvou rizikových faktorů. K rozvoji onemocnění přispívají další faktory pracovního prostředí, zejména častá ruční manipulace s břemeny, nevhodná ergonomie pracoviště, vlhko a chlad a také individuální faktory na straně zaměstnance.

Zcela dominantní postavení mezi profesními nemocemi pohybového aparátu a nervů končetin mají zhruba dvoutřetinovým podílem periferní neuropatie typu úžinových syndromů, zejména syndrom karpálního tunelu, méně syndrom kubitálního tunelu a vzácněji syndrom Guyonova kanálu, event. ojediněle jiné. Často se setkáváme s profesními aseptickými tendosynovitidami flexorů nebo extenzorů předloktí a ruky, entezopatiemi, zvl. převažujícími epikondylitidami humeru, impingement syndrom III. stupně s degenerativní rupturou rotátorové manžety nebo lokalizovanou artrózou kloubů končetin. Aseptické burzitidy z tlaku, např. pracovního nástroje nebo způsobené polohou, vidíme méně často. Profesní aseptické nekrózy zápěstních či záprstních kůstek z působení nadlimitních vibrací přenášených při práci na ruce, stejně jako poškození menisků kolenních kloubů, která se mohou vyskytnout u pracujících po mnohaleté práci v podřepu a v kleči, jsou dnes vzácná.

Při šetření profesionality je pracovním lékařem střediska ověřována diagnóza nemoci, event. stupeň postižení a hygienické podmínky vzniku onemocnění na pracovišti. Po vystavení posudku o uznání NZP má poškozený nárok na příslušné náhrady.

Na závěr je třeba konstatovat, že onemocnění páteře t.č. mezi nemoci z povolání v České republice nepatří. Tato onemocnění byla v souladu s doporučením Evropské komise již v řadě členských států Evropské unie do jejich seznamů nemocí z povolání implementována. Také v České republice jsou zhruba v horizontu 1 až 2 let chronická onemocnění bederní páteře způsobená dlouhodobým přetěžováním těžkou fyzickou prací velmi pravděpodobným kandidátem na nové zařazení do seznamu nemocí z povolání.

Hraniční kontraindikace pro práci

MUDr. Jaroslav Volf, Ph.D., MUDr. Zdeňka Hajduková, Ph.D.

Oddělení pracovního a preventivního lékařství Fakultní nemocnice Ostrava

Posuzování zdravotních kontraindikací způsobilosti k práci je v současné podobě spojeno s aplikací zákona 373/2011 Sb., resp. vyhlášky č. 79/2013 Sb. v aktuálním znění, resp. s její přílohou. Při posuzování nemoci vylučující zdravotní způsobilost k práci i při posuzování nemoci, u kterých lze posuzovanou osobu uznat za zdravotně způsobilou k práci na základě závěru odborného vyšetření jde o infinitivní výčty nemocí a nálezů. Pracujeme s pojmy jako „závažné“ chronické onemocnění, „prognosticky nepříznivé“ nemoci.

Na druhé straně jsou zde zákony, například zákon o zaměstnanosti, antidiskriminační zákon (198/2009 Sb.), které brání uchazeče o práci před diskriminací pro zdravotní stav.

Podle zákoníku práce se však za diskriminaci (ani přímou ani nepřímou) nepovažuje rozdílné zacházení, pokud z povahy pracovních činností vyplývá, že toto rozdílné zacházení je podstatným požadavkem nezbytným pro výkon práce.

Na kazuistikách profesionálního řidiče motorového vozidla a na kazuistice relativně hraničních nálezů prodlouženého distálního motorického vedení středového nervu ukazujeme možné přístupy k aplikaci zdravotních kontraindikací pro práci.

Zdravotní způsobilost k práci u vybraných rizik ohrožení zdraví

MUDr. Markéta Petrovová, Ph.D.

Klinika pracovního lékařství, FN u sv. Anny v Brně a LF MU Brno

Legislativa a zejména praxe v pracovním lékařství rozlišuje rizikové faktory pracovních podmínek a rizika ohrožení zdraví.

Klasické rizikové faktory pracovních podmínek jsou chápány jako negativní podmínky, za kterých je práce prováděna a které ovlivňují zdravotní náročnost vykonávané práce. K nejvýznamnějším rizikům patří chemické, fyzikální a biologické faktory a faktory fyzické a psycho senzorické zátěže.

