

Medicína pro praxi

2019

F

www.solen.cz | Med. praxi 2019; 20(Suppl F) | ISBN 978-80-7471-286-9 | 2019

ABSTRAKTA

VI. KONGRES MEDICÍNY PRO PRAXI V PLZNI

kongres praktických lékařů

22.–23. listopadu 2019

Vienna House Easy Pilsen

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



20 let s vámi
SOLEN
MEDICAL EDUCATION

COSYREL®

bisoprolol fumarát / perindopril arginin

Jediná fixní kombinace β-blokátoru a ACEi

pro dobře vyladěné srdce

3 INDIKACE Hypertenze | Stabilní ICHS | Srdeční selhání*

1 tableta 1x denně

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

Zkrácená informace o přípravku COSYREL®: Složení*: Cosyrel 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, potahované tablety, obsahují bisoprolol fumarát (bis) 5 mg/ perindoprilum argininum (per) 5 mg, 5 mg bis/10 mg per, 10 mg bis/5 mg per, 10 mg bis/10 mg per. **Indikace***: Cosyrel je indikován k léčbě hypertenze a/nebo stabilní ischemické choroby srdeční (u pacientů s infarktem myokardu a/nebo revaskularizací v anamnéze) a/nebo stabilního chronického srdečního selhání se sníženou systolickou funkcí levé komory (pouze Cosyrel 5 mg/5 mg a Cosyrel 10 mg/5 mg) jako substituční léčba u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných bisoprololem a perindoprilem podávanými současně ve stejné dávce. **Dávkování a způsob podání***: Obvyklá dávka je jedna tableta jednou denně, nejlépe ráno a před jídlem. Pacienti musí být stabilizováni na léčbě bisoprololem a perindoprilem ve stejné dávce po dobu nejméně 4 týdnů. Fixní kombinace není vhodná k iniciální léčbě. U pacientů stabilizovaných na dávce bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 2,5 mg nebo bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 5 mg: půl tablety obsahující 5 mg/5 mg nebo 5 mg/10 mg jednou denně. Je-li nutná změna dávkování, titrace je nutno provádět za použití jednotlivých složek samostatně. **Porucha funkce ledvin**: Doporučené dávkování podle clearance kreatininu. 5 mg/5 mg; $Cl_{cr} \geq 60$ (ml/min): 1 tableta; $30 < Cl_{cr} < 60$: 1/2 tablety; $Cl_{cr} < 30$: přípravek není vhodný, doporučená titrace dávky za použití jednotlivých složek samostatně. 5 mg/10 mg; $Cl_{cr} \geq 60$: 1/2 tablety; $Cl_{cr} < 60$: přípravek není vhodný, 10 mg/5 mg; $Cl_{cr} \geq 60$: 1 tableta; $Cl_{cr} < 60$: přípravek není vhodný, 10 mg/10 mg; přípravek není vhodný. **Porucha funkce jater**: není nutná úprava dávkování. **Starší pacienti**: podávání podle renální funkce. **Pediatrická populace**: Bezpečnost a účinnost nebyla stanovena, použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **Kontraindikace***: Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na jiné inhibitory angiotensin-konvertujícího enzymu (ACE); akutní srdeční selhání nebo probíhající epizody srdečního dekompenzačního vyžadující i.v. inotropní terapii; kardiogenní šok; AV blok druhého nebo třetího stupně (bez pacemakeru); síň sínus syndrom; sinoatriální blokáda; symptomatická bradykardie; symptomatická hypotenze; závažné bronchiální astma nebo chronická obstrukční plicní nemoc; závažné formy periferní arteriální okluze nebo Raynaudova syndromu; neléčený feochromocytom (viz bod Upozornění*); metabolická acidóza; anamnéza angioneurotického edému souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE, dědičný nebo idiopatický angioneurotický edém; 2. a 3. trimestr těhotenství (viz body Upozornění* a Kojení*), současné užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo s poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m²), Interakce* a Farmakodynamické vlastnosti*), současné užívání se sakubitrilem/valsartanem (viz bod Upozornění* a Interakce*), mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz bod Interakce*), signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné funkční ledviny (viz bod Upozornění*). **Upozornění***: **Zvláštní upozornění a opatření pro použití**: Hypotenze: u pacientů s poklesem objemu tělních tekutin, se symptomatickým srdečním selháním se současnou renální insuficiencí nebo bez ní, s ischemickou chorobou srdeční nebo s progresivní aterosklerózou a progresivní vaskulárními chorobami je při zahájení léčby a změně dávky zapotřebí pečlivé monitorování. Náhle hypotenzi odpovídá není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou pacientovi obvykle užít, jakmile jim po doplnění objemu stoupne krevní tlak. **Hypersenzitivita/angioedém/intestinální angioedém**: vysadit a zahájit monitorování až do úplného vymizení symptomů. Léčba betablokátořem musí pokračovat. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Současné užívání perindoprilu se sakubitrilem/valsartanem je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Podávání sakubitrilu/valsartanu nesmí být zahájeno do 36 hodin po užití poslední dávky perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčba perindoprilem nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky sakubitrilu/valsartanu (viz body Kontraindikace a Interakce). Současné užívání jiných inhibitorů NEP (např. rasekadotrilu) a inhibitorů ACE může také zvýšit riziko angioedému. Před zahájením léčby inhibitory NEP (např. rasekadotrilu) u pacientů užívajících perindopril je proto nutné pečlivě zhodnotit přínos a rizika. Pacient souběžně užívající terapii inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) mohou mít zvýšené riziko angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka s poruchou dýchání nebo bez ní). **Selhání jater**: vzácně byly inhibitory ACE spojovány se syndromem, který začíná cholestatickou žloutenkou a progresuje ve fulminantní jaterní nekrózu a (někdy) v úmrtí: ukončit léčbu v případě rozvoje žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů. **Černáská populace**: perindopril může být méně účinný a způsobit vyšší procento angioedému ve srovnání s jinými rasami. **Neproduktivní kašel**. **Hyperkalemie**: časté monitorování koncentrace draslíku v krvi v případě renální insuficience, zhoršení renální funkce, věk > 70 let, diabetes mellitus, dehydratace, akutní srdeční nedostatečnost, metabolická acidóza a současné užívání diuretik, draslíkových doplňků, náhrad soli s obsahem draslíku, léčivých přípravků, které mohou způsobovat vzestup sérových koncentrací draslíku. **Kombinace s lithiem** a draslík-šetřícími diuretiky, draslíkovými doplňky nebo náhradami soli obsahujícími draslík, kalciovými antagonisty, antiarytmiky třídy I a centrálními působícími antihypertenzivy: se obecně nedoporučuje. **Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS)**: zvýšené riziko hypotenze, hyperkalemie a srdeční funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). **Duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátořů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se proto nedoporučuje**. Pokud je léčba duální blokády považována za naprosto nezbytnou, má se k ní docházet pouze pod dohledem specializované lékařské a za častého pečlivého sledování funkce ledvin, elektrolytů a krevního tlaku. Inhibitory ACE a blokátoři receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Ukončení léčby**: nesmí být provedeno náhle ukončení léčby betablokátořem. Dávkování má být snižováno postupně pomocí jednotlivých složek, ideálně po dobu dvou týdnů. **Bradykardie**: při poklesu srdeční frekvence pod 50–55 tepů za minutu v průběhu léčby a pacient pociťuje symptomy související s bradykardií, dávka má být snižována za použití jednotlivých složek s vhodnou dávkou bisoprololu. **AV blok prvního stupně, stenóza aortální a mitrální chlopně/hypertrofická kardiomyopatie, diabetici, striktní půst**: podávat s opatrností. **Prinzmetalova angina**: betablokátoři mohou zvýšit počet a délku trvání epizod anginy pectoris. **Porucha funkce ledvin**: denní dávka má být upravena na základě clearance kreatininu. Monitorování draslíku a kreatininu. U pacientů s bilaterální stenózou renálních arterií nebo stenózou arterie solitární ledviny může dojít ke zvýšení sérových koncentrací uréy a kreatininu; v případě renovaskulární hypertenze je riziko těžké hypotenze a renální insuficience zvýšené. **Renovaskulární hypertenze**: Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie u jedné funkční ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání (viz bod Kontraindikace). Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. **Transplantace ledvin, srdeční selhání s inzulin dependentním diabetem mellitem (typ 1), těžkou poruchou funkce ledvin, těžkou poruchou funkce jater, restrikční kardiomyopatie, vrozený srdeční onemocnění, hemodynamicky významným organickým onemocněním chlopní, infarktem myokardu v předchozích 3 měsících**: nejsou zkušební s podáváním. **Analytické reakce během alergenické reakce**: bisoprolol může zvýšit senzitivitu vůči alergenům i závažné anafylaktoidní reakci. **Neutropenie/agranulocytóza/thrombocytopenie/anemie**: extrémní opatrnost u pacientů s kolagenovým vaskulárním onemocněním, s imunosupresivní léčbou, léčbou allopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů. **Bronchospasmus (bronchiální astma, obstrukční onemocnění dýchacích cest)**: souběžné podávání bronchodilatační terapie. **Anestezie**: pokud je nutné betablokátořem vysadit, je třeba to provádět postupně a ukončit 48 hodin před anestezí. **Psoriáza**: podání po zvržení přínos a rizika. **Feochromocytom**: podávání bisoprololu vždy s blokátořem alfa-receptorů. **Tyreotoxikóza**: symptomy mohou být maskovány. **Primární hyperaldosteronismus**: Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzivní léčbu působícími přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. **Těhotenství**: zastavit léčbu. V případě nutnosti zahájit alternativní léčbu. **Pomocné látky**: Cosyrel obsahuje méně než 1 mmol sodíku (23 mg) v tabletě, to znamená, že je podstatně "bez sodíku". **Interakce***: **Kombinace kontraindikované**: aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo poruchou funkce ledvin, mimotělní léčba, sakubitril/valsartan. **Nedoporučuje se současně užívat**: centrálně působící antihypertenziva, např. klonidin a další (methylglu, moxonidin, nilmiden); antagonisté kalcia typu verapamilu a v menší míře diltiazem; aliskiren a blokátoři receptorů pro angiotenzin II: estramustin, kotrimoxazol (trimethoprim-sulfamethoxazol), draslík šetřící diuretika (triamteren, amilorid), draslík (soli); lithium. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost**: antiaritmika třídy III (amiodaron), parasympatometika; lokální betablokátoři (např. oční kapky k léčbě glaukomu); digitalisové glykosidy; saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin); zlato. **Těhotenství a kojení***: Podávání není doporučeno v prvním trimestru těhotenství a během kojení. Podávání je kontraindikováno ve 2. a 3. trimestru těhotenství. **Fertilita****. **Účinnost na schopnost řídit a obsluhovat stroje***: u některých pacientů se mohou vyskytnout individuální reakce související s nízkým krevním tlakem. V důsledku toho může být schopnost řídit a obsluhovat stroje narušena. **Nežádoucí účinky***: **Velmi časté**: bradykardie. **Časté**: bolest hlavy, závratě, vertigo, dyspnoe, parestezie, porucha zraku, tintus, zhoršení srdečního selhání, hypotenze a účinky související s hypotenzí, pocit chladu nebo zmečtiliví končetin, kašel, dyspnoe, bolest břicha, zácpa, průjem, nauzea, zvracení, dyspepsie, vyrážka, pruritus, svalové křeče, astenie, únava. **Méně časté**: ezofagitida, hypoglykémie, hyperkalemie, reverzibilní při vysazení léčby, hypotermie, změny nády, poruchy spánku, deprese, somnolence, synkopa, palpace, tachykardie, poruchy AV vedení, ortostatická hypotenze, vasculitida, bronchospasmus, sucho v ústech, angioedém obličej, končetin, rtů, sliznic, jazyka, hltanu a/nebo hrtanu, kopřivka, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, hyperhidróza, svalová slabost, artralgie, myalgie, renální insuficience, erektilní dysfunkce, bolest na hrudi, malátnost, periferní edém, pyrexie, zvýšená hladina uréy a kreatininu v krvi, pád. **Vzácné**: rinítida, noční mýry, halucinace, snížená tvorba slz, poruchy sluchu, hepatitida cystická nebo cholestatická, hypersenzitivní reakce (svědění, zčervenání, vyrážka), zhoršení psoriázy, poruchy potence, vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi, zvýšená hladina triglyceridů. **Velmi vzácné**: agranulocytóza, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, trombocytopenie, hemolytická anemie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, zmatenost, konjunktivitida, arytmie, angina pectoris, infarkt myokardu a cévní mozková příhoda, možné sekundární k nadměrné hypotenzi v výskytu rizikových pacientů, eosinofilní pneumonie, pankreatitida, erythema multiforme, alopecie, betablokátoři mohou způsobit nebo zhoršit psoriázu nebo způsobit vyrážku při primární psoriáze, akutní renální selhání, snížená hladina hemoglobinu a snížený hematokrit. U jiných inhibitorů ACE byl hlášený výskyt SIADH (syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu), SIADH lze považovat za velmi vzácnou, ale možnou komplikaci spojenou s léčbou inhibitory ACE. **Není známo**: Raynaudův fenomén*. **Předáváním*, vlastnost****: Bisoprolol je vysoké beta₁-selektivní blokátoř adrenergních receptůřů bez vnější sympatometické a membrány stabilizující aktivity. Perindopril je inhibitor enzymu, který konvertuje angiotenzin I na vazokonstrikční angiotenzin II (ACE). **Balení***: Balení 30, 90 potahovaných tablet přípravku Cosyrel 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg. **Uchování***: Žádné zvláštní podmínky uchování ani zacházení. **Držitel rozhodnutí o registraci**: LES LABORATOIRES SERVIER, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Registrací číslo: 58/563-666/15-C. **Datum poslední revize textu**: 21. 7. 2019. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách a jsou na lékařský předpis. Přípravky jsou čištěné hrazeny z veřejného zdravotního pojištění; viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-plu-hrazeny-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

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



PROGRAM – pátek 22. listopadu

9.00 ZAHÁJENÍ KONGRESU

9.00–11.00 GASTROENTEROLOGIE

garantka MUDr. Eva Mayerová

- **Idiopatické střevní záněty – up to date** – Koželuhová J.
- **Screening a dispenzarizace kolorektálního karcinomu – kde jsme a kam kráčíme?** – Balihar K.
- **Současný stav problematiky refluxní choroby jícnu** – Mayerová E.
- **Hemoroidální onemocnění a možnosti jeho léčby** – Šebor J.
- **Dva litry polyetylenglykolu s kyselinou askorbovou je dobře snášená a účinná očista střeva před endoskopickým vyšetřením** – Lukáš M.

