

Medicína pro praxi

2016

E

www.solen.cz | Med. praxi 2016; 13(Suppl E) | ISBN 978-80-7471-169-5 | 2016

ABSTRAKTA

XIII. kongres praktických lékařů v Praze

20.–21. října 2016

Hotel Olympic Tristar, Praha

Pořadatelé: společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Medicína pro praxi
pod záštitou kliniky kardiologie IKEM, Praha

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Duomox®

Velmi klasický.
Velmi moderní.



Zkrácená informace o přípravku DUOMOX® tablety:

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

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

Program – čtvrtek 20. října

- 9.00 ZAHÁJENÍ**
prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc.
- 9.05–10.30 NÁHLÁ SRDEČNÍ SMRT**
prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc.
- Kardiopulmonální resuscitace – Kohoutek J.
 - Komplexní vyšetření po resuscitaci – Kautzner J.
 - Profylaxe náhlé srdeční smrti – Sedláček K.
 - Neuro-psycho-sociální následky srdeční zástavy a KPCR – Dostálová V.
 - Rehabilitace poresuscitačního poškození mozku – Skříčková S.
- 10.30–10.50 PŘESTÁVKA**
- 10.50–12.10 IP KARDIOLOGIE**
- Praktický pohled na léčbu hypertenze a dyslipidemie – Řiháček I.
 - Interaktivní kazuistika v hypertenzi – Šnejdrová M. **IP**
 - Diuretika v léčbě hypertenze – Souček M.
 - EPlcontrol: průzkum úspěšnosti léčby hypertenze v ČR – Widimský J.
- 12.10–12.40 INFEKCE HIV V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE** – MUDr. David Jilich
(Přednáška podpořená firmou Gilead Sciences s.r.o.)
- 12.40–13.10 POTŘEBUJE PRAKTICKÝ LÉKAŘ PSYCHOLOGII? ANEB NEJSME MAŠINY** – MUDr. Romana Hronová
- 13.10–14.00 OBĚD**
- 14.00–15.20 GASTROENTEROLOGIE**
prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
- Screening kolorektálního karcinomu. Současný stav a perspektivy – Seifert B.
 - Léková rizika inhibitorů protonové pumpy v klinické praxi – Prokeš M.
 - Funkční poruchy trávení: základy terapie – Lukáš M.
 - Zvýšené hodnoty jaterních testů v terénní praxi – Dvořák K.
- 15.20–16.05 NORMOTENZNÍ HYDROCEFALUS – DIAGNOSTIKA A LÉČBA** – MUDr. Petr Vacek
- 16.05–16.35 PŘESTÁVKA**
- 16.35–16.55 MULTIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE V LÉČBĚ NÁDORŮ HLAVY A KRKU** – prof. MUDr. Jan Klozar, CSc.
- 16.55–17.40 IP URGENTNÍ PŘÍJEM A SPOLUPRÁCE S PRAKTICKÝM LÉKAŘEM – JAK NA TO** – MUDr. Jiří Šoupal



WORKSHOP – čtvrtek 14:30–15:30 hod.

Nejčastější psychické poruchy v ordinaci praktického lékaře – workshop vede MUDr. Jaroslava Skopová

Vstup volný, kapacita omezena.

Program – pátek 21. října

8.00–8.45 RANNÍ KÁVA S DISKUZÍ U AKTUÁLNÍHO TÉMATU

Využijte příležitost zeptat se na to, co vás trápí z oboru infekologie a mikrobiologie, v úzkém kruhu kolegů. Na vaše otázky budou odpovídat MUDr. Václava Adámková a MUDr. Zuzana Blechová.

9.00–10.00 **IP** ANTIBIOTIKA – SPOTŘEBA VS. POTŘEBA – Adámková V., Blechová Z.

- Diskuzní interaktivní blok

10.10–11.00 VARIA

- Vitamin D v praktické medicíně – Broulík P.

Symposium Sandoz Praha

- Duševní nepohoda a fytofarmaka – Kotolová H.

Symposium Merck

- Moderní způsoby léčby rýmy: Nasivin Sensitive 0,05 % – Machaň B.

11.00–11.30 PŘESTÁVKA

11.30–12.05 OČKOVÁNÍ

- Klíšťová encefalitida stále aktuální – Váchalová J.
- Předcházejte nečekanému aneb vakcinace ohrožených věkových skupin proti pneumokokům – Trojánek M. (Přednášky podpořené firmou Pfizer)

12.05–13.05 Satelitní symposium firmy Shire Czech, s.r.o.

VZÁCNÁ ONEMOCNĚNÍ ANEB CO JE DOBRÉ VĚDĚT...

- Co jste chtěli vědět o Fabry chorobě a (ne)báli jste se zeptat... Zn. Hledá se Fabry! – Dostálová G.
- Úvod do světa mukopolysacharidóz – Magner M.

13.05–14.00 OBĚD

14.00–14.30 ROLE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE V LÉČBĚ HEPATITIDY C – prof. Petr Urbánek

(Přednáška podpořená firmou Gilead Sciences s.r.o.)

14.30–15.30 PRINCIPY KOGNITIVNÍ, AFEKTIVNÍ A SOCIÁLNÍ NEUROVĚDY – MUDr. František Koukolík, DrSc., FCMA

15.30 VYLOSOVÁNÍ ANKETY SPOLEČNOSTI SOLEN A ZÁKONČENÍ KONGRESU

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

» TIRÁŽ

XIII. kongres praktických lékařů v Praze

20.–21. října 2016 | Hotel Olympik Tristar, Praha

Pořadatel

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

Záštita

Klinika kardiologie IKEM Praha

Prezident akce

prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc.

Organizátor

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

Kontaktní osoba: Mgr. Jitka Nováková, 777 714 680, novakova@solen.cz

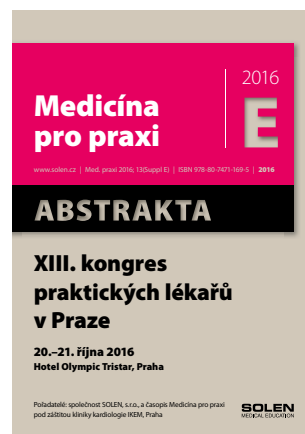
Programové zajištění: Mgr. Hana Kaprálová, 777 557 411, kapralova@solen.cz

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 E Medicína pro praxi

Citační zkratka:

Med. praxi 2016; 13(Suppl E).

ISBN 978-80-7471-169-5

Vydal: Solen, s.r.o.

Atoderm Sprchový olej

VÝŽIVNÝ OBNOVUJÍCÍ SPRCHOVÝ
OLEJ NA SUCHOU AŽ ATOPICKOU
POKOŽKU



JE TO
V KŮŽI,

KDE BIODERMA
OBJEVILA ŘEŠENÍ
JAK OBNOVIT JEJÍ
OCHRANNOU BARIÉRU.

BIOLOGIE VE SLUŽBÁCH DERMATOLOGIE

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Náhlá srdeční smrt

garant prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc.

čtvrtek / 20. října 2016 / 9.05–10.30 hod.

Kardiopulmonální resuscitace

MUDr. Jan Kohoutek

Klinika kardiologie IKEM, Praha

Náhlá zástava oběhu je jednou z nejčastějších příčin úmrtí ve vyspělých zemích. Bez pomoci druhé osoby je vždy smrtelná. Jako kardiopulmonální resuscitaci označujeme soubor úkonů směřujících k neprodlenému obnovení oběhu okysličené krve u jedince s náhlou srdeční zástavou. Současná úroveň znalosti kardiopulmonální resuscitace širokou veřejností a kvalita zdravotnických záchranných systémů a poresuscitační péče umožňuje přežít pouze každému 10. nemocnému po resuscitaci pro srdeční zástavu mimo nemocnici. Včasné rozpoznání zástavy oběhu a neprodlené zahájení účinné resuscitace náhodnými svědky významně zvyšují šance na přežití. Obsahem sdělení je stručný přehled doporučených postupů kardiopulmonální resuscitace se zaměřením na nejvýznamnější změny v guidelines Evropské rady pro resuscitaci z roku 2015. Velký důraz je kladen na vzájemnou telefonickou spolupráci dispečera záchranné služby se zachráncem a na používání automatických externích defibrilátorů.

Komplexní vyšetření po resuscitaci

prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc.

Klinika kardiologie IKEM, Praha

Systematický přístup k vyšetření pacienta po resuscitaci z oběhové zástavy zahrnuje identifikaci případných reverzibilních příčin, posouzení přítomnosti strukturního onemocnění srdce nebo vzácných primárních elektrických syndromů. U většiny pacientů lze příčinu oběhové zástavy vysvětlit provedením rutinního kardiologického vyšetření. Zbývající nemocní by měli podstoupit další systematické vyšetření. Pokud není možno příčinu zjistit, hovoříme o idiopatické fibrilaci komor.

Anamnéza: Detailní klinická anamnéza má v diagnostickém procesu nezastupitelné místo. Je potřeba zjistit přesné okolnosti předcházející oběhové zástavě a někdy je nutno vyslechnout i svědky události. Použití léků prodlužujících interval QT nebo interakce léků mohou zvyšovat riziko maligních arytmií. Při podezření na abúzus drog je indikováno toxikologické vyšetření. Rodinná anamnéza je důležitá při podezření na vrozené arytmiické syndromy. **EKG metody:** EKG hraje nezastupitelnou roli při diagnostice akutní ischemie myokardu nebo akutního infarktu myokardu, převodních poruch nebo abnormalit depolarizace a repolarizace. Telemetrické sledování by mělo být standardem při hospitalizaci pacienta po oběhové zástavě. Oblasti pomalého vedení vzruchu v důsledku přítomnosti jizevnaté tkáně lze detekovat v podobě tzv. pozdních potenciálů v terminální části komplexu QRS při použití zesíleného a zprůměrovaného EKG záznamu (tzv. signal-averaged ECG). **Koronarografie:** Je indikována u většiny jedinců, kteří přežili oběhovou zástavu. U pacientů s klinickým podezřením na ICHS je preferována konvenční invazivní koronarografie, zatímco CT angiografie koronárních tepen je vhodnou metodou k posouzení anatomie koronárního řečiště (zejména u pacientů s nízkým podezřením na ICHS). **Další zobrazovací metody:** Hlavním cílem zobrazovacích metod je u pacientů přeživších oběhovou zástavu: 1) posouzení srdeční morfologie a funkce, 2) charakterizovat kardiomyopatii, 3) stratifikovat riziko a napomoci vedení terapie. To vyžaduje často různé zobrazovací metody. Dominantními jsou echokardiografie a srdeční MRI. **Zátěžové testy:** Zátěžové vyšetření se provádí rutinně k posouzení ICHS nebo při podezření na vrozené arytmiické syndromy. **Farmakologické testy:** Diagnostické rysy arytmiických syndromů jsou často nenápadné a EKG změny mohou být intermitentní. Proto je důležité odhalit tyto změny pomocí zátěže příslušného iontového kanálu, zejména pomocí farmakologických testů. **Elektrofyzilogické**

Zkrácená informace o přípravku TRIPLIXAM®:

SLOŽENÍ*: Triplixam 2,5 mg/0,625 mg/5 mg obsahuje 2,5 mg perindoprilu argininu/ 0,625 mg indapamidu/ 5 mg amlodipinu; Triplixam 5 mg/1,25 mg/5 mg obsahuje 5 mg perindoprilu argininu/1,25 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplixam 5 mg/1,25 mg/10 mg obsahuje 5 mg perindoprilu argininu/1,25 mg indapamidu/10 mg amlodipinu; Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg obsahuje 10 mg perindoprilu argininu/2,5 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplixam 10 mg/2,5 mg/10 mg obsahuje 10 mg perindoprilu argininu/2,5 mg indapamidu/10 mg amlodipinu. **INDIKACE*:** Substituční terapie pro léčbu esenciální hypertenze u pacientů, kteří již dobře odpovídají na léčbu kombinací perindoprilu/indapamidu a amlodipinu, podávány současně v téže dávce. **DÁVKOVÁNÍ A PODÁVÁNÍ*:** Jedna tableta denně, nejlépe ráno a před jídlem. Fítní kombinace není vhodná pro iniciační léčbu. Je-li nutná změna dávkování, dávka jednotlivých složek by měla být titrována samostatně. **Pediatrická populace:** přípravek by se neměl podávat. **KONTRAINDIKACE*:** Dialyzovaní pacienti. Pacienti s neléčeným dekompenzovaným srdečním selháním. Závažná porucha funkce ledvin (Cl_{cr} < 30 ml/min). Středně závažná porucha funkce ledvin (Cl_{cr} 30–60 ml/min) pro Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg a 10 mg/2,5 mg/10 mg. Hypersenzitivita na léčivé látky, jiné sulfonamidy, deriváty dihydropyridinu, jakýkoli jiný inhibitor ACE nebo na kteroukoli pomocnou látku. Anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edému) souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE (viz bod Upozornění). Dědičný/idiopatický angioedém. Druhý a třetí trimestr těhotenství (viz body Upozornění a Těhotenství a kojení). Kojení (viz bod Těhotenství a kojení). Hepatální encefalopatie. Závažná porucha funkce jater. Hypokalcémie. Závažná hypotenze. Sok, včetně kardiogenního šoku. Obstrukce výtokového traktu levé komory (např. vysoký stupeň stenózy aorty). Hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu. Současné užívání přípravku Triplixam s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) (viz bod Interakce). **UPOZORNĚNÍ*:** **Zvláštní upozornění:** Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS): zvýšení rizika hypotenze, hyperkalémie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se nedoporučuje. Pokud je léčba duální blokádou považována za naprosto nezbytnou, má k ní docházet pouze pod dohledem specializovaného lékaře a za častého pečlivého sledování funkce ledvin, elektrolytů a krevního tlaku. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií**. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anémie:** postupujte opatrně v případě kolagenového vaskulárního onemocnění, imunosupresivní léčby, léčby allopurinolem nebo prokainamidem, nebo kombinace těchto komplikujících faktorů, zvláště při existující poruše funkce ledvin. Monitorování počtu leukocytů. **Hypersenzitivita/angioedém, intestinální angioedém:** přerušete léčbu a sledujte pacienta až do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** postupujte opatrně u alergických pacientů léčených desenzibilizací a nepoužívejte v případě imunoterapie jedem blankofidly. Alespoň 24 hodin před desenzibilizací dočasné vysadte inhibitor ACE. **Anafylaktoidní reakce během LDL-aférzy:** před každou aférou dočasné vysadte inhibitor ACE. **Hemodialyzovaní pacienti:** zvažte použití jiného typu dialyzační membrány nebo jiné skupiny antihypertenziv. **Těhotenství:** nezhajovat užívání během těhotenství, v případě potřeby zastavte léčbu a zahájte vhodnou alternativní léčbu. **Hepatální encefalopatie:** ukončit léčbu. **Fotosenzitivita:** ukončit léčbu. **Opatření pro použití:** **Renální funkce:** U některých hypertenziků s existujícími zjevnými renálními lézemi, u nichž renální krevní testy ukazují funkční renální insuficienci, by měla být léčba ukončena a je možno ji znovu zahájit v nízké dávce nebo pouze s jednou složkou. Monitorujte draslík a kreatinin, a to po dvou týdnech léčby a dále každé dva měsíce během období stabilní léčby. V případě bilaterální stenózy renální arterie nebo jedné funkční ledviny: nedoporučuje se. **Riziko arteriální hypotenze a/nebo renální insuficience (v případech srdeční insuficience, deplece vody a elektrolytů, u pacientů s nízkým krevním tlakem, stenózou renální arterie, městnavým srdečním selháním nebo cirhózou s edémy a ascitem):** zahajete léčbu dávkami nižšími než doporučené a postupně je zvyšujte. **Hypotenze a deplece vody a sodíku:** riziko náhlé hypotenze v přítomnosti preexistující deplece sodíku (zejména, je-li přítomna stenóza renální arterie); sledujte hladinu elektrolytů v plasmě, obnovte objem krve a krevní tlak, znovu zahajete léčbu nižším snížením dávky nebo pouze jednou složkou přípravku. **Hladina sodíku:** kontrolovat častěji u starších a cirhotických pacientů. **Hladina draslíku:** hyperkalémie: kontrolovat plazmatickou hladinu draslíku v případě renální insuficience, zhoršení funkce ledvin, vyššího věku (> 70 let), diabetu mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současné užívání kalium–šetrných diuretik, doplňků draslíku nebo doplňků soli obsahující draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v séru. **Hypokalcémie:** v séru u starších a/nebo podvyživených osob, cirhotických pacientů s edémem a ascitem, koronárních pacientů, u pacientů se selháním ledvin nebo srdečním selháním, dlouhým intervalem QT: sledovat plazmatickou hladinu draslíku. Může napomoci rozvoji torsades de pointes, které mohou být fatální. **Hladina vápníku:** hyperkalémie: před vyšetřením funkce příštítných tělísek ukončete léčbu. **Renovaskulární hypertenze:** v případě stenózy renální arterie: zahajete léčbu v nemocnici v nízké dávce; sledujte funkci ledvin a hladinu draslíku. **Suchý kašel.** **Ateroskleróza:** u pacientů s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulární ischemií zahajete léčbu nízkou dávkou. **Hypertenzní krize.** **Srdeční selhání/těžká srdeční insuficience:** v případě srdečního selhání postupujte opatrně. **Těžká srdeční nedostatečnost (stupeň IV):** zahajete léčbu nižšími iniciačními dávkami pod lékařským dohledem. **Stenóza aortální nebo mitrální chlopně/hypertrofická kardiomyopatie:** v případě obstrukce průtoku krve levou komorou postupujte opatrně. **Diabetici:** V případě inzulin-dependentního diabetu mellitus zahajete léčbu iniciační níží dávkou pod lékařským dohledem; během prvního měsíce a/nebo v případě hypokalcémie sledujte hladinu glukózy v krvi. **Černost:** vyšší incidence angioedému a zjevně menší účinnost při snižování krevního tlaku ve srovnání s jinými rasami. **Operace/anestezie:** přerušete léčbu jeden den před operací. **Porucha funkce jater:** mírná až středně závažná: postupujte opatrně. Podání inhibitorů ACE mělo vzácné souvislost se syndromem počínajícím cholestatičkou žloutenkou a progresujícím až v náhlou hepatickou nekrózu a (někdy) úmrtí. V případě žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů ukončete léčbu. **Kyselina močová:** hyperurikémie: zvýšená tendence k zachvátům dny. **Starší pacienti:** před zahájením léčby vyšetřte renální funkci a hladiny draslíku. Dávku zvyšovat opatrně. **INTERAKCE*:** **Kontraindikováno:** Aliskiren u diabetických pacientů nebo pacientů s poruchou funkce ledvin. **Nedoporučuje se:** lithium, aliskiren u jiných pacientů než diabetických nebo pacientů s poruchou funkce ledvin, souběžná léčba inhibitory ACE a blokátorem receptorů pro angiotenzin, estramustin, kalium–šetrnými léky (např. triamteren, amilorid, ...) soli draslíku, dantrolen (infúze), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Vyžadující zvláštní opatrnost:** blokofen, nesteroidní antiflogistika (včetně kyseliny acetylsalicylové ve vysokých dávkách), antiidiabetika (inzulín, perorální antiidiabetika), kalium–nešetrní diuretika a kalium–šetrní diuretika (epiheron, spironolaktón), léky vyvolávající „Torsades de pointes“; amfotericin B (i.v. podání), glukokortikoidy a mineralkortikoidy (systémové podání), tetrakosaktid, stimulační laxativa, srdeční glykosidy, allopurinol (současná léčba s indapamidem může zvýšit výskyt reakcí hypersenzitivity na allopurinol)**; induktoři CYP3A4, inhibitory CYP3A4. **Vyžadující určitou opatrnost:** antidepresiva imipraminového typu (tricyklická), neuroleptika, jiná antihypertenziva a vazodilatancia, tetrakosaktid, allopurinol (současné podávání s inhibitory ACE), cytostatika nebo imunosupresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid, anestezika, diuretika (thiazidy nebo kličková diuretika), gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, zlato, metformin, jodované kontrastní látky, vápník (soli), cyklosporin, atorvastatin, digoxin, warfarin nebo cyklosporin, simvastatin. **TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ*:** Kontraindikováno během druhého a třetího trimestru těhotenství a při kojení. **Nedoporučuje se** během prvního trimestru těhotenství. **FERTILITA*:** Reverzibilní biochemické změny na hlavové části spermatozoi u některých pacientů léčených blokátory kalciového kanálu. **SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE*:** Může být narušena v důsledku nízkého krevního tlaku, který se může vyskytnout u některých pacientů, zejména na začátku léčby. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY*:** Časté: závrať, bolest hlavy, parestézie, vertigo, somnolence, dysgeusie, zhoršení zraku, tinnitus, palpitace, zčervenání, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), kašel, dušnost, bolest břicha, zácpa, průjem, dyspepsie, nauzea, zvracení, pruritus, vyrážka, makulopapulární vyrážka, svalové křeče, otok kotníku, asténie, únava, edém. **Méně časté:** rinítida, eozinofilie, hypersenzitivita, hypoglykémie, hyperkalémie vrátají po přerušení léčby, hyponatémie, insomnie, změny nálad (včetně úzkosti), deprese, poruchy spánku, hypostézie, třes, synkopa, diplopie, tachykardie, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, změny ve vyprazdňování střeva, kopřivka, angioedém, alopecie, purpura, změna zabarvení kůže, hyperhidróza, exantém, fotosenzitivní reakce, periferní neuropatie, cévní mozková příhoda, možná sekundárně k nadměrné hypotenzí v vysoké rizikových pacientů, angina pectoris, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní), infarkt myokardu, možná sekundárně k nadměrné hypotenzí v vysoké rizikových pacientů, eozinofilní pneumonie, gingivální hyperplázie, pankreatitida, gastritida, hepatitida, žloutenka, abnormální hepatální funkce, erythema multiforme, Stevens–Johnsonův syndrom, exfoliativní dermatitida, toxická epidermální nekrolýza, Quinckeho edém, akutní renální selhání, snížení hemoglobinu a hematokritu. **Frekvence neznámé:** Deplece draslíku s hypokalcémií, u určitých rizikových populací zvláště závažná, extrapyramidové poruchy (extrapyramidový syndrom)**; myopie***; rozmazané vidění***; torsades de pointes (potenciálně fatální), možný rozvoj hepatální encefalopatie v případě jaterní insuficience, možnost zhoršení stávajícího generalizovaného lupus erythematosus. **EKG:** prodloužený interval QT, zvýšená hladina glukózy v krvi, zvýšená hladina kyseliny močové v krvi. **PŘEDÁVKOVÁNÍ*:** **VLASTNOSTI*:** Perindopril je inhibitor angiotenzin–konvertujícího enzymu (inhibitor ACE), který konvertuje angiotenzin I na vazokonstrikční angiotenzin II. Indapamid je derivát sulfonamidů s indolovým kruhem, farmakologicky příbuzný thiazidovým diuretikům. Amlodipin je inhibitorem transportu kalciových iontů (blokátorem pomalých kanálů nebo antagonistou kalciových iontů), který inhibuje transmembránový transport kalciových iontů do srdečních buněk a buněk hladkého svalstva cévních stěn. **BALENÍ*:** 30 a 90 tablet. Uchovávání: nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. Doba použitelnosti: 2 roky. Doba použitelnosti po prvním otevření je 30 dní. Držitel rozhodnutí o registraci: **Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie.** Registrační čísla: 58/099/14–C, 58/100/14–C, 58/101/14–C, 58/102/14–C, 58/103/14–C. Datum poslední revize textu: 23. 9. 2015. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravek je k dispozici v lékárnách. Přípravek je na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzl-u-hrazenych-ze-zdravni-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