Rizika ohrožení zdraví jsou rovněž rizikové faktory pracovních podmínek. Jejich základní odlišností je, že působí komplexně při určité práci nebo při práci v rámci předmětu činnosti zaměstnavatele jako celku. Taxativní výčet rizik ohrožení zdraví je uveden v části II. přílohy 2 vyhlášky o pracovně lékařských službách. Jde například o práce ve školství, ve zdravotnictví a sociálních službách, o činnosti epidemiologicky závažné, obsluhu jeřábů, vazačů břemen, nakládání s výbušninami, práce v hlubinných dolech, práce ve výškách, práce záchranářů, práce v náročných oblastech zahraničí, hlasovou zátěž, noční práce.

Struktura právní úpravy vyhlášky o PLS je v příloze 2. totožná pro část I i část II. Rozdílně je pro rizika ohrožení zdraví stanovena periodicita prohlídek (jednou za 4 roky a u zaměstnanců ve věku 50 let a u starších jednou za 2 roky). Příspěvek se na základě praktických zkušeností lékařů Kliniky pracovního lékařství zabývá dalšími specifiky posuzování zdravotní způsobilosti k práci u řidičů (pojmy řidič z povolání a řidič referent), u držitelů zbrojních průkazů, u zdravotníků a při zařazování učňů, studentů středních a vysokých škol na výuková pracoviště.

Paliativní péče

garanti prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc.,
MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

sobota / 16. února 2019 / 9.00–10.30 hod.

Akutní stavy v domácí paliativní péči

MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

Masarykův onkologický ústav Brno

Za akutní stavy považujeme v kontextu paliativní péče takové stavy a klinické situace, které jsou spojeny s významným diskomfortem a distresem pro pacienta a jeho blízké. Tyto stavy vyžadují rychlé a kvalifikované řešení a mohou být zdrojem zbytečného utrpení. Jsou častým důvodem aktivizace zdravotní záchranné služby, zdravotních převozů a akutních hospitalizací v závěru života. Závěr života většiny chronických onemocnění je charakterizován velkou klinickou nestabilitou. Ataky spojené s vysokou intenzitou symptomů (např. bolest, dušnost, úzkost a panika, zmatenost, krvácení, zvracení a neschopnost p.o. příjmu stravy a tekutin, kolapsové stavy nebo epileptické záchvaty) jsou v závislosti na základním onemocnění rámcově očekávatelné. Kvalitní plán paliativní péče vycházející z pacientových preferencí a přání by měl obsahovat konkrétní doporučený postup k řešení očekávatelných akutních stavů v domácím prostředí včetně jasné instrukce na koho se pacient/rodina může obrátit a za jakých okolností a kam by měl být pacient hospitalizován. Je zřejmé, že bezpečná paliativní péče o pacienty v závěru života předpokládá trvalou dostupnost (24/7/365) paliativně kvalifikovaných zdravotníků. Právě nedostupnost takové služby a absence kvalitního plánu paliativní péče jsou častým důvodem problematických „terminálních“ hospitalizací. V rámci sdělení budou prezentovány základní rozhodovací a léčebné postupy pro řešení nejčastějších akutních stavů u pacientů v závěru života a budou diskutovány organizační aspekty zajištění paliativní péče v domácím prostředí.

Symptomy a syndromy v paliativní medicíně

MUDr. Jarmila Kušnírová

Centrum léčby bolesti, KARIM, Fakultní nemocnice Ostrava

Charita Ostrava – Hospic sv. Lukáše

Cílem sdělení je stručný přehled nejčastějších symptomů a syndromů vyskytujících se u pacientů indikovaných ke specializované paliativní péči, a to jak v nemocnici, tak i v lůžkovém hospici. Pro praktické lékaře nabízí konkrétní představu o tom, jaký užitek pro jejich pacienty může přinést konzultace paliatra v období, kdy nevyléčitelná nemoc přináší pacientovi řadu obtěžujících, těžce zvládnutelných až refrakterních symptomů. Přednáška rovněž nastíní nově se rozvíjející systém specializované paliativní péče o pacienty hospitalizované ve Fakultní nemocnici v Ostravě ještě před jejich propuštěním do péče praktických lékařů, úlohu paliativního týmu a nově vzniklé Ambulance paliativní a podpůrné péče.