11.00–11.20 PŘESTÁVKA

11.20–12.20 VYBRANÉ KAPITOLY Z KARDIOLOGIE

garantka prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.

- **Můžeme udělat více v léčbě arteriální hypertenze?** – Rosolová H.
- **Vaskulární věk** – Mlíková Seidlerová J.

12.20–13.20 OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA

13.20–14.40 DIABETOLOGIE

garant prof. MUDr. Zdeněk Rušavý, Ph.D.

- **Je možné dosáhnout remise diabetu dietou?** – Rušavý Z.
- **Diabetes mellitus 2. typu a gravidita** – Čechurová D.
- **Hypoglykemie nejen u diabetika** – Žourek M.
- **Léčba diabetu 2. typu v ordinaci PL – jak začít a kdy přestat** – Krčma M.

14.40–15.00 PŘESTÁVKA

15.00–16.25 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE

- **Psoriáza není jenom onemocnění kůže** – Horažďovský J.
(Přednáška sponzorovaná společností Novartis, s. r. o.)
- **Když duše hoří: neurozánět jako modulátor deprese** – Racková S.
- **Bolest zad u mladých dospělých z pohledu revmatologa** – Voříšek J.
(Přednáška sponzorovaná společností Novartis, s. r. o.)
- **📌 Dlouhotrvající, závažné až invalidizující nežádoucí účinky fluorochinolonů** – Vacková P.

16.25–16.40 PŘESTÁVKA

16.40–18.00 AKUTNÍ STAVY V URGENTNÍ MEDICÍNĚ

garantka MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.

- **Hypotermie a jak ji řešit** – Kubalová J.
- **📌 Péče o pacienta s popáleninovým traumatem** – Veselá K.
- **Závažné a nezávažné infekce a jak je rozeznat** – Šín R.
- **Kazuistiky zdánlivě banálních stavů** – Šeblová J.

PROGRAM – sobota 23. listopadu

- 8.45–9.45** **IP Atd... infekce?** – MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.
 ■ Diskuzní interaktivní přednáška
- 9.45–9.55** **A NĚCO ČOKOLÁDOVÉHO NAVÍC ANEB ZKUŠENOSTI Z AFRIKY** – MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.
- 10.00–10.30** **MANAGEMENT ANAFYLAKTICKÉ REAKCE** – MUDr. Bc. Michal Ptáček
- 10.30–11.00** **PŘESTÁVKA**
- 11.00–13.00** **MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE**
- **Nové poznatky o přínosu mastných kyselin EPA a DHA z rybích tuků pro děti a dospívající** – Suchánek P.
 - **Rizikové skupiny vs. rizikové infekce** – Blechová Z.
 - **IP Fabryho choroba součástí diferenciální diagnostiky v ordinaci praktického lékaře** – Dostálová G.
 - **Nejčastější primární a sekundární imunodeficiency** – Liška M.
 - **Vitamin D a pohybový aparát** – Novák J.
 - **Nové možnosti v managementu recidivujících infekcí močových cest** – Emmer J.
- 13.00–14.00** **SYNKOPY V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE**
- **... z pohledu kardiologa pro dospělé** – Šmíd J.
 - **... z pohledu dětského kardiologa** – Mrázek J., Kašák F.
 - **... z pohledu dětského neurologa** – Kuchař M.
- 14.00** **ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD**

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

TIRÁŽ

VI. KONGRES MEDICÍNY PRO PRAXI V PLZNI

22.–23. listopadu 2019 | Vienna House Easy Pilsen

Pořadatel

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

Záštita

II. interní klinika LF UK a FN Plzeň

Odborný garant akce

prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.

Organizátor

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

Ohodnocení

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



Supplementum F Medicína pro praxi

Citační zkratka:

Med. praxi 2019; 16(Suppl F).

Vydal: Solen, s. r. o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-286-9



LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

DVA RIZIKOVÉ FAKTORY – JEDNO ŘEŠENÍ



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



1× DENNĚ

Gastroenterologie

garantka MUDr. Eva Mayerová

pátek / 22. listopadu 2019 / 9.00–11.00 hod.

Idiopatické střevní záněty – up to date

MUDr. Jana Koželuhová, Ph.D.

Oddělení gastroenterologie a hepatologie, I. interní klinika, Fakultní nemocnice
a Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Plzni

Crohnova nemoc a ulcerózní kolitida jsou chronická střevní onemocnění vyplývající z neadekvátní imunitní reakce k antigenům běžné střevní, komensální mikroflóry u geneticky predisponovaných pacientů. Incidence a prevalence idiopatických střevních zánětů (ISZ) v posledních 10 letech stoupá, zejména v případě Crohnovy choroby. Každý pátý pacient s ISZ je dítě nebo adolescent. Přinášíme komplexní náhled na problematiku idiopatických střevních zánětů a přehled současných léčebných schémat, založených na medicínských důkazech u dospělých pacientů s idiopatickými střevními záněty. Velký počet kontrolovaných studií a analýz potvrzuje účinnost různých medikamentů v léčbě idiopatických střevních zánětů. Terapie mesalazinem je vyhrazena pro lehké, maximálně středně těžké formy UC, u Crohnovy nemoci mají velmi omezený význam, např. u CN postihující tlusté střevo. Kortikosteroidy a imunosupresiva jsou indikována u středně těžkého až těžkého idiopatického střevního zánětu. Kortikosteroidy jsou vyhrazeny k léčbě aktivní středně těžké až těžké Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy k rychlému navození remise, nejsou však terapií vhodnou k udržení klidového stadia ISZ. Imunosupresiva a biologická terapie jsou velmi potentním lékem v dlouhodobé léčbě k prodloužení remise UC a CN, kromě kalcineurinových inhibitorů, které mají své výhradní postavení v léčbě akutní těžké ulcerózní kolitidy. Biologická terapie je indikována jak v terapii akutního ISZ v navození remise, tak v rámci udržovací terapie. Vyléčení idiopatických střevních zánětů není dosud možné, ale pokrok stále vede ke zlepšování terapeutických přístupů a možností. Důležité je stanovit v úvodu správnou diagnózu a pacienta s idiopatickým střevním zánětem časně indikovat k optimální léčbě.

Screening a dispenzarizace kolorektálního karcinomu – kde jsme a kam kráčíme?

MUDr. Karel Balihar, Ph.D.

Oddělení gastroenterologie a hepatologie, I. interní klinika, Fakultní nemocnice
a Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Plzni

Kolorektální karcinom (KRK) je jedna z 5 nejčastějších malignit v Evropě. V České republice díky screeningu, dispenzární péči, osvětě a zlepšené lékařské péči došlo v posledních 10 letech ke snížení incidence o 17 % a mortality o 34 % dle dat z národního onkologického registru (2006–2016). Česká republika (ČR) se posunula z nechvalných čelních pozic zemí s nejvyšší incidencí KRK a zaujímá nyní 15. místo v Evropě, což je horší průměr (Globocan 2018).

Screening KRK má v ČR dlouholetou tradici a začal jako jeden z prvních zemí Evropy nabývat organizované národní podoby. V současnosti (11/2019) stále platí věstník Ministerstva zdravotnictví z roku 2009, ve kterém je ustanoveno doporučené schéma screeningu pro každého občana staršího 50 let. V brzké době očekáváme novou verzi Věstníku, kde se má schéma upravit o možnost volby screeningové koloskopie již od 50 let. Hlavní bolístkou efektivity screeningu KRK je procento cílové populace, která podstoupila screening KRK v některé z doporučených podob. V ČR je screening tradičně nabízen cestou praktických lékařů a gynekologů. V době akce adresného zvaní (hromadné rozesílání pozvánek na preventivní vyšetření pojišťovnami), kterou provázela i mediální kampaň v letech 2014–2015 mělo provedený screeningový test či koloskopii 32 % cílové populace, v současnosti je tomu u 29 %. Dle doporučení EU je akceptovatelných 45 % a ideálních 65 %. Reálná efektivita screeningu je

však velmi pravděpodobně vyšší díky fenoménu „šedého“ screeningu, tj provádění screeningových koloskopií i mimo akreditovaná centra, při jejich vykazování jako nescreeningové. 36 % asymptomatických osob, které podstoupí screeningovou koloskopii má odstraněný adenomový polyp a 3,2 % má diagnostikovaný kolorektální karcinom v časném, klinicky asymptomatickém stadiu. V roce 2016 vyšla národní doporučení pro dispenzární péči pro pacienty po provedené polypektomii, která pomohla sjednotit a zefektivnit následnou péči o tuto početnou skupinu pacientů. Další významnou aktivitou je snaha o kompletní přechod na kvantitativní imunochemické TOK s definovanou cut off hodnotou pro pozitivní nález a utlumit tak kvalitativní méně spolehlivé TOK.

Screeningový a dispenzární program KRK v ČR má své nesporné pozitivní výsledky, je zde však prostor ke zlepšení v řadě ohledů. Pevně věřím, že v následujících desetiletích budeme mít srovnatelně efektivní program jako nejlepší evropské země.

Současný stav problematiky refluxní choroby jícnu

MUDr. Eva Mayerová

II. interní klinika, Fakultní nemocnice a Lékařská fakulta UK v Plzni

Prevalence refluxní choroby jícnu (GERD) se v rozvinutých zemích stále zvyšuje. Z výsledků epidemiologických studií vyplývá odhad prevalence v západních zemích na 10–20 %, v Asii pod 5 %. Incidence v západních zemích je odhadována na 5/1 000 obyvatel.

Patogenetické mechanismy jsou komplexní multifaktoriální a nejsou dosud zcela přesně objasněny. Uplatňuje se agresivita refluxátu, anatomické poměry, funkční dysmotilitní faktory, narušení obranných mechanismů jícnu, vliv faktorů zevního prostředí.

Klinický obraz onemocnění je pestrý, ne vždy jsou přítomny klasické symptomy, u části pacientů jsou přítomny nespecifické obtíže bez jasné příčinné souvislosti s refluxní chorobou, vzácněji se může GERD manifestovat izolovaně mimojícnovými projevy.

Péči (diagnostiku i léčbu) o převážnou část pacientů zajišťují praktičtí lékaři. Ke gastroenterologovi jsou odesíláni pacienti s diagnostickými pochybnostmi, nemocní neodpovídající na adekvátní léčbu, nemocní s alarmujícími příznaky, osoby nad 45 let věku, u kterých se refluxní obtíže objevily jako nový příznak a pacienti starší 50 let, kteří mají letité obtíže a dosud nebyli vyšetřeni gastroenterologem.

V prezentaci budou podrobněji diskutovány diagnostické a léčebné modalities GERD, otázka refrakterní refluxní choroby jícnu, mimojícnové manifestace, diferenciální diagnostika a management komplikací GERD.

Hemoroidální onemocnění a možnosti jeho léčby

MUDr. Jindřich Šebor

Centrum jednodenní chirurgie a ortopedie, MN Privamed, a. s., Plzeň

Úvod: Autor seznamuje se základní anatomíí oblasti anorekta, příčinami vzniku hemoroidálního onemocnění, rozdělením onemocnění na stupně, historii léčby.