TRIPLIXAM®

perindopril arginin | indapamid | amlodipin



VÍTĚZNÁ TROJKOMBINACE V LÉČBĚ HYPERTENZE

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

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

vyšetření: Je často používáno při vyšetření pacientů po oběhové zástavě, přestože jeho výtěžnost není nejvyšší. Může potvrdit indukovatelnost komorových arytmií nebo přítomnost jizevnaté tkáně v myokardu. **Další vyšetření:** Poměrně vzácně může být přínosnou endomyokardiální biopsie, zejména u případů myokarditidy, ARVC nebo srdečních tumorů. Genetické vyšetření může být užitečné pro stratifikaci rizika a vedení léčby v rodinách nemocných s geneticky podmíněnými arytmiickými syndromy nebo ARVC. Výsledkem všech vyšetření by měla být individualizovaná léčba.

Profylaxe náhlé srdeční smrti

MUDr. Kamil Sedláček

Klinika kardiologie IKEM, Praha

Implantabilní kardioverter-defibrilátor (ICD) v současné době představuje nejúčinnější prostředek ke snížení výskytu náhlé arytmiické smrti u pacientů s rizikem výskytu maligních komorových tachyarytmií. Před érou ICD a v jejích počátcích byly u vysoce rizikových pacientů studovány jiné strategie prevence náhlé srdeční smrti jako je podávání antiarytmik a chirurgická modifikace arytmogenního substrátu. Tyto strategie byly posléze zatlačeny do pozadí průkazem účinnosti ICD defibrilátorovými studiemi v primární a sekundární prevenci náhlé srdeční smrti. Primárně preventivní indikace se týkají pacientů, kteří doposud neprodělali život ohrožující maligní komorovou tachyarytmii, ale je u nich přítomno zvýšené riziko jejího vzniku. Sekundárně preventivní indikací se rozumí indikace u pacientů, kteří prodělali hemodynamicky netolerovanou komorovou tachykardii nebo fibrilaci komor. U pacientů s vhodnou indikací je možné kombinovat ICD s resynchronizační léčbou srdečního selhání. Mezi novější technologie patří automatický externí defibrilátor pro veřejná místa (např. letiště a stadiony), kompletně subkutánní ICD bez nutnosti transvenózní implantace elektrod a tzv. wearable ICD („vestový“ ICD) použitelný na přechodnou dobu, kdy není vhodná nebo indikovaná implantace trvalého přístroje. Přes prokázanou účinnost a bezpečnost je použití ICD zatíženo významnými dlouhodobými problémy a komplikacemi, mezi které patří poruchy funkce elektrod a infekce implantátu nebo elektrod, jejichž správná a časná diagnostika má zásadní vliv na výsledky léčby. V dlouhodobém sledování pacientů s ICD se kromě rutinních kontrol pacientů stále více uplatňující systémy vzdálené monitorace, umožňující snížení frekvence rutinních kontrol pacientů a implantátů, zlepšení časnosti detekce technických a klinických problémů a snížení ekonomické náročnosti. V neposlední řadě jsou však tyto systémy spojeny se snížením rizika morbiditu a mortality a pravděpodobně se proto v budoucnu budou prosazovat jako standard zdravotní péče.

Neuro-psycho-sociální následky srdeční zástavy a KPCR

Mgr. Veronika Dostálová

1. lékařská fakulta Univerzita Karlova

Srdeční zástava jako fatální komplikace kardiovaskulárních onemocnění se v zemích s dobrou resuscitační péčí setkává se stále vyšším procentem přeživších. Z 300–400 tisíc Evropanů, které ročně potká náhlá srdeční smrt, přežívá 20–30 tisíc lidí. Zvyšující se počet přeživších je přínosem stále kvalitnější akutní poresuscitační péče, díky které je možné docílit uspokojivého neurologického stavu, jenž je nutným předpokladem pro návrat do běžného života. Indikátorem dlouhodobé kvality života pacientů po srdeční zástavě je nejen zajištění akutní péče, ale také péče následné. Přeživší pacienti se po návratu domů mohou setkat s dlouhodobými důsledky srdeční zástavy, které zůstávají odborné lékařské péči skryty. Psychosociální důsledky srdeční zástavy vedou k významnému snížení kvality života a především ke zvýšení opětovné hospitalizace a mortality. Z dlouhodobého hlediska pacienti po srdeční zástavě pociťují psychosociální dopady na kognitivní, emotivní a behaviorální úrovni. V kognitivním fungování pacienti čelí vzniku deficitu především v paměťových a pozornostních schopnostech a ve zpomalení psychomotorického tempa. Možnou intervencí je zahájení neurorehabilitace a kognitivního tréninku. Emotivita bývá po srdeční zá-

stavě změněna především ve smyslu zvýšených depresivních a úzkostných projevů. Nežádoucí změny pocitů a nálad jsou pozitivně ovlivnitelné psychiatricko-psychologickou péčí s návaznou psychoterapií, jež je vhodná jak pro pacienta, tak pro jeho blízké okolí. Na behaviorální úrovni se dlouhodobé důsledky srdeční zástavy projevují zvýšenou frekvencí rizikového chování a především sociální izolací. Možnou intervencí je začlenění pacienta a jeho rodiny do skupin sdružujících pacienty s podobnou diagnózou. Pro dosažení komplexní péče o pacienty po srdeční zástavě je třeba věnovat pozornost i dlouhodobým důsledkům srdeční zástavy a to z bio-psycho-sociálního hlediska. Přestože lékařská péče nemůže suplovat psychosociální intervenci, může dopomoci ke komplexnosti péče prostřednictvím edukace pacientů a jejich rodinných příslušníků či poskytnutí informací o možnostech specializované následné péče, a především odkazem na organizace pečující o tyto pacienty.

Rehabilitace poresuscitačního poškození mozku

PhDr. Simona Skříčková

CEREBRUM – Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin, z.s. Praha

Cílem prezentace je přiblížení problematiky možných následků poškození mozku a možnosti komplexní rehabilitace a následné péče po poškození mozku. Nutnost terapie jak v oblasti akutní medicíny, tak v oblasti rehabilitace vyplývá z formy akutního onemocnění a závisí na míře, formě a kombinaci funkčního poškození. V oblasti kognitivních funkcí u lidí po poranění hlavy se setkáváme nejčastěji se změnami v oblastech pozornosti, paměti a schopnosti zpracovávání informací. Mezi tyto změny patří zejména narušení pozornosti a zvýšená unavitelnost, amnézie na různá období před či po úraze, porucha krátkodobé paměti, poruchy vstřípivosti i výbavnosti, poruchy učení a poruchy gnostických funkcí. K nejčastějším přidruženým tělesným následkům poškození mozku patří např. apraxie, hyperestezie, únava a bolesti hlavy, epilepsie, tinnitus, neglect syndrom.

U pacientů po poranění mozku by měl být – po stabilizaci stavu – uskutečněn překlad ze života zachraňujícího oddělení na lůžkové neurorehabilitační oddělení, jež by se specializovalo na rehabilitaci pacientů po poškození mozku. Součástí rehabilitace je diagnostika a návrh krátkodobého a dlouhodobého rehabilitačního plánu lékařem, fyzioterapie, ergoterapie, psychologická a logopedická diagnostika a terapie. Zároveň je nezbytné nabídnout pacientům zprostředkování rehabilitace sociální, pedagogické i pracovní.

Prognostické posouzení stavu pacienta po poškození mozku patří k nejsložitějším lékařským úkolům, ale pro plánování další terapie je nezbytné. Druh, rozsah a lokalizace poškození mozku určuje komplexnost a tíži funkčních deficitů, a tím i možnost jejich funkčního zlepšení. Zvláštní situace v oblasti rehabilitace těchto pacientů nastává také proto, že více než polovina jich je mladších 25 let, a jsou to tedy lidé s neukončenou profesionální či studijní dráhou a dosud nestabilizovaným sociálním a rodinným zázemím. Prognóza funkčního zlepšení senzomotorických deficitů je u těchto pacientů sice lepší ve srovnání se staršími jedinci, na druhou stranu jsou při jejich integraci vyšší nároky na kognitivní, behaviorální a komunikativní schopnosti.

Plasticita mozku (tzn. schopnost transformace mozkových funkcí, vznik nových spojů, remodelace a neurogeneze) je lepší u mladších jedinců s již vyzrálými funkcemi mozku, předchodí poškození mozku a pokročilejší věk plasticitu zhoršují. Zahájit terapii je nutné ihned z důvodu využití terapeutického okna plasticity mozku. Odpověď mozku je v časně fázi jak na farmakoterapii, tak plnohodnotně i na behaviorální a rehabilitační terapii. Po 2–3 měsících je již pozdě, neaktivované terapeutické okno se uzavírá. Jednou aktivovaný proces neuroplasticity umožňuje při trvající rehabilitaci jeho udržení, tj. zlepšování funkce až po dobu 6–12 měsíců, v případě kognitivních funkcí až 24–30 měsíců. To je doba, po kterou je třeba oslovovat co nejvíce funkcí pacienta.

Cílem moderní medicíny je vyvíjet na základě dnes známých patofyziologických procesů nové rehabilitační strategie, které by bylo možno u tohoto typu pacientů lépe využít, a které integrují nejen klinické zkušenosti, ale také nové poznatky o možnostech neuroplasticity.

Kardiologie

čtvrtek / 20. října 2016 / 10.50–12.10 hod.

Praktický pohled na léčbu hypertenze a dyslipidemie

MUDr. Ivan Řiháček, Ph.D.

II. interní klinika, FN u sv. Anny a MU, Brno

Hypertenze a dyslipidemie jsou dva nejčastější kardiovaskulární (KV) rizikové faktory vedoucí k úmrtí. V současné době používáme ke stratifikaci KV rizika Evropské nomogramy „SCORE“. Cílové hodnoty kauzálního krevního tlaku (TK) jsou pod 140/90 mmHg v celé populaci, pod 150/90 mmHg u pacientů nad 80 let a pod 140/80–85 mmHg u cukrovky. Cílové hodnoty LDL cholesterolu jsou u pacientů s nízkým rizikem (SCORE 1–4%) pod 3,0 mmol/l, s vysokým rizikem (5–10%) pod 2,5 mmol/l a s velmi vysokým rizikem (nad 10%) pod 1,8 mmol/l. Až 70% pacientů léčených pro obě diagnózy, nedosahuje těchto doporučených cílových hodnot. Nekompatibilní dyslipidemie významně zvyšuje KV riziko hypertenzí. Nejčastější příčinou nedostatečné kontroly obou rizikových faktorů jsou neadekvátní léčba na straně lékaře (složitá schéma, multimedikace, nepoužívání fixních kombinací) a špatný přístup k léčbě na straně pacienta (multimedikace, nežádoucí účinky). Zvýšení adherence k léčbě, a tím zlepšení dosažení cílových hodnot obou rizikových faktorů, umožňují fixní kombinace. Nejnovější fixní kombinace na trhu, umožňuje léčbu hypertenze a dyslipidemie současně jednou tabletou. Fixní kombinace amlodipin, perindopril a atorvastatin je podpořena řadou pozitivních výsledků z velkých randomizovaných klinických studií (ASCOT, EUROPA).

Interaktivní kazuistika v hypertenzi

MUDr. Michaela Šnejdrová, Ph.D.

III. interní klinika – klinika endokrinologie a metabolismu, VFN v Praze a 1. LF UK

Arteriální hypertenze představuje jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění. Prevalence arteriální hypertenze v České republice se v populaci ve věku 25–64 let pohybuje okolo 35% s nárůstem ve vyšších věkových kategoriích. Monoterapie bývá bohužel úspěšná maximálně u 1/3 nemocných, ostatní potřebují k normalizaci TK kombinaci 2 a více antihypertenziv; přibližně 1/3 pacientů potřebuje k dosažení cílového TK trojkombinaci antihypertenziv. S narůstajícím počtem léků klesá adherence k léčbě, zejména pak u starších pacientů. Zatímco při užívání jednoho léku se udává compliance okolo 80%, při užívání 3 tablet klesá na 60%. Dle doporučení České i Evropské společnosti pro hypertenzi jsou vhodnými dvojkombinacemi blokátory RAAS (systému renin-angiotenzin-aldosteron) – ACE inhibitory nebo sartany v kombinaci s kalciovým blokátorem ze skupiny dihydropyridinů, popř. diuretikem thiazidového typu nebo indapamidem. Z možných trojkombinací doporučují obě společnosti jako nejvhodnější kombinaci blokátoru RAAS s kalciovým blokátorem a diuretikem. Účinnost této kombinace byla potvrzena např. ve studii PIANIST (perindopril/indapamid plus amlodipin), kde vedla k dostatečné kontrole hypertenze u 92% nemocných. I přes velké znalosti v léčbě arteriální hypertenze stále značné množství pacientů nedosahuje cílových hodnot a to jak v populaci obecné (cílových hodnot dosahuje okolo 1/3 nemocných), tak ani v populaci vysoce rizikové (u pacientů v sekundární prevenci KV onemocnění dosahuje cílových hodnot přibližně 1/2 nemocných).



LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

DVĚ DIAGNÓZY – JEDNO ŘEŠENÍ



DOSTUPNÉ OD 5. 10. 2016

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



1× DENNĚ



LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

Zkrácená informace o přípravku LIPERTANCE® 10mg/5mg/5mg, 20mg/5mg/5mg, 20mg/10mg/5mg, 20mg/10mg/10mg, 40mg/10mg/10mg: **SLOŽENÍ:** Lipertance 10mg/5mg/5mg, 20mg/5mg/5mg, 20mg/10mg/5mg, 20mg/10mg/10mg, 40mg/10mg/10mg potahované tablety obsahují 10mg atorvastatinu (ator)/5mg perindoprilu arginine (per)/5mg amlodipinu (amlo), 20mg ator/5mg per/5mg amlo, 20mg ator/10mg per/5mg amlo, 20mg ator/10mg per/10mg amlo, 40mg ator/10mg per/10mg 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 iniciální 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 dihydropyridinu, nebo na statiny nebo na kteroukoli pomocnou látku, onemocnění jater v aktivním stavu nebo neobjasněné přetrvávající zvýšení sérových aminotransferáz převyšující 3násobek horní hranice normálních hodnot, během těhotenství, kojení a u žen ve fertilním věku, které nepoužívají vhodné antikoncepční prostředky, závažná hypotenze, šok (včetně kardiogenního šoku), obstrukce výtokového traktu levé komory (např. hypertrofická obstrukční kardiomyopatie a vysoký stupeň stenózy aorty), hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu, anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edém) souvisejícího s předchozí terapií ACE inhibitory, dědičný nebo idiopatický angioneurotický edém, současné užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetes mellitus nebo poruchou funkce ledvin ($GFR < 60$ ml/min/1,73m²). **UPOZORNĚNÍ:** **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** **Vliv na játra:** Vzhledem k obsahu atorvastatinu v přípravku Lipertance mají být pravidelně prováděny jaterní testy. Pacientům, u kterých se zjistí jakékoliv známky nebo příznaky jaterního poškození, mají být provedeny jaterní testy. Pacienti, u kterých se objeví zvýšení aminotransferáz, musí být sledováni až do doby, než se hodnoty opět znormální. Pokud přetrvávají více než trojnásobně zvýšené hodnoty aminotransferáz nad horní hranici normálních hodnot, doporučuje se snížit dávku atorvastatinu pomocí jednotlivých složek nebo léčbu atorvastatinem ukončit. Pacienti, kteří konzumují velké množství alkoholu a/nebo mají v anamnéze jaterní onemocnění, je nutné léčit přípravkem Lipertance s opatrností. **Vliv na kosterní svalstvo:** Jsou-li hladiny CK významně zvýšené ($> 5 \times$ ULN) oproti normálním hodnotám, léčba nemá být zahájena. Léčba má být přerušena, objeví-li se významné zvýšení hladin CK ($> 10 \times$ ULN), nebo je-li diagnostikována případně předpokládána rhabdomyolýza. Riziko rhabdomyolýzy je zvýšené při současném podávání přípravku Lipertance s určitými léky, které mohou zvyšovat plazmatickou koncentraci atorvastatinu, např. se silnými inhibitory CYP3A4 nebo transportních proteinů (např. cyklosporin, telithromycin, klarithromycin, delavirdin, stiripentol, ketokonazol, atd.). **Intersticiální plicní onemocnění:** Při podezření na vznik intersticiálního plicního onemocnění u pacienta musí být terapie přípravkem Lipertance přerušena. **Diabetes mellitus:** U diabetiků léčených perorálními antidiabetiky nebo insulinem má být v průběhu prvních měsíců léčby pečlivě sledována glykémie. **Pacienti se srdečním selháním:** mají být léčeni s opatrností. **Hypotenze:** monitorování tlaku krve, renálních funkcí, a draslíku je nutné u pacientů s vysokým rizikem symptomatické hypotenze (volumová deplece nebo závažná renin dependentní hypertenze) nebo se symptomatickým srdečním selháním (se současnou renální insuficiencí nebo bez ní) nebo s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárními chorobami. Přechodná hypotenzní odpověď není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou být obvykle užity bez obtíží, jakmile po doplnění objemu stoupne krevní tlak. **Stenóza aortální a mitrální chlopně:** Přípravek je kontraindikován u pacientů se závažnou obstrukcí v oblasti výtokového traktu levé komory. **Transplantace ledvin:** Nejsou zkušenosti s podáváním přípravku pacientům po nedávno prodělané transplantaci ledvin. **Porucha funkce ledvin:** monitorování hladiny kreatininu a draslíku, individuální titrace dávky s jednotlivými složkami u pacientů s clearance kreatininu < 60 ml/min, u pacientů se stenózou renální arterie bylo pozorováno zvýšení sérových koncentrací urey a kreatininu, u renovaskulární hypertenze je riziko závažné hypotenze a renální insuficience zvýšené. Amlodipin lze používat u pacientů se selháním ledvin v normálních dávkách. **U pacientů na hemodialýze:** dialyzovaných pomocí vysoce propustných membrán byly zaznamenány anafylaktoidní reakce. **Hypersenzitivita/angioedém:** okamžité vysazení léčby a zahájení monitorování do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. **Anafylaktoidní reakce během aferézy nízkodenzitních lipoproteinů (LDL):** vzácný výskyt život ohrožujících anafylaktoidních reakcí, kterým lze předejít dočasným vysazením léčby před každou aferézou. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** během desenzibilizační léčby jedem blanokřídlých (včely, vosy), reakcím je možné se vyhnout dočasným vysazením léčby, nicméně se znovu objevily po neúmyslné expozici. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anemie:** Přípravek Lipertance má být používán s extrémní opatrností u pacientů se systémovým onemocněním pojiva (collagen vascular disease), u pacientů užívajících imunosupresivní léčbu, léčbu alopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů a pacienti mají být poučeni, aby hlásili jakékoliv 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. **Hyperkalémie:** pravidelného monitorování sérových koncentrací draslíku u renální insuficience, zhoršené renální funkce, věku (> 70 let), diabetes mellitus, dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současné užívání diuretik šetřících draslík a draslíkových doplňků nebo náhrad solí s obsahem draslíku. **Kombinace s lithiem:** nedoporučuje se. **Duální blokáda systému renin-angiotensin-aldosteron (RAAS):** současné užívání ACE inhibitorů, blokátorů receptorů pro angiotensin II nebo aliskirenu zvyšuje riziko hypotenze, hyperkalémie 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. **Dědičná porucha intolerance galaktózy, Lappova deficiencie laktázy nebo glukózo-galaktózová malabsorbe:** přípravek by neměl být podáván. **INTERAKCE:** **Contraindikace:** Aliskiren. **Nedoporučované kombinace:** Silné inhibitory CYP3A4. Současná léčba ACE inhibítorem a blokátorem receptoru angiotensinu, estramustin, lithium, Draslík-šetřící diuretika (např. triamteren, amilorid, eplerenon, spironolakton), soli draslíku, dantrolen (infuze), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Známa interakce s přípravkem:** 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), kolchicin, kolestipol, Perorální kontraceptiva, gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, tricycká antidepresiva/antipsychotika/anestetika, zlato, digoxin, atorvastatin, warfarin nebo cyklosporin, antihypertenziva a vasodilatancia. **FERTILITA, TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Přípravek Lipertance je kontraindikován během těhotenství a kojení. **FERTILITA:** U některých pacientů léčených blokátory kalciových kanálů byly zaznamenány reverzibilní biochemické změny na hlavové části spermatozoí. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘIDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Schopnost reagovat může být narušena při závratí, bolesti hlavy, únavě nebo nauce. Opatrnost je zapotřebí zejména na začátku léčby. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** **Časté:** nazofaryngitida, alergické reakce, hyperglykémie, somnolence, závrať, bolest hlavy, dysgeuzie, parestezie, vertigo, poruchy zraku, 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, flatulence, vyrážka, pruritus, otok kloubů, otok kotníků, bolest končetin, artralgie, svalové spazmy, myalgie, svalové křeče, bolest zad, astenie, únava, periferní edém, abnormální výsledky testů jaterních funkcí, zvýšená hladina kreatinfosfokinázy v krvi. **Méně časté:** rinitida, eozinofilie, hypoglykémie, hyponatremie, hyperkalémie reverzibilní při ukončení léčby, anorexie, insomnie, změny nálad, poruchy spánku, deprese, noční můry, třes, synkopa, hypoestezie, amnézie, rozmazané vidění, tachykardie, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, pankreatitida, změny ve vyprazdňování střeva (včetně průjmu a zácpy), říhání, hepatitida cytolytická nebo cholestatická, kopřivka, purpura, změna zbarvení kůže, hyperhidróza, exantém, alopecie, angioedém, pemfigoid, fotosenzitivní reakce, bolest šije, svalová slabost, poruchy močení, noční močení, zvýšená četnost močení, renální insuficience, impotence/erektilní dysfunkce, gynekomastie, bolest na hrudi, bolest, malátnost, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, zvýšení tělesné hmotnosti, pozitivní nálezy leukocytů v moči, snížení tělesné hmotnosti, pád. **Vzácné:** trombocytopenie, zmatenost, periferní neuropatie, cholestáza, 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 anemie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, snížení hemoglobinu a hematokritu, anafylaxe, hypertonie, ztráta sluchu, infarkt myokardu, sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, angina pectoris, arytmie, 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. **PŘEDÁVKOVÁNÍ:** FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI: Atorvastatin je selektivním a kompetitivním inhibitorem HMG-CoA reduktázy. Perindopril je inhibitor angiotensin-konvertujícího enzymu (ACE inhibitor), který konvertuje angiotensin I na vazokonstriktor angiotensin II. Amlodipin je inhibitorem transportu kalciových iontů (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:** Krabička obsahuje 10 (pouze pro silu 10/5/5 mg), 30, 90 (3 obaly na tablety po 30 tabletách) nebo 100 potahovaných tablet Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/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:** 13. 5. 2016. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

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



Potřebuje praktický lékař psychologii? Aneb nejsme mašiny

čtvrtek / 20. října 2016 / 12.40–13.10 hod.

Potřebuje praktický lékař psychologii? Aneb nejsme mašiny.

MUDr. Romana Hronová

Psychosomatická klinika s.r.o, Praha

V přednášce se pokusím nastínit jiné pohledy na mezilidskou situaci v ordinaci. Dotknu se významu pocitů pacienta i lékaře. Vycházím ze sociální psychiatrie Erica Berneho, z psychoanalytických přístupů a pojmů gestalt psychoterapie.

Gastroenterologie

garant prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.

čtvrtek / 20. října 2016 / 14.00–15.20 hod.

Screening kolorektálního karcinomu – současný stav a perspektivy

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, Praha

V epidemiologii kolorektálního karcinomu (KRK) v České republice v posledních letech konečně zaznamenáváme pozitivní trendy. V desetiletém srovnání incidence stoupla o 8 %, ale mortalita klesla o více jak 12 %. Nejrychleji v Evropě u nás roste procento nemocných přežívajících pět let od diagnózy. K tomuto příznivému obratu přispívá program screeningu KRK, ve kterém hrají lékaři primární péče klíčovou roli.

Sdělení připomíná historický vývoj screeningu KRK v Evropě a České republice a změnu jeho paradigmat. V evropském kontextu komentuje jedinečnou roli českých praktických lékařů ve screeningu a uvádí perspektivy programu do budoucna. Praktičtí lékaři v České republice provádějí nábor pro screening, poskytují informace, distribuují testy na okultní krvácení (TOKS), vyhodnocují je a v případě positivity zajišťují následný diagnostický program v centrech pro screeningovou kolonoskopii. Následně sledují intervaly kolonoskopických kontrol u dispenzarizovaných pacientů. Jsou se svými pacienty i v případě diagnózy kolorektálního karcinomu, následného léčení a ve stadiu rozvinuté nemoci.

Výkonnost screeningu je dokumentována aktuálními daty o pokrytí české populace testem na okultní krvácení (TOKS) a kolonoskopickým vyšetřením. To dosáhlo v cílové populaci v roce 2014 31,5 %. Diskutovány budou míra positivity TOKS, efekt adresního zvaní, mezioborová spolupráce včetně čekacích dob a bezpečnost kolonoskopie. Zvláštní pozornost bude věnována poskytování informací o screeningu pacientům k informovanému rozhodnutí, které bylo předmětem diskuzí na konferenci WONCA v červnu 2016 v Kodani.

Léková rizika inhibitorů protonové pumpy v klinické praxi

MUDr. Michal Prokeš, PharmDr. Josef Suchopár, Mgr. Ondřej Suchopár

Infopharm a.s., Praha

Inhibitory protonové pumpy (PPI) užívá zhruba každý dvacátý obyvatel ČR. Jedná se o velmi účinné a bezpečné léky, to však neznamená, že se nemusíme zabývat riziky, které PPI přináší, zvláště jsou-li podávány dlouhodobě.

Všechny PPI jsou metabolizovány především na CYP2C19 a CYP3A4, proto jejich plazmatické koncentrace a tedy i účinnost ovlivňují jiné látky, které mění rychlost metabolizace na obou uvede-

ných izoenzymech cytochromu P450. Klarithromycin zvyšuje plazmatické koncentrace PPI inhibicí CYP3A4. Fluoxetin, citalopram a fluvoxamin zvyšují plazmatické koncentrace PPI inhibicí CYP2C19. Antimykotikum flukonazol zvyšuje plazmatické koncentrace PPI nejvíce, neboť inhibuje jak CYP3A4, tak i CYP2C19. Ačkoliv bývají i několikanásobné dávky PPI dobře snášeny, při takových interakcích je třeba dbát opatrnosti. Asi 3–5 % naší bělošské populace totiž tvoří pomalí metabolizátoři CYP2C19, kteří mají už při běžném dávkování výrazně vyšší plazmatické koncentrace PPI i bez podávání inhibitorů, a proto se u nich mohou vyskytnout nežádoucí účinky PPI častěji a ve větší intenzitě. Bohužel bez speciálního vyšetření takové pacienty nelze identifikovat. Naopak karbamazepin, třezalka, česnek nebo ginkgo biloba urychlují metabolizaci PPI na výše zmíněných izoenzymech, což snižuje plazmatické koncentrace PPI a tedy i účinek PPI, pokud jsou užívány pravidelně po dobu alespoň týdne. Pokud by pacient užíval současně inhibitor (např. fluoxetin) a induktor (např. karbamazepin), není pravda, že by se jejich účinky vzájemně vyrušily, nýbrž vždy platí, že výrazně převládá inhibice izoenzymů cytochromu P450.

PPI mohou ovlivňovat plazmatické koncentrace jiných léků. Všechny PPI snižují kyselost žaludeční šťávy, a tím výrazně snižují vstřebávání antimykotik itraconazolu (např. Prokanazol) a posakonazolu. Zatímco výrobce posakonazolu doporučuje se takové kombinaci vyhnout, výrobce itraconazolu doporučuje zapíjet itraconazol nápojem typu coca-cola, aby se žaludeční kyselost (na krátkou dobu) zvýšila. Další interakce vznikají působením některých PPI na jiné léky: omeprazol, esomeprazol a lansoprazol jsou středně silnými inhibitory CYP2C19 a omeprazol též slabě inhibuje CYP3A4 a glykoprotein P. Proto tyto PPI zvyšují plazmatické koncentrace digoxinu, diazepam a methotrexátu. Uvedené PPI též brání biotransformaci klopidoogrelu na jeho aktivní metabolit, což vede k oslabení jeho účinku na trombocyty. Diskuze o tom, zda je toto oslabení klinicky významné nebo nikoliv, se vedou již řadu let, zpravidla se doporučuje pacientům užívajícím klopidoogrel užívat nejlépe esomeprazol, který (na rozdíl od ostatních PPI) s klopidoogrem vůbec neinteraguje.

Dalšími lékovými riziky PPI je zvýšené riziko fraktur kostí, deficit železa a deficit vitamínu B12 a velmi vzácně i hypomagnezémie. Tyto nežádoucí účinky se mohou projevit při dlouhodobém podávání PPI (řádově roky) a postihují především zvláště vnímavé jedince, zejména seniory, podvyživené a/nebo polymorbidní pacienty a pacienty upoutané na lůžko. Podceňovaným rizikem PPI jsou střevní infekce, z nichž zejména klostridiová enterokolitis může způsobit úmrtí pacientů. Proto by lékaři měli účelnost podávání PPI prověřovat zejména při jejich dlouhodobém podávání. Pokud lékaři shledají takové podávání za potřebné, měli by pacienty vést k dobré compliance s touto velmi účinnou a u drtivé většiny pacientů i bezpečnou léčbou.

Zvýšené hodnoty jaterních testů v terénní praxi

MUDr. Karel Dvořák, Ph.D.

Oddělení gastroenterologie, Krajská nemocnice Liberec a.s.

Pod pojmem jaterní testy rozumíme skupinu biochemických parametrů zahrnující bilirubin, alaninaminotransferázu (ALT), aspartátaminotransferázu (AST), gamaglutamyltransferázu (GGT), alkalickou fosfatázu (ALP). Syntetická funkce jater se odráží v sérové koncentraci albuminu nebo protrombinu. Zvýšené jaterní testy nacházíme u významné části pacientů, kteří bývají většinou asymptomatictí.

Úvodní vyšetření zahrnuje hodnocení potenciálních rizikových faktorů jaterních chorob (alkohol, léky, virové hepatitidy, metabolický syndrom) a fyzikální vyšetření pátrající po známkách chronických jaterních chorob (pavoučkové névy, palmární erytém, gynekomastie, caput medusae, hepatomegalie, splenomegalie, ascites, encefalopatie). Součástí prvotního hodnocení je rovněž pátrání v dostupné dokumentaci, zda se jedná o první záchyt či dlouhodobější zvýšení jaterních testů.

Charakter zvýšení jaterních testů obvykle dělíme na léze hepatocelulární (zvýšení ALT, AST, GGT), cholestatické (zvýšení GGT a ALP), léze smíšené a izolované zvýšení bilirubinu. Nejčastější příčinou hepatocelulárního poškození bývá alkoholové poškození, nealkoholové poškození jater při steatóze (NAFLD) a polékové léze. Při zvýšení jaterních testů vylučujeme vždy i virové hepatitidy včetně hepatitidy E. Většina hepatocelulárních lézí je provázena zvýšením aktivity AST, která je nižší

než ALT. Poměr AST:ALT vyšší než 2 svědčí většinou pro alkoholové poškození, obzvláště je-li rovněž přítomna výrazná elevace GGT.

Cholestatické jaterní léze jsou charakterizovány zvýšením ALP. Rozlišujeme cholestázu intrahepatální a extrahepatální. Extrahepatální příčinu cholestázy diagnostikujeme zobrazovacími metodami (nejčastěji sonograficky) – průkazem dilatace žlučových cest. Intrahepatální příčiny cholestázy jsou četné, je třeba pomyslet také na polékové léze (klavulanát, makrolidová i jiná antibiotika, kontraceptiva). Izolovaná elevace GGT neznámá cholestázu. Často ji nacházíme při jaterní steatóze alkoholového i nealkoholového původu, ale byla popsána i u celé řady mimojaterních patologických stavů. Při jinak normálních ostatních jaterních testech by neměla vést k extenzivnímu vyšetřování jaterních chorob.