Lůžkový hospic – hospitalizace pacienta v terminální fázi, ale i dny naplněné životem

Mgr. Bc. Alexandra Čubová

Charita Ostrava – Hospic sv. Lukáše

Příspěvek je zaměřený na představení lůžkového hospice nejen jako zdravotnického zařízení, které poskytuje péči léčebnou ve smyslu mírnění a tišení nepříjemných projevů nemoci, ale zároveň se snaží vytvořit pacientovi místo příjemné, bezpečné a důstojné v závěru života.

Z čeho čerpám?

Již deset let pracuji v Hospici sv. Lukáše na pozici zdravotní sestry a sociálního pracovníka. Lůžkový hospic je pro mě místo, kde jsou dny, měsíce umírajícího člověka naplněné životem a v určitém okamžiku končí smrtí. Umírání nemusí být o bolesti, samotě a ztrátě důstojnosti.

Cesta do hospice – jak se do hospice dostat?

Pacient je do hospice přijímán na základě písemné žádosti, kterou vypisuje ošetřující lékař. Formulář je možné stáhnout na webových stránkách hospice nebo si ho osobně vyzvednout v hospici. Nezbytnou součástí je informovaný souhlas. Žádost v hospici přijímá osobně, emailem nebo poštou sociální pracovnice, která ji předává ke schválení do 24 hodin. Následný den sociální pracovnice informuje žadatele, rodinu nebo ošetřujícího lékaře o schválení a dle potřeby žádá o doplnění informací a možnostech přijetí. Žádost je zamítnuta v případě, že pacient nespadá do indikační skupiny nebo odmítá do hospice nastoupit.

Jaké informace od lékaře má žádost obsahovat?

Dostatečné informace o zdravotním stavu a o průběhu nemoci. Symptomy, které mají být léčeny a současná léčba. Vyjádření, že možnosti kurativní (někdy i paliativní) léčby jsou vyčerpány a je indikována léčba symptomatická.

Jaké informace od rodiny v žádosti jsou důležité?

Telefonický kontakt na blízkou osobu, kterou můžeme informovat v případě přijetí.

Hospic, ale...

V přijetí do hospice mnohdy brání mylné informace s přijetím pacienta. Nejčastěji se setkáváme s tím, že:

- *Hospic nemá volné místo:* tomuto zádrhelu je možné předejít včasným podáním žádosti a komunikací se sociální pracovnicí o naléhavosti přijetí. Přijetí ze dne na den je opravdu někdy z důvodu plné kapacity nemožné, ale čekací doba v průměru nepřesahuje týden.
- *Hospic je finančně náročný:* nedostatek financí není důvod k nepřijetí. Pacientovi je možné úhradu snížit nebo prominout. Platba za lůžkový hospic je přibližně 250 Kč/den.
- *Hospic je pouze pro křesťany:* do hospice jsou přijímáni pacienti bez rozdílu vyznání.
- *Hospic neposkytuje zdravotní péči:* hospic je zdravotnické zařízení, kde je zdravotní lékařská služba i služba zdravotní sestry zajištěna 24 hodin. V hospici ale nepodáváme krevní transfuze a parenterální výživu.

Život v hospici – co říct pacientovi a rodině o hospici

Péče o pacienta je směřována k jeho jedinečnosti – kdo je člověk, o kterého se staráme, co je pro něho důležité, co mu pomáhá, co si přeje nebo naopak nepřeje. Je to místo, kde má nemocný možnost se zastavit ve svém životě, dokončit nehotové, rozloučit se, ale i do poslední chvíle bojovat o každou vteřinu svého života. Ubytování je převážně na jednolůžkovém pokoji s přistýlkou, na kterém může přespávat blízký nemocného a být s ním celý den i noc. Pacienti mohou mít své oblečení, pokoj si vybavit a vyzdobit osobními drobnými věcmi. Během dne mohou sledovat televizi, poslouchat rádio, číst si nebo být v tichu. Hospic disponuje zahradou, každý pokoj má svoji terasu nebo balkon, kde mohou i na lůžku pacienti pobývat a trávit svůj den i venku, mnohdy tam pijí kávu, jí nebo kouří. V hospici je možné účastnit se mše svaté nebo společenské a kulturní akce. Návštěvy blízkých jsou neomezené, mohou zde i malé děti a dokonce i pes. Personál také pečuje o rodinu nemocného, věnuje jim čas a prostor si popovídat – nebýt na to sám.

