

Medicína pro praxi

2021

B

www.solen.cz | Med. praxi 2021; 18(Suppl. B) | ISBN 978-80-7471-366-8 | 2021

ABSTRAKTA

18. kongres Medicíny pro praxi v Praze – kongres praktických lékařů

8.–9. října 2021

Kongresové centrum, Praha

Pořadatel: Společnost SOLEN, s. r. o., ve spolupráci
s Klinikou kardiologie IKEM, Praha



SOLEN
MEDICAL EDUCATION



**VÁŠ PARTNER
V KARDIOLOGII**



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

PROGRAM – pátek 8. října 2021

8.30 ZAHÁJENÍ ODBORNÉHO PROGRAMU

8.35–9.50 NEUROLOGIE

Garant MUDr. Tomáš Nežádal, Ph.D.

- **Migréna, novinky v terapii a centrová péče** – Marková J.
- **Neuroinfekce** – Beran O.
- **Syndrom neklidných nohou** – Serranová T.

9.50–10.15 PŘESTÁVKA

10.15–11.20 ORIENTAČNÍ VYŠETŘENÍ PÁTEŘE V DENNÍ PRAXI LÉKAŘE

Garantka doc. MUDr. Eva Rychlíková, CSc.

- **Poznámky k vyšetřování vertebrogenních obtíží** – Rychlíková E.
- **Bolesti zad z pohledu algeziologa** – Vondráčková J.
- **Škola zad – jak předcházet přetížení pohybového systému** – Veverková M.

11.20–12.40 KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ

Garant prof. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.

- **Nové strategie prevence kardiovaskulárních příhod: arteriální hypertenze modelem** – Vrablík M.
- **Vyšší tepová frekvence u hypertoniků jako prediktor horší prognózy** – Šnejdrová M.
- **Moderní řešení pro obézní hypertoniky** – Wohlfahrt P.
- **„To důležité je očím neviditelné“... aneb nelehký život s CVD** – Černohorská J.

12.40–13.30 OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA

13.30–14.30 MŮJ PACIENT MÁ... ANEB NEJČASTĚJŠÍ PŘÍZNAKY NASVĚDČUJÍCÍ KARDIOVASKULÁRNÍMU ONEMOCNĚNÍ

Garant prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc., FESC

- **Dušnost** – Šramko M.
- **Bolest na hrudi** – Kettner J.
- **Palpitace** – Kautzner J.
- **Synkopy** – Hašková J.

14.30–16.15 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE

- **Správná kalémie u srdečního selhání je výše, než byste možná čekali: kde je a jak se k ní dostat?** – Pudil R.
- **Ovlivnění prognózy pacientů s CVD v časných fázích onemocnění: kazuistiky** – Hauer T.
- **Co očekávají pacienti od léčby deprese?** – Hubeňák J.
- **Pacient žijící s HIV v ambulanci praktického lékaře** – Sedláček D.
(Přednáška sponzorovaná firmou Gilead Sciences s. r. o.)
- **Koho dokážeme léčit a vyléčit s hepatitidou C** – Šperl J.
(Přednáška sponzorovaná firmou Gilead Sciences s. r. o.)

16.15–16.45 PŘESTÁVKA

16.45–18.00 LÉKOVÉ PROBLÉMY A BEZPEČNOST FARMAKOTERAPIE

Garant doc. PharmDr. Josef Malý, Ph.D.

- **Lékové problémy v teorii a praxi** – Malý J.
- **Přehled lékových problémů řešených v lékárně** – Mareček A.
- **Kazuistiky lékových problémů řešených klinickým farmaceutem u hospitalizovaných pacientů** – Doseděl M.

PROGRAM – sobota 9. října 2021

9.00–10.30 PALIATIVNÍ PÉČE

Garantka MUDr. Irena Zavadová

- „Pane Nováku, tak máte nádor“ aneb jak dobře sdělovat vážné zprávy – Zavadová I.
- „Pane doktore, to už je konec?“ aneb jak může praktický lékař svého pacienta nadále podpořit, i když už ošetřující lékař nemá co nabídnout – Vlčková K.
- Paliativní péče a dětský pacient – Exnerová M.

10.30–10.45 Urogenitální infekce – kazuistiky – Emmer J.

10.45–11.20 PŘESTÁVKA

11.20–12.45 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE II

- Průjmová onemocnění dětí i dospělých doma i na cestách. Změnilo se něco v diagnostice či léčbě? – Roháčová H.
- Inosine pranobex je vhodný lék pro léčbu pacientů s akutní virovou infekcí – Bystron J.
- Aktuality v očkování rizikových pacientů – Petroušová L.
- Co nového přináší Evropský konsenzus o rinosinusitidě a nosní polypóze 2020 (EPOS 2020) – Horník P.
- Patentovaná probiotika v pediatrické a dermatologické praxi – Vagnerová H.

12.45–13.45 **IP** AKUTNÍ STAVY V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST A PRO DOSPĚLÉ

Garant PhDr. Mgr. David Peřan, MBA

- Blok interaktivních kazuistik zakončený panelovou diskuzí – Cmorej P. Ch., Nesvadba M., Dvořák M., Jechová L.

13.45 ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY

IP interaktivní přednáška/blok

Změna programu vyhrazena

TIRÁŽ

18. kongres Medicíny pro praxi v Praze – kongres praktických lékařů

8.–9. října 2021 | Kongresové centrum, Praha

Pořadatel

Společnost SOLEN, s. r. o., ve spolupráci s Klinikou kardiologie IKEM, Praha

Prezident akce

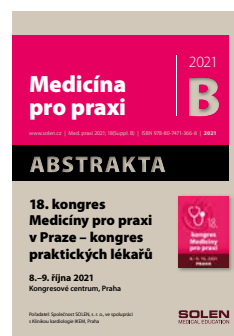
prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc., FESC

Organizátor

SOLEN, s. r. o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc
 Kontaktní osoba: Ing. Lucie Zlámalová, 733 111 013, zlamalova@solen.cz
 Zajištění výstavních ploch: Mgr. Martin Jiša, 734 567 855, jisa@solen.cz
 Programové zajištění: Mgr. Hana Ševčíková, 777 557 411, sevcikova@solen.cz
 Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s. r. o., Lucie Šilberská

Ohodnocení

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



Supplementum B Medicína pro praxi

Citační zkratka:

Med. praxi 2021; 18(Suppl B).

Vydal: Solen, s. r. o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-366-8

blokurima

doplněk stravy

2 g D-MANÓZY



5 mg LYZÁTU UPEC



blokurima

Složení jednoho sáčku:

2 g D-Manózy
+ 5 mg lyzátu UPEC
+ 60 mg artichoke

blokurima

Složení jednoho sáčku:

2 g D-Manózy

Dávkování:

Jeden sáček denně (nejlépe večer před spaním).



PODPORUJE NORMÁLNÍ FUNKCI

MOČOVÝCH CEST*

* obsahuje 60 mg
Artichoke P.E. 5:1

ona
pharm



Neurologie

garant MUDr. Tomáš Nežádal, Ph.D.

pátek / 8. října 2021 / 8.35–9.50 hod.

Migréna, novinky v terapii a centrová péče

MUDr. Jolana Marková, FEAN

Neurologická klinika 3. LF UK a TN, Praha

Migréna je geneticky podmíněná záchvatovitá bolest hlavy. Patří podle mezinárodní klasifikace (ICHD 3) mezi primární bolesti hlavy. Pro stanovení správné diagnózy je velmi důležitá anamnéza a co nejpřesnější popis typu bolesti, její intenzity a frekvence záchvatů i popis případných doprovodných projevů (přecitlivělost na světlo, hluk, pachy). Migréna nemá specifický nálezný CT ani na MR zobrazení, které slouží v těchto případech spíše k vyloučení sekundarity, ne k potvrzení diagnózy.

Migréna je časté neurologické onemocnění, postihuje odhadem 10 % populace a má nesporný dopad na kvalitu života migreniků. Má také významné ekonomické dopady na celou společnost, proto je velmi důležitá dostupnost správné a účinné akutní i preventivní léčby. U epizodické, nepříliš frekventní migrény je léčba zaměřena na zvládnutí ataky, jedná se o léčbu akutní. U frekventní epizodické či chronické migrény je třeba kromě akutní navrhnout i léčbu preventivní (profylaktickou), jejímž cílem je redukce počtu atak, snížení jejich intenzity i délky trvání ataky. Dosud byly k této profylaktické léčbě užívány klasické perorální léky, které byly většinou vyvinuty pro léčbu jiného onemocnění, ale prokázala se jejich účinnost při ovlivnění migrény – je to skupina antiepileptik (valproáty, topiramát), antidepresiv (amitriptylin, venlafaxin), betablokátorů (metoprolol, propranolon a jiné) i blokátorů kalciových kanálů (cinarizin, flunarizin). Dávkování, délka podávání i jejich vedlejší účinky budou diskutovány v prezentaci.

Od roku 2020 je možnost léčby rozšířena i o užití tzv. biologické léčby migrény – protilátek proti CGRP (calcitonin gene-related polypeptid) nebo receptoru CGRP. Studie prokázaly jejich účinek u epizodické i u chronické migrény. Jde o erenumab, jedinou protilátku proti CGRP receptoru, která je na trhu pod názvem Aimovig. Dalšími protilátkami přímo proti mediátoru CGRP jsou fremanezumab, rovněž dostupný v České republice pod názvem Ajovy a galcanezumab pod názvem Emgality. Eptinezumab, dosud není na trhu v ČR dostupný. Erenumab, fremanezumab a galcanezumab se podávají v subkutánních injekcích, eptinezumab v infuzi. Podstatné je, že efekt podání je prokazatelný již v prvním týdnu po podání. CGRP monoklonální protilátky mají výbornou cílovou specifitu, mají dlouhý poločas, umožňující podání jednou měsíčně nebo i méně často. Vedlejší účinky monoklonálních protilátek jsou mírné a nezávažné.

Léčba CGRP protilátkami je určena pro těžší pacienty, kde již byly podávány profylaktické léky z určených skupin, a nedošlo ke zlepšení nebo nebyla tolerance této léčby. Indikace této léčby je podle rozhodnutí zdravotních pojišťoven centrová, tedy vázaná na centra pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy, kterých je v České republice nyní 30, pokrývají podle geografického rozložení všechny regiony. Jejich seznam je na webu Sekce pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy České neurologické společnosti (<http://czech-headache.cz/>).

Neuroinfekce

doc. MUDr. Ondřej Beran, Ph.D.

Klinika infekčních nemocí 1. LF UK a ÚVN Praha

Infekční záněty centrálního nervového systému zůstávají onemocněními s vysokou morbiditou a mortalitou i přes zlepšení diagnostických a terapeutických postupů. Další vývoj je podmíněn dokonalejším poznáním patofyziologických mechanismů, které provázejí tyto

závažné infekce. V přednášce budou uvedeny aktuální informace o epidemiologii hnisavých i aseptických neuroinfekcí a diferenciálně-diagnostický přístup k pacientovi s podezřením na tyto diagnózy. Zmíněny budou nejčastější klinické nálezy, současné možnosti v diagnostice, úskalí interpretace laboratorních vyšetření a možnosti v terapii i prevenci. Prezentovány budou i případy pacientů ilustrující závažnost a klinické dopady neuroinfekcí.

Syndrom neklidných nohou

MUDr. Tereza Serranová, Ph.D.

Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd, Univerzita Karlova v Praze,
1. lékařská fakulta a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Syndrom neklidných nohou (RLS) je časté neurologické onemocnění, které se vyskytuje asi u 10 % běžné populace. RLS je charakterizovaný nutkáním hýbat dolními končetinami (nebo pažemi), obvykle doprovázené nepříjemnými a obtěžujícími pocity v postižených končetinách. Příznaky se typicky horší v obdobích inaktivity s večerní a noční prevalencí a pohyb vede k jejich mírnění nebo vymizení. Diagnóza RLS je založená na anamnestickém zjištění typických projevů.

Asi 3 % populace má obtěžující projevy RLS, které vyžadují lékařskou péči. Cílem léčby RLS je poskytnout úlevu od symptomů. Součástí managementu RLS je substituce případného nedostatku železa, nefarmakologické postupy, vysazení medikace zhoršující příznaky RLS a řešení komorbidit. Symptomatická léčba je indikovaná u středně těžkých a těžkých projevů RLS. Léky první volby jsou dopaminergní preparáty, gabapentin a pregabalin. Ve specifických indikacích mohou být podávány benzodiazepiny a opiáty.

RLS může mít závažné klinické důsledky a významný dopad na kvalitu života pacientů. Správná diagnóza včetně zhodnocení častých komorbidit a zahájení vhodné léčby je proto důležité. RLS však zůstává často nediodagnostikován, nejspíše i kvůli nedostatečnému odbornému povědomí o problematice RLS a také proto, že řada běžných onemocnění může projevy RLS připomínat. Úlohou lékařů primární péče je provedení screeningu a doporučení pacienta s RLS specialistovi.

Orientační vyšetření páteře v denní praxi lékaře

garantka doc. MUDr. Eva Rychlíková, CSc.

pátek / 8. října 2021 / 10.15–11.20 hod.

Poznámky k vyšetřování vertebrogenních obtíží

doc. MUDr. Eva Rychlíková, CSc.

Ordinace rehabilitačního lékařství, interny a manuální medicíny, Praha

Dnešní život je velmi rychlý a přemíra podrobností pro denní praxi je příliš zatěžující. Proto stoupá potřeba znalosti pro rychlou orientaci a základní diagnostiku obtíží nemocného pro denní náročnou praxi lékařů. Přednáška je zaměřena na nejzákladnější rychlé orientační vyšetření páteře. I když je popisováno velmi stručně vyšetření, poskytuje dostatek informací.

V úvodu je krátce zmíněno funkční RTG vyšetření páteře, zejména LS úseku. Jsou popisována jednotlivá všeobecně používaná vyšetření, u kterých je poukázáno na základní diferenciální diagnostiku, dosud ne vždy používanou. Každé vyšetření je doplněno názorným obrázkem s upozorněním na důležité detaily. Současně jsou u každého vyšetření stručně uvedeny i nejčastější příčiny omezení pohybu. Proto popisovaná vyšetření mohou být použita kterýmkoliv lékařem, který se v ordinaci setkává s nemocnými s vertebrogenními obtížemi. Celé informativní vyšetření nevyžaduje delší čas, nežli je obvyklé.

Bolesti zad z pohledu algeziologa

MUDr. Dana Vondráčková

Ambulance léčby bolesti, Neurochirurgická a neuroonkologická klinika 1. LF UK
a subkatedra algeziologie IPVZ

Ústřední vojenská nemocnice a Vojenská fakultní nemocnice, Praha

Bolest zad je nejčastější diagnózou, se kterou se ve své praxi algeziolog setkává. Při jejím léčení je třeba především rozlišit akutní a chronickou bolest zad. U akutní bolesti je třeba odlišit, zda bolest vznikla poprvé nebo se opakuje, případně se jedná o akutní zhoršení chronické bolesti zad. Chronická bolest pacientů, kteří měli páteřní obtíže řešeny operací, se liší od chronické bolesti, u níž operace nebyla indikovaná. Z patofyziologického hlediska se většinou jedná o bolest smíšenou, tedy nociceptivní a neuropatickou s převahou jedné či druhé. U chronické bolesti je často přidružena psychologická složka.

Vertebrogenní bolesti se podle etiologie dělí na nespecifické funkční poruchy při degenerativních změnách páteře – spondylóze, spondylartróze, diskopatii. Funkční změny nejsou vždy v korelaci s organickým nálezem na rozdíl od druhé skupiny vertebrogenních poruch, kde změny na páteři nejsou degenerativního původu, ale mají závažný organický podklad – nádory, zánět, trauma, neurologické syndromy. Bolest je velmi silná i v klidu a progreduje. Vertebrogenní poruchy se dále dělí podle klinických symptomů. Rozhodující je však diagnostika.