Úvodním krokem při hodnocení izolovaného zvýšení bilirubinu je zhodnocení, zda je zvýšena zejména nekonjugovaná nebo konjugovaná frakce. Po vyloučení hemolýzy (normální krevní obraz, normální počet retikulocytů, normální hladina haptoglobinu) je nejčastější příčinou izolované nekonjugované hyperbilirubinémie Gilbertův syndrom. Vyskytuje se u 5–10 % naší populace, více u mužů. Při odpovídající anamnéze (ikterus při zátěži, stresu nebo hladovění) není další vyšetřování ani sledování nutné. Izolovaná konjugovaná hyperbilirubinémie je způsobena vrozenými defekty metabolismu hemu a je velmi vzácná.

V posledních letech se v diagnostice chronických jaterních lézí stále více prosazují neinvazivní metody hodnocení jaterní fibrózy zejména elastografie, které v mnoha případech ušetří pacientovi nutnost podstoupit jaterní biopsii.

Zvýšení jaterních testů není v žádném případě indikací k nasazení jakéhokoli preparátu ze skupiny takzvaných hepatoprotektiv, ale k vyšetření etiologie tohoto zvýšení a následné kauzální léčbě.

Normotenzní hydrocefalus – diagnostika a léčba

čtvrtek / 20. října 2016 / 15.20–16.05 hod.

Normotenzní hydrocefalus – diagnostika a léčba

MUDr. Petr Vacek

Neurochirurgická klinika, FN Plzeň

Diagnostika normotenzního hydrocefalu je často opomíjená a příznaky mylně přisuzovány Alzheimerově nebo Parkinsonově chorobě. Přitom při včasné diagnostice a správné léčbě je pro pacienty s hydrocefalem opětovně možný návrat do každodenního života. Jakým způsobem diagnostikovat a léčit pacienta s hydrocefalem pak pojednává přednáška "Normotenzní hydrocefalus – diagnostika a léčba".

Urgentní příjem a spolupráce s praktickým lékařem – jak na to

čtvrtek / 20. října 2016 / 16.55–17.40 hod.

"Urgentní příjem, pracoviště urgentní medicíny v nemocnici.

MUDr. Jiří Šoupal, primář

Oddělení Urgentního příjmu Fakultní nemocnice Motol, Praha

Ve Velké Británii, USA, Kanadě, Austrálii a v některých zemích Evropské unie existuje dlouhá tradice takzvaných urgentních příjmů (Emergency Department). Jsou to místa, kde pracují odborníci

urgentní medicíny. Pacienti jsou zde tříděni podle závažnosti svého stavu a příznaků, vyšetřeni, je stabilizován jejich stav a poté jsou co nejrychleji předáni specialistům jednotlivých klinik. Pacienti, jejichž stav hospitalizaci nevyžaduje jsou odesláni po krátkém vyšetření a léčbě s patřičným doporučením domů.

Postupující atomizace medicíny a specializace jednotlivých oborů (jen v naší nemocnici je nyní 50 klinických pracovišť) a stále se zlepšující přednemocniční urgentní péče (záchranná služba), si žádají zavedení takových pracovišť i v České republice. Pokud je nemocný od zavolání z domova do 10 minut ošetřen, do 15 minut odvezen Záchranou službou, dává smysl, aby také v nemocnici byl přijat co nejdříve, a aby jeho léčba začala ihned po přijetí. Toto lze zajistit pouze s pomocí urgentních příjmů.

Urgentní příjem je místo, kde se od záchranné služby přijímají pacienti, kteří se třídí a ošetřují podle priorit daných stupněm ohrožení života a zdraví. Stejně jsou tříděni pacienti, kteří přijedou sami. Cílem je co nejrychleji diagnostikovat nemoc, stabilizovat pacienta, léčit bolest a předat ho tam, kde proběhne léčebná intervence. Ta může být zahájena již na urgentním příjmu.

„Door to needle time“ je čas od chvíle, kdy nemocný projde dveřmi nemocnice do chvíle, kdy je mu podána léčebná látka (antibiotika, trombolýza, antidotum, analgetikum aj.), nebo doba do chvíle, kdy je provedena PTCA, operace, a nebo je pacient uložen na lůžko intenzivní péče. Tyto časy ovlivňují mortalitu a morbiditu nemocných přicházejících do nemocnice a to zásadním způsobem.

Čím rychleji je provedena diagnóza mrtvice, infarktu, vnitřního krvácení, otravy, sepse, tím dříve můžeme podat trombolýzu, provést PTCA, operovat a zastavit krvácení (i endoskopicky), podat antidotum a nebo antibiotikum. To je hlavní účel urgentní medicíny: co nejdříve a v co nejlepším stavu dostat nemocného k definitivnímu řešení. To definuje rozdíl mezi dřívější triází na vrátnici s kolečky mezi ambulancemi nemocnice a moderním urgentním příjmem.

Definice urgentního příjmu a potřeba jeho založení u všech větších poskytovatelů akutní lůžkové péče byla před rokem představena ve Věstníku Ministerstva Zdravotnictví České Republiky (2015/4). Zákonně je definice urgentního příjmu stanovena v Zákoně č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě, § 6, odstavec 3., kde se uvádí:

*„Urgentní příjem je specializované pracoviště poskytovatele akutní lůžkové péče s nepřetržitým provozem, které zajišťuje příjem a poskytování intenzivní akutní lůžkové péče a specializované ambulantní péče pacientům s **náhle vzniklým závažným postižením zdraví a pacientům v přímém ohrožení života.**“*

Urgentní příjem jako pracoviště oboru urgentní medicíny je zcela jiná koncepce než takzvaný "centrální příjem", kde by se snad měli centrálně přijímat a vyšetřovat všichni pacienti, kteří do nemocnice zabloudí, nebo jsou překládáni a odesíláni. Mezi nemocné s akutními obtížemi, infarktem, sepsí, bolestí, dušností a nebo iktem nelze vřadit celou populaci do nemocnice směřující. Tedy již ošetření nemocní, překládání z jiných nemocnic, nemocní, kteří hledají ambulantní neakutní péči a plánovaně přijímaní pacienti a jiní. Zcela by to oddělení zahltilo a ochromilo jeho provoz.

Aby urgentní příjem mohl skutečně dobře fungovat pro akutně nemocné, nesmí být zneužíván a nebo používán chybně. Přednáška si dává za úkol seznámit praktické lékaře s indikacemi využití urgentního příjmu a naopak definovat stavy a situace, kdy je odeslání nemocného na urgentní příjem zbytečné a komplikuje situaci pacienta, lékařů a v podstatě zneužívá dostupnost bezprahové urgentní péče.

Varia

pátek / 21. října 2016 / 10.10–11.00 hod.

Význam vitaminu D v praktické medicíně

prof. MUDr. Petr Broulík, DrSc.

III. interní klinika 1. LF UK, Praha

V současnosti je deficitem vitaminu D v Evropě a v USA ohroženo 30–50 % populace. V poslední době zažívá vitamin D neobyčejnou citační explozi. Je to jednak tím, že si uvědomujeme jeho důležitost pro zdraví a jednak proto, že věda objevuje další nové aktivity tohoto důležitého vitaminu a jeho metabolitů, jež mají již řadu vlastností hormonů. Dobrým ukazatelem stavu vitaminu D v organismu je koncentrace kalcidiolu v plazmě jež reflektuje vitamin D z potravy, z expozice kůže sluncem a konverzi vitaminu D z tukových zásob v játrech. Nízká hladina kalcidiolu je spojována s nízkou hladinou kalcitriolu a nižší absorpcí kalcia střevem působící hypokalcemii a sekundární zvýšení sekrece parathormonu. Pokles koncentrace vitaminu D pod 30 nmol/l (12 ng/ml), vede k poklesu svalové síly. Vitamin D snižuje u starých osob riziko pádu o více než 20 %. V naší starší populaci je kritický nedostatek vitaminu D hodnocen pomocí hladiny kalcidiolu a je to jedna z příčin senilní osteoporózy. Se stárnutím klesá postupně schopnost pokožky tvořit vitamin D až o ¾.

Počátečním krokem k aktivaci vitaminu D je hydroxylace na 25. uhlíku. 25-hydroxycholecalciferol (kalcidiol) je mnohem aktivnější než vitamin D v působení na střevo a kost. Kapacita jater tvořit kalcidiol je vysoká.

Kalcitriol se váže na vitamin D jaderný receptor (VDR). VDR je všech tkáních identický, neboli kalcitriol se může vázat na VDR kdekoliv, kde je receptor exprimován. Vitamin D receptory jsou přítomny v mnoha tkáních v těle a mají vliv na buněčnou diferenciaci a funkci řady buněk. Každá buňka v těle, jež vlastní receptor pro vitamin D může se stát cílem pro cirkulující kalcitriol v oběhu. Po navázání kalcitriolu na vitamin D receptor dochází k modulaci genové transkripce cílových oblastí genomu. Vitamin D receptor se účastní v expresi více než 500 z celkových 20 488 genů lidského genomu. Další hydroxylace se odehrává převážně v ledvinách, v mitochondriích v proximálním ledvinovém tubulu, kde je 25(OH)D 1 alfa hydroxyláza která mění kalcidiol na vysoce aktivní vitamin 1,25(OH)2D (kalcitriol).

Hlavní účinek vitaminu D je resorpce kalcia střevem – tvorbou aktivního kalcium vázajícího proteinu.

Kalcitriol snižuje riziko nádorového bujení pravděpodobně přes snížení invazivity a angiogeneze a tím snižuje metastatický potenciál nádoru. Několik epidemiologických studií ukazovalo na vztah mezi onemocněním, ale i smrtí na kardiovaskulární nemoci a nízkou koncentrací vitaminu D. Řada imunitních buněk vlastní vitamin D receptor a je schopna vitamin D dále metabolizovat. Kalcitriol účinkuje jako modulátor funkce makrofágů a beta a T-lymfocytů. Tlumí proliferaci lymfocytů a uvolnění cytokinu tumoru nekrotizující faktor (TNF α), interferonu γ a interleukinu (IL 2). Vitamin D aktivuje CD4 a T helper lymfocyty a vede k jejich diferenciaci na T helper 1 zvyšující celulární imunitu a T helper 2 zvyšující humorální imunitu. Hypovitaminózu D nacházíme u nemocných s autoimunitními onemocněními. U české populace podle naší osteologicko endokrinologické ambulance se nejméně polovina našich nemocných nachází pod hladinou 50 nmol/l (20 ng/ml).

Klíčovým účinkem vitaminu D je podpora vstřebávání vápníku a fosforu ve střevě, regulace stálosti těchto prvků v organismu a kontrola kostní mineralizace.

Symposium Sandoz Praha

pátek / 21. října 2016 / 10.10–11.00 hod.

Duševní nepohoda a fytofarmaka

PharmDr. Bc. Hana Kotolová, Ph.D.

Ústav humánní farmakologie a toxikologie, Farmaceutická fakulta,
Veterinární a Farmaceutická Univerzita Brno

Životní styl v 21. století nepřeje duševní pohodě. Duševní poruchy představují v moderní době jednu z největších zátěží lidské společnosti. V prezentaci se zaměříme na nejčastější psychovegetativní poruchy, se kterými se pacienti chodí radit k lékaři první linie nebo do lékárny. Mimo moderní psychofarmaka můžeme pacientovi s mírnějšími projevy nabídnout i fytofarmaka obsahující např. meduňku, kozlík a třezalku. Lékař první linie hraje důležitou roli v rozpoznání příznaků duševních nemocí, je schopen pacienta efektivně léčit, nebo v případě vážnějších symptomů odeslat ke specialistovi.

Satelitní sympozium firmy Shire Czech, s.r.o. Vzácná onemocnění aneb co je dobré vědět...

pátek / 21. října 2016 / 12.05–13.05 hod.

Co jste chtěli vědět o Fabry chorobě a (ne)báli jste se zeptat...

Zn. Hledá se Fabry!

MUDr. Gabriela Dostálová, MUDr. Lubor Goláš, prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc.

Komplexní kardiiovaskulární centrum, II. interní klinika kardiologie a angiologie
VFN a 1. LF UK, VFN, Praha

Anderson-Fabryho choroba (AFD) je dědičná, kvalitu života i jeho délku výrazně zkracující nemoc, která je ale díky enzym substituční terapii již léčitelná.

Vzhledem k povaze choroby, jejíž podstatou je mutace v genu pro enzym alfa – galactosidázu, se jedná zatím o chorobu nevyléčitelnou. Pokud ale tento enzym, vrozeně buď zcela chybějící, nebo defektní s jeho výrazně sníženou funkcí, nahradíme intravenózně podávaným rekombinantně připraveným enzymem, lze u těchto nemocných nejen nemoc zastavit, ale i u stejnou mutací postižených příbuzných jejich včasnou diagnostikou a podáváním terapie způsobit preventivně. Zabráníme tak přirozenému průběhu nemoci, která může v různém poměru postihnout nejrůznější orgány (ledviny, srdce, cévní postižení, TIA/CMP atd), vedoucí k jejich pozdějšímu selhání.

Anderson Fabryho nemoc se projevuje v některých případech již od dětství, kdy nejčastěji se objevují kožní léze (tzv. angiokeratomy) a dětští pacienti si stěžují na pálení dlaní, bolestivost akraálních částí rukou, nohou, intoleranci tepla z důvodu chybějícího nebo výrazně nízkého pocení. Mohou tak být v péči specialistů a přesto unikat správné diagnóze pod jiným označením, jako horečka nejasné etiologie, neurologické problémy, epilepsie, psychiatrické dg. apod.

V pubertě pak, zvláště u mužů (jedná se o defekt genu vázaného na X chromozom, muži bývají zpravidla postižení více a časněji než ženy), se postižení začíná projevovat poruchami renálních funkcí (albuminurií, proteinurií, v případě zcela chybějícího enzymu i selháním ledvinových funkcí s nutností dialýzy). Na EKG jsou parné poměrně časté změny, jako zkrácení PQ intervalu, známky hypertrofie levé komory, která je následně potvrzena i dle echokardiografie. Dalšími typickými projevy jsou časné mozkové příhody (TIA/CMP/atypické epilepsie), gastrointestinální projevy jako dráždivý tračník, poruchy sluchu, rovnováhy.

Nemocní s AFD jsou velmi často sledovaní v mnoha ordinacích, u mnoha specialistů pod rozličnými diagnózami. Včasná správná diagnóza je ale pro nasazení specifické terapie podmínkou,

Gaucherova
choroba

Fabryho
choroba

Hunterův
syndrom

Hereditární
angioedém



Chceme být stateční jako lidé, kterým pomáháme.

Shire, přední světová biofarmaceutická firma pomáhá lidem
se **vzácnými onemocněními** vést lepší život.



Shire Czech s. r. o., Evropská 810/136, 160 00 Praha 6
tel.: +420 226 807 113 / e-mail: info-czech@shire.com

www.shire.com

Kód: CEEC/LO/FIR/14/0013
Datum přípravy: květen 2014

[www.focus
ongaucher.cz](http://www.focusongaucher.cz)

[www.focus
onfabry.cz](http://www.focusonfabry.cz)

[www.focus
onhunter.cz](http://www.focusonhunter.cz)

současně však pro pacienty a jejich stejně postižené příbuzné velkou pomocí a možností nemoc zásadně ovlivnit.

Kam referovat nemocné?

Centrum pro Fabryho chorobu, II. interní klinika kardiologie a angiologie

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

U Nemocnice 2, 120 00 Praha 2

lubor.golan@vfn.cz

gabriela.dostalova@vfn.cz

ales.linhart@vfn.cz

Zelená linka 800 263 636

CZ/CANPROM/FAB/16/0001a

Úvod do světa mukopolysacharidóz

MUDr. Martin Magner, Ph.D., Jan Kulhánek

Klinika dětského a dorostového lékařství, 1. lékařská fakulta Univerzity

Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Mukopolysacharidózy svému jménu vděčí za nález kyselých mukopolysacharidů (později nazývaných glykosaminoglykany, GAG) v tkáních a v moči. Příčinou tohoto stěhování ve tkáních a zvýšené exkrece močí je nízká aktivita některého z lysosomálních enzymů podílejících se na postupné degradaci GAG. Dnes je známých 11 typů a podtypů mukopolysacharidóz. Děděny jsou autosomálně recesivně s výjimkou MPS II, která je vázaná na X chromosom. Incidence mukopolysacharidóz v ČR je 1 na 27 000 narozených dětí. Klinická variabilita je široká od časných forem s nepříznivou prognózou po později se manifestující mírné formy s přežíváním do dospělosti. U rozvinutého onemocnění bývají patrné hrubší rysy obličeje s klenutým čelem, prominujícími nadočnicovými oblouky, širokým kořenem nosu, antevertovanými nostrilami, plnými rty. Dysmorfické rysy se vyvíjejí postupně a jsou závislé na typu onemocnění i jeho tíži. Zejména u některých mírných forem a u MPS III mohou být pouze stěží rozpoznatelné. Kratší nosní průchody a makroglossie souvisejí s chronickou rýmou, hypertrofií nosní i patrových mandlí a opakovanými záněty středouší. Postižení skeletu je označováno specifickým termínem dysostosis multiplex. Častá je porucha růstu, deformity páteře, dysplázie kyčelních a kolenních kloubů, rentgenový nález veslovitých žeber, rybích obratlů, srdcovité pánve. Dominantní postižení skeletu je typické pro MPS IV, u kterého prakticky chybí viscerální manifestace nebo kognitivní postižení. Charakteristická pro MPS bývá kloubní ztuhlost s vývojem kontraktur velkých i malých kloubů s omezením hrubé i jemné motoriky, často s rozvojem drápotivé ruky. Výjimkou je opět MPS IV, u které se naopak vyskytuje hypermobilita a kloubní laxita. Z viscerálního postižení se jedná především o hepatomegalii a splenomegalii, a to zejména u typů MPS I, II a VI. Častou komplikací vyžadující operační řešení je tříselná nebo pupeční kýla. Stěhování GAG probíhá i na srdečních chlopních s rozvojem chlopních vad, sekundárně se může rozvinout kardiomyopatie. Plicní postižení je kombinované s obstrukční i restriktivní poruchou. Opoždění vývoje je typické pro těžké formy MPS I, MPS II a MPS III. Je nutno upozornit na mírnější formy onemocnění, např. jedna třetina pacientů s MPS II žádné neurologické příznaky nemá. Výraznou změnu pro prognózu pacientů s MPS přineslo zavedení enzymové substituční terapie (Enzyme Replacement Therapy, ERT), která dokáže zmírnit celou řadu příznaků onemocnění. Všeobecně na této terapii dojde k zvýšení výdrže v chůzi (šestiminutivý test chůze), k zlepšení nebo stabilizaci plicních funkcí a ústupu hepatomegalie a splenomegalie. Zásadním omezením je špatný prostup do pojivových tkání a chybějící efekt na postižení CNS. V případě časného stanovení diagnózy a brzkého zavedení terapie lze mnoha patologickým organovým projevům zcela předejít.