Co říct závěrem?

Pacient s nevyléčitelnou diagnózou se v určité chvíli dozvídá, že léčba jeho základního onemocnění je vyčerpána, ale on žije a má čas do konce svého života. Kolik? Na tuto otázku nezná nikdo přesnou odpověď, ale může tyto dny, týdny, měsíce prožít, tak, aby netrpěl, nebyl sám a neztratil svoji důstojnost.

Mobilní specializovaná paliativní péče a home care – podobnosti a rozdíly

MUDr. Pavla Navrátilová

Mobilní hospic Ondrášek, o.p.s.

Agentura domácí péče a mobilní specializovaná paliativní péče (tzv. domácí hospic) jsou dvě terénní zdravotní služby, které pracují ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Mají odlišnou organizaci a režim práce, spektrum pacientů i odlišné financování. Znalost odlišností a specifik obou služeb pak vede k jejich správnému využívání a indikování v praxi. Cílem přednášky jsou ucelené praktické informace shrnující podobnosti a rozdíly těchto dvou terénních služeb s příkladnou kazuistikou.

ATB atd., nebo ABT?

MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D., MUDr. Václava Adámková

sobota / 16. února 2019 / 12.00–13.00 hod.

ATB atd., nebo ABT?

MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.¹, MUDr. Václava Adámková²

¹Klinika infekčního lékařství 2. LF UK a FN Bulovka, Praha

²Klinická mikrobiologie a ATB centrum VFN, Praha,
a Ústav lékařské mikrobiologie LF UP Olomouc

Indikace antibiotické léčby musí být uvážlivým procesem zohledňujícím celou řadu faktorů týkajících se nemocného, jeho klinického stavu včetně komorbidit, charakteru a průběhu onemocnění. Na všech úrovních preskripce je nezbytné brát v úvahu rovněž rezistenci bakteriálních patogenů v daném prostředí či regionu. V primární praxi lze v posledních letech zaznamenat již jistý trend posunu k antibiotikům užšího spektra ve prospěch racionální antibiotické politiky. Částečné omezení dostupnosti některých přípravků rovněž modifikuje preferenci preskripčních zvyklostí. Navíc u některých infekcí nelze opomíjet nesporný benefit symptomatické a podpůrné léčby. Nemělo by se však zapomínat na důležitost mikrobiologického vyšetření, včetně průkazu agens nejen směrem k benefitu pro konkrétního nemocného, ale z obecného hlediska znalosti vlastností patogenů v dané komunitě. Každé vyšetření by však mělo mít své praktické opodstatnění, jeho výsledek by neměl být samoučelným bez dopadu na preskripci a mělo by být správně interpretováno. Principy správné antibiotické léčby s návazností na výsledky kultivačních a sérologických vyšetření, správné, především dostatečné dávkování v konkrétních klinických situacích, jsou v různých modifikacích opakovaným tématem našich interaktivních sdělení. Zpětná vazba včetně výsledků hlasování potvrzují, že i opakovaná sdělení mají v tomto směru svá opodstatnění. Aktuální sdělení je zaměřeno na připomenutí praktických situací v primární praxi, kdy je indikace antibiotické léčby sporná a problematická.



DVA RIZIKOVÉ FAKTORY – JEDNO ŘEŠENÍ



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



1× DENNĚ



LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU LIPERTANCE® 10 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/10 mg, 40 mg/10 mg/10 mg, 40 mg/10 mg/10 mg:

