

Medicína pro praxi

2017

F

www.solen.cz | Med. praxi 2017; 14(Suppl F) | ISBN 978-80-7471-214-2 | 2017

ABSTRAKTA

IV. KONGRES PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ V PLZNI

24.–25. listopadu 2017

Angelo hotel Pilsen

Pořadatel: společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Medicína pro praxi
Záštitu: II. interní klinika LF UK a FN Plzeň

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

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

Program / pátek 24. listopadu

- 9.00 ZAHÁJENÍ**
prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.
- 9.05–10.15 PRACOVNÍ LÉKAŘSTVÍ**
garantka MUDr. Vendulka Machartová, Ph.D.
- Úvod – legislativa a smlouvy o pracovnělékařské péči – Machartová V.
 - Problematika vibrací v pracovnělékařské péči – Čechová H.
 - Problematika alergií v pracovnělékařské péči – Kunová M.
 - Problematika zdravotní způsobilosti řidičů v pracovnělékařské péči – Machartová V.
- 10.15–10.40 PŘESTÁVKA**
- 10.40–12.00 VYBRANÁ TÉMATA Z KARDIOLOGIE**
garantka prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.
- Dvě tváře hypertenze:
Arteriální hypertenze – Rosolová H.
Žilní hypertenze – Zimolová P.
 - Nejčastější chyby v léčbě pacientů po infarktu myokardu – Kovárník T.
 - Intervence kardiovaskulárního rizika v praxi – Šnejdrová M.
- 12.00–13.00 KAZUISTIKY Z INTERNÍHO LÉKAŘSTVÍ**
garantka prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.
- Familiární hypercholesterolemie – vysoké kardiovaskulární riziko – Nussbaumerová B.
 - Nové postupy v léčbě diabetické nohy – Flanderová I.
 - Povrchová tromboflebitida – stále ještě podceňované onemocnění – Hirmerová J.
- 13.00–13.45 POLEDNÍ PŘESTÁVKA**
- 13.45–14.15 Normotenzní hydrocefalus – diagnostika a léčba** – Vacek P.
- 14.15–15.15 ENDOKRINOLOGIE**
garant prof. MUDr. Jan Filipovský, CSc.
- Onemocnění štítné žlázy v ordinaci praktického lékaře – Grégrová H.
 - Primární aldosteronismus – Mlíková Seidlerová J.
 - Anitidiabetika a kardiovaskulární riziko – Rosolová H.
- 15.15–15.40 PŘESTÁVKA**
- 15.40–16.50 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE**
- Diagnostika a léčba mírné kognitivní poruchy – Zvěřová M.
 - IBS – syndrom dráždivého tračníku – klinické projevy a terapeutický přístup – Lukáš M.
 - Novinky v cévní chirurgii – diagnostika, léčba – Moláček J.
 - Vliv kolagenových injekcí a lipozomálního vitamínu C na artrózu – Procházka Z.
- 16.50–17.50 NOVINKY VE FARMAKOLOGII V BĚŽNÉ KLINICKÉ PRAXI**
garant MUDr. Michal Prokeš
- Lékové interakce makrolidových antibiotik – Prokeš M.
 - Účelná a bezpečná farmakoterapie v zařízení sociálních služeb – Plechatá I.
 - Lékové interakce nápojů, koření a léčivých rostlin – Suchopár J.



WORKSHOP / pátek 24. listopadu

- 14.30–15.30 WORKSHOP**
- Rozpoznejte depresi – Videokazuistika „Pláču, jen když chci...”
workshop vede MUDr. Jaroslava Skopová

VSTUP VOLNÝ, KAPACITA OMEZENÁ

Program / sobota 25. listopadu

9.00–9.40 MÁME TAKOVÉTO PACIENTY VE SVÝCH AMBULANCÍCH?

- **Hunterův syndrom? Hereditární angioedém? Fabryho choroba? Gaucherova choroba?** – Magner M., Hanzlíková J.
(Satelitní sympozium firmy Shire Czech, s. r. o.)

9.40–10.50 **IP** KOLIK VÁŽÍ... ANTIBIOTIKA?

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

10.50–11.20 PŘESTÁVKA

11.20–12.20 VARIA

- **Fytofarmaka – možnosti a rizika** – Vranová V.
- **Onemocnění způsobená poruchami fosfokalciového metabolismu** – Broulík P.

12.20–13.30 ELEKTRONICKÁ PRESKRIPCE – JSTE NA NI PŘIPRAVENI?

- garantka Ing. Renata Golasíková
- **E-recepty z pohledu lékárníka** – Hojný M.

13.30 ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

IV. KONGRES PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ V PLZNI

24.–25. listopadu 2017 | Angelo hotel Pilsen

Pořadatel

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

Záštit

II. interní klinika LF UK a FN Plzeň

Prezidentka akce

prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.

Organizátor

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

Ohodnocení

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



Supplementum F Medicína pro praxi

Citační zkratka:

Med. praxi 2017; 14(Suppl F).

Vydal: Solen, s. r. o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-214-2

Duomox[®]

Velmi klasický.
Velmi moderní.



Před předepsáním léku si, prosím, prostudujte informace o léčivém přípravku,
které se nacházejí na následující straně.

Zkrácená informace o přípravku DUOMOX® tablety:

Amoxicilinum 250, 375, 500, 750, 1000 mg. **Indikační skupina:** Baktericidní antibiotikum s širokým spektrem působnosti. Patří do skupiny penicilinů. **Indikace:** Léčba následujících infekcí u dospělých a dětí: Akutní bakteriální sinusitida, akutní otitis media, akutní streptokoková tonzilitida a faryngitida, akutní exacerbace chronické bronchitidy, komunitní pneumonie, akutní cystitida, asymptomatická bakteriurie v těhotenství, akutní pyelonefritida, tyfoidní a paratyfoidní horečka, dentální absces s šířící se celulitidou, infekce v oblasti kloubní náhrady, eradikace *Helicobacter pylori*, lymfská nemoc. Profylaxe infekční endokarditidy. **Dávkování:** Dospělí: U lehkých až středně těžkých infekcí 250 mg až 500 mg každých 8 hodin nebo 750 mg až 1 g každých 12 hodin. U závažných infekcí 750 mg až 1 g každých 8 hodin. *Je třeba vzít v úvahu oficiální doporučení k léčbě pro každou indikaci. Profylaxe endokarditidy: 2 g perorálně, jedna dávka 30 až 60 minut před zákrokem. Dávkování pediatrické populace (o tělesné hmotnosti do 40 kg): Denní dávka pro děti činí 20 – 100 mg/kg/den rozdělených do dvou až tří dávek. Je třeba vzít v úvahu oficiální doporučení k léčbě pro každou indikaci. Dávkování dvakrát denně má být uvažováno pouze v případě, že je dávka v horní části dávkovacího rozmezí. Děti o vyšší tělesné hmotnosti než 40 kg užívají stejnou dávku jako dospělí. **Způsob podání:** Absorpce přípravku DUOMOX® není ovlivněna jídlem. Tablety se mohou polykat celé a zapíjet vodou. Také je možné je rozpustit nejméně ve 20 ml vody a vypít. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku, na peniciliny nebo na kteroukoli pomocnou látku přípravku. Anamnéza závažné okamžité hypersenzitivní reakce (např. anafylaxe) na další beta-laktamová antibiotika (např. cefalosporin, karbapenem nebo monobaktam). **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** **Hypersenzitivní reakce:** Před zahájením léčby amoxicilinem je nutné získat podrobnou anamnézu zejména s ohledem na předchozí hypersenzitivní reakce na peniciliny, cefalosporiny nebo další beta-laktamová antibiotika. U pacientů léčených peniciliny byly hlášeny závažné a v ojedinělých případech fatální hypersenzitivní (anafylaktoidní) reakce. Uvedené reakce se vyskytují spíše u osob s hypersenzitivitou v anamnéze, které udávají hypersenzitivitu na penicilin nebo trpí atopickým ekzémem. Dojde-li k alergické reakci, musí se léčba amoxicilinem ihned přerušit a zahájí se vhodná alternativní léčba. **Hypersenzitivita spojená s akutním koronárním syndromem:** V ojedinělých případech byly během léčby amoxicilinem hlášeny hypersenzitivní reakce (hypersenzitivita spojená s akutním koronárním syndromem), v těchto případech musí být zahájena odpovídající léčba. **Necitlivé mikroorganismy:** Amoxicilin není vhodný k léčbě některých typů infekcí s výjimkou případů kdy je prokázáno, že patogen je citlivý nebo je velká pravděpodobnost že patogen bude vhodný k léčbě amoxicilinem. Toto platí obzvláště v případě léčby pacientů s infekcemi močových cest a závažnými infekcemi ucha a nosu a krku. Křeče: Ke křečím může dojít u pacientů s poruchou renálních funkcí nebo u těch, kteří užívají vysoké dávky nebo u pacientů s predispozicemi (např. anamnéza křečí, léčená epilepsie nebo meningeální onemocnění). **Porucha funkce ledvin:** U pacientů s poruchou funkce ledvin má být dávka upravena podle stupně poškození. **Kožní reakce:** Vyskyt horečnatého generalizovaného erytému s tvorbou pustul na začátku léčby může být příznakem akutní generalizované exantematózní pustulózy (AGEP). Tato reakce vyžaduje ukončení léčby amoxicilinem a kontraindikuje následné podání. Amoxicilinu je třeba se vyhnout při podezření na infekční mononukleózu, neboť po léčbě amoxicilinem byla u pacientů s touto diagnózou pozorována morbiliformní vyrážka. **Jarisch-Herxheimerova reakce** byla pozorována po léčbě Lymské nemoci amoxicilinem. Vyplývá to přímo z baktericidní aktivity amoxicilinu na původce Lymské nemoci, spirochetu *Borrelia burgdorferi*. Pacienti mají být ujištěni, že se jedná o běžný jev, který obvykle sám odezní důsledkem antibiotické léčby Lymské boreliózy. **Přerůstání necitlivých mikroorganismů:** Dlouhodobé užívání může v některých případech vést k přerůstání necitlivých mikroorganismů. Kolitida související s podáváním antibiotik byla hlášena téměř u všech antibakteriálních agens a závažnost se může pohybovat od mírné až po život. Proto je důležité zvážit tuto diagnózu u pacientů s průjemem, který se vyskytne během nebo následně po podání jakýchkoliv antibiotik. Pokud by došlo ke vzniku kolitidy související s podáváním antibiotik, léčba amoxicilinem má být okamžitě přerušena. Má být konzultován lékař a zahájena odpovídající léčba. Antiperistaltické léčivé přípravky jsou v této situaci kontraindikovány. **Dlouhodobá léčba:** Pravidelné hodnocení funkcí orgánových systémů; včetně funkce ledvin, jater a krevetvorné funkce je vhodné v průběhu dlouhodobé léčby. Byly hlášeny zvýšené hladiny jaterních enzymů a změny krevního obrazu. Antikoagulační: Prodloužení protrombinového času bylo vzácně hlášeno u pacientů užívajících amoxicilin. Pokud jsou současně předepisována antikoagulační, mají být provedena vhodná monitorování. Úprava dávkování perorálních antikoagulancií může být nezbytná k udržení požadované úrovně antikoagulace. **Krystalurie:** U pacientů se sníženou tvorbou moči byla velmi vzácně pozorována krystalurie, převážně při parenterální léčbě. Při podávání vysokých dávek amoxicilinu, je vhodné udržovat dostatečný příjem tekutin a výdej moči, aby se snížila možnost amoxicilínové krystalurie. U pacientů s katejry v močovém měchýři má být pravidelně kontrolována průchodnost. **Interference s diagnostickými testy:** Zvýšené sérové a močové hladiny amoxicilinu mohou mít vliv na určité laboratorní testy. Vzhledem k vysoké koncentraci amoxicilinu v moči jsou běžné falešně pozitivní výsledky chemických metod. Doporučuje se, aby při testování na přítomnost glukózy v moči v průběhu léčby amoxicilinem byly použity enzymatické glukózooxidázové metody. Přítomnost amoxicilinu může zkreslit výsledky testu estriolu u těhotných žen. **Interakce:** Současné podávání probenecidu se nedoporučuje, neboť může vést ke zvýšeným krevním hladinám amoxicilinu. Současné podávání alopurinolu při léčbě amoxicilinem může zvýšit pravděpodobnost výskytu alergické reakce. Tetracykliny a jiné bakteristatické léky mohou interferovat s baktericidními účinky amoxicilinu. V odborné byly popsány případy zvýšení mezinárodního normalizovaného poměru u pacientů dlouhodobě užívajících acenokumarol nebo warfarin a zároveň užívajících amoxicilin. Při jejich současném podávání nebo po ukončení léčby amoxicilinem musí být pečlivě monitorován protrombinový čas nebo mezinárodní normalizovaný poměr. Peniciliny mohou snižovat vylučování methotrexátu, což může vést k potenciálnímu zvýšení jeho toxicity. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Omezené údaje týkající se použití amoxicilinu v době těhotenství nenaznačují zvýšené riziko kongenitálních malformací. Amoxicilin je v malých množstvích vylučován do mateřského mléka s možným rizikem senzibilizace. Amoxicilin může být použit v těhotenství a při kojení, pokud potenciální přínos převáží potenciální rizika spojená s léčbou. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Žádné studie účinků na schopnost řídit a obsluhovat stroje nebyly provedeny. Mohou se však objevit nežádoucí účinky (např. alergické reakce, závratě, křeče), které mohou ovlivnit schopnost řídit a obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášenými nežádoucími účinky jsou průjem, nauzea a kožní vyrážka. Nežádoucí účinky přípravku zaznamenané v průběhu klinických studií a po uvedení přípravku na trh seřazené podle MedDRA systémově-organové klasifikace jsou uvedeny níže. Pro určování četnosti nežádoucích účinků se používá následující terminologie: Velmi časté ($\geq 1/10$); Časté ($\geq 1/100$ až $< 1/10$); Méně časté ($\geq 1/1000$ až $< 1/100$); Vzácné ($\geq 1/10\,000$ až $< 1/1000$); velmi vzácné ($< 1/10\,000$); není známo (na základě dostupných údajů nelze odhadnout). **Infekce a infestace:** Velmi vzácné: Mukokutánní kandidóza. **Poruchy krve a lymfatického systému:** Velmi vzácné: Reversibilní leukopenie (včetně neutropenie nebo agranulocytózy), reversibilní trombocytopenie a hemolytická anémie. Prodloužení doby krvácení a protrombinového času. **Poruchy imunitního systému:** Velmi vzácné: Závažné alergické reakce, včetně angioneurotického edému, anafylaxe, sérové nemoci a hypersenzitivní vaskulitidy; Není známo: Jarisch-Herxheimerova reakce a hypersenzitivita spojená s akutním koronárním syndromem (Kounisův syndrom). **Poruchy nervového systému:** Velmi vzácné: Hyperkineze, závratě a křeče; Není známo: Aseptická meningitida. **Gastrointestinální poruchy:** Časté: Průjem a nauzea; Méně časté: Zvracení; Velmi vzácné: S antibiotiky související kolitida (včetně pseudomembranózní kolitidy a hemoragické kolitidy), černé zbarvení jazyka, který se zdá být ochlupený. Povrchové zbarvení zubů. **Poruchy jater a žlučových cest:** Velmi vzácné: Hepatitida a cholestatická žloutenka. Mírné zvýšení AST a/ nebo ALT. **Poruchy kůže a podkožní tkáně:** Časté: Kožní vyrážka; Méně časté: Urtikarie a svědění; Velmi vzácné: Kožní reakce jako erythema multiforme, Stevens-Johnsonův syndrom, toxická epidermální nekrolýza, bulózní a exfoliativní dermatitida a akutní generalizovaná exantematózní pustulóza (AGEP). **Poruchy ledvin a močových cest:** Velmi vzácné: Intersticiální nefritida, krystalurie. **Výskyt těchto nežádoucích účinků byl odvozen z klinických studií zahrnujících celkem asi 6000 dospělých a dětských pacientů užívajících amoxicilin. Povrchové zbarvení zubů bylo hlášeno u dětí. Dobrá ústní hygiena může pomoci zabránit vzniku zubního zbarvení, protože ho lze obvykle odstranit čištěním zubů.** Hlášení podezření na nežádoucí účinky po registraci léčivého přípravku je důležité. Umožňuje to pokračovat ve sledování poměru přínosů a rizik léčivého přípravku. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili podezření na nežádoucí účinky na adresu: Státní ústav pro kontrolu léčiv, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10. Webové stránky: www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek. **Předávkování:** Příznaky: Mohou se objevit gastrointestinální příznaky (jako je nauzea, zvracení a průjem) a poruchy vodní a elektrolytové rovnováhy. Byla zaznamenána krystalurie po amoxicilinu způsobující v některých případech až renální selhání. U pacientů s poruchou renálních funkcí nebo u pacientů užívajících vysoké dávky se mohou objevit křeče. **Léčba intoxikace:** Gastrointestinální příznaky se léčí symptomaticky s důrazem na vodní a elektrolytovou rovnováhu. Amoxicilin může být odstraněn z oběhu hemodialýzou. **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: 7/2016. Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Astellas Pharma s. r. o., Sokolovská 100/94, 186 00 Praha 8, Česká republika. Registrační čísla: 15/270/93-A,B,C,D,E/C. **Způsob výdeje:** Výdej je vázán na lékařský předpis. **Způsob hrazení:** Léčivo je hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Podmínky uchovávání:** Při teplotě do 25 °C, uchovávat v původním vnitřním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. Před předepsáním přípravku se seznáme s úplnou informací o léčivém přípravku: www.sukl.cz.