GILEAD

Advancing Therapeutics.
Improving Lives.

Váš partner v léčbě hepatitid a HIV

GILEAD Sciences s.r.o.

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

Principy kognitivní, afektivní a sociální neurovědy

pátek / 21. října 2016 / 14.30–15.30 hod.

Principy kognitivní, afektivní a sociální neurovědy

MUDr. František Koukolík DrSc., FCMA

Oddělení patologie a molekulární medicíny, Thomayerova nemocnice v Praze

Funkční anatomie lidského mozku prošla zásadní změnou. Podkladem je

- poznání mozku jako souboru konektomů, neuronálních sítí velkého rozsahu. Jsou definovány jako fyzikální systémy s vlastnostmi grafu, který má vrcholy a hrany.
- Pochopení plasticity mozku na synaptické a molekulární úrovni.

Obojí umožňuje lépe pochopit, co je neuronální reprezentace.

Bio-psycho-sociální model pak popisuje interakce mozku od genové úrovně k úrovni sociálních sítí a zpět.

Tyto metody dovolují popsat neuronální koreláty paměti, jazyka, emotivity, vědomí a sebeuvědomování, osobnosti, sexuálních a genderových rozdílů, interakce rodičů a dětí, inteligence, rozhodování ekonomického, morálního, politického a estetického, lásky, štěstí, religiozity, i kulturních rozdílů mezi Západem a Východem.

PRESTARIUM® NEO COMBI

...když potřebujete
preferované
diuretikum do
COMBInace¹



1 tableta denně

Zkrácená informace o přípravku PRESTARIUM® NEO COMBI 5 mg/1,25 mg a 10 mg/2,5 mg:

PRESTARIUM® NEO COMBI 5 mg/1,25 mg a PRESTARIUM® NEO COMBI 10 mg/2,5 mg je kombinací dlouhodobě působícího inhibitoru ACE s diuretikem. **Složení:** Jedna potahovaná tableta obsahuje 5 mg, resp. 10 mg perindoprilum argininum, odpovídající 3,395 mg, resp. 6,79 mg perindoprilum, a 1,25 mg, resp. 2,5 mg indapamidum. Obsahuje laktózu jako pomocnou látku. **Terapeutické indikace:** Léčba esenciální hypertenze; přípravek Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg je indikován u pacientů, jejichž krevní tlak není adekvátně kontrolován samotným perindoprilem. Přípravek Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg je indikován jako substituční terapie pro léčbu esenciální hypertenze u pacientů, kteří jsou již kontrolováni perindoprilem a indapamidem, podáváním současně v téže dávce. **Dávkování a způsob podání:** Jedna tableta přípravku Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg, resp. 10 mg/2,5 mg denně v jedné dávce, nejlépe ráno a před jídlem. **Starší pacienti:** Prestarium Neo Combi 1 tableta denně, Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg a 10 mg/2,5 mg: můžou být léčeni, pokud je normální renální funkce a po zvážení odpovědi krevního tlaku. Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg: kreatinin v plazmě musí být přizpůsobený ve vztahu k věku, věze a pohlaví. **Renální insuficience:** provádí se pravidelná kontrola kreatininu a draslíku. Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg: Clearance kreatininu (CrCl) > 60 ml/min není nutná úprava dávkování. CrCl 30 - 60 ml/min doporučuje se zahájit léčbu vhodnou dávkou fixní kombinace. CrCl < 30 ml/min léčba je kontraindikována. Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg: CrCl < 60 ml/min léčba je kontraindikována. **Kontraindikace:** Precitlivlost na perindopril nebo jiné inhibitory ACE, na indapamid nebo sulfonamidy nebo některou z pomocných látek. Angioedém v anamnéze (Quinckeho edém) ve spojitosti s podáním ACE inhibitoru. Hereditární/idiopatický angioedém. Hypokaliémie. Závažná renální insuficience (CrCl < 30 ml/min) u přípravku Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg. Středně těžká a těžká renální insuficience (CrCl < 60 ml/min) u přípravku Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg. Hepatální encefalopatie. Závažné poškození jaterních funkcí. Nedoporučuje se v kombinaci s přípravky bez antiarytmického účinku způsobujícími torsades de pointes (viz bod interakce). Druhý a třetí trimestr těhotenství a během kojení (viz bod fertilita, těhotenství a kojení). současně užívání přípravku Prestarium Neo Combi s přípravky obsahující aliskiren u pacientů s diabetes mellitus nebo s poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m²). Z důvodů nedostatečných klinických zkušeností by přípravek neměl být používán u dialyzovaných pacientů a u pacientů s neléčeným dekompenzovaným srdečním selháním. **Upozornění:** **Zvláštní upozornění:** Nedoporučuje se současné podávání s lithiem, s draslík šetřícími diuretiky a solemi draslíku. **Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS):** zvýšení rizika hypotenze, hyperkaliémie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se nedoporučuje. Pokud je léčba duální blokádou považována za naprosto nezbytnou, má k ní docházet pouze pod dohledem specializovaného lékaře a za častého pečlivého sledování funkce ledvin, elektrolytů a krevního tlaku. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou neuropatií. **Neutrocytopenie/agranulocytóza, trombocytopenie a anémie:** používání s mimořádnou opatrností u pacientů s kolagenovým vaskulárním onemocněním, u užívajících imunosupresivní léčbu, léčbu allopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů. **Hypersenzitivita/angioedém, intestinální angioedém:** okamžitě vysazení léčby a monitorování až do úplného vymizení symptomů. Angioedém související s otokem hrtanu může být smrtelný. **Anafylaktické reakce během desenzibilizace:** byly zaznamenány izolované případy pacientů s přetrvávajícími, život ohrožujícími anafylaktoidními reakcemi během desenzibilizační léčby jedem blánkových (včely, vosy). Prestarium Neo Combi by mělo být s opatrností používáno u alergických pacientů léčených desenzibilizační léčbou a nemělo by být podáváno u pacientů podstupujících imunoterapii tímto jedem. Je možné tento reakcím předjet dočasným vysazením inhibitoru ACE alespoň na 24 hodin před léčbou. **Anafylaktoidní reakce během aterézy LDL** pomocí dextran-sulfátu: vzácně se vyskytly život ohrožující anafylaktoidní reakce. Tímto reakcím lze předjet dočasným vysazením inhibitoru ACE před každou aterézou. **Anafylaktoidní reakce u pacientů dialyzovaných pomocí vysoce propustných membrán:** použít jinou membránu nebo jinou skupinu antihypertenziv. **Těhotenství:** okamžitě ukončení léčby a změna na vhodnou alternativní léčbu. **Jaterní encefalopatie:** ukončení léčby. **Fotosenzitivita:** ukončení léčby. **Renální poškození:** v případě funkční renální insuficience bez zjevných stávajících renálních lézí, by měla být léčba ukončena a případně znovu započata buď v nižší dávce, nebo podáním pouze jedné ze složek přípravku. Běžné lékařské prohlídky zahrnují sledování hladin draslíku a kreatininu, po dvou týdnech léčby a poté každé dva měsíce během období stabilní terapie. Nedoporučuje se v případě bilaterální stenózy renální arterie nebo jedné funkční ledviny. **Opatrnosti při použití:** **Jaterní selhání:** ukončení léčby v případě žloutenky nebo elevace jaterních enzymů. Vzácně, podání inhibitoru ACE může vést k souvislosti se syndromem počínajícím cholestatickou žloutenkou a progresujícím až v náhlou hepatickou nekrózu a (někdy) úmrtí. **Renální poškození:** léčba by měla být zastavena a případně znovu započata buď v nižší dávce anebo podáním pouze jedné ze složek přípravku; doporučeno časté sledování hladin draslíku a kreatininu. **Renovaskulární hypertenze:** léčba by měla být zahájena na nemocničním lůžku, a měla by být sledována funkce ledvin a hladiny draslíku. **Riziko arteriální hypotenze a/nebo renální insuficience v případě srdeční insuficience, deplece vody a elektrolytů u pacientů s nízkým krevním tlakem, se stenózou renální arterie, městnavým srdečním selháním nebo cirkózou s edémy a ascites:** léčba by měla být zahájena v nižší dávce a dávka progresivně zvyšována. **Náhla hypotenze při preexistující depleci sodíku** (zejména při stenóze renální arterie): po obnově uspokojivého objemu krve a krevního tlaku může být léčba zahájena buď ve snížené dávce, nebo podáváním jen jedné ze složek. **Závažné srdeční selhání (stupeň IV) nebo diabetes mellitus typu I:** zahájení léčby pod lékařským dohledem se sníženou počáteční dávkou. Aortální nebo mitrální stenóza/hypertrofická kardiomyopatie: používat s opatrností u pacientů s obstrukcí výtokové části levé komory. **Ateroskleróza:** zahájení léčby nízkou dávkou u pacientů s ischemickou chorobou srdeční nebo s cerebrální oběhovou nedostatečností. Suchý kašel. Hladiny draslíku: pravidelné monitorování. **Hyperkaliémie:** v případě renální insuficience, zhoršených renálních funkcí, věku > 70 let, diabetu mellitu, dehydratace, akutní kardiální dekompenzace, metabolické acidózy a souběžné užívání kalium šetřících diuretik a solí draslíku je doporučeno časté monitorování hodnot draslíku v krvi, může vyvolat závažné a někdy fatální arytmie. **Hypokaliémie:** vysoké riziko pro starší pacienty a/nebo podvyživené jedince, cirhotické pacienty s edémem a ascites, koronární a srdečně selhávající pacienty a pacienty s dlouhým QT intervalem; častější monitorování je nezbytné nutné ve všech těchto případech; napomáhá rozvoji torsades de pointes, které mohou být fatální. **Hladiny sodíku:** nutno stanovit ještě před zahájením léčby, sledování hladin sodíku musí být častější u starších pacientů a u pacientů s cirkózou. **Hyperkalcémie:** přerušení léčby až do vyšetření funkce příštích tělísek. **Hyperurikémie:** zvýšená tendence k záchvatům dny. **Anestezie:** jeden den před operací je doporučeno přerušit léčbu. **Dědičná porucha intolerance galaktózy, Lappova defekce laktázy nebo glukozo-galaktázová malabsorbe:** přípravek by neměl být podáván. **Diabetici:** v případě hypokaliémie by měla být pečlivě monitorována glykémie. **Etnické rozdíly:** vyšší výskyt angioedému a zřejmě méně účinný na snížení krevního tlaku u černošské populace ve srovnání. **Pediatrická populace:** účinnost a snášenlivost nebyla stanovena. **Sportovci:** může vyvolat pozitivní reakci u antidopingových testů. **Interakce:** **Nedoporučované kombinace:** lithium, kalium šetřící diuretika a sole draslíku, blokátory receptorů pro angiotenzin II nebo aliskiren (duální blokáda RAAS). **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** Baclofen, nesteroidní antiinfektika (včetně vysokých dávek kyseliny acetylsalicylové), antidiabetika, léky vyvolávající torsades de pointes, léky snižující hladiny draslíku, srdeční glykosidy. **Kombinace vyžadující určitou opatrnost:** Antidepresiva imipriminového typu (tricyklická), neuroleptika, kortikosteroidy, tetrakosid, jiná antihypertenziva, allopurinol, cytostatika a imunosupresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid, anestetika, diuretika, jodované kontrastní látky, vápník (a jeho soli), cyklosporin. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Nedoporučuje se během prvního trimestru těhotenství. Je kontraindikováno během druhého a třetího trimestru těhotenství a během kojení. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Schopnost řídit a obsluhovat stroje při užívání přípravku může být snížena. **Nežádoucí účinky:** **Časté:** Hypokaliémie, parestézie, bolest hlavy, asténie, pocit závratě, vertigo, poruchy zraku, tinitus, hypotenze ortostatická i jiná, suchý kašel, dušnost, zácpa, sucho v ústech, nauzea, zvracení, abdominální bolest, anorexie, porucha chuti, dyspepsie, průjem, vyrážka, svědění, makulopapulární erupce, svalové křeče. **Méně časté:** změny nálady a poruchy spánku, bronchospasmus, angioedém obličej, končetin, rtů, sliznic, jazyka, hlasivkové štěrbině a/nebo hrtanu, kopřivka, hypersenzitivní reakce, zejména dermatologické (u pacientů s predispozicí k alergickým a astmatickým reakcím), purpura, možné zhoršení existujícího akutního diseminovaného lupus erythematosus, renální insuficience, impotence, pocení. **Vzácné:** hyperkalcémie. **Velmi vzácné:** Trombocytopenie, leukopenie, agranulocytóza, aplastická anémie, hemolytická anémie, anémie (pacienti po transplantaci ledvin, hemodialyzovaní pacienti), zmatenost, arytmie včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie, atrální fibrilace, angina pectoris a infarkt myokardu (možná sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů), eosinofilní pneumonie, rýma, pankreatitida, cytolytická nebo cholestatická hepatitida, erythema multiforme, toxická epidermální nekrolýza, Steven-Johnsonův syndrom, fotosenzitivní reakce, akutní renální selhání. **Frekvence neznámá:** Synkopa, torsades de pointes (potenciálně fatální), jaterní encefalopatie (v případě jaterní insuficience), EKG - prodloužený QT interval, zvýšená glykémie a kyseliny močové během léčby, zvýšené jaterní enzymy, mírné zvýšení urey a plazmatických hladin kreatininu (reversibilní po ukončení léčby), deplece draslíku s hypokaliémií což je obzvláště závažné u některých vysoce rizikových pacientů, zvýšené hladiny draslíku (obvykle přechodné), hyponatrémie s hypovolemií vedoucí k dehydrataci a ortostatické hypotenzí. **Předávkování:** **Farmakologické vlastnosti:** Prestarium Neo Combi je kombinovaný přípravek obsahující argininovou sůl perindoprilu, inhibitoru angiotenzin-konvertujícího enzymu, a indapamid, derivátu sulfonamidu, farmakologicky řazenému k thiazidovým diuretikům, s antihypertenzním účinkem na systolický a diastolický arteriální tlak v poloze vleže i vestoje. **Uchovávaní:** Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Velikost balení:** 30 a 90 tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** LES LABORATOIRES SERVIER, 50 rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Registrační číslo: 58/215/06-C (5 mg/1,25 mg), 58/215/09-C (10 mg/2,5 mg). **Datum poslední revize textu:** 23.2.2015. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzl-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florentinu 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 Prestarium Neo Combi



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

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

PRAHA

MEDICÍNA PRO PRAXI

XIII. kongres praktických lékařů v Praze

**20.–21. října
2016**

**Hotel
Olympik Tristar
Praha**

Pořádá společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Medicína pro praxi
pod záštitou Kliniky kardiologie, IKEM, Praha

HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI

Akacia Group s.r.o.
Akademie klasické homeopatie, spol. s r.o.
Angelini Pharma Česká republika s.r.o.
B. Braun Medical s.r.o.
CTMOS, spol. s r.o.
DCA, L'Oréal Česká republika
Dětská Léčebna Dr. Filipa
EDA cz, z. ú.
EMPOLAS s.r.o.
Gilead Sciences s.r.o.
GlaxoSmithKline s.r.o.
Lékaři bez hranic
MARY KAY

Mediclinic a.s.
MeDitorial, s.r.o.
Merck spol. s r.o.
Pfizer, spol. s r.o.
QUICKSEAL INTERNATIONAL, s.r.o.
R. K. Studio
Reckitt Benckiser (Czech Republic), spol. s r.o.
SANDOZ s.r.o.
Sanofi Pasteur GmbH organizační složka
Schwabe Czech Republic s.r.o.
SWISS PHARMA, spol.s.r.o.
Takeda Pharmaceuticals Czech Republic s.r.o.
TOPNATUR s.r.o.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

Akacia Group s.r.o.
Akademie klasické homeopatie, spol. s r.o.
Angelini Pharma Česká republika s.r.o.
B. Braun Medical s.r.o.
CTMOS, spol. s r.o.
DCA, L'Oréal Česká republika
Dětská Léčebna Dr. Filipa
EDA cz, z. ú.
EMPOLAS s.r.o.
Gilead Sciences s.r.o.
GlaxoSmithKline s.r.o.
Lékaři bez hranic
MARY KAY

Mediclinic a.s.
Meditorial, s.r.o.
Merck spol. s r.o.
Pfizer, spol. s r.o.
QUICKSEAL INTERNATIONAL, s.r.o.
R. K. Studio
Reckitt Benckiser (Czech Republic), spol. s r.o.
SANDOZ s.r.o.
Sanofi Pasteur GmbH organizační složka
Schwabe Czech Republic s.r.o.
SWISS PHARMA, spol. s r.o.
Takeda Pharmaceuticals Czech Republic s.r.o.
TOPNATUR s.r.o.

PARTNEŘI



HLAVNÍ PARTNEŘI

PEDIATRIE PRO PRAHI II. kongres pediatriů v Praze

20.–21. října
2016
Hotel
Olympik Tristar
Praha

PRAHA

Pořádá společnost SOLEN, s. r. o., a časopis Pediatrie pro praxi
pod záštitou Pediatrického oddělení Nemocnice Na Bulovce

WORKSHOP

čtvrtek / 20. října 2016 / 13.00–14.00 hod.

Akrální koaktivizační diagnostika a terapie u kojenců

PhDr. Ingrid Palašáková Špringrová, Ph.D.^{1,2}, Bc. Eva Baranová, Dis.³

¹ACT centrum s.r.o., centrum postgraduálního vzdělávání akreditované pracoviště MZČR,

Čelákovice – Praha

²REHASPRING centrum s.r.o., AZZ fyzioterapie, centrum postgraduálního vzdělávání

akreditované pracoviště MZČR, Čelákovice – Praha

³E-fyziio NZZ fyzioterapie Hradec Králové

Motorický vývoj je komplexní model založený na dvou specifických teoretických hlediscích. První z nich je deskriptivní teorie stadií a druhá vysvětlující teorie (explanační) dynamických systémů. Proces motorického vývoje se sám o sobě primárně odhaluje skrze změny pohybového chování v čase. Pozorovatelný pohyb může být rozdělen do třech funkčních kategorií podle svého účelu na stabilizační, lokomoční a manipulační. Často je kombinací všech tří. V raném motorickém vývoji jsou patrné reflexní pohyby plodu, novorozence a kojence. Reflexní pohyby jsou mimovolně reakce těla na různé formy vnější stimulace. Většina reflexů je subkortikální kontrolována nižšími mozkovými centry. Volní motorická kontrola v průběhu vývoje kojence je realizována přes funkční akrální koaktivizační diagnostika se zabývá vyhodnocením funkce aker (rukou a nohou) a následně pohybových vzorů v rámci motorického vývoje u dětí a dospělých. Hodnotí jejich funkční zapojení do opory, následně stabilizace a lokomoce. Nejčastější diagnózu u novorozence a kojence je asymetrický vývoj, kdy vážně fázový motorický posun pohybových vzorů na základě predikce hlavičky. Principem akrální koaktivizační terapie je integrace a následně fixace pohybových vzorů přes opěrnou a vzpěrnou funkci aker u kojence. V kazuistických budou prezentováni kojenci, kteří byli funkčně diagnostikováni a následně terapeuticky vedeni metodou akrální koaktivizační terapie (AKT) v našem zařízení. Bude hodnocen algoritmus počtu návštěv a časová chronologie pro dosažení fázového posunu pohybových vzorů ve vývoji v pre-kontrolním stádiu fáze rudimentárního pohybu. Metoda je akreditována MZČR, lze ji vykazovat na zdravotní pojišťovny.