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

A ZPŮSOB PODÁNÍ: Obvyklá dávka je jedna tableta denně. Fixní kombinace není vhodná pro iniciační léčbu. Je-li nutná změna dávkování, titrace se má provádět s jednotlivými složkami. *Starší pacienti a pacienti s poruchou funkce ledvin:* lze podávat pacientům s clearance kreatininu ≥ 60 ml/min, není vhodný pro pacienty s clearance kreatininu < 60 ml/min, u těchto pacientů se doporučuje individuální titrace dávky s jednotlivými složkami. *Pacienti s poruchou funkce jater:* Přípravek má být podáván s opatrností a je kontraindikován u pacientů s jaterním onemocněním v aktivním stavu. **Pediatrická populace:** Použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **KONTRAINDIKACE:** Hypersenzitivita na léčivé látky, nebo na jiné ACE inhibitory, nebo deriváty dihydropridinu, nebo na statiny nebo na kteroukoli pomocnou látku, onemocnění jater v aktivním stavu nebo neobnovené přetrvávající zvýšení sérových aminotransferáz převyšující 3násobek horní hranice normálních hodnot, během těhotenství, kojení a u žen ve fertilním věku, které nepoužívají vhodné antikoncepční prostředky (viz bod Těhotenství a kojení), závažná hypotenze, šok (včetně kardiogenního šoku), obstrukce výtokového traktu levé komory (např. hypertrofická obstrukční kardiomyopatie a vysoký stupeň stenózy aorty), hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu, anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edém) souvisejícího s předchozí terapií ACE inhibitory, dědičný nebo idiopatický angioneurotický edém, současné užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²), současné užívání se sakubitrilem/valsartanem**, mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz bod Interakce)***, signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné fungující ledviny (viz bod Zvláštní upozornění***).

UPOZORNĚNÍ: **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** **Vliv na játra:** Vzhledem k obsahu atorvastatinu v přípravku Lipertance mají být pravidelně prováděny jaterní testy. Pacientům, u kterých se zjistí jakékoliv známky nebo příznaky jaterního poškození, mají být provedeny jaterní testy. Pacienti, u kterých se objeví zvýšení aminotransferáz, musí být sledováni až do doby, než se hodnoty opět normalizují. Pokud přetrvávají více než trojnásobně zvýšené hodnoty aminotransferáz nad horní hranici normálních hodnot, doporučuje se snížit dávku atorvastatinu pomocí jednotlivých složek nebo léčbu atorvastatinem ukončit. Pacienti, kteří konzumují velké množství alkoholu a/nebo mají v anamnéze jaterní onemocnění, je nutné léčit přípravkem Lipertance s opatrností. **Vliv na kosterní svalstvo:** Jsou-li hladiny CK významně zvýšené ($> 5 \times$ ULN) oproti normálním hodnotám, léčba nemá být zahájena. Léčba má být přerušena, objeví-li se významné zvýšení hladin CK ($> 10 \times$ ULN), nebo je-li diagnostikována případná předpokládána rhabdomyolýza. Riziko rhabdomyolýzy je zvýšené při současném podávání přípravku Lipertance s určitými léky, které mohou zvyšovat plazmatickou koncentraci atorvastatinu, např. se silnými inhibitory CYP3A4 nebo transportních proteinů (např. cyklosporin, telithromycin, klarithromycin, delavirdin, stiripentol, ketokonazol, atd.). Přípravek Lipertance se nesmí podávat současně se systémovou léčbou kyselinou fusidovou nebo během 7 dnů po ukončení léčby kyselinou fusidovou vzhledem k obsahu atorvastatinu. U pacientů, u kterých je systémové podání kyseliny fusidové považováno za nezbytné, se musí po dobu léčby kyselinou fusidovou přerušit léčba statinem. **Intersticiální plicní onemocnění:** Při podezření na vznik intersticiálního plicního onemocnění u pacienta musí být terapie přípravkem Lipertance přerušena. **Diabetes mellitus:** U diabetiků léčených perorálními antidiabetiky nebo inzulinem má být v průběhu prvních měsíců léčby pečlivě sledována glykemie. **Pacienti se srdečním selháním:** mají být léčeni s opatrností. **Hypotenze:** monitorování tlaku krve, renálních funkcí, a draslíku je nutné u pacientů s vysokým rizikem symptomatické hypotenze (volumová deplece nebo závažná renin dependentní hypertenze) nebo se symptomatickým srdečním selháním (se současnou renální insuficiencí nebo bez ní) nebo s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárními chorobami. Přechodná hypotenze odpovídá kontraindikaci pro podání dalších dávek, které mohou být obvykle užity bez obtíží, jakmile po doplnění objemu stoupne krevní tlak. **Stenóza aortální a mitrální chlopně:** Přípravek je kontraindikován u pacientů se závažnou obstrukcí v oblasti výtokového traktu levé komory. **Transplantace ledvin:** Nejnovší zkušenosti s podáváním přípravku pacientům po nedávné prodělané transplantaci ledvin. **Renovaskulární hypertenze:** Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné fungující ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie**. **Porucha funkce ledvin:** monitorování hladiny kreatininu a draslíku, individuální titrace dávky s jednotlivými složkami u pacientů s clearance kreatininu < 60 ml/min, u pacientů se stenózou renální arterie bylo pozorováno zvýšení sérových koncentrací urey a kreatininu, u renovaskulární hypertenze je riziko závažné hypotenze a renální insuficience zvýšené. Amlodipin lze používat u pacientů se selháním ledvin v normálních dávkách. Amlodipin není dialyzovatelný. U pacientů na hemodialýze: dialyzovaných pomocí vysoce propustných membrán byly zaznamenány anafylaktoidní reakce. **Hypersenzitivita/angioedém:** okamžitě vysazení léčby a zahájení monitorování do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Souběžné užívání s inhibitory mTOR: zvýšení rizika angioedému. Současné užívání perindoprilu se sakubitrilem/valsartanem je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Podávání sakubitrilu/valsartanu nesmí být zahájeno do 36 hodin po užití poslední dávky perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčba perindoprilem nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání jiných inhibitorů NEP (např. racekadotrilu) a inhibitorů ACE může také zvýšit riziko angioedému. Před zahájením léčby inhibitory NEP (např. racekadotrilu) u pacientů užívajících perindopril je proto nutné pečlivě zhodnotit přínos a rizika**.