Diagnostika bolestí a následné léčení se odvíjí od klinických příznaků a od výsledků para-klinických vyšetření (rtg, CT, MR, laboratoř, elektrofyziologická vyšetření).

U akutních bolestí a akutních exacerbací chronických bolestí je třeba pečlivé vyšetření, abychom nepřehlédli alarmující příznaky, tzv. červené praporečky, indikující závažný problém (kauda, paréza nebo plegie končetiny, porucha močení, krutá bolest i v noci, horečka, laboratorní známky zánětu). „Červené praporečky“ upozorňují na závažné příčiny bolestí, např. útlak míchy, kořene, zánět, metastázy, poruchu integrity obratle apod.

Volba a časování terapie se liší u akutních a chronických bolestí. V obou případech by však měla být léčba komplexní a zahrnovat jak farmakoterapii, tak rehabilitaci. Chronická bolest vyžaduje i zhodnocení psychosociálního stavu pacienta, případně jeho rodiny.

Akutní bolest patří do péče praktického lékaře, neurologa a rehabilitační léčby. Chronická bolest zad je nejčastější diagnózou ambulancí pro léčbu bolesti, kde tvoří 40–60 % všech pacientů.

Málokdy se při léčení chronických bolestí zad omejdeme bez farmakoterapie, což je jen jedna část komplexní péče o tyto pacienty. Vzhledem k dlouhotrvajícím bolestem není vhodné použití NSA a neopioidní analgetika jsou jen pomocnými léky. Slabé i silné opioidy je třeba indikovat s rozvahou, s ohledem na celkový stav, charakter bolesti, věk, komorbiditu i compliance pacienta. Významné místo ve farmakoterapii mají gabapentiny a psychofarmaka.

Zvláště v poslední době nabývají na významu intervenční metody léčby včetně neuromodulačních technik. Nepostradatelná je rehabilitace, často psychoterapie. Nedílnou podmínkou léčebného úspěchu je motivovaný pacient. Redukce váhy a změna životního stylu spolu se zvyšováním pohybové aktivity zvyšují naději na lepší kvalitu života. Pouze komplexní terapie může přinést pozitivní výsledky, v praxi je však někdy obtížné ji zajistit.

Výše uvedené principy budou v prezentaci demonstrovány v několika kazuistikách.

Škola zad – jak předcházet přetížení pohybového systému

Mgr. Michaela Veverková

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Katedra rehabilitace
a fyzikální medicíny

Ucelené koncepty školy zad (ŠZ) zaměřené na prevenci vertebrogenních onemocnění vznikaly od roku 1970 ve Švédsku, Kanadě a v Americe. Současný koncept ŠZ stojí na pomezí několika medicínských oborů – rehabilitace, ergoterapie, pracovního lékařství i hygieny práce a je úzce spojen s ergonomií.

ŠZ je určena pro všechny věkové kategorie. Převážně pro osoby, které mají sedavé zaměstnání, pracují ve vynucených polohách nebo dělají repetitivní pohyby. Lze jí využít u všech vertebrogenních pacientů, ale i u pacientů s potíženími kyčlí, ramen a ve svém důsledku ovlivňuje celý pohybový aparát.

Hlavní náplní ŠZ je prevence přetěžování pohybového aparátu, a to jak v době, kdy se potíže začínají objevovat, tak i ve fázi rekonvalescence, po prodělaném akutním vertebrogenním onemocnění. V akutních bolestivých fázích onemocnění se využívají pouze některé prvky z tohoto konceptu. Trvalejší efekty ŠZ se obvykle dostavují při delším dodržování opatření v řádu měsíců.

Záběr ŠZ je široký. Podle potřeby pacienta se kombinují doporučení z následujících oblastí: Sed – nácvik, rušivé faktory / Židle – pomůcky, kancelář, auto / Pracovní sektor / Zvedání a nošení břemen / Stoj / Leh – spaní, vstávání, polštáře, matrace / Praktický nácvik – hygiena, domácí práce, zahrada, zaměstnání, sport, koníčky / Chůze – boty, vložky, tape / Zdravotní a kompenzační cvičení.

Zásadní části ŠZ jsou takzvaná režimová opatření, která jsou základní náplní dvou metodik – v současné době velmi rozšířené Mechanické diagnostiky a terapie dle McKenzie a trochu opomíjeného konceptu dle Brüggera. V obou metodikách stojí terapeutický efekt na striktním dodržování doporučených režimových opatření a tím se přenáší zodpovědnost za péči o zdraví na pacienta.

Dodržování režimových opatření je důležité, protože celková doba sezení nebo držení těla ve vynucené pozici v zaměstnání zcela překračuje časové možnosti provádění kompenzačních cvičení. I sebelépe vymyšlené kompenzační cvičení, přesně dle potřeb pacienta, nedokáže kompenzovat hodiny strávené v kyfotickém držení bederní páteře nebo předsunutého držení hlavy. Obecně nejdostupnější a nejsnazší kompenzační cvičení je chůze.

ŠZ je výkon hrazený pojišťovnou. Je to výkon rehabilitačního lékaře 21711, vázaný na specializované pracoviště. Tento kód je využíván na lůžkových rehabilitačních odděleních. V ambulantní praxi ŠZ poskytují fyzioterapeuti i ergoterapeuti a je obvykle vykazován jako instruktáž cvičení. Terapeut, po vstupním vyšetření pacienta a po důkladné pracovní anamnéze, obvykle nechá pacienta vysvětlit a ukázat jeho pracovní polohy a na základě těchto informací se navrhnou úpravy a korekce. Součástí doporučení jsou i kompenzační cvičení, individuálně cílené na potíže pacienta. V podstatě ve všech rehabilitačních metodikách, které se zabývají vzpřímeným držením těla, jsou prvky, které je možné využívat ve ŠZ.

Pro doplnění tématu i instruktáž správného držení těla, je možné zhlédnout krátký animovaný film „Pokřivení a Vzpřímení“, který pro výukové účely zdravého životního stylu u dětí natočil McKenzie institut: <https://cz.mckenzieinstitute.org>.

LITERATURA

1. Gúth A. Bolest a škola chrbtice. Bratislava: Liečreh, 2014. Dostupné z: <https://cz.mckenzieinstitute.org/terapeut/ke-stazeni/>
2. Valihrach J. Bolesti při funkčních onemocněních pohybového aparátu dle konceptu dr. Brüggera. Neurologie pro praxi 2003; 4: 197–199. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/neu/2003/04/08.pdf>

Kardiovaskulární onemocnění

garant prof. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.

pátek / 8. října 2021 / 11.20–12.40 hod.

Nové strategie prevence kardiovaskulárních příhod: arteriální hypertenze modelem

prof. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.

3. interní klinika VFN a 1. LF UK Praha

Ovlivnění rizika aterosklerotických kardiovaskulárních onemocnění (ASKVO) vyžaduje komplexní diagnostiku a léčbu všech ovlivnitelných rizikových faktorů. V současnosti máme

k dispozici řadu terapeutických možností, jejichž kombinací lze příznivě ovlivnit cévní riziko každého léčeného, i když se nepodaří dosáhnout cílové hodnoty všech rizikových faktorů. Kromě nových terapeutických možností lze výsledky preventivních postupů podstatně zlepšit také zavedením nových strategií. První z nich je důraz na časnost diagnostiky a správné stanovení rizika. To umožní včasné zahájení léčby. Čím déle se daří rizikový faktor kontrolovat, tím výraznější ovlivnění rizika cévní příhody dosáhneme. Máme jasné důkazy podporující toto tvrzení z oblasti léčby dvou nejdůležitějších rizikových faktorů ASKVO, terapie dyslipidemií a arteriální hypertenze. Zásadní vliv na výsledný efekt mají dva faktory: terapeutická inercie a non-adherence. První z nich ovlivňujeme pomocí důkazů z klinického výzkumu, formulací doporučených postupů a jejich implementací v systému celoživotního vzdělávání. Důležitý předpoklad pro zlepšení terapeutické inercie je její rozpoznání a identifikace jejích příčin. V poslední době se k možnostem jejího potlačení přidávají i psychobehaviorální postupy. Zlepšení adherence začíná opět rozpoznáním míry rozsahu problému. Minimálním požadavkem je zařazení dotazu na adherenci do běžného rozhovoru při každé návštěvě. Edukace má ve zlepšení adherence zásadní postavení, nemocný musí pochopit, proč je dodržování léčebného režimu významné. Relevantní a ověřené internetové zdroje informací mohou být cennou edukační pomůckou. Adherenci zlepšuje správná volba léčebného režimu, pomáhá i self- a telemonitoring. Zlepšení výsledků prevence ASKVO je možné dosáhnout nejen zavedením nových léčebných možností, ale také změnou strategií používání těch současných a zaměřením na významné faktory (inercie, adherence) určující výsledný efekt léčby.

Vyšší tepová frekvence u hypertoniků jako prediktor horší prognózy

MUDr. Michaela Šnejdrová, Ph.D.

Centrum preventivní kardiologie, 3. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Málo diskutovanou skutečností je fakt, že velmi častým jevem u pacientů s hypertenzí je zvýšená tepová frekvence (TF). Více než 30 % pacientů s hypertenzí má klidovou TF 80 tepů/min nebo více. Přitom z řady klinických studií víme, že zvýšená klidová TF je u běžné populace spojena s nepříznivou KV prognózou – zvýšeným rizikem KV onemocnění, ICHS, náhlého srdečního úmrtí i celkové mortality. Zvýšená TF (klidová TF > 80 tepů/min) je proto u hypertenze uznávaným KV rizikovým faktorem. Nedostatečná kontrola TK, ale i dlouhodobě zvýšená sympatická nervová aktivita, a tedy i TF, zůstává nadále zásadním problémem. Mezi faktory související s nedostatečnou kontrolou TK patří terapeutická inercie (mnoho pacientů zůstává na monoterapii a/nebo užívá suboptimální dávky, a to i přes nedostatečnou kontrolu TK) a nízká adherence k léčbě.

Moderní řešení pro obézní hypertoniky

MUDr. Peter Wohlfahrt, PhD.

Centrum kardiovaskulární prevence 1. LF UK a FTN, Praha

Pracoviště preventivní kardiologie IKEM, Praha

1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Arteriální hypertenze (AH) a obezita patří mezi šestici nejvýznamnějších rizikových faktorů, které vedou k úmrtí ve světě. Oba rizikové faktory zvyšují riziko nejenom kardiovaskulárních onemocnění, ale i riziko nádorů a chronického ledvinového onemocnění. Existuje úzké obousměrné propojení obezity a AH. Obezita zvyšuje riziko vzniku AH dvojnásobně až trojnásobně a u obézních pacientů bývá obtížnější dosáhnout kontroly tlaku krve. Na druhé straně, pozitivní rodinná anamnéza AH predikuje vznik centrální obezity. Současně, osoby s vyšším krevním tlakem mají vyšší riziko vzestupu hmotnosti než osoby s nižším tlakem. Ústředním motivem elevace krevního tlaku při obezitě je zvýšená retence sodíku a vody způsobená aktivací systému renin-angiotenzin a zvýšenou sympatickou aktivitou. Recentní analýza dat z reálné praxe

poukazuje na účinnost, bezpečnost a metabolickou neutralitu fixní kombinace perindopril/indapamid u osob s AH a obezitou, diabetes mellitus 2. typu nebo metabolickým syndromem.

„To důležité je očím neviditelné“... aneb nelehký život s CVD

MUDr. Júlia Černožorská, Ph.D.

Dermal Centre Mělník

Onemocnění žil častokrát začíná nenápadně, bez viditelných klinických příznaků. Bolesti nohou nebo křeče vymizí do druhého dne, a proto pacienti vyšetření u praktického lékaře nebo specialisty odkládají. To vede k progresi CVD a postupnému snížení kvality života pacientů.

V patofyziologii CVD hraje důležitou roli zánět, který je pozorován už v prvních stádiích CVD. V důsledku dlouhotrvající žilní hypertenze a chronického zánětu dochází k poškození žilních chlopní a k přestavbě žilní stěny. To vede k prohloubení žilní hypertenze a vzniku refluxu, následkem čeho je postižena i mikrocirkulace. Změny v propustnosti a morfologii kapilár vedou k otoku, ke změnám v kůži, vzniku fibrinových manžet v okolí kapilár, jejich okluzi, ischemii až vzniku bércevého vředu.

V průběhu všech stadií CVD se objevují nespecifické symptomy, nejčastěji bolest. Diferenciální diagnostice symptomů je nutné věnovat velkou pozornost, a proto by u každého pacienta s CVD mělo být klíčové angiologické vyšetření a následná konzultace na cévně-chirurgické ambulanci. Ve vybraných kazuistikách poukazují na to, že ne všichni pacienti s CVD jsou vhodní k chirurgické intervenci a jejich jediná možnost je celoživotní a správně nastavená konzervativní léčba ležící na třech pilířích – systémové léčbě, kompresi a dodržování režimových opatření.

V přednášce chci také poukázat na nejčastější chyby, které pacienti v léčbě žilního onemocnění dělají, a vysvětlit význam multioborové spolupráce.

Můj pacient má... aneb nejčastější příznaky nasvědčující kardiovaskulárnímu onemocnění

garant prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc.

pátek / 8. října 2021 / 13.30–14.30 hod.

Bolest na hrudi

doc MUDr. Jiří Kettner, CSc.

Klinika kardiologie IKEM, Praha

Bolest na hrudníku je častou stížností nemocných na urgentním příjmu, ale i v ambulanci praktického lékaře. Představuje širokou diferenciální diagnózu, která zahrnuje onemocnění **srdce, aorty, plic, pleury, páteře a žeber, mediastina, jícnu, žaludku** i dalších orgánů dutiny břišní. Důvodem jsou sdílené aferentní nervové dráhy. Lékaři se však musí **vždy soustředit** především na rozpoznání a vyloučení **život ohrožujících příčin bolestí na hrudníku** – mezi ně patří zejména akutní koronární syndrom, disekce aorty, akutní plicní embolie, závažné poruchy srdečního rytmu, pneumothorax, perforace žaludečního vředu či jícnu s mediastinitidou.

Na urgentním příjmu nemocnice je bolest na hrudi **druhou nejčastější** stížností a až u 20 % nemocných jde o kardiovaskulární příčinu. Přibližně u 55 % nemocných přicházejících pro akutní bolest na hrudi je za obtíže zodpovědná nekardiální příčina. Na druhou stranu se odhaduje, že 4–5 % nemocných, kteří odcházejí od lékaře s diagnózou „nekardiální bolest na hrudi“, má ve skutečnosti nestabilní anginu pectoris nebo dokonce akutní infarkt myokardu. Obtíže v diagnostice **akutního koronárního syndromu (AKS)** jsou dány velmi širokým spektrem příznaků, kterými se může manifestovat. Anamnéza, komorbidita, charakter bolesti, 12svodové EKG

detralex®

MPFF® – mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce

ČÍSLO 1
v mezinárodních i NOVÝCH
národních doporučeních^{1,2}



**Chronické žilní
onemocnění**
2 tbl denně

**Hemoroidální
onemocnění**
až 6 tbl denně

Zkrácená informace o přípravku Detralex®

SLOŽENÍ*: Flavonoidorum fractio purificata micronisata 500 mg (mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce - MPFF): Diosminum 450 mg, Flavonoida 50 mg vyjádřené jako Hesperidinum v jedné potahované tabletě. **INDIKACE***: Léčba příznaků a projevů chronické žilní insuficience dolních končetin, funkčních nebo organických: pocit tíhy, bolest, noční křeče, edém, trofické změny, včetně bérčového vředu. Léčba akutní ataky hemoroidálního onemocnění, základní léčba subjektivních příznaků a funkčních objektivních projevů hemoroidálního onemocnění. Přípravek je indikován k léčbě dospělých. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ***: *Venolymfatická insuficience*: 2 tablety denně. *Hemoroidální onemocnění*: Akutní ataka: 6 tablet denně během 4 dní, poté 4 tablety denně další 3 dny. Udržovací dávka: 2 tablety denně. **KONTRAINDIKACE***: Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ***: Podávání přípravku Detralex v symptomatické léčbě akutních hemoroidů nevyklučuje léčbu dalších onemocnění konečnicku. Pokud symptomy brzy neodezní, je nutné provést proktologické vyšetření a léčba by měla být přehodnocena. Hladina sodíku: bez sodíku**. **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 ŘÍDIT 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: 7. 8. 2021. 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

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

a určení hladiny troponinu jsou základními přístupy u nemocného se suspektním AKS. Prakticky identický klinický obraz mají nemocní s Tako-tsubo syndromem, jejichž počet v poslední době narůstá a vždy vyžadují k vyloučení AKS provedení selektivní koronarografie.