Vyšetření: Každý nemocný s análními potížemi, a to hlavně při krvácení, musí být vyšetřen endoskopicky. V první fázi jde o vyšetření anoskopické, ale i v případě nálezu hemoroidů při krvácení je nutné doplnit vyšetření kolonoskopické. Po anoskopii pak může ošetřující lékař (gastroenterolog, chirurg) navrhnout léčbu.

Léčba: Jako první je nutná úprava stravovacích návyků, složení stravy ve prospěch vlákniny. Následuje lokální léčba neinvazivní ve smyslu různých čípků, mastí, sedacích koupelí. Tato léčba však nepostihuje příčinu vzniku hemoroidálního onemocnění, pouze zklidní subjektivní příznaky. Následuje léčba invazivní – sklerotizace, kryoterapie, termokoagulace apod. Většinou však i tato léčba není konečná a je indikováno chirurgické ošetření.

Radikální chirurgická léčba pak řeší hemoroidální onemocnění nejlépe. Jde o výkony jednoduché (Barronova ligace) a výkony, které řeší onemocnění definitivně. V minulosti byly operace – hemo-

detralex®

180
tablet

MPFF® – mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce

ČÍSLO 1
v mezinárodních doporučeních
pro léčbu CVD 2018¹



**Chronické žilní
onemocnění**
2 tbl denně

**Hemoroidální
onemocnění**
až 6 tbl denně

CVD=Chronic Venous Disease

Zkrácená informace o přípravku Detralex® SLOŽENÍ*: Flavonoidum fratio purificata micronisata 500 mg (mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce - MPFF); Diosminum 450 mg, Flavonoida 50 mg vyjádřené jako Hesperidinum v jedné potahované tabletě. **INDIKACE***: Léčba příznaků a projevů chronické žilní insuficience dolních končetin, funkčních nebo organických: pocit tíhy, bolest, noční křeče, edém, trofické změny, včetně bércevého vředu. Léčba akutní ataky hemoroidálního onemocnění, základní léčba subjektivních příznaků a funkčních objektivních projevů hemoroidálního onemocnění. Přípravek je indikován k léčbě dospělých. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ***: Venolymfatická insuficience: 2 tablety denně. Hemoroidální onemocnění: Akutní ataka: 6 tablet denně během 4 dní, poté 4 tablety denně další 3 dny. Udržovací dávka: 2 tablety denně. **KONTRAINDIKACE***: Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ***: Podávání přípravku Detralex v symptomatické léčbě akutních hemoroidů nevyklučuje léčbu dalších onemocnění konečnicku. Pokud symptomy brzy neodezní, je nutné provést proktologické vyšetření a léčba by měla být přehodnocena. **INTERAKCE***. **FERTILITA***. **TĚHOTENSTVÍ/KOJENÍ***: Údaje o podávání těhotným ženám jsou omezené nebo nejsou k dispozici. Podávání v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje**. Není známo, zda se léčivá látka/metabolity vylučují do lidského mateřského mléka. Riziko pro kojené novorozence /děti nelze vyloučit**. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘIDIT A OBSLUHOVAT STROJE***: Žádný vliv. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY***: Časté: průjem, dyspepsie, nauzea, vomitus. Vzácné: závratě, bolesti hlavy, pocit neklidu, vyrážka, svědění, kopřivka. Méně časté: kolitida. Frekvence neznámá: abdominální bolest, ojedinělý otok obličeje, rtů, víček, výjimečně Quinckeho edém. **PŘEDÁVKOVÁNÍ***. **FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI***: Venotonikum (venofarmakum) a vazoprotektivum. Detralex působí na zpětný návrat krve ve vaskulárním systému: snižuje venózní distenzibilitu a redukuje venostázu, na úrovni mikrocirkulace normalizuje kapilární permeabilitu a zvyšuje kapilární rezistenci; zvyšuje lymfatický průtok. **UCHOVÁVÁNÍ***: Při teplotě do 30°C. **VELIKOST BALENÍ***: 30, 60, 120 a 180 potahovaných tablet. **Datum revize textu**: 2. 1. 2019. Přípravek je k dispozici v lékárnách na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. **Registrační číslo**: 85/392/91-C. Držitel rozhodnutí o registraci: **LES LABORATOIRES SERVIER** 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Další informace na adrese: **Servier s.r.o.**, Florentinum, Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel.: 222 118 111, www.servier.cz

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

** Všímněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku Detralex

1. Nicolaides AN. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines according to scientific evidence. Int Angiol 2018 June; 37(3):181-254.



roidektomie dle Whitehaeda, Milligana aj., nyní je v popředí tzv. anální mukosektomie dle Longa, metoda THD na podkladě dopplerometrické lokalizace hemoroidálních arterií.

Autor se zaměřuje vzhledem k jeho dlouholetým zkušenostem z gastroenterologické chirurgie hlavně na léčbu hemoroidů dle Longa.

Závěr: Přístup k nemocným s hemoroidálním onemocněním je zcela individuální. V počátečním stadiu je vždy navrhována neinvazivní léčba společně s úpravou životních návyků, dle stavu a nálezu je pak indikována léčba invazivní, chirurgická.

Vybrané kapitoly z kardiologie

garantka prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.
pátek / 22. listopadu 2019 / 11.20–12.20 hod.

Můžeme udělat více v léčbě arteriální hypertenze?

prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.

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

Léčba arteriální hypertenze (AH) je stále neuspokojivá v primární i sekundární prevenci kardiovaskulárních onemocnění. V posledních evropských doporučených postupech z r. 2018 je opět tendence k dosahování nižších hodnot krevního tlaku (TK); nejen pod 140/90 mmHg, ale podle individuální tolerance i k hodnotám 130/80–85 mmHg. Více než 70 % hypertoniců potřebuje k dosažení cílového TK alespoň dvě antihypertenzní látky. Podle současných doporučení je kombinovaná léčba vhodná od začátku u všech pacientů s AH, tedy i u pacientů s mírnou AH. V evropské populaci se má dávat přednost kombinaci inhibitorů RAS s blokátory Ca kanálů (trandolapril + verapamil, perindopril + amlodipin, telmisartan + amlodipin aj.), o jejíž prospěšnosti existuje řada studií. Bylo zjištěno, že inhibitory ACE a blokátory Ca kanálů si navzájem potencují svůj vazodilatační účinek (stimulují produkci NO v endotelu arterií), který se projevuje snížením periferního i centrálního TK. Fibrinolytické a antiproliferativní účinky inhibitorů ACE se výborně kombinují s antisklerotickými, antiagregačními a také antianginózními účinky blokátorů Ca kanálů. Jejich vzájemná kombinace redukuje výskyt vedlejších účinků těchto léků.

Diuretika jsou nezastupitelnou součástí kombinované léčby arteriální hypertenze. Mají být vždy třetím lékem do kombinace antihypertenziv. Přednost se má dávat diuretikům ze skupiny **thiazidům podobných diuretik**, kam se řadí chlorthalidon (u nás dostupný v kombinaci s K šetřícím amiloridem jako Amicloton) a indapamid (Indap), které mají delší dobu účinku ve srovnání s hydrochlorothiazidem. Indapamid je navíc neutrální k metabolismu glukózy a lipidů a má největší vazodilatační účinek ze všech diuretik. Kombinace indapamidu s inhibitorem ACE zamezuje vzniku hypokalémie, ke které může docházet při monoterapii indapamidem. Tato kombinace je velmi kardio-, nefro- a vazo-protektivní, jak prokázala řada studií (kombinace perindopril a indapamid).

V současné době máme k dispozici první fixní trojkombinaci perindoprilu, indapamidu a blokátoru kalciového kanálu amlodipinu – Triplixam. Tato trojkombinace je velmi účinná a dobře tolerovaná. Fixní kombinace více antihypertenziv je účinnější, přináší lepší adherenci i dlouhodobou perzistenci k léčbě a má méně nežádoucích účinků. Lze předpokládat, že tato trojkombinace antihypertenziv by mohla významně zlepšit kontrolu AH a snížit kardiovaskulární i celkovou mortalitu. Je však třeba více tuto trojkombinaci v léčbě AH využívat!

Vaskulární věk

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

II. interní klinika, Fakultní nemocnice Plzeň a Univerzita Karlova Lékařská fakulta v Plzni

Kardiovaskulární onemocnění jsou zodpovědná za zhruba 45 % úmrtí v České republice. Přestože se velmi zlepšila léčba manifestních onemocnění, hlavně v jejich akutních stádiích, je stále velká rezerva v sekundární a především primární prevenci.

