

MEDICÍNA PRO PRAXI
ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ

**IV. KONGRES
PRAKTICKÝCH
LÉKAŘŮ**

KONGRESOVÉ CENTRUM, PRAHA
25. – 26. 4. 2007

**MEDICÍNA
PRO PRAXI**

ABSTRAKTA

Zlom v léčbě závislosti na nikotinu



- 44 % nekouřilo po 12 týdnech léčby přípravkem CHAMPIX¹⁻²
- 71 % nekouřilo po 24 týdnech léčby přípravkem CHAMPIX^{* 3}
* Ze skupiny pacientů (n = 1210), kteří přestali kouřit po předchozí 12týdenní léčbě a poté byli randomizováni k pokračovací léčbě vareniklin versus placebo po dalších 12 týdnů.
- Unikátní duální mechanismus účinku⁴
- Žádné známé interakce s jinými léky⁵

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU.

Champix® 0,5; 1 mg potahované tablety.

Léčivá látka: Vareniclinum (ve formě tartarátu) 0,5 nebo 1 mg v jedné potahované tabletě. **Indikace:** Odvykávací léčba kouření u dospělých. **Dávkování a způsob podání:** 1 mg vareniklinu 2x denně v návaznosti na jednotýdenní titraci: 1.-3. den 0,5 mg 1x denně; 4.-7. den 0,5 mg 2x denně; 8. den - konec léčby 1 mg 2x denně. Pacienti by měli být přípravkem Champix léčeni po dobu 12 týdnů. U pacientů, kterým se podařilo přestat kouřit do konce 12. týdne, lze zvážit následnou 12-týdenní léčbu v dávce 1 mg 2x denně. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku přípravku. **Zvláštní upozornění:** Fyziologické změny vyvolané ukončením kouření mohou ovlivnit farmakokinetiku nebo farmakodynamiku některých léčivých přípravků (možné zvýšení plazmatických hladin substrátů CYP1A2) a jejich dávku bude možná nutně upravit (např. teofylin, warfarin a inzulin). Je třeba opatrnosti u pacientů s anamnézou psychiatrického onemocnění. **Interakce:** Vareniklin nemá dosud známé žádné klinicky významné lékové interakce. **Těhotenství a kojení:** Podávání přípravku Champix v těhotenství se nedoporučuje. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Nedoporučuje se řídit, ovládat složitá zařízení nebo se věnovat jiným potenciálně nebezpečným činnostem, dokud si pacient neověří, že vareniklin neovlivňuje jeho schopnost tyto činnosti provádět. **Nežádoucí účinky:** Nausea, bolest hlavy, nespavost a neobvyklé sny. **Předávkování:** Nebyl hlášen žádný případ předávkování. **Léčba:** podle potřeby zajistit standardní podpůrná opatření. **Uchovávání:** Přípravek nevyžaduje žádná zvláštní opatření pro uchovávání. **Balení:** Pro zahájení léčby: 11 tablet 0,5 mg a 14 tablet 1 mg v blistru. Pro udržovací léčbu: 28, 56 tablet 0,5 a 1 mg v blistru. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Limited, Ramsgate Road, Sandwich, Kent, CT13 9NJ, Velká Británie. **Registrační čísla:** EU/1/06/360/001-010. **Datum poslední revize textu:** 18. 12. 2006.

Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před podáním léčiva se, prosím, seznamte s úplnou informací o přípravku.

Reference: 1) Gonzales D, Rennard SI, Nides M et al. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA. 2006 Jul 5;296(1):47-55. 2) Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA et al. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA. 2006 Jul 5;296(1):56-63. 3) Tonstad S et al. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation. A randomized controlled trial. JAMA 2006; 296:64-71. 4) Coe JW, Brooks PR, Vetelino MG et al. Varenicline: an alpha4beta2 nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. J Med Chem. 2005 May 19;48(10):3474-7. 5) Souhrn údajů o přípravku Champix, Pfizer 2006.

Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5
tel.: +420 283 004 111, fax: +420 251 610 270



CHAMPIX.CZ

CHAMPIX[®]
varenicline tartrate

STŘEDA 25. 4. 2007

- 7.00 **Registrace**
- 9.00 **Slavnostní zahájení**
- 9.05–10.30 **Diabetologie a endokrinologie / garant: doc. MUDr. Milan Kvapil, CSc.**
- Metabolický syndrom a diabetes 2. typu v ordinaci praktického lékaře – doc. MUDr. Milan Kvapil, CSc. – **interaktivní přednáška**
 - Tyreopatie v ordinaci praktického lékaře – MUDr. Eva Žákovičová
 - Současné doporučené postupy pro léčbu diabetes mellitus 2. typu – doc. MUDr. Milan Kvapil, CSc.
- 10.30–10.50 **Servier – firemní sympozium**
- Odzvonilo již derivátům sulfonylurey? Aneb nevzdávejme se možnosti výběru léčby – doc. MUDr. Milan Kvapil, CSc.
- 10.50–11.05 přestávka – coffee break
- 11.05–11.25 **Krka – firemní sympozium**
- Je jasno v profylaxi gastropatie při dlouhodobé léčbě NSA a ASA? – MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.
- 11.25–12.25 **Kardiologie I. / garant: doc. MUDr. Renata Cífková, CSc.**
- Dopad nejnovějších studií na terapeutickou praxi – prof. MUDr. Jiří Widimský, DrSc.
 - Kombinační léčba hypertenze – prof. MUDr. Jiří Widimský, CSc.
 - Hypertenze a diabetes mellitus – doc. MUDr. Renata Cífková, CSc.
- 12.25–12.30 přestávka
- 12.30–13.10 **Kardiologie II. / garant: doc. MUDr. Renata Cífková, CSc.**
- Kdy pomýšlet na sekundární hypertenzi – prof. MUDr. Jiří Widimský, CSc.
 - Hypertenze v graviditě – doc. MUDr. Renata Cífková, CSc.
- 13.10–13.40 **Novartis – firemní sympozium**
- Dyslipidemická léčba a KV riziko – prof. MUDr. Jiří Widimský, DrSc.
 - Statiny a interakce v klinické praxi – není statin jako statin – prof. MUDr. Jan Bultas, DrSc.
- 13.40–14.35 **přestávka – oběd (restaurace v suterénu Kongresového centra)**
- 14.35–16.05 **Pracovní lékařství / garant: prof. MUDr. Daniela Pelclová, CSc.**
- Pracovní lékařství a podniková praxe: Posuzování zdravotní způsobilosti k práci – doc. MUDr. Milan Tuček, CSc.
 - Problematika diagnostiky nemocí z povolání – prof. MUDr. Daniela Pelclová, CSc.
 - Hygienické, materiální a personální požadavky na provoz pracovně lékařské ordinace – MUDr. Jana Šalandová
- 16.05–16.20 přestávka – coffee break
- 16.20–16.40 **Krka – firemní sympozium**
- ACE inhibitory a AII antagonisté (sartany) – metabolicky pozitivní antihypertenziva – prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc.
- 16.40–18.10 **Psychiatrie / garant: MUDr. Michal Maršálek, CSc.**
- Vztah deprese a tělesných onemocnění – MUDr. Michal Maršálek, CSc.
 - Závislost na nealkoholových drogách a praktický lékař – MUDr. Karel Nešpor, CSc.
 - Současné možnosti terapie úzkostných poruch – MUDr. Klára Látalová, Ph.D.
- 20.00 **Společenský večer s rautem** v restauraci ZOOM I. patro.
K poslechu a tanci bude hrát zpívat duo O. Moroz (piano) + I. Říhová (zpěv).

ČTVRTEK 26. 4. 2007

- 9.00–10.30 **Alergologie / garant: prof. MUDr. Václav Špičák, CSc.**
- Nové směry v léčení astmatu – prof. MUDr. Václav Špičák, CSc.
 - Alergická rýma, diagnostika, léčba, rizika – MUDr. Ester Seberová
 - Anafylaktické reakce – doc. MUDr. Vít Petrů, CSc.
- 10.30–10.50 **Pfizer – firemní sympozium**
- Léčba závislosti na tabáku, role praktického lékaře – MUDr. Eva Králíková, CSc.
 - Aktivity SVL – MUDr. Josef Čupka
- 10.50–11.00 přestávka – coffee break
- 11.00–13.00 **Geriatricie / garant: MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.**
- Pojetí geriatrického pacienta – geriatrická křehkost a geriatrické syndromy – MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.
 - Zvláštnosti chorob ve stáří – MUDr. Božena Jurašková, Ph.D.
 - Demence ve stáří – MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
 - Sociální služby pro seniory aneb „Kam s ním?“ – Mgr. Martina Rokosová
- 13.00–13.30 **Grünenthal – firemní sympozium**
- Doporučená farmakoterapie akutní a chronické bolesti – MUDr. Jitka Podsedníčková, ALB
- 13.30–14.30 přestávka – oběd (restaurace v suterénu Kongresového centra)
- 14.30–15.30 **Dermatologie I / garant: MUDr. Alena Machovcová, MBA**
- Kontaktní alergie v ordinaci praktického lékaře – MUDr. Alena Machovcová, MBA – **interaktivní přednáška**
 - Léčba psoriázy – MUDr. Nina Benáková
 - Kožní nádory v ordinaci praktického lékaře – MUDr. Yveta Vantuchová
 - Kožní mykózy a jejich léčba – MUDr. Zuzana Kulíková
- 15.30–15.40 **Medial – firemní sympozium**
- C-reactive protein – the first choice inflammation marker for point-of-care – Dr. Eldri Prestegård
- 15.40–15.45 **losování ankety**
- 15.45–16.45 **Dermatologie II / garant: MUDr. Alena Machovcová, MBA**
- Akné vulgaris a jeho léčba – MUDr. Lucie Jarešová
 - Ulcus cruris na terénu lymfostázy – MUDr. Zuzana Navrátilová, PhD.
 - Unguis incarnatus a další častá onemocnění nehtů, možnosti léčby – MUDr. Lucia Čellárová
 - Venerologický pacient v praxi – MUDr. Klaudia Dvořáková
- 16.45 ukončení kongresu

DIABETOLOGIE A ENDOKRINOLOGIE

garant: doc. MUDr. Milan Kvapil, CSc.

STŘEDA / 25. 4. 2007 / 9.05–10.30 hod.

Metabolický syndrom a diabetes 2. typu v ordinaci praktického lékaře

doc. MUDr. Milan Kvapil, CSc.

Interní klinika FN M a UK 2. LF

Metabolický syndrom se stal závažným problémem nejen zdravotnickým, ale i svými dopady závažným problémem celospolečenským. Vedle intervence jednotlivých příznaků je patrna intenzivní snaha o zavedení takových postupů, které by zabránily progresi metabolického syndromu. Nejjednodušším opatřením by bylo všeobecné snížení příjmu energie a zvýšení pohybové aktivity, přesto se současná medicína neobejde bez farmakologické intervence. Během posledních let se na jedné straně posunula pozice již osvědčených léků a na straně druhé se objevily léky s naprosto novým mechanismem účinku, které bude možno pravděpodobně využít i v prevenci progresu metabolického syndromu popřípadě diabetu 2. typu.

Inzulínová rezistence stojí u kořenů metabolického syndromu. Jeho jednotlivé symptomy jsou pak jejími klinickými manifestacemi. Dosti úsilí je věnováno snaze o rozpoznání jakým způsobem se jednotlivé symptomy shlukují. Jedna z posloupností vývoje je však zřejmá již jen z klinické zkušenosti: predispozice k inzulínové rezistenci podmíněná geneticky – zvýšený příjem energie a málo pohybu – obezita – diabetes 2. typu.

Obezita obecně a zejména pak abdominální obezita nabírá v posledních letech epidemických rozměrů, její prevalence stoupá celosvětově a podléhá demografickým rozdílům. Je všeobecně více zastoupena u žen než u mužů. V USA činí počet obézních až 46 %, v Ev-

ropě je to okolo 30 %. Výrazný vzestup počtu obézních je spojen s narůstající prevalencí metabolického syndromu asociovaného s kardiovaskulárními chorobami a diabetem 2. typu. Právě diabetes 2. typu je tou nejmalignější manifestací metabolického syndromu. Výše popsaná posloupnost je obsažena v současné definici metabolického syndromu. Základní komponentou je abdominální obezita definovaná obvodem pasu, která je pro evropské země určena pro muže ≥ 94 cm, pro ženy ≥ 80 cm. Pro splnění diagnózy musí být dále přítomny alespoň dva z následujících faktorů: triglyceridy $> 1,7$ mmol/l, HDL-cholesterol $< 1,03$ mmol/l u mužů, $< 1,29$ mmol/l u žen, zvýšený krevní tlak $\geq 130/85$ mmHg, hladina lačné glykémie $\geq 5,6$ mmol nebo dříve diagnostikovaný diabetes, či přítomná specifická léčba dané abnormality.

Téměř 90 % pacientů s diabetem 2. typu trpí nadváhou či obezitou. Obezita je v příčinné souvislosti se vznikem a progresí diabetu 2. typu. Přestože ve všech doporučeních je diabetikům 2. typu ordinována dieta a režim takového charakteru, který by měl při správné realizaci a dodržování vést jednoznačně k redukci hmotnosti, v praxi se to nedaří. Průměrný BMI pacientů s diabetem 2. typu přesahuje v ČR hodnotu 30 kg/m^2 . Protože obezita sama o sobě zhoršuje inzulínovou rezistenci, můžeme vnímat všechny intervence, které snižují hmotnost jako intervence, které jsou hodny výzkumu stran jejich potenciálu snižovat pravděpodobnost vzniku diabetu. Se znalostí časové dynamiky vzniku pozdních komplikací diabetu je zřejmé, že bude muset být věnováno mnohem větší úsilí časně detekci jedinců ohrožených vznikem

diabetu a současně jejich následné farmakologické i nefarmakologické intervenci.

V současnosti je již všeobecně znám význam rozdílu v typu obezity, je taktéž dobře popsána rizikovitost právě centrální obezity. Po mnoho let byly adipocyty chápány jako inertní buňky, které byly prostou zásobárnou tuku představující energetickou rezervu regulovanou hormonálními vlivy a vegetativním nervovým systémem. Podle současného názoru však tuková tkáň představuje významný endokrinní orgán produkující hormony, cytokiny, vazoaktivní substance a další peptidy souhrnně zvané adipokiny. Tyto adipokiny jsou vysoce metabolicky aktivní substance ovlivňující sacharidový a lipidový metabolismus, čímž se inraabdominální tuková tkáň stává důležitým a vlivným činitelem rizikových faktorů kardiovaskulárního onemocnění.

V depistáži osob s metabolickým syndromem, které jsou ohroženy vznikem diabetu 2. typu má nejvýznamnější pozici v systému zdravotnictví praktický/rodinný lékař.

Tyreopatie v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Eva Žákovičová¹,

prof. MUDr. Václav Zamrazil, DrSc.²

¹Interní klinika FN v Motole

²Endokrinologický ústav Praha, Interní klinika FN v Motole

Onemocnění štítné žlázy je po diabetes mellitus nejčastější poruchou žláz s vnitřní sekrecí. Prevalence tyreopatií v našich podmínkách tvoří 5%, obvykle jde

POŘADATEL

IV. INTERNÍ KLINIKA FN MOTOL PRAHA
SOLENS, s. r. o.

PREZIDENT

doc. MUDr. Milan Kvapil, CSc.

PROGRAMOVÝ VÝBOR

doc. MUDr. Renata Cífková, CSc.

MUDr. Iva Holmerová, PhD.

doc. MUDr. Milan Kvapil, CSc.

MUDr. Alena Machovcová, MBA

MUDr. Michal Maršálek, CSc.

prof. MUDr. Daniela Pelclová, CSc.

MUDr. Hana Šarapatková

prof. MUDr. Václav Špičák, CSc.

Praha 25. – 26. 4. 2007

Kongresové centrum Praha

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena certifikátem pro lékaře a 6 kredity pro sestry

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

ČASOPIS MEDICÍNA PRO PRAXI

GRADA PUBLISHING, a.s., GALÉN s. r. o.