U lůžka provedené **ultrazvukové** vyšetření je velmi přínosné a může přispět k časnému odhalení příčiny bolestí u dalších závažných stavů, jako **je disekce aorty, plicní embolie nebo pneumothorax**. Při silné bolesti na hrudníku doporučuji vždy myslet na **akutní disekci aorty**. Nemocný je totiž ohrožen při ruptuře aorty do perikardu smrtící tamponádou, při ruptuře aorty do kořene akutní regurgitací, popřípadě rozsáhlým IM při uzávěru kmenů koronárních tepen. Kolem **20 % nemocných zemře ještě před přijetím do nemocnice** a zhruba **30 % v průběhu příjmu a úvodního vyšetřování**. Jedině včasná a přesná diagnóza a chirurgická léčba jsou rozhodující pro přežití. Na akutní disekci aorty je nutné myslet u nemocného s krutou a zničující náhle vzniklou bolestí propagující se do zad mezi lopatky, břicha, beder, který se léčí s hypertenzí nebo má známé onemocnění aortální chlopně či **marfanoidní habitus** (vysoký vzrůst, dlouhé tenké končetiny i prsty, trychtýřovitý hrudník, kyfoskolióza, krátkozrakost). Diastolický šelest nad aortou, pozitivní D-dimery, rozšířený srdeční stín na RTG snímku a suspektní echokardiografický nález (intimal flap) jsou důvodem urychleného provedení **CT vyšetření** k potvrzení diagnózy a urgentní operaci v případě disekce typu A. V případě **akutní plicní embolie (APE)** se vyskytuje bolest na hrudníku v 60–70 % typicky spolu s náhle vzniklou výraznou **dušností** bez nápadnějšího fyzikálního nálezu na plicích. Výskyt **synkopy** ukazuje na hemodynamicky závažnou APE a mortalita je spojená především s rozsahem embolizace a komorbiditami. Okluze plicního krevního toku má za následek plicní hypertenzi, dysfunkci pravé komory, špatnou výměnu krevních plynů, a nakonec infarkt plicního parenchymu. U více jak 50 % nemocných je zdrojem embolu hluboká žilní trombóza DK. Zavedení **D-dimerů a CT angiografie** výrazně zvýšilo počet diagnostikovaných APE. Přínosná je bedside **echokardiografie** – nález dilatace PK, McConnellova znamení (hypo- až akineza volné stěny PK při normální kinetice hrotu) a D shape (tvar levé komory v parasternální projekci na krátkou osu) je jasným signálem u akutní dušnosti k **zahájení léčby**. Včasná diagnóza a léčba snižují úmrtnost zejména hemodynamicky nestabilních plicních embolií.

Palpitace

prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc., FESC

Klinika kardiologie IKEM, Praha

Palpitace je poměrně častý příznak (název pochází z latinského *palpitare* – *trhat sebou, pulzovat*), který popisuje zvýšené až nepříjemné uvědomování si srdečního rytmu. Palpitace nesouvisející s fyziologickými podněty (např. zátěž) jsou obvykle příznakem poruch srdečního rytmu – arytmií. Nicméně v některých případech může jít o projev jiného onemocnění, jako hyperfunkce štítné žlázy, hypoglykemie nebo anémie. Odhaduje se, že palpitace jsou důvodem vyšetření u lékaře ve více než 15 % případů.

Charakter palpitací, který je potřeba zjistit odběrem anamnézy, může napovědět, o jakou situaci se jedná. Důležité je, že subjektivní vnímání palpitací nemusí nikterak korelovat se závažností stavu, jehož jsou palpitace projevem.

Nejdůležitější je zajistit co nejpřesnější popis palpitace: 1) Nejčastěji jde o pocit přeskokování srdce s intenzivnějším stahem, obvykle v klidu. Jde buď o supraventrikulární nebo komorové extrasystoly. Ani jeden stav neohrožuje pacienta bezprostředně na životě, i když četnější komorové extrasystoly u pacienta se známým srdečním onemocněním, zejména s dysfunkcí levé komory, mohou představovat zvýšené riziko vzniku maligních arytmií. 2) Další důležitý typ palpitace je rychlé bušení srdce s náhlým začátkem a koncem. Pokud požádáme pacienta, aby vytukal prsty na stole frekvenci bušení srdce, bývá to obvykle nad 150/min. Nejčastěji jde o projev některé ze supraventrikulárních nebo idiopatických komorových arytmií. Pokud pacient líčí, že situaci dokáže zvládnout vagovým manévrem, jde prakticky jistě o AV uzlovou

Spojení silných molekul pro kardioprotekci vašich pacientů



COSYREL[®]

bisoprolol fumarát + perindopril arginin

Zkrácená informace o přípravku COSYREL®: SLOŽENÍ*: Cosyrel 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, potahované tablety, obsahují bisoprolol fumaras (bis) 5 mg/ perindoprilum argininum (per) 5 mg, 5 mg bis/10 mg per, 10 mg bis/5 mg per; 10 mg bis/10 mg per. **INDIKACE*:** Cosyrel je indikován k léčbě hypertenze a/nebo stabilní ischemické choroby srdeční (u pacientů s infarktem myokardu a/nebo revaskularizací v anamnéze) a/nebo stabilního chronického srdečního selhání se sníženou systolickou funkcí levé komory (pouze Cosyrel 5 mg/5 mg a Cosyrel 10 mg/5 mg) jako substituční léčba u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných bisoprololem a perindoprilem podávanými současně ve stejné dávce. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ*:** Obvyklá dávka je jedna tableta jednou denně, nejlépe ráno a před jídlem. Pacienti musí být stabilizováni na léčbě bisoprololem a perindoprilem ve stejné dávce po dobu nejméně 4 týdnů. Fixní kombinace není vhodná k iniciální léčbě. U pacientů stabilizovaných na dávce bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 2,5 mg nebo bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 5 mg: půl tablety obsahující 5 mg/5 mg nebo 5 mg/10 mg jednou denně. Je-li nutná změna dávkování, titraci je nutno provádět za použití jednotlivých složek samostatně. **Porucha funkce ledvin:** Doporučené dávkování podle clearance kreatininu, 5 mg/5 mg: $Cl_{cr} \geq 60$ (ml/min): 1 tableta; $30 < Cl_{cr} < 60$: ½ tablety; $Cl_{cr} < 30$; přípravek není vhodný, doporučená titrace dávky za použití jednotlivých složek samostatně, 5 mg/10 mg: $Cl_{cr} \geq 60$: tablety; $Cl_{cr} < 60$; přípravek není vhodný, 10 mg/5 mg: $Cl_{cr} \geq 60$: 1 tableta; $Cl_{cr} < 60$; přípravek není vhodný, 10 mg/10 mg; přípravek není vhodný. **Porucha funkce jater:** není nutná úprava dávkování. **Starší pacienti:** podávání podle renální funkce. **Pediatrická populace:** Bezpečnost a účinnost nebyla stanovena, použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **KONTRAINDIKACE*:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na jiné inhibitory angiotensin-konvertujícího enzymu (ACE); akutní srdeční selhání nebo probíhající epizody srdeční dekompenzace vyžadující i.v. inotropní terapii; kardiogenní šok; AV blok druhého nebo třetího stupně (bez pacemakeru); sick sinus syndrom; sinoatriální blokáda; symptomatická bradykardie; symptomatická hypotenze; závažné bronchiální astma nebo chronická obstrukční plicní nemoc; závažné formy periferního arteriálního okluzivního onemocnění nebo Raynaudova syndromu; neléčený feochromocytom (viz bod Upozornění*); metabolická acidóza; anamnéza angioneurotického edému souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE; dědičný nebo idiopatický angioneurotický edém; 2. a 3. trimestr těhotenství (viz body Upozornění*, Těhotenství a kojení*), současně užívání s přípravky obsahující aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo s poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m²) (viz body Upozornění*, Interakce* a Farmakodynamické vlastnosti*), současně užívání se sakubitrilem/valsartanem, Cosyrel nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu** (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 fungující ledviny (viz bod Upozornění*). **UPOZORNĚNÍ*:** **Hypotenze:** u pacientů s poklesem objemu tělních tekutin, se symptomatickým srdečním selháním se současnou renální insuficiencí nebo bez ní, s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárními chorobami je při zahájení léčby a změně dávky zapotřebí pečlivé monitorování. Náhlá hypotenze neodpovídá kontraindikaci pro podání dalších dávek, které mohou pacienti obvykle užívat bez obtíží, jakmile jim po doplnění objemu stoupne krevní tlak. **Hypersenzitivita/angioedém/intestinální angioedém:** vysadit a zahájit monitorování až do úplného vymizení symptomů. Léčba betablokátořem musí pokračovat. Angioedém spojený s tokem hrtnu může být smrtelný. Současné užívání perindoprilu a sakubitrilu/valsartanu je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Léčbu sakubitrilem/valsartanem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčbu perindoprilem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání inhibitorů ACE s racekadotrilem, mTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin) může vést ke zvýšenému riziku angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka spolu s poruchou dýchání nebo bez poruchy dýchání). U pacientů, kteří již užívají inhibitor ACE, je třeba opatrnosti při počátečním podání racekadotrilu, mTOR inhibitorů (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptinů (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin)*. **Selhání jater:** vzácně byly inhibitory ACE spojovány se syndromem, který začíná cholestatickou žloutenkou a progreduje ve fulminantní jaterní nekrózu a (někdy) v úmrtí: ukončit léčbu v případě rozvoje žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů. **Černošská populace:** perindopril může být méně účinný a způsobit vyšší procento angioedému ve srovnání s jinými rasami. **Neproductivní kašel.** **Hyperkalemie:** časté monitorování koncentrace draslíku v krvi v případě renální insuficience, zhoršení renálních funkcí, věk > 70 let, diabetes mellitus, dehydratace, akutní srdeční nedostatečnost, metabolická acidóza a současně užívání diuretik draslík-šetřících diuretik, draslíkových doplňků, náhrad solí s obsahem draslíku, léčivých přípravků, které mohou způsobovat vzestup sérových koncentrací draslíku a zejména antagonistů aldosteronu nebo blokátů receptorů angiotensinu**. U pacientů užívajících ACE inhibitory mají být proto kalium šetřící diuretika a blokátory receptorů angiotensinu užívány opatrně a má být kontrolována hladina draslíku v séru a funkce ledvin*. **Kombinace s lithiem, s draslík-šetřícími diuretiky, draslíkovými doplňky nebo náhradami solí obsahující draslík, kalciovými antagonisty, antiarytmiky třídy I a centrálně působícími antihypertenzivy:** se obecně nedoporučuje. **Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS): současné užívání inhibitorů ACE, blokátů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu zvyšuje** riziko hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Duální blokáda RAAS se proto nedoporučuje. Inhibitory ACE a blokátory 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/hypertrofičká 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 urey a kreatininu; v případě renovaskulární hypertenze je riziko těžké hypotenze a renální insuficience zvýšené. **Renovaskulární hypertenze:** Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné fungující 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 mimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. **Transplantace ledvin, srdeční selhání s inzulin dependentním diabetem mellitem (typ I), těžkou poruchou funkce ledvin, těžkou poruchou funkce jater, restriční kardiomyopatií, vrozeným srdečním onemocněním, hemodynamicky signifikantním organickým onemocněním chlopní, infarktem myokardu v předchozích 3 měsících:** nejsou zkušenosti s podáváním. **Anafylaktoidní reakce během aferézy nízkodenzitních lipoproteinů (LDL) pomocí dextran-sulfátu:** vzácně se vyskytl život ohrožující anafylaktoidní reakce. Ize předejít dočasným vysazením léčby inhibitory ACE před každou aferézou. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** dočasně vysadit léčbu před vyšetřeními. Tyto reakce se znovu objevily po náhodném opětovném vystavení. Bisoprolol může zvýšit senzitivitu vůči alergenům i závažnost anafylaktoidních reakcí. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anemie:** extrémní opatrnost u pacientů s kolagenovým vaskulárním onemocněním, s imunosupresivní léčbou, léčbou aluprinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů. **Bronchospasmus (bronchiální astma, obstrukční onemocnění dýchacích cest):** souběžně podávání bronchodilatační terapie. **Anestezie:** pokud je nutné betablokátoř vysadit, je třeba to provádět postupně a ukončit 48 hodin před anestézií. **Psoriáza:** podání po zvážení přínosu a rizika. **Feochromocytom:** podávání bisoprololu vždy s blokátorem alfa-receptorů. **Tyreotoxikóza:** symptomy mohou být maskovány. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. **Těhotenství:** zastavit léčbu. V případě nutnosti zahájit alternativní léčbu. Pomocné látky: 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 (methyldopa, moxonidin, rilmenidin); antiarytmika třídy I (chinidin, disopyramid, lidokain, fenytoin, flekainid, propafenon); antagonisté kalcia typu verapamilu a v menší míře diltiazem; aliskiren a blokátory receptorů pro angiotenzin II; estramustin, hepariny, imunosupresiva jako cyklosporin nebo takrolimus, trimethopazol a kotrimoxazol (trimethoprim/sulfamethoxazol), draslík šetřící diuretika (triamteren, amilorid), draslík (solí); lithium. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** antiidiabetika (inzulin, perorální antiidiabetika); nesteroidní antiflogistika (NSAID) včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den; antihypertenziva a vasodilatační; tricyklická antidepresiva/antipsychotika/anestetika; sympatomimetika; antagonisté kalcia dihydropyridinového typu (felodipin, amlodipin); antiarytmika třídy III (amiodaron); parasympatomimetika; lokální betablokátoři (např. oční kapky k léčbě glaukomu); digitalisové glykosidy; baklofen; draslík nešetřící diuretika; draslík šetřící diuretika (epleron, spironolakton); racekadotril, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin). **Kombinace vyžadující určitou opatrnost:** meflochin, inhibitory monoaminooxidázy (kromě inhibitorů MAO-B), zlato. **TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ*:** Podávání není doporučeno v prvním trimestru těhotenství a během kojení. Podávání je kontraindikováno ve 2. a 3. trimestru těhotenství. **FERTILITA* - ÚČINNOST NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE*:** u některých pacientů se mohou vyskytnout individuální reakce související s nízkým krevním tlakem. V důsledku toho může být schopnost řídit a obsluhovat stroje narušena. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY*:** **Velmi časté:** bradykardie. **Časté:** bolest hlavy, závrať, vertigo, dysgeuzie, parestezie, porucha zraku, tinitus, zhoršení srdečního selhání, hypotenze a účinky související s hypotenzí, pocit chladu nebo znečištěnosti končetin, kašel, dyspnoe, bolest břicha, zácpa, průjem, nauzea, zvracení, dyspepsie, vyrážka, pruritus, svalové křeče, astenie, únava. **Méně časté:** eozinofilie, hypoglykemie, hyperkalemie, hyponatremie, změny nálady, poruchy spánku, deprese, somnolence, synkopa, palpitace, tachykardie, poruchy AV vedení, ortostatická hypotenze, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, angioedém obličej, končetin, rtů, sliznic, jazyka, glottis a/nebo hrtnu, kopřivka, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, hyperhidróza, svalová slabost, artralgie, myalgie, renální insuficience, erektilní dysfunkce, bolest na hrudi, malátnost, periferní edém, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, pád. **Vzácné:** rinítida, noční můry, halucinace, snížená tvorba slz, poruchy sluchu, hepatitida cytolytická nebo cholestatická, hypersenzitivní reakce (svědění, zčervenání, vyrážka), zhoršení psoriázy, poruchy potence, vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi, zvýšená hladina triglyceridů. **Velmi vzácné:** agranulocytóza, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, trombocytopenie, hemolytická anemie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, zmatenost, konjunktivitida, arytmie, angina pectoris, infarkt myokardu a cévní mozková příhoda, možné sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, eosinofilní pneumonie, pankreatitida, erythema multiforme, alopecie, betablokátoři mohou způsobit vyrážku připomínající psoriázu nebo zhoršit vyrážku připomínající psoriázu, akutní renální selhání, snížená hladina hemoglobinu a snížený hematokrit. 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. **Není známo:** Raynaudův fenomén. **PŘEDÁVKOVÁNÍ*, VLASTNOSTI*:** Bisoprolol je vysoce beta-, selektivní blokátor adrenoreceptorů bez vnitřní sympatomimetické a membrány stabilizující aktivity. Perindopril je inhibitor enzymu, který konvertuje angiotenzin I na vazokonstriktor angiotenzin II (ACE). **BALENÍ*:** Balení 30, 90 potahovaných tablet přípravku Cosyrel 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg. **Uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky uchovávání ani zacházení. **Držitel rozhodnutí o registraci: LES LABORATOIRES SERVIER**, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Registrační čísla: **58/563-566/15-G**. **Datum poslední revize textu:** 11.6.2021. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách a jsou na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz * pro úplnou informaci si prosím přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku ** všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku Cosyrel