Pracovní lékařství

garantka MUDr. Vendulka Machartová, Ph.D.

pátek / 24. listopadu 2017 / 9.05–10.15 hod.

Úvod – legislativa a smlouvy o pracovnělékařské péči

MUDr. Vendulka Machartová, Ph.D.

Klinika pracovního lékařství LF UK a FN Plzeň

Pracovní lékařství je interdisciplinární medicínský obor, který se zabývá vlivem práce, pracovního prostředí a pracovních podmínek na zdraví pracovníků. Obor se zabývá prevencí, diagnostikou, léčbou a posudkovými aspekty nemocí způsobených prací nebo zhoršovaných prací a dále dohledem nad dodržováním zdravotně přijatelných pracovních podmínek. Specializovanou částí tohoto oboru je diagnostika a léčba nemocí z povolání.

Legislativní podklady z hlediska posuzování zdravotní způsobilosti k práci jsou obsaženy v Zákoně o specifických zdravotních službách, tj. zákoně 373/2011 Sb. a jeho prováděcí vyhlášce, Vyhlášce č. 79/2013 Sb. Problematika posuzování zdravotní způsobilosti k práci je obsažena ale i dalších legislativních předpisech, např. Vyhláška č. 271/2012 Sb. o zdravotní způsobilosti zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka, Vyhláška 101/1995 Sb. – Řád pro odbornou a zdravotní způsobilost osob pro provozování dráhy a drážní dopravy a další.

Legislativní podklady pro posuzování nemocí z povolání jsou obsaženy v Zákoně o specifických zdravotních službách, v jeho prováděcí vyhlášce 104/2012 Sb. Platný Seznam nemocí z povolání je uveden v příloze č. 1 NV 168/2014 Sb., odškodňování nemocí z povolání a pracovních úrazů je zveřejněno v NV 276/2015 Sb. Registr nemocí z povolání je jedním z povinných registrů v ČR, data o nemocech z povolání v ČR jsou předávána do Eurostatu. V posledních letech je nejčastější nemocí z povolání syndrom karpálního tunelu, onemocnění vzniká častěji na podkladě dlouhodobé nadměrné jednostranné zátěže, než na podkladě expozice vibracím. Podrobný přehled nemocí z povolání od r. 1995 do současnosti je dostupný na: <http://www.szu.cz/publikace/data/nemoci-z-povolani-a-ohrozeni-nemoci-z-povolani-v-ceske-republice>.

Novela zákona o specifických zdravotních službách, Zákonu 202/2017 Sb. je platná od 1. 11. 2017. Předpis především mění úpravu posudkové péče pracovnělékařských služeb a uznávání nemocí z povolání, novela prováděcích vyhlášek dosud není k dispozici (stav k 20. 10. 2017).

Posuzování zdravotní způsobilosti k práci je náročné u pracovníků v rizikových kategoriích (tj. od kategorie 2R do kategorie 4), ale ani kategorie deklarovaná zaměstnavatelem jako kategorie 1, nemusí být bez rizika. Předjetí nepříjemným situacím můžeme již při podepisování smlouvy. Jaké podklady bychom měli mít k dispozici při jednání o nové smlouvě o pracovnělékařské péči:

- kategorizace prací a počet pracovníků v jednotlivých rizikových kategoriích,
- počet pracovníků ve směnném provozu, popřípadě pracovníků pro noční práci,
- bezpečnostní listy chemických látek používaných na pracovišti.

Nový smluvní partner by měl umožnit naši návštěvu pracoviště ještě před uzavřením smlouvy.

Problematika vibrací v pracovnělékařské péči

MUDr. Hana Čechová

Klinika pracovního lékařství LF UK a FN Plzeň

V přednášce je uveden přehled legislativy k problematice vibrací na úseku ochrany zdraví při práci a prevenci onemocnění při práci s expozicí vibracím, včetně kategorizace prací, limitů pro zařazování do kategorií a problematiky posuzování zdravotní způsobilosti před zařazením do práce s rizikem vibrací a v jejím průběhu. Jsou předloženy legislativní požadavky na provádění preventivních prohlídek v pracovnělékařské péči. Dále jsou uvedeny metody a limity sloužící jako podklady pro

posouzení vzniku nemocí z povolání a podrobněji je předkládáno provádění chladových vodních testů a pletysmografických vyšetření, včetně kontraindikací a hodnocení chladových vodních testů a pletysmografických vyšetření. Jsou předvedeny různé typy pletysmografických křivek a jejich význam pro posouzení zdravotní způsobilosti. Jednotlivě jsou charakterizována onemocnění ze 3 skupin nemocí spojených s expozicí vibracím – onemocnění cév, periferních nervů horních končetin a kostí a kloubů rukou, zápěstí a lokte a vyšetřovací metody, které jsou nutnými podklady pro posuzování profesionalitu onemocnění. Dále jsou v přednášce uvedeny příklady nejčastěji se vyskytujících prací a nástrojů s expozicí vibracím. Pro doplnění jsou uvedeny 2 kazuistiky nemocí z povolání – onemocnění úžínovými syndromy periferních nervů horních končetin a onemocnění sekundárním Raynaudovým syndromem při práci s vibrujícími stroji a zařízeními. V poslední části přednášky jsou uváděna základní pracovní omezení pro zaměstnance s hlášenou nemocí z povolání a jsou diskutována možná opatření ke snížení negativních účinků vibrací na organismus, a to jak v oblasti technické, tak i organizační a osobní a základní zásady ochrany zdraví při práci s expozicí vibracím.

Problematika alergií v pracovnělékařské péči

MUDr. Magdaléna Kunová

Klinika pracovního lékařství LF UK a FN Plzeň

Alergická onemocnění posuzovaná v souvislosti s pracovním zařazením jsou nemoci kožní či dýchací soustavy zahrnutá v platném Seznamu nemocí z povolání (NV 290/1995 Sb.). Nejčastěji jde o kontaktní alergickou dermatitidu, astma bronchiale či exogenní alergickou alveolitidu. Nejprve musí být vždy jasně stanovena diagnóza onemocnění. Úkolem odborníka pracovního lékařství je pak prokázání vazby zdravotních obtíží v souvislosti s pracovním zařazením (reexpoziční testy, epikutánní testy). Nedílnou součástí posouzení nemocí z povolání (NZP) je ověření podmínek vzniku nemoci na pracovišti posuzovaného prostřednictvím hygienika (hygienické šetření). Teprve pak je možné vystavit lékařský posudek o přiznání či nepřiznání NZP se všemi socioekonomickými i právními důsledky.

Problematika zdravotní způsobilosti řidičů v pracovnělékařské péči

MUDr. Vendulka Machartová, Ph.D.

Klinika pracovního lékařství LF UK a FN Plzeň

Posuzování zdravotní způsobilosti řidičů je pravidelnou součástí posuzování zdravotní způsobilosti k práci. Nejde pouze o posuzování řízení motorových vozidel, ale i o řízení motorových a elektrických vozíků, dále se musíme zabývat i posuzováním způsobilosti k řízení drážních vozidel (tj. nejen práce strojvedoucího, ale i práce řidiče tramvaje, trolejbusu, ale i obsluha lanové dráhy). Při posuzování musíme vycházet z této legislativy:

- Zákon o provozu na pozemních komunikacích 361/2000 Sb. v platném znění a prováděcí vyhláška 271/2015 Sb., platná od 5. 11. 2015.
- Zákon o specifických zdravotních službách 373/2011 Sb. v platném znění (zákon 202/2017 Sb. platný od 1. 11. 2017) a prováděcí vyhláška 79/2013 Sb.
- Zákon o drahách 266/1994 Sb. a prováděcí vyhláška 101/1995 Sb.
- Zákon o provozu na pozemních komunikacích uvádí v § 5 odst. 2 písm. c) – nesmí řidič řídit vozidlo mimo jiné tehdy, jestliže je jeho schopnost (tedy kvalita zdraví) k řízení vozidla snížena v důsledku jeho zdravotního stavu. Řízení vozidel s právem přednosti jízdy je uvedeno v § 41, toto vozidlo smí řídit pouze osoba starší 21 let. K řízení motorových vozidel k přepravě více jak 8 osob je způsobilá osoba starší 21 let, stejný věk platí i pro řízení vozidel s hmotností nad 3,5 t (viz § 83).

Zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel posuzuje praktický lékař nebo lékař pracovnělékařské služby.

COSYREL®

bisoprolol fumarát / perindopril arginin

NOVINKA

Jediná fixní kombinace β-blokátoru a ACEi

pro dobře vyladěné srdce

3 INDIKACE Hypertenze | Stabilní ICHS | Srdeční selhání*

1 tableta 1x denně

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

Zkrácená informace o přípravku COSYREL®

Složení*: Cosyrel 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, potahované tablety, obsahují bisoprolol fumaras (bis) 5 mg/perindoprilum argininum (per) 5 mg, 5 mg bis/10 mg per, 10 mg bis/5 mg per, 10 mg bis/10 mg per. **Indikace*:** Cosyrel je indikován k léčbě hypertenze a/nebo stabilní ischemické choroby srdeční (u pacientů s infarktem myokardu a/nebo revaskularizací v anamnéze) a/nebo stabilního chronického srdečního selhání se sníženou systolickou funkcí levé komory (pouze Cosyrel 5 mg/5 mg a Cosyrel 10 mg/5 mg) jako substituční léčba u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných bisoprololem a perindoprilem podávanými současně ve stejné dávce. **Dávkování a způsob podání*:** Obvyklá dávka je jedna tableta jednou denně, nejlépe ráno a před jídlem. Pacienti musí být stabilizováni na léčbě bisoprololem a perindoprilem ve stejné dávce po dobu nejméně 4 týdnů. Fixní kombinace není vhodná k iniciální léčbě. U pacientů stabilizovaných na dávce bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 2,5 mg: půl tablety obsahující 5 mg/5 mg nebo 5 mg/10 mg jednou denně. Je-li nutná změna dávkování, titraci je nutno provádět za použití jednotlivých složek samostatně. **Porucha funkce ledvin:** Doporučené dávkování podle clearance kreatininu. 5 mg/5 mg; $Cl_{CR} \geq 60$ (ml/min): 1 tableta; $30 < Cl_{CR} < 60$: ½ tablety; $Cl_{CR} < 30$: přípravek není vhodný, doporučená titrace dávky za použití jednotlivých složek samostatně. 5 mg/10 mg; $Cl_{CR} \geq 60$: ½ tablety; $Cl_{CR} < 60$: přípravek není vhodný, 10 mg/5 mg; $Cl_{CR} \geq 60$: 1 tableta; $Cl_{CR} < 60$: přípravek není vhodný, 10 mg/10 mg: přípravek není vhodný. **Porucha funkce jater:** není nutná úprava dávkování. **Starší pacienti:** podávání podle renální funkce. **Pediatrická populace:** bezpečnost a účinnost nebyla stanovena, použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **Kontraindikace*:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na jiné inhibitory angiotensin-konvertujícího enzymu (ACE); akutní srdeční selhání nebo probíhající epizody srdeční dekompenzace vyžadující i.v. inotropní terapii; kardiogenní šok; AV blok druhého nebo třetího stupně (bez pacemakeru); sick sinus syndrom; sinoatriální blokáda; symptomatická bradykardie; symptomatická hypotenze; závažné bronchiální astma nebo chronická obstrukční plicní nemoc; závažné formy periferní arteriální okluzeční onemocnění nebo Raynaudova syndromu; neléčený feochromocytom (viz bod Upozornění*); metabolická acidóza; anamnéza angioneurotického edému souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE; dědičný nebo idiopatický angioneurotický edém; 2. a 3. trimestr těhotenství (viz body Upozornění*, Těhotenství a kojení*), současné užívání s přípravky obsahující aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo s poruchou funkce ledvin ($GFR < 60$ ml/min/1,73 m²) (viz body Upozornění*, Interakce* a Farmakodynamické vlastnosti*). **Upozornění*:** Zvláštní upozornění a opatření pro použití: Hypertenze: u pacientů s poklesem objemu tělních tekutin, se symptomatickým srdečním selháním se současnou renální insuficiencí nebo bez ní, s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárními chorobami je při zahájení léčby a změně dávky zapotřebí pečlivé monitorování. Náhlá hypotenzní odpověď není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou pacienti obvykle užívat bez obtíží, jakmile jim po doplnění objemu stoupne krevní tlak. **Hypersenzitivita/angioedém/intestinální angioedém:** vysadit a zahájit monitorování až do úplného vymizení symptomů. Léčba betablokátorem musí pokračovat. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Pacienti souběžně užívající terapii inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) mohou mít zvýšené riziko angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka s poruchou dýchání nebo bez ní*). **Selhání jater:** vzácně byly inhibitory ACE spojovány se syndromem, který začíná cholestatickou žloutenkou a progresuje ve fulminantní jaterní nekrózu a (někdy) v úmrtí: ukončit léčbu v případě rozvoje žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů. Černošská populace: perindopril může být méně účinný a způsobit vyšší procento angioedému ve srovnání s jinými rasami. **Neproductivní kašel, Hyperkalemie:** časté monitorování koncentrace draslíku v krvi v případě renální insuficience, zhoršení renálních funkcí, věk > 70 let, diabetes mellitus, dehydratace, akutní srdeční nedostatečnost, metabolická acidóza a současné užívání diuretik, draslíkových doplňků, náhrad soli s obsahem draslíku, léčivých přípravků, které mohou způsobovat vzestup sérových koncentrací draslíku. **Kombinace s lithiem:** s draslíkem šetřícími diuretiky, draslíkovými doplňky nebo náhradami soli obsahující draslík, kalciovými antagonisty, antiarytmiky třídy I a centrálně působícími antihypertenzivy: obecně se nedoporučuje. **Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS):** zvýšení rizika hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se proto nedoporučuje. Pokud je léčba duální blokádou považována za naprosto nezbytnou, má k ní docházet pouze pod dohledem specializovaného lékaře a za častého pečlivého sledování funkce ledvin, elektrolytů a krevního tlaku. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou neuropatií. **Ukončení léčby:** nesmí být provedeno náhle ukončení léčby betablokátorem. Dávkování má být snižováno postupně pomocí jednotlivých složek, ideálně po dobu dvou týdnů. **Bradykardie:** při poklesu srdeční frekvence pod 50–55 tepů za minutu v průběhu léčby a pacient pociťuje symptomy související s bradykardií, dávka má být snižována za použití jednotlivých složek s vhodnou dávkou bisoprololu. **AV blok prvního stupně, stenóza aortální a mitrální chlopně/hypertrofická kardiomyopatie, diabetici, striktní půst:** podávat s opatrností. **Prinzmetalova angina:** betablokátory mohou zvýšit počet a délku trvání epizod anginy pectoris. **Porucha funkce ledvin:** denní dávka má být upravena na základě clearance kreatininu. Monitorování draslíku a kreatininu. U pacientů s bilaterální stenózou renálních arterií nebo stenózou arterie solitární ledviny může dojít ke zvýšení sérových koncentrací urey a kreatininu; v případě renovaskulární hypertenze je riziko těžké hypotenze a renální insuficience zvýšené. **Transplantace ledvin, srdeční selhání s inzulin dependentním diabetem mellitus (typ I), těžkou poruchou funkce ledvin, těžkou poruchou funkce jater, restrikční kardiomyopatie, vrozeným srdečním onemocněním, hemodynamicky významným onemocněním chlopní, infarktem myokardu v předchozích 3 měsících:** nejsou zkušenosti s podáváním. **Anafylaktoidní reakce během aferýzy nízkodenzitních lipoproteinů (LDL):** vzácná, lze předejít dočasným vysazením léčby inhibitory ACE před každou aferézou. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** dočasně vysadit léčbu před vyšetřeními. Tyto reakce se znovu objevily po náhodném opětovném vystavení. Bisoprolol může zvýšit senzitivitu vůči alergenům i závažnost anafylaktických reakcí. **Neutropenie/agranulocytóza/thrombocytopenie/anémie:** extrémní opatrnost u pacientů s kolagenovým vaskulárním onemocněním, s imunosupresivní léčbou, léčbou alopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů. **Bronchospasmus (bronchiální astma, obstrukční onemocnění dýchacích cest):** souběžné podávání bronchodilatační terapie. **Anestezie:** pokud je nutné betablokátor vysadit, je třeba to provádět postupně a ukončit 48 hodin před anestézií. **Psořáze:** podání po zvážení přínosu a rizika. **Feochromocytom:** podávání bisoprololu vždy s blokátorem alfa-receptorů. **Tyretotoxikóza:** symptomy mohou být maskovány. **Těhotenství:** zastavit léčbu. V případě nutnosti zahájit alternativní léčbu. **Interakce*:** Kombinace kontraindikované: aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo poruchou funkce ledvin. **Nedoporučuje se současně užívat:** centrálně působící antihypertenziva, např. klonidin a další (methylodopa, moxonidin, rilmenidin); antiarytmika třídy I (chinidin, disopyramid, lidokain, fenytoin, flekainid, propafenon); antagonisty kalcia typu verapamilu a v menší míře diltiazem; aliskiren a blokátory receptorů pro angiotenzin II; estramustin, draslík šetřící diuretika (triamteron, amilorid), draslík (soli); lithium. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** antidiabetika (inzulín, perorální antidiabetika); nesteroidní antiinfektiva (NSAID) včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den; antihypertenziva a vaskulodilatancia; tricyklická antidepresiva/antipsychotika; anestetika; sympatomimetika; antagonisté kalcia dihydropyridinového typu (felodipin, amlodipin); antiarytmika třídy III (amiodaron); parasympatomimetika; lokální betablokátory (např. oční kapky k léčbě glaukomu); digitalisové glykosidy; baklofen; draslík šetřící diuretika; draslík šetřící diuretika (epiloron, spironolaktin); racekadrolin; inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) *. **Kombinace vyžadující určitou opatrnost:** melochin, inhibitory monooxidas (kromě inhibitorů MAO-B), gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), zlato. **Těhotenství a kojení*:** Podávání není doporučeno v prvním trimestru těhotenství a během kojení. Podávání je kontraindikováno ve 2. a 3. trimestru těhotenství. **Fertilita*:** Účinnost na schopnost řídit a obsluhovat stroje*: u některých pacientů se mohou vyskytnout individuální reakce související s nízkým krevním tlakem. V důsledku toho může být schopnost řídit a obsluhovat stroje narušena. **Nežádoucí účinky*:** Velmi časté: bradykardie. Časté: bolest hlavy, závrať, vertigo, dysgezie, parestézie, porucha zraku, tinitus, zhoršení srdečního selhání, hypotenze a účinky související s hypotenzí, pot chladu nebo znečištění končetin, kašel, dyspnoe, bolest břicha, zácpa, průjem, nauzea, zvracení, dyspepsie, vyrážka, pruritus, svalové křeče, astenie, únava. Méně časté: eozinofilie, hypoglykemie, hyperkalemie, reverzibilní při vysazení léčby, hyponatremie, změny nálady, poruchy spánku, deprese, somnolence, synkopa, palpitace, tachykardie, poruchy AV vedení, ortostatická hypotenze, vaskulitida, bronchospasmus, suchý v ústech, angioedém obličej, končetin, rtů, sliznic, jazyka, glottis a/nebo hrtanu, kopřivka, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, hyperhidróza, svalová slabost, artralgie, myalgie, renální insuficience, erektilní dysfunkce, bolest na hrudi, malátnost, periferní edém, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, pád. **Vzácné:** nitrida, noční můry, halucinace, snížená tvorba slz, poruchy sluchu, hepatitida cytolytická nebo cholestatická, hypersenzitivní reakce (svědění, zčervenání, vyrážka), zhoršení psoriázy **, poruchy potence, vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi, zvýšená hladina triglyceridů. **Velmi vzácné:** agranulocytóza, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, trombocytopenie, hemolytická anémie u pacientů s vrozeným deficitem G6PDH, zmatenost, konjunktivitida, arytmie, angina pectoris, infarkt myokardu a cévní mozková příhoda, možné sekundární k nadměrné hypotenzí u vysoké rizikových pacientů, eosinofilní pneumonie, pankreatitida, erythema multiforme, alopecie, betablokátory mohou způsobit nebo zhoršit psoriázu nebo způsobit vyrážku připomínající psoriázu, akutní renální selhání, snížená hladina hemoglobinu a snížený hematokrit. **Předávkování*, vlastnosti*:** Bisoprolol je vysoce beta- selektivní blokátor adrenoreceptorů bez vnitřní sympatomimetické a membrány stabilizující aktivity. Perindopril je inhibitor enzymu, který konvertuje angiotenzin I na vazokonstrikční angiotenzin II (ACE). **Balení*:** Balení 30, 90 potahovaných tablet přípravku Cosyrel 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg. **Uchovávaní:** Žádné zvláštní podmínky uchovávaní ani zacházení. **Držitel rozhodnutí o registraci:** LES LABORATOIRES SERVIER, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Registrační číslo: 58/563-566/15-C. **Datum poslední revize textu:** 7. 3. 2017. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách a jsou na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

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



K posouzení zdravotního stavu je nutné provést základní lékařské vyšetření, tj. fyzikální vyšetření, orientační vyšetření zraku a sluchu a orientační vyšetření neurologické. Při tomto vyšetření je potřeba se zaměřit i na další onemocnění uvedená v příloze č. 3 vyhlášky 271/2015 Sb.