ISSN 1214–8687

ORGANIZÁTOR: SOLEN, s.r.o., Lazecská 297/51, 779 00 Olomouc, **kontaktní osoba:**

Ing. Karla Břečková, tel.: 582 397 457, mob.: 777 714 677, e-mail: breckova@solen.cz,

programové zajištění: Mgr. Hana Reichelová, tel. 585 242 502, mob. 777 557 426

o poruchu funkce, po vyřešení globálního deficitu jodu je nejčastější příčinou autoimunitní mechanizmus. V ČR je v současné době jodový deficit řešen interdisciplinárně, hlavním zdrojem je jodovaná jedlá sůl se stabilním jodičnanem draselným a hlavním sledovaným parametrem je koncentrace jodu stanovená v ranním vzorku moči.

Pravděpodobnost onemocnění štítnou žlázou je čtyři až pětkrát vyšší u žen než u mužů, kromě klinických poruch funkce se stejně často setkáváme s formami subklinickými.

Hlavní hormony štítné žlázy jsou tyroxin (T4) a trijodotyronin (T3), deriváty aminokyseliny tyrosinu, hlavním úkolem je regulace metabolismu. Enzymy katalyzující dejodaci, dejodázy, jsou selenoproteiny a jejich úkolem je zabezpečení dostatečné množství, ale i degradace aktivního hormonu. Hormony štítné žlázy zrychlují buněčné reakce a zvyšují oxidační procesy metabolismu. Mezi základní metabolické efekty patří stimulace proteosyntézy a lipolýzy.

V diagnostice onemocnění štítné žlázy se především zaměřujeme na posouzení její funkce, velikosti a etiopatogeneze. Vzhledem k široké problematice tyreopatií bych se ve své prezentaci chtěla zaměřit především na problematiku eufunkční strumy a poruchy funkce štítné žlázy.

V současné době Česká endokrinologická společnost vypracovává doporučení TSH screeningu, který je vhodný provést kromě rizikových skupin (DM1. typu, autoimunitní onemocnění jiných endokrinních orgánů, systémové imunopatie, léčba interferonem, amiodaronem, lithiem) i v graviditě, u žen nad 45 let, hypertoniků a dalších stavů.

Současné doporučené postupy pro léčbu diabetes mellitus 2. typu
doc. MUDr. Milan Kvapil, CSc.

Interní klinika UK 2. LF a FN v Motole

V polovině roku 2006 byl uveřejněn společný konsenzus léčby perorálními antidiabetiky, který vytvořili američtí a evropští odborníci. Doporučení postupu není striktně závazné, nabízí několik možností, které lze vybrat s ohledem na individuální cíle a možnosti léčby daného pacienta.

Prvním krokem zůstávají režimová opatření a edukace, ihned poté je doporučen metformin. Při jeho nedostatečném efektu se nabízejí tři alternativy. Sulfonylurea (levná, účinná, lety prověřená, nebezpečí hypoglykémie), inzulín v jedné dávce na noc (spolehlivý, dobře tolerovaný, s největším terapeutickým potenciálem, při použití dlouhodobě účinných analog velmi bezpečný, skrze svůj intenzivní účinek zvyšuje hmotnost), glitazony (účinné, nákladnější a s nebezpečím kardiálního selhání, retence tekutin, popřípadě vzestupem hmotnosti). Glinidy, akarboza a ostatní intervence jsou řazeny na další místo.

Účinek perorálních antidiabetik je vázán na přítomnost sekrece endogenního inzulínu. Správná indikace těchto léků musí vycházet na jedné straně z mechanismu účinku dané látky, na druhé straně z definování poměru významností dvou základních poruch, které stojí za diabetem 2. typu – poruchy inzulínové sekrece a inzulínové rezistence – toto vše vždy individuálně u daného nemocného. Nemocní s převahou nedostatečnosti inzulínové sekrece jsou charakteristicky postiženi zejména významným zvýšením postprandiální glykémie, a to i při dodržování přísné diety. Typickým projevem inzulínorezistence je odbrždění glukoneogeneze a glykogenolýzy v jaterních buňkách, klinickým korelátorem je zvýšená glykémie nalačno. Zdá se, že u naprosté většiny nemocných jsou vyjádřeny v určité intenzitě obě základní poruchy, proto roste počet nemocných, u kterých je indikována kombinovaná léčba různými typy perorálních antidiabetik. Dalším důvodem pro používání kombinace je postupné zpřísnění cílových hodnot kompenzace

diabetu, kterých pacienti léčení pouze jedním lékem nejsou obvykle schopni dosáhnout.

Pro správný výběr perorálního antidiabetika je třeba znát nejen glykémii nalačno, ale také postprandiální glykémii, dále je třeba zohlednit přítomné kontraindikace.

Protože osoby s diabetem jsou zatíženy velmi vysokým rizikem kardiovaskulárních příhod (2–4 x vyšší proti nediabetické populaci odpovídajícího věku), je upřednostňována taková léčba, která přináší snížením rizika srdečních a cévních chorob prospěch navíc, vedle sobě vlastního účinku antihyperglykemického.

Při hledání nejvhodnější kombinace perorálních antidiabetik je vhodné také zohlednit dobu trvání diabetu 2. typu (popřípadě dobu od stanovení diagnózy). Progrese diabetu 2. typu (ve smyslu zhoršování jeho kompenzace) v souvislosti s délkou jeho trvání je obvykle způsobována prohlubující se deteriorací inzulínové sekrece, přičemž úroveň porušení inzulínové senzitivity se obvykle (bez terapeutických zásahů) mnoho nemění. V průběhu času dochází nejprve ke zvyšování postprandiální glykémie, které je způsobeno sníženou (či ztracenou) schopností B buněk reagovat sekrecí inzulínu na prandiální podnět (po jídle i při dodržování základních principů diety se glykémie významně zvyšuje). U řady nemocných je po delší době trvání nemoci nutně lékem volby exogenní inzulín, zprvu nejlépe v kombinaci s vybranými perorálními antidiabetiky.

Kritériem správnosti volby určité léčby individuálně navržené pro jednotlivého pacienta zůstává výsledný účinek z hlediska kompenzace při zatížení minimálním rizikem nežádoucích účinků, samozřejmě se zohledněním farmakoekonomických hledisek. Naopak, při neprokázaném dostatečném efektu je třeba volit jinou léčbu či jinou kombinaci.

FIREMNÍ SYMPOZIUM – SERVIER

STŘEDA / 25. 4. 2007 / 10.30–10.50 hod.

Odzvonilo již derivátům sulfonylurey? Aneb nevzdávejme se možnosti výběru léčby

doc. MUDr. Milan Kvapil, CSc.

Interní klinika UK 2. LF a FN v Motole

Řadu let jsou známy účinky derivátů sulfonylurey, léků užívaných k léčbě diabetu. Po řadu let se také diskutuje o potenciální kardiotoxicitě těchto derivátů. Nicméně, až poslední roky přinesly vedle poměrně přesných znalostí mechanismu účinku také důkazy o tom, že jednotlivé molekuly sulfonylurey mají díky své odlišné struktuře jinou afinitu k jednotlivým receptorům, což osvětluje jejich odlišnosti.

Sulfonylurea je přímým inzulínovým sekretagogem (působí přímou blokádu ATP dependentních K⁺ kanálů). Byly popsány jednotlivé typy sulfonylureového receptoru (SUR1, SUR2A, SUR2B) lokalizované v jednotlivých tkáních. Lze považovat za prokázané, že gliclazid má významnou selektivní afinitu k SUR1, které jsou lokalizovány v B buňkách pankreatu.

Gliclazid je dobře časem prověřená, účinná molekula sulfonylurey. Je dobře tolerován, má příznivý efekt ve smyslu restaurace první fáze inzulínové sekrece, jsou doloženy četné příznivé extrapancreatické efekty. Jednou z cest, jak ještě více využít potenciálu této molekuly, je upravit farmakokinetiku novou konstrukcí tablety s prodlouženým uvolňováním.

Multicentrická studie porovnávala účinnost nově konstruované tablety s řízeným uvolňováním obsahující gliclazid (30 mg, Diaprel MR) proti klasickým tabletám s gliclazidem (80 mg, Diaprel).

Do klinické studie fáze III. bylo zahrnuto 800 pacientů s diabetem 2. typu, kteří byli neuspokojivě kompenzováni dietou či perorálními antidiabetiky. Po selekci byli nemocní randomizováni do dvou skupin, posléze absolvovali čtyřměsíční periodu titrace optimální dávky, posléze 6 měsíců vlastního sledování. Po dvojité slepé fázi byli nemocní ještě rok léčeni Diaprelem MR v otevřené studii.

Efekt byl vynikající, projevil se zejména u nemocných s relativně recentním záchytem diabe-

tu. U těchto došlo k poklesu HbA1c téměř o 1 %. V celé skupině pak došlo k poklesu HbA1c o 0,22 %. Významné je, že zlepšení kompenzace, ke kterému došlo na začátku léčby, se udrželo po celou dobu studie. Hladiny inzulínu na lačno a postprandiálně se neměnily statisticky významně. S tímto faktem patrně souvisí i to, že během sledování u probandů nedošlo ke statisticky významné změně hmotnosti.

Tato klinická studie přináší důkazy dobré tolerance, výborného efektu, maximální bezpečnosti nové galenické formule gliclazidu. Při podávání jednou denně se jistě zvýší compliance nemocného k léčbě, což bude mít i další pozitivní efekty na metabolickou kompenzaci. Podle výsledků UKPDS studie je každé zlepšení kompenzace HbA1c o 1 % prováděno snížením incidence akutních koronárních příhod o 14%. Spolu s průkazem vysoké selektivity gliclazidu k receptorům SUR1 budíž zdůrazněno, že i v nynějším terapeutickém schématu má kvalitní molekula sulfonylurey své nezastupitelné místo.

FIREMNÍ SYMPOZIUM – KRKA

STŘEDA / 25. 4. 2007 / 11.05–11.25 hod.

Je jasno v profylaxi gastropatie při dlouhodobé léčbě NSA a ASA?

MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Ústav všeobecného lékařství, Praha

Prevenci nežádoucích účinků nesteroidních antiflogistik (NSA) a kyseliny acetylsalicylové (ASA) na trávicí trakt byla věnována v posledních letech v našem i zahraničním odborném tisku velká pozornost. Na pomoc českým lékařům v praxích byl

vytvořen v roce 2003 doporučený postup a v roce 2005 publikováno Mezioborové konsenzuální doporučení pro praktické lékaře. Přesto zůstávají některé otázky nezodpovězeny. Týkají se indikací profylaxe v každodenní praxi, lékových interakcí, vztahu přínos/riziko i otázek nákladů. Po zjištění závažných kardiovaskulárních vedlejších účinků u rofecoxibu a z toho vyplývajících omezení pro skupinu COX-2 selektivních NSA, jsou přehodnocována kardiovas-

kulární rizika celé skupiny NSA. Otázka podání NSA a ASA je otázkou balancování kardiovaskulárních a gastrointestinálních rizik. Praktičtí lékaři nejčastěji NSA a ASA předepisují, řeší dilemata profylaxe gastropatie a jako první také nesou následky užívání NSA. Problematika jde ale napříč celou klinickou medicínou a zasahuje také revmatology, gastroenterology, internisty, geriatry, ortopedy, neurology a další lékaře.

KARDIOLOGIE

garant: doc. MUDr. Renata Cífková, CSc.

STŘEDA / 25. 4. 2007 / 11.25–12.25 hod. a 12.30–13.10 hod.

Dopad nejnovějších studií na terapeutickou praxi

prof. MUDr. Jiří Widimský, DrSc.

IKEM, Praha

Abstrakt nedodán.

Kombinační léčba hypertenze

prof. MUDr. Jiří Widimský, CSc.

III. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha

Abstrakt nedodán.

Hypertenze a diabetes mellitus

doc. MUDr. Renata Cífková, CSc.

Pracoviště preventivní kardiologie IKEM, Praha

Hypertenze se vyskytuje častěji u diabetiků a výrazně zvyšuje riziko kardiovaskulárních komplikací. Současný výskyt hypertenze a diabetes mellitus stoupá s věkem. Zásadní význam má agresivní snížení krevního tlaku. Cílová hodnota krevního tlaku je < 130/80 mm Hg, při proteinurii > 1 g za 24 hodin < 125/75 mm Hg. Pokud se cílových hodnot TK nedosáhne režimovými opatřeními, je indikována farmakoterapie. U diabetiků 2. typu s vysokým normálním tlakem (130–139/85–89 mm Hg), u kterých je někdy možné dosáhnout cílových hodnot pouze monoterapií, je doporučeno zahájení farmakologické léčby blokádou systému renin-angiotensin. Většina diabetiků potřebuje k dosažení cílových hodnot TK kombinaci antihypertenziv.

Kdy pomýšlet na sekundární hypertenzi

prof. MUDr. Jiří Widimský, CSc.

III. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha

Abstrakt nedodán.

Hypertenze v graviditě

doc. MUDr. Renata Cífková, CSc.

Pracoviště preventivní kardiologie IKEM, Praha

Hypertenze v těhotenství je hlavní příčinou mateřské, fetální i novorozenecké morbidity i mortality v civilizovaných zemích. Současná doporučení Evropské společnosti pro hypertenzi upřednostňují definici hypertenze v těhotenství postavenou na absolutních hodnotách krevního tlaku, tj. systolický krevní tlak ≥ 140 mmHg či diastolický krevní tlak ≥ 90 mmHg.

Nejdůležitějším úkolem klasifikace hypertenze v těhotenství je rozlišit, zda hypertenze předchází těhotenství (tzv. preexistující hypertenze) nebo zda se jedná o stav specifický pro těhotenství (tzv. gestační hypertenze). Preexistující hypertenze je diagnostikována buď skutečně před těhotenstvím nebo do 20. týdne těhotenství. Gestační hypertenze je charakterizována špatným prokrvením řady orgánů a vyšší hodnota krevního tlaku je obvykle pouze jedním z charakteristických znaků.

Nefarmakologickou léčbu hypertenze je třeba zvážit u těhotných žen se systolickým krevním tlakem 140–150 mm Hg nebo diastolickým krevním tlakem 90–99 mm Hg. Nedoporučuje se restrikce soli, stejně tak není doporučována redukce hmotnosti u obézních žen.

Systolický krevní tlak > 170 mm Hg či diastolický krevní tlak > 110 mm Hg u těhotných musí být považován za závažnou situaci s nutností hospitalizace. Z farmakologické léčby by měl být zvažován labetalol i.v. nebo metyldopa či nifedipin perorálně. Intravenózně podávaný dihydralazin již není považován za lék volby, protože jeho podávání je spojeno s větším výskytem nežádoucích účinků.

Prahovou hodnotou pro zahájení antihypertenzní léčby jsou hodnoty systolického krevního tlaku 140 mmHg nebo diastolického krevního tlaku 90 mmHg u žen s gestační hypertenzí bez proteinurie nebo s preexistující hypertenzí před 28. týdnem těhotenství. Medikamentózní léčbu hypertenze zahajujeme při stejných prahových hodnotách u žen s gestační hypertenzí a proteinurií nebo při výskytu symptomů kdykoliv v těhotenství, při stejných prahových hodnotách TK u preexistující hypertenze za přítomnosti doprovodných onemocnění nebo při orgánovém postižení a dále u preexistující hypertenze a „naroubované“ gestační hypertenze. V ostatních případech se doporučuje zahajovat medikamentózní léčbu hypertenze při hodnotách systolického krevního tlaku 150 mm Hg nebo diastolického krevního tlaku 95 mm Hg.

Pokud se nejedná o závažnou hypertenzi, lze za léky volby považovat metyldopu, labetalol, blokátory kalciových kanálů a betablokátory. Blokátory kalciových kanálů jsou považovány za bezpečné, pokud nejsou současně podávány s magnéziem sulfátem (riziko hypotenze při potenciální synergizmu). Inhibitory ACE a blokátory angiotensinu II (AT1- blokátory) jsou v těhotenství kontraindikovány. Léčba diuretiky není opodstatněná, pokud není přítomna oligurie. I.v. magnéziu sulfát je doporučován pro prevenci eklampsie a léčbu křečí.