reentry nebo AV reentry tachykardií. Idiopatické komorové arytmie u jinak zdravých, obvykle mladších osob vznikají často po tělesné námaze. Opět nejde o život ohrožující stav a pacient by měl být poslán k provedení katetrizační ablace. 3) Bušení srdce u nemocných se strukturálním postižením srdce (např. po infarktu myokardu atd.) bývá projevem komorové tachykardie, nicméně může jít i o jiné arytmie. Mělo by být podnětem k zavolání záchranné služby, zejména pokud je spojeno s pocitem slabosti, dušnosti nebo bolesti na hrudi. 4) Opakující se epizody palpitací se synkopami, často i s křečemi u jinak zdravých jedinců mohou svědčit pro některou z „kanálopatí“. Jde například o syndrom dlouhého nebo krátkého QT, syndrom Brugadaových nebo další. Zde je kromě natočení EKG důležitá i rodinná anamnéza. Pokud má pacient v rodinné anamnéze náhlá úmrtí (nebo pokud je léčen neúspěšně pro „epilepsii“), měl by být vyšetřen na kardiologickém pracovišti.

Kromě anamnézy je důležité fyzikální a základní laboratorní vyšetření (k vyloučení jiných příčin). Samozřejmě, některá z forem EKG záznamu je pro diagnostiku arytmií základním vyšetřením.

Urgentní vyšetření pro palpitace

- Palpitace při zátěži, se synkopou nebo presynkopou
- Rodinná anamnéza náhlé smrti nebo „kanálopatí“
- AV blokáda 2.–3. stupně na EKG
- Synkopy nebo EKG obraz komorové tachykardie při strukturálním postižení srdce

Léčba

Léčba palpitací je určena jejich příčinou. Při nepříliš četných extrasystolách stačí obvykle uklidnění nemocného nebo betablokátory. Je důležité mít na paměti, že většinu setrvalých tachyarytmií lze léčit nebo vyléčit katetrizační ablací.

Synkopy

MUDr. Jana Hašková

Klinika kardiologie IKEM, Praha

Synkopa je označení pro náhlou, krátkodobou ztrátu vědomí, která obvykle u stojícího pacienta končí pádem. Úprava stavu je velmi rychlá.

Synkopa není sama osobě onemocněním, ale příznakem. Příčina je ve většině případů banální, může však být projevem závažného onemocnění. Proto by měl být původ synkopy vždy posouzen lékařem.

Konečnou příčinou synkopy je porucha prokrvení mozku z různých příčin. Nejčastěji jde o pokles tlaku nebo snížení návratu krve k srdci, které poté nemá co čerpat. Synkopu rozlišujeme na nervově-zprostředkovanou, synkopu při ortostatické hypotenzii a synkopu srdečního původu.

Nervově zprostředkovaná synkopa je daleko nejčastější. Příčinou je pokles tlaku a tepu při delším stání nebo některých nepříjemných stavech (odběr krve apod.). Prodromy i příznaky jsou charakteristické. Není proto často potřeba žádného dalšího vyšetřování. Stav vyžaduje ujištění pacienta o benigní povaze a poučení o režimových opatřeních.

Ortostatická synkopa – tj. pokles tlaku po postavení. Tato synkopa bývá nejčastěji navozena léky, které snižují tlak. Může přispět i nedostatečný příjem tekutin. Také ji vídáme u některých interních nemocí (DM, Parkinsonova nemoc). Pokud je anamnéza jasná a je dokumentován pokles krevního tlaku po postavení, také častokrát nevyžaduje dalšího vyšetřování.

Kardiální synkopa je nejdůležitější, protože může být projevem závažného srdečního nebo cévního onemocnění. V zásadě rozlišujeme mdlobu způsobenou arytmiemi nebo poruchou proudění krve v srdci. Z arytmií může způsobit omdlení jednak bradyarytmie, ale také tachyarytmie – především komorové. Poměrně typická bývá anamnéza u arytmií při tzv. kanálopatích, které mají genetický podklad, na základě kterého je vyšší riziko vzniku polymorfních

komorových tachyarytmií. Ty mají většinou spontánní konec a vedou proto typicky k synkopám bez prodromů, někdy i s křečemi a pomočením. Proto je řada pacientů léčena omylem pro epilepsii. Nejčastější geneticky podmíněnou kanálopatii je syndrom dlouhého QT. Často mívá podobné potíže více členů rodiny nebo jsou v rodinné anamnéze případy náhlého úmrtí. Tehdy je nutné pacienta poslat na kardiologické vyšetření.

Poruchy toku krve mohou být způsobeny chlopenními vadami, jako je například zúžení aortální chlopně, hypertrofická kardiomyopatie s obstrukcí, nádory srdce nebo plicní embolie. Většinou bývá abnormální fyzikální nález na srdci (šelesty). Synkopy se vyskytují v takových případech charakteristicky při zátěži nebo změně polohy.

Rozpoznání srdeční příčiny synkopy je důležité, protože se ve většině případů dá nějak léčit vyvolávající příčina nebo ji lze zcela odstranit.

Důležité body pro praxi

Při vyšetření pacienta s mdlobou je v první řadě nutno rozhodnout, zda šlo skutečně o synkopu – řada stavů může synkopu připomínat. Hlavní roli v diagnostice hraje tzv. vstupní vyšetření. To sestává z detailní anamnézy od nemocného a svědků, dále z fyzikálního vyšetření a ze standardního EKG záznamu. Na základě tohoto vyšetření lze stanovit diagnózu až v 60 % případů.

Pro praxi je důležité rozhodnutí o tom, které pacienty okamžitě hospitalizovat. Všeobecně se přijímá za indikace synkopa při anamnéze ICHS nebo srdečního selhání nebo známých komorových arytmií, synkopa s bolestmi na hrudi, synkopa u pacienta s fyzikálním nálezem podezřelým z chlopenní vady, srdečního selhání nebo mozkové příhody. Pokud je k dispozici EKG, potom jsou důvodem k hospitalizaci významné bradyarytmie, prodloužení QT, blokáda levého raménka Tawarova nebo komorové arytmie. Je vhodné hospitalizovat i nemocné s poraněním při synkopě, pacienty s četnými epizodami synkopy nebo pacienty starší 70 let věku.

Aktuality do vaší ordinace

pátek / 8. října 2021 / 14.30–16.15 hod.

Správná kalémie u srdečního selhání je výše, než byste možná čekali: kde je a jak se k ní dostat?

prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D.

I. interní kardiologická klinika, FN Hradec Králové

Napadlo Vás někdy nebo pozastavili jste se někdy nad tím, že normokalémie má de facto jen jedno rozmezí fyziologických hodnot a nijak nezohledňuje třeba pohlaví nebo diagnózu? Jakoby platilo, že „křížek v závorce“ z laboratoře je stav fyziologický a tedy vždy správný, bez důvodu k intervenci.

U chronického srdečního selhání je nově jasně prokázáno, že optimální kalémie koreluje s obecně platným rozmezím normokalémie jen částečně. Pro tuto diagnózu je potvrzeno specifické rozmezí hodnot – optimum, při kterém je prognóza jasně nejpříznivější. Při odchýlení se od tohoto optima se prognóza významně zhoršuje.

Kde toto optimum leží? Jak intervenovat? Jak využít suplementace draslíku? Odpovědi poskytne tato přednáška.

Pacient žijící s HIV v ambulanci praktického lékaře

doc. MUDr. Dalibor Sedláček, CSc.

Klinika infekčních nemocí a cestovní medicíny, FN Plzeň

Infekce HIV vede postupně ke zhoršování funkce imunitního systému, což je spojeno s rozvojem oportunních infekcí a nádorů, a v terminální fázi k jeho úplnému selhání. I při současné



V ČR žijí tisíce osob, které o své nákaze HIV nebo žloutenkou typu C neví.

Udělejte si krátký test pro dlouhý život.

WWW.TESTUJSEVCAS.CZ

- Veškeré informace na jednom místě
- Základní fakta o nemoci a jejích projevech
- Co je dobré vědět a kdy je důležité se otestovat
- Přehled testovacích a léčebných center



pokročilosti medicíny zůstává infekce virem HIV nadále opředena řadou mýtů a iracionální stigmatizací, a to i mezi zdravotníky. V současnosti je k dispozici vysoce účinná antiretrovirová léčba, která pacientům umožňuje žít plnohodnotný život bez výrazných omezení, a to včetně založení rodiny. Stěžejní je zahájení léčby v časném stadiu onemocnění, což jde ruku v ruce s brzkým stanovením diagnózy. Zatím se stále setkáváme se zdravotníky, kteří mají obavy pečovat o HIV pozitivní pacienty. Je třeba podotknout, že diagnostikovaný a léčený pacient je výrazně méně infekční oproti pacientovi, který o své nemoci zatím neví. K ovlivnění epidemiologické situace výskytu HIV v ČR je nutné používat všechny nástroje, které máme k dispozici, tedy osvětu a prevenci, preexpozici a postexpozici profylaxi, diagnostiku a léčbu již infikovaných pacientů. Role praktického lékaře je nezastupitelná jak v prevenci, tak ve vyhledávání HIV pozitivních pacientů.

Více informací naleznete na webu testujsevcas.cz.

CS-UNB-0016

Datum přípravy 8/2021.

Koho dokážeme léčit a vyléčit s hepatitidou C

doc. MUDr. Jan Šperl, CSc.

Klinika hepatogastroenterologie, Institut klinické a experimentální medicíny v Praze

Infekce virem hepatitidy C je onemocnění, kterému se lékaři věnují již přes 30 let. Má necharakteristický klinický obraz, důsledkem může být jaterní cirhóza a hepatocelulární karcinom. Na hepatitidu C je nutno aktivně myslet a vyšetřovat v tomto směru zejména pacienty z rizikových skupin – příjemce transfuzí před rokem 1992, osoby s anamnézou i.v. užívání drog, osoby s rizikovým sexuálním chováním. Současná farmakoterapie přímo působícími antivirotiky přinesla možnost úplného vyléčení HCV infekce, je podstatně kratší a komfortnější ve srovnání s dříve užívanou interferonovou léčbou. Dlouhodobým cílem je eliminace HCV infekce v souladu se strategií WHO. Aktivní vyhledávání a testování infikovaných nemocných je nezbytné pro včasnou a úspěšnou léčbu. Předpokladem je spolupráce lékařů, sociálních pracovníků a nízkoprahových zařízení.

CS-UNB-0020

Datum přípravy 8/2021.

Lékové problémy a bezpečnost farmakoterapie

garant doc. PharmDr. Josef Malý, Ph.D.

pátek / 8. října 2021 / 16.45–18.00 hod.

Lékové problémy v teorii a praxi

doc. PharmDr. Josef Malý, Ph.D.

Katedra sociální a klinické farmacie, Farmaceutická fakulta UK v Hradci Králové

Oddělení klinické farmacie, Nemocniční lékárna, Fakultní nemocnice v Motole, Praha

Podání léčiv je nedílnou součástí moderních postupů při léčbě a prevenci akutních i chronických onemocnění. Po vstupu léčiva do klinické praxe na něho čeká různě dlouhá a někdy značně složitá dráha, do které se promítají faktory související nejen s vlastnostmi léčiva, ale také např. s chováním zdravotníků a pacientů, principy lékové politiky nebo ekonomickými možnostmi plátců. Otázky spojené s bezpečností pacientů proto představují stále velmi aktuální téma. Cílem tzv. kultury bezpečí je vytvoření takového prostředí ve zdravotnickém zařízení, v němž je chování jednotlivce a kolektivu založeno na neustálém úsilí minimalizovat poškození pacienta, k němuž by mohlo dojít v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, včetně používání léčiv. Jakékoli problémy spojené s farmakoterapií (drug-related problems;

DRP) se mohou obecně klinicky manifestovat jako nežádoucí účinky léčiv nebo nežádoucí lékové události a v souvislosti s nimi může vzrůstat utrpení pacientů. Dále se může prodlužovat doba hospitalizace pacientů (průměrně o 2 až 5 dní) nebo se mohou zvyšovat náklady spojené s léčbou pacienta nebo korekcí nežádoucích lékových událostí. DRP jsou mostem ke spolupráci mezi zdravotníky a pacienty.

Mezi DRP lze např. zařadit: lékové interakce (lék-lék; lék-potrava); problémy s dávkováním (nízká vs. vysoká dávka; nevhodné dávkové schéma, časování léčiva; krátká vs. dlouhá doba léčby), duplicitu v terapii; problém spojený s lékovou formou; kontraindikace nebo nevhodné podání léčiva z důvodu věku, pohlaví, diagnózy, jiného onemocnění, poklesu funkce eliminačních orgánů nebo stavu pacienta; chybějící léčivo i přes jasnou indikaci; zbytné léčivo; nežádoucí účinky léčiva, non-adherenci pacienta k léčbě; problém s podáním léčiva pacientovi; problém s užíváním léčiva pacientem; chybějící monitoring terapie/laboratorních parametrů; problém s účinností terapie (odpověď pacienta na léčbu); non-adherenci k doporučeným postupům.