Pátek 21. října

Abstrakta k pátečnímu programu naleznete
????????

Výsledky: Předložena kazuistika dokumentuje průběh onemocnění od jeho počátku až do ukončení kontroly.

Závěr: Diagnostika akutní apendicitidy u kojenců a batolat je velmi obtížná. Příznaky jsou většinou nespecifické, často připomínající jiné banální onemocnění. Ani po následné perforaci apendixu nebyvají příznaky zcela jasné. Většinou dominují příznaky septického šoku s nespecifickými příznaky na břiše. Rozhodnutí se k operaci je pak daleko obtížnější než u dětí vyšších věkových kategorií.

15letý chlapec s růstovým opožděním

MUDr. Martina Romanová, MUDr. Barbora Kociánová, doc. MUDr. Felix Votava, Ph.D.
Klinika dětí a dorostu 3, LF UK, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

Úvod: Hypotyreóza je nejčastější poruchou tyreoidálních funkcí u dětí a adolescentů. Může být způsobena jak poruchou funkce štítné žlázy – primární hypotyreóza, tak poruchou na úrovni hypotalamo-hypofyziálních funkcí – sekundární hypotyreóza. Ve většině případů je získána hypotyreóza způsobena autoimunitním zánětem štítné žlázy. Mezi příznaky hypotyreózy patří únava, poruchy termoregulace, změny tělesné hmotnosti, obostipace, suchá kůže, zhoršení školního prospěchu aj. Pokud by se jednalo o sekundární poruchu, mohly by dominovat bolesti hlavy, zvracení nebo poruchy vizu. Nejzávažnějším důsledkem snížené funkce štítné žlázy je postupně se snižující růstová rychlost, která může vyústit v závažnou poruchu růstu. Růstová retardace může být prvním a po dlouhou dobu i jediným signálem porušené funkce štítné žlázy.

Kazuistika: V naší kazuistice bychom rádi prezentovali případ 15letého chlapce, který byl na naší kliniku odeslán k vyšetření pro bolesti břicha a hepatopatii nejasné etiologie. Již při příjmu dominovala nápadně malá postava – 149 cm (hluboko pod 3. percentilem). Po sestavení růstové křivky byla na růstovém grafu patrná prakticky zástava růstu od 11 let, kdy pacient vyrůstal do svých 15 let pouhých 6 cm (za 4 roky!). Růst byl zcela mimo rodičovskou predikci. Provedena vyšetření prokázala neměřitelnou hladinu TSH a velmi nízkou hladinu hormonu thyroxinu. Autoprotilátky proti štítné žláze byly pozitivní. Zahájili jsme substituci nízkou dávkou levothyroxinu – zpočátku 25 µg denně. Po měsíční terapii byla hodnota TSH 14 mU/L, FT4 již v normě, pacient vyrostl 2 cm. A jaká je růstová prognóza pacienta? Na RTG snímku ruky vstupně opožděný kostní věk o 3 roky, růstové štěrby jsou stále otevřené. Lze však předpokládat, že po úpravě funkce štítné žlázy dojde k jejich brzkému uzavření.

Závěr: Touto kazuistikou bychom rádi upozornili na důležitost sledování výšky a hmotnosti pacientů a využívání růstových grafů při preventivních prohlídkách u PLDD. U našeho pacienta mohla být porucha růstu diagnostikována již ve 13 letech a dřívejší zahájení terapie by mu jistě zaručilo i lepší finální výšku.

Narodil se chlapec nebo dívka?

MUDr. Jan David, doc. MUDr. Felix Votava, Ph.D.

Klinika dětí a dorostu, UK 3, lékařská fakulta a FN Královské Vinohrady, Praha

Kongenitální adrenální hyperplazie (CAH) je skupina onemocnění vznikajících v důsledku poruchy syntézy steroidních hormonů klůry nadledvin. Většinu nemocných představují pacienti s deficitem 21-hydroxylázy, v ČR s prevalencí asi 1 : 12 000. Při tomto deficitu je zabýlována steroidogeneze aldosteronu a kortizolu. Hromadí se jejich prekurzory s androgenním účinkem, které způsobují virilizaci genitálu nebo později předčasnou pseudopubertu. Smyslem novorozeneckého screeningu CAH, resp. deficitu 21-hydroxylázy (CAH), je zabránit rozvoji život ohrožujícího solné krize u nejtěžších forem onemocnění, resp. vzniku předčasně pseudopuberty s deficitem dospělých výšky u lehčích forem. Novorozenecký screening CAH je založen na měření koncentrace 17-hydroxyprogesteronu (17OHP) v tzv. suchých kapkách krve.

Za fyziologické situace je pohlaví genetické v souladu s pohlavím gonadálním, somatickým, psychosexuálním i legistativním. Pohlaví vývoj je proces, který zahrnuje gonadální determinaci

Multi-Sanostol®

Multivitaminový sirup s vápníkem pro děti od 1 roku

Vhodný i pro těhotné a kojící matky

- Při ztrátě chuti k jídlu
- Ke zlepšení celkového stavu po prodělané nemoci
- K prevenci nedostatku vitamínů
- Při stavech vyčerpanosti, oslabeného soustředění
- Při poruchách vývoje a růstu

- Bez umělých barviv a sladidel
- S pomerančovou příchutí
- Obsahuje 9 vitamínů a vápník

- Možná ředit čistou vodou jako nápoj

Reference: SPC Multi-Sanostol



Zkrácené informace o přípravku

Název přípravku: Multi-Sanostol. **Složení a léčivá forma:** Sirup, 10 ml sirupu obsahuje: Retinoli palmitas 2400 m.j., coledicaliferolum 200 m.j., thiamini hydrochloridum 2 mg, riboflavinu natrii phosphas 2 mg, pyridoxini hydrochloridum 1 mg, tocoferoli alfa acetat 2 mg, acidum ascorbicum 100 mg, nicotinamidum 10 mg, dexpanthenolum 4 mg, calcii gluconas monohydricus 50 mg, calcii lactophosphas 50 mg. Pomocné látky viz SPC. **Indikace:** K prevenci a léčbě stavů nedostatku vitamínů (u dětí od 1 roku), v těhotenství a období kojení, při ztrátě chuti k jídlu, zvýšené vnímavosti vůči infekcím, při poruchách vývoje a růstu, při stavech fyzické a psychické vyčerpanosti např. oslabeného soustředění a školní unavy, ke zlepšení celkového stavu po prodělané nemoci. Přípravek mohou užívat děti od 1 roku, mladiství a dospělí. **Dávkování a způsob podání:** Perorální podání. Děti od 1 do 5 let užívají denně 10 ml rozdělené do dvou dávek, děti od 6 let a dospělí užívají denně 20 ml rozdělené do dvou dávek. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky, nebo na kteroukoli pomocnou látku, hyperkalciemie, hyperkalciurie, hypervitamioze A a D. **Zvláštní upozornění a zvláštní opatření pro použití:** Přípravek nemá být užíván současně s jinými přípravky s obsahem vitamínů A a D z důvodu možnosti předávkování. Přípravek obsahuje v jedné dávce (10 ml) 6,6 g sacharosu a 1,3 g glukosy – vzít v úvahu u pacientů s cukrovkou. Přípravek může být škodlivý pro zuby. Přípravek obsahuje šlachy extrakt a potravinářskou příměs z obiloviny ječmene, který obsahuje lepek (<0,3 %). * Přípravek nemá být užíván po dobu delší než 3 měsíce a užívání má být zvaženo u pacientů se sarkoidózou a u pacientů s nefritidou. **Interakce:** Nejsou známy interakce. **Těhotenství a kojení:** U těhotných žen nemá být překročena dávka 20 ml sirupu/den. **Nežádoucí účinky:** Není znám vysoký nežádoucí účinky. **Opatření pro uchovávání:** Uchovávejte při teplotě do 25 °C v původním obalu. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Takeda GmbH, 78467 Konstanz, Německo. **Registrační číslo:** 86/439/93-C. **Datum revize textu:** 13. 4. 2016.

Multi-Sanostol je volně prodejný léčivý přípravek a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před použitím se seznámte s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku.

*Všimněte si, prosím, změny v informacích o léčivém přípravku.

Takeda Pharmaceuticals Czech Republic s.r.o.

Skřetova 490/12, 120 00 Praha 2, tel.: +420 234 722 722, fax: +420 234 722 733, www.takeda.cz



Vybrané klinické kazuisťky

garant MUDr. Ivan Peychl
čtvrtek / 20. října 2016 / 17.00–18.00 hod.

Periappendikální infiltrát-absces, konzervativní postup

MUDr. Karel Harvānek

Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Nemocnice Na Bulovce, Praha

Cíl: Cílem sdělení je seznámit lékaře s faktem, že lze akutní appendicitidu za určitých, přísně specifických okolností léčit konzervativně. Definitivní řešení je pak možno provést odloženě v klidném terénu. Metoda: Metodou zkoumání byla analýza 2 případů pokročilé akutní appendicitidy, které byly vzhledem k velmi specifickým podmínkám léčeny konzervativně. Výsledky: Oba analyzované případy ukázaly, že lze specificky probíhající akutní appendicitidu léčit primárně konzervativně a definitivní řešení při pravidelné monitoraci stavu odložit na pozdější (klidnou) dobu. Závěr: Analýzou obou případů jsme došli k závěru, že lze celkem bezpečně v přísně specifických případech přeléčit komplikovanou akutní appendicitidu konzervativně. Definitivní řešení je pak možno provést v klidovém terénu. Toto sdělení není návodem ke konzervativní léčbě komplikované akutní appendicitidy. Může však být doporučením, jak postupovat v takových přísně specifických případech.

Deficit růstového hormonu

MUDr. Dagmar Slavičková

Dětské oddělení Nemocnice Na Bulovce

Kazuistika pojednává o 13leté dívce s progredující růstovou retardací, opožděnou pubertou a obezitou. Křivka byla dlouhodobě léčena pro thyreopatii v ambulanci endokrinologa pro dospělé, růst nebyl adekvátně sledován. Dívka byla přijata na naše oddělení v červnu 2015 pro akutní pyelonefritidu. Vzhledem k velmi malému vzrůstu, absenci pubertálních známek a výrazné obezitě byla podrobně endokrinologicky vyšetřena. Bylo zjištěno, že zaostávání růstu je dlouhodobé, a dále byla nalezena nízká hladina IGF-1, pyridostigmin-klonidinový test pak potvrdil deficit růstového hormonu. Základní hormonální vyšetření (hladiny estradiolu, LH, FSH) spolu s prepubertálním stadiem pohlavního vývoje (M1, A1, P1) vedlo k podezření na hypogonadotropní hypogonadismus. Provedli jsme vyšetření NMR CNS s nálezem vývojové morfologické anomálie hypofýzy – přerušení stopky hypofýzy, hypoplazie adenohypofýzy až pod obrazem empty sella a ektopické neurohypofýzy. S tímto nálezem byla dívka odeslána na vyšší pracoviště, do endokrinologického centra Pediatrické kliniky FN Motol, k dalšímu vyšetření a léčbě růstovým hormonem. Ještě před jejím zahájením došlo k manifestaci DM I. typu. Případ byl diagnosticky uzavřen jako kombinovaný hypopituitarismus (hypotyreóza, porucha růstu, opožděná puberta) na podkladě vrozené anomálie hypofýzy ve vzácné kombinaci s DM I. typu. Doporučení pro praxi:

- pravidelně pečlivě sledování růstu a vývoje, používání percentilových grafů v ordinaci PLD
- děti odesílat k endokrinologickému vyšetření vždy do ambulanace dětské endokrinologie

Velmi komplikovaná appendicitida u 16měsíčního batolete

MUDr. Karel Harvānek

Oddělení dětské chirurgie a traumatologie, Nemocnice Na Bulovce, Praha

Cíl: Cílem sdělení je upozornit na známý fakt, že diagnostikovat akutní appendicitis u kojenců a batolat je často velmi obtížné, v inicijálních stadiích choroby nemožné. Metoda: Metodou zkoumání byla podrobná analýza případu 16měsíčního pacienta s perforovanou akutní appendicitidou.

Aktuality v pediatrii

čtvrtek / 20. října 2016 / 16.00–17.00 hod.

Posouzení zrakových funkcí v rámci služeb rané péče pro rodiny dětí se zrakovým postižením

Mgr. Martina Herynková

Raná péče, EDA cz, z.ú., Praha

Služba rané péče je nabízena rodinám dětí s postižením od narození do sedmi let věku dítěte.

Posouzení zrakových funkcí dítěte v rané péči provádíme již při jednání se zájemci o službu

a dále pak v průběhu služby podle potřeby. Rodiče nás oslovují právě proto, že rozvoj zrakových

funkcí jejich dítěte je z nějakého důvodu narušen.

Důležité je uvědomit si, že posouzení zrakových funkcí dítěte lze provádět již v preverbálním

období, není tedy třeba čekat na to, až dítě mluví. Na našem pracovišti máme k dispozici standardi-

zované testy již pro děti od narození (u takto malých dětí používáme preferenční testy) i pro starší

děti. Výsledky poté můžeme porovnat s normou pro věk dítěte.

V rámci posouzení zrakových funkcí dítěte hledáme způsob, jak co nejlépe podpořit rozvoj

zrakových funkcí dítěte. Rodiče jsou přítomni vyšetření, vidí, jak vyšetření probíhá a mohou také

pozorovat reakce dítěte.

Je velmi důležité, abychom s dítětem mohli začít pracovat včas; pediatr může při včasném do-

poručení specializovaného očního vyšetření a případně rané péče pro děti se zrakovým postižením

významně napomoci k včasnému zahájení stimulační zrakové zrakové tréninku, a tím i podpoře

celkového vývoje dítěte.

Tlumení horečky v dětském věku v rámci samoléčby

MUDr. Jiří Sliva, Ph.D.

Ústav farmakologie 3. LF UK, Praha

Jako horečku v dětském věku označujeme tělesnou teplotu nad 38 °C měřeno v konečniku a nad

37,5 °C měřeno v podpaží. Horečku samo o sobě je třeba vnímat jako obrannou reakci našeho těla

v případě, že její příčinou jsou nejrůznější mikroorganismy, viry či parazité. Vlastní nárust teploty je

totiž často limitující pro jejich životaschopnost, přestávají se množit, růst a nakonec hynou. Třebaže

nejčastější příčinou horečky v dětském věku je skutečně virová infekce, především nachlazení,

příčinou jsou často rovněž bakteriální infekce, poruchy termoregulace (úpal), vakcinace, výrazná

fyzická zátěž a celá řada onemocnění, které se naštěstí vyskytují méně často (poruchy imunity,

metabolizmu, onkologická onemocnění apod.).

V rámci prezentace bude uveden stávající pohled na její léčbu v duchu mezinárodně uznávaných

léčebných doporučení, a to se zaměřením na farmakoterapii. Diskutována budou nejčastěji užívaná

a preferovaná antipyretika v kontextu jejich odlišných farmakologických vlastností, účinnosti či bez-

pečnosti a stejně tak bude prezentována jejich vzájemná komparace v klíčových komparativních

klinických studiích a metaanalýzách.

sluchu, různé gastrointestinální postižení, poškození dentice, poruchy vřezu, psychologické problémy, poškození srdce, vznik sekundárního nádoru a řada dalších změn.

Po léčbě dětských solidních nádorů lze u našich společných pacientů očekávat výše uvedené rozmanité pozdní následky léčby kdykoliv. Pro jejich včasný záchyt a úspěšnou léčbu je užka spolupráce pediatra a onkologa klíčová.

Každý pacient dostane souhrnnou zprávu o podané onkologické léčbě s individuálním doporučením kontrol. V rámci dispenzarizace často žádáme pediatry o spolupráci – klinické vyšetření, laboratorní testy a event. zajištění dalších specializovaných vyšetření. S odstupem od konce léčby jsou pacienti v častějším kontaktu s pediatrem, který pak i díky tomuto doporučení může zachytit první příznaky pozdních následků dříve.

Jakýkoliv pozdní následek se může projevit kdykoliv od ukončení léčby. U našich pacientů v ordinaci pediatra je vždy nutné na tuto možnost souvislost myslet a v případě nejasných zdravotních komplikací kontaktovat ambulanci pozdních následků KDHO.

Autoimunitní cytopenie v dětském věku

MUDr. Petr Smíšek

Klinika dětské hematologie a onkologie FN Motol, Praha

Cílem autoimunitního procesu mohou být všechny krevní elementy. Podle toho, která krevní řada je postižena se rozlišuje imunitní trombocytopenie (ITP), autoimunitní neutropenie (AIN) a autoimunitní hemolytická anémie (AIHA). Pokud je postiženo více řad (nejčastěji ITP + AIHA), onemocnění je označováno jako Evansův syndrom.

ITP se typicky manifestuje z plného zdraví a/nebo slizniční hemoragickou diatézou. V anamnéze často předchází infekce, vzácněji očkování. V krevním obraze (KO) nacházíme izolovanou trombocytopenii, často s poklesem trombocytů pod $10 \times 10^9/l$, 85 % onemocnění má akutní průběh. Při rozhodování o léčběním přistupu zohledňujeme zejména závažnost krváčivých projevů a počet trombocytů, ale také věk pacienta a spolupráci s rodinou. U dětí s hodnotou trombocytů nad $30 \times 10^9/l$ není indikována žádná léčba, nutností jsou režimová opatření. U ostatních pacientů jsou lékem první volby kortikosteroidy nebo intravenózní imunoglobuliny (IVIg). U spolupracujících pacientů bez závažných krváčivých projevů je další možnost jen observace. Počet trombocytů se většinou v průběhu několika týdnů normalizuje. Léčba dětí s chronickou ITP je většinou komplikována a patří do rukou dětského hematologa.