FIREMNÍ SYMPOZIUM – NOVARTIS

STŘEDA / 25. 4. 2007 / 13.10–13.40 hod.

Dyslipidemická léčba a KV riziko

prof. MUDr. Jiří Widimský, DrSc.

IKEM, Praha

Abstrakt nedodán.

Statiny a interakce v klinické praxi – není statin jako statin

prof. MUDr. Jan Bultas, DrSc.

Ústav Farmakologie 3. LF UK, Praha

Nežádoucí účinky léků jsou jednou z nejčastějších příčin úmrtí v industriální společnosti, tj. jsou na 4. až 6. místě. Je dobré si uvědomit, že dvě třetiny nežádoucích účinků jsou zapříčiněny lékovými interakcemi. V České republice se odhaduje, že v souvislosti s interakcemi zemře ročně asi dva a půl tisíce nemocných. Statiny jsou skupinou léků, která je nejčastěji dlouhodobě předepisovanou skupinou, určenou zpravidla polymorbidním nemocným ve vyšším věku, tj. nemocným léčených často 5 až 10 léky. Riziko závažné lékové interakce je při takovéto polyfarmacii skutečně reálné a lze ho očekávat u 5–10% nemocných. Je proto důležité vědět, u kterých statinů je nutno interakce očekávat a v praxi se volbu optimálního statinu rizikové kombinaci vyvarovat.

Vlastní interakce mohou probíhat na úrovni farmakodynamického účinku, příkladem je krvácení při kombinaci protidestičkového léku s antikoagulantem či účinku farmakokinetického, tj. například interakcí na úrovni biodegradace. Metabolismus

a vylučování léků z organismu je zajištěn třemi hlavními systémy – oxidázami na bázi cytochromu P450 (CYP), transferázami zajišťujícími vnesením hydrofilní skupiny hydrofilní molekuly či systémem transportních proteinů působících zejména ve střevě, játrech, v mozku a v ledvinách, nejdůležitějším kanálem je glykoprotein P (P-gp). Jednotlivé léky mohou být ve vztahu k metabolickému či transportnímu systému substrátem (neovlivňujícím aktivitu), induktorem (zvyšujícím aktivitu) či inhibítorem (neovlivňujícím aktivitu).

Inhibitory HMG-CoA reduktázy, čili statiny jsou nehomogenní skupinou metabolizovanou různými systémy. Atorvastatin, cerivastatin, simvastatin a lovastatin jsou degradovány důležitým systémem CYP3A4, který metabolizuje asi polovinu léků, mezi jinými blokátory kalciového kanálu či fibráty. Důležité je, že řada léků (například amiodaron, verapamil, diltiazem, makrolidová antibiotika, antimykotika) či grapefruitová šťáva systém výrazně inhibují. Komedikace s inhibitory pak může zvýšit expozici simvastatinu, cerivastatinu či lovastatinu více než desetinásobně. Atorvastatin má naštěstí duální cestu vylučování, zapojen je i glykoprotein P, nicméně i u něj může silný inhibitor CYP3A4 (např. antimykotikum itrokonazol nebo antibiotikum klarithromycin) hladinu zvýšit na dvoj- či trojnásobek. Z důvodu závažných interakcí s indukci letální rhabdomyolýzy byl cerivastatin stažen s trhu. Podobně

problematická je komedikace s fibráty. Ty, ač nejsou typickými inhibitory, mohou na isoenzymu CYP3A4 s metabolizmem výše uvedených statinů interferovat, což opět může zvýšit expozici a vést k toxickým projevům.

Ostatní statiny nejsou substráty CYP3A4. Fluvastatin je substrátem CYP2C9. Jeho metabolismus může být zpomalen inhibitory CYP2C9, například klopidogrelem či nesteroidními antirevmatiky, zvýšení expozice však není velké, hladina se maximálně zdvojnásobí. Statiny, jako je pravastatin, rosuvastatin a pituvastatin, jsou substráty transportních systémů a jejich metabolismus není ovlivněn komedikací s běžně užívanými léky. Z pohledu interakcí na bázi farmakokinetiky tak patří dvě poslední skupiny k bezpečným lékům.

V našich podmínkách je ze statinů nemetabolizovaných CYP3A4 v současné době dostupný pouze fluvastatin. Proto by měl být upřednostněn při riziku závažných lékových interakcí, tj. například u nemocných léčených amiodaronem, cyklosporinem, verapamilem, makrolidovými antibiotiky, antimykotiky nebo fibráty. Vzhledem k tomu, že inhibitorů CYP3A4 je celá řada, měli bychom zvážit volbu fluvastatinu též u nemocných léčených vyššími dávkami statinů podávaných spolu s větším počtem léků za podmínky, že nemáme dostupnou informaci o riziku interakce.

PRACOVNÍ LÉKAŘSTVÍ

garant: prof. MUDr. Daniela Pelclová, CSc.

STŘEDA / 25. 4. 2007 / 14.35–16.05 hod.

Pracovní lékařství a podniková

praxe: Posuzování zdravotní

způsobilosti k práci

doc. MUDr. Milan Tuček, CSc.

Pracovní lékařství, závodní preventivní péče, Klatovy

Žádný z medicínských oborů není tak úzce spjat s podnikovou praxí jako pracovní lékařství, od roku 2004 jeden ze specializačních lékařských oborů v ČR obdobně jako ve všech zemích EU. Za odborníka na zdraví při práci v podnicích je v zemích EU považován **pracovní lékař (occupational physician) znalý hodnocení rizik vyplývajících z práce a klinické medicíny**. Pracovní lékaři pracují samostatně nebo v multidisciplinárních týmech, jejichž úkolem je **poskytování služeb podnikům, především odborné poradenství** (neplést s inspekční činností kontrolních orgánů) a konzultace problémů souvisejících se zdravím při práci. Autor zmiňuje současný stav zajištění služeb zdraví při práci v České republice na úrovni podniků v kontextu s převedením směrnic EU týkajících se zdraví a bezpečnosti při práci do národní legislativy. Pracovnílékařské služby jako zdravotnická část služeb zdraví při práci zajišťují komplex preventivních lékařských prohlídek, prohlídek pracovišť, konzultací a poradenství kvalifikovanými zdravotnickými pracovníky (pracovními lékaři a sestrami/ošetřovateli).

I pracovnílékařská činnost musí být prováděna lege artis. Výchozím základem pracovnílékařských služeb v podnicích je při dobré znalosti profesionální patologie **znalost konkrétní podnikové praxe**, pracovišť, technologií, zpracovávaných materiálů apod., od nichž se odvíjí identifikace nebezpečí, hodnocení rizik, potřeba měření a jiných objektivních zjištění, navazující potřebná a účelná technická, organizační a také zdravotnická opatření (preventivní prohlídky, biologické monitorování). Pracovní lékař nemusí umět měřit škodliviny, ale musí znát principy a možnosti měření, musí umět zhodnotit výsledky provedených měření a podílet se na zhodnocení rizik i návrzích praktických řešení k jejich omezení. Se znalostí dopadů pracovní činnosti na zdraví včetně možného poškození zdraví z práce musí umět prosadit i účelně provádět zdravotnická opatření.

Autor na příkladech z praxe demonstruje **rovnocestný význam výchozí znalosti pracovních podmínek a nároků práce vedle znalosti zdravotního stavu posuzované osoby pro posouzení zdravotní způsobilosti k práci**.

Problematika diagnostiky

nemocí z povolání

prof. MUDr. Daniela Pelclová, CSc.,

MUDr. Zdenka Fenclová, CSc.

Klinika nemocí z povolání 1. LF UK a VFN, Praha

Nemocí z povolání se rozumí nemoc vznikající nepříznivým působením chemických, fyzikálních, biologických faktorů nebo jiných škodlivých faktorů souvisejících s prací, pokud je uvedena v seznamu nemocí z povolání a pokud vznikla za určitých pracovních podmínek. Definice nemoci z povolání je uvedena v nařízení vlády č. 290/1995 Sb. a její nová verze v zákoně č. 266/2006 Sb., o úrazovém pojištění zaměstnanců, který vstoupí v platnost 1.1.2008. Až do 31.12.2007 platí v České republice seznam nemocí z povolání, tvořící přílohu k výše uvedenému nařízení vlády. Tento seznam nemocí z povolání má 6 kapitol a 83 položek nemocí z povolání. V novém seznamu nemocí z povolání, který bude platit od 1.1.2008, přibýly dvě položky nemocí z povolání. Jde o nemoc z organických kyselin a o nemoc z louhů. Nově bude možno uznat rakovinu plic ve spojení s pneumokoniózou. Kromě toho se bude moci hlásit rakovina plic již ve spojení s mírnou formou azbestózy. Jako nemoc z povolání stále nebude možno hodnotit onemocnění páteře. Definice ohrožení nemocí z povolání je uvedena v zákoníku práce. Jde o takové změny zdravotního stavu, jež vznikly za obdobných podmínek, za nichž vznikají nemoci z povolání, avšak nedosahují dostatečného stupně poškození zdravotního stavu.

Nemoci z povolání a ohrožení nemocí z povolání uznává pracovnílékařské pracoviště, tzv. středisko nemocí z povolání, v jehož spádovém území pracuje osoba, u níž vzniklo důvodné podezření na profesionální poškození.

Diagnóza nemocí z povolání a ohrožení nemocí z povolání se opírá jednak o klinický obraz onemocnění, který musí být potvrzen objektivními vyšetřovacími metodami, jednak o ověření podmínek vzniku onemocnění na pracovišti Krajskou hygienickou stanicí nebo (u nemocí z povolání způsobených ionizujícím zářením) Státním úřadem pro jadernou bezpečnost. V kladném případě pak příslušné středisko nemocí z povolání vydá posudek, kterým se uznává nemoc z povolání nebo ohrožení nemocí z povolání. Tento posudek je kromě dalších určených institucí zaslán pacientovi, zaměstnavateli, u kterého nemoc vznikla, praktickému lékaři a lékaři pracovnílékař-

ské péče. Uvedená střediska také stanoví výši bodového hodnocení za bolest a ztížení společenského uplatnění podle vyhlášky č. 440/2001 Sb. (hodnota 1 bodu činí 120 Kč).

V roce 2006 bylo v České republice u 1 122 pracovníků hlášeno celkem 1216 profesionálních onemocnění (708 u mužů a 508 u žen), z toho bylo 1 150 nemocí z povolání a 66 ohrožení nemocí z povolání. Profesionální onemocnění vznikala nejčastěji u osob pracujících při výrobě kovodělných výrobků, šlo o 144 případů. Zdravotnictví a těžba uhlí a nerostů s 139 a 127 případy skončily na druhém a třetím místě.

Z nemocí z povolání byl nejčastěji diagnostikován syndrom karpálního tunelu z přetěžování končetin (168 případů), dále kontaktní alergická dermatitida (160 případů) a syndrom karpálního tunelu z vibrací (106 případů). Poprvé od zařazení do seznamu nemocí z povolání byla hlášena rakovina sliznice nosu z dřevěného prachu. U ohrožení nemocí z povolání šlo také zejména o syndrom karpálního tunelu z přetěžování končetin a o poruchu sluchu z hluku (20 a 10 případů).

Přestože byl v roce 2006 zaznamenán pokles v počtu hlášených profesionálních onemocnění, není situace v počtu ani spektru hlášených profesionálních onemocnění v České republice zdaleka uspokojivá. Příznivá je skutečnost, že ve srovnání s rokem 2005 bylo v roce 2006 méně infekčních a parazitárních onemocnění, onemocnění z azbestu a z vibrací. Na druhé straně je nutno připomenout, že počty hlášených profesionálních onemocnění jsou nadále značně podhodnoceny a neodpovídají realitě. Nedostatečně se jako nemoc z povolání diagnostikuje alergická rýma a bronchiální astma (u zdravotníků, na farmách, v chemickém a potravinářském průmyslu), exogenní alergická alveolitida (farmářská plic, izokyanátová plic) a profesionální tumory (z azbestu, radonu, chemických karcinogenů), u nichž je velkým problémem ověření expozice po latenci trávající několik desetiletí. Je třeba, aby i praktičtí lékaři na možnost profesionality onemocnění svých pacientů pomýšleli, pokud možno v časném stadiu.

Hygienické, materiální a personální požadavky na provoz pracovnílékařské ordinace

MUDr. Jana Šalandová

Centrum pracovnílékařství, Krajská nemocnice, Pardubice

Autorka v úvodu sdělení vysvětluje pojem pracovního lékařství, jehož cílem je prevence poškození zdraví pracovníků vlivem práce.

Pracovní lékařské služby jsou poskytovány pracovišti základní – primární pracovní lékařské péče a dále pracovišti specializovanými. Přednáška je více zaměřena na provoz základní pracovní lékařské péče, známé více pod pojmem závodní preventivní péče. Zařízeních pro výkon specializované pracovní péče se dotýká okrajově.

Základní pracovní lékařskou péči poskytují pracovní lékaři a praktičtí lékaři. Počet pracovišť primární pracovní lékařské péče nelze přesně odhadnout, přesnější je odhad počtu lékařů. Předpokladem je jedno lékařské místo a jedno místo středně zdravotnického pracovníka na 900 až 3 600 zaměstnanců v závislosti na míře rizika, kterému jsou vystaveni.

Vzdělání u poskytovatelů těchto pracovních služeb je v souladu se zákonem 95/2004 Sb. Minimálním požadavkem na technickou a prostorovou vybavenost je ordinace odpovídající upořádáním a technickým vybavením ordinaci praktického lékaře pro dospělé. Pro komplexní zajištění preventivních prohlídek na rizikových pracovištích je nezbytné další přístrojové vybavení (pro vyšetření pracovníků z rizika vibrací, hluku, fyzické zátěže, a další) nebo dostupnost konsiliárních služeb, navazujícího zázemí, komplementu.

U specializovaných pracovních lékařských služeb je jejich počet, prostorové a technické vybavení závislé na požadavcích regionu, zaměstnavatelů a na státních zakázkách. Pracoviště tohoto typu je již vybaveno ekg přístrojem, prstovým pletysmografem, přístroji na vyšetření plicních funkcí, případně dal-

šími přístroji potřebnými k zajištění zátěžového ekg, screeningové audiometrie, bronchomotorických testů, rhinomanometrie. Součástí specializovaných pracovních lékařských služeb jsou i akreditované laboratoře, ordinace psychologa a fyziologa práce.

Pracovní lékařská péče je hrazena zaměstnavatelem, zdravotními pojišťovnami a státem.

Zákon 48/1997 Sb. § 35 vymezuje činnosti hrazené zdravotními pojišťovnami.

Na závěr autorka seznamuje se vzdělávacím programem pro obor pracovní lékařství, který je řazen mezi základní atestační obory. Specializace v pracovním lékařství opravňuje k samostatné činnosti v pracovních lékařské péči včetně závodní preventivní péče.

FIREMNÍ SYMPOZIUM – KRKA

STŘEDA / 25. 4. 2007 / 16.20–16.40 hod.

ACE inhibitory a All antagonisté (sartany) – metabolicky pozitivní antihypertenziva

prof. MUDr. Jindřich Špinar, *CSs.*¹,

prof. MUDr. Vítovec Jiří, *CSc.*²

¹Interní kardiologická klinika FN Brno, Brno

²Interní kardio-angiologická klinika FN u sv.

Anny, Brno

Na začátku 20. století jsme se poprvé naučili neinvazivně měřit krevní tlak. V polovině 20. století se objevují první antihypertenziva a konec 20. století je ve znamení mnoha doporučení pro léčbu hypertenze, kdy je brána za základ dobrá kontrola krevního tlaku a výběr antihypertenziva je pro prognózu nemocného považován za věc okrajovou a nevýznamnou.