síla | prověřenost | flexibilita

TRIPLIXAM®

perindopril arginin | indapamid | amlodipin



až o
730
tablet za rok
méně



ZJEDNODUŠTE LÉČBU HYPERTENZE

Zkrácená informace o přípravku TRIPLIXAM® • **SLOŽENÍ:** Triplixam 5 mg/1,25 mg/5 mg obsahuje 5 mg perindoprilu argininu/1,25 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg obsahuje 10 mg perindoprilu argininu/2,5 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; **INDIKACE:** Substituční terapie pro léčbu esenciální hypertenze u pacientů, kteří již dobře odpovídají na léčbu kombinací perindoprilu/indapamidu a amlodipinu, podávanými současně v téže dávce. **DAVKOVÁNÍ A PŘÍJEM:** Jedna tableta denně, nejlépe ráno a před jídlem. Fxni kombinace není vhodná pro iniciační léčbu. Je-li nutná změna dávkování, dávka jednotlivých složek by měla být titrována samostatně. **Pediatrická populace:** přípravek by se neměl podávat. **KONTRAINDIKACE:** Dialyzační pacienti. Pacienti s neléčebným dekompenzovaným srdečním selháním. Závažná porucha funkce ledvin (Clcr < 30 ml/min). Středně závažná porucha funkce ledvin (Clcr 30-60 ml/min) pro Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg a 10 mg/2,5 mg/10 mg. Hypersenzitivita na léčivé látky, jiné sulfonamidy, deriváty dihydropyridinu, jakýkoliv jiný inhibitor ACE nebo na kteroukoliv pomocnou látku. Anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edému) souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE (viz bod Upozornění). Dědičný/diadiopatický angioedém. Druhý a třetí trimestr těhotenství (viz body Upozornění a Těhotenství a kojení). Kojení (viz bod Těhotenství a kojení). Hepatální encefalopatie. Závažná porucha funkce jater. Hypokalemie. Závažná hypertenze. Sok, včetně kardiogenního šoku. Obstrukce výtokového traktu levé komory (např. vysoký stupeň stenózy aorty). Hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu. Současné užívání přípravku Triplixam s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m²) (viz bod Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem (viz body Upozornění a Interakce). Mimosložině léčba vedoucí ke kontaktu krve se zpopněnými povrchy (viz Interakce). Signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné funkční ledviny (viz Upozornění). **Upozornění:** **Zvláštní upozornění:** **Dualní blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS):** zvýšené riziko hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Dualní blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátory receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se nedoporučuje. Pokud je léčba dualní blokádu považována za naprosto nezbytnou, má k ní docházet pouze pod dohledem specializovaného lékaře a za častého pečlivého sledování funkce ledvin, elektrolytů a krevního tlaku. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Neutropenie/agranulocytóza/thrombocytopenie/anemie:** postupujte opatrně v případě kolagenového vaskulárního onemocnění, imunosupresivní léčby, léčby allopurinolem nebo prokainamidem, nebo kombinace těchto komplikujících faktorů, zvláště při existující poruše funkce ledvin. Monitorování počtu leukocytů. **Renovaskulární hypertenze:** pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné funkční ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypertenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. **Hypersenzitivita/angioedém, intestální angioedém:** přerušete léčbu a sledujte pacienta až do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Souběžné užívání inhibitorů mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) mohou mít zvýšené riziko výskytu angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka s poruchou dýchání nebo bez ní). Současné užívání perindoprilu se sakubitrilem/valsartanem je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Podávání sakubitrilu/valsartanu nesmí být zahájeno do 36 hodin po užití poslední dávky perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčba perindoprilem nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání jiných inhibitorů NEP (např. rasekadotrilu) a inhibitorů ACE může také zvýšit riziko angioedému. Před zahájením léčby inhibitory NEP (např. rasekadotrilu) u pacientů užívajících perindopril je proto nutné pečlivě zhodnotit přínos a rizika. **Analytická reakce během desenzibilizace:** postupujte opatrně u alergických pacientů léčených desenzibilizací a nepoužívejte v případě imunoterapie jedním blankových. Alespoň 24 hodin před desenzibilizací dočasně vsadte inhibitor ACE. **Analytická reakce během LDL-sterý:** před každou afezou dočasně vsadte inhibitor ACE. **Hemodialyzační pacienti:** zvažte použití jiného typu dialyzační membrány nebo jiné skupiny antihypertenziv. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzivní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. **Těhotenství:** nezhahovat užívání během těhotenství, v případě potřeby zastavte užívání a zahajte vhodnou alternativní léčbu. **Hepatální encefalopatie:** ukončit léčbu. **Hepatální encefalopatie:** ukončit léčbu. **Opatření pro použití:** **Renální funkce:** U některých hyperteniků s existujícími zjevnými renálními lézemi, u nichž renální krevní testy ukazují funkční renální insuficienci, by měla být léčba ukončena a je možno ji znovu zahájit v nízké dávce nebo pouze s jednou složkou. Monitorujte draslík a kreatinin, a to po dvou týdnech léčby a dále každé dva měsíce během období stabilní léčby. V případě bilaterální stenózy renální arterie nebo jedné funkční ledviny: nedoporučuje se. Riziko arteriální insuficience a/nebo renální insuficience (v případech srdeční insuficience, deplece vody a elektrolytů, u pacientů s nízkým krevním tlakem, stenózou renální arterie, městnavým srdečním selháním nebo cirhózou s edémy a ascitem): zahajte léčbu dávkami nižší dávkou a postupně je zvyšujte. **Hypotenze a deplece vody a sodíku:** riziko náhle hypotenze v přítomnosti preexistující deplece sodíku (zejména, je-li přítomna stenóza renální arterie); sledujte hladinu elektrolytů v plazmě, obnovte objem krve a krevní tlak, znovu zahajte léčbu nižší dávkou nebo pouze jednou složkou přípravku. **Hladina sodíku:** kontrolujte častěji u starších a cirhotických pacientů. Jakákoliv diuretika může vyvolat hyponatremii, někdy s velice závažnými následky. Hyponatremie s hypovolemii mohou způsobit dehydrataci a ortostatickou hypotenzi. Současné ztráta chloridových iontů může vést k sekundární kompenzaci metabolické alkalózy; vyskytá a stupeň tohoto jevu je malý. **Hladina draslíku:** hyperkalemie: kontrolovat plazmatickou hladinu draslíku v případě renální insuficience, zhoršení renální funkce, vysokého věku (> 70 let), diabetes mellitus, průduškové komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současné užívání kalium-šetřících diuretik, doplňků draslíku nebo doplňků soli obsahující draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v séru. Hyperkalemie: vysoké riziko u starších a/nebo polydruživých osob, cirhotických pacientů s edémem a ascitem, koronárních pacientů, u pacientů se selháním ledvin nebo srdečním selháním, dlouhým intervalem QT; sledovat plazmatickou hladinu draslíku. Může napomoci rozvoj torsades de pointes, které mohou být fatální. **Hladina vápníku:** hyperkalemie: před vyšetřením funkce příštítných tělísek ukončete léčbu. **Renovaskulární hypertenze:** v případě stenózy renální arterie: zahajte léčbu v nemocnici v nízké dávce; sledujte funkci ledvin a hladinu draslíku. **Sušitý kašel:** **Aleroskleróza:** u pacientů s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulární ischemií zahajte léčbu nízkou dávkou. **Hypertenze krve:** **Střední selhání/těžká srdeční insuficience:** v případě srdečního selhání postupujte opatrně. **Těžká srdeční nedostatečnost (stupeň IV):** zahajte léčbu nižšími iniciačními dávkami pod lékařským dohledem. **Stenóza aortální nebo mitrální chlopně/hypertrofická kardiomyopatie:** v případě obstrukce průtoku krve levou komorou postupujte opatrně. **Diabetes:** v případě inzulin-dependenčního diabetes mellitus zahajte léčbu iniciační nižší dávkou pod lékařským dohledem; během prvního měsíce a/nebo v případě hypokalemie sledujte hladinu glukózy v krvi. **Ceňoza:** vyšší incidence angioedému a zjevně menší účinnost při snižování krevního tlaku ve srovnání s jinými rasami. **Operace/anestezie:** přerušete léčbu jeden den před operací. **Porucha funkce jater:** mírná až středně závažná: postupujte opatrně. Podání inhibitorů ACE mělo vzácně souvislost se syndromem počínající cholestatickou žloutenkou a progresující až v očního hepatickou nekrózu a (někdy) úmrtí. V případě těžké poruchy nebo výrazné zvýšení jaterních enzymů ukončete léčbu. **Kyselina močová:** hyperurikemie; zvýšená tendence k záchtavým útv. **Starší pacienti:** před zahájením léčby vyšetřte renální funkci a hladinu draslíku. Dávku zvyšovat opatrně. **Hladina sodíku:** Triplixam obsahuje méně než 1 mmol sodíku (23 mg) v tablete, to znamená, že je v podstatě „bez sodíku“. **INTERAKCE:** **Kontraindikováno:** Aliskiren u diabetických pacientů nebo pacientů s poruchou funkce ledvin. Mimosložině léčba. Sakubitril/valsartan. **Nedoporučuje se:** lithium, aliskiren u jiných pacientů než diabetických nebo pacientů s poruchou funkce ledvin, souběžná léčba inhibitory ACE a blokátorem receptorů pro angiotenzin, estramustin, kalium-šetřící léky (např. triamteren, amilorid...), soli draslíku, kotrimoxazol (trimethoprim-sulfamethoxazol), dantrolen (nifedipin), grafiprifen nebo grapefruitové šťávy. **Výzradující zvláštní upozornění:** bakofen, nesteroidní antiinfestetika (včetně kyseliny acetylsalicylové ve vysokých dávkách), antiidiabetika (inzulín, perorální antiidiabetika), kalium-šetřící diuretika a kalium-šetřící diuretika (epplerenon, spironolakton), rasekadotril argininu, mifepreston, sirolimus, everolimus, temsirolimus) léky vyvolávající „Torsades de pointes“, amifostin B (iv. podání), glukokortikoidy a mineralkortikoidy (systémové podání), tetrakosaktid, stimulant látkavá, srdeční glykosidy, aluprinol (současné užívání s indapamidem může zvýšit výskyt reakcí hypersenzitivní na aluprinol), induktoři CYP3A4, inhibitory CYP3A4 klaritromycin (existuje zvýšené riziko hypotenze). **Výzradující určitou opatnost:** antidepresiva imipraminového typu (tricyklická), neuroleptika, jiná antihypertenziva a vazodilancia, tetrakosaktid, aluprinol (současné podávání s inhibitory ACE), cytostatika nebo imunosupresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid, anesthetika, diuretika (thiazidy nebo kličková diuretika), gipitiny (linalopit, savaglipit, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, žato, metformin, jodované kontrastní látky, vápník (soli), cyklosporin, atorvastatin, digoxin nebo warfarin, takrolimus, působení inhibitorů rapamycinu (mTOR), cyklosporin, simvastatin, TEHOTENSTVÍ A KOJENÍ: Kontraindikováno během druhého a třetího trimestru těhotenství a při kojení. Nedoporučuje se během prvního trimestru těhotenství. **FERTILITA:** Běžné riziko biochemické změny na hlavové části spermatozoí u některých pacientů léčených blokátory kalciového kanálu. **SCHOPNOST RIDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Může být narušena v důsledku nízkého krevního tlaku, který se může vyskytnout u některých pacientů, zejména na začátku léčby. **NEŽADOUČÍ ÚČINKY:** **Velmi časté:** otoky. **Časté:** závratě, bolest hlavy, parestezie, vertigo, somnolence, dyspnoe, zhoršení zraku, tinitus, papitace, zrudnutí, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), kašel, dušnost, bolest břicha, zácpa, průjem, dyspepsie, nauzea, zvracení, změny ve vylučování sířeva, pruritus, vyrážka, makulopapulární vyrážka, svalové křeče, otok kotníku, astenie, únava. **Méně časté:** mrtvice, ezofagitida, hypoglykemie, hyperkalemie vrátanó po přerušení léčby, hyponatremie, insomnie, zvracení nálad (včetně úzkosti), deprese, poruchy spánku, hyposteazie, třes, synkopa, diplopie, tachykardie, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní), vaskulitida, bronchospazmus, sucho v ústech, kopřivka, angioedém, alopecie, purpura, zimnice, závratě, hyperhidróza, exantém, fotosenzitivní reakce, periferní neuropatie, artralgie, myalgie, bolest v zádech, poruchy močení, noční močení, poklisknutí, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynekomastie, bolest, bolest na hrudi, nevolnost, periferní edém, horečka, zvýšená tělesná hmotnost, snížená tělesná hmotnost, zvýšení sérové hladiny urey, zvýšení sérové hladiny kreatininu, pád. **Vzácné:** stav zmatčnosti, zvýšení sérové hladiny bilanubinu, zvýšení hladiny jaterních enzymů, zhoršení psoriázy. **Velmi vzácné:** agranulocytóza, aplastická anemie, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, hemolytická anemie, trombocytopenie, hyperglykemie, hyperkalemie, hypertonie, periferní neuropatie, cévní mozková příhoda, možná sekundární k nadměrné hypotenzii u vysokých rizikových pacientů, angina pectoris, infarkt myokardu, možná sekundární k nadměrné hypotenzii u vysokých rizikových pacientů; ezofagitida, pneumonie, gingivální hyperplazie, pankreatitida, gastritida, hepatitida, žloutenka, abnormální hepatální funkce, erythema multiforme, Stevens-Johnsonův syndrom, exfoliativní dermatitida, toxická epidermální nekrolýza, Quinckeho edém, akutní renální selhání, snížení hemoglobinu a hematokritu. **Není známo:** Deplece draslíku s hypokalemii, u určitých rizikových populací zvláště závažná, extrapyramidové poruchy (extrapyramidový syndrom), myopie, rozmazané vidění, torsades de pointes (potenciálně fatální), možný rozvoj hepatální encefalopatie v případě jaterní insuficience, možnost zhoršení stávajícího systémového lupus erythematosus, EKG: prodloužení intervalu QT, zvýšená hladina glukózy v krvi, zvýšená hladina kyseliny močové v krvi, Raynaudův fenomén. U jiných inhibitorů ACE byly hlášeny případy SIADH (syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu). SIADH lze považovat za velmi vzácnou, ale možnou komplikaci spojenou s léčbou inhibitory ACE, včetně perindoprilu. **PŘEDVÁSTNOSTI:** Perindopril je inhibitor angiotenzin-konvertujícího enzymu (inhibitor ACE), který konvertuje angiotenzin I na angiotenzin II. Indapamid je derivát sulfonamidu s indolovým křehem, farmakologicky příbuzný thiazidovým diuretikům. Amlodipin je inhibitory transportu kalciových iontů (blokátory pomalých kalciových iontů), který inhibuje transmembránový transport kalciových iontů do středních buněk a buněk hladké svalstva cévních stěn. **BALNVI:** 30 a 90 tablet. Uchovávaní: nevzhaduje žádné zvláštní podmínky uchovávaní. Data použitelnosti: 3 roky. Doba použitelnosti po prvním otevření je 30 dní. Držitel rozhodnutí o registraci: Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, France. Registráční číslo: 58/100/14-C, 58/101/14-C, 58/102/14-C, 58/103/14-C. Datum poslední revize textu: 21. 7. 2019. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravek je k dispozici v lékárnách. Přípravek je na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.suk.cz/suk/seznam-leciv-a-gzu-hrazenych-ze-zdrav-poisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz *pro úplnou informaci si prosím přečtete celý Souhrn údajů o přípravku ** vsměněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku Triplixam*



Arterie mají dvě základní funkce: 1) vedení krve, tedy dodávku krve periferním tkáním – tuto funkci ovlivňuje negativně ateroskleróza; 2) nárazníková funkce, tedy snížení tlakových oscilací vyvolaných kontrakcí levé komory a přeměna přerušovaného proudu krve na plynulý – tuto funkci ovlivňují negativně především změny v arteriální medii, vedoucí ke zvýšené rigiditě tepen. Existuje řada možností, jak stanovit stav arteriálního řečiště (měření kalciového skóre, rychlost aortální pulzní vlny, poměr kotníko-pažního tlaku, albuminurie, sonografické vyšetření jednotlivých tepen), nicméně každá z těchto metod se týká pouze určité anatomické oblasti a odráží pouze určitý typ poškození, proto se hodí spíše pro podrobnější stanovení rizika a diagnostiku postižení. V běžné praxi můžeme využít dobře známý systém SCORE.

V současné době máme důkazy o tom, že řada antihypertenziv příznivě ovlivňuje cévní vlastnosti a je následně spojena s nižší morbiditou i mortalitou. Podobně užívání statinů je spojeno nejen se snížením LDL cholesterolu, ale navíc je spojeno s pozitivním pleiotropním působením, zahrnujícím protizánětlivý účinek, stabilizaci aterosklerotického plátu atd. Protože tepenné vlastnosti jsou ovlivněné řadou patofyziologických procesů, měla by i snaha o jejich zlepšení být komplexní a postihovat několik mechanismů naráz.