AIN je nejčastěji diagnostikována v kojeneckém a časném batolecím věku. Většina pacientů vyznamnějí nestoná, neutropenie (NP) je často jen náhodným nálezem při vyšetření KO. Léčba AIN ve většině případů není nutná. U dětí s neutropenií je vhodná prevence před infekcemi. Při febrilních a významně NP s poklesem absolutního počtu neutrofilů pod $1,0 \times 10^9/l$ je nutná léčba širokospektrými antibiotiky. Při závažných infekcích je možné použít růstové faktory. AIN má výbor nou prognózu, v naprosté většině případů se KO normalizuje do tří let věku.

AIHA v dětském věku je nejčastěji akutní onemocnění manifestující se v souvislosti s infekcí. K typickým projevům hemolytické anémie patří bledost, ikterus, bolesti břicha, tmavá moč, projev anemického syndromu. Častým nálezem je i splenomegalie. V KO je normocytární anémie, zvýšený počet retikulocytů. V biochemických parametrech dominuje zvýšený bilirubin s převahou nekonjugovaného a zvýšená laktátdehydrogenáza. Diagnózu potvrdí pozitivita přímého antiglobulinového (Coombsova) testu. Lékem první volby jsou kortikosteroidy, případně IVIg. Často je ke korekci anémie nutná transfuze erytrocytů.

Na klinice dětské hematologie FN Motol (KDHO) postupem let díky vysoké úspěšnosti léčby přibývá vyléčených pacientů, kteří jsou sledováni nejen pro riziko relapsu onemocnění, ale zejména pro riziko pozdních následků. Specializované centrum pozdních následků KDHO FN Motol založil profesor Koutecký již v roce 1998. V tomto centru aktuálně sledujeme 3 158 vyléčených pacientů podle doporučení mezinárodních guidelines – které se liší podle diagnózy pacienta a absolovované onkologické léčby.

Více než dvě třetiny vyléčených nemocných má alespoň jeden nebo více pozdních následků. Tyto následky mohou postihovat všechny tkáně a orgány a objevují se v různém časovém intervalu po skončení protinádorové terapie. Typicky dochází k poruše orgánů, na které měla onkologická léčba toxický vliv. Nejčastější jsou různé formy endokrinního postižení (např. hypofunkce štítné žlázy, poruchy růstu, známky předčasné puberty), dále je typické poškození ledvin, porucha

Klinika dětské hematologie a onkologie, Fakultní nemocnice v Motole a 2. lékařské fakulty
Univerzity Karlovy, Praha

MUDr. Jarmila Kruseová, Ph.D.

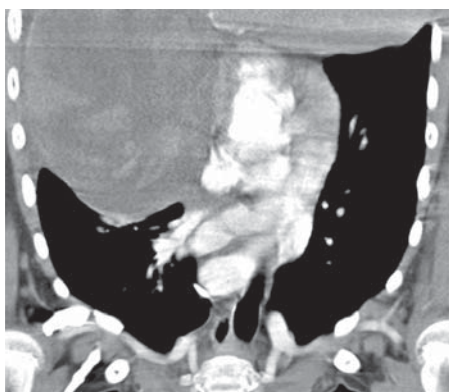
Spolupráce dětského onkologa s praktickým lékařem pro děti a dorost v dlouhodobém sledování pacientů vyléčených z nádorového onemocnění



Obr. 4. Ewingův sarkom 2. žebra vlevo s měkkotkáňovou intrathorakální složkou



Obr. 3. Zastínění levého hemithoraxu (pacient s Ewingovým sarkomem 2. žebra vlevo)



Obr. 2. Synovialsarkom levého hemithoraxu



Obr. 1. Rozsáhlé zastínění levého hemithoraxu (vstupní RTG snímek pacienta se synovialsarkomem)

Ve výše uvedených kazuistikách jsme upozornili na pestrý klinický obraz takto lokálně pokročilých nádorů. U prvního chlapce rozsáhlý mezenchymální nádor svými příznaky imitoval parainfekční artritidu a pro krvácení s anemizací pacienta vyžadoval urgentní chirurgické řešení. Naopak kazuistika druhého pacienta je příkladem bezpříznakového nádorového onemocnění, které bylo i přes velký objem intrathorakální porce tumoru náhodným pří fyzikálním vyšetření pediatrem.

Závěr

Dětská hematoonkologie

garant MUDr. Vratislav Šmelhaus

čtvrtek / 20. října 2016 / 14.20–15.30 hod.

Klinické projevy a včasná diagnóza sarkomů kostí a měkkých tkání

u dětí a dospívajících

MUDr. Eva Drahokoupilová

Klinika dětské hematologie a onkologie, 2. LF a FN Motol, Praha

Sarkomy, maligní nádory měkkých tkání a kostí, představují 13 % z celkového počtu zhoubných nádorových onemocnění u dětí a dospívajících (kostní nádory 6 %, měkkotkáňové tumory 7 %). Kromě nespecifických projevů onkologického onemocnění u dětí jako je mrzutost, pláčivost, obecně neprospívání, únava, nechutenství a nevyzpytlitelně febrilní se kostní a měkkotkáňové nádory prezentují specifickými lokálními příznaky.

Z časového hlediska je možné tyto symptomy, dané lokalizací a růstem tumoru, rozdělit na dvě skupiny. Jednak na urgentní, vzniklé náhle a mnohdy ohrožující dětského pacienta na životě, díky nimž je diagnóza maligního nádorového onemocnění stanovena časně a pacient v krátké době zahájí adekvátní onkologickou léčbu. Do této skupiny patří náhle přichytlivost (dyspnoe u rozsáhlých nádorů hrudní stěny, pneumotorax či hemoptýza u pacientů s pokročilým metastatickým onemocněním sarkomu do plic), náhle přichytlivost ze strany močového ústrojí jako retence moči způsobená subvezikální obstrukcí (měkkotkáňové rabdomyosarkomy močového měchýře, prostaty, vagíny nebo rozsáhlé tumory pánve typu Ewingova sarkomu) či neurogenní porucha vyprazdňování močového měchýře na podkladě nádorem způsobené komprese míchy nebo míšního kónu (osteosarkom a Ewingův sarkom obrátě a kosti křížové).

Druhou skupinu pak tvoří chronické specifické příznaky, trvající týdný a měsíce, kdy pacient uniká časné diagnóze, nádorové onemocnění bývá zaměňováno za jiné onemocnění a dítě přichází na onkologické pracoviště s dlouhou anamnézou a již prognosticky nepříznivým, rozsáhlým, lokálně pokročilým onemocněním. Mezi tyto chronické příznaky patří zejména u kostních tumorů bolest v místě nádoru, mnohdy noční, často kombinovaná s následným otokem či hmatnou nádorovou rezistencí (osteosarkom, Ewingův sarkom dlouhých kostí) a omezením hybnosti končetiny. Naopak rabdomyosarkom (nejčastěji maligní měkkotkáňový tumor dětského věku) se prezentuje nejčastěji chronickými symptomy danými lokalizací nádoru (progredující tuhá neoblastivá rezistence na trupu či končetině, exoftalmus a porucha motility bulbu u postižení orbity, chronická sekrece z nosu a ucha u onemocnění lokalizovaného v této oblasti, hematurie, výtok z vagíny či zvěšlení varlete při postižení urogenitálního systému).

Včasná diagnóza nádorového onemocnění dává dětskému pacientovi větší šanci na vyléčení, proto je nutné zejména při chronických příznacích onemocnění na nádorovou etiologii myslet. Postižení hrudní stěny zhoubným nádorem je v dětském věku obecně vzácné. Z nádorů, které se v této lokalizaci nejčastěji vyskytují, se jedná o vysoce agresivní nádory skupiny Ewingova sarkomu (ES), jejichž původ se odvozuje z prekursorových postgangliových buněk parasympatiky. Postihují jak skelet hrudníku, tak mohou vznikat v měkkých tkáních hrudní stěny (tzv. extraskeletální ES). Z dalších nádorů je možné v hrudní stěně zastihnout nádory mezenchymálního původu, a to sarkomy měkkých tkání (rabdomyosarkom, nediferencovaný sarkom, synovialsarkom, vzácně jiné histologické typy), dále zhoubné kostní nádory vycházející z žebér, hrudní kosti, klíční kosti či lopatky, jako osteosarkom, chondrosarkom, maligní fibrózní histiocytom. Nádorová onemocnění v této lokalizaci vzhledem k anatomickým poměrům a nevyzrálým klinickým obtížím často unikají časné diagnóze, bývají mnohdy zaměňována za jiné onemocnění (např. pleuropneumonie) a dětské pacienty přicházejí na naše pracoviště s již prognosticky nepříznivým, rozsáhlým, lokálně pokročilým karcinomem.



Hexacima®

Vakcína proti diftérii, tetanu, pertusis (acelulární komponenta), hepatitidě B (rDNA), poliomyelitidě (inaktivovaná) a konjugovaná vakcína proti Haemophilus influenzae typu b (adsorbovaná).

plně tekutá

HEXAVALENTNÍ VAKCÍNA V PŘEDPLNĚNĚ INJEKČNÍ STRÍKAČCE

ZKRÁCENÉ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU HEXACIMA:

▲ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožňuje rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Zádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakékoli podezření na nežádoucí účinky. Podrobnosti o hlášení nežádoucích účinků viz bod 4.8 dle platného znění SPČ. **HEXACIMA**, injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce, **HEXACIMA**, injekční suspenze. Vakcína proti diftérii, tetanu, pertusis (acelulární komponenta), hepatitidě B (rDNA), poliomyelitidě (inaktivovaná) a konjugovaná vakcína proti Haemophilus influenzae typu b (adsorbovaná). **Léčivá látka:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: Diphtherieae anatoxinum: ne méně než 20 mezinárodních jednotek (IU); Tetani anatoxinum: ne méně než 40 mezinárodních jednotek (IU); Antigens Bordetelly pertussis: Pertussis anatoxinum 25 µg; Haemagglutinin filamentosum 25 µg; Virus Poliomyelitis (inaktivovaný): typus 1 (Mahoney) 40 D jednotek antigenů; typus 2 (MEF-1) 8 D jednotek antigenů; typus 3 (Saukett) 32 D jednotek antigenů; Antigennum tegininis hepatitidis B¹ 10 µg; Haemophilus influenzae typus b polysaccharidum (Polybocaryllithiolil phosphat) 12 µg; conjugato cum tetani anatoxinum dvě (s intervalem nejméně 4 týdny) v součtu s oficiálními doporučeními. Jsou možná všechna očkovací schémata, včetně rozšířeného programu WHO Expanded Program on Immunisation (EPI) v 6., 10., 14. týdnu bez ohledu na to, zda byla při narození provedena vakcinace proti hepatitidě B. Po zdávkovém 1. zdávkovém zkládání očkování musí být provedeno přeočkování. Přeočkování není nutné 6 měsíců po zkládání očkování v souladu s oficiálními doporučeními. Minimálně musí být podána vakcína s Hib složkou. Pokud byla vakcína proti hepatitidě B při narození podána, může být k přeočkování použita vakcína Hexacima nebo pentavalentní DTap-IPV/Hib vakcína, a to po zdávkovém zkládání očkování. Vakcína Hexacima může být použita k přeočkování osob, které byly již dříve očkovány jinou hexavalentní vakcínou nebo pentavalentní vakcínou DTap-IPV/Hib společně s monovalentní vakcínou proti hepatitidě B. Další pediatrické doporučení: Bezpečnost a účinnost vakcíny Hexacima u kojenců mladších než 6 týdnů nebyla stanovena. Nejsou k dispozici žádné údaje. Zdáne údaje nejsou k dispozici u starších dětí. Způsob podání: Intramuskulární podání. Doporučené místo vpichu je předlohní horní část stehna a deltovy sval u starších dětí (možno od věku 15 měsíců). Kontraindikace: Anafylaktická reakce po předchozím podání vakcíny Hexacima v anamnéze. Přecitlivělost na kteroukoli složku vakcíny, na stopové množství gliatridelhydru, formidelydu, neomycinu, streptomycinu a polymyxinu B, na jakoukoli vakcínu proti pertusis nebo předchozím podání vakcíny Hexacima nebo vakcíny obsahující stejné složky. Přesní očkování proti pertusis u osob, u nichž se do sedmi dnů po předchozím očkování vakcínou obsahující pertusovou složku (celobuněčnou nebo acelulární vakcínou proti pertusis) vyskytla encefalopatie neznámé etiologie a očkování dle jen vakcínami proti diftérii, tetanu, hepatitidě B, poliomyelitidě a Hib. Vakcína proti pertusis by neměla být podávána osobám trpícím nekontrolovanými neurologickými onemocněními očnicemi i proti infekci hepatitidou D, protože se hepatitida D (vyvolána delto agens) při absenci infekce hepatitidy B nevyskytuje. Hexacima neobsahuje žádné hepatitidy způsobené jinými patogeny, jako jsou viry hepatitidy A, C a E nebo jinými patogeny jater ani proti onemocnění způsobeným jinými typy H. influenzae ani proti meningitidě jiného původu. Očkování má být odloženo u osob se středně závažným až závažným akutním onemocněním nebo infekcí. Vyskytí febrilních křečí v anamnéze dítěte, výskyt febrilních křečí nebo SIDS (syndrom náhlého úmrtí dítěte) v rodině anamnéze není kontraindikací pro použití vakcíny Hexacima. Údaje pro předčasné narozené děti nejsou k dispozici. Stejně jako u všech injekčně podávaných vakcín musí být u osob s trombocytopenií a s poruchami srážlivosti krve vakcína aplikována se zvýšenou opatrností, neboť po i.m. může dojít ke krvácení. Interakce: Údaje týkající se současného podávání vakcíny Hexacima a praeurokovacové konjugované vakcíny kombinované vakcíny proti spidrickým, příušnicím a zarděnkám, vakcíny proti rotaviru, konjugované vakcíny proti meningokokům ovlivnění protikové odpovídá na vakcínu Hexacima a vakcínu proti planým neštovicím, a tyto vakcíny by neměly být podávány současně. Při současném podávání jiné vakcíny md být očkováni provedeno do odlišných míst vpichu. Nemíchá se žádnými jinými vakcínami nebo jinými parenterálně podávanými léčivými přípravky. S výjimkou případu imunopresevní terapie nebyly hlášeny žádné významné klinické interakce s jinými typy léčby nebo biologickými přípravky. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Vakcína není určena k podávání ženám v reprodukčním věku. **Nežádoucí účinky:** Nechtěný (snížený) účinek (nabobtnutí) a výčtem (nabobtnutí), bez jehly, s jednou nebo dvěma samostatnými jehlami. Velikost bolení: 1 nebo 10. Hexacima v lahvičkách: 0,5 ml suspenze v lahvičce (sklo typu I) s pistovou zátiskou (nabobtnutí) a výčtem (nabobtnutí), bez jehly, s jednou nebo dvěma samostatnými jehlami. Velikost bolení: 1 nebo 10. Hexacima v lahvičkách: 0,5 ml suspenze v lahvičce (sklo typu I) s zátiskou (nabobtnutí), velikost bolení: 10. **Úchovávaní:** Úchovávejte v chladničce (2° C – 8° C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Dížel rozhození o registraci:** Sanofi Pasteur SA, 2, Avenue Pont Pasteur, 69007 Lyon, France. **Registrační číslo:** EU/1/13/828/001-007. **Datum poslední revize textu:** 28. 4. 2016.

¹ adsorbovaná na hydrátovaný hydroxid hlinitý (0,6 mg Al₃₊); ² jako spodní mez spojitosti (p = 0,95); ³ pomozeno na Vero buněk; ⁴ nebo ekvivalentní množství antigenu stanovené vhodnou imunochemickou metodou; ⁵ vyrobeno rekombinantní DNA technologií v kvasničkách Hansenula polymorpha

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

Aktuální pohled na problematiku TEN ve vztahu k hormonální antikoncepci

MUDr. Miroslav Havlín
Poliklinika Anděl, Praha

Vztah hormonální antikoncepce (HA) a tromboembolické nemoci (TEN) je stále živým kolibíštěm vědeckého poznání a ideových nepravd. V jejích důsledku dochází k poklesu užívatele HA (-10,6%) a mírnému vzestupu interupcí (+1,3%) v ČR v posledních 5 letech jako důsledek mediálních kampaní proti HA, kterým podléhá i část zdravotníků.

TEN je vysoce multifaktoriální onemocnění, které není možno redukovat na problematiku trombofilních mutací a hormonálních léčeb.

V přednášce je rekapitulován vliv estrogenní a gestagenní složky na hemostázu. Přináší přehled frekvence hlavních trombofilních mutací v ČR (F V homozygot 0,42 % a heterozygot 8,2 %, F II 0,07 resp. 2,4 %) a zdůrazňuje podstatně vyšší rizikovitost homozygotních forem (5–15x) proti heterozygotním. Zásadní rozdíl je v lokalizaci trombózy – F V 94 % v lýtkové krajině (výrazně méně nebezpečně), F II má ale cca 27 % trombóz v rizikovějších lokalizacích (pánev, CNS...). Z uvedeného vyplývá vyšší rizikovitost mutace F II oproti F V.

Porovnává relativní rizikovitost těhotenství a porodu (RR 7–15) a užíváním HA (RR 2,5–4) s dalšími rizikovými faktory: trombofilie (RR 3–80 dle typu), tabakizmus (RR 3–7), drogy (RR 5–40? – málo dat) a neracionálním životním stylem a jeho důsledky (nehýbné sezení, deficitní pitný režim, obezita, varixy DK apod. = RR 2–5).

Záchyty trombofilních mutací vychází z důkladně rodinné (spíše rodové) anamnézy a v indikovaných případech je nutno provést jejich vyšetření před nasazením HA. Hlavní indikace pro vyšetření jsou trombóza v rodinné či osobní anamnéze nebo srdeční a cévní onemocnění (infarkt, ictus apod.) před 50. rokem v rodinné anamnéze. Pro běžnou praxi má smysl vyšetřovat mutace F V a F II, ostatní jen při anamnestickém vyskytu ve spolupráci s hematologem.

Na základě komplexního zvažení údajů se lékař rozhodne, zda je pacientce možno předepsat HA. Zdůrazňuji individuální přístup a mezdoborovou spolupráci.

Dobrá rada do vaší ordinace čtvrtek / 20. října 2016 / 13.10–14.20 hod.

MFGM – inovace v kojenecké výživě

MUDr. Pavel Frühauř, CSC.

Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN Praha

Centrum dětské gastroenterologie, hepatologie, výživy a biologické terapie GI onemocnění

V kontrolované klinické studii vedlo obohacení kojenecké formule o MFGM (Milk Fat Globule Membrane) ke statisticky významnému rozdílu v hodnocení vývoje ve 12. měsíci věku (škála podle Bayleyové) se standardní formulí a bylo srovnatelné s výživou kojením. Rovněž byl zaznamenán menší výskyt otitid ve srovnání se skupinou dětí živěných formulí bez MFGM.