Kromě základního lékařského vyšetření jsou u některých řidičů předepsány i další prohlídky, především dopravně-psychologické vyšetření u řidičů nákladních vozidel nad 7,5 t.

Při posuzování zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel je potřeba ještě rozlišit řidiče-profesionála, který má řízení motorového vozidla zakotveno v pracovní smlouvě a řidiče-referenta. Řidič profesionál má předepsanou lhůtu prohlídek každé 2 roky do 50 let věku a dále 1x ročně, řidič referent má lhůty prohlídek stejné jako běžný řidič (tj. prohlídka před získáním řidičského průkazu, a dále v 65 letech, 68 letech a dále každé 2 roky).

Jaká onemocnění omezují nejčastěji způsobilost k řízení motorových vozidel:

- postižení zraku
- záchvatovitá onemocnění
- psychiatrická onemocnění
- závislosti

Vybraná témata z kardiologie

garantka prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.

pátek / 24. listopadu 2017 / 10.40–12.00 hod.

Arteriální hypertenze

prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.

Centrum preventivní kardiologie, 2. interní klinika FN Plzeň

Arteriální hypertenze (AH) je nejčastější kardiovaskulární nemoc a zároveň jeden z hlavních rizikových faktorů pro aterosklerózu a její komplikace, ale také pro srdeční a ledvinové selhání. Hypertenze narušuje velké a střední arterie, ale přenáší se i do mikrocirkulace a vede k remodelaci arteriol a ztrátě kapilární sítě.

Základem diagnostiky AH je správné měření krevního tlaku, což je jedním z velkých problémů. Zdá se, že použití přístroje Blood Pressure True v izolované místnosti bez přítomnosti zdravotnického personálu a jiných osob by mohlo vyřešit tento problém. Druhým velkým problémem je compliance k celoživotnímu užívání doporučených léků. Pacienti s AH, která je většinou asymptomatická, ztrácejí motivaci polykat tablety již po 1 roce léčby.

Čím je větší počet tablet anebo se objevují vedlejší účinky léčby, tím menší je ochota pacientů všechny léky užívat. Jelikož většina pacientů s AH nevystačí pouze s jedním lékem, je vhodné používání fixních dvou nebo i tří kombinací antihypertenziv. Vhodná kombinace vede také k menšímu výskytu nežádoucích účinků (např. inhibitory ACE a blokátory kalciových kanálů).

Žilní hypertenze

MUDr. Petra Zimolová

Kardiologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

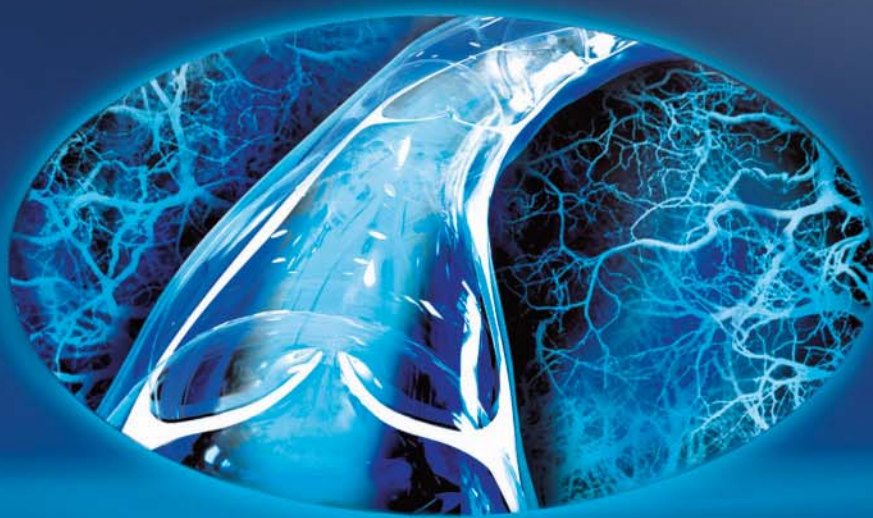
Prezentace o žilní hypertenzi je zaměřena na hlavní klinickou manifestaci této jednotky – na chronické žilní onemocnění (CVD). Společným podkladem všech stadií CVD je právě žilní hypertenze, která doprovází všechny vývojové stupně nemoci. Studie slovenských autorů z roku 2015 poukazuje na častý výskyt CVD u pacientů s arteriální hypertenzí. Prezentace se zabývá etiologickými i klinickými aspekty nemoci, možnou diagnostikou i léčbou této významně rozšířené choroby.

Řada nemocných své příznaky podceňuje, přichází na vyšetření k lékaři až s pokročilými projevy CVD, kdy léčba potíží může být svízelná. Prezentace představuje jednotlivá klinická stadia nemoci, názorně zmiňuje možnosti diagnostiky i léčby. Zásadní pro vývoj CVD je zahájení léčby

detralex®

MPFF® – mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce

Chrání strukturu a funkci žil¹⁻³



Léčba chronického žilního onemocnění⁴

2 TABLETY DENNĚ

Léčba hemoroidálního onemocnění⁴

12 6 TABLET DENNĚ



Zkrácená informace o přípravku Detralex® • **SLOŽENÍ***: Flavonoidum fractio purificata micronisata 500 mg (mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce - MPFF): Diosminum 450 mg, Flavonoida 50 mg vyjádřené jako Hesperidinum v jedné potahované tabletě. **INDIKACE***: Léčba příznaků a projevů chronické žilní insuficience dolních končetin, funkčních nebo organických: pocit tíhy, bolest, noční křeče, edém, trofické změny, včetně bércevého vředu. Léčba akutní ataky hemoroidálního onemocnění, základní léčba subjektivních příznaků a funkčních objektivních projevů hemoroidálního onemocnění. Přípravek je indikován k léčbě dospělých. **DAVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ***: Venolymfatická insuficience: 2 tablety denně. Hemoroidální onemocnění: Akutní ataka: 6 tablet denně během 4 dní, poté 4 tablety denně další 3 dny. Udržovací dávka: 2 tablety denně. **KONTRAINDIKACE***: Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ***: Podávání přípravku Detralex v symptomatické léčbě akutních hemoroidů nevylučuje léčbu dalších onemocnění konečníku. Pokud symptomy brzy neodezní, je nutné provést proktologické vyšetření a léčba by měla být přehodnocena. **INTERAKCE***: Žádné. **FERTILITA*, TĚHOTENSTVÍ/KOJENÍ***: V experimentálních studiích na zvířatech nebyly zjištěny teratogenní účinky a nebyly prokázány žádné anatomické anomálie ani potíže v chování mláďat během období kojení; nežádoucí účinky nebyly zaznamenány ani u lidí. Z dostupných údajů o podávání přípravku těhotným ženám vyplývá, že nedochází k žádnému nepříznivému ovlivnění těhotenství ani plodu. Studie reprodukční toxicity na zvířatech neprokázaly vliv na fertilitu u samic a samic potkanů. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE***: Žádné. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY***: Časté: průjem, dyspepsie, nauzea, vomitus. Vzácné: závrať, bolesti hlavy, pocit neklidu, vyrážka, svědění, kopřivka. Méně časté: kolitida. **Frekvence neznámá**: abdominální bolest, ojedinělý otok obličeje, rtů, víček, výjimečně Quinckeho edém. **PŘEDÁVKOVÁNÍ***: FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI*: Venotonikum (venofarmakum) a vazoprotektivum. Detralex působí na zpětný návrat krve ve vaskulárním systému; snižuje venózní distenzibilitu a redukuje venostázu, na úrovni mikrocirkulace normalizuje kapilární permeabilitu a zvyšuje kapilární rezistenci; zvyšuje lymfatický průtok. **UCHOVÁVÁNÍ***: Při teplotě do 30°C. **VELIKOST BALENÍ***: 30, 60, 120 a 180 potahovaných tablet. **Datum revize textu**: 24.7.2017. Přípravek je k dispozici v lékárnách na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. **Registrační číslo**: 85/392/91-C. Držitel rozhodnutí o registraci: **LES LABORATOIRES SERVIER** 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Florentinum, Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel.: 222 118 111, www.servier.cz

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

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



co nejdříve, aby se zabránilo progresi onemocnění do nejvyšších stadií. Pacienti profitují z včasné edukace o režimových opatřeních, farmakologických i invazivních možnostech léčby. Tranzientní reflux, jehož podstata byla objasněna poměrně nedávno, pak vysvětluje možnost existence klinicky vyjádřených symptomů žilního onemocnění při absenci diagnostického průkazu CVD v ranních hodinách.

Sdělení tedy poukazuje na nutnost věnovat patřičnou pozornost i prvotním příznakům onemocnění a odhaluje možné následky jejich podcenění v reálné praxi.

Nejčastější chyby v léčbě pacientů po infarktu myokardu

doc. MUDr. Tomáš Kovárník, Ph.D.

II. interní klinika VFN, Praha

V České republice je každoročně ošetřeno cca 14 000 pacientů s infarktem myokardu a celkem toto onemocnění prodělalo cca 85 000 pacientů, kteří jsou v současnosti v ambulantním sledování. Jednou z častých chyb je považování těchto nemocných za jednu skupinu. Pacienti s touto diagnózou se však mohou zásadně lišit ve své prognóze, která je dána jednak typem infarktu, jeho včasnou diagnostikou a správnou léčbou, ale rovněž také rozsahem zbývajících koronárního postižení a pacientových komorbidit. Z dalších chyb je třeba uvést nejasnosti v délce duální antiagregace, zejména v komplikované situaci u nemocných užívajících navíc ještě perorální antikoagulační. Dále je to nedůslednost v dodržování všech zásad sekundární prevence. V neposlední řadě, je třeba upozornit na podceňovanou malcompliance nemocných. Ta je dána nedostatečnou motivací pacienta či jeho obavou z nežádoucích účinků léčby. Teprve komplexní přístup zahrnující správnou terapii v akutní fázi, správnou sekundární prevenci a dobrou spolupráci nemocného může zajistit dostatečné snížení rizika vzniku další ischemické příhody.

Intervence kardiiovaskulárního rizika v praxi

MUDr. Michaela Šnejdrová, Ph.D.

Centrum preventivní kardiologie, III. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Dyslipidemie a arteriální hypertenze patří spolu s kouřením a diabetem mellitem 2. typu mezi nejvýznamnější rizikové faktory kardiiovaskulárních onemocnění. Vliv důsledné intervence těchto rizikových faktorů na redukci kardiiovaskulárního rizika byl prokázán v celé řadě intervenčních studií, nicméně léčba obou rizikových faktorů je v České republice nadále neuspokojivá.

Podle studie Czech post-MONIKA, při které byl v letech 2006–2009 vyšetřen náhodný 1% populační vzorek jedinců ve věku 25–64 let v 9 okresech České republiky, bylo pouze 64 % pacientů s hypertenzí léčeno (resp. 36 % pacientů s hypertenzí nebylo do té doby diagnostikováno), v diagnostice dyslipidemie byla čísla ještě více alarmující – 40 % pacientů mělo hypercholesterolemii, pouze 37 % hypercholesterolemických pacientů bylo léčeno (tedy do té doby diagnostikováno). Rovněž míra kompenzace arteriální hypertenze a dyslipidemie byla neuspokojivá, pouze 51 % léčených hypertoniků a 44 % pacientů s léčenou hypercholesterolemií dosahovalo cílových hodnot. Ve studii EUROASPIRE IV, hodnotící míru kompenzace rizikových faktorů u vysoce rizikových pacientů v sekundární prevenci kardiiovaskulárních onemocnění, byly výsledky ještě horší, cílové hodnoty LDL < 1,8 mmol/l dosahovalo pouze 23,5 % pacientů.