Vedle revize farmakoterapie, strukturovaného individuálního hodnocení farmakoterapie pacienta, je v souvislosti s identifikací a řešením manifestovaných i potenciálních DRP diskutována role tzv. medication reconciliation. Management DRP je vedle orientace na individuální přístup k pacientovi a jeho farmakoterapii jedním z hlavních pilířů současného modelu farmaceutické péče konsenzuálně přijatého také autoritami v České republice. Farmaceuti (lékárníci a kliničtí farmaceuti) působící v České republice v různých typech zdravotnických zařízení (nemocnice, ambulance lékařů, zařízení lékárenské péče, zařízení dlouhodobé ošetrovatelské péče, aj.) mají předpoklady podílet se významným způsobem na identifikaci a řešení DRP a přispívat racionalizaci farmakoterapie. Důležité je podporovat komunikaci farmaceutů s ostatními zdravotníky, která může všechny zúčastněné obohatovat o jiný pohled na farmakoterapii a zvyšovat jejich pohotovost předcházet a řešit DRP.

Cílem sdělení je na příkladech z klinické praxe diskutovat aspekty spojené s kulturou bezpečí při poskytování farmakoterapie s důrazem na lékové problémy v podmínkách České republiky.

Přehled lékových problémů řešených v lékárně

PharmDr. Aleš Mareček

Lékárna U Orla, Liberec

Identifikace a řešení lékových problémů (DRP – z angl. drug-related problems) patří k hlavním úkolům lékárníka. DRP mohou být identifikovány při výdeji léčiva bez receptu, při výdeji na recept nebo během individuálních konzultací s pacientem. V nedávné době vešlo do praxe několik nástrojů, které by měly pomáhat v odhalování a řešení DRP. Patří mezi ně lékový záznam pacienta, elektronické databáze lékových interakcí nebo systém elektronických receptů. Nejdůležitější pro odhalování DRP však i nadále zůstává otevřená a důvěrná komunikace mezi pacientem a lékárníkem. Pro řešení DRP je nutná rychlá a jednoznačná komunikace mezi lékařem a lékárníkem. V přednášce budou na příkladech z praxe lékárníka popsány rizikové faktory a rizikové situace v lékárně asociované s výskytem DRP. Zvláštní pozornost bude věnována adherenci pacienta k léčbě.

Kazuistiky lékových problémů řešených klinickým farmaceutem u hospitalizovaných pacientů

PharmDr. Martin Doseděl, Ph.D.

Katedra sociální a klinické farmacie, Farmaceutická fakulta UK v Hradci Králové
Nemocnice Šumperk

Klinický farmaceut je odborníkem zaměřujícím se na bezpečnost a efektivitu farmakoterapie. Identifikace a řešení lékových problémů patří k jeho hlavní náplni práce. Nejčastěji působí na různých odděleních nemocnic, ale byl již schválen i ambulantní výkon klinického farmaceuta.

Při své činnosti klinický farmaceut využívá všechny dostupné informace o pacientovi, včetně výsledků laboratorních i dalších vyšetření a často i přímého rozhovoru s pacientem. Výsledkem jeho činnosti jsou nejčastěji doporučení pro ošetřující lékaře, směřující k racionalizaci farmakoterapie.

V rámci sdělení budou prezentovány kazuistiky pacientů, na nichž budou diskutovány často se objevující lékové problémy, které by mohly být minimalizovány i praktickým lékařem.

Paliativní péče

garantka MUDr. Irena Zavadová

sobota / 9. října 2021 / 9.00–10.30 hod.

„Pane Nováku, tak máte nádor“ aneb jak dobře sdělovat vážné zprávy

MUDr. Irena Zavadová

Domácí hospic Cesta domů, z. ú., Praha

Sdělování závažných zpráv, tedy zpráv, které zásadním způsobem změní pohled pacientů na jejich budoucí život, je pro lékaře vždy nesnadné. Předat takové informace způsobem, který nemocnému nejen nepřítlíží v již tak náročné situaci, ale pomůže mu se zorientovat a dokonce mu umožní poučeně se podílet na důležitých rozhodováních o dalším směřování vyšetřování a léčby by mělo být cílem každého lékaře. Bohužel naše vlastní obavy, nedostatečná příprava, chybějící vzdělání mohou být překážkami, které nám v tom brání. V této přednášce se pokusíme shrnout několik základních komunikačních technik, které pomohou výrazně snížit náš stres, zlepšit předání informací a ulehčí budoucí komunikaci s nemocným i jeho blízkými.

Nejdůležitější a možná překvapivou technikou, kterou by ale lékaři měli umět velmi dobře, je ptát se – ptát se na vše, co se může týkat pacienta samotného, jeho chápání situace, jeho možných obav, jeho potřeby informace dostávat a míry podrobností. Toto vyptávání by mělo předcházet jakémukoli sdělení závažné zprávy. Samotné sdělení by mělo být předcházeno tak zvaným varovným výstřelem a mělo by být velmi stručné, bez spousty cizích slov. Po sdělení je potřeba počítat s tím, že se mohou dostavit emoce, a v takovém případě je třeba nemocného podpořit a dát mu chvilku času na zpracování. Nakonec je důležité ověřit, že to, co jsme nemocnému chtěli sdělit, skutečně dobře pochopil, a že si z rozhovoru odnáší podstatné informace.

„Pane doktore, to už je konec?“ aneb jak může praktický lékař svého pacienta nadále podpořit, i když už ošetřující lékař nemá co nabídnout

MUDr. Katarína Vlčková

Domácí hospic Cesta domů, z. ú., Praha

Co může praktický lékař nabídnout svému pacientovi, který má v lékařské zprávě od specialisty dovětek: „možnosti terapie vyčerpány, dále paliativní režim péče a BSC (best supportive care). Další kontrola není v plánu, předáváme do péče praktického lékaře.“?

Kromě znalosti léčby nejčastějších symptomů u pacientů v terminálním stadiu onkologického onemocnění či orgánového selhání, je zapotřebí mít zmapované možnosti podpory pacienta a jeho rodiny v situaci, kdy nemocný již z další hospitalizace neprofituje. Pokud se daří držet symptomy pod kontrolou na jednoduché farmakoterapii, je dostačující spolupráce PL s ADP se zajištěním vhodných kompenzačních pomůcek, případně odlehčovací služby. V situaci, kdy nemocný v závěru života rozvine více než dva závažné symptomy s potřebou nastavení kombinace úlevové farmakoterapie, pomůže ambulantní vyšetření paliatrem. Pokud je stav imobilního nemocného výrazně nestabilní a k úlevě od symptomů je zapotřebí častých intervencí s podporou multidisciplinárním týmem, je čas na referování pacienta do lůžkového

či mobilního hospice. Jak být v časové tísní provozu ordinace PL připraven na efektivní léčbu symptomů, poskytnutí podpory pro nemocného v závěru života i jeho pečující rodinu v domácím prostředí?

Paliativní péče a dětský pacient

MUDr. Mahulena Exnerová

Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČLS JEP

Dětské oddělení nemocnice Hořovice

Mobilní hospic Cesta domů, z. ú., Praha

WHO definice 1998: Dětská paliativní péče je aktivní komplexní péčí o somatickou, psychickou a spirituální dimenzi nemocného dítěte, zahrnující také poskytování podpory rodině. Tato péče začíná v okamžiku stanovení diagnózy nemoci a pokračuje bez ohledu na to, zda je dítě léčeno kurativně se zaměřením na diagnostikované onemocnění (www.detska.paliativnimediceina.cz).

Závažná život limitující či život ohrožující onemocnění jsou u dětí relativně vzácná, ale podle poslední prevalenční studie Univerzity v Yorku z jara 2020 má jejich výskyt v dětské populaci stále stoupající tendenci. Tento fakt svědčí jistě o zvyšování kvality zdravotní péče jako takové, ale pro pečující profesionály znamená velké množství výzev, kterým musí v kontextu péče o takové děti a jejich rodiny čelit. Kromě specifíků, která vyplývají z péče o dětského pacienta obecně, spočívá hlavní rozdíl mezi dětskou a dospělou populací zejména ve spektru a rozložení diagnóz vyžadujících paliativní péči. V dětské populaci je větší různorodost stavů vyžadujících paliativní péči a podstatně vyšší podíl nenádorových diagnóz (cca 80 %). V dětském věku existuje celá řada onemocnění, u kterých může být prognóza přežití i v řádu mnoha let a lze ji jen velmi těžko predikovat. Oproti dospělé populaci je jistě delší průměrná potřeba paliativní péče, samotné potřeby paliativní péče mohou být v porovnání s dospělou populací odlišné.

Klíčovým bodem paliativní péče je empatická a otevřená komunikace s dítětem samotným, je-li to možné, a s jeho pečujícími o možnostech a cílech léčby daného onemocnění a vytvoření realistického plánu péče, který by měl být základem dobré péče o každé dítě se závažným, život limitujícím onemocněním.

Aktuality do vaší ordinace II

sobota / 9. října 2021 / 11.20–12.45 hod.

Průjmová onemocnění dětí i dospělých doma i na cestách.

Změnilo se něco v přístupu v diagnostice či léčbě?

MUDr. Hana Roháčová, Ph.D.

Klinika infekčních nemocí, Fakultní nemocnice Bulovka, Praha

Průjmová onemocnění patří stále k nejčastějším zdravotním problémům, které se vyskytují jak u dětí, tak u dospělých. Naprostá většina z nich se zvládne doma za pomoci perorální rehydratace a symptomatické léčby. Řada postižených především v dospělém věku nevyhledá ani lékaře. K větším problémům může dojít u mezních věkových skupin, tj. malých dětí či naopak u starých osob. U těchto skupin pak často vede průjem i na nemocniční lůžko s nutností parenterální rehydratace. Etiologie průjmů je velmi pestrá od virů přes bakterie až po parazity, i když poslední jmenovaná se na našem území vyskytuje jen okrajově. Zato při cestách do zahraničí, kde se objeví průjem přímo na místě nebo až po návratu, je nutné zvažovat i tuto etiologii. V laboratorní diagnostice je využívána především kultivace, dále i sérologie či PCR podle povahy onemocnění a etiologických souvislostí. Léčba je především symptomatická, použití antibiotik je jen ve specifických případech. Na trhu je celá řada prostředků, které mohou

Cyclo3 Fort®

RUSCUS ACULEATUS
HESPERIDIN METYLCHALKON
Kyselina askorbová



TROJNÁSROBNÁ SÍLA pro plnou úlevu



ZVYŠUJE ŽILNÍ
& LYMFATICKÝ TONUS²⁻⁴

CHRÁNÍ
MIKROCIRKULACI^{5,6}

REDUKUJE
ZÁNĚT⁶⁻⁸

* Grade 1A pro bolest, těžké nohy, pocit oteklých nohou, parestézie a otok

Reference: 1. Nicolaides, A. et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs - Guidelines According to Scientific Evidence: Chapter 8 - Venoactive drugs. *Int Angiol* 37, 232–254 (2018). 2. Marcelon, G. et al. Effect of Ruscus aculeatus on isolated canine cutaneous veins. *Gen. Pharmac.* 14, 103–106 (1983). 3. Marcelon, G. et al. Effect of Ruscus on the adrenoreceptors of the canine lymphatic thoracic duct. *Phlebology* 109–112 (1988). 4. Jäger, K. et al. Pharmacodynamic Effects of Ruscus Extract (Cyclo 3 Fort®) on Superficial and Deep Veins in Patients with Primary Varicose Veins: Assessment by Duplexsonography. *Clinical Drug Investigation* 17, 265–273 (1999). 5. Pouget, G. et al. Effect of Ruscus extract on peripheral lymphatic vessel pressure and flow. in *Return Circulation and Norepinephrine: an update* 89–95 (P.M. Vanhouette, John Libbey Eurotext, 1991). 6. Thebaud, J. J. Studies concerning the activity of a phlebotonic agent. *Fortschr. Med.* 101, 1206–1212 (1983). 7. Bouskela, E. et al. Inhibitory effect of the Ruscus extract and of the flavonoid hesperidine methylchalcone on increased microvascular permeability induced by various agents in the hamster cheek pouch. *Journal of Cardiovasc. Pharmacol.* 22, 225–230 (1993). 8. Rauly-Lestienne, L. et al. Contribution of muscarinic receptors to in vitro and in vivo effects of Ruscus extract. *Microvascular Research* 114, 1–11 (2017).

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU CYCLO 3 FORT

Složení: 1 tvrdá tobolka obsahuje Ruscus extractum siccum 150,0 mg (obs. heterosida sterolická), Hesperidini methylchalconum 150,0 mg, Acidum ascorbicum 100,0 mg. Pomocné látky: oranžová žluť. **Léková forma:** Tvrdá želatinová tobolka s neprůhlednou spodní částí žlutou, neprůhlednou vrchní částí oranžovou. **Indikace:** Léčba symptomů souvisejících s cévní a lymfatickou nedostatečností (pocit těžkých nohou, syndrom neklidných nohou, bolesti, otoky, parestézie DK, křeče v lýtku). Symptomatická léčba hemoroidů. Přípravek je určen k léčbě dospělých osob. **Dávkování a způsob podání:** Při cévní a lymfatické nedostatečnosti: 2–3 tobolky denně (tj. 2-3 x 1 tobolka denně). V proktologii: 4–6 tobolek denně (tj. 2 x 2-3 tobolky denně), udržovací léčba je 2 tobolky denně (2 x 1 tobolka denně). Tobolky se polykají celé a mají se řádně zapít vodou. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na kteroukoliv složku přípravku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Pokud se vyskytne průjem, léčba musí být přerušena. Hemoroidální ataka: Léčba musí trvat jen krátce. Podávání přípravku není náhrada specifické léčby jiné proktologické nemoci. Pokud se symptomy rychle nevylepší, je nutné provést proktologické vyšetření a léčba musí být přehodnocena. Poruchy ukládání železa (talasémie, hemochromatóza, sideroblastická anémie) vzhledem k přítomnosti kyseliny askorbové ve složení léčivého přípravku. V rámci dietních opatření se doporučuje omezit maximální denní přísun kyseliny askorbové na 500 mg. Tento léčivý přípravek obsahuje také azobarvivo [oranžovou žluť FCF (E110)] a může způsobit alergické reakce. **Interakce:** Nebyly provedeny žádné studie interakcí s jinými léčivými přípravky nebo jídlem. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Těhotenství: Existuje omezené množství údajů z užívání přípravku CYCLO 3 FORT u těhotných žen. Studie na zvířatech nenaznačují přímé ani nepřímé škodlivé účinky s ohledem na reprodukční toxicitu. Jako preventivní opatření je vhodné vyhnout se používání přípravku CYCLO 3 FORT během těhotenství. Kojení: Není známo, zda metabolity přípravku CYCLO 3 FORT jsou vylučovány do lidského mateřského mléka. Riziko pro novorozence / kojence nelze vyloučit. Je nezbytné rozhodnout zda přerušit kojení nebo přerušit léčbu přípravkem CYCLO 3 FORT po zvažení přínosů kojení pro dítě a přínosů léčby pro ženu. **Fertilita:** Nejsou k dispozici žádné údaje týkající se fertility. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Nebyly provedeny žádné studie. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji průjem a bolest břicha. Závažný průjem spojený se ztrátou váhy a s poruchou iontové rovnováhy velmi rychle ustupuje po vysazení léčby. **Doba použitelnosti:** 2 roky. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávejte při teplotě do 25° C v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Druh obalu a velikost balení:** Blist Al/ PVC/Aclar, krabička. Velikost balení: 30 tobolek. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Pierre Fabre Medicament, 45 Place Abel Gance, Boulogne, Francie. **Registrační číslo:** 85/106/96-C. **Způsob výdeje:** Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním přípravku se seznamte s úplným zněním SPC. **Datum první registrace /prodloužení registrace:** 14.2.1996 / 21.11.2007. **Datum revize textu:** 1.12.2016.

Hlášení podezření na nežádoucí účinky: Hlášení podezření na nežádoucí účinky po registraci léčivého přípravku je důležité. Umožňuje to pokračovat ve sledování poměru přínosů a rizik léčivého přípravku. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili podezření na nežádoucí účinky na adresu: *Státní ústav pro kontrolu léčiv, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10.*

Webové stránky: HYPERLINK „<http://www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek>“ www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek

Určené pouze do rukou lékaře.