Prevalence a incidence genitálních bradavic v české populaci

RNDr. Marek Petráš, Ph.D.

(předseda Odborného spolku pro očkovaní, z.s.)

době se setkáváme s přibývajícím množstvím vulvovaginálních způsobených patogeny původem z horních cest dýchacích – zejména kmeny *Streptococcus* a *Haemophilus* a samozřejmě patogeny z GIT. Spektrum antibiotik zaváděných do pochvy je však velmi malé, na to je potřeba myslet, protože lokální antibiotická terapie je u tohoto onemocnění klíčová. Ve svém sdělení jsem chtěl zdokumentovat pacientky, které prošly mou ambulancí za rok 2015, patogeny, které byly zjištěny z kultivace a výsledky léčby. V období dospívání se vlivem stoupající hladiny ženských pohlavních hormonů spektrum patogenů mění. Nejčastěji se u dospívajících dívek setkáváme s bakteriální vaginózou či aerobní vaginitidou na rozdíl od často uváděné mykotické kolpitidy. Vyšetřovací metody se v diagnostice kolpid tohoto věku mění. Nejčastěji se využívá kultivace, která ale není správně vyšetřovací metoda první volby. V současnosti máme mnohem jednodušší, rychlejší a levnější diagnostické metody.

Akuminační kondylomata neboli genitální bradavice, jejichž původcem je skoro z 90 % lidský papillomavirus (HPV) typu 6 a 11, nepatří mezi život ohrožující, ale kromě klinických příznaků (pálení, svědění, krvácení a bolesti) mohou způsobit také psychosociální stres, rozpaký a úzkost vedoucí ke zhoršení kvality života. Cílem této průřezové studie bylo stanovit prevalenci a incidence genitálních bradavic na základě dotazníkového průzkumu mezi obyvateli České republiky a zhodnotit jejich rizikové faktory.

Od ledna 2013 do března 2014 byla získána validní data od 33 700 respondentů z 268 zdravotnických zařízení v celé ČR. Dotazník obsahoval otázky týkající se některých aspektů životního stylu, včetně rezidence, vzdělání, kouření, počtu sexuálních partnerů za celý život, HPV očkování, roku narození a pohlaví.

Celoživotní prevalence genitálních bradavic zůstala na pohlaví nezávislá, tj. 5,7 % u mužů a 6,0 % u žen. Celkem 76 % respondentů, kteří měli klinicky diagnostikované bradavice, uvedlo léčbu s lokálními přípravky a/nebo odstranění zákrokem, zatímco 23 % respondentů tvrdilo, že genitální bradavice spontánně vymizely bez lékařské pomoci. V letech 2010–2013 dosahovala roční incidence genitálních bradavic 496 případů na 100 000 obyvatel.

Nejsilnějším rizikovým faktorem pro získání genitálních bradavic byl sexuální partner s bradavicemi. V těchto párech byl 88 % výskyt genitálních bradavic a riziko jejich získání bylo až 114x vyšší oproti těm párům, kde sexuální partner byl bez genitálních bradavic. Zjistilo se, že riziko jejich výskytu stoupá s počtem sexuálních partnerů, ve věku 21–30 let, s kouřením více než 10 cigaret denně a častěji u obyvatel z měst.

Ačkoli jen necelé 1 % respondentů uvedlo opakování tohoto onemocnění, procento z těch, co zaznamenali genitální bradavice, se zvýšilo na zhruba 10 %. Ukázalo se, že riziko jejich opakování bylo asi 1,6x vyšší než jejich první získání.

Očkování čtyřvalentní HPV vakcínou snížilo výskyt genitálních bradavic o 91 % oproti neočkovaným. Také opakovaný výskyt genitálních bradavic byl jen u 1 % očkovaných, zatímco u téměř 11 % neočkovaných se genitální bradavice opakovaly. Očkování tak snížilo jejich opakování o minimálně 65 %. Značně silný účinek tohoto očkování byl pozorován u očkovaných žen, které měly sexuálního partnera s genitálními bradavicemi, oproti ženám neočkovaným.

Tato studie byla prvním reprezentativním průzkumem v České republice, který hodnotil výskyt genitálních bradavic nezávisle na pohlaví a ukázal rizikové a protektivní faktory ovlivňující jejich výskyt.

Intenzivní péče

garant MUDr. Martin Prchlik

čtvrtek / 20. října 2016 / 9.05–10.35 hod.

Závažné trombotické stavy s rozdílnou etiologií (vybrané kazuistiky)

MUDr. Pavel Heinige, MUDr. Martin Prchlik, MUDr. Martin Fajt

Klinika dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a Thomayerovy nemocnice v Praze,

oddělení JIRP

V přednášce autoři prezentují případy několika závažných trombóz, ohrožujících nemocné potenciálně na životě s různou etiologií a pestrou klinickou manifestací. Cílem prezentace je upozornění na nutnost zahrnout trombotické stavy do diferenciálně diagnostické rozvahy u celé řady klinických situací, neboť jejich četnost je relativně vysoká a klinické příznaky různorodé a často zavádějící. Přitom závažnost onemocnění je vysoká a terapie vyžaduje specifický přístup. Navíc je třeba mít na paměti, že příčina může být v některých případech i iatrogenní.

Invazivní infekce způsobené zlatým stafylokokem produkujícím**Panton-Valentinův leukocidin**

MUDr. Martin Fajt, MUDr. Martin Prchlik, MUDr. Pavel Heinige

JIRP kliniky dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK v Praze, Thomayerova nemocnice

Panton-Valentinův leukocidin (dale PVL) je exotoxin produkováný některými kmeny *Staphylococcus aureus* (MRSA i MSSA), který významně zvyšuje odolnost těchto bakterií vůči makroorganismu tím, že poškozuje jeho imunitně aktivní buňky a způsobuje tak jejich zánik po mnohočetných perforacích jejich membrány, takže následně dochází přímým působením PVL, ale i sekundárně k lokálním nekrotám postižených tkání.

Kmeny produkující PVL (MSSA nebo MRSA) způsobují bez ohledu na věk pacientů nejčastěji závažnější a často recidivující postižení kůže a měkkých tkání, dále pak osteoartikulární infekty a nekrotizující pneumonie. Především pak postižení plicního parenchymu mívá velmi závažný průběh, mortalita nekrotizující pneumonie vyvolaná PVL pozitivními kmeny zlatých stafylokoků se v současné době udává v rozmezí 40–80%.

V rámci našeho sdělení referujeme tři případy závažných infekcí vyvolaných PVL pozitivními zlatými stafylokoky u dětských pacientů.

Dětská gynekologie

garantka MUDr. Hana Kosová, Ph.D., IFFPAG

čtvrtek / 20. října 2016 / 11.00–12.10 hod.

Vulvovaginitis u dětí a dospívajících

MUDr. Hana Kosová, Ph.D., IFFPAG

Gynekologicko-porodnická klinika UK 2. LF a FNM, Gynekologická ambulance, Klinika JL,

Praha 5

Zánět vulvy a pochvy v klidovém období je nejčastější problém, které přivede dítě do ambulance dětského gynekologa. Nejprve dítě navštíví svého pediatra, který jako první diagnostikuje tento problém a mnohdy odebre vzorek kultivace z pochvy. Ke správnému odběru vzorku z pochvy je však vhodné použít vaginoskop nebo provést kultivaci pod kolposkopickou kontrolou. Pokud není kultivace odebrána striktně z pochvy, můžeme setřít oblast poševního vchodu, který je ale na bakterie přirozeně bohatý a následuje pak nespřávná interpretace výsledku vyšetření. V současné

Atoderm

Préventive

VÝŽIVNÝ OBNOVUJÍCÍ KRÉM
NA SUCHOU A POTENCIÁLNĚ
ATOPICKOU POKOŽKU DĚTÍ



JE TŮ V KŮŽI,

KDE BIODERMA
OBJEVILA ŘEŠENÍ
JAK OBNOVIT JEJÍ
OCHRANNOU BARIÉRU.

BIOLOGIE VE SLUŽBÁCH DERMATOLOGIE

BIODERMA

LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Pátek 21. října

8.00–8.45 **RANNÍ KÁVA S DISKUZÍ U AKTUÁLNÍHO TÉMATU**

Využijte příležitost zeptat se na to, co vás trápí z oboru infekologie a mikrobiologie v úzkém kruhu kolegů. Na vaše otázky budou odpovídat MUDr. Václava Adámková a MUDr. Zuzana Blechová.

9.00–10.00 **IP ANTIBIOTIKA – POTŘEBA VS. SPOTŘEBA**

MUDr. Václava Adámková, MUDr. Zuzana Blechová
Diskuzní interaktivní blok

10.10–11.00 **VARIA**

Význam vitamínu D v praktické medicíně – Broulík P.

Symposium Merck

Moderní způsoby léčby rým: Nasivin Sensitive 0,05 % – Machaň B.

Symposium Sandoz Praha

Duševní nepohoda a fytofarmaka – Kotoľová H.

11.00–11.30 **PŘESTÁVKA**

11.30–12.05 **OČKOVÁNÍ**

Klíštová encefalitida – stále aktuální – Váchalová J.

Předcházejte nečekanému aneb vakcinace ohrožených skupin proti pneumokokům – Trojánek M.

(Přednášky podpořené firmou Pfizer)

12.05–13.05 **Satelitní symposium firmy Shire Czech, s.r.o.**

VZÁCNÁ ONEMOCNĚNÍ ANEB CO JE DOBRĚ VĚDĚT...

Co jste chtěli vědět o Fabry chorobě a (ne)báli jste se zeptat... Zn. Hleď se Fabry! – Dostálová G.

Úvod do světa mukopolysacharidů – Magner M.

13.05–14.00 **POLEDNÍ PŘESTÁVKA**

14.00–14.30 **ROLE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE V LÉČBĚ HEPATITIDY C** – Urbánek P.

(Přednáška podpořená firmou Gilead Science s. r. o.)

14.30–15.30 **PRINCIPY KOGNITIVNÍ, AFEKTIVNÍ A SOCIÁLNÍ NEUROVĚDY** – MUDr. František Koukolík, DrSc., FCMA

15.30 **VYLOSOVÁNÍ ANKETY SPOLEČNOSTI SOLEN A ZAKONČENÍ KONGRESU**

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

TÍRÁŽ

II. KONGRES PEDIATRŮ V PRAZE

20.–21. října 2016 | Hotel Olympik Tristar

Poradatel

společnost SOLEN, s. r. o., a časopis Pediatrie pro praxi

Zaštitla

Pediatrické oddělení Nemocnice Na Bulovce

Prezident akce

MUDr. Ivan Peychl

Organizátor

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

Kontaktní osoba: Mgr. Jitka Nováková, 777 714 680, novakova@solen.cz

Programové zajištění: Mgr. Eva Zemanová, 777 557 426, zemanova@solen.cz

Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s.r.o., Aneta Milušíková

Ohodnocení

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



Supplementum E Pediatrie pro praxi

Citační zkratka: Pediatr. praxi 2016; 17(Suppl E).

ISBN 978-80-7471-170-1

Vydal: Solen, s. r. o.

Program – čtvrtek 20. října

9.00 ZAHÁJENÍ – MUDr. Ivan Peychl

9.05–10.35

INTENZIVNÍ PÉČE

garant MUDr. Martin Prchlik

- **Závažné krvácení u dětí (vybrané kazuistiky)** – Prchlik M., Heinige P., Fajt M.
- **Závažné trombotické stavy s rozdílnou etiologií (vybrané kazuistiky)** – Heinige P., Prchlik M., Fajt M.
- **Invazivní infekce způsobené zlatým stafylokokem produkujícím P-V leukocidin** – Fajt M., Prchlik M., Heinige P.
- **Cizí těleso v GIT – nový fenomén magnetické kuličky** – Prchlik M., Heinige P., Fajt M.

10.35–11.00 PŘESTÁVKA

11.00–12.10 DĚTSKÁ GYNEKOLOGIE

garantka MUDr. Hana Kosová, Ph.D., IEPAG

- **Vulvovaginitis u dětí a dospívajících** – Kosová H.
- **Prevalence a incidence genitálních bradavic v české populaci** – Petráš M.
- **Aktuální pohled na problematiku tromboembolické nemoci ve vztahu k hormonální antikoncepci** – Havlín M.

12.10–13.10 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

13.10–14.20 DOBRÁ RADA DO VAŠÍ ORDINACE

- **MFGM inovace v kojenecké výživě** – Fröhaur P.
- **Kašel v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost** – Pohunek P.
- **Ozvěny kongresu ESPID: současné podání hexavalentních vakcín společně s dalšími vakcínami** – Škaloud P.

14.20–15.30 DĚTSKÁ HEMATOONKOLOGIE

garant MUDr. Vratislav Šmelhaus

- **Klinické projevy a včasná diagnóza sarkomů kostí a měkkých tkání u dětí a dospívajících** – Drahokoupilová E.
- **Spolupráce dětského onkologa s praktickým lékařem pro děti a dorost v dlouhodobém sledování pacientů vyléčených z nádorového onemocnění** – Kruseová J.
- **Autoimunitní cytopenie v dětském věku** – Smíšek P.

15.30–16.00 PŘESTÁVKA

16.00–17.00 AKTUALITY V PEDIATRII

- **Satelitní symposium firmy GlaxoSmithKline**
- **Úspěchy plošného očkování v ČR** – Mendlová P.
- **Atopická dermatitida – co nového?** – Jiráková A.
- **Posouzení zrakových funkcí dítěte v rámci služeb rané péče pro rodiny dětí se zrakovým postižením** – Herynková M.
- **Tlumení horečky v dětském věku v rámci samoléčby** – Sliva J.

17.00–18.00

VYBRANÉ KLINICKÉ KAZUISTIKY

garant MUDr. Ivan Peychl

- **Periappendikální infiltrát-absces, konzervativní postup** – Harvánek K.
- **Velmi komplikovaná apendicitida u 16měsíčního batolete** – Slavíčková D.
- **Deficit růstového hormonu** – Harvánek K.
- **15letý chlapec s růstovým opožděním** – Romanová M., Kociánová B., Votava F.
- **Narodil se chlapec nebo dívka?** – David J., Votava F.

WORKSHOP
13.00–14.00

ČTVRTEK 20. ŘÍJNA

Akční koaktivní diagnostika a terapie v pediatrii – PhDr. Mgr. Ingrid Palaščíková Špringrová, Ph.D.,
Bc. Eva Baranová, DiS.

Metoda je hrazena pojišťovnou a je akreditována MZČR v rámci certifikovaných kurzů.

Vstup volný, kapacita omezena.

DUOMOX®

Velmi klasický. Velmi moderní.



Zkrácená informace o přípravku DUOMOX® tablety:

Amoxicillinum 250,375,500,750,1000 mg. **Indikační skupina:** Baktericidní antibiotikum s širokým spektrem působnosti. Patří do skupiny penicilinů. **Indikace:** Amoxicilin je lékem první volby pro empirickou léčbu akutní otitis media, akutní sinusitidy a akutní exacerbaci chronické bronchitidy. **Další indikace:** Infekce způsobené mikroorganismy, které jsou citlivé k amoxicilinu, jako: některé jiné infekce dýchacích cest, infekce urogenitálního traktu, infekce gastrointestinálního traktu, infekce kůže a měkkých tkání. **Dávkování:** Dospělí a děti nad 40 kg: 500 mg každých 8 hodin, u chronických, recidivujících a závažných infekcí lze dávky zvýšit až na 750 - 1000 mg každých 8 hodin. Děti pod 40 kg: 40 - 90 mg/kg/den rozdělených do dvou až tří dávek (celkem < 3 g) v závislosti na indikaci, závažnosti onemocnění a citlivosti patogenu. Při poškození ledvin je často nutno upravit dávku. Léčba musí pokračovat 3 – 4 dny po vymizení klinických příznaků. **Způsob podání:** DUOMOX® se může brát před jídlem, během jídla nebo po jídle. DUOMOX® tablety se mohou polykat celé a zapít je vodou, nebo je možné je rozpustit nejmeně ve 20 ml vody a vypít. Suspenze má mírně vanilkovo-mandarinovou příchut. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita k amoxicilinu nebo k jakémukoli jinému beta-laktamovému antibiotiku. Hypersenzitivita k některé z ostatních složek přípravku. Pacienti mající současně i virovou infekci, zejména infekční mononukleózu, pacienti s lymfatickou leukémií. **Interakce:** Probenecid, fenylbutazon, oxyfenbutazon, kyselina salicylová (v menší míře), indometacin a sulfinpyrazon produčují polčas amoxicilinu v plazmě a zvyšují jeho hladiny. Souběžné užívání amoxicilinu s perorálními kontraceptivy může být spojeno se sníženou účinností kontraceptiva. **Nežádoucí účinky:** Poruchy kůže a podkožní tkáně: vyrážka, gastro-intestinální poruchy: průjem, anální prurit. **Upozornění:** Zřídka může dojít k závažným případům hypersenzitivity, léčba amoxicilem musí být okamžitě zastavena. Při léčbě se mohou vyskytnout superinfekce. Při vzniku těžkého průjmu je třeba uvažovat o možnosti pseudomembranózní kolitidy. Zvláštní pozornost je třeba věnovat podávání nezralým novorozencům a během novorozeneckého období vůbec. **Těhotenství a laktace:** Bezpečnost amoxicilinu v těhotenství a při kojení nebyla ověřena. **Velikost balení:** DUOMOX® 250:20 tbl, DUOMOX® 375:20 tbl, DUOMOX® 500:20 tbl, DUOMOX® 750:20 tbl, DUOMOX® 1000:14 nebo 20 tbl. **Datum poslední revize textu:** 16.3.2011. **Jméno a adresa držitele registrace:** Astellas Pharma s. r. o., Sokolovská 100/94,186 00 Praha 8, Česká republika. Registr. číslo: 15/270/93-A/C, B/C, C/C, D/C, E/C. **Podmínky uchovávání:** Při teplotě do 25° C, uchovávat v původním vnitřním obalu. Výdej přípravku DUOMOX® je vázán na lékařský předpis. DUOMOX® je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Porádá společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Pediatrie pro praxi
pod záštitou Pediatrického oddělení Nemocnice Na Bulovce

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

II. KONGRES PEDIATRŮ V PRAZE 20.–21. října 2016 Hotel Olympik Tristar Praha

ABSTRAKTA

**Pediatrie
pro praxi**

E

2016

www.solen.cz | [Pediatr. praxi 2016; 17\(Suppl E\)](#) | ISBN 978-80-7471-170-1 | **2016**