Důvodů neúspěšné léčby obou rizikových faktorů je celá řada, a to jak na straně pacientů, tak i na straně lékařů. Jako hlavní příčina toho terapeutického neúspěchu se nabízí možné nežádoucí účinky léčby, nicméně minimálně stejnou (ne-li větší) měrou se podílí často neadekvátní obava z možných vedlejších účinků (na straně pacientů i lékařů), což často vede k preskripci léčiv ve zbytečně nízkých dávkách. Významnou roli sehrává stále nedostatečné využití kombinovaných preparátů ve formě dvoj- či trojkombinací, přestože z celé řady studií je známo, že kombinační léčba výrazně zlepšuje compliance pacientů a umožňuje efektivnější dosahování cílových hodnot.

Kazuistiky z interního lékařství

garantka prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.

pátek / 24. listopadu 2017 / 12.00–13.00 hod.

Familiární hypercholesterolemie – vysoké kardiovaskulární riziko

MUDr. Barbora Nussbaumerová, Ph.D.

Centrum preventivní kardiologie, II. interní klinika LF a FN v Plzni, UK v Praze

Familiární hypercholesterolemie je choroba s autozomálně dominantní dědičností, s frekvencí heterozygotů asi 1 : 500. Nastává v důsledku mutace v genu pro LDL receptor. Charakteristickými rysy jsou zvýšené koncentrace celkového a LDL cholesterolu a předčasná klinická manifestace aterosklerózy. Díky projektu MedPed je v České Republice možná DNA diagnostika této choroby.

Pacienti s familiární hypercholesterolemií mají vysoké kardiovaskulární riziko a cílová hladina LDL-cholesterolu v primární prevenci by měla být < 2,5 mmol/l.

Popisujeme kazuistiku 50letého pacienta, který dochází do Centra preventivní kardiologie. Vstupně bylo vysloveno podezření na familiární hypercholesterolemii a odebrána krev na genetické vyšetření. Nyní při náhodné kontrole v naší ambulanci pro chronické nemoci udával nespecifické bolesti v krku a byl u něho diagnostikován akutní koronární syndrom, který byl řešen akutním srdečním bypassesem. V kazuistice popisujeme akutní péči i následnou chronickou léčbu.

Nové postupy v léčbě diabetické nohy

MUDr. Ivana Flanderová

Diabetologické centrum II. interní kliniky LF UK v Plzni a FN Plzeň

Ve dvou kazuistikách prezentujeme nové postupy léčby diabetické nohy používané naším podiatrickým pracovištěm.

U obou pacientů byla reálná hrozba amputace končetiny pro diabetickou gangrénu. Kromě úpravy léčby základních onemocnění (diabetes mellitus 2. typu, art. hypertenze, dyslipidemie) jsme se zaměřili na komplexní léčbu defektů nohou včetně angioplastiky, antibiotické terapie, léčby metodou vlhkého hojení a lokální léčby larvální terapií.

Výsledný efekt léčby byl u obou pacientů uspokojivý, neboť nedošlo ke ztrátě končetiny.

Povrchová tromboflebitida – stále ještě podceňované onemocnění

doc. MUDr. Jana Hirmerová, Ph.D.

II. interní klinika a Biomedicínské centrum LF Plzeň, UK Praha a FN Plzeň

Kazuistika se týká závažnějšího případu povrchové tromboflebitidy na dolních končetinách.

V roce 2013 navštívila cévní ambulanci 58letá žena s asi měsíční anamnézou bolestivého zarudlého infiltrátu na vnitřní straně levého bérce, v oblasti varikózně změněné velké safény. Fyzikálním vyšetřením nález imponoval jako povrchová tromboflebitida, respektive trombóza povrchové žíly. Léčba byla již zahájena praktickým lékařem, diagnóza byla potvrzena i zobrazovacím vyšetřením a při návštěvě v cévní ambulanci bylo rozhodnuto v zavedené medikaci pokračovat. Následně však i přes adekvátní léčbu došlo k progresi nálezů na dolní končetině, objevily se bolesti hrudníku a byla diagnostikována plicní embolie. Byla zavedena plná anti-koagulační léčba. Pacientka absolvovala řadu dalších vyšetření, výsledky nakonec potvrdily generalizovaný karcinom pochvy. Byla zahájena paliativní chemoterapie, stav nemocné se však rapidně zhoršoval a došlo k exitu.

Přístup k diagnostice a léčbě povrchové žilní trombózy (PŽT) je nejednotný, doporučení nejsou dostatečně podložena důkazy z randomizovaných klinických studií a mají spíše charakter

konsensu odborníků. Poměrně častou komplikací je současný výskyt hluboké žilní trombózy – HŽT (25–30 %) či dokonce plicní embolie (PE) – kolem 5 %, případně následný vývoj HŽT/PE (3–3,5 %). Léčba PŽT zahrnuje kompresní punčochy, lokální či orální antiflogistika a obvykle i léčbu antikoagulační – fondaparinux či nízkomolekulární heparin. Je vhodné uvážit vyšetření na trombofilní stav či skrytou malignitu, zejména při výskytu trombózy na nevarikózních povrchových žilách.

PŽT je stále ještě podceňovaným a často nesprávně léčeným onemocněním.

Normotenzní hydrocefalus – diagnostika a léčba

pátek / 24. listopadu 2017 / 13.45–14.15 hod.

Normotenzní hydrocefalus – diagnostika a léčba

MUDr. Petr Vacek

Neurochirurgická klinika, FN Plzeň

Normotenzní hydrocefalus (z angl. Normal Pressure Hydrocephalus, krátce NPH) je zvláštní formou hydrocefalu. Jedná se o onemocnění, které se vyznačuje hromaděním nadbytečné tekutiny mozkomíšního moku v mozkových komorách. Hromadí se tekutina vede k rozšiřování mozkových komor na úkor mozkové tkáně a jejímu úbytku. Symptomy NPH se rozvíjejí zpravidla pomalu ve vyšším věku, většinou od 60 let výše, a v delším časovém horizontu. Jsou proto často mylně připisovány přibývajícimu věku. Ve skupině lidí nad 60 let trpí demencí kolem jednoho milionu lidí, ročně jich přibývá dalších cca 250 000. V mnoha publikacích se vychází z toho, že zhruba každý desátý pacient s demencí má ve skutečnosti neodhalený NPH.

Zvláště u starších pacientů jsou symptomy NPH příliš často zaměňovány se stařeckou demencí. Při zapomnělosti se často uvažuje o Alzheimerově chorobě a problémy s chůzí se mylně připisují Parkinsonově nemoci.

Pokud není nemoc odhalena včas, vede k nevyléčitelnému poškození mozku, ač je z počátku dobře léčitelná. Se správnou terapií mohou pacienti s NPH vést normální život.

Endokrinologie

garant prof. MUDr. Jan Filipovský, CSc.

pátek / 24. listopadu 2017 / 14.15–15.15 hod.

Onemocnění štítné žlázy v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Hana Grégrová

Endokrinologická ordinace II. interní kliniky, FN Plzeň

S onemocněním štítné žlázy se setká každý praktický lékař. Nemoci můžeme rozdělit na poruchy struktury štítné žlázy a poruchy funkce.

Z poruch struktury jsou nejčastější struma (zvětšení štítné žlázy) a uzlová přestavba štítné žlázy. Pokud je štítná žláza zvětšená nad svoji normální velikost (18 ml u žen a 20 ml u mužů), hovoříme o strumě. O velikosti orgánu nás spolehlivě informuje USG vyšetření, jehož součástí by měly být i rozměry laloků. Pokud je nemocný bez větších potíží a štítná žláza je eufunkční, stačí jen kontroly ultrazvukem jednou za 2 roky. V případě uzlové přestavby štítné žlázy je vhodné sledování ultrazvukem uzly do 1 cm velikosti. Pokud jsou uzly větší, je nutné jejich dovyšetření cílenou biopsií. Tu provedou většinou na endokrinologii a dále pak nemocného sledují, nebo jej odešlou zpět s návrhem dalšího postupu.

Pokud máme poruchy funkce štítné žlázy, jedná se hlavně o hypotyreózu – snížení funkce. Vždy bychom měli mít na paměti, že příznaky jako únava, přírůstek váhy, zimomřivost, spavost, nemusí vždy automaticky znamenat poruchu štítné žlázy. Neexistuje specifický příznak pro hypotyreózu. U pacientů s podezřením na sníženou funkci nabíráme hormony a podle výsledků a příznaků zahajujeme léčbu substitucí hormonů.

Pokud se v ambulanci setkáme s nemocným, který hubne, je unavený, má tachykardie, zažívací potíže, popisuje výraznou nervozitu, musíme pomýšlet na zvýšenou funkci štítné žlázy. I v tomto případě nabíráme hormony štítné žlázy, zahajujeme léčbu betablokátozem a urychleně odesíláme k endokrinologovi.

Samostatnou kapitolou jsou těhotné ženy, které zasluhují pozornost nejen pro svoje zdraví, ale hlavně pro správný vývoj jejich plodu. V současné době je domluven screening těhotných v co nejkratším termínu od koncepce (náběr TSH + fT4) k zajištění dostatečné substituce hormonu štítné žlázy hlavně v prvním trimestru. Zatím jen není domluva, kdo přesně by měl za tento screening nést zodpovědnost, zda PL, nebo gynekolog.

Primární aldosteronismus

doc. MUDr. Jitka Mlíková Seidlerová, Ph.D.

II. interní klinika LF a FN v Plzni

Primární aldosteronismus patří mezi nejčastější příčiny endokrinně podmíněné hypertenze a jako jeden z mála typů tzv. sekundárních hypertenzí vede jeho diagnostika a specifická léčba k velmi výraznému ovlivnění klinického stavu pacienta. Na jeho možnost musíme myslet především u pacientů s těžkou rezistentní hypertenzí, která může být doprovázena hypokalemií. Screeningovým vyšetřením je provedení laboratorního stanovení poměru aldosteron/renin v plazmě. Při pozitivním výsledku je vhodné odeslání pacienta do speciálního hypertenzního centra.

Přednáška shrnuje aktuální pohled na diagnostiku a léčbu primárního aldosteronismu a pro zajímavost též překládá 2 kazuistiky.

Antidiabetika a kardiovaskulární riziko

prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.

Centrum preventivní kardiologie, 2. interní klinika FN Plzeň

Diabetes mellitus (DM) přibývá u nás i na celém světě. U této choroby narůstá v průběhu života kardiovaskulární (KV) riziko; téměř každý diabetik je ve vysokém nebo velmi vysokém celkovém KV riziku. Nejstarší deriváty sulfonylurey byly v asociaci s vyšším KV rizikem (tolbutamid, glibenclamid, glipizid); třetí generace těchto derivátů (glimepirid, gliclazid) již KV riziko nezvyšují, ale také nesnižují. Inzulinové senzitizery (thiazolidindiony, glitazony) jsou heterogenní skupinou; rosiglitazon byl vyřazen, protože zvyšoval KV riziko, pioglitazon se stále používá u diabetiků s inzulinovou rezistencí a má spíše neutrální vliv na KV riziko.

Ze skupiny GLP1 agonistů byl ve studii LEADER liraglutid označen za superiorní v redukci KV rizika ve srovnání s placebem. Největší KV protektivitu přinášejí glifloziny (inhibitory SGLT2 receptorů v proximálních tubulech ledvin), které vedou ke glykosurii, k poklesu glykemie, hmotnosti a krevního tlaku. Ve studii EMPA-REG OUTCOME snížil empagliflozin výskyt primárních KV cílů (velké KV příhody a KV úmrtnost) významně o 14 %. Empagliflozin je proto indikován u diabetiků 2. typu s KV onemocněním (IIa/B). Letos prezentované další studie s glifloziny prokázaly, že tyto léky jsou kardioprotektivní i nefroprotektivní. Studie CANVAS s canagliflozinem prokázala 14% pokles KV příhod, 33% pokles rizika pro srdeční selhání a 40% pokles renálních komplikací, ale za cenu zvýšeného rizika amputací dolních končetin a fraktur žeber. Observační studie CVD-REAL však prokázala větší benefit gliflozinů ve srovnání s ostatními antidiabetiky.

Aktuality do Vaší ordinace

pátek / 24. listopadu 2017 / 15.40–16.50 hod.