Diabetologie

garant prof. MUDr. Zdeněk Rušavý, Ph.D.

pátek / 22. listopadu 2019 / 13.20–14.40 hod.

Je možné dosáhnout remise diabetu dietou?

prof. MUDr. Zdeněk Rušavý, Ph.D.

Diabetologické centrum I. interní kliniky FN a LF UK v Plzni

Diabetes mellitus 2. typu je charakterizován progresivním snižováním inzulinové sekrece a rozvojem inzulinové rezistence. Hyperglykemie poškozuje beta buňky, urychluje aterosklerózu a vede k rozvoji mikrovaskulárních komplikací.

Existuje možnost dosažení remise diabetu pomocí tekuté diety s velice nízkou energetickou hodnotou (600–800 kcal/den). V průběhu několika dnů po zahájení léčby dietou dochází v experimentu k normalizaci glykemie na lačno (snížení jaterní inzulinové rezistence), k obnovení první fáze inzulinové sekrece a rychlé regresi jaterní steatózy. Po praktickém ověření účinku léčby diabetu extrémně nízkokalorickou dietou v randomizované studii bylo v Anglii zjištěno, že dieta vede k rychlému snížení hmotnosti (snížení inzulinové rezistence), k odstranění gluko-lipotoxicity (toxický vliv na beta-buňky) a k dosažení remise diabetu v průběhu jednoho roku u téměř poloviny osob. Proto je v Anglii v posledním roce doporučováno praktickým lékařům při prvozáchytu diabetu 2. typu doporučit tuto léčbu.

Závěr: V přednášce je prezentován význam ochrany vlastní reziduální sekrece inzulinu u osob s diabetem 2. typu extrémně redukční dietou, která vede ke zlepšení glykemické kontroly a u poloviny osob dokonce k remisi diabetu v průběhu jednoho roku.

Diabetes mellitus 2. typu a gravidita

MUDr. Daniela Čechurová

Diabetologické centrum I. interní kliniky FN a LF UK Plzeň

Diabetes mellitus (DM) v souvislosti s těhotenstvím rozdělujeme na pregestační – diagnostikovaný před graviditou (DM 1. typu, 2. typu, MODY, event. jiné typy diabetu) a gestační diabetes mellitus (GDM) – prvně diagnostikovaný až v graviditě.

Přes veškeré pokroky v medicíně těhotenství žen s pregestačním DM je stále spojené s několika násobně vyšším rizikem perinatální morbidity i mortality. U dobře spolupracujících pacientky s DM 2. typu lehčím způsobem dosáhneme výborné kompenzace diabetu (menší kolísání glykemie,

EUVASCOR[®]

atorvastatin / perindopril arginin



POLOVIČNÍ
OCHRANA
NESTAČÍ

TLAK A CHOLESTEROL POD KONTROLOU V JEDNÉ KAPSLI



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

Složení: EUVASCOR 10 mg/5 mg, 20 mg/5 mg, 40 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, 20 mg/10 mg, 40 mg/10 mg tvrdé tobolky obsahují 10 mg atorvastatinu (ator)/5 mg perindoprilu arginine (per), 20 mg ator/5 mg per, 40 mg ator/5 mg per, 10 mg ator/10 mg per, 20 mg ator/10 mg per, 40 mg ator/10 mg per. Obsahuje sacharózu jako pomocnou látku. **Indikace:** Euvascor je indikován v rámci léčby ke snížení kardiovaskulárního rizika jako substituční terapie u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných atorvastatinem a perindoprilem podávanými současně ve stejné dávce, ale jako samostatné přípravky. **Dávkování a způsob podání:** Obvyklá dávka je jedna tobolka denně ráno před jídlem. Euvascor není vhodný pro iniciální léčbu. Je-li nutná změna dávkování, titrace se má provádět s jednotlivými složkami. Během léčby přípravkem Euvascor má pacient pokračovat v běžné dietě snižující hladinu cholesterolu. **Souběžná terapie:** U pacientů, kteří současně užívají tipranavir, ritonavir, telaprevir nebo cyklosporin, nemá dávka atorvastatinu překročit 10 mg/den. U pacientů, kteří současně užívají boceprevir, elbasvir nebo grazoprevir, nemá dávka atorvastatinu překročit 10/20 mg/den. **Starší pacienti a pacienti s poruchou funkce ledvin:** Lze podávat pacientům s clearance kreatininu ≥ 60 ml/min, není vhodný pro pacienty s clearance kreatininu < 60 ml/min, u těchto pacientů se doporučuje individuální titrace dávky s jednotlivými složkami. **Pacienti s poruchou funkce jater:** Přípravek má být podáván s opatrností a je kontraindikován u pacientů s jaterním onemocněním v aktivním stavu. **Pediatriká populace:** Použití u dětí a dospívajících do 18 let se nedoporučuje. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky, nebo na jiné ACE inhibitory nebo statiny, nebo na kteroukoli pomocnou látku, onemocnění jater v aktivním stavu nebo neobjasněné přetrvávající zvýšení sérových aminotransferáz převyšující 3násobek horní hranice normálních hodnot, během těhotenství, kojení a u žen ve fertilním věku, které nepoužívají vhodné antikoncepční prostředky (viz bod Těhotenství a kojení^{**}), anamnéza angioedému souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE, hereditární nebo idiopatické angioneurotické edém, současně užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) (viz bod Interakce^{**}), současně užívání se sakubitrilem/valsartanem (viz bod Zvláštní upozornění^{**} a Interakce^{**}), mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz bod Interakce^{**}), signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné fungující ledviny (viz bod Zvláštní upozornění^{**}). **Upozornění:** **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Vliv na játra: Vzhledem k obsahu atorvastatinu v přípravku Euvascor mají být pravidelně prováděny jaterní funkční testy. Pacientům, u kterých se zjistí jakékoliv známky nebo příznaky jaterního poškození, mají být provedeny jaterní testy. Pacienti, u kterých se objeví zvýšení aminotransferáz, musí být sledováni až do doby, než se hodnoty opět znormální. Pokud přetrvávají více než trojnásobně zvýšené hodnoty aminotransferáz nad horní hranici normálních hodnot, doporučuje se snížit dávku atorvastatinu pomocí jednotlivých složek nebo léčbu atorvastatinem ukončit. Pacientům, kteří konzumují velké množství alkoholu a/nebo mají v anamnéze jaterní onemocnění, je nutné podávat přípravek Euvascor s opatrností. **Vliv na kosterní svalstvo:** Jsou-li hladiny CK výrazně zvýšené ($> 5 \times$ ULN) oproti normálním hodnotám, léčba nemá být zahájena. Léčba má být přerušena, objeví-li se významné zvýšení hladin CK ($> 10 \times$ ULN), nebo je-li diagnostikována, případně předpokládána rhabdomyolýza. **Souběžná léčba s jinými léčivými přípravky:** Riziko rhabdomyolýzy je zvýšené při současném podávání přípravku Euvascor s určitými léky, které mohou zvyšovat plazmatickou koncentraci atorvastatinu, např. se silnými inhibitory CYP3A4 nebo transportních proteinů (např. cyklosporin, ketokonazol, ritonavir, atd.). Riziko myopatie může být rovněž zvýšeno současným užíváním gemfibrozilu a dalších derivátů kyseliny fibrové, erythromycinu, niacinu a ezetimibu, antivirových látek proti hepatitidě C. Přípravek Euvascor se nesmí podávat současně se systémovou léčbou kyselinou fusidovou nebo během 7 dnů po ukončení léčby kyselinou fusidovou vzhledem k obsahu atorvastatinu. U pacientů, u kterých je systémové podání kyseliny fusidové považováno za nezbytné, se musí po dobu léčby kyselinou fusidovou přerušit léčba statinem. Během léčby nebo po léčbě některými statiny byly velmi vzácně hlášeny případy imunitně zprostředkované nekrotizující myopatie (IMNM). **Intersticiální plicní onemocnění:** Při podezření na vznik intersticiálního plicního onemocnění u pacienta musí být terapie přípravkem Euvascor přerušena. **Diabetes mellitus:** U diabetiků léčených perorálními antidiabetiky nebo inzulinem má být v průběhu prvních měsíců léčby pečlivě sledována glykemie. **Hypotenze:** monitorování tlaku krve, renálních funkcí, a draslíku je nutné u pacientů s vysokým rizikem symptomatické hypotenze (volumová deplece nebo závažná renin dependentní hypertenze) nebo se symptomatickým srdečním selháním (se současnou renální insuficiencí nebo bez ní) nebo s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárními chorobami. Přechodná hypotenze odpověď není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou být obvykle užity bez obtíží, jakmile po doplnění objemu stoupne krevní tlak. **Stenóza aortální a mitrální chlopně:** Přípravek se má podávat s opatrností. **Transplantace ledvin:** Nejsou zkušenosti s podáváním přípravku pacientům po nedávno prodělané transplantaci ledvin. **Renovaskulární hypertenze:** Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné fungující ledviny léčení inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. **Porucha funkce ledvin:** Monitorování hladiny kreatininu a draslíku, individuální titrace dávky s jednotlivými složkami u pacientů s clearance kreatininu < 60 ml/min, u pacientů se stenózou renální arterie bylo pozorováno zvýšení sérových koncentrací urey a kreatininu, u renovaskulární hypertenze je riziko závažné hypotenze a renální insuficience zvýšené. **U pacientů na hemodialýze:** U pacientů dialyzovaných pomocí vysoce propustných membrán byly zaznamenány anafylaktoidní reakce, má být zváženo použití jiných membrán. **Hypersenzitivita/angioedém:** Okamžitě vysazení léčby a zahájení monitorování do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Současně užívání perindoprilu se sakubitrilem/valsartanem je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Podávání sakubitrilu/valsartanu nesmí být zahájeno do 36 hodin po užití poslední dávky perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčba perindoprilem nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání jiných inhibitorů NEP (např. racekadotrilu) a inhibitorů ACE může také zvýšit riziko angioedému. Souběžné užívání s inhibitory mTOR: Zvýšené riziko angioedému. **Anafylaktoidní reakce během aferézy nízkodenzitních lipoproteinů (LDL):** Vzácný výskyt život ohrožujících anafylaktoidních reakcí, kterým lze předjet dočasným vysazením léčby před každou aferézou. **Anafylaktoidní reakce během deszenzibilizace:** Byly zaznamenány během deszenzibilizační léčby (např. jedem blanokřídých), reakcí je možné se vyhnout dočasným vysazením léčby, nicméně se znovu objevily po neúmyslné expozici. Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anemie: Přípravek Euvascor má být používán s extrémní opatrností u pacientů se systémovým onemocněním pojiva (collagen vascular disease), u pacientů užívajících imunosupresivní léčbu, léčbu alupurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů a pacienti mají být poučeni, aby hlásili jakékoli známky infekce (např. bolest v krku, horečku). **Rasa:** Perindopril může být méně účinný na snížení krevního tlaku a může vést k vyššímu výskytu angioedému u černoských pacientů ve srovnání s jinými rasami. **Kašel:** neproduktivní, ustupuje po ukončení léčby. **Operace/anestezie:** Léčba by měla být přerušena jeden den před výkonem. **Hyperkalemie:** Pravidelné monitorování sérových koncentrací draslíku u renální insuficience, zhoršené renální funkce, věku (> 70 let), diabetes mellitus, dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidozy a u současného užívání diuretik šetřících draslík a draslíkových doplňků nebo náhrad solí s obsahem draslíku, nebo u pacientů užívajících jiné léčivé přípravky, které mohou způsobovat vzestup sérových koncentrací draslíku (např. heparin, kotrimoxazol). **Kombinace s lithiem:** Nedoporučuje se. **Duální blokáda systému renin-angiotensin-aldosteron (RAAS):** Současné užívání ACE inhibitorů, blokátory pro angiotensin II nebo aliskirenu zvyšuje riziko hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutní selhání ledvin). Duální blokáda RAAS se proto nedoporučuje. ACE inhibitory a blokátory receptorů pro angiotensin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí fruktosy, malabsorpce glukosy a galaktosy nebo nedostatkem sacharoso-izomaltasy by tento přípravek neměli užívat. **Hladina sodíku:** Euvascor obsahuje méně než 1 mmol sodíku (23 mg) v tobolce, to znamená, že je v podstatě „bez sodíku“. **Interakce:** **Kontraindikace:** Aliskiren, mimotělní léčba, sakubitril/valsartan **Nedoporučované kombinace:** Silné inhibitory CYP3A4, inhibitory proteinu rezistence karcinomu prsu (BCRP), aliskiren (u jiných pacientů, než jsou diabetici a pacienti s poruchou funkce ledvin), kotrimoxazol (trimetoprim/sulfametoxazol), současná léčba ACE inhibitorem a blokátorem receptoru angiotensinu, estramustin, lithium, draslík-šetřící diuretika (např. triamteren, amilorid, eplerenon, spironolakton), soli draslíku, grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** Induktory a středně silné inhibitory CYP3A4, digoxin, ezetimib, kyselina fusidová, gemfibrozil / deriváty kyseliny fibrové, inhibitory transportních proteinů, warfarin, antidiabetika (inzuliny, perorální antidiabetika), baklofen, diuretika nešetřící draslík, racekadotril, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus), nesteroidní antiflogistika (NSAID) (včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den). **Kombinace vyžadující určitou opatrnost:** Kolchicin, kolestipol, perorální kontraceptiva, gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, tricyclická antidepresiva/antipsychotika/anestetika, zlato, antihypertenziva a vasodilatata. **Těhotenství a kojení:** Přípravek Euvascor je kontraindikován během těhotenství, kojení a u žen plánujících těhotenství, které nepoužívají vhodné antikoncepční prostředky. **Fertilita^{**} Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** U některých pacientů se mohou vyskytnout individuální reakce související s nízkým krevním tlakem, zejména na začátku léčby. **Nežádoucí účinky:** Časté: Nazofaryngitida, hypersenzitivita, hyperglykemie, závrať, bolest hlavy, dysgeuzie, parestezie, porucha zraku, tinitus, vertigo, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), faryngolaryngeální bolest, epistaxe, kašel, dyspnoe, nauzea, zvracení, bolest horní a dolní části břicha, dyspepsie, průjem, zácpa, flatulence, vyrážka, pruritus, otok kloubů, bolest končetin, artralgie, svalové spazmy, myalgie, bolest zad, astenie, abnormální výsledky testů jaterních funkcí, zvýšená hladina kreatinfosfokinázy v krvi. **Méně časté:** Eozinofilie, hypoglykemie, hypernatremie, hyperkalemie reverzibilní při ukončení léčby, anorexie, insomnie, změny nálad, poruchy spánku, noční můry, somnolence, synkopa, hypestezie, amnezie, rozmazané vidění, tachykardie, palpitace, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, pankreatitida, říhání, hepatitida cytolytická nebo cholestatická, kopřivka, hyperhidróza, alopecie, angioedém, pemfigoid, fotosenzitivní reakce, bolest šije, svalová slabost, renální selhání, erektilní dysfunkce, únava, bolest na hrudi, malátnost, periferní edém, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, zvýšené tělesné hmotnosti, pozitivní nálezy leukocytů v moči, pád. **Vzácné:** Trombocytopenie, periferní neuropatie, cholestáza, zhoršení psoriázy, Stevens-Johnsonův syndrom, toxická epidermální nekrolýza, erythema multiforme, myopatie, myozitida, rhabdomyolýza, tendinopatie (někdy komplikovaná rupturou), vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi. **Velmi vzácné:** Rinitida, leukopenie/neutropenie, agranulocytóza nebo pancytopenie, hemolytická anemie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, anafylaxe, stavy zmatenosti, cévní mozková příhoda možná sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, ztráta sluchu, infarkt myokardu, sekundární k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, angina pectoris, arytmie, eosinofilní pneumonie, jaterní selhání, akutní renální selhání, gynekomastie, snížení hladiny hemoglobinu a snížení hematokritu. **Není známo:** Imunitně zprostředkovaná nekrotizující myopatie. U jiných inhibitorů ACE byly hlášeny případy SIADH (syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu). SIADH lze považovat za velmi vzácnou, ale možnou komplikaci spojenou s léčbou inhibitory ACE, včetně perindoprilu, Raynaudův fenomén^{**}. **Předávání:** **Farmakologické vlastnosti:** Atorvastatin je selektivním a kompetitivním inhibitorem HMG-CoA reduktázy. Perindopril je inhibitor angiotensin-konvertujícího enzymu (ACE inhibitor), který konvertuje angiotensin I na vazokonstriktor angiotensin II. **Uchovávání:** Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Velikost balení:** 30 nebo 90 (3 obaly na tvrdé tobolky po 30 tobolkách) tvrdých tobolek Euvascor 10 mg/5 mg, 20 mg/5 mg, 40 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, 20 mg/10 mg, 40 mg/10 mg, 40 mg/10 mg. **Držitel rozhodnutí o registraci: Les Laboratoires Servier**, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. **Registrační číslo:** Euvascor 10 mg/5 mg: 31/985/16-C, Euvascor 20 mg/5 mg: 31/986/16-C, Euvascor 40 mg/5 mg: 31/987/16-C, Euvascor 10 mg/10 mg: 31/988/16-C, Euvascor 20 mg/10 mg: 31/989/16-C, Euvascor 40 mg/10 mg: 31/990/16-C. **Datum poslední revize textu:** 21. 7. 2019. **Výdej:** Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách na lékařský předpis, od 10/2019. Přípravky jsou částečně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-levic-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