Začátek 21. století je ve znamení důkazů, že výběr antihypertenziva je věc velmi důležitá a že vedle poklesu krevního tlaku jsou to především metabo-

lické účinky antihypertenziv, které mohou prognózu nemocného ovlivnit.

Z metabolických parametrů je nejvíce sledována glykémie a rozvoj diabetes mellitus, dále lipidové spektrum, hodnoty kyseliny močové, parametry renálních funkcí a další. Krátkodobé studie (trvajících < 5 let) ukazují na významné rozdíly mezi jednotlivými skupinami antihypertenziv a tři velké klinické studie (ASCOT, LIFE a VALUE) poukazují na velmi příznivý efekt ACE inhibitorů a All antagonistů ve srovnání s betablokátory, diuretiky, ale i kalciovými blokátoři, především na rozvoj nového diabetes mellitus a mikroalbuminurie.

Není zcela jasné, za jak dlouhou dobu se tyto metabolické účinky projeví v celkové prognóze nemocného – tedy v mortalitě a morbiditě. Je možné, že částečně mohly pomoci lepším výsledkům u ACE-I a AIIA ve srovnání s betablokátory a diuretiky (studie ASCOT a LIFE), ale matematické modelování

s odhady rizika předpovídá, že tento efekt v oblasti úmrtnosti začne dosahovat statistické významnosti až asi po 10 letech léčby, což ale z pohledu léčby nemocného může být nesmírně významné, pokud si uvědomíme, že hypertenzí trpí 50% mužů a žen ve věku 50 let a že průměrná délka života je dnes 73 let pro muže a 78 let pro ženy. Průměrná délka léčby těchto „dnešních padesátníků“ je tedy 25 let.

V červnu 2007 na Evropském kongresu o hypertenzi (ESH) v Miláně budou představena nová Doporučení Evropské společnosti pro hypertenzi pro Diagnostiku a léčbu vysokého krevního tlaku. Obecně se očekává, že základem zůstane nutnost dobré kontroly krevního tlaku (< 140/90 mmHg), především kombinací léčbou středními a malými dávkami antihypertenziv (odsouzení vysokých dávek, především v monoterapii) a základem kombinací léčby by se měli stát metabolicky pozitivní ACE inhibitory a All antagonisté.

PSYCHIATRIE

garant: MUDr. Michal Maršálek, CSc.

STŘEDA / 25. 4. 2007 / 16.40–18.10 hod.

Vztah deprese a tělesných onemocnění

MUDr. Michal Maršálek, CSc.

Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha 8

Deprese a tělesná onemocnění se navzájem nepříznivě ovlivňují. Jejich současný výskyt vede v některých kombinacích k pomalejšímu uzdravení, těžšímu průběhu a vyšší farmakorezistenci. Vyskytují se tři možné interakce mezi depresivní a tělesnou poruchou: 1) tělesná porucha vyvolává reaktivní depresi, 2) primární depresivní komorbidita a primární tělesné poruchy, 3) depresivní porucha vyvolává tělesné obtíže. Zvláštní problém představují depresogenní léky na léčbu tělesných poruch. Deprese je objevuje obecně nejčastěji u akutních tělesných postižení a u těch chronických tělesných onemocnění, která mají progresivní charakter. Nepříznivými mechanismy jsou nadměrná a dlouhodobá aktivace hypotalamo-hypofýzo-adrenální osy, změny vagového tonu a zásahy do imunitního systému. Horší prognózu mívají stavy provázené bolestí, která je primární depresí zesilována, ale může také být přímo součástí klinického obrazu deprese. Emoční i bolestivé fyzické příznaky deprese jsou částečně regulovány serotonergními a noradrenergními dráhami mozku a spinální míchy. Léčba primární i sekundární deprese má obvykle příznivý vliv i na tělesné onemocnění. U tělesných stavů bez bolesti se jeví nevhodnější léčba deprese selektivními blokátory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), u stavů provázených bolestí jsou účinnější duální antidepresiva ovlivňující serotoninový i noradrenalinový systém (SNRI, NaSSA).

Závislost na nealkoholových drogách a praktický lékař

prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.

Psychiatrická léčebna, Praha,

Subkatedra návykových nemocí IPVZ Praha

Problémů s nealkoholovými drogami přibývá v 90. letech 20. století v ČR ještě více než problémů s alkoholem. To se odráží v praxi praktických lékařů. Ti se s touto klientelou v ordinacích setkávají častěji

než dříve. Toto sdělení shrnuje následující pro lékaře prakticky důležitá témata:

- Epidemiologie problémů působených nealkoholovými drogami.
- Náhlé příhody u nealkoholových drog (akutní intoxikace, odvykací stavy, psychotické stavy, lékové interakce) a jejich zvládnání.
- Interakce s intoxikovaným pacientem, bezpečnost lékaře, význam mimoslovní komunikace.
- Krátká intervence u závislých na nealkoholových drogách.
- Práce s rodinou závislého na nealkoholových drogách, krátká intervence a rodina.
- Spolupráce praktického lékaře při dlouhodobé socializované léčbě pacientů s nealkoholovou závislostí včetně substituční léčby.
- Vyžadování neindikovaných psychoaktivních látek ze strany závislých a zneužívání zdravotnických služeb.
- Souvislost mezi závislostí na nealkoholových drogách a závislostí na alkoholu, přechod závislosti na jedné z psychoaktivních látek k závislosti na jiné látce.
- Posudková problematika. Sem patří pracovní neschopnost, invalidizace, schopnost řízení motorového vozidla atd.
- Prevence vzniku návykových nemocí na úrovni praktického lékaře.
- Zdravotníci a závislost na nealkoholových drogách, prevence profesionálního stresu a prevence návykových rizik u zdravotníků.
- Perspektivy a kde získat další informace.

Praktičtí lékaři mají v prevenci a léčbě návykových nemocí naprosto zásadní význam. Pacienti s návykovými nemocemi nebo ohrožení návykovými nemocemi k praktickým lékařům přicházejí mnohdy častěji než do specializovaných zařízení. To je pochopitelné už proto, že závislost na psychoaktivních látkách je spojena s četnými somatickými komplikacemi. Návštěvu praktického lékaře navíc někteří pacienti vnímají jako méně stigmatizující než léčbu jinde. Kromě toho mohou mít pacienti k praktickému

lékaři, jehož znají, důvěru a v některých oblastech je praktický lékař podstatně dostupnější než ambulance specializované na léčení závislostí. O to důležitější je, aby praktičtí lékaři problémy s návykovými látkami včas rozpoznávali, aby je efektivně léčili a aby těmto problémům v rámci svých možností předcházeli. Další informace včetně svépomocných materiálů pro drogově závislé viz www.plbohnice.cz/nesor.

Současné možnosti terapie úzkostných poruch

MUDr. Klára Látalová, Ph.D.

Psychiatrická klinika LF UP v Olomouci

Úzkostné poruchy jsou jedny z nejčastějších psychických poruch. Mnoho pacientů s těmito poruchami není adekvátně léčeno, což má za následek postupnou chronifikaci úzkostného onemocnění nebo vznik komorbidit s depresivní či jinou psychickou poruchou. Dalším častým důsledkem neadekvátní léčby je vznik závislosti na psychoaktivních látkách – zejména benzodiazepinových anxiolyticích nebo alkoholu.

Pomoc v ordinaci praktického lékaře tyto pacienti hledají běžně. Často své potíže popisují vágně, nespecificky, jindy jsou přesvědčeni o vážném tělesném onemocnění.

Cílem léčby by kromě zmírnění základních příznaků mělo být také odstranění komorbidit, snížení celkové vulnerability a prevence relapsů.

Léčba může být vedena farmakologicky, psychoterapeuticky, nebo kombinovaně. Farmaka účinkují rychleji, psychoterapie dlouhodoběji.

Jako léky první volby se v současnosti užívají antidepresiva skupiny SSRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu). Slibné, zvláště u komorbidních stavů, jsou antidepresiva skupiny SNRI (inhibitory zpětného vychytávání noradrenalinu a serotoninu).

Anxiolytika benzodiazepinového typu jsou tolerována jen na přechodnou dobu. Nejlepších výsledků je dosahováno kombinací farmakologické a psychoterapeutické léčby, především kognitivně-behaviorálního směru.

ALERGOLOGIE

garant: prof. MUDr. Václav Špičák, CSc.

ČTVRTEK / 26. 4. 2007 / 9.00–10.30 hod.

Nové směry v léčení astmatu

prof. MUDr. Václav Špičák, CSc.

Dětské odd. FN Na Bulovce Praha;

Česká iniciativa pro astma o.p.s.

Globální iniciativa pro astma (GINA) vznikla na začátku 90. let a po vydání jejího prvního dokumentu vznikla v roce 1996 jako obecně prospěšná společnost i Česká iniciativa pro astma (ČIPA o.p.s.).

Za toto období se astma u nás stalo převážně ambulantní nemocí s velmi nízkou potřebou hospitalizace. K pozitivním ukazatelům patří na rozdíl od jiných zemí velmi nízká úmrtnost. V letech 2004 a 2005 zemřelo v ČR na astma 95 a 99 lidí, nebylo mezi nimi žádné dítě do 15 let věku. Prevalencí astmatu se řadíme s 8 % v populaci k evropskému průměru. Zatím stále počet nových případů astmatu stoupá. Nepoznané případy jsou zejména ve skupině nejmenších dětí v prvních letech života, u seniůrů a zejména pak u pacientů s perzistující alergickou rýmou.

Mezi příznivé jevy patří i snižující se podíl těžkých forem astmatu.

Základem pro tyto výsledky byl obrat v léčebné strategii, který nastal před deseti lety. Důkaz, že v pozadí astmatu je chronický, především eozinofilní zánět, změnil základní filozofii farmakoterapie. Vedle úlevových léků s bronchodilatačním účinkem zaujala hlavní úlohu dlouhodobá protizánětlivá léčba inhalacími kortikosteroidy (IKS). Vyvinuly se nové inhalací systémy a nové varianty kombinované léčby. V ní se uplatňují beta-2 mimetika s prodlouženým účinkem (LABA), která v kombinaci s IKS synergicky zvyšují léčebný účinek při nižší dávce IKS. Vývoj fixní kombinace IKS + LABA v jednom inhalátoru léčbu pro pacienta velmi zjednodušil.

V listopadu 2006 vyhlásila GINA pod záštitou WHO novou upravenou verzi Globální strategie léčby a prevence astmatu. Potvrzuje roli zánětu, ale vedle eozinofilů charakterizuje i aktivní podíl buněk epitelu, endotelu i buněk hladkých svalů. Tyto buněčné populace produkují biologicky účinné látky (cytokány, leukotrieny, oxid dusnatý), které ovlivňují pestrost klinických příznaků. Současně je zdůrazněna skutečnost, že dýchací cesty jsou chápány jako jednotný systém, proto je významný vliv alergické rýmy na astma. Nový dokument uvádí novou klasifikaci astmatu podle stupně kontroly nad astmatem: astma pod kontrolou, astma pod částečnou kontrolou a astma pod nedostatečnou kontrolou. Po výchozím hodnocení stupně kontroly nad astmatem

je pak cílem dosažení a udržení kontroly nad astmatem. V základním dělení farmak došlo k posunům v jejich využití a v jejich postavení. U úlevových léků je zdůrazněna jejich vlastnost rychlého nástupu účinku. Ke klasickým beta-2 mimetikům s krátkým účinkem se tak přiřadil ze skupiny LABA formoterol, který má účinek prodloužený, ale vyznačuje se jeho rychlým nástupem. V žádném případě léky ze skupiny LABA nejsou doporučovány pro samostatné pravidelné podávání, ale mají být využívány jen v kombinaci s IKS. U farmak kontrolujících astma, čili léčiv pro dlouhodobou protizánětlivou léčbu, jsou IKS považovány za léčbu neúčinnější. K IKS se zařadily u dětí i dospělých systémově per os podávané antileuko-trieny. Fixní kombinace IKS + formoterol je použitelná i úlevově. Léčba podle stupně kontroly astmatu je vedena v pěti stupních. První stupeň odpovídá astmatu pod kontrolou. Ve 2. stupni lze použít monoterapii IKS nebo antileukotrienem. 3. stupeň již odpovídá ztrátě kontroly nad astmatem a vyžaduje zvýšenou dávku IKS nebo lépe kombinovanou léčbu IKS+LABA nebo lze uvažovat o kombinaci IKS s antileukotienem, případně s teofyliny s prodlouženým účinkem. Základem 4. stupně léčby je kombinace IKS+LABA s přidáním anileukotrienů a retardovaných teofylinů. 5. stupeň je stav výrazné nedostatečné kontroly nad astmatem a zahrnuje KS per os a další kombinace včetně možnosti anti-IgE léčby.

Výsledek nové strategie vedení léčby podle stupně kontroly nad astmatem závisí na tom, jak se podaří průběžně stav pacienta monitorovat a pružně na něj a na jeho změny reagovat. Nový léčebný přístup je výzvou k větší spoluúčasti pacienta na léčbě. Pacient má dostat osobní písemný plán léčby, hodnotit si průběh astmatu pomocí Testu kontroly astmatu a měřením výdechového vrcholového proudu výdecheměrem. Komunikace lékař-pacient má motivovat pacienta k samostatnému počínání i k odpovědnosti za dodržování léčebného programu. Velmi významnou úlohu hraje také životní styl, způsob života a vlivy prostředí, v němž pacient s astmatem žije.

Alergická rýma, diagnostika, léčba, rizika

MUDr. Ester Seberová

Alergologická ambulance, Plzeň

Alergická rýma patří k nejčastějším projevům alergické reakce na sliznici dýchacích cest.

Odhaduje se, že alergickou rýmou trpí 20-25% populace na celém světě a její prevalence neustále narůstá, zejména u dětí a mladých dospělých. Společenský a zdravotnický význam alergické rýmy je dán její vysokou prevalencí, negativním vlivem na kvalitu života pacientů a rizikem rozvoje závažných komplikací, především bronchiálního astmatu. Zanedbatelné nejsou ani ekonomické dopady tohoto onemocnění.

Nosní symptomy u alergické rýmy jsou způsobeny eozinofilním zánětem sliznice, který se rozvíjí po kontaktu s alergeny. Nejčastější je reakce na alergeny obsažené v inhalovaném vzduchu, který nosem prochází, rýma však může vzniknout i jako součást alergické reakce na alergeny přicházející jinou cestou, např. na potraviny nebo léky.

Diagnostika alergické rýmy vychází z typických příznaků, nálezu na nosní sliznici a průkazu kauzálního alergenu. Na stanovení diagnózy se obvykle podílí otorinolaryngolog a alergolog. Nedílnou součástí diagnostiky je i klasifikace onemocnění podle intenzity a trvání příznaků a jejich vlivu na kvalitu života pacienta (rýma intermitentní nebo perzistující, lehká, středně těžká až těžká).

Léčba alergické rýmy je komplexní a dlouhodobá, nezřídka celoživotní. Její součástí tvoří eliminace kauzálního alergenu, v indikovaných případech specifická alergenová imunoterapie a farmakoterapie, kterou lze aplikovat v topické nosní formě nebo systémově. Nejčastěji užívanými léky jsou moderní nesesedativní antihistaminika s imunomodulačním účinkem a topické nosní steroidy. U většiny pacientů tyto léky podáváme soustavně, profylakticky a využíváme jejich protizánětlivého účinku. Často jsou užívány různé kombinace léků. Důležitá je také edukace pacienta a jeho aktivní spolupráce při dodržování dlouhodobého léčebného programu.

Komplikace alergické rýmy se rozvíjejí nejčastěji v dýchacích cestách v bezprostředním sousedství nosu. Velmi často je alergickým zánětem postižena i sliznice vedlejších dutin nosních, u dětí se mohou rozvíjet záněty středouší. Pacienti s chronickou rýmou trpí často faryngitidou, poruchou čichu a bolestmi hlavy, někdy udávají i celkové příznaky: např. únavu, nespavost, poruchy koncentrace. Nejzávažnější komplikací alergické rýmy, která postihuje až 40% chronicky nemocných rinitiků, je bronchiální astma.