Diagnostika a léčba mírné kognitivní poruchy

MUDr. Martina Zvěřová, Ph.D.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Mírná kognitivní porucha (Mild Cognitive Impairment – MCI) je jednotkou, která se stále ještě vyvíjí, upřesňují se její definice, i když je to porucha velmi častá. U nemocných je přítomna subjektivní i objektivně měřitelná porucha paměti, která dosahuje alespoň 1,5 směrodatné odchylky pro danou věkovou skupinu, ale nedosahuje stupně demence. U této poruchy nejsou ještě podstatně porušeny aktivity denního života, jedinec je soběstačný. Podle typu postižení rozlišujeme několik forem MCI. Při postižení pouze jedné domény kognice – epizodické paměti – mluvíme o tzv. amnestické formě. Tato forma většinou přechází do Alzheimerovy choroby, představuje jakési její preklinické stadium. Ročně se rozvíjí Alzheimerova choroba u 12–18 % takto postižených. Obzvláště riziková je tzv. hypotalamická forma amnestické MCI, u které bývá pomocí MRI zjištěn snížený objem hipokampů. MCI s porušením více než jedné kognitivní funkce může představovat preklinické stadium jak Alzheimerovy choroby, tak i vaskulárních demencí. U formy s postižením exekutivních (rozhodovacích) funkcí je třeba uvažovat o subklinickém stadiu parkinsonské či jiné podkorové demence. Existují však také formy MCI bez progresu, které se obvykle nazývají AAMI (age-associated memory impairment) nebo také benigní stařecká zapomnětlivost. Správná diagnostika MCI je poměrně náročná, zahrnuje podrobné zjištění předchoreb pacienta, dále pak klinické a laboratorní vyšetření a v neposlední řadě provedení neuropsychologických testů. K diagnóze nestačí jen provedení testu MMSE (Mini-Mental State Examination), či Testu hodin. Při diferenciální diagnostice je důležité vzít v úvahu možné somatické onemocnění (např. hypotyreóza, chronická hypoxie, chronická anémie, neuroinfekce, expanzivní léze CNS, opakující se hypoglykemie, systémová autoimunitní onemocnění, paraneoplazie, kolagenózy aj.). Důležité je diferenciálně diagnosticky odlišit jiné psychiatrické příčiny poruchy (depresivní pseudodemence, abúzus alkoholu, návykových látek včetně léků, apod.).

Pro léčbu mírné kognitivní poruchy dosud neexistují jednoznačná doporučení, ke zlepšení funkcí paměti vede užívání kognitiv či doplňků stravy. Nezbytná je také práce s pacientem – reedukace paměti a různých dovedností (aktivit denního života), psychoterapie.

IBS – syndrom dráždivého tračníku – klinické projevy a terapeutický přístup

prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.

Klinické centrum ISCARE, I.V.F., a. s., Praha

Funkční střevní poruchy a zvláště syndrom dráždivého tračníku představují nejčastější onemocnění trávicí trubice. Dráždivý tračník je charakterizován poruchou vyprazdňování stolice spojené s břišním diskomfortem nebo bolestí břicha. Za nejdůležitější momenty v patogenezi se považují: a) primární porucha motility s abnormální koordinací jednotlivých oddílů tlustého střeva a patologicky vystupňovaný gastrokolický reflex; b) následky proběhlého bakteriálního zánětu tlustého střeva; c) porucha senzorické funkce střeva s viscerální hyperalgezií; d) zvýšená sekretorická aktivita kolické sliznice.

Podle dominujícího klinického obrazu rozeznáváme tři varianty dráždivého tračníku: formu průjmovitou, zácpovitou a smíšenou. Diagnostika je založena na klinickém obraze nepřítomnosti závažných alarmujících příznaků. U mladších pacientů s typickou symptomatologií není potřeba provádět žádná invazivní vyšetření. U všech pacientů se závažnými symptomy a u nemocných nad padesát let je nutné provést podrobné vyšetření a vyloučit organické onemocnění tlustého střeva. Terapie onemocnění musí být komplexní a především symptomatická. Vedle dietních opatření a úpravy životního stylu se uplatňují antidiarhoika (difenyloxylát, loperamid, cholestamin), salinická a objemová laxativa, tricyklická antidepresiva a atypická neuroleptika, muskulotropní spazmolytika a nověji anagonisté 5HT3 a agonisté 5HT4 receptorů.

INOVACE

NOVÁ SPECIÁLNĚ VYVINUTÁ ŘADA

BIOPRON®

IB-Symbio



Vyvinuto ve spolupráci s předními gastroenterology.



BIOPRON® IB-Symbio + VLÁKNINA

- Komplex probiotických bakterií (laktobacily, bifidobakterie).
- Rozpustná vláknina (psyllium).
- Prebiotická vláknina (inulin).



BIOPRON® IB-Symbio + S. BOULARDII

- Komplex probiotických bakterií (Lactobacillus acidophilus, Lactobacillus rhamnosus).
- Saccharomyces Boulardii.
- Fruktooligosacharidy.



BIOPRON® IB-Symbio + ENZYMY

- Komplex probiotických bakterií (laktobacily, bifidobakterie).
- Trávicí enzymy (amyláza, lipáza, proteáza).
- Fruktooligosacharidy.



Moderním přístup v terapii syndromu dráždivého tračníku spočívá v selekci optimální terapie v závislosti na dominujícím klinickém symptomu. U průjmovitě formy dráždivého tračníku, u které se předpokládá porucha složení střevních mikrobiotů (dysbióza), se uplatňuje terapie probiotiky. Vzhledem k velké interindividuální variabilitě střevní flóry je vhodné podávat probiotika s několika složkami, zahrnujícími jak probiotické bakterie, tak kvasinky *Saccharomyces boulardii*, které udržují optimální mikroprostředí pro uchycení a pomnožení ostatních probiotických bakterií. U nemocných s dominujícím symptomem zácpy nebo nadýmání je vhodné volit látky obsahující vedle probiotických bakterií také některé trávicí enzymy nebo nevstřebatelnou vlákninu stimulující střevní peristaltiku.

Novinky ve farmakologii v běžné klinické praxi

garant MUDr. Michal Prokeš

pátek / 24. listopadu 2017 / 16.50–17.50 hod.

Lékové interakce makrolidových antibiotik

MUDr. Michal Prokeš

DrugAgency, a. s., Praha

Makrolidy patří k často předepisovaným antibiotikům, některé z nich ale působí četné lékové interakce. Klarithromycin a roxithromycin jsou inhibitory CYP3A4. To může poškodit pacienty užívající simvastatin, atorvastatin, verapamil, diltiazem a další substráty CYP3A4. Klarithromycin také inhibuje P-glykoprotein, což zvyšuje plazmatické koncentrace digoxinu, trazodonu, sildenafilu, omeprazolu, glibenklamidu a repaglinidu. Mohou zvýšit účinek antikoagulancií, a to nejen warfarinu, ale i NOAC. Nejvíce bezpečným makrolidem ve smyslu farmakokinetických lékových interakcí je spiramycin, jehož terapeutické spektrum je stejné jako u jiných makrolidů a jehož bezpečnost u těhotných byla v praxi dobře ověřena. Klarithromycin a azithromycin prodlužují interval QT a mohou způsobit arytmii torsade de pointes, což může být potencováno jinými léky s podobným působením, jako například amiodaron, sotalol, haloperidol a další. Aby bylo u pacientů riziko lékových interakcí sníženo, doporučuje se úzká spolupráce mezi předepisujícími lékaři, lékárníky a dalšími odborníky včetně klinických farmaceutů.

Projekt účelné a bezpečné farmakoterapie v domovech pro seniory

PhDr. Ivana Plechatá

Ústav lékového průvodce, z. ú., Praha

Lidé žijící v domovech pro seniory jsou zranitelnou skupinou pacientů z mnoha důvodů. Tím nejzásadnějším je jejich zdravotní stav – polymorbidita, stejně tak jako častá porucha kognitivních funkcí, problémy s pohybem a sebeobslouhou, mnohdy plná závislost na ošetrovatelském personálu. Zdravotní péči zajišťují v těchto sociálních zařízeních primárně (a mnohdy fakticky i výlučně) praktičtí lékaři, kteří mají seniora umístěného v DS většinou „na kapitaci“, méně často je praktický lékař v zařízení „na smlouvu“. Obtížné je zajistit pravidelnou, kontinuální a koordinovanou péči odborných lékařů (psychiatr, kardiolog, urolog, internista, diabetolog apod.).

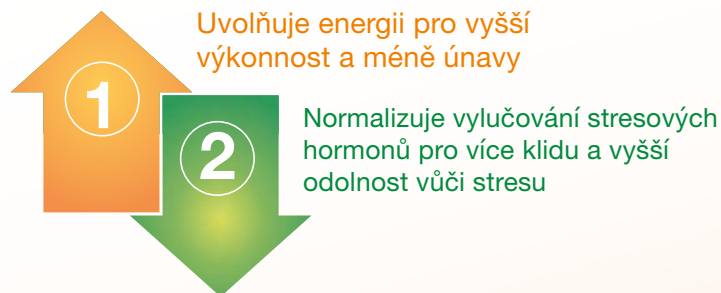
Jak ukazují zahraniční i české studie a analýzy, křehký senior je velmi zranitelný také z hlediska užívání léků. V případě léků jde o to, aby farmakoterapie byla účinná, racionální a bezpečná, aby nedocházelo k polypragmázii, zbytečnému užívání léků negativně ovlivňujících kognitivní funkce (včetně rozvoje demence), léků ovlivňujících mobilitu, inkontinenci, insomnii apod. Na druhé straně je nutné dbát na to, aby nechyběla léčiva s jasně prokázaným pozitivním vlivem na vývoj jejich nemoci či délku přežití. V těchto ohledech je nezbytné pravidelně aktualizovat farmakologickou anamnézu, a to nejen stran účinnosti, ale také v kontextu rizik nežádoucích polékových reakcí a trvajících indikací.

Ústav lékového průvodce, z. ú., se rozhodl zmapovat aktuální situaci farmakoterapie v domovech pro seniory a nabízí konzultace zkušeného týmu klinických farmaceutů Nemocnice Na Homolce



Více energie. Méně stresu.

S dvojnásobným účinkem přípravku Vitango®



NOVINKA

Vitango® 200 mg, potahované tablety

Složení: Jedna potahovaná tableta obsahuje: Rhodiola roseae radices extractum siccum (WS 1375) (1.5 – 5 : 1), extrahováno ethanolem 60% (m/m) 200 mg. **Indikace:** Tradiční rostlinný léčivý přípravek k přechodné úlevě od příznaků stresu, jako je např. únava, pocety slabosti a vyčerpání. Použití tohoto tradičního rostlinného léčivého přípravku je založeno výlučně na zkušenosti z dlouhodobého použití. **Dávkování:** Dospělí starší 18 let: 2 tablety denně, 1 před snídaní a 1 před obědem. Lék by se měl zapít sklenicí vody. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Upozornění:** Použití tohoto léčivého přípravku u dětí a dospívajících mladších 18 let nebylo vzhledem k nedostatku adekvátních údajů dosud stanoveno. **Interakce:** Dosud nebyly hlášeny. **Nežádoucí účinky:** Byl hlášen jediný případ hypersenzitivní reakce a jediný případ hypoglykémie. Příčinná souvislost s užitím extraktu z rostliny Rhodiola roseae nebyla prokázána. **Farmakodynamické vlastnosti:** Extrakt z rostliny Rhodiola roseae zvyšuje nespecifickou rezistenci proti různým typům stresových stavů. V preklinických studiích bylo zjištěno, že extrakt z rostliny Rhodiola roseae uplatňuje svůj adaptogenní účinek normalizací přeměn monoaminů, kortizolu a beta-endorfinu a modulací systému primární reakce těla na stres, tzv. HPA (hypothalamus-hypofýza-nedledvinky) osy. Výsledky studií také naznačují, že má rovněž antioxidantní účinky a zlepšuje tvorbu buněčné energie, např. zvyšováním hladiny ATP. Klinické studie ukazují, že rhodiola může pomoci snižovat duševní a tělesnou únavu zapříčiněnou stresem. **Zvláštní opatření pro uchování:** Nevyžaduje. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, Willmar-Schwabe-Str. 4, D-76227 Karlsruhe, Německo. **Datum první registrace a revize textu:** 9.9.2015. Volně prodejný léčivý přípravek. Není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.



150 let
Dr. Willmar Schwabe
From nature. For Health.

Schwabe Czech Republic s.r.o.
Čestmírova 1, 140 00 Praha 4
tel.: +420 241 740 447
e-mail: info@schwabe.cz
www.schwabe.cz, www.vitango.cz

jak vedením sociálních zařízení, tak také pochopitelně praktickým lékařům, kteří v těchto zařízeních poskytují zdravotní služby.

Projekt je realizován v úzké spolupráci se Státním ústavem pro kontrolu léčiv. Audit realizuje tým zkušených klinických farmaceutů NNH pod vedením PharmDr. Milady Halačové, Ph.D. Odborným garantem je internista-geriatr MUDr. Zdeněk Kalvach, člen vědecké rady Ústavu lékového průvodce. Projekt má podporu Společnosti všeobecného lékařství.