Lokální zastoupení: PIERRE FABRE MEDICAMENT s.r.o., Prosecká 851/64, 190 00 Praha 9, e-mail: info.cz@pierre-fabre.com, SERVIS (24H/7D) +420 286 004 111.

CZ PFM 02/2020 C3F 004

Akutní stavy v ordinaci praktického lékaře pro děti a dorost a pro dospělé

garant PhDr. Mgr. David Peřan, MBA

sobota / 9. října 2021 / 12.45–13.45 hod.

Interaktivní kazuistika 1

PhDr. Mgr. et Mgr. Patrik Christian Cmorej, Ph.D., MHA^{1,2},

MUDr. PhDr. Marcel Nesvadba, Ph.D., MBA^{2,3}, MUDr. Lucie Jechová^{4,5},

MUDr. Marek Dvořák, Ph.D., MBA^{6,7}, PhDr. Mgr. David Peřan, MBA^{8,9,10}

¹Zdravotnická záchranná služba Ústeckého kraje, Ústí nad Labem

²Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, Fakulta zdravotnických studií, Ústí nad Labem

³Ordinace praktického lékaře, Turnov

⁴Dětské oddělení, Oblastní nemocnice Kolín, a. s., Kolín

⁵Ordinace praktického lékaře pro děti a dorost KIDS MED, s. r. o., Kolín

⁶Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje, Hradec Králové

⁷Oddělení urgentního příjmu dospělých, Fakultní nemocnice Motol, Praha

⁸Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy, Praha

⁹Klinika anesteziologie a resuscitace, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

¹⁰Vysoká škola zdravotnická o. p. s., Praha

Kazuistika

Vstupní informace o pacientce

Kazuistika prezentuje 26letou ženu, která navštívila praktického lékaře pro 2 hodiny trvající palpitace a pocit celkové slabosti. V posledních týdnech je vystavena nadměrnému pracovnímu vyčerpání.

Současný stav při vyšetření

Primární vyšetření praktickým lékařem je shrnuto v tabulce:

Airway	dýchací cesty volně průchodné
Breathing	dechová frekvence 25/min., SpO ₂ 99 %, bez klidové dušnosti, dýchání čisté, sklípkové, symetrické
Circulation	tlak krve 100/60 mmHg, akce srdeční 210/min., pravidelná, kapilární návrat 2 s, ozvy srdce ohraničené, bez šelestu, palpitace, stenokardie neguje, EKG záznam s pravidelnou úzkokomplexovou tachykardií
Disability	lucidní, ameningeální, bez lateralizace či fatické poruchy
Exposure	afebrilní

Po primárním vyšetření praktickým lékařem byla kontaktována zdravotnická záchranná služba z důvodu pravidelné úzkokomplexové tachykardie. Posádkou zdravotnické záchranné služby byl proveden modifikovaný Valsalvův manévř, po kterém došlo k verzi úzkokomplexové tachykardie na sinusový rytmus se srdeční frekvencí 110/min. Před transportem došlo k recidivě úzkokomplexové tachykardie, která již nereagovala na modifikovaný Valsalvův manévř, proto bylo přistoupeno k aplikaci adenosinu v úvodní dávce 6 mg, která byla bez efektu. Následně byla podána augmentovaná dávka 12 mg, která úspěšně konvertovala úzkokomplexovou tachykardii do sinusového pravidelného rytmu se srdeční frekvencí 100/min. Transport výjezdovou skupinou zdravotnické záchranné služby na interní oddělení spádové nemocnice proběhl bez komplikací.

Závěr

Úzkokomplexové pravidelné tachykardie jsou zastoupeny několika typy poruch tvorby a vedení srdečního rytmu. U uvedené pacientky se jednalo o úzkokomplexovou tachykardii

typu AVNRT/AVRT, které se nezhřídka vyskytují u žen, mnohdy v relativně mladém věku. Léčebná modalita prvního kroku je podle Doporučených postupů pro resuscitaci 2021 Evropské resuscitační rady zastoupena aplikací vagových manévrů, přičemž v uvedené kazuistice byl využit modifikovaný Valsalvův manévr, který má literárně dokladovanou vyšší úspěšnost konverze tachykardie do sinusového rytmu. U pacientky bylo pro recidivu tachykardie přistoupeno po druhém neúspěšném použití Valsalvova manévru k podání adenosinu v úvodní dávce 6 mg. V souladu s recentními doporučenými postupy byla aplikována druhá dávka 12 mg, po které došlo ke konverzi do sinusového rytmu. Nové doporučené postupy ERC doporučují v případě nutnosti aplikovat třetí dávku adenosinu v dávce 18 mg. Zde došlo k navýšení dávky oproti doporučeným postupům z roku 2015. Blokátory kalciových kanálů či betablokátory jsou metodou léčby ve třetím kroku.

Interaktivní kazuistika 2

MUDr. PhDr. Marcel Nesvadba, Ph.D., MBA¹,

PhDr. Mgr. et Mgr. Patrik Christian Cmorej, Ph.D., MHA^{2,3}, MUDr. Lucie Jechová^{4,5},

MUDr. Marek Dvořák, Ph.D., MBA^{6,7}, PhDr. Mgr. David Peřan, MBA^{8,9,10}

¹Ordinace praktického lékaře, Turnov

²Zdravotnická záchranná služba Ústeckého kraje, Ústí nad Labem

³Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, Fakulta zdravotnických studií, Ústí nad Labem

⁴Dětské oddělení, Oblastní nemocnice Kolín, a. s., Kolín

⁵Ordinace praktického lékaře pro děti a dorost KIDS MED, s. r. o., Kolín

⁶Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje, Hradec Králové

⁷Oddělení urgentního příjmu dospělých, Fakultní nemocnice Motol, Praha

⁸Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy, Praha

⁹Klinika anesteziologie a resuscitace, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

¹⁰Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha

Kazuistika

Vstupní informace o pacientce

72letá pacientka přichází ke svému praktickému lékaři pro slabost, zhoršující se dušnost i při malé námaze (kterou dříve tolerovala), v noci se budí pro dušnost, spává v polosedě, poklesu diurézy si nepovšimla.

Anamnestická data

72letá pacientka s diabetes mellitus II. typu na inzulinoterapii (s nadváhou – BMI 27,5), léčena pro arteriální hypertenzi a ischemickou chorobu srdeční, po septálním transmurálním infarktu myokardu nejasného data, s chronickou renální insuficiencí při diabetické nefropatii. Od roku 2015 nastává postupné zhoršování stavu, narůstají anginózní obtíže (v roce 2017 již CCS III–IV, tedy bolesti při malé námaze, někdy i klidové) a námahová dušnost, otoky dolních končetin, noční dušnost. Při selektivní koronarografii v červnu 2018 nález postižení tří tepen, indikována k revaskularizaci – proveden dvojnásobný aortokoronární by-pass (na RIA a RCx). Po výkonu pacientka absolvovala delší rehabilitaci, postupně se ale stav zlepšoval, vymizely anginózní bolesti i noční dušnost, bez obtíží zvládala chůzi po rovině, větší námahy nebyla pro kloubní obtíže schopna, otoky dolních končetin mírné, vyskytovaly se nekonstantně. Ejekční frakce levé komory hraniční – kolem 45 %, lehká hypokineze spodní stěny a septa. Léčena denně ramipilem 5 mg, bisoprololem 2 × 2,5 mg, furosemidem 40 mg, atorvastatinem 20 mg, glimepiridem 4 mg, přičemž pro renální insuficienci nebyl do kombinace přidán metformin ani spironolakton. Při kontrole v kardiologické poradně v únoru 2019 se cítila dobře, na dušnost si nestěžovala, dolní končetiny lehce natékaly kolem kotníků po delším sezení či stání, stenokardie neměla. Poslechově bez patologického nálezu, krevní tlak 120/70 mmHg. V dubnu 2019 pro

neuspokojivou kompenzací diabetu (glykemie opakovaně nad 15 mmol/l i přes zvyšující se dávku perorálního antidiabetika, HbA1c 99 mmol/mol, C peptid 1820 pmol/l) byla převedena diabetologem na inzulinoterapii.

Současný stav při vyšetření

Poslechově zřetelné chrůpky při plicních bazích oboustranně, srdeční akce pravidelná, klidná, lehké prosáknutí kolem kotníků. TK 120/70, rentgenový snímek srdce a plic nebylo možno z technických důvodů provést. EKG křivka bez vývoje čerstvé ischemie, bez arytmie. Laboratorní nález stacionární – iontoqram v normě, urea 15 (dříve kolísání 10–20 mmol/l), kreatinin 164 (dříve kolísající hodnoty 135–195 μmol/l, s mírnou tendencí k progresi), semikvantitativní vyšetření moči bez průkazu glykosurie či proteinurie (dříve zachycena jen lehká proteinurie do 0,5 g/l), kardiospecifické enzymy negativní. Glykemie 7,6 mmol/l, BNP nově 2 539 pg/l (dříve neodebrán). CRP v normě, krevní obraz bez leukocytózy, trvá lehká normochromní anémie (hemoglobin 118 g/l). Nyní po šesti týdnech od změny medikace je pacientka odeslána praktickým lékařem do kardiologické poradny.

Echokardiografický nález bez významné progresy, jen dilatace levé síně (35–50 mm) a zhoršení známek diastolické dysfunkce, ejekční frakce nadále 45 % bez regionálních poruch kinetiky, enddiastolický rozměr levé komory stacionární.

Diferenciální rozvaha

Zahájení inzulinoterapie bylo jedinou významnou změnou, která předcházela zhoršení dušnosti. Nebyla zjištěna čerstvá ischemie myokardu, progresy renální insuficience, anemizace, ani souběh s infekčním onemocněním či jinou změnou medikace.

Terapie

Po posílení diuretické léčby (dávka furosemidu byla přechodně zvýšena na 80 mg denně) ustoupila noční dušnost, zlepšila se i tolerance zátěže. Stav pacientky se později podařilo stabilizovat při dávce furosemidu 60 mg denně, další léčbu inzulinem již snášela dobře. Dávky betablokátoru ani ACE inhibitoru nebyly zvyšovány pro tendence k hypotenzi, kromě zvýšení dávky diuretika tedy léčba zůstala oproti výchozímu stavu beze změn.

Závěr

Z uvedených kazuistik vyplývá nutnost komplexního pohledu na pacienta – izolovaná léčba pouze jedné choroby může mít nečekané důsledky. Inzulinoterapie byla plně indikována, podceněn byl ale vliv léčby závažného přidruženého onemocnění – chronického srdečního selhání. Obecně by měli být pacienti po významné změně medikace častěji kontrolováni lékařem. Uvedené pacientce tak mohla být nasazena (resp. zintenzivněna) diuretická léčba již při prvních známkách retence tekutin.

Prevenar 13

Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná)

65+

Hrazeno
ze zdravotního
pojištění¹



**ANI V SOUČASNÉ
DOBĚ NEZAPOMÍNEJTE
NA OČKOVÁNÍ PROTI
DALŠÍM PREVENTABILNÍM
ONEMOCNĚNÍM
DÝCHACÍCH CEST NAPŘ.
PNEUMOKOKOVÉMU
ZÁPALU PLIC.³**

**Právě Vy můžete pomoci chránit očkováním pacienty starší 65 let,
kteří jsou ve zvýšeném riziku onemocnění pneumokokovými infekcemi.²**

Očkování pacientů máte ve svých rukou.

Zkrácená informace o přípravku: Prevenar 13 injekční suspenze. Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13-valentní, adsorbovaná). **Složení:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: Pneumococcale polysacharidum serotypus 1* (2,2 µg), 3* (2,2 µg), 4* (2,2 µg), 5* (2,2 µg), 6A* (2,2 µg), 6B* (4,4 µg), 7F* (2,2 µg), 9V* (2,2 µg), 14* (2,2 µg), 18C* (2,2 µg), 19A* (2,2 µg), 19F* (2,2 µg), 23F* (2,2 µg). *Konjugován s nosným proteinem CRM197 (32 µg) a adsorbován na fostorečnan hlinitý (0,125 mg hlíniku); a další pomocné látky. **Indikace:** Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění, pneumonie a akutní otitis media, vyvolaných Streptococcus pneumoniae u kojenců, dětí a dospívajících ve věku od 6 týdnů do 17 let. Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění a pneumonie způsobených Streptococcus pneumoniae u dospělých ≥ 18 let a starších pacientů. **Dávkování a způsob podání:** Kojenci a děti ve věku 6 týdnů - 5 let: Doporučuje se, aby kojenci, kteří dostali první dávku přípravku Prevenar 13, dokončili očkování přípravkem Prevenar 13. Kojenci ve věku 6 týdnů - 6 měsíců a předčasně narozené děti: Tři dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami. První dávka se podává ve věku 2 měsíců, nejdříve může být podána ve věku 6 týdnů. Čtvrtou dávku se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. U kojenců ve věku 6 týdnů - 6 měsíců může být alternativně podána série tvořená 3 dávkami po 0,5 ml. První dávka může být podána od věku 2 měsíců, druhá dávka o 2 měsíce později. Třetí dávku se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. Dříve neočkovaní kojenci a děti ve věku ≥ 7 měsíců: Kojenci 7-11 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc. Třetí dávku se doporučuje podat ve druhém roce života. Děti ve věku 12-23 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 2 měsíce. Děti a dospívající ve věku 2 - 17 let: Jedna samostatná dávka 0,5 ml. Kojenci a děti dříve očkovávané přípravkem Prevenar: Kojenci a děti, u nichž bylo očkování zahájeno přípravkem Prevenar, mohou být převedeni na přípravek Prevenar 13 v kterémkoli stadiu očkování. Malé děti (12-59 měsíců) kompletně imunizované přípravkem Prevenar by měly dostat jednu dávku 0,5 ml přípravku Prevenar 13, nejméně 8 týdnů po poslední dávce přípravku Prevenar. Děti a dospívající ve věku 5-17 let: 1 dávka přípravku Prevenar 13, pokud byly očkovány jednou nebo více dávkami přípravku Prevenar, nejméně 8 týdnů po poslední dávce přípravku Prevenar. Dospělí ≥ 18 let a starší pacienti: Jedna samostatná dávka. Potřeba revakcinace následnou dávkou přípravku Prevenar 13 nebyla stanovena. Bez ohledu na stav předchozí pneumokokové vakcinace, pokud je použito 23valentní pneumokokové polysacharidové vakcíny považované za vhodné, Prevenar 13 by měl být podán jako první. Speciální populace: Jedincům s chorobami predisponujícími k invazivnímu pneumokokovému onemocnění (například se srpkovitou anémií nebo HIV infekcí) včetně jedinců dříve očkových jednou nebo více dávkami 23valentní pneumokokové polysacharidové vakcíny může být podána nejméně jedna dávka přípravku Prevenar 13. U jedinců po transplantaci hematopoetických kmenových buněk (HSCT) se doporučené imunizační schéma skládá ze čtyř dávek přípravku Prevenar 13 po 0,5 ml. Vakcína se má podávat formou intramuskulární injekce. Přednostním místem podání je anterolaterální část stehna u kojenců nebo deltový sval horní části paže dětí a dospělých. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na láčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na difterický toxoid. Podobně jako u jiných vakcín i aplikace přípravku Prevenar 13 má být odložena u jedinců trpících akutním závažným horečnatým onemocněním. Přítomnost mírné infekce jako je nachlazení, by neměla být příčinou oddálení očkování. **Zvláštní upozornění:** Prevenar 13 nesmí být aplikován intravaskulárně. Jedincům s trombocytopenií nebo s jinými poruchami koagulace, nesmí být podán intramuskulárně, ale může být podán subkutánně v případě, že potenciální přínos převáží nad rizikem podání. **Prevenar 13 chrání pouze proti serotypům Streptococcus pneumoniae, které vakcína obsahuje a nechrání proti jiným mikroorganismům, které způsobují invazivní onemocnění, pneumonii nebo zánět středního ucha. Podobně jako jiné vakcíny nemůže ani Prevenar 13 ochránit všechny očkovávané jedince před pneumokokovým onemocněním. Jedinci se sníženou imunitní odpovědí mohou mít sníženou protilátkovou odpověď na aktivní imunizaci. **Interakce:** Kojenci a děti ve věku 6 týdnů až 5 let: Prevenar 13 může být podáván současně s některou z následujících vakcín: vakcínou proti difterii, proti tetanu, acelulární nebo celobuněčnou vakcínou proti pertusi, vakcínou proti Haemophilus influenzae typu b, inaktivovanou vakcínou proti poliomyelitidě, proti hepatitidě B, proti meningokokům skupiny C, proti spalničkám, příušnicím, zarděnkám, proti planým neštovicím a vakcínou proti rotavirům. Mezi 12 - 23 měsíci může být také podán současně s konjugovanou polysacharidovou vakcínou proti meningokokům skupin A, C, W a Y, a to dětem, které byly adekvátně primárně očkovány přípravkem Prevenar 13. Děti a dospívající ve věku 6-17 let a dospělí ve věku 18-49 let: V současné době nejsou k dispozici žádné údaje týkající se současného podávání s jinými vakcínami. Dospělí ve věku 50 let a starší: Přípravek Prevenar 13 může být podán současně se sezónní trivalentní (TIV) i se sezónní kvadrivalentní (QIV) inaktivovanou chřipkovou vakcínou. Různé injekční vakcíny musí být vždy podány každá do jiného místa. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Neexistují údaje o použití pneumokokové 13valentní konjugované vakcíny u těhotných žen. Přípravek by proto neměl být podáván během těhotenství. Není známo, zda je pneumokoková 13valentní konjugovaná vakcína vylučována do mateřského mléka. **Nežádoucí účinky:** Mezi nejčastěji hlášené nežádoucí účinky u dětí 6 týdnů až 5 let patřily reakce v místě očkování, horečka, podrážděnost, nechutenství, zvýšená spavost a/nebo nespavost, u dětí a dospívajících ve věku 6-17 let nechutenství, podrážděnost, reakce v místě očkování, somnolence, neklidný spánek. V případě současného podání přípravku Prevenar 13 a přípravku Infanrix hexa byla pozorována zvýšená četnost hlášení křečí (s horečkou nebo bez ní) a hypotonicko-hyporepznívných epizod (HHE). U dospělých osob byly velmi časté: snížení chuti k jídlu, bolesti hlavy, vyrážka, artralgie, myalgie, zimnice, únava, zarudnutí, reakce v místě očkování, omezená pohyblivost paže. U osob ve věku 18-49 let nebo s HIV infekcí nebo po HSCT průjem a zvracení, u osob 18-29 let nebo s HIV infekcí nebo po HSCT pyrexie. **Předávkování:** Předávkování přípravkem Prevenar 13 není pravděpodobné vzhledem ke způsobu balení i předplněné injekční stříkačce. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C - 8 °C). Chraňte před mrazem. Přípravek Prevenar 13 je stabilní při teplotách do 25 °C po dobu 4 dnů. Na konci této doby má být přípravek použit nebo zlikvidován. **Balení:** 0,5 ml injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce s pistovou zátkou a ochranným krytem hrotu, s injekční jehlou nebo bez ní. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Europe MA EEIG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Bruxelles, Belgie. **Registrační číslo:** EU/1/09/590/002. **Datum poslední revize textu:** 25.11.2020. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek Prevenar 13 je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro osoby splňující podmínky dané zákonem č. 648/1997 Šo v aktuálním znění. Před předepsáním se, prosím, seznámte s úplnou informací o přípravku.**