Anafylaktoidní reakce během aferýzy nízkodenzitních lipoproteinů (LDL): vzácný výskyt život ohrožujících anafylaktoidních reakcí, kterým lze předjet dočasným vysazením léčby před každou aferézou. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** během desenzibilizační léčby jedem blankofiltů (včely, vosy), reakcí je možné se vyhnout dočasným vysazením léčby, nicméně se znovu objevily po neúmyslné expozici. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anémie:** Přípravek Lipertance má být používán s extrémní opatrností u pacientů se systémovým onemocněním pojiva (collagen vascular disease), u pacientů užívajících imunosupresivní léčbu, léčbu aloproliferou nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů a pacienti mají být poučeni, aby hlásili jakékoli známky infekce (např. bolest v krku, horečku). **Rasa:** perindopril může být méně účinný na snížení krevního tlaku a může vést k vyššímu výskytu angioedému u černošských pacientů ve srovnání s jinými rasami. **Kašel:** ustupuje po ukončení léčby. **Operace/anestezie:** léčba by měla být přerušena jeden den před výkonem. **Hyperkalemie:** pravidelné monitorování sérových koncentrací draslíku u renální insuficience, zhoršené renální funkce, věku (> 70 let), diabetu mellitus, dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidozy a u současného užívání diuretik šetřících draslík a draslíkových doplňků nebo náhrad solí s obsahem draslíku. **Kombinace s lithiem:** nedoporučuje se. **Duální blokáda systému renin-angiotensin-aldosteron (RAAS):** současně užívání ACE inhibitorů, blokátorů receptorů pro angiotensin II nebo aliskiren zvyšuje riziko hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutní selhání ledvin). Duální blokáda RAAS se proto nedoporučuje. ACE inhibitory a blokátory receptorů pro angiotensin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje**.