Cílem Lékového průvodce je obrátit pozornost jednak na samotnou farmakoterapii, tedy její odbornou medicínskou – farmakologickou a klinickou – stránku a zároveň na systémový rámec, ve kterém jsou léky v DS předepisovány.

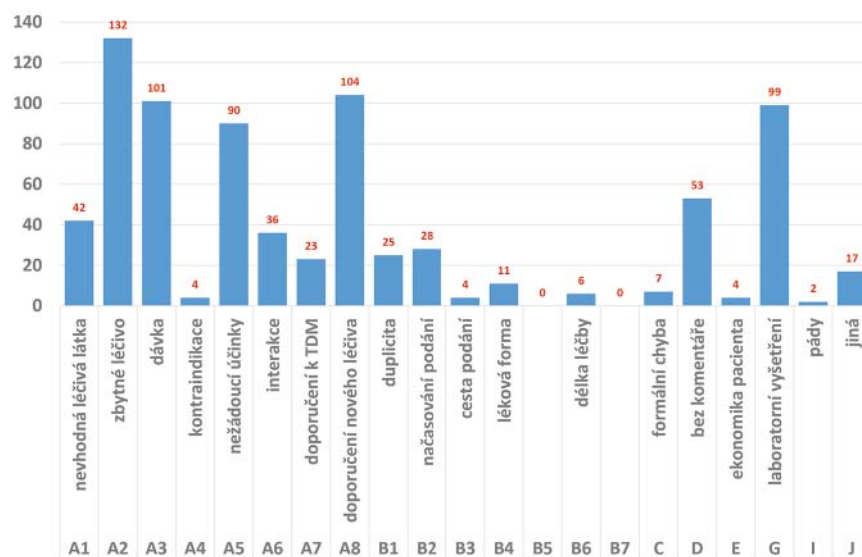
Od roku 2015 provedl ústav rozbor farmakoterapie v 11 zařízeních sociálních služeb. V letošním roce plánuje ústav pomoci v pěti sociálních zařízeních, která se do projektu přihlásila a konzultovat dokumentaci u více jak 400 klientů (nejčastější nálezy viz příložená tabulka a obrázek).

Tab. 1. Projekt „SENIOR“ – výsledky 2016

Počet navštívených zařízení	5
Celkový počet klientů	357
Průměrný věk klienta	83
Celkový počet farmakoterapeutických doporučení	788
Průměrný počet doporučení/pacienta	2,2
Celkový počet revidovaných léků	2 832
Průměrný počet léků/pacienta	8,2

Všechna zařízení byla spolupracující, do projektu vstoupila dobrovolně a anonymně, různá dostupnost lékaře, limity pro výstupy: špatně vedená dokumentace, případně nepřítomnost lékaře

Obr. 1. Analýza lékových problémů – SENIOR 2016



Sobota 25. listopadu 2017

Abstrakta k sobotnímu programu naleznete na stranách 17–19 v abstraktech Pediatrie pro praxi

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 perindoprilum argininum 5 mg, resp. 10 mg, odpovídající 3,395 mg, resp. 6,79 mg perindoprilum, a indapamidum 1,25 mg, resp. 2,5 mg. Obsahuje laktózu jako pomocnou látku. **Terapeutické indikace:** Léčba esenciální hypertenze u dospělých; 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 k léčbě esenciální hypertenze u pacientů, kteří jsou již kontrolováni perindoprilem a indapamidem, podáváním současně v léže 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: můžeme 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, tělesné hmotnosti a pohlaví. **Porucha funkce ledvin:** 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 kombinace jednotlivých monokomponent; CrCl < 30 ml/min léčba je kontraindikována. Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg: CrCl < 60 ml/min léčba je kontraindikována. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na jiné inhibitory ACE, na sulfonamidy nebo na kteroukoli pomocnou látku. Angioedém v anamnéze (Quinckeho edém) ve spojitosti s podáním ACE inhibitorů (viz bod upozornění). Hereditární/idiopatický angioedém. Současné užívání přípravku Prestarium Neo Combi s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo s poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m²). Hypokalemie. Závažná porucha funkce ledvin (CrCl < 30 ml/min) u přípravku Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg. Středně těžká a těžká porucha funkce ledvin (CrCl < 60 ml/min) u přípravku Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg. Hepatální encefalopatie. Závažná porucha funkce jater. Nedoporučuje se v kombinaci s přípravky bez antitrombotického účinku způsobujícími torsades de pointes (viz bod interakce). Druhy a třetí trimestr těhotenství a během kojení (viz bod fertilita, těhotenství a kojení). Z důvodu nedostatečných klinických zkušeností přípravek nemá být používán u dialyzovaných pacientů a u pacientů s neléčeným dekompenzovaným srdečním selháním. **Upozornění:** Zvláštní upozornění: Nedoporučuje se současně podávat s lithiem, s draslíky, s četnými diuretiky a s oleji draslíku. **Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS):** zvýšení rizika hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin), proto se duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu nedoporučuje. Pokud je léčba duální blokády 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 a anémie:** používání s mimořádnou opatrností u pacientů s kolagenovým vaskulárním onemocněním, u užívajících imunosupresivní léčbu, léčbu alopurinolem 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. Pacienti souběžně užívající terapii inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) mohou mít zvýšené riziko angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka s poruchou dýchání nebo bez ní). **Anafylaktické reakce během desenzibilizace:** byly zaznamenány izolované případy pacientů s přetrvávajícími, život ohrožujícími anafylaktoidními reakcemi během desenzibilizační léčby jedem blankřidých (včely, vosy). Prestarium Neo Combi má být s opatrností používáno u alergických pacientů léčených desenzibilizační léčbou a nemá být podáváno u pacientů podstupujících imunoterapii tímto jedem. Je možné těmto reakcím předjet dočasným vysazením inhibitoru ACE alespoň na 24 hodin před léčbou. **Anafylaktoidní reakce během alerýy LDL pomocí dextran-sulfátu:** vzhledem se vyskytly život ohrožující anafylaktoidní reakce. Těmto reakcím lze předjet dočasným vysazením léčby inhibitory ACE před každou aferézou. **Anafylaktoidní reakce u pacientů dialyzovaných pomocí vysoce propustných membrán:** použít jinou membránu nebo jinou skupinu antihypertenziv. **Těhotenství:** okamžitě ukončení léčby, v případě nutnosti další léčby zahájit jinou léčbu. **Hepatální encefalopatie:** ukončení léčby. **Fotosenzitivita:** ukončení léčby. Porucha funkce ledvin: v případě funkční renální insuficience bez zjevných stávajících renálních lézí má 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 pro použití: Porucha funkce jater:** ukončení léčby v případě žloutenky nebo elevace jaterních enzymů. Vzácné, podání inhibitoru ACE mělo vzácné souvislost se syndromem podobajícím cholestatickou žloutenkou a progredující až v náhlou hepatickou nekrózu a (někdy) úmrtí. Porucha funkce ledvin: léčba má být zastavena a případně znovu započata buď v nižší dávce anebo podáním pouze jedné ze složek přípravku; doporučeno časté sledování hladin draslíku a kreatininu. **Perivaskulární hypertenze:** léčba má být zahájena na nemocničním lůžku, a mají být sledovány 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 cirhózou s edémy a ascites:** léčba má být zahájena v nižší dávce a dávka progresivně zvyšována. **Náhlá hypertenze 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)/srdeční insuficience:** zahájení léčby pod lékařským dohledem se sníženou počáteční dávkou. **Aortální nebo mitrální stenóza/hypertrófií 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 cirkulací nedostatečností. **Suchý kašel.** **Hladiny draslíku:** pravidelné monitorování. **Hyperkalemie:** v případě renální insuficience, zhoršených renálních funkcí, věku > 70 let, diabetu mellitu: zahájení léčby pod lékařským dohledem s nižší úvodní dávkou. **Dehydratace, akutní kardiální dekompenzace, metabolické acidózy a souběžné užívání draslíků s diuretiky a soli draslíku** nebo v případě pacientů užívajících jiné léky související se zvýšením hladiny draslíku v séru. Je doporučeno časté monitorování hodnot draslíku v krvi: může vyvolat závažné a někdy fatální arytmie. **Hypokalemie:** vysoké riziko pro starší pacienty a/nebo podvýživné jedince, cirhotické pacienty s edémem a ascites, koronární a srdeční selhávající pacienty a pacienty s dlouhým QT intervalem: častější monitorování je nezbytné nutně 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 cirhózou. Hyponatriemie s hypovolemíí mohou způsobit dehydrataci a ortostatickou hypotenzi. Současná ztráta chloridových iontů může vést k sekundární kompenzační metabolické alkalóze (vyskytá se stupeň tohoto jevu je malý). **Hyperkalemie:** přerušení léčby až do vyšetření funkce prstítných tělísek. **Hyperurikémie:** zvýšená tendence k záchvatom dny. **Anestezie:** jeden den před operací je doporučeno přerušit léčbu. **Dědičná porucha intolerance galaktózy, vrozený deficit laktázy nebo glukózo-galaktázová malabsorbe:** přípravek nemá být podáván. **Diabetici:** v případě hypokalemie by měla být pečlivě monitorována glykemie. **Enické raldy:** vyšší výskyt angioedému a zřejmě méně účinný na snížení krevního tlaku u černošské populace ve srovnání. **Pediatriká populace:** účinnost a snášenlivost nebyla stanovena. **Sportovci:** může vyvolat pozitivní reakci u antidopingových testů. **Akutní myopie a sekundární glaukom s uzavřeným komorovým úhlem:** primární léčbou je okamžitě ukončení užívání léku. Okamžitá léčba nebo chirurgický zákrok se zvažují, pokud zůstává nitroční tlak nekontrolovatelný. Rizikovým faktorem pro rozvoj akutního glaukomu s uzavřeným komorovým úhlem mohou být alergie na sulfonamidy nebo peniciliny v anamnéze. **Interakce:** Kontraindikace: aliskiren (u pacientů s diabetem nebo poruchou funkce ledvin). **Nedoporučované kombinace:** aliskiren (u jiných pacientů než diabetiků nebo s poruchou funkce ledvin), lithium, kalium šetřící diuretika a sole draslíku, současná léčba inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin, estramustin. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** Baklofen, nesteroidní antillogistika (včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den), antidiabetika, léky vyvolávající torsades de pointes, léky snižující hladiny draslíku, draslík nešetřící diuretika, digitalisové přípravky, racekadotri, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus). **Kombinace vyžadující určitou opatrnost:** Antidepressiva imipriminového typu (tricyklická), neuroleptika, antihypertenziva a vazodilatancia, alopurinol, cytostatika a imunosupresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid nebo tetrakosaktid, anestetika, glyptiny, sympatomimetika, injekce zlata, masti, jodované kontrastní látky, vápník (a jeho soli), cyklosporin, takrolimus. **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: hypersenzitivita (reakce, zvláště dermatologické, u pacientů s predispozicí k alergickým a astmatickým reakcím), parestezie, bolest hlavy, dyspepsie, astenie, závratě, vertigo, zhoršení zraku, tinitus, hypotenze, kašel, dyspnoe, zácpa, nauzea, zvracení, bolest břicha, dyspepsie, průjem, vyrážka, pruritus, makulopapulární vyrážka, svalové křeče. Méně časté: eozinofilie, hypoglykemie, hyperkalemie, hyponatriemie změny nálad, poruchy spánku, somnolence, synkopa, tachykardie, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, angioedém kopřivka, purpura, hyperhidróza, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, artralgie, myalgie, renální insuficience, erektilní dysfunkce, bolest na hrudi, malátnost, periferní otok, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, p. **Vzácné:** zhoršení psoriázy, únava, zvýšená hladina bilirubinu a jaterních enzymů v krvi. **Velmi vzácné:** mrtitida, trombocytopenie, leukopenie, agranulocytóza, aplastická anémie, hemolytická anémie, pancytopenie, hyperkalcemie, zmatenost, červí mozková příhoda, možná sekundární k nadměrné hypotenzi u vysoce rizikových pacientů, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní), angina pectoris a infarkt myokardu (možné sekundární k nadměrné hypotenzi u vysoce rizikových pacientů), eozinofilní pneumonie, pankreatitida, hepatitida, abnormální hepatální funkce, erythema multiforme, toxická epidermální nekrolýza, Steven-Johnsonův syndrom, snížení hladiny hemoglobinu a snížení hematokritu akutní renální selhání. **Není známo:** torsades de pointes (potenciálně fatální), hepatální encefalopatie (v případě jaterní insuficience), myopie, rozmanité vidění, možné zhoršení preexistujícího akutního diseminovaného lupus erythematosus, EKG – prodloužený QT interval, zvýšená hladina glukózy a kyseliny močové v krvi, deplece draslíku s hypokalemíí, zvláště závažná u určitých vysoce rizikových skupin pacientů. **Předávkování.** **Farmakologické vlastnosti:** Prestarium Neo Combi je kombinovaný přípravek obsahující argininovou sůl perindoprilu, inhibitoru angiotenzin-konvertujícího enzymu, a indapamid, derivátu sulfonamidů, farmakologicky řazenému k thiazidovým diuretikům, s antihypertenzním účinkem na systolické a diastolické arteriální tlak v poloze vleže i vstoje. **Uchovávání:** 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:** 58/502/06-5 (5 mg/1,25 mg), 58/215/09-C (10 mg/2,5 mg). **Datum poslední revize textu:** 7.3.2017. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-zdravotniho-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel. 222 118 307, 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

PRESTARIUM® NEO COMBI

...když potřebujete
preferované
diuretikum do
COMBI¹



1 tableta denně

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

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



PLZEŇ

MEDICÍNA PRO PRAXI

IV. kongres praktických lékařů v Plzni

**24.–25. listopadu
2017**

**Angelo Hotel
Pilsen**

Pořadatel: společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Medicína pro praxi
Záštitu: II. interní klinika LF UK a FN Plzeň

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.
Bella Bohemia, s.r.o.
Boehringer Ingelheim, spol. s r.o.
Ceumed s.r.o.
ELVA Pharma s.r.o.
EUC a.s.
FAGRON a.s.
FERRING Pharmaceuticals CZ s.r.o.
Generica Bohemia spol. s r.o.
GlaxoSmithKline, s.r.o.
HERO CZECH s.r.o.
Chiesi CZ s.r.o.