Těsný vztah mezi alergickou rýmou a bronchiálním astmatem vedl k založení iniciativy ARIA,

jejímž cílem je včasná diagnostika a účinná terapie alergického zánětu na jednotných horních i dolních dýchacích cestách.

Anafylaktické reakce

doc. MUDr. Vít Petrá, CSc.

Centrum alergologie a klinické imunologie,

Nemocnice Na Homolce, Praha

Anafylaktická reakce je náhle vzniklá dramatická situace, která může ohrozit pacienta na životě. Projeví se buď jako akutní otok jazyka a hrtanu, nebo generalizovaný Quinckeho edém, event. anafylaktický šok.

Přesná incidence v populaci není známa. Vyšší riziko vzniku anafylaxe je u dospělých lidí, u žen, při parenterální cestě vstupu škodliviny do organismu, u atopiků (reakce na potraviny, rtg kontrastní látky, latex) a u systémové mastocytózy. Podstatou klinických symptomů je uvolnění mediátorů, ke kterému dochází cestou imunologickou nebo neimunologickou. Pokud je anafylaxe zprostředkována protilát-

kami typu IgE, mluvíme o pravé anafylaxi. Klinické projevy a léčebný postup se však neodlišují.

Nejčastější příčinou anafylaxe jsou potraviny, způsobující až 50 procent všech reakcí. Ve výčtu dalších etiologických faktorů následují léky, hmyzí jedy, latex. Až na posledním místě jsou diagnostické a léčebné alergeny. Průběh anafylaktické reakce může být jednofázový nebo dvoufázový, s recidivou za 1 až 72 hodin.

Diagnostika v akutní fázi se provádí pouze podle anamnézy a symptomů, alergologické vyšetření má význam až s časovým odstupem. Diferenciálně diagnosticky nutno odlišit synkopu, kolaps, hysterii, hypoglykémii, hereditární angioedém, epileptický záchvat, event. srdeční infarkt, hypertenzní krizi či iktus.

Léčbu lze dělit na předlékařskou první pomoc, lékařskou ambulantní péči a léčbu nemocniční (JIP, ARO). Ve farmakoterapii stojí na prvním místě aplikace adrenalinu i.m. (i.v.) v dávce 0,1 ml, tj. 100 µg/10 kg váhy, max. 0,5 ml, možno opakovat á 10–15 minut.

Dalšími použitými léky jsou injekční antihistaminika, kortikosteroidy, důležitá je podpora oběhu, podání kyslíku, event. glukagon, bronchodilatancia, antikonvulziva apod. Kortikosteroidy neovlivní akutní projevy, mají však význam pro léčbu pozdní fáze. Pacienty s anamnézou anafylaktické reakce je nutné vybavit protišokovým balíčkem, který má obsahovat injekční adrenalinový autoinjektor, perorální nebo rektální kortikosteroid, perorální antihistaminikum, inhalační aerosolové beta-2 mimetikum a návod k použití.

Soubor preventivních opatření zahrnuje: rozbor anamnézy před podáním farmak, eliminaci kontaktu s anafylaktogenními látkami, imunoprofylaxi (antihistaminika, kromony) a v případě hmyzí alergie specifickou alergenovou imunoterapii. Patří sem i včasné použití protišokového balíčku, které může zastavit rozvoj těžké život ohrožující reakce. Pro kvalitní péči o nemocné je nutná mezioborová spolupráce (první pomoc, akutní ambulantní ošetření, resuscitační péče a následná péče, alergologické vyšetření a léčba).

FIREMNÍ SYMPOZIUM – PFIZER

ČTVRTEK / 26. 4. 2007 / 10.30–10.50 hod.

Léčba závislosti na tabáku, role praktického lékaře

MUDr. Eva Králíková, CSc.

Ústav hygieny a epidemiologie

a Centrum léčby závislosti na tabáku

3. interní kliniky 1. LF UK a VFN

Závislost na tabáku patří mezi klasické drogové závislosti (diagnóza F 17 dle MKN-10). Účinná léčba této chronické a relaxující nemoci existuje a měla by být dostupná. Kromě psychobehaviorální podpory (intervence) je to i farmakoterapie. Ta je vhodná pro závislé na nikotinu – zabraňuje totiž především abstinenčním příznakům: touha kouřit, špatná nálada/deprese, nervozita/podrážděnost/zlost, nesoustředěnost, poruchy spánku, neschopnost odpočívat, zvýšená chuť k jídlu. Kuřák závislý na nikotinu kouří denně (většinou 10 a více cigaret) a po probuzení si zhruba do hodiny potřebuje zapálit.

K dispozici jsou dnes tři skupiny léků: nejdéle používaná náhradní terapie nikotinem, bupropion

a vareniklin. Náhradní terapie nikotinem je volně prodejná v lékárně v 5 formách: náplast (Nicorette na 16 hodin, NiquitinCQ na 24 hodin, obě ve 3 silách), žvýkačka (Nicorette 2 nebo 4 mg), mikrotableta (Nicorette 2 mg), inhalátor (Nicorette 10 mg) a pastilka (NiquitinCQ 2 nebo 4 mg). Bupropion (Zyban) je vázaný na recept, toto původně antidepressivum (Wellbutrin) inhibuje zpětné vychytávání dopaminu a noradrenalinu v synapsích. Obě tyto skupiny léků zhruba zdvojnásobují úspěšnost. Nový lék (od března 2007) vareniklin (Champix) je parciálním agonistou určitého typu acetylcholin-nikotinových receptorů typických pro silně závislé kuřáky ($\alpha 4\beta 2$). Vareniklin se na tyto receptory naváže (agonistická aktivita) a tak dojde k vyplavení dopaminu v nucleus accumbens podobně jako po dávce nikotinu, i když v menší míře. Zároveň působí i antagonisticky: pokud by si kuřák s vareniklinem zapálil, cigareta mu neposkytne obvyklý pocit odměny, protože receptory jsou již obsazené vareniklinem. Vareniklin podle

dosavadních studií úspěšnost až ztrojnásobuje, při dlouhodobém (6 měsíců) podávání byla roční abstinence dokonce 44 %. Champix je vázaný na recept bez preskripčního omezení.

Každý lékař, zejména praktický, by měl v rámci svých časových možností aplikovat strukturovanou krátkou intervenci: zeptat se každého pacienta na jeho kuřácký návyk, kuřákovi jasně doporučit přestat, posoudit motivaci přestat (nechce: intervence končí), pomoci přestat (intervence + farmakoterapie) a plánovat kontroly. Měl by znát adresu nejbližšího centra léčby závislosti na tabáku, kam může doporučit ty kuřáky, kteří chtějí přestat a kterým nemá kapacitu se věnovat (např. www.slz.cz).

Aktivita SVL

MUDr. Jozef Čupka

Ústav zdravotnictví a preventivního lékařství

2. LF UK, Praha

Abstrakt nedodán.

GERIATRIE

garant: MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

ČTVRTEK / 26. 4. 2007 / 11.00–13.00 hod.

Pojetí geriatrického pacienta – geriatrická křehkost a geriatrické syndromy

MUDr. Zdeněk Kalvach, CSc.

3. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha

Stárnutí populace přináší klinické medicíně závažné výzvy. Během relativně krátké doby budou v ČR tvořit lidé starší 80 let 10% populace a všech lidí starších 60 let bude kolem 40%. Jde při tom nejen o relativní stárnutí související s poklesem natality, ale také o absolutní přibývání starých lidí v souvislosti s prodlužováním naděje dožití, délky života ve stáří a se zestárnutím populačně velmi silných, tzv. poválečných ročníků. Vzhledem k involuční deterioraci funkčního stavu a poklesu potenciálu zdraví, k věkově podmíněné vyšší prevalenci některých závažných chorob, stoupající letalitě i ohrožení ztrátou soběstačnosti je třeba řešit několik závažných problémů a zdůrazňovat několik principů. Patří k nim např.:

- zvýšení potřeby některých zdravotnických kapacit souvisejících s typickými zdravotními problémy stáří (katarakta, osteoartróza, syndrom demence, ateroskleróza)
- posun těžiště zdravotního zájmu od chorob k funkčnímu stavu pacienta
- dlouhodobé zlepšování zdravotního stavu ve stáří s úbytkem těžké disability a s přibýváním méně závažného chronického zdravotního postižení (v hospodářsky vyspělých zemích nedochází ve stáří k expanzi nemocnosti) – je třeba oponovat gerontofobii a demografické panice
- podpora životního konceptu (smysluplnosti, sociální role) a prevence jeho rozbití zdravotnickými aktivitami – je třeba bránit samoučelnému produkování „zlomených pacientů, kteří přestali být sami sebou“
- důsledná ochrana důstojnosti křehkých geriatrických pacientů a z etického hlediska striktní rozlišování pojmů kvalita a hodnota života
- chápání modifikovaných zdravotních problémů geriatrických pacientů s individualizací a tím i lepší účelností poskytovaných služeb včetně rozvoje metodiky geriatrického hodnocení, rozvoje akutních geriatrických intervencí (např. nemocniční geriatrická oddělení), geriatrické prevence i dlouhodobé péče (long-term care) překonávající koncept naší stávající tzv. následné péče.

Čím větší křehkost pacienta, tím potřebnější je vyvážený důraz na všechny 4 priority zdravotní péče, kterými jsou:

- záchrana života
- prevence, diagnostikování a potlačování chorob a posilování zdraví
- úleva od utrpení (symptomatická a paliativní péče, prevence bolesti a úzkosti)
- ochrana sociální role, důstojnosti, smyslu a kvality života v souvislosti se zdravotní péčí

V klinické medicíně je třeba rozlišovat mezi seniory a geriatrickými pacienty. Zdaleka ne každý „starý člověk“ (člověk starší určité kalendářní hranice, která je dnes značně rozostřená) je „geriatrickým pacientem“. Za geriatrické pacienty je vhodné považovat jen ty staré lidi, kteří v dané situaci mají geriatricky modifikovanou zdravotní problematiku, kteří vykazují specifické geriatrické limitace a ohrožení, kteří profitují z geriatrických znalostí a ze specifického modifikování péče.

Typickým rysem geriatrického pacienta je jeho křehkost, vulnerabilita a jeho nepříslušnost do oborově rozdělené medicíny – involuční změny, multimorbidita a dominová dekompenzace stavu činí geriatrické pacienty multioborovými a především mezioborovými (a také je vyřazují z „jednoduchých“ klasifikačních schémat typu DRG). Geriatrickí pacienti zůstávají často v „území nikoho“ mezi medicínskými obory i mezi rezorty zdravotnictví a sociální péče. Optimalizace péče vyžaduje kromě jiného provádění komplexního geriatrického hodnocení (comprehensive geriatric assessment, CGA).

Prioritní pozornost je dnes věnována fenoménu geriatrické křehkosti (anglicky frailty), progredující funkční deterioraci (funkčním deficitům) ve stáří především bez jednoznačné či přímé vazby na jednu určitou příčinnou chorobu. K hlavním projevům a prvkům patří nechutenství s hubnutím a posléze kachektizací, úbytek svalové hmoty a síly (sarkopenie), únava, omezování pohybové aktivity, zpomalování chůze, instabilita (pády), ubývání zájmů (apatie), mnohdy chronická bolest, senzorický a mírný kognitivní deficit (CINT – cognitive impairment, no dementia).

Disabilita, funkčně závažné chronické zdravotní postižení, může i ve stáří vzniknout náhle (cévní mozková příhoda, úraz), nebo postupně – v tom

případě buď ve vazbě na chronické onemocnění (Alzheimerova či Parkinsonova nemoc), nebo bez jednoznačné vazby na konkrétní chorobu (kombinace involučních změn, multimorbidita, inaktivity, malnutrice) jako výše zmíněná „frailty“.

Geriatrická křehkost má své aspekty diferencially diagnostické (deprese, malnutrice, nežádoucí účinky léků zvláště při polypragmasii, nádorové onemocnění, chronický zánět atd.), intervenční, terapeutické (nezpůsobitelnost pro standardní léčebný protokol jiného, např. nádorového onemocnění) i paliativní (nutričně ani jinak neovlivnitelná terminální geriatrická deteriorace).

Při diagnostickém hodnocení a klinickém popisu křehkých geriatrických pacientů (důležitá je i srozumitelnost v zájmu kontinuity mezioborové péče, komunikace mezi lékaři, fyzioterapeuty, odborníky v ošetrovatelství, managementu dlouhodobé péče včetně komunitních služeb) se prosazují tzv. geriatrické syndromy, které jsou výstižnější a návodnější než seznamy u pacienta nalezených nemocí. Naopak víceméně násilně přiřazování komplexně podmíněné křehkosti jedné klasické nozologické jednotky (např. ateroskleróze) bývá zavádějící a kontraproduktivní, stejně jako diskriminační a sociálně vyčleňující označení těchto lidí za „casus socialis“ nepřislušný zdravotní péči.

Zatímco klasické medicínské syndromy označují množinu projevů/příznaků způsobených jednou příčinou (anemický syndrom, nefrotický syndrom), jako tzv. geriatrické syndromy se označují typické, klinicky závažné příznaky (někdy jen jeden projev) způsobené množinou různě zastoupených, vyjádřených a propojených příčin. Syndromy se často kombinují. K typickým geriatrickým syndromům patří např.:

- Geriatrický syndrom instability s pády
- Geriatrický syndrom hypomobility, dekonidice a svalové slabosti (sarkopenie)
- Geriatrický syndrom anorexie s hubnutím až kachektizací
- Geriatrický syndrom imobility
- Geriatrický syndrom inkontinence
- Geriatrický syndrom kognitivního deficitu a poruch chování
- Geriatrický syndrom kombinovaného senzorického deficitu, sociální izolace a deprivace
- Geriatrický syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání starého člověka (elder abuse)

I když se hledají hlavní endogenní spouštěče geriatrické křehkosti (frailty), včetně genové exprese, zdá se, že jde o komplex vzájemně se podmiňujících příčin a důsledků, které kolem starého člověka s nízkým potenciálem zdraví (zdatnost, odolnost, adaptabilita) „utahují“ spirálu deteriorace, funkčních deficitů a progredující disability.

Obecná prevence a intervence geriatrické křehkosti, nad rámec ovlivňování konkrétních chorob daného pacienta, se bonmotově vyjadřuje v 7 bodech (v angličtině jako akronym slova frailty):

Food intake maintained – udržení či obnova dostatečného nutričního příjmu

Resistance exercises – odporový svalový trénink

Atherosclerosis prevention – prevence aterosklerózy

Isolation avoidance (go out and do things, social net) – zabránění izolaci (choďte ven a buďte aktivní)

Limit pain – omezování bolesti (především chronické muskuloskeletální)

Tai Chi or other balance exercises – posilování stability např. cvičením Tai Chi

Yearly functional check – každoroční kontrola funkčního stavu (respektive geriatrické posouzení).

Doporučení pro praxi:

1. Využívat v běžné klinické praxi, především u praktických lékařů, internistů, geriatrů metodu komplexního geriatrického hodnocení u křehkých a/nebo nesoběstačných seniorů.
2. Pracovat klinicky s konceptem geriatrické křehkosti a geriatrické funkční deteriorace (funkčních deficitů) pojmově, diferenciatně diagnosticky i terapeuticky.
3. Používat k deskripci křehkých geriatrických pacientů, pokud je to účelné, geriatrické syndromy – neostýchat se odeslat pacienta na konsiliární vyšetření či k hospitalizaci, např. pro progredující geriatrický syndrom hypomobility se sarkopenií či pro geriatrický syndrom instability s pády a neskrývat se za zavádějícími diagnózami iktus, atero cerebri apod.

Zvláštnosti chorob ve stáří

MUDr. Božena Jurašková, Ph.D.

Vedoucí subkatedry geriatry, Univerzita

Karlova v Praze, LF v Hradci Králové

Klinika gerontologická a metabolická, Hradec

Králové

V příspěvku jsou nastíněny základní aspekty odlišnosti patologických procesů ve stáří z hlediska klinického obrazu, diagnostiky i terapie.