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

^{**}všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku

EUVASCOR
atorvastatin / perindopril arginin



výrazně menší riziko hypoglykemie), přesto rizika gravidity a výskyt komplikací není výrazně nižší než u DM 1. typu. S narůstajícím věkem rodiček (dle ÚZIS již v r. 2010 je více než polovina rodiček ve věku 30 a více let), stoupající prevalencí obezity a dalších rizikových faktorů metabolického syndromu výrazně narůstá počet gravidit žen s DM 2. typu. Rizika DM v souvislosti s těhotenstvím pro matku: gestační hypertenze, preeklampsie, porodní poranění při porodu velkého plodu, předčasný porod, porod císařským řezem. Rizika pro plod a novorozence: vývojové vady, akcelerace růstu plodu – LGA (porodní hmotnost nad 90. percentil) nebo makrosomie (nad 4000 g, ev. 4500 g), dystokie ramének, hypoglykemie, diabetická fetopatie, RDS (respiratory distress syndrom), předčasný porod. Dlouhodobá rizika pro potomka – porucha neuropsychického vývoje, obezita, DM 2. typu.

Plánováním gravidity, prekoncepční a multioborovou péčí v graviditě dokážeme osud gravidity zlepšit. Při nedostatečné kompenzaci DM (cíl HbA1c do 45 mmol/mol), s narůstající hodnotou HbA1c narůstá riziko velkých vývojových vad. Při neplánované graviditě přichází žena s DM k diabetologovi obvykle kolem 8. gestačního týdne – v době, kdy již toto riziko nemůžeme ovlivnit. Dalším významným rizikovým faktorem u DM 2. typu jsou komorbidity: obezita, arteriální hypertenze a ev. užívaná medikace. Z perorálních antidiabetik máme dostatečná data o bezpečnosti v době koncepcie pouze pro metformin. Nebyl prokázán teratogenní efekt. Proto při neplánované graviditě metformin nevysazujeme až do kontroly u diabetologa. Základním lékem u DM 2. typu v graviditě stále zůstává inzulin (u vybrané skupiny žen můžeme zvažovat kombinaci s metforminem). Při neplánované graviditě je nutné ihned vysadit ACE-inhibitory, sartany, statiny, pro které máme jasné důkazy o jejich nežádoucích účincích pro vývoj plodu při používání v dalším průběhu gravidity. Při zjištění gravidity je doporučováno předat pacientku do péče Diabetologického centra (kontakty I. IK FN Plzeň, Alej svobody 80, vchod B, 5. patro, T: 377 103 518). Již při první kontrole u diabetologa je posuzováno individuální riziko gravidity, snažíme se šetrně, ale plně pacientku informovat. K tomu je nutné mít dostatek informací – rodinná anamnéza, z osobní anamnézy: doba trvání DM poslední hodnoty HbA1c, renálních testů, ev. kdy a jaký byl výsledek vyšetření očního pozadí, komorbidity, farmakologická anamnéza, ev. abúzus, gynekologická anamnéza. Diabetolog nebo gynekolog indikuje genetické vyšetření (kolem 12. týdne gravidity). Při výrazné dekompenzaci DM ev. i dříve. Po ukončení sledování na genetice, předáváme do péče Gynekologicko-porodnické kliniky. Doporučuje se porod v perinatologickém centru. Několik studií (více u DM 1. typu) jasně prokázalo lepší osud gravidity u plánovaného těhotenství. I v této oblasti u žen s DM je důležitá edukace, cíleně se ptát na ev. zvažování gravidity, ptát se na používanou antikoncepci a hlavně u žen s nedostatečnou kompenzací diabetu důsledně pacientku poučit o rizikosti gravidity při neočekávaném otěhotnění, o výrazně zvýšeném riziku malformací plodu ve srovnání s běžnou populací. DM 2. typu je většinou spojený i s přítomností obezity, která také přináší řadu rizik pro průběh těhotenství. Při plánování gravidity je čas ovlivnit několik rizikových faktorů. Proto přebíráme ženy s DM k prekoncepční péči, ideálně minimálně půl roku před plánovanou koncepcí.

Léčba diabetu 2. typu v ordinaci PL – jak začít a kdy přestat

MUDr. Michal Krčma, Ph.D.

I. interní klinika FN Plzeň, Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Plzni

Diabetes mellitus 2. typu postihuje každého desátého občana České republiky. Místem diagnostiky a léčby valné většiny pacientů jsou ordinace praktických lékařů. Makrovaskulární (aterosklerotické) a mikrovaskulární (orgánové v užším slova smyslu) komplikace diabetu se vyvíjejí s velkou setrvačností, což implikuje potřebu časně a intenzivní léčby, optimálně léky s dalšími přídatnými pozitivními efekty krom kontroly glykemie. Přednáška se věnuje potřebě depistáže diabetu u jednotlivých rizikových skupin, nefarmakologické i farmakologické léčbě poruchy glukózové tolerance (prediabetu) a novým doporučením léčby diabetes mellitus 2. typu a jejich uplatnitelnosti v praxi praktických lékařů s přihlédnutím k úhradovým limitacím zdravotních pojišťoven. Shrnuje současné názory na screening diabetických komplikací a poskytuje praktický návod, jakého pacienta již v ordinaci PL neléčit a předat do specializované diabetologické péče.

Aktuality do vaší ordinace

pátek / 22. listopadu 2019 / 15.00–16.25 hod.

Psoriáza není jenom onemocnění kůže

MUDr. Jiří Horažďovský, Ph.D.

Kožní oddělení Nemocnice České Budějovice

Náhled na psoriázu jako chronické autoimunitní onemocnění. Přehled imunopatogeneze, prevalence, klinického obrazu onemocnění. Chronický prozánětlivý stav organismu, součinnost s celou řadou komorbidit, tímto výrazné ovlivnění kvality života. Léčebné možnosti lokální a systémové terapie, včetně nejmodernějších trendů biologické léčby.

Když duše hoří: neurozánět jako modulátor deprese

MUDr. Sylva Racková, Ph.D.

Psychiatrická ambulance, Slovanská, Plzeň

Deprese patří mezi jedno z nejčastějších psychických onemocnění. Ačkoli k její léčbě máme v současné době k dispozici široké spektrum farmak (antidepresiva, antipsychotika...), přesto poměrně vysoké procento pacientů nedosáhne plné údravy.

Deprese je heterogenní skupina onemocnění, liší se etiopatogenezí, klinickým obrazem a odpovědí na léčbu. Za jeden z etiologických faktorů související se vznikem nejenom deprese jsou považovány změny v imunitním systému – přítomnost zánětu. Zánět hraje důležitou roli v řadě dalších onemocnění včetně somatických, jako jsou kardiovaskulární onemocnění, diabetes, artritida...

Je k dispozici řada studií, které popisují pozitivitu zánětlivých parametrů u pacientů s depresí a jejich pokles při залечení onemocnění. Pokles hladin CRP (C-reaktivního proteinu) koreluje s úpravou psychického stavu a odpovědí na antidepresivní medikaci. Další práce poukazují na souvislost deprese a léčby ovlivňující imunitní odpověď organismu (interferony, kortikoidy...) nebo rozvoj poruch nálady po prodělaném infekčním onemocnění.

V léčbě deprese jsou pak s úspěchem používány látky ovlivňující imunitní odpověď organismu. Mezi ně patří léčba omega nenasycenými kyselinami, které jsou zodpovědné za řadu procesů v organismu, ovlivňují složení membrán, působí protizánětlivě. Naš organismus je není schopen syntetizovat, proto je musíme přijímat v potravě (mořské ryby, ořechy, len...). Nicméně naše běžná strava je na omega kyseliny poměrně chudá, nepokryje naši potřebu a je tedy doporučována suplementace.

V posledních letech byla publikována řada prací prokazující účinnost podávání omega kyselin v léčbě deprese. Podávání omega kyselin je uvedeno i v řadě oficiálních doporučených postupů v léčbě depresivní poruchy.

Přednáška je zaměřena na roli zánětu v rozvoji deprese a na použití nefarmakologických postupů v její léčbě.