Reference: 1. Metodický postup k vykazování očkování od 1.8.2021. Dostupné na: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/informace-pro-praxi/ockovani/metodicky-postup-k-vykazovani-ockovani>, staženo 1.9.2021. 2. CDC. Risk Factors and Transmission. Dostupné na: <https://www.cdc.gov/pneumococcal/about/risk-transmission.html>, Staženo: 1.9.2021. 3. Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public: Mythbusters. Dostupné na: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/myth-busters>, staženo 10.5.2021.

Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5
telefon: 283 004 111, fax: 251 610 270, www.pfizer.cz

PP-PRE-CZE-0255

Pfizer

Interaktivní kazuistika 3

MUDr. Marek Dvořák, Ph.D., MBA^{1,2}, MUDr. Lucie Jechová^{3,4},

PhDr. Mgr. et Mgr. Patrik Christian Cmorej, Ph.D., MHA^{5,6},

MUDr. PhDr. Marcel Nesvadba, Ph.D., MBA^{6,7}, PhDr. Mgr. David Peřan, MBA^{8,9,10}

¹Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje, Hradec Králové

²Oddělení urgentního příjmu dospělých, Fakultní nemocnice Motol, Praha

³Dětské oddělení, Oblastní nemocnice Kolín, a. s., Kolín

⁴Ordinace praktického lékaře pro děti a dorost KIDSMED, s. r. o., Kolín

⁵Zdravotnická záchranná služba Ústeckého kraje, Ústí nad Labem

⁶Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, Fakulta zdravotnických studií, Ústí nad Labem

⁷Ordinace praktického lékaře, Turnov

⁸Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy, Praha

⁹Klinika anesteziologie a resuscitace, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy

a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

¹⁰Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha

Kazuistika

Vstupní informace

Jedná se o 41letého pacienta, jenž byl odeslán praktickým lékařem k vyšetření na urgentním příjmu pro „3 hodiny denně trvající únavu“. V příloženém poukazu k vyšetření se dále dozvídáme o nevykonnosti, krevní obraz a základní biochemismus byl v pořádku, EKG v ordinaci praktického lékaře nedostupné.

Současný stav při vyšetření

Pacientovi byla přidělena nízká priorita. Po uložení na lůžko vidíme obézního, relativně mladého muže, zjevně unaveného, tachypnoického. Doplněním anamnézy získáváme další důležité údaje o intermitentním pocitu tíže na hrudi trvajícím poslední dva týdny, zmíněnou nevykonnost popisuje spíše jako nemožnost pokračovat v pohybu při chvilkově vyšší tělesné námaze díky nedostatku dechu. Klinický nálezn je bez extrémních pozoruhodností. Pacient je mírně tachykardický (101/min), saturace 92 % na vzduchu. Ve vstupní laboratoři (POCT) bez pozoruhodností. Klinický nálezn na pacientovi je jinak normální. Doplnujeme EKG, kde nejsou změny ST úseku. Je doplněna další laboratoř, kde je mírná pozitivita troponinu I 0,076 (cutoff 0,039) a významná elevace D-dimeru na 6690 µg/L (cutoff 500). Proto je doplněna CT angiografie plic prokazující oboustrannou plicní embolii.

Pacient je přijat na interní kliniku, je zahájena antikoagulační léčba. Další vyšetření prokazuje nově zjištěné heterozygotní nosičství Leidenské mutace. Pacient je po léčbě dimitován v uspokojivém stavu.

Závěr

Některé zdroje uvádí, že plicní embolii má až 1 pacient ze 400 vyšetřených na urgentním příjmu. Mortalita neléčené plicní embolie je udávána až 30 %, zatímco 30denní mortalita léčené embolie se udává okolo 8 % (Veleta, 2018). Plicní embolie se může klinicky manifestovat zcela minimálními nebo žádnými příznaky, až po náhlou zástavu oběhu, kdy ji řadíme mezi jednu z takzvaných reverzibilních příčin (4H a 4T – Doporučené postupy pro resuscitaci 2021 Evropské resuscitační rady).

Kazuistika demonstuje „typicky atypického“ pacienta s plicní embolií, kdy nemusí být zcela vyjádřeny jasné příznaky, a poukazuje na důležitost podrobného odběru anamnézy. K diagnostice plicní embolie je možné použít různé skórovací systémy, mezi nejznámější patří tzv. Wellsův model pravděpodobnosti plicní embolie. K diagnostice na urgentních příjmech je vhodné využít algoritmus podle ESC a při stratifikaci tíže plicní embolie nám pomůže index PESI.

Interaktivní kazuistika 4

MUDr. Lucie Jechová^{1,2}, PhDr. Mgr. et Mgr. Patrik Christian Cmorej, Ph.D., MHA^{3,4},
MUDr. Marek Dvořák, Ph.D., MBA^{5,6}, MUDr. PhDr. Marcel Nesvadba, Ph.D., MBA^{4,7},
PhDr. Mgr. David Peřan, MBA^{8,9,10}

¹Dětské oddělení, Oblastní nemocnice Kolín, a. s., Kolín

²Ordinace praktického lékaře pro děti a dorost KIDSMED, s. r. o., Kolín

³Zdravotnická záchranná služba Ústeckého kraje, Ústí nad Labem

⁴Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, Fakulta zdravotnických studií, Ústí nad Labem

⁵Zdravotnická záchranná služba Královéhradeckého kraje, Hradec Králové

⁶Oddělení urgentního příjmu dospělých, Fakultní nemocnice Motol, Praha

⁷Ordinace praktického lékaře, Turnov

⁸Zdravotnická záchranná služba hl. m. Prahy, Praha

⁹Klinika anesteziologie a resuscitace, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy
a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

¹⁰Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha

Kazuistika

Vstupní informace

Kazuistika prezentuje situaci nastalou v čekárně praktického lékaře pro děti a dorost, kde nachází zdravotní sestra šest týdnů starou Amálii s matkou, která s ní přichází k vyšetření, protože se jí zdá, že od noci nějak špatně dýchá a dle matčiných slov nezvykle pláče. Také se moc nehlásí k jídlu.

Současný stav při vyšetření

Sestra při triáži pacientů vyzvala ke vstupu do ordinace nejprve matku s Amálií, přestože v čekárně sedělo několik dalších rodičů s dětmi, nicméně matka s Amálií nechtěla předbíhat, proto čekala, až na ni přijde řada.

Již v náruči matky je patrné, že Amálka je tachydyspnoická a její barva kůže je lehce mramorovaná. Pláče tichým kňouravým pláčem.

Během vyšetřovacího algoritmu je zjištěno následující: Amálka má volně průchodné dýchací cesty, ale pro zahlenění jsou v riziku. Je tachydyspnoická (dechová frekvence 70/min., SpO₂ 86%, poslechově oboustranně symetricky slyšitelné expirační pískoty a vrzoty, ložiskový poslechový nález slyšitelný není, hrudník je v inspiračním postavení). Akce srdeční je pravidelná, bez šelestu, Amálka má tachykardii kolem 160/minutu, kapilární návrat prodloužen na 3–4 s. Je při vědomí, přetrvává kňouravý tišší pláč. Je lehce subfebrilní 37,2 °C. Medikaci doma nepodávali, jen se pokoušeli odsát sekrety z nosu.

Diferenciální rozvaha

Diferenciálně diagnosticky je zvažována obstruktivní bronchitida a bronchiolitida. Je volána zdravotnická záchranná služba (ZZS) k transportu Amálky na dětské oddělení místní nemocnice k zahájení terapie za hospitalizace.

Terapie

V čase získaném do příjezdu ZZS aplikujeme 4 vstříky salbutamolu přes inhalační nástavec, zajišťujeme žilní vstup a zahajujeme aplikaci infuze roztoku Benelyte®. Aplikace salbutamolu je po opakovaném hodnocení aktuálního stavu bez většího efektu. Transport na oddělení proběhl bez komplikací za kontinuální oxygenoterapie maskou.

Amálka je přijata na JIP dětského oddělení, je pokračováno v oxygenoterapii a symptomatické terapii. Rentgen hrudníku je s nálezem lehké peribronchitidy, bez větších ložiskových změn. Dle vývoje a dalšího vyšetření je diagnostikována RS virová bronchiolitis. Další průběh hospitalizace je bez komplikací, postupně klesají nároky na kyslík a stav se upravuje. Amálka je v celkově dobrém stavu propuštěna 10. den do domácí péče.

» ABSTRAKTA

AKUTNÍ STAVY V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST A PRO DOSPĚLÉ

Závěr

Bronchiolitida není sice dennodenním chlebem praktických pediatriů a pediatriů obecně, přesto se s ní zejména v nastávajících podzimních a zimních měsících jistě budeme setkávat.

Jedná se o virový zánět bronchiolů způsobený RS virem, a to zejména u novorozenců a kojenců do šesti měsíců věku. Ohrožena je především skupina předčasně narozených dětí a dětí s nízkou porodní hmotností a bronchopulmonální dysplazií v anamnéze. Somatický nález nebývá příliš bohatý, dominuje inspirační postavení hrudníku, někdy expirační dechové fenomény. Terapie je symptomatická s důrazem na oxygenoterapii a důkladnou hydrataci. Od roku 2000 je v České republice prováděna imunoprofylaxe RSV palivizumabem u rizikových skupin.

Kazuistika demonstruje kromě samotného případu bronchiolitidy u kojence i to, jak je důležitá prvotní diagnostika u potenciálně kriticky nemocného dítěte. Ta začíná již samotnou triází pacientů v čekárně a iniciálním zhodnocením stavu dítěte ideálně dle algoritmu ABCDE. Následuje zajištění základních životních funkcí tak, abychom předešli sekundárnímu kardiorepiračnímu selhání vzniklému na podkladě hypoxie.

SLEDUJTE NÁS NA FACEBOOKU

AKTUÁLNÍ INFORMACE
ze vzdělávání lékařů a lékárníků

- f odemykáme články** k aktuálním tématům
- f upozorňujeme na** blížící se vzdělávací **akce**
- f informujeme o** nových on-line **kurzech** s registrací zdarma
- f připravujeme soutěže** o vstupenky na kongresy a předplatné časopisů ...