Co všechno může ovlivnit proces stárnutí? Je známa řada teorií zabývajících se touto problematikou. Jedna nevylučuje druhou, ale vzájemně se podporují, prolínají, navazují na sebe.

Zvláštnost péče o seniory spočívá především ve specifickém přístupu k farmakoterapii, specifice vlastního onemocnění a následné péči. Fyziologické změny organismu podmiňují metabolismus léků i eliminaci z organismu. Tento aspekt je velice důležitý při výběru terapie.

Hlavními zásadami by mělo být co nejméně léků, v co nejmenších dávkách, po nezbytné nutnou dobu.

Mezi nejčastější příčiny onemocnění ve stáří patří dehydratace, nadměrné užívání léků a nedostatečná výživa. O jednotlivých příčinách i důsledcích je v příspěvku podrobně pojednáno.

Závěrem je zmíněna specifita následné péče – současné trendy.

Demence ve stáří

MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

Gerontologické centrum v Praze 8 – Kobylišich,

Česká alzheimerská společnost

V souvislosti s prodlužováním průměrné délky života a poklesem porodnosti se neustále urychluje proces stárnutí populace. S tím souvisí stoupající výskyt demence. Alzheimerova choroba je příčinou přibližně 50–70% případů demencí. Ve světě trpí Alzheimerovou chorobou zhruba 25 milionů lidí, v Evropě 5,4 milionu, v České republice se odhaduje na 100 000 lidí. Alzheimerova choroba je 4. nejčastější příčinou úmrtí v civilizovaných zemích, po ischemické chorobě srdeční, nádorových onemocněních a cévních mozkových příhodách.

S postupným stárnutím evropské populace se však stává jedním z nezávažnějších problémů, před

kté jsou zdravotní a sociální systémy rozvinutých zemí postaveny, na řešení problematiky demencí jsou ve vyspělých zemích světa vynakládány větší prostředky než na řešení kardiovaskulárních či onkologických onemocnění. Postižení demencí má podstatný vliv nejen na kvalitu života nemocného, ale také na kvalitu života celé jeho rodiny.

Pacienti v časných fázích onemocnění potřebují včasnou a správnou diagnózu, adekvátní terapii a dostatek informací. S postupem nemoci je třeba zvládat také behaviorální a psychiatrickou symptomatologii demence, a to jak prostřednictvím farmakologických, tak zejména nefarmakologických metod. Ve fázi pokročilé demence a ve fázi terminální je třeba pacientům zajistit kvalitní ošetrovatelskou a paliativní péči. V průběhu demence dochází k mnoha dilematickým situacím, které musí praktický lékař v součinnosti s rodinou nemocného řešit, nezanedbatelné jsou také posudkové aspekty, a to zejména v současné době legislativních změn týkajících se zejména poskytování sociálních služeb.

Sociální služby pro seniory

aneb „Kam s ním?“

Mgr. Martina Rokosová

Gerontologické centrum Praha 8,

Česká alzheimerská společnost

Senioři tvoří v západní civilizaci nezanedbatelné procento populace. Podíl seniorů ve světové (a samozřejmě také české) populaci se bude díky mnoha faktorům i nadále zvyšovat. Prodlužovat se bude také střední délka života. Senioři jsou v našich podmínkách tradičními „konzumenty“ sociálních služeb. Bývají (chronicky) nemocní a často mají problém se soběstačností.

Sociální politika v ČR je postavena na principu subsidiarity. Pomoc státu by měla přicházet až tehdy, kdy ostatní formy pomoci selhaly. Rok 2007 je v oblasti poskytování sociálních služeb (nejen seniorům) zlomový. V lednu začal platit nový zákon o sociálních službách.

Co nového přináší zákon do oblasti péče o seniory? Jaké jsou první zkušenosti s uplatněním zákona? Objevily se první problémy? Dostane každý potřebný senior péči, kterou opravdu potřebuje?

FIREMNÍ SYMPOZIUM – GRÜNENTHAL

ČTVRTEK / 26. 4. 2007 / 13.00–13.30 hod.

Doporučená farmakoterapie akutní a chronické bolesti

MUDr. Jitka Podsedníčková, ALB

Centrum léčby bolesti 1. LF UK a VFN, Praha

Abstrakt nedodán.

DERMATOLOGIE 1

garant: MUDr. Alena Machovcová, MBA

ČTVRTEK / 26. 4. 2007 / 14.30–15.30 hod.

Kontaktní alergie v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Alena Machovcová, MBA

Dermatovenerologické oddělení FN v Motole, Praha

Kontaktní dermatitida tvoří 5–15 % všech kožních onemocnění, na ekzémových onemocněních rukou se podílí 25 % a tvoří až 80 % všech hlášených profesionálních dermatóz. Úspěch terapie spočívá zejména v odhalení příčinného kontaktního alergenu. Spektrum kontaktních alergenů je široké, mění se v průběhu času a v jistém smyslu je odrazem životního stylu, technologických postupů ve výrobě, atp. Aktuálními kontaktními alergeny v naší populaci jsou soli kovů (resp. soli niklu), složky kosmetických přípravků, epoxidová pryskyřice, parafenylendiamin, neomycinsulfát. Diagnostika kontaktní senzibilizace spočívá v provedení epikutánních testů. Základním léčebným opatřením je eliminace kontaktu kůže se zjištěným alergenem.

Podporováno VZ FN Motol č. MZO 00064203/6904.

Léčba psoriázy

MUDr. Nina Benáková

Sanatorium Achillea Praha

a Dermatovenerologická klinika 1. LF UK

Psoriáza je chronická exacerbuující zánětlivá kožní choroba s fyzickými, psychickými i sociálními důsledky. Je považována za systémové, orgánově specifické, imunologické onemocnění s genetickou dispozicí. Genetický podklad se mezi jednotlivci i jejich rodinami liší, psoriáza je geneticky heterogenní chorobou.

Postihuje cca 2% středoevropské populace, stejnou měrou ženy i muže. Vznik je možný v každém věku; většinou v dospělém, mladém věku do 35 let (60–75% pacientů). Psoriáza u dětí se objevuje řidče, častěji u děvčat. K nejčastějším provokačním faktorům patří infekce, trauma, stres, léky (lithium, antimalarika, betablokátory, inhibitory ACE, interferony) a interní choroby. Průběh má chronicky stacionární nebo akutně exacerbuující. Z hlediska závažnosti se klasifikuje psoriáza mírná až středně těžká (75%) a středně těžká až těžká (25%). Závažnost je dána nejen rozsahem a intenzitou postižení, ale i průběhem, aktivitou choroby, reakcí na léčbu a jako každá chronická choroba, ovlivněním kvality života.

Těžká psoriáza má výraznou komorbiditu, danou jednak obdobnou imunopatogenezi (m. Crohn, ulcerózní kolitida, psoriatická arthropatie, roztroušená skleróza), jednak působením chronického systémového zánětu vedoucího k chorobám metabolického syndromu (obezita, diabetes mellitus, arteriální hypertenze, hyperlipoproteinemie, dále hepatopatie, dna). Kardiovaskulární mortalita je oproti běžné populaci 2x vyšší; incidence lymfomů a deprese jsou též výrazně vyšší. Tyto asociace jsou často příčinou těžkého průběhu psoriázy a limitujícím faktorem při výběru léků pro systémovou léčbu psoriázy.

Prognosticky nepříznivý je vznik v časném věku a mužské pohlaví. I přes relativně malý rozsah je nepříznivé také postižení dlaní a plosek, které je díky této lokalizaci obtížně kurabilní a je spojeno s výrazným ovlivněním práce schopnosti a soběstačnosti.

Nejčastější formou je psoriáza ložisková (80%), k dalším patří inverzní, gutátní, pustulózní, erytrodermie. Dle rozsahu se rozlišují formy lokalizované, diseminované a generalizované.

Základním pilířem léčby je léčba lokální, kterou lze zvládat až 70% případů, u těžších přistupuje fototerapie a léčba systémová – viz tabulka 1. Zvláštní kategorií z hlediska léčby představují děti, staří a gravidní ženy. Každého pacienta s psoriázou by měl nejdříve vyšetřit dermatolog. Léčby mírných forem se mohou ujmout i praktičtí lékaři s případnými konsiliárními vyšetřeními u dermatologa. Z lokální léčiv mají praktičtí lékaři k dispozici lokální kortikoidy, keratolytika a emoliencia. Důležitou úlohu mohou plnit též v edukaci a odhalování provokačních faktorů a komorbidit. Těžší formy spadají do kompetence dermatologa, a to nejen z důvodu preskripční limitace antipsoriatických léčiv. I zde však mohou praktičtí lékaři pomoci – adekvátní léčbou komorbidit, laboratorním monitoringem atp. V závěru přednášky bude kazuisticky probrána léčba jednotlivých forem.

Tabulka 1.

Lokální terapie	Fototerapie	Systémová terapie
Emoliencia, keratolytika	UVB 311nm – úzkospektré, NB UVB	Acitretin
Analoga D3 vitamínu	fototerapie PUVA a její formy	Cyklosporin
Kortikosteroidy	SUP – selective UV phototherapy	Metotrexát
Retinoidy	Širokospektré UVB – BB UVB	(Fumaráty)
Cignolín	UVA / UVB kombinace	Biologika
Pix, Ichthamol	Balneofototerapie	

Kožní nádory v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Yvetta Vantuchová

Kožního oddělení FN Ostrava

Velkou výhodou kožních nádorů je jejich snadná dostupnost klinickému vyšetření, což umožňuje rychlou a snadnou diagnostiku ve srovnání s nádory vnitřních orgánů. K nejčastějším nezhoubným kožním nádorům patří fibrom, histiocytom, hemangiom, angiokeratom, lipom, keratoakantom a seboroická veruka. Klinická diagnóza těchto nádorů většinou nečiní obtíže. Praktický lékař často vidí nádor při vyšetření pacienta jako první a z těchto důvodů je vhodné, aby se v problematice častěji se vyskytujících, zejména zhoubných nádorů kůže orientoval.

K nejčastějším zhoubným nádorům patří bazocelulární a spinocelulární karcinom kůže. Incidenci bazocelulárního a spinocelulárního karcinomu jednotlivě není možno stanovit, vzhledem k tomu, že ve statistikách jsou zahrnuti společně pod termínem jiné zhoubné nádory kůže s číselnou diagnózou C 44. Přibližně 80 % tvoří bazocelulární karcinom, zbývajících 20 % připadá na spinocelulární karcinom. Incidence obou karcinomů výrazně stoupá s věkem, u mužů je incidence 149,3/ 100 000 mužů, u žen je 141,7/100 000 žen.

Na bazocelulární karcinom je často nahlíženo jako na nádor nemaligní, vzhledem k jeho výjimečnému metastazování. Pokud však není léčen nebo je léčen nedostatečně, může prorůst do podkoží, okolních tkání, kostí a postupně zničit rozsáhlé části kůže, zejména obličej. Spinocelulární karcinom je na rozdíl od bazocelulárního spojen s rizikem vzniku metastáz.

Jedním z nejzhoubnějších nádorů vůbec je melanom, který vychází z pigmentových buněk a má

schopnost rychle se šířit v organismu lymfatickou i krevní cestou a vytvářet metastázy. V České republice se vyskytuje ročně 12 případů na 100 000 obyvatel. Přestože je tento kožní nádor většinou dobře pozorovatelný pouhým okem, často pacienti přicházejí až s pokročilým metastazujícím onemocněním. Nejčastěji se melanom projevuje jako tmavá, hnědočerná, sytě hnědá nebo až modročerná skvrna, nebo jako uzel tmavé barvy.

Melanom může vzniknout v místě již existujících pigmentových névů neboli znamének, ale nově i na místech, kde předtím znaménko nebylo. Pro vznik melanomu nejsou riziková všechna znaménka, ale většinou jen tzv. dysplastické (atypické) névy, které se svým vzhledem odlišují od běžných světlých klidných névů. Ze znaménka se melanom v některých případech vyvíjí řadu let, během kterých se postupně vzhled znaménka mění. Mezi nejčastější změny, ke kterým dochází, patří změna barvy, velikosti, okrajů, rozložení pigmentu. Původně stále stejně vyhlížející znaménko se začne zvětšovat, v některých místech tmavnout, okraje se stávají nepravidelnými, později se v některém místě začne povrch vyvyšovat nad okolí, což znamená, že nádorové buňky začínají pronikat do hlubších vrstev. Mnozí pacienti tyto na pohled patrné změny znaménka pozorují, ale nepřikládají jim význam. Včasné rozpoznání, určení diagnózy a chirurgické odstranění nádoru zvyšuje při správném postupu šance na vyléčení. Z tohoto důvodu se doporučuje některé typy takzvaných rizikových névů odstranit preventivně, aby u nich v budoucnu k maligní přeměně nedošlo.

Pacienti s podezřením na melanom by měli být vyšetřeni a léčeni ve specializovaných dermatologických ambulancích, většinou existujících při kožních odděleních či klinikách FN. Součástí těchto

ambulancí je tzv. melanomová poradna, zabývající se diagnostikou a léčbou pigmentových lézí a na její činnosti se kromě dermatoonkologa, specializujícího se na kožní nádory, podílí celý tým odborníků, plastický chirurg, chirurg, klinický onkolog, radioterapeut, lékař nukleární medicíny a patolog. Pokud je stanovena diagnóza melanomu, je doporučena odpovídající chirurgická léčba a současně s chirurgickým odstraněním nádoru se provádí u všech pacientů specializované mapování a značení lymfatických uzlin, které umožňuje odstranění a následné velice podrobné a speciální vyšetření první spádové uzliny, jejíž postižení signalizuje metastazování do větší uzlinové oblasti a je důvodem k další radikální operaci. Tento postup, umožňující vyčlenění skupiny rizikových pacientů s nutností další imunomodulační léčby, vyžaduje specializované přístrojové vybavení a zkušenosti nejen operujícího chirurga, ale zejména hodnotícího patologa.

Pacienti se znaménkem nebo jiným pigmentovým projevem na kůži, by měli vyhledat odborného kožního lékaře, který je při pochybnostech nebo podezření odešle na vyšší pracoviště. Odstraňování znamének bez předchozího dermatoskopického vyšetření dermatologem není vhodné právě pro možnost přehlédnutí onkologicky závažných nálezů.

Kožní mykózy a jejich léčba

MUDr. Zuzana Kulíková

Dermatovenerologická klinika FN

Dermatomykózy jsou onemocnění způsobená houbovou infekcí. V přednášce se pojednává o hlavních původcích onemocnění, způsobem šíření infekce a diagnostikou onemocnění. Dále jsou v přednášce zobrazeny nejčastější klinické obrazy a uvedena místní a celková léčba, včetně prevence.

FIREMNÍ SYMPOZIUM – MEDIAL

ČTVRTEK / 26. 4. 2007 / 15.30–15.40 hod.

C-reactive protein – the first choice inflammation marker for point-of-care

Dr. Eldri Prestegård

Oslo, Norsko

The clinical, time saving and economical benefit of testing CRP point-of-care. The availability of good CRP tests for point-of-care testing.

DERMATOLOGIE 2

garant: MUDr. Alena Machovcová, MBA

ČTVRTEK / 26. 4. 2007 / 15.45–16.45 hod.

Akné vulgaris a jeho léčba

MUDr. Lucie Jarešová

Dermatovenerologické oddělení FN Motol Praha

Akné vulgaris je neinfekční chronické zánětlivé onemocnění mazových žláz a vlasových vývodů. Na jeho vzniku se podílí zvýšená a zrychlená produkce zrohovatělých buněk, tvorba a sekrece mazu, proliferace *Propionibacterium acnes*, hormonální změny, léky a je zjištěna i psychosomatická souvislost. S projevy akné se setkáváme u 80–100% mladistvých ve věku od 11 do 25 let, ale asi u 15% lidí přetrvává tvorba projevů do dospělosti. Na lidském těle se nachází průměrně 300 000 mazových žláz, které za den vyprodukují 2–3 g mazu. Akné do určité míry negativně ovlivňuje sociální funkce i duševní rovnováhu člověka. Není pouze kosmetickým problémem, ale onemocněním. Nejdůležitější je včasné zahájení terapie, vhodná kombinace léků, udržovací místní a dlouhodobá léčba. Pro úspěch a spokojenost pacienta je nezbytné jeho poučení a především spolupráce.