Mediclinic a.s.
Medicton Group s.r.o.
Medingo s.r.o.
Merck spol. s r.o.
NAOS CZECH REPUBLIC s.r.o.
Nutricia a.s.
PIERRE FABRE MEDICAMENT s.r.o.
Sanofi Pasteur GmbH organizační složka
sanofi-aventis, s.r.o.
S & D Pharma CZ, spol. s r.o.
Schwabe Czech Republic s.r.o.
Státní ústav pro kontrolu léčiv
SWISS PHARMA, spol.s.r.o.
WALMARK, a.s.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

**Medicína
pro praxi**



POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU



LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

DVĚ DIAGNÓZY – JEDNO ŘEŠENÍ



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



1× DENNĚ



LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

Zkrácená informace o přípravku LIPERTANCE® 10 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/10 mg, 40 mg/10 mg/10 mg:

Složení*: Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/10 mg, 40 mg/10 mg/10 mg potahované tablety obsahují 10 mg atorvastatinu (ator)/5 mg perindoprilu (per)/5 mg amlodipinu (amlo), 20 mg ator/5 mg amlo, 20 mg ator/10 mg per/5 mg amlo, 20 mg ator/10 mg per/10 mg amlo, 40 mg ator/10 mg per/10 mg amlo. Obsahuje laktózu jako pomocnou látku. **Indikace*:** Léčba esenciální hypertenze a/nebo stabilní ischemické choroby srdeční ve spojení s primární hypercholesterolemií nebo smíšenou (kombinovanou) hyperlipidemií, jako substituční terapie u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných atorvastatinem, perindoprilem a amlodipinem podávaných současně ve stejné dávce, jaká je obsažena v této kombinaci. **Dávkování a způsob podání*:** Obvyklá dávka je jedna tableta denně. Fixní kombinace není vhodná pro iniciační léčbu. Je-li nutná změna dávkování, titrace se má provádět s jednotlivými složkami. *Starší pacienti a pacienti s poruchou funkce ledvin:* lze podávat pacientům s clearance kreatininu < 60 ml/min, není vhodný pro pacienty s clearance kreatininu < 60 ml/min, u těchto pacientů se doporučuje individuální titrace dávky s jednotlivými složkami. *Pacienti s poruchou funkce jater:* Přípravek má být podáván s opatrností a je kontraindikován u pacientů s jaterním onemocněním v aktivním stavu. *Pediatrická populace:* Použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **Kontraindikace*:** Hypersenzitivita na léčivé látky, nebo na jiné ACE inhibitory, nebo deriváty dihydroxyridinu, 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<60ml/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 jakékoli 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 (> 5x ULN) oproti normálním hodnotám, léčba nemá být zahájena. Léčba má být přerušena, objeví-li se významné zvýšení hladin CK (> 10x 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, 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 inzulinem má být v průběhu prvních měsíců léčby pečlivě sledována glykemie. Pacienti se srdečním selháním: mají být léčeni s opatrností. **Hypotenze:** monitorování tlaku krve, renálních funkcí, a draslíku je nutné u pacientů s vysokým rizikem symptomatické hypotenze (volumová deplece nebo závažná renin dependentní hypertenze) nebo se symptomatickým srdečním selháním (se současnou renální insuficiencí nebo bez ní) nebo s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárními chorobami. Přechodná hypotenzení 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 nedávnou prodělanou transplantaci ledvin. **Porucha funkce ledvin:** monitorování hladiny kreatininu a draslíku, individuální titrace dávky s jednotlivými složkami u pacientů s clearance kreatininu < 60 ml/min, u pacientů se stenózou renální arterie bylo pozorováno zvýšení sérových koncentrací urey a kreatininu, u renovaskulární hypertenze je riziko závažné hypotenze a renální insuficience zvýšené. Amlodipin lze používat u pacientů se selháním ledvin v normálních dávkách. Amlodipin není dialyzovatelný. U pacientů na hemodialýze: dialyzovaných pomocí vysoce propustných membrán byly zaznamenány anafylaktoidní reakce. **Hypersenzitivita/angioedém:** okamžité vysazení léčby a zahájení monitorování do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Souběžné užívání s inhibitory mTOR: zvýšení rizika angioedému.** **Anafylaktoidní reakce během aferéz:** během aferéz z 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), reakcí je možné se vyhnout dočasným vysazením léčby, nicméně se znovu objevily po neúmyslné expozici. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anémie:** Přípravek Lipertance má být používán s extrémní opatrností u pacientů se systémovým onemocněním pojiva (collagen vascular disease), u pacientů užívajících imunosupresivní léčbu, léčbu aloprolonelem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů a pacienti mají být poučeni, aby hlásili jakékoli známky infekce (např. bolest v krku, horečku). **Rasa:** perindopril může být méně účinný na snížení krevního tlaku a může vést k vyššímu výskytu angioedému u černošských pacientů ve srovnání s jinými rasami. **Kašel:** ustupuje po ukončení léčby. **Operace/anestezie:** léčba by měla být přerušena jeden den před výkonem. **Hyperkalemie:** pravidelné monitorování sérových koncentrací draslíku u renální insuficience, zhoršené renální funkce, věku (> 70 let), diabetes mellitus, dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidozy a u současného užívání diuretik šetřících draslík a draslíkových doplňků nebo náhrad solí s obsahem draslíku. **Kombinace s lithiem:** nedoporučuje se. **Duální blokáda systému renin-angiotensin-aldosteron (RAAS):** současné užívání ACE inhibitorů, blokátorů receptorů pro angiotensin II nebo aliskirenu zvyšuje riziko hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutní selhání ledvin). **Duální blokáda RAAS** se proto nedoporučuje. ACE inhibitory a blokátory receptorů pro angiotensin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Dědičné problémy s intolerancí galaktózy, vrozený nedostatek laktázy nebo malabsorpce glukózy a galaktózy:** přípravek by neměl být užíván. **Interakce*:** **Kontraindikace:** Aliskiren. **Nedoporučené kombinace:** Silné inhibitory CYP3A4, současné léčba ACE inhibitory a blokátorem receptoru angiotensinu, estramustin, lithium, draslík-šetřící diuretika (např. triamteren, amilorid, eplerenon, spironolakton), soli draslíku, dantrolen (infúze), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** Induktory a středně silné inhibitory CYP3A4, digoxin, ezeťimib, kyselina fusidová, gemfibrozil / deriváty kyseliny fibrové, inhibitory transportních proteinů, warfarin, antidiabetika (inzuliny, perorální antidiabetika), baklofen, nesteroidní antiflogistika (NSAID) (včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den), racekadotril**, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus)**. **Kombinace vyžadující určitou opatrnost:** kolchicin, kolestipol, perorální kontrceptiva, gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, tricyklická antidepresiva/ antipsychotika/ anesthetika, zlat, digoxin, atorvastatin, warfarin, cyklosporin, takrolimus, antihypertenziva a vasodilatancia. **Fertilita, těhotenství a kojení*:** Přípravek Lipertance je kontraindikován během těhotenství a kojení. **Fertilita*:** U některých pacientů léčených blokátory kalciových kanálů byly zaznamenány reverzibilní biochemické změny na hlavové části spermatozoidů. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje*:** Schopnost reagovat může být narušena při závratí, bolesti hlavy, únavě nebo nauce. Opatrnost je zapotřebí zejména na začátku léčby. **Nežádoucí účinky*:** **Velmi časté:** edém. **Časté:** nazofaryngitida, hypersenzitivita, hyperglykemie, somnolence, závrať, bolest hlavy, dysgeuzie, parestezie, vertigo, porucha zraku, diplopie, tinitus, palpitace, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), zčervenání, faryngolaryngeální bolest, epistaxe, kašel, dyspnoe, nauzea, zvracení, bolest horní a dolní části břicha, dyspepsie, průjem, zácpa, změny způsobu ve vyprazdňování stolice, flatulence, vyrážka, pruritus, otok kloubů, bolest kotníků, bolest kčeteřin, artralgie, svalové spazmy, myalgie, bolest zad, astenie, únava, periferní edém, abnormální výsledky testů jaterních funkcí, zvýšená hladina kreatinfosfokinázy v krvi. **Méně časté:** rininitida, eozinofilie, hypoglykemie, hyponatremie, hyperkalemie reverzibilní při ukončení léčby, anorexie, insomnie, změny nálad (včetně úzkosti), poruchy spánku, deprese, noční můry, třes, synkopa, hypoestezie, amnezie, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní) rozmazané vidění, tachykardie, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, pankreatitida, říhání, hepatitida cytolytická nebo cholestatická, kopřivka, purpura, změna zbarvení kůže, hyperhidróza, exantém, alopecie, angioedém, pemfigoid, fotosenzitivní reakce, bolest šíje, svalová slabost, poruchy močení, noční močení, polakisurie, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynekomastie, bolest na hrudi, bolest, malátnost, periferní otok, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, zvýšení tělesné hmotnosti, pozitivní nález leukocytů v moči, snížení tělesné hmotnosti, pád. **Vzácné:** trombocytopenie, stavy zmatenosti, periferní neuropatie, cholestáza, zhoršení spánků**, Stevens-Johnsonův syndrom, toxická epidermální nekrolýza, erythema multiforme, myopatie, myozitida, rhabdomyolýza, tendonopatie (někdy komplikované rupturou), vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi. **Velmi vzácné:** leukopenie/neutropenie, agranulocytóza nebo pancytopenie, hemolytická anémie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, snížení hladiny hemoglobinu a hematokritu, anafylaxe, hypertonie, ztráta sluchu, infarkt myokardu, sekundárně k nadměrné hypotenzii u vysoce rizikových pacientů, angina pectoris, cévní mozková příhoda možná sekundárně k nadměrné hypotenzii u vysoce rizikových pacientů, eosinofilní pneumonie, gastritida, gingivální hyperplazie, žloutenka, jaterní selhání, exfoliativní dermatitida, akutní renální selhání. **Není známo:** imunitně zprostředkovaná nekrotizující myopatie, extrapyramidová porucha (extrapyramidový syndrom). **Předávkování*:** **Farmakologické vlastnosti*:** Atorvastatin je selektivním 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 antagonistu 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:** Krabice obsahuje 10 (pouze pro silu 10/5/5 mg), 30, 90 (3 obaly na tablety po 30 tabletách) nebo 100 potahovaných tablet Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/10 mg, 40 mg/10 mg/10 mg. **Držitel rozhodnutí o registraci:** LABORATOIRES SERVIER, 50 rue Carnot, 92284 Suresnes cedex France. Registrační číslo: Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg: 58/428/15-C, Lipertance 20 mg/5 mg/5 mg: 58/429/15-C, Lipertance 20 mg/10 mg/5 mg: 58/430/15-C, Lipertance 20 mg/10 mg/10 mg: 58/431/15-C, Lipertance 40 mg/10 mg/10 mg: 58/432/15-C. **Datum poslední revize textu:** 7. 3. 2017. **Před předepsáním přípravků si přečtěte Souhrn údajů o přípravku.** Přípravky jsou k dispozici v lékárnách na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-levic-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 216/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

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

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