Bolest zad u mladých dospělých z pohledu revmatologa

MUDr. Jan Voříšek

Oddělení klinické farmakologie, FN Plzeň

Spondylartritidy (SpA) je souhrnný název pro heterogenní skupinu zánětlivých onemocnění, které mají společné klinické rysy, ale také i genetickou predispozici. Mezi tyto společné příznaky patří familiární agregace, častý výskyt antigenu HLA B27, tendence ke vzniku sakroilitidy a spondylitidy, periferní asymetrická oligoartritida predilekčně postihující klouby dolních končetin, entezitidy, daktylitidy a časté mimoskeletální projevy – především postižení gastrointestinálního traktu, oční a kardiální postižení. Podle převažujícího postižení je můžeme dělit na převážně axiální formu a převážně periferní formu. Druhým možným hlediskem je dělení na jednotlivé klinické jednotky (mezi tradiční jednotky patří především ankylozující spondylitida a psoriatická artritida). Pojem axiální spondylartritida zahr-

Komplexní léčba. Velká důvěra.

- Každý druhý pacient dosáhne PASI 75 po 4. týdnech léčby¹
- Téměř 8 z 10 pacientů dosáhne PASI 90 v 16. týdnu léčby¹
- Dlouhodobá účinnost až po dobu 5 let²
- Příznivý bezpečnostní profil, žádné nové bezpečnostní signály až po dobu 5 let²
- Prokázaná účinnost v léčbě psoriatické artritidy, křticové, nehtové a palmoplantární psoriázy³⁻⁷

To je Cosentyx[®]

Schválen k léčbě:

- ložiskové psoriázy³
- psoriatické artritidy³
- ankylozující spondylitidy³

Zkrácená informace • Cosentyx 150 mg injekční roztok v předplněném peru • Složení: Jedno předplněné pero obsahuje secukinumabum 150 mg v 1 ml. **Indikace:** Přípravek Cosentyx je indikován k léčbě středně těžké až těžké ložiskové psoriázy dospělých, kteří jsou kandidáty pro systémovou léčbu. Přípravek Cosentyx, samotný nebo v kombinaci s metotrexátem, je indikován k léčbě aktivní psoriatické artritidy u dospělých pacientů, u nichž se nedostavila adekvátní odpověď na předchozí léčbu chorobou modifikujícími antirevmatiky. Přípravek Cosentyx je indikován k léčbě aktivní ankylozující spondylitidy u dospělých, kteří nedostatečně reagovali na konvenční léčbu. **Dávkování:** *Ložisková psoriáza:* Doporučená dávka je 300 mg secukinumabu ve formě subkutánní injekce s iniciálním podáním v týdnech 0, 1, 2, 3 a 4, následovaná měsíční udržovací dávkou. Každá dávka 300 mg je podána ve dvou dílčích subkutánních injekcích po 150 mg. *Psoriatická artritida:* U pacientů se současně přítomnou středně těžkou až těžkou ložiskovou psoriázou nebo u pacientů nedostatečně odpovídajících na anti-TNF α (IR), je doporučená dávka 300 mg ve formě subkutánní injekce s iniciálním podáním v týdnech 0, 1, 2, 3 a 4, následovaná měsíční udržovací dávkou. *Dávka může být zvýšena na 300 mg na základě klinické odpovědi.* *Ankylozující spondylitida:* Doporučená dávka je 150 mg ve formě subkutánní injekce s iniciálním podáním v týdnech 0, 1, 2, 3 a 4, následovaná měsíční udržovací dávkou. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Klinicky významné aktivní infekce (např. aktivní tuberkulóza). **Zvláštní upozornění/varování:** *Za účelem zlepšení sledovatelnosti biologických léčivých přípravků je nutné pečlivě zaznamenat název a číslo šarže podaného přípravku.* Opatnosti je zapotřebí, pokud se uvažuje o použití secukinumabu u pacientů s chronickou infekcí nebo opakovanou infekcí v anamnéze. Pacienty je nutné poučit, aby vyhledali lékařskou pomoc, pokud se objeví známky nebo příznaky naznačující přítomnost infekce. Pokud se u pacienta rozvine závažná infekce, je nutné pacienta pečlivě sledovat a nepodávat secukinumab, dokud infekce neodezní. Opatnosti je zapotřebí při předepisování secukinumabu pacientům se závažným onemocněním střev, včetně Crohnovy choroby. Pokud se objeví anafylaktická nebo jiné závažné alergické reakce, musí se podávání secukinumabu okamžitě přerušit a zahájit vhodnou léčbu. Živé vakcíny nesmí být podávány současně se secukinumabem. Ve studiích s lupénkou nebyly vyhodnocovány bezpečnost a účinnost secukinumabu v kombinaci s imunosupresivy, včetně biologické léčby, nebo fototerapií. **Interakce:** Ve studii u subjektů s ložiskovou psoriázou nebyly pozorovány interakce mezi secukinumabem a midazolamem (substrát CYP3A4). Při současném podávání secukinumabu s metotrexátem (MTX) a/nebo s kortikosteroidy nebyly v artritických studiích (včetně pacientů s psoriatickou artritidou a ankylozující spondylitidou) pozorovány žádné interakce. **Těhotenství a kojení:** Ženy ve fertilním věku musí během léčby a po dobu ještě nejméně 20 týdnů po ukončení terapie používat účinnou metodu kontracepce. Podávání přípravku Cosentyx v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. Není známo, zda se secukinumab vylučuje do lidského mateřského mléka. Vzhledem k možným nežádoucím účinkům secukinumabu na kojené dítě je nutno na základě posouzení prospěšnosti kojení pro dítě a prospěšnosti léčby pro matku rozhodnout, zda během léčby a po dobu až 20 týdnů od ukončení léčby přerušit kojení nebo přerušit léčbu secukinumabem. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: Infekce horních cest dýchacích. Časté: Orální herpes, rinorea, diareja. **Podmínky uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C - 8 °C). Chraňte před mrazem. **Dostupné lékové formy/velikosti balení:** Jednorázová předplněná injekční stříkačka vložená do pera SensoReady, balení obsahuje 2 předplněná pera. **Poznámka:** Dříve než lék předepíšete, přečtěte si pečlivě úplnou informaci o přípravku. **Reg. č.:** EU/1/14/980/005. **Datum registrace:** 15.1.2015. **Datum poslední revize textu SPC:** 16.9.2019. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novartis Europharm Limited, Vista Building Elm Park, Merriem Road, Dublin 4, Irsko.

Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. *Všimněte si prosím změny (změn) v informacích o léčivém přípravku.

REFERENCE: 1. Thaci D, et al: Secukinumab is superior to ustekinumab in clearing skin of subjects with moderate to severe plaque psoriasis: CLEAR, a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 2015;73(3):400-9. 2. Bissonnette R, et al: Secukinumab demonstrates high sustained efficacy and a favourable safety profile in patients with moderate-to-severe psoriasis through 5 years of treatment (SCULPTURE Extension Study). *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2018 Sep;32(9):1507-1514. 3. SPC Cosentyx, datum poslední revize 16.9.2019. 4. Kavanaugh A, et al: Secukinumab for Long-Term Treatment of Psoriatic Arthritis: A Two-Year Followup From a Phase III, Randomized, Double-Blind Placebo-Controlled Study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 2017 Mar;69(3):347-355. 5. Gottlieb A, et al: Secukinumab shows significant efficacy in palmoplantar psoriasis: Results from GESTURE, a randomized controlled trial. *J Am Acad Dermatol*, 2017 Jan;76(1):70-80. 6. Bagel J, et al: The effect of secukinumab on moderate-to-severe scalp psoriasis: Results of a 24-week, randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3b study. *J Am Acad Dermatol*, 2017 Oct;77(4):667-674. 7. Reich K et al. Poster presented at Winter Clinical Dermatology Conference 2017.

nuje všechny axiální formy onemocnění, včetně časného onemocnění bez rentgenového průkazu poškození, tzv. non-radiografická axiální spondylartritis. V současné době pak můžeme využít nová moderní klasifikační kritéria ASAS pro axiální SpA, hlavní význam této nové klasifikace spočívá především v umožnění časné diagnostiky axiální formy onemocnění. Při časném stanovení diagnózy je větší šance na úspěch léčby a snížení rizika vzniku nevratných poškození. Odlišení predominantního axiálního a periferního postižení je důležité z pohledu terapeutického přístupu, neboť periferní artritidy jsou vesměs úspěšně ovlivnitelné konvenčními chorobu modifikujícími léky (např. methotrexát či sulfasalazin), zatímco u axiální formy nejsou tyto léky příliš úspěšné. Axiální SpA se typicky začíná projevovat již v rané dospělosti, kdy dominantním příznakem bývá bolest zad. Zánětlivá bolest zad se u těchto pacientů projevuje pozvolným nástupem obtíží, mírní se rozcvičením, maximum obtíží bývá v druhé polovině noci, v klidu se pak nedostavuje úleva. V České republice se průměrná doba od prvních bolestí zad k diagnóze ankylozující spondylitidy pohybuje kolem 9 let. Až 60 % pacientů bylo v průměru při desetiletém trvání onemocnění invalidních a 34 % vyžadovalo dopomoc druhé osoby při běžných denních činnostech. Z těchto dat vyplývá nutnost časné diagnostiky onemocnění. Nerozpoznání onemocnění je spojeno s trvalým postižením pacienta, přičemž nevratné poškození se objevuje již při relativně krátké době trvání nemoci. Argumentem pro časnou diagnostiku je prokázána lepší odpověď na léčbu při krátkém trvání onemocnění.

Dlouhotrvající, závažné až invalidizující nežádoucí účinky fluorochinolonů

MUDr. Petra Vacková

Státní ústav pro kontrolu léčiv, Praha

Fluorochinolonová chemoterapeutika byla do klinické praxe zavedena v 80. letech minulého století a díky jejich výhodným vlastnostem se jejich používání v některých státech EU výrazně rozšířilo. Fluorochinolony (FQ) mají široké spektrum působení proti nejrůznějším patogenům (novější z nich pokrývají i problematické nemocniční původce infekčních onemocnění), mají dobrou absorpci po perorálním podání a dobrý průnik do tkání i buněk. Tyto vlastnosti je činí důležitými pro léčbu závažných infekcí. Ovšem FQ jsou často nadužívány i pro léčbu nezávažných, běžně se vyskytujících infekcí. V ČR se podíl fluorochinolonů na celkové spotřebě ATB pohybuje pod 10 %, v roce 2008 to bylo 8 % s postupným poklesem na 5 % v roce 2016. Oproti významným výhodám FQ ovšem stojí negativa, která je nutno dobře zvažovat. Mezi hlavní negativa patří rychlý vznik mikrobiální rezistence, řada lékových interakcí a nežádoucí účinky. Mezi známé nežádoucí účinky spojované s FQ patří záněty a ruptury šlach, kloubní a svalové obtíže, postižení centrálního a periferního nervového systému, prodloužení QT intervalu, které predisponuje k rozvoji komorových arytmií a náhlého úmrtí, porucha funkce jater nebo ledvin. FQ jsou také velmi často spojovány s pseudomembranózní kolitidou způsobenou infekcí *Clostridioides difficile*. V posledních letech začaly narůstat počty hlášení informující o závažných, dlouhodobě přetrvávajících nežádoucích účincích, které často postihují několik orgánových systémů a vedou k těžké invaliditě. Jako první omezil v důsledku těchto nežádoucích účinků používání FQ americký Úřad pro potraviny a léky (FDA) v roce 2016 a mezi roky 2017–2018 proběhlo přehodnocení používání FQ v EU. V evropské databázi nežádoucích účinků bylo objeveno přes 2000 případů dlouhotrvajících nežádoucích účinků, z nichž bylo identifikováno 286 klíčových případů bez zavádějících faktorů. Nejčastěji bylo hlášeno postižení šlach, svalů, kloubů, periferního a centrálního nervového systému, a to v různých kombinacích. Typicky se jednalo o pacienta, který byl před nasazením FQ celkově zdravý, často sportovec a po léčbě se změnil v těžce postiženého člověka, neschopného chodit do práce, ani si dojit nakoupit, trpícího trvalými bolestmi a paresteziemi, poruchami spánku a nejrůznějšími psychiatrickými problémy. Asi v 1/3 z těchto případů byla indikací pro podání FQ lehká infekce. Skutečný výskyt těchto závažných a dlouhotrvajících nežádoucích účinků není znám, ale ve vztahu k širokým spotřebám byl zaznamenán asi 1 klíčový případ na 1 milion preskripcí. V rámci přehodnocení byl zvažován poměr přínosů a rizik každé registrované indikace pro každou jednotlivou látku. Vzhledem

k širokým indikacím pokrývajícím téměř všechny orgánové systémy se jednalo o více než stovku variant různých indikací.