Ulcus cruris na terénu lymfostázy

MUDr. Zuzana Navrátilová, Ph.D.

Ambulance dermatologické angiologie, Brno

Ulcerace v oblasti bérce se velmi často rozvíjí na terénu lymfatického otoku různé etiologie. Chronická žilní insuficience je nejčastější příčinou rozvoje otoků a ulcerací. Ulcus cruris je nejzávažnější kožní komplikací tohoto onemocnění. Jeho rozvoji předchází kaskáda patofyziologických změn v oblasti mikrocirkulace, kterým odpovídají typické kožní změny v oblasti bérce. Znalost těchto patofyziologických změn je nezbytným předpokladem pro pochopení terapie kožních projevů chronické žilní insuficience, včetně ulcus cruris.

V případě rozvoje varikozity a insuficience chlopní, které zabezpečují jednosměrný tok krve v žilním systému, dochází ke zpětnému toku a stagnaci krve v žilním řečišti. Stáza krve je příčinou žilní hypertenze, která pak podmiňuje celou řadu patofyziologických změn v oblasti mikrocirkulace. Již v počátcích dochází ke zvýšené permeabilitě kapilár, v případě přetížení mizního systému se manifestuje otok – flebedém. Současně díky zvýšené permeabilitě kapilár i pro krevní elementy – erythrocyty – se rozvíjí hemosiderinové hyperpigmentace. Při přetrvávajícím nepoměru mezi kapilární permeabilitou a transportní kapacitou mizního systému dochází ke kumulaci

vody a makromolekul, postupně se ukládání fibrinu kolem kapilár a v podkoží. Pomalý tok krve kapilárou usnadňuje adhezi neutrofilů ke kapilární stěně, jejich aktivaci a migraci do interstitia. Rozvíjí se zánětlivá reakce v interstitiu i intrakapilárně. Jejím výsledkem jsou fibrosklerotické změny podkoží, alterace mizního systému – dochází k poškození a snížení počtu podkožních lymfatických kapilár a manifestuje se flebolymfedém. Výše uvedené změny podkoží jsou výsledkem rozvoje tkáňové hypoxie a ischemie. Ty mohou být příčinou těžkých trofických změn, které mohou vyústit až k rozvoji ulcus cruris.

Méně častou a vzácnou příčinou ulcerací na bérce je prvotní postižení mizního systému, které ve velmi závažných případech může vyústit až v rozvoj ulcus cruris lymphaticum.

V terapii ulcus cruris na terénu lymfostázy, je základním předpokladem úprava hemodynamických parametrů v oblasti žilního a mizního systému. Stěžejním bodem terapie je kompresivní terapie, velmi účinnou roli hrají i aplikace manuální lymfodrenáže, lokální a celková terapie, režimová opatření.

Unguis incarnatus a další častá onemocnění nehtů, možnosti terapie

MUDr. Lucia Čellárová

FN Motol, Praha

Zarůstající nehet patří mezi nejčastější onemocnění nehtů. Jedná se o lokální iritaci nehtového valu laterálním nebo distálním okrajem nehtové ploténky, která svým chronickým drážděním hmoždí měkké tkáňe valu, vede k bolestivosti, zánětu, následně infekci a nadměrnému růstu granulační tkáňe. V pokročilém stadiu pacienta omezuje při chůzi. Onemocnění může být vrozené nebo získané. Etiologicky mají význam vrozené vývojové vady, hyperhidróza, nesprávné stříhání nehtů, nevhodná obuv, systémová onemocnění, onychomykóza apod. V závislosti na stadiu onemocnění volíme konzervativní nebo chirurgickou terapii. Dlahování zarůstající nehtové ploténky pomocí plastické trubičky se jeví jako účinné a technicky nenáročné operační řešení onemocnění zarůstajících nehtů s výrazně nižším procentem recidivy v porovnání s ablací nehtové ploténky.

Mezi další velmi častá onemocnění nehtů patří infekční choroby nehtů, onychodystrofie a postižení nehtů v souvislosti s jinými kožními nebo celkovými onemocněními. Pozorujeme změnu tvaru, barvy,

konzistence a povrchu nehtové ploténky, časté je i poškození periunguální tkáňe. Změny na nehtech můžou často signalizovat vnitřní onemocnění, proto by prohlídka nehtů měla být součástí základního vyšetření pacienta. Pro stanovení diagnózy a terapii je velmi důležitá pečlivá anamnéza a celkové vyšetření. Poškození nehtu může vzniknout mechanickou zátěží při práci nebo v souvislosti se zlovykem či koníčkem pacienta, případně při změně stravovacích návyků spojených s nedostatkem vitamínů a minerálů. Při podezření na infekční etiologii je nutné provedení stěrů na mykologii a bakteriologii a následně nasazení cílené terapie dle citlivosti. Kapilaroskopické vyšetření nehtového lůžka může odhalit přítomnost cévní malformace nebo počínající systémové onemocnění pojivové tkáňe. Zobrazovací metody a biopsie poslouží při diagnostice novotvarů v oblasti nehtové jednotky. Dermatoskopie má význam v odlišení velmi častého subunguálního hematomu od pigmentových lézí. Terapie závisí na vyvolávací příčině. Při onychodystrofiích doplňujeme vitaminy, minerály a aminokyseliny s obsahem síry, je nutná prevence traumat nehtů. Celkovou úpravu medikace vyžaduje postižení související s vnitřními onemocněními, změna na nehtu může být prvním příznakem. Při atopickém ekzému nebo psoriáze jsou často projevy i na nehtové ploténce, lokálně se používají keratolytika a kortikosteroidy, důležitá je kompenzace základního onemocnění.

Venerologický pacient v praxi

MUDr. Klaudia Dvořáková

Dermatovenerologické odd, FN Motol, Praha

V současné době je problematika infekcí přenosných pohlavním stykem stále více aktuálnější, související jak s hrozbou infekce HIV, tak vzhledem k zvýšené sexuální aktivitě adolescentů, velké promiskuitě, rizikovým a komerčně prováděným sexem. Časná, správná diagnostika a mezioborová spolupráce umožní minimalizovat možné komplikace zdravotní, sociální či epidemiologické.

Pohlavně přenosné infekce – STD (Sexually transmitted diseases) je komplexní skupina, do které řadíme:

- A. Klasické pohlavní nemoci: gonorrhoea (kapavka), syphilis (příjice), ulcus molle (měkký vřed), granuloma inuinale, lymphogranuloma venereum
- B. STD podle etiologického agens infekce:

- bakteriální (streptokoky, gardnerella vaginalis...), L-organizmy (ureaplasma urealyticum, mycoplasma hominis...), Chlamydia trachomatis D-K
- virové (Herpes simplex virus I, II – herpes genitalis, papilloma virus – condylomata accuminata, pox virus – mollusca contagiosa, virus infekční hepatitidy B, C, Cytomegalovirus, virus lidské imunodeficiency HIV 1,2
- houbové (candida albicans...)
- parazitární (scabies, pediculosis pubis, trichomonas vaginalis...).

Při diagnostikování pohlavní nemoci, eventuálně při jejím podezření, je lékař, který onemocnění

diagnostikoval (např. praktický lékař, urolog, gynekolog...) povinen vyplnit tiskopis „Hlášení pohlavní nemoci“ (tiskopis NZIS 017) a dále se již v rámci dermatovenerologické ambulance postupuje podle pravidel, která jsou daná Závazným opatřením č. 30/1968 – o opatřeních proti pohlavním nemocem (Věstník MZ ČR částka 51/68 sb.) a vyhlášky MZ ČR č. 225/96.

Lékař (dermatovenerolog) musí zajistit:

- adekvátní léčbu pacienta (event. hospitalizace sypilis)
- kontroly po léčbě
- dispenzarizaci, depistáž.

Pacient je informován o onemocnění a:

- je povinen podstoupit léčbu a kontroly
- má zákaz pohlavního styku do vyléčení
- podpisem stvrzuje poučení do dokumentace.

Dispenzarizaci a depistáž provádí dermatolog dle místa trvalého bydliště pacienta. Tiskopisy „Hlášení pohlavní nemoci“ jsou v měsíčních intervalech odesílány a zpracovávány na pracovištích KHS, jakožto řídicího orgánu v rámci koncepce „Státního dozoru“ nad šířením pohlavních onemocnění.

Na základě statistických údajů jsou statistické data dále zpracovávány regionálními odbočkami ÚZIS.

POSTERY

Quality of life in patients with peripheral arterial occlusive disease treated by balloon percutaneous transluminal angioplastyMUDr. Ladislav Slováček, Ph.D.^{1,2},MUDr. Birgita Slováčková, Ph.D.³,MUDr. Vendelín Chovanec, Ph.D.⁴,MUC. Petra Vacková⁵, MUC. Marie Kašílková⁵¹Department of Field Internal Medicine of Faculty of Military Health Sciences, University of Defence, Hradec Králové, Czech Republic²2nd Department of Internal Medicine of Charles University Hospital and Faculty of Medicine, Hradec Králové, Czech Republic³Department of Psychiatry of Charles University Hospital and Faculty of Medicine, Hradec Králové, Czech Republic⁴Department of Radiology of Charles University Hospital and Faculty of Medicine, Hradec Králové, Czech Republic⁵Faculty of Military Health Sciences, University of Defence, Hradec Králové, Czech Republic

Background. The study evaluates quality of life (QoL) in patients with peripheral arterial occlusive disease (PAOD) and the effect of balloon percutaneous transluminal angioplasty (PTA) on QoL in patients with PAOD. Patients and Method. The study is local, prospective and longitudinal. It was carried out at 2nd Department of Internal Medicine of Charles University Hospital in Hradec Králové, Czech Republic. Dates were obtained during year 2006. The total number of respondents with PAOD was 30 (20 male, 10 female). All respondents had infliction of femoral and popliteal arterial circulation. The average age of all respondents was 63,1 years (age range 49-79 years). The average lapse time from balloon PTA was 3,8 month (lapse time range 3-6 months). The evaluation of QoL in patients was performed by means of Czech version of international generic European Quality of Life Questionnaire – EQ-5D Version. Statistical analysis was determined by means of analysis of variance (ANOVA) and paired t-test. Main Results. The global QoL in patients with PAOD is on a low level. The above-mentioned aspects proved statistically significant dependence of global QoL in patients with PAOD on age ($p<0,01$) and on stage of PAOD in accordance with Fontaine classification ($p<0,01$). The statistical evaluation present statistically significant dependence of QoL on balloon PTA ($p<0,0001$) and statistically significant dependence of other

QoL dimensions on balloon PTA (mobility ($p<0,05$), self-care ($p<0,05$), usual activities ($p<0,05$), pain / difficulties ($p<0,05$), anxiety / depression ($p<0,05$). Conclusion. The results show the existence of the association between endovascular intervention by means of balloon PTA and global QoL in patients with PAOD. Endovascular intervention by means of balloon PTA significantly better QoL and QoL dimensions in patients with PAOD.

Peripheral arterial occlusive disease versus depression symptomsMUDr. Ladislav Slováček, Ph.D.^{1,2},MUDr. Birgita Slováčková, Ph.D.³,MUDr. Vendelín Chovanec, Ph.D.⁴,MUC. Helena Bohutínská⁵¹Department of Field Internal Medicine of Faculty of Military Health Sciences, University of Defence, Hradec Králové, Czech Republic²2nd Department of Internal Medicine of Charles University Hospital and Faculty of Medicine, Hradec Králové, Czech Republic³Department of Psychiatry of Charles University Hospital and Faculty of Medicine, Hradec Králové, Czech Republic⁴Department of Radiology of Charles University Hospital and Faculty of Medicine, Hradec Králové, Czech Republic⁵Faculty of Military Health Sciences, University of Defence, Hradec Králové, Czech Republic

Background. The study evaluates occurrence of depression symptoms in patients with peripheral arterial occlusive disease (PAOD), quality of life (QoL) in patients with PAOD, and effect of age and Fontaine stage of PAOD on gravity of depression symptoms and on QoL in patients with PAOD. Patients and Method: The study is prospective and cross-sectional. Dates were obtained during year 2006. The total number of respondents with PAOD was 42 (28 male, 14 female). The average age of all respondents with PAOD was 65,4 years (age range 45-79 years). The evaluation of occurrence of depression symptoms in patients with PAOD was performed by means of self-assessment Zung-SDS and evaluation of QoL in patients with PAOD was performed by means of Czech version of international generic European Quality of Life Questionnaire – EQ-5D Version. Statistical analysis was determined by means of analysis of variance (ANOVA) and descriptive analysis for evaluation of QoL questionnaire. Main Results: The mean index of depression (SDS index) certifies

the presence of signs of minimum or light depression in patients with PAOD. The QoL in patients with PAOD is on low level. The above-mentioned aspects proved statistically significant dependence of QoL in patients with PAOD on depression ($p<0,001$), on age ($p<0,01$) and on Fontaine stage of PAOD ($p<0,01$). We proved statistically significant dependence of depression in patients with PAOD on age ($p<0,01$) and on Fontaine stage of PAOD ($p<0,01$). Conclusion: The results show the existence of the association between PAOD and depression symptoms with its negative effect on QoL in patients with PAOD.

Demographic, health and psychosocial aspects of quality of life in patients with acute myeloid leukaemia treated by means of autologous progenitor stem cell transplantationMUDr. Ladislav Slováček, Ph.D.¹⁻³,MUDr. Birgita Slováčková, Ph.D.⁴,prof. MUDr. Ladislav Jebavý, CSc.^{1,2}¹Department of Field Internal Medicine, Faculty of Military Health Sciences, University of Defence, Hradec Králové, Czech Republic²Department of Clinical Haematology of the 2nd Department of Internal Medicine of Charles University Hospital and Faculty of Medicine, Hradec Králové, Czech Republic³Department of Clinical Oncology and Radiotherapy of Charles University Hospital and Faculty of Medicine, Hradec Králové, Czech Republic⁴Department of Psychiatry, Charles University Hospital and Medical Faculty, Hradec Králové, Czech Republic

Background: The haematopoietic stem cell transplantation (HSCT) is a therapy to used in a therapy of the haematological malignities and the solid tumors and the also to used in a therapy of non-malignant diseases. The HSCT has an influence on the course of the disease and the quality of life (QoL) as an other curative methods. Patients and Methods: The study evaluates QoL in patients with acute myeloid leukaemia (AML) treated by means of autologous progenitor stem cell transplantation (PSCT). The study was retrospective and descriptive and it was carried out at the Department of Clinical Haematology of 2nd Department of Internal Medicine of Charles University Hospital and Faculty of Medicine in Hradec Králové, Czech Republic.