<https://www.facebook.com/SolenMedicalEducation/>



PRESTARIUM® NEO COMBI

perindopril arginin/indapamid

MODERNÍ LÉČBA HYPERTENZE I PRO PACIENTY S OBEZITOU¹⁻⁹



**FIXNÍ DVOJKOMBINACE
OBSAHUJÍCÍ INDAPAMID
– DIURETIKUM VOLBY
DLE DOPORUČENÝCH
POSTUPŮ⁹**



Zkrácená informace o přípravku

PRESTARIAM® NEO COMBI 5 mg/1,25 mg a 10 mg/2,5 mg:

PRESTARIAM® NEO COMBI 5 mg/1,25 mg a PRESTARIAM® NEO COMBI 10 mg/2,5 mg je kombinací dlouhodobě působícího inhibitoru ACE s diuretikem. **Složení***: Jedna potahovaná tableta obsahuje perindoprilum argininum 5 mg, resp. 10 mg, odpovídající 3,395 mg, resp. 6,79 mg perindoprilu, a indapamidum 1,25 mg, resp. 2,5 mg. Obsahuje laktózu jako pomocnou látku. **Terapeutické indikace***: Léčba esenciální hypertenze u dospělých; přípravek Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg je indikován u pacientů, jejichž krevní tlak není adekvátně kontrolován samotným perindoprilem. Přípravek Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg je indikován jako substituční terapie k léčbě esenciální hypertenze u pacientů, kteří jsou již kontrolováni perindoprilem a indapamidem, podávaným současně v téže dávce. **Dávkování a způsob podání***: Jedna tableta přípravku Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg, resp. 10 mg/2,5 mg denně v jedné dávce, nejlépe ráno a před jídlem. **Starší pacienti***: Prestarium Neo Combi 1 tableta denně, Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg a 10 mg/2,5 mg mohou být léčeni, pokud je normální renální funkce a po zvážení odpovědi krevního tlaku. Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg: kreatinin v plazmě musí být přizpůsoben vztahu k věku, tělesné hmotnosti a pohlaví. **Porucha funkce ledvin***: provádí se pravidelná kontrola kreatininu a draslíku. Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg: Clearance kreatininu (CrCl) > 60 ml/min není nutná úprava dávkování. CrCl 30 - 60 ml/min doporučuje se zahájit léčbu vhodnou dávkou kombinace jednotlivých monokomponent. CrCl < 30 ml/min léčba je kontraindikována. Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg: CrCl < 60 ml/min léčba je kontraindikována. **Kontraindikace***: Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na jiné inhibitory ACE, na sulfonamidy nebo na kteroukoli pomocnou látku. Angioedém (Quinckeův edém) ve spojitosti s podáním ACE inhibitoru (viz bod upozornění). Hereditární/idiopatický angioedém. Současné užívání přípravku Prestarium Neo Combi s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo s poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m²). Hypokalemie. Závažná porucha funkce ledvin (CrCl < 30 ml/min) u přípravku Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg. Středně těžká a těžká porucha funkce ledvin (CrCl < 60 ml/min) u přípravku Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg. Hepatální encefalopatie. Závažná porucha funkce jater. Současné užívání se sakubitrilum/valsartanem, Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg nesmí být nasazeno dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilum/valsartanu (viz bod Interakce a Zvláštní upozornění*). Mimosložení léčiva 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*). Druhý a třetí trimestr těhotenství (viz bod fertilita, těhotenství a kojení). Z důvodu nedostatečných klinických zkušeností přípravek nemá být používán u dialyzovaných pacientů a u pacientů s neléčeným dekompenzovaným srdečním selháním. **Upozornění***: **Zvláštní upozornění***: Nedoporučuje se současně podávat s lithiem, s draslík šetřícími diuretiky a solemi draslíku. **Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS)**: zvýšení rizika hypertenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin), proto se duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu nedoporučuje. Pokud je léčba duální blokádou považována za naprosto nezbytnou, má k ní docházet pouze pod dohledem specializovaného lékaře a za častého pečlivého sledování funkce ledvin, elektrolytů a krevního tlaku. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Neutrocytopenie/agranulocytóza, trombocytopenie a anemie**: používání s mimořádnou opatrností u pacientů s kolagenovým vaskulárním onemocněním, u užívajících imunosupresivní léčbu, léčbu alopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů. **Renovaskulární hypertenze**: Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné fungující ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypertenze a renálního selhání (viz bod 4.3). 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, intersticiální angioedém**: okamžitě vysazení léčby a monitorování až do úplného vymizení symptomů. Angioedém související s otokem hrtanu může být smrtelný. Současné užívání perindoprilu a sakubitrilum/valsartanu je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Léčba sakubitrilum/valsartanem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilum/valsartanem ukončena, léčbu perindoprilem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilum/valsartanu**. Současné užívání inhibitorů ACE s racakadotrilem, mTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin) může vést ke zvýšenému riziku angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka spolu s poruchou dýchání nebo bez poruchy dýchání). U pacientů, kteří již užívají inhibitor ACE, je třeba opatrnosti při počátečním podání racakadotrilu, mTOR inhibitorů a gliptinů**. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace**: byly zaznamenány izolované případy pacientů s přetrvávajícími, život

ohrožujícími anafylaktoidními reakcemi během desenzibilizační léčby jedním blankřídých (včely, vosy). Prestarium Neo Combi má být s opatrností používáno u alergických pacientů léčených desenzibilizační léčbou a nemá být podáváno u pacientů podstupujících imunoterapii tímto jedem. Je možná také reakce předjetí dočasným vysazením inhibitoru ACE alespoň na 24 hodin před léčbou. **Anafylaktoidní reakce během aferézy LDL** pomocí dextran-sulfátu: vzácně se vyskytly život ohrožující anafylaktoidní reakce. Těmto reakcím lze předjetí dočasným vysazením inhibitoru ACE před každou aferézou. **Anafylaktoidní reakce u pacientů dialyzovaných pomocí vysoce propustných membrán**: použít jinou membránu nebo jinou skupinu antihypertenziv. **Primární hyperaldosteronismus**: Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. **Těhotenství**: okamžitě ukončení léčby, v případě nutnosti další léčby zahájit jinou léčbu. **Hepatální encefalopatie, která může která může vyvolat jaterní kóma**: ukončení léčby. **Fotosenzitivita**: ukončení léčby. **Porucha funkce ledvin**: v případě funkční renální insuficience bez změn stávajících renálních ledví má být léčba ukončena a případně znovu započata buď v nižší dávce, nebo podáním pouze jedné ze složek přípravku. Běžné lékařské prohlídky zahrnují sledování hladin draslíku a kreatininu, po dvou týdnech léčby a poté každé dva měsíce během období stabilní terapie. Nedoporučuje se v případě bilaterální stenózy renální arterie nebo jedné funkční ledviny. **Opatření pro použití**: **Porucha funkce jater**: ukončení léčby v případě žloutenky nebo elevace jaterních enzymů. Vzácně, podání inhibitorů ACE mělo vzácně souvislost se syndromem počínajícím cholestatickou žloutenkou a progredujícím až v náhlou hepatickou nekrózu a (někdy) úmrtí. **Porucha funkce ledvin**: léčba má být zastavena a případně znovu započata buď v nižší dávce anebo podáním pouze jedné ze složek přípravku; doporučené časté sledování hladin draslíku a kreatininu. **Renovaskulární hypertenze**: léčba má být zahájena na nemocničním lůžku, a mají být sledovány funkce ledvin a hladiny draslíku. **Riziko arteriální hypertenze a/nebo renální insuficience v případě srdeční insuficience, deplece vody a elektrolytů u pacientů s nízkým krevním tlakem, se stenózou renální arterie, městnavým srdečním selháním nebo cirhózou s edémy a ascites**: léčba má být zahájena v nižší dávce a dávka progresivně zvyšována. **Náhlá hypertenze při preexistující depleci sodíku** (zejména při stenóze renální arterie): po obnově uspokojivého objemu krve a krevního tlaku může být léčba zahájena buď ve snížené dávce, nebo podáváním jen jedné ze složek. **Závažné srdeční selhání (stupeň IV)/srdeční insuficience**: zahájení léčby pod lékařským dohledem se sníženou počáteční dávkou. **Aortální nebo mitrální stenóza/hypertrofičká kardiomyopatie**: používat s opatrností u pacientů s obstrukcí výtokové části levé komory. **Ateroskleróza**: zahájení léčby nízkou dávkou u pacientů s ischemickou chorobou srdeční nebo s cerebrální oběhovou nedostatečností. **Suchý kašel**. **Hladiny draslíku**: pravidelné monitorování. **Hyperkalemie**: může vyvolat závažné a někdy fatální arytmie; je doporučeno časté monitorování hodnot draslíku v krvi v případě renální insuficience, zhoršených renálních funkcí, věku > 70 let, diabetu mellitu: zahájení léčby pod lékařským dohledem s nižší úvodní dávkou; dehydratace, akutní kardiální dekompenzace, metabolické acidózy a souběžného užívání draslík šetřících diuretik a solí draslíku nebo v případě pacientů užívajících jiné léky související se zvýšením hladiny draslíku v séru (např. heparin, kotrimoxazol) a zejména antagonistů aldosteronu nebo blokátorů receptorů angiotenzinu. U pacientů užívajících ACE inhibitory mají být proto kalium šetřící diuretika a blokátory receptorů angiotenzinu užívány opatrně a má být kontrolována hladina draslíku v séru a funkce ledvin**. **Hypokalemie**: může způsobit svalové poruchy. Zejména v souvislosti se závažnou hypokalemií, byly hlášeny případy rhabdomyolýzy**; vysoké riziko pro starší pacienty a/nebo podvýživné jedince, cirhotické pacienty s edémem a ascites, koronární a srdečně selhávající pacienty a pacienty s dlouhým QT intervalem; častější monitorování je nezbytné nutné ve všech těchto případech; napomáhá rozvoji torsades de pointes, které mohou být fatální. **Hladiny sodíku**: nutno stanovit ještě před zahájením léčby; sledování hladin sodíku musí být častější u starších pacientů a u pacientů s cirhózou. Hyponatremie s hypovolemii mohou způsobit dehydrataci a ortostatickou hypotenzi. Současná ztráta chloridových iontů může vést k sekundární kompenzaci metabolické alkalóze (vyskytí a stupeň tohoto jevu je malý). **Hyperkalemie**: přerušení léčby až do vyšetření funkce příštích tělesk. **Hyperurikemie**: zvýšená tendence k záchvatům dny. **Anestezie**: jeden den před operací je doporučeno přerušit léčbu. **Dědičná porucha intolerance galaktózy, vrozený deficit laktázy nebo glukózo-galaktózová malabsorbe**: přípravek nemá být podáván. **Sodík**: Prestarium Neo Combi je v podstatě „bez sodíku“ (obsahuje méně než 1 mmol sodíku (23 mg) v tablete). **Diabetici**: v případě hypokalemie by měla být pečlivě monitorována glykemie. U pacientů s inzulin-dependentním diabetem mellitem není léčba přípravkem Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg vhodná, protože, má být léčba zahájena pod lékařským dohledem s nižší úvodní dávkou. **Etnické rozdíly**: vyšší výskytu angioedému a zřejmě méně účinný na snížení krevního tlaku u černoské populace ve srovnání. **Pediatrická populace**: účinnost a snášenlivost nebyla stanovena. **Sportovci**: může vyvolat pozitivní reakci u antidopingových testů. **Choroidální efuze****, **akutní myopie a sekundární glaukom s uzavřeným komorovým úhlem**:

primární léčbou je co nejrychlejší vysazení léčiva. Pokud se nitroční tlak nepodaří dostat pod kontrolu, je třeba zvážit rychlou medikamentózní nebo chirurgickou léčbu. Rizikovými faktory pro rozvoj akutního glaukomu s uzavřeným komorovým úhlem mohou zahrnovat alergie na sulfonamidy nebo peniciliny v anamnéze. **Interakce***: **Kontraindikace**: aliskiren (u pacientů s diabetem nebo poruchou funkce ledvin), mimosložení léčba sakubitrilum/valsartan. **Nedoporučovaná kombinace**: aliskiren (u jiných pacientů, než diabetiků nebo s poruchou funkce ledvin), lithium, kalium šetřící diuretika a sole draslíku, současná léčba inhibitorem ACE a blokátorem receptorů pro angiotenzin, estramustin, heparin, trimethoprim a kotrimoxazol. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost**: Baklofen, nesteroidní antiflogistika (včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den), anti-diabetika, léky vyvolávající torsades de pointes, léky snižující hladiny draslíku, draslík nešetřící diuretika, digitalisové přípravky, racakadotril, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus), gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), alopurinol (současná léčba s indapamidem může zvýšit výskyt reakcí hypersenzitivní na alopurinol). **Kombinace vyžadující určitou opatrnost**: Antidepresiva imipriminového typu (tricyklická), neuroleptika, antihypertenziva a vazodilatancia, alopurinol, cytotatika a imunosupresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid nebo tetraksoaktid, anestezika, sympatomimetika, injekce zlata, meformin, jodované kontrastní látky, vápník (a jeho soli), cyklosporin, takrolimus. **Fertilita, těhotenství a kojení***: Nedoporučuje se během prvního trimestru těhotenství a kojení. Je kontraindikováno během druhého a třetího trimestru těhotenství. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje***: Schopnost řídit a obsluhovat stroje při užívání přípravku může být snížena. **Nežádoucí účinky***: Časté: hypersenzitivita (reakce, zvláště dermatologické, u pacientů s predispozicí k alergickým a astmatickým reakcím), parestezie, bolest hlavy, dysgeuzie, astenie, závrať, vertigo, zhoršení zraku, tinitus, hypotenze, kašel, dyspnoe, zácpa, nauzea, zvracení, bolest břicha, dyspepsie, průjem, vyrážka, pruritus, makulopapulární vyrážka, svalové křeče. **Méně časté**: eozinofilie, hypoglykemie, hyperkalemie, hyponatremie změny náldy, poruchy spánku, somnolence, synkopa, tachykardie, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, angioedém kopřivka, purpura, hyperhidróza, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, artralgie, myalgie, renální insuficience, erektilní dysfunkce, bolest na hrudi, malátnost, periferní otok, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, pád. **Vzácné**: zhoršení psoriázy, únava, zvýšená hladina bilirubinu a jaterních enzymů v krvi. **Velmi vzácné**: rinitida, trombocytopenie, leukopenie, agranulocytóza, aplastická anemie, hemolytická anemie, pancytopenie, hyperkalemie, zmatenost, cévní mozková příhoda, možná sekundárně k nadměrné hypotenzi u vysoce rizikových pacientů, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní), angina pectoris a infarkt myokardu (možná sekundárně k nadměrné hypotenzi u vysoce rizikových pacientů), eozinofilní pneumonie, pankreatitida, hepatitida, abnormální hepatální funkce, erythema multiforme, toxická epidermální nekrolýza, Steven-Johnsonův syndrom, snížení hladiny hemoglobinu a snížení hematokritu akutní renální selhání. **Není známo**: Raynaudův fenomén, torsades de pointes (potenciálně fatální), hepatální encefalopatie (v případě jaterní insuficience), myopie, rozmazané vidění, akutní glaukom s uzavřeným úhlem**, choroidální efuze**, svalová slabost**, rhabdomyolýza**, možné zhoršení preexistujícího akutního diseminovaného lupus erythematodes, EKG - prodloužený QT interval, zvýšená hladina glukózy a kyseliny močové v krvi, deplece draslíku s hypokalemií, zvláště závažná u určitých vysoce rizikových skupin pacientů. U jiných inhibitorů ACE byly hlášeny případy SIADH (syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu). SIADH lze považovat za velmi vzácnou, ale možnou komplikaci spojenou s léčbou inhibitory ACE, včetně perindoprilu. **Předávkování***. **Farmakologické vlastnosti***: Prestarium Neo Combi je kombinovaný přípravek obsahující argininovou sůl perindoprilu, inhibitoru angiotenzin-konvertujícího enzymu, a indapamid, derivátu sulfonamidu, farmakologicky řazenému k thiazidovým diuretikům, s antihypertenzním účinkem na systolický a diastolický arteriální tlak v poloze vleže i vestoje. **Uchovávaní**: Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Velikost balení**: 30 a 90 tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci**: **LES LABORATOIRES SERVIER**, 50 rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Registrační číslo: 58/502/06-C (5 mg/1,25 mg), 58/215/09-C (10 mg/2,5 mg). **Datum poslední revize textu**: 11. 6. 2021. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 307, www.servier.cz

*pro úplnou informaci si přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku
** všimněte si prosím změn v informacích o léčivém přípravku Prestarium Neo Combi



POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

GENERÁLNÍ
PARTNER



PARTNEŘI



MEDIÁLNÍ
PARTNEŘI



PŘEDPLATNÉ ČASOPISU

Medicína pro praxi

2022

OBJEDNÁVEJTE

www.medicinapropraxi.cz
predplatne@solen.cz



www.solen.cz | www.medicinapropraxi.cz | ISSN 1214-8687 | Ročník 19 | 2022

Zdražujeme, ale vy nemusíte platit víc

PŮVODNÍ CENA
650 Kč

NOVÁ CENA
~~750 Kč~~



Při úhradě předplatného na rok 2022 do 15. 12. 2021
získáte časopis ještě za letošní cenu.



**TIŠTĚNÝ
ČASOPIS**
5 čísel / rok



**SUPPLEMENTA
A ODBORNÉ
PUBLIKACE**



**VŠECHNY ČLÁNKY
IHNEDE**
ve formátu **PDF**

 **35** 50% SLEVA

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