Na základě nahlášených případů dlouhotrvajících nežádoucích účinků došlo v EU k pozastavení registrace 4 starších nefluorovaných chinolonů (v ČR již nebyly registrovány) a k omezení indikací fluorochinolonů. Podávání FQ na závažné infekce typu břišní tyfus, mor, osteomyelitida, komplikované infekce kůže a podkoží a komplikované infekce močových cest, zápal plic atd. zůstává bez omezení, ale FQ již dále nemají být podávány k léčbě lehkých infekcí typu tonsilitida, laryngitida, faryngitida, akutní bronchitida a k prevenci cestovatelského průjmu nebo rekurentních infekcí dolních močových cest. K léčbě lehkých a středně závažných infekcí jakými jsou např. nekomplikovaná cystitida, akutní exacerbace chronické bronchitidy nebo CHOPN, akutní bakteriální rhinosinitida a akutní otitis media mají být používány pouze jako poslední volba, tedy jen v případě, kdy léčba jinými antibiotiky není možná nebo selhala. FQ také nemají být podávány pacientům, kteří měli závažné nežádoucí účinky po chinolonech nebo FQ v minulosti.

Akutní stavy v urgentní medicíně

garantka MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.

pátek / 22. listopadu 2019 / 16.40–18.00 hod.

Péče o pacienta s popáleninovým traumatem

MUDr. Katarína Veselá

Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy

Klinika anesteziologie a resuscitace 3. LF UK a FNKV, Praha

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Katedra Urgentní medicíny, Praha

Úvod: Popáleninové trauma je jedním z nejčastějších úrazů, se kterými je možné se v přednemocniční neodkladné péči setkat. Již prvotní přístup a primární ošetření pacienta na místě může rozhodnout o jeho další prognóze.

Teoretická východiska: Popáleninové trauma vzniká dostatečně dlouhým, přímým nebo nepřímým působením nadprahové hodnoty tepelné energie na lidský organismus. Dochází k částečné či úplné destrukci kůže, event. hlubších tkání. Hlavními faktory závažnosti jsou mechanismus úrazu, sdružená poranění či polytrauma, rozsah postižení, věk postiženého, hloubka postižení, lokalizace postižení, podezření na inhalační trauma a přidružené choroby.

Výsledky: Analýzou léčebných postupů u pacientů přijatých do popáleninového centra od záchranné služby byly identifikovány nejčastější chyby v terapeutické strategii a přístupu k pacientovi s termickým traumatem. Nejčastější příčinou nesprávného přístupu k popálenému pacientovi je nezvládnutý odhad závažnosti popáleninového traumatu, který určuje strategii primárního terapeutického postupu v přednemocniční neodkladné péči. Autoři překládají komplexní přehled aktuálních trendů v péči o popáleného pacienta, včetně zásadních změn v tekutinové resuscitaci, či analgetické terapii.

Závěr: Popáleninový úraz patří k závažným zraněním, které mohou pacienta bezprostředně ohrozit na životě. Správné zhodnocení závažnosti traumatu v přednemocniční neodkladné péči, zahájení adekvátní léčby a transport pacienta do popáleninového centra významně zlepšuje prognózu pacienta.

Závažné a nezávažné infekce a jak je rozeznat

MUDr. Ing. Robin Šín, MBA

Klinika infekčních nemocí a cestovní medicíny, Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova,

Fakultní nemocnice Plzeň

Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje, příspěvková organizace

Vzhledem k celoročnímu absolvování zahraničních zájezdů a pracovních cest svými pacienty se všeobecní praktičtí lékaři často setkávají ve své praxi s cestovatelskými průjmy. Takovým průjmem

je každý, který se objeví v průběhu zahraniční cesty nebo do 10 dnů po návratu. Velké množství cestovatelů nevyužívá před odjezdem možnosti konzultace se svým lékařem nebo centrem cestovního lékařství. Hlavním úkolem lékaře primární péče je pak až po návratu z cesty odhalit závažná onemocnění a odlišit je od běžně probíhajícího nezávažného průjmu cestovatelů.

Nejčastějším původcem akutních cestovatelských průjmů, a to ve více než 50 % případů, jsou enterotoxigenní kmeny *Escherichia coli*. V menší míře se uplatňují i další kmeny této bakterie. Dalšími častými bakteriálními původci jsou kampylobaktery, shigely a salmonely. Z virů jsou to pak noroviry a rotaviry. Možné je také setkat se s průjmovým onemocněním způsobeným prvoky *Giardia intestinalis* nebo *Entamoeba histolytica*. Ani napadení střeva červi není zcela vzácné.

Při prvním kontaktu je nutné, mimo jiné, odebrat cestovní anamnézu. Lékař se ptá na místa pobytu a délku setrvání v nich. Cíleně je nutné ptát se na způsob stravování a příjmu tekutin. Vhodné je ptát se na kontakt se zvířaty. Svůj význam má také dotaz na napadení hmyzem. V rámci související epidemiologické anamnézy je nutné pátrat po obtížích u dalších osob, se kterými byl pacient v kontaktu. Z pohledu dalšího vyšetřovacího a léčebného postupu je nutné zjistit, jakou samoléčbu již pacient absolvoval před vyhledáním lékařské pomoci.

Které pacienty je možné ponechat v péči všeobecného praktického lékaře s léčbou v jejich sociálním prostředí? Jedná se o pacienty, kteří vykazují pouze známky lehké dehydratace. Takovými známkami jsou ztráta tělesné hmotnosti pod 5 %, pacient udává mírnou žízeň, objektivně je normální turgor kožní, pulz je na periférii plný, krevní tlak je normální, sliznice jsou vlhké a pacient udává, že normálně močí. Pacienti se střední a těžkou dehydratací při cestovatelském průjmu vyžadují nemocniční stupeň péče.

Také pacienti, u kterých praktický lékař pojme podezření na průjem jako příznak jiného vážnějšího infekčního onemocnění, musí být neprodleně odesláni na lůžkové pracoviště infekčního lékařství. Jedná se především o malárii. Na toto závažné onemocnění je nutné pomýšlet v případech pobytu v malarických oblastech, především v rovníkové Africe, severní části jihoamerického kontinentu, Indii a jihovýchodní Asii. Onemocnění se projevuje opakujícími se malarickými záchvaty s vysokou horečkou, zimnicí, třesavkou, při ústupu horečky pak výrazným pocením. Nemocný trpí bolestmi hlavy, kloubů, vyskytnout se může právě také zvracení a průjem. Onemocnění nelze vyloučit ani u osob při zahraničním pobytu užívajících antimalarika. Dalším závažným importovaným průjmovým onemocněním mohou být břišní tyfus a paratyfy vyvolané tyfovými sérovary bakterie *Salmonella enterica*. Vysoká incidence je v celé Africe, Jižní Americe, jižní a jihovýchodní Asii. Onemocnění nelze vyloučit u všech pacientů, kteří z jakéhokoli důvodu nepodstoupili doporučené očkování.

Kazuistiky zdánlivě banálních stavů

MUDr. Jana Šeblová, Ph.D., FESEM

Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje, p. o., Kladno

Urgentní příjem Oblastní nemocnice Kladno, a. s.

Oddělení urgentního příjmu a LSPP dětí Fakultní nemocnice Motol, Praha

Lékař urgentní medicíny, ať již pracuje v přednemocniční péči nebo na urgentním příjmu, je v klinické praxi konfrontován se symptomy pacienta, nikoliv s oborově zařazenými diagnózami. Je nutné především řešit závažnost klinického stavu na základě zhodnocení stavu vitálních funkcí. Tento proces, pokud je v některé fázi záchranného řetězce formalizován (např. na vstupu do nemocnice), se nazývá triáž. Na základě výsledků triáže vyplyne prioritá naléhavosti ošetření pacienta, od režimu „okamžitě“, do režimu odkladného vyšetření až v řádu dvou a více hodin. Po stanovení priority ošetření je nutné případně stabilizovat ohrožené vitální funkce bez ohledu na vyvolávající podle principu „treat first what kills first“. Teprve po stabilizaci pacienta následuje další diagnostický proces včetně fyzikálního vyšetření, odběru relevantní anamnézy a stanovení spektra a naléhavosti komplementárních vyšetření včetně indikace vhodných zobrazovacích metod.

Diagnostika a terapie v urgentní medicíně není oborově vázaná, i když je na urgentním příjmu žádoucí a nutná mezioborová spolupráce. Zodpovědnost za předání do další navazující péče (od



Přesné a spolehlivé přístroje

K prevenci cévní mozkové příhody
a infarktu myokardu



Kombinuje
2 metody měření
DUO SENSOR-Technology
Vhodné zejména pro pacienty
s poruchami srdečního rytmu



TLAKOMĚŘ DUO CONTROL

- ✓ Patentovaná technologie DUO SENSOR zajišťuje nejpřesnější měření
- ✓ Vhodný i pro osoby s nepravidelným srdečním rytmem
- ✓ Zajišťuje správné a šetrné měření díky patentované technologii Secure fit
- ✓ Vhodný i pro klinickou praxi

TLAKOMĚŘ S EKG 2-v-1

- ✓ Inovativní přístroj pro kontrolu srdečního rytmu, krevního tlaku a tepové frekvence
- ✓ Zachytí a rozpozná srdeční arytmie
- ✓ Záznam EKG v průběhu 30 vteřin – kdykoliv a kdekoliv
- ✓ Vhodný i pro klinickou praxi

ambulantní přes hospitalizaci na standardním oddělení nebo na jednotce intenzivní péče až po transfer do zdravotnického zařízení vyššího typu s centrovou péčí) však musí mít vedoucí služby na urgentním příjmu. Lékař urgentní medicíny musí mít komplexní pohled na pacienta, znát diferenciální diagnostiku širokého spektra akutních stavů mnoha lékařských oborů a musí zhodnotit i význam jednotlivých chronických onemocnění pacienta ve vztahu k vedoucímu příznaku, pro která je pacient léčen.

V prezentaci je uvedeno několik kazuistik, které charakterizují výše popsaný přístup urgentní medicíny. Bezpečné poskytování zdravotní péče může být ohroženo nespecifickými či necharakteristickými příznaky, neúplným odebráním anamnézy, ztrátou informací při předání z přednemocniční do nemocniční péče, intuitivní diagnostikou bez provedení indikovaných komplementárních vyšetření, podceněním stavu, nárazovým přeplněním urgentního příjmu či příjmové ambulance a dalšími faktory. Cílem prezentace je upozornit na význam pečlivého a systematického vyšetření pacientů a racionální syntézu informací získaných ze všech zdrojů.

Sobota 23. listopadu 2019

Abstrakta k sobotnímu programu naleznete na stranách 23–28 v abstraktech *Pediatric pro praxi*.



POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

HLAVNÍ
PARTNEŘI



MEDIÁLNÍ
PARTNEŘI



PARTNEŘI

Akacia Group, s.r.o.
Akademie klasické homeopatie, spol. s r.o.
Angelini Pharma Česká republika s.r.o.
ELVA Pharma CZECH s.r.o.
FAVEA Plus a.s.
HARTMANN – RICO a.s.
HERO CZECH s.r.o.
LAB MARK a.s.
L'ORÉAL Česká republika s.r.o.
Mediclinic a.s.
Merck Sharp & Dohme s.r.o.
Novartis s.r.o.
Nutricia a.s.
Olivova dětská léčebna, o.p.s.

Onapharm, s.r.o.
Orion Diagnostica – organizační složka
Pfizer PFE, spol. s r.o.
PharmaSwiss Česká republika s.r.o.
Procter & Gamble Czech Republic s.r.o.
PROFIMED s.r.o.
RosenPharma a.s.
sanofi-aventis, s.r.o.
SHIRE CZECH s.r.o.
SWISS PHARMA, spol.s.r.o.
synlab czech s.r.o.
VITANA, a.s.
WALMARK, a.s.

Medicína pro praxi s dárkem



Předplatte si časopis včas a získejte jako dárek časopis Travel Digest

Časopis zaměřený na praktické cestování.



TIŠTĚNÝ ČASOPIS

5 čísel / rok
650 Kč

Přístup k aktuálnímu číslu na www.medicinapropraxi.cz
Supplementa a odborné publikace

Aktuální informace o připravovaných kongresech



DÁREK

ke každému číslu:
výtisk časopisu
Travel Digest

při úhradě předplatného časopisu
Medicína pro praxi na rok 2020
do 15. 12. 2019.
Platí pouze při předplacení tištěné verze.



MLADÍ LÉKAŘI

50% SLEVA
325 Kč

Fandíme mladým lékařům,
a proto předplatitelé do 35 let získají 50% slevu.
Stačí jen při objednávce do poznámky uvést rok narození.



ELEKTRONICKÁ VERZE

5 čísel / rok
488 Kč

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

Čtěte nás na počítači nebo na mobilních zařízeních



Znáte elektronickou verzi časopisu Medicína pro praxi?

OBJEDNÁVEJTE

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