Hladina sodíku: Lipertance obsahuje méně než 1 mmol sodíku (23 mg) v tabletě, to znamená, že je v podstatě „bez sodíku“. **Dědičné problémy s intolerancí galaktózy, vrozený nedostatek laktázy nebo malabsorpce glukózy a galaktózy:** přípravek by neměl být užíván. **INTERAKCE:** **Kontraindikace:** Aliskiren, mimotělní léčba**, sakubitril/valsartan**. **Nedoporučovaná kombinace:** Silné inhibitory CYP3A4, současná léčba ACE inhibitorem a blokátorem receptoru angiotenzinu, estramustin, lithium, kotrimoxazol (trimethoprim-sulfamethoxazol)**, draslík-šetřící diuretika (např. triamteren, amilorid, eplerenon, spironolakton), soli draslíku, dantrolen (infúze), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** Induktory a středně silné inhibitory CYP3A4, digoxin, ezetimib, kyselina fusidová, gemfibrozil / deriváty kyseliny fibrové, inhibitory transportních proteinů, warfarin, antidiabetika (inzuliny, perorální antidiabetika), baklofen, nesteroidní antiflogistika (NSAID) (včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den), racekadotril, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus). **Kombinace vyžadující určitou opatrnost:** kolchicin, kolestipol, perorální kontraceptiva, glyptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, tricyclická antidepresiva/ antipsychotika/ anestetika, zlatá, digoxin, atorvastatin, warfarin, cyklosporin, takrolimus, působení inhibitorů rapamycinu (mTOR)***, antihypertenziva a vaskodilatancia. **TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Přípravek Lipertance je kontraindikován během těhotenství a kojení. **FERTILITA:** U některých pacientů léčených blokátory kalciových kanálů byly zaznamenány reverzibilní biochemické změny na hlavové části spermatozojů. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Schopnost reagovat může být narušena při závratí, bolesti hlavy, únavě nebo nauce. Opatrnost je zapotřebí zejména na začátku léčby. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** **Velmi časté:** edém. **Časté:** nazofaryngitida, hypersenzitivita, hyperglykemie, somnolence, závrať, bolest hlavy, dysgeuzie, parestezie, vertigo, porucha zraku, diplopie, tinitus, palpitace, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), zčervenání, faryngolaryngeální bolest, epistaxe, kašel, dyspnoe, nauzea, zvracení, bolest horní a dolní části břicha, dyspepsie, průjem, zácpa, změny způsobu ve vyprazdňování stolice, flatulence, vyrážka, pruritus, otok kloubů, otok kotníků, bolest končetin, artralgie, svalové spazmy, myalgie, bolest zad, astenie, únava, periferní edém, abnormální výsledky testů jaterních funkcí, zvýšená hladina kreatinfosfokinázy v krvi. **Méně časté:** rinorea, eosinofilie, hypoglykemie, hyponatremie, hyperkalemie reverzibilní při ukončení léčby, anorexie, insomnie, změny nálad (včetně úzkosti), poruchy spánku, deprese, noční můry, třes, synkopa, hypoezie, amnezie, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní) rozmazané vidění, tachykardie, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, pankreatitida, říhání, hepatitida cytolytická nebo cholestatická, kopřivka, purpura, změna zbarvení kůže, hyperhidróza, exantém, alopecie, angioedém, pemfigoid, fotosenzitivní reakce, bolest šlů, svalová slabost, poruchy močení, noční močení, polakisurie, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynecomastie, bolest na hrudi, bolest, malátnost, periferní otok, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, zvýšení tělesné hmotnosti, pozitivní nálezy leukocytů v moči, snížení tělesné hmotnosti, pád. **Vzácné:** trombocytopenie, stavy zmatenosti, periferní neuropatie, cholestatická, zhoršené psoriázy, Stevens-Johnsonův syndrom, toxická epidermální nekrolýza, erythema multiforme, myopatie, myozitida, rhabdomyolýza, tendonopatie (někdy komplikovaný rupturou), vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi. **Velmi vzácné:** leukopenie/neutropenie, agranulocytóza nebo pancytopenie, hemolytická anémie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, snížení hladiny hemoglobinu a hematokritu, anafylaxe, hypertonie, ztráta sluchu, infarkt myokardu, sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, angina pectoris, cévní mozková příhoda možná sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, eosinofilní pneumonie, gastritida, gingivální hyperplazie, žloutenka, jaterní selhání, exfoliativní dermatitida, akutní renální selhání. **Není známo:** imunitně zprostředkovaná nekrotizující myopatie, extrapyramidová porucha (extrapyramidový syndrom). U jiných inhibitorů ACE byly hlášeny případy SIADH (syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu). SIADH lze považovat za velmi vzácnou, ale možnou komplikaci spojenou s léčbou inhibitory ACE, včetně perindoprilu. **** PŘEDÁVKOVÁNÍ. FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI:** Atorvastatin je selektivní a kompetitivním inhibitorem HMG-CoA reduktázy. Perindopril je inhibitor angiotensin-konvertujícího enzymu (ACE inhibitor), který konvertuje angiotensin I na vazokonstriktor angiotensin II. Amlodipin je inhibitorem transportu kalciových iontů (blokátor pomalých kanálů nebo antagonist kalciových iontů), který inhibuje transmembránový transport kalciových iontů do srdečních buněk a buněk hladkého svalstva cévních stěn. **UCHOVÁVÁNÍ:** Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **VELIKOST BALENÍ:** 30 nebo 90 (3 obaly na tablety po 30 tabletách) potahovaných tablet Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/10 mg, 40 mg/10 mg/10 mg. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI: LABORATOIRES SERVIER**, 50 rue Carnot, 92284 Suresnes cedex France. Registrační číslo: Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg: 58/428/15-C, Lipertance 20 mg/5 mg/5 mg: 58/429/15-C, Lipertance 20 mg/10 mg/5 mg: 58/430/15-C, Lipertance 20 mg/10 mg/10 mg: 58/431/15-C, Lipertance 40 mg/10 mg/10 mg: 58/432/15-C. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE TEXTU:** 28. 9. 2018. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-levic-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier, s. r. o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