Table I. Comparison of mean EQ-5D score and EQ-5D VAS values in individual age groups (n = 12, p<0,01)

Age range	Number of respondents	Mean EQ-5D score	Standard deviation	Mean EQ-5D VAS	Standard deviation
20-29	1	70	0	60	0
30-39	1	98	0	95	0
40-49	5	86,2	15,7	73,6	13,9
50-59	3	60	14,5	58,3	2,4
60-69	2	61	15	56	4

Table II. Comparison of mean EQ-5D score and EQ-5D VAS values with religion (n = 12, p<0,05)

Religion	Number of respondents	Mean EQ-5D score	Standard deviation	Mean EQ-5D VAS	Standard deviation
Believers	8	83,9	15,9	71	16,6
Non-believers	4	57,5	17,6	60,5	10,2

Table III. Comparison of mean EQ-5D score and EQ-5D VAS values with smoking abusu (n = 12, p<0,01)

Smoking abusu	Number of respondents	Mean EQ-5D score	Standard deviation	Mean EQ-5D VAS	Standard deviation
Non-smokers	6	90,7	11,4	77,2	16,4
Smokers	6	59,5	14,1	57,8	3,5

Table IV. Comparison of mean EQ-5D score and EQ-5D VAS values with level of education (n = 12, p<0,05)

Level of education	Number of respondents	Mean EQ-5D score	Standard deviation	Mean EQ-5D VAS	Standard deviation
Elementary	2	43	4,2	53,5	2,12
Apprentice	3	67	8,5	60	0
Secondary	3	74	4,0	65	8,7
University	4	98	0	82	17,9

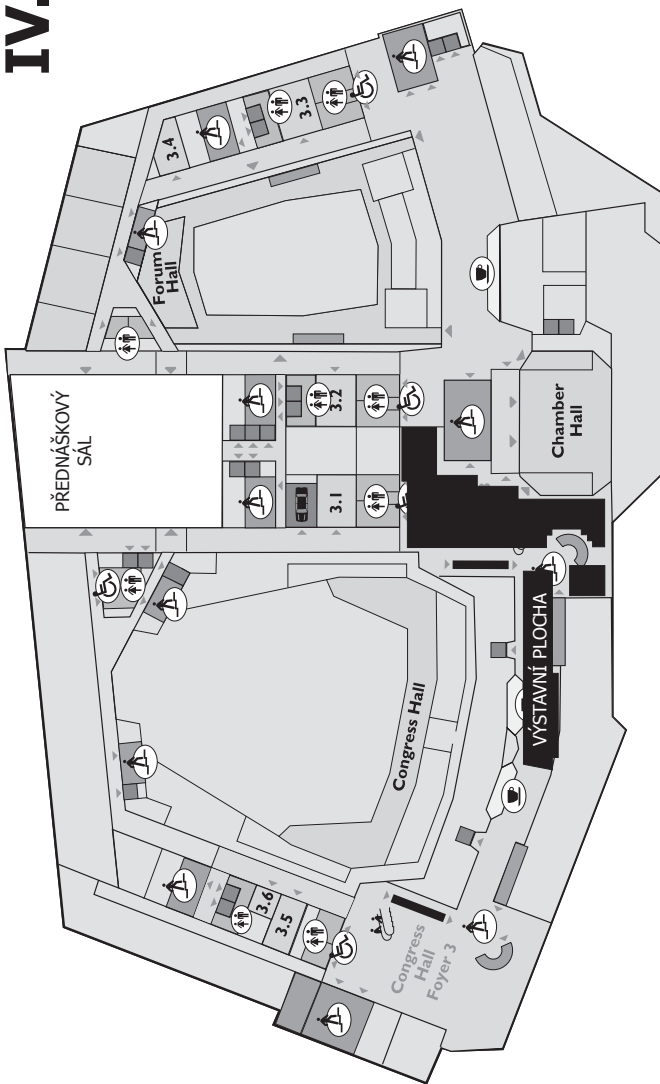
Table V. Comparison of mean EQ-5D score and EQ-5D VAS values with increasing number of associated diseases (n = 12, p<0,05)

Number of associated disease	Number of respondents	Mean EQ-5D score	Standard deviation	Mean EQ-5D VAS	Standard deviation
0	3	88,7	16,2	71,7	20,2
1	4	83,2	18,7	77	15,7
2	4	64	16,6	58,8	2,5
3 and more	1	46	0	52	0

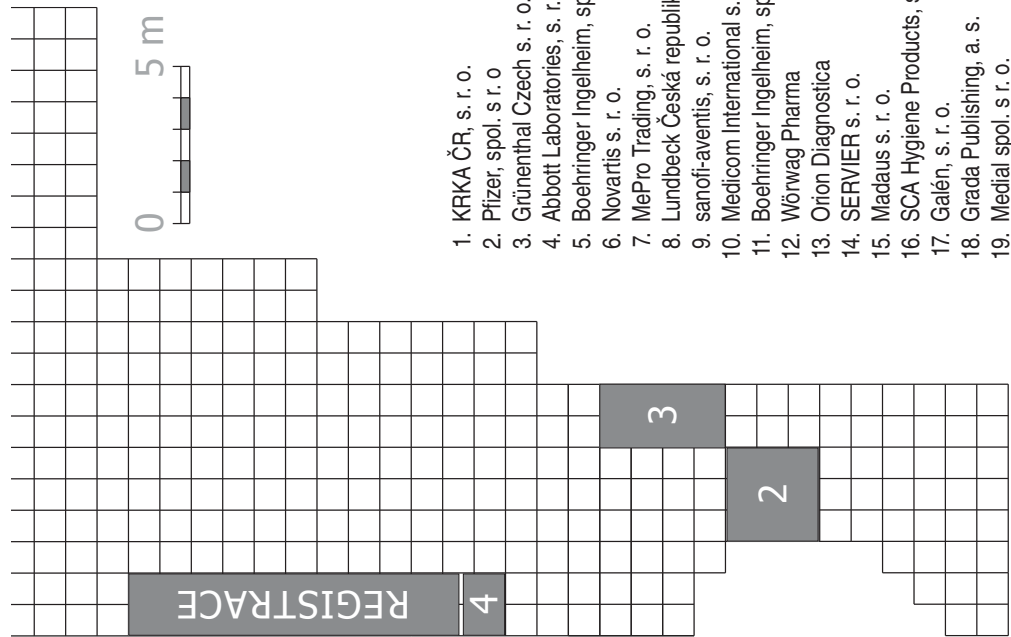
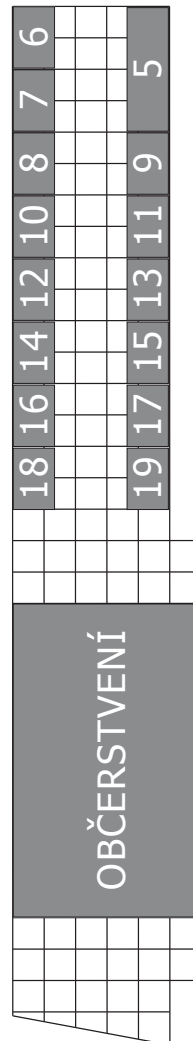
Twelve adult respondents with AML treated by means of autologous PSCT were evaluated. The number of male was 7 and female was 5. The average age of all respondents was 47,5 years old. The Czech version of international generic European Quality of Life Questionnaire – EQ-5D version was used. Results: The statistical evaluation present statistically significant dependence of QoL on the age (p<0,01), religion (p<0,05), increasing number of associated diseases (p<0,05), smoking abusu (p<0,01) and level of education (p<0,05). The global QoL in an adult patients with AML treated by means of autologous PSCT is on greatly good level (mean value of EQ-5D score – QoL dimensions was 75,1% and mean value of EQ-5D VAS – subjective health status was 67,5%). Conclusion: The results of study had shown that the level of QoL in patients with AML treated by means of autologous PSCT with increasing age and increasing number of associated disease is low. The patients with secondary and university education is higher level of QoL than the patients with primary education. The non-smokers have higher level of QoL than the smokers. The believers patients have higher level of QoL than the non-believers patients.

Supported by Research Project of the Ministry of Defence of the Czech Republic No 0FVZ0000503.

IV. kongres praktických lékařů MEDICÍNA PRO PRAXI 25.-26. 4. 2007 Praha



VÝSTAVNÍ PLOCHA



1. KRKA ČR, s. r. o.
2. Pfizer, spol. s r. o.
3. Grünenthal Czech s. r. o.
4. Abbott Laboratories, s. r. o.
5. Boehringer Ingelheim, spol. s r. o.
6. Novartis s. r. o.
7. MePro Trading, s. r. o.
8. Lundbeck Česká republika s. r. o.
9. sanofi-aventis, s. r. o.
10. Medicom International s. r. o.
11. Boehringer Ingelheim, spol. s r. o.
12. Würwag Pharma
13. Orion Diagnostica
14. SERVIER s. r. o.
15. Madaus s. r. o.
16. SCA Hygiene Products, s. r. o.
17. Galén, s. r. o.
18. Grada Publishing, a. s.
19. Mediat spol. s r. o.

Stav k 17. 4. 2007

Pořadatelé děkují uvedeným firmám za spoluúčast na finančním zajištění kongresu

GENERÁLNÍ SPONZOR



HLAVNÍ SPONZOŘI



SPONZOŘI

Abbott Laboratories, s. r. o.
Boehringer Ingelheim, spol. s r. o.
Grünenthal Czech s. r. o.
KRKA ČR, s. r. o.
Lundbeck Česká republika s. r. o.
Madaus s. r. o.
Medial spol. s r. o.
Medicom International s. r. o.
MePro Trading, s. r. o.

Novartis s. r. o.
Pfizer, spol. s r. o.
Orion Diagnostica
sanofi-aventis, s. r. o.
SCA Hygiene Products, s. r. o.
SERVIER s. r. o.
SCHERING s. r. o. – člen koncernu
Wörwag Pharma
Wyeth Whitehall Czech s. r. o.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

MEDICÍNA PRO PRAXI
ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ





Indikace



Bolesti páteře



Bolesti pohybového aparátu



Bolesti při úrazech



Pooperační bolest



Bolesti při osteoartróze

Základní informace o přípravku ZALDIAR

Složení: Tramadol hydrochloridum 37,5 mg a paracetamolium 325 mg v 1 potahované tabletě. **Indikace:** Léčba bolesti střední až silné intenzity, která vyžaduje kombinaci paracetamolu s tramadolem. **Dávkování a způsob podání:** Dávkování je individuální podle intenzity bolesti a individuální citlivosti. Doporučená počáteční dávka je 2 tablety, maximum 8 tablet/den (tj. 300 mg tramadolu a 2600 mg paracetamolu). Přípravek je určen k léčbě dospělých a mladistvých od 12 let věku. Tablety se polykají celé, nesmějí se kousat ani drtit. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na tramadol, paracetamol nebo na kteroukoli pomocnou látku. Akutní intoxikace alkoholem, hypnotiky, centrálně působícími analgetiky, opioidními nebo psychotropními látkami, současná nebo předchozí léčba inhibitory MAO, neuplynulo-li od ukončení jejich podávání alespoň 14 dnů. Závažné poškození jater. Neléčená epilepsie. **Upozornění:** Pacient musí být poučen o tom, že nesmí překročit doporučené dávkování (maximum 8 tbl/den) a rovněž nesmí současně užívat jakýkoli přípravek obsahující paracetamol nebo tramadol bez konzultace se svým lékařem. ZALDIAR se nedoporučuje u pacientů se závažnou poruchou renálních funkcí a nesmí být podáván pacientům s těžkým poškozením jater. V případech lehčího jaterního poškození je třeba pečlivě zvažovat interval mezi jednotlivými dávkami. ZALDIAR se nedoporučuje podávat v případech těžké respirační nedostatečnosti. Byly zaznamenány křeče, zejména u predisponovaných pacientů léčených tramadolem a/nebo přípravky snižujícími práh vzniku křečí, zvláště SSRI, tricyklickými antidepresivy, antipsychotickými látkami, centrálně působícími analgetiky nebo lokálními anestetiky. Léčení epileptici nebo pacienti se sklonem ke křečím by neměli užívat přípravek ZALDIAR pokud to není nezbytně nutné. **Nežádoucí účinky:** nejčastěji nauzea, závratě a spavost, dále zvracení, zácpa, průjem, bolesti břicha, bolesti hlavy, třesy, zmatenost, změny nálady (úzkost, agitace, euforie), poruchy spánku, pocení, pruritus. Tramadol dále: ortostatická hypotenze, bradykardie, kolaps. Mohou se objevit abstinenční příznaky. **Interakce:** kontraindikovaná je kombinace s inhibitory MAO (nebezpečí serotoninového syndromu), nedoporučuje se společné podávání s karbamazepinem a jinými induktory enzymů, agonisty-antagonisty morfinu a alkoholem. Zvýšené pozornosti je třeba při kombinaci s SSRI, triptany, dále benzodiazepiny, barbituráty a ostatními látkami působícími depresivně na CNS (anxiolytika, hypnotika, sedativní antidepresiva, sedativní antihistaminika, neuroleptika, centrálně působící antihypertenziva, talidomid a baklofen) a léky snižujícími práh pohotovosti ke křečím. **Těhotenství a kojení:** Přípravek nesmí být podáván během těhotenství a kojení. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Tramadol může způsobit ospalost nebo závratě, které mohou být zhoršeny vlivem alkoholu nebo jiných látek působících depresi centrálního nervového systému. Pokud se objeví tyto příznaky, pacient nesmí řídit motorová vozidla ani obsluhovat stroje. **Opatření pro uchovávání:** Léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky pro uchovávání. **Velikost balení:** 10, 20 tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Grünenthal GmbH, Aachen, Německo. **Datum poslední revize textu:** 22.2.2006. **Registrační číslo:** 65/237/02-C. Přípravek je vydáván pouze na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním léku si laskavě přečtěte Souhrn údajů o přípravku (SPC). Podrobnější informace jsou k dispozici u Grünenthal Czech s.r.o., Slunná 27, Praha 6; tel.: 233 085 310, fax: 233 343 871, czecepc@grunenthal.com, www.grunenthal.com Komplexní informace o léčbě bolesti naleznete na adrese: www.pain.cz



PRENESSA®

tablety po 4 mg *perindoprilum*

Přenes se do budoucnosti...

Základní informace pro předpis léčivého přípravku

(přípraveno podle schváleného Souhrnu údajů o přípravku)

Složení: perindoprilum erbuminum (perindopril-erbumin) 4,000 mg odpovídá perindoprilum 3,338 mg v jedné tabletě. **Indikace:** Léčba hypertenze; Léčba symptomatického srdečního selhání; Snížení rizika kardiovaskulárních příhod u pacientů s prokázanou ischemickou chorobou srdeční; (viz bod 5.1); Prevence recidiv cévní mozkové příhody v kombinaci s indapamidem u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním v anamnéze. **Dávkování a způsob podání:** Individuální dávkování dle doporučeného schématu dávkování (SPC) **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na perindopril nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na jiný inhibitor ACE; Anamnéza angioneurotického edému souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE; Dědičný nebo idiopatický angioneurotický edém; Druhý a třetí trimestr těhotenství. **Zvláštní upozornění:** U pacientů se zvýšeným rizikem symptomatické hypotenze by měla být léčba zahájena a dávkování upravováno pod pečlivým dohledem. Podobná opatření se vztahují i na pacienty s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárním onemocněním. V případě renální insuficience by mělo být počáteční dávkování perindoprilu upraveno. **Interakce:** Diuretika, kalium-šetřící diuretika, doplňky draslíku nebo doplňky obsahující soli draslíku, lithium, nesteroidní antiflogistika (NSAID), antihypertenziva a vazodilatancia, antidiabetika, kyselina acetylsalicylová, trombolytika,

betablokátory, nitráty, tricyklická antidepresiva/antipsychotika/anestetika, sympatomimetika.

Nežádoucí účinky: U pacientů se mohou vyskytnout: poruchy nálady nebo spánku, bolest hlavy, závratě, vertigo, poruchy vidění, hučení v uších, hypotenze a účinky související s hypotenzí, kašel, dyspnoe, nauzea, zvracení, bolesti břicha, průjem, zácpa, vyrážka, angioedém, svalové křeče, renální insuficience, astenie ad.. **Balení:** 30 tablet v síle 4 mg. **Doba použitelnosti:** 2 roky. **Uchovávání:** Při teplotě do 30°C. **Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku (SPC).** **Datum první registrace:** 14.12.2005 **Datum revize textu:** 1.2.2006. **Držitel rozhodnutí o registraci:** KRKA Polska, Varšava, Polsko. **Registrační číslo:** 58/561/05-C. Léčivý přípravek je vydáván pouze na lékařský předpis. Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Nepřetržitá veřejně přístupná odborná informační služba - tel. / záz. / fax : +420 221 115 150; e-mail: info@krka.cz

Kontaktní adresa: **Krka zastoupení pro ČR**
Sokolovská 79/192
186 00 Praha 8 - Karlín
Tel. +420 221 115 115
Fax +420 221 115 116
www.krka.cz