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

POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

HLAVNÍ
PARTNEŘI



MEDIÁLNÍ
PARTNEŘI



PARTNEŘI

Akademie klasické homeopatie, spol. s r.o.

Angelini Pharma Česká republika s.r.o.

EXBIO Olomouc s.r.o.

FINCLUB PLUS, a.s.

IDS MEDIA CZ s.r.o.

Imunoglukan CZ s.r.o.

IPSEN PHARMA, organizační složka

LAB MARK a.s.

Mary Kay (Czech Republic), s.r.o.

Mediclinic a.s.

Medingo s. r. o.

MUCOS Pharma CZ, s.r.o.

Nutricia a.s.

Odborný léčebný ústav Metylovice-Moravskoslezské sanatorium, příspěvková organizace

Orion Diagnostica – organizační složka

Pfizer PFE, spol. s r.o.

PharmaSwiss Česká republika s.r.o.

Procter & Gamble Czech Republic s.r.o.

R.K. Studio

RosenPharma a.s.

S & D Pharma CZ, spol. s.r.o.

sanofi-aventis, s.r.o.

SWISS PHARMA, spol.s.r.o.

VEGALL Pharma s.r.o.

VITANA, a.s.

WALMARK, a.s.

Zentiva, k.s.

předplatné časopisu

Medicína pro praxi



MLADÍ LÉKAŘI

50% SLEVA
325 Kč

Fandíme mladým lékařům, a proto předplatitelé do 35 let získají 50% slevu.

Stačí jen při objednávce do poznámky uvést rok narození.



TIŠTĚNÝ ČASOPIS

5 čísel / rok
650 Kč

Přístup k aktuálnímu číslu na www.medicinapropraxi.cz

Supplementa a odborné publikace

Aktuální informace o připravovaných kongresech



ELEKTRONICKÁ VERZE

5 čísel / rok
488 Kč

Elektronická verze se slevou 25 % k zakoupení na www.alza.cz/media

Čtete nás na počítači nebo na mobilních zařízeních

OBJEDNÁVEJTE

na webu www.medicinapropraxi.cz | e-mailem predplatne@solen.cz | telefonem 585 204 335



předplatné časopisu

Pediatric pro praxi



MLADÍ LÉKAŘI

50% SLEVA
540 Kč

Fandíme mladým lékařům, a proto předplatitelé do 35 let získají 50% slevu.

Stačí jen při objednávce do poznámky uvést rok narození.



TIŠTĚNÝ ČASOPIS

6 čísel / rok
1 080 Kč

Přístup k aktuálnímu číslu na www.pediatricpropraxi.cz

Supplementa a odborné publikace

Aktuální informace o připravovaných kongresech



ELEKTRONICKÁ VERZE

6 čísel / rok
810 Kč

Elektronická verze se slevou 25 % k zakoupení na www.alza.cz/media

Čtete nás na počítači nebo na mobilních zařízeních

OBJEDNÁVEJTE

na webu www.pediatricpropraxi.cz | e-mailem predplatne@solen.cz | telefonem 585 204 335



ČASOPISY, PUBLIKACE

V ROCE 2018
11 ČASOPISŮ / 22 PUBLIKACÍ



INTERNET

E-LEARNING / E-VERZE ČASOPISŮ
REDAKČNÍ SYSTÉM ACTAVIA



KONGRESY

V ROCE 2018
20 VZDĚLÁVACÍCH AKCÍ
POD HLAVIČKOU SOLEN



AKCE NA KLÍČ

V ROCE 2018
39 VZDĚLÁVACÍCH AKCÍ
NA ZAKÁZKU



PŘEDNÁŠEJÍCÍ

V ROCE 2018
757 PŘEDNÁŠEJÍCÍCH



NÁŠ TÝM

PRAHA / OLOMOUC
BRATISLAVA

