

# Medicína pro praxi

2019

D

www.solen.cz | Med. praxi 2019; 16(Suppl D) | ISBN 978-80-7471-277-7 | 2019

## ABSTRAKTA

### XVI. KONGRES MEDICÍNY PRO PRAXI V PRAZE

kongres praktických lékařů

**4.–5. října 2019**

**Kongresové centrum, Praha**

Pořadatel: společnost SOLEN, s. r. o., a časopis Medicína pro praxi  
Záštita: Klinika kardiologie IKEM, Praha



20 let s vámi  
**SOLEN**  
MEDICAL EDUCATION

# COSYREL®

bisoprolol fumarát / perindopril arginin

## Jediná fixní kombinace β-blokátoru a ACEi

pro dobře vyladěné srdce

3 INDIKACE Hypertenze | Stabilní ICHS | Srdeční selhání\*

1 tableta 1x denně

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

**Zkrácená informace o přípravku COSYREL®: Složení\***: Cosyrel 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, potahované tablety, obsahují bisoprolol fumarát (bis) 5 mg/ perindoprilum argininum (per) 5 mg, 5 mg bis/10 mg per, 10 mg bis/5 mg per, 10 mg bis/10 mg per. **Indikace\***: Cosyrel je indikován k léčbě hypertenze a/nebo stabilní ischemické choroby srdeční (u pacientů s infarktem myokardu a/nebo revaskularizací v anamnéze) a/nebo stabilního chronického srdečního selhání se sníženou systolickou funkcí levé komory (pouze Cosyrel 5 mg/5 mg a Cosyrel 10 mg/5 mg) jako substituční léčba u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných bisoprololem a perindoprilem podávanými současně ve stejné dávce. **Dávkování a způsob podání\***: Obvyklá dávka je jedna tableta jednou denně, nejlépe ráno a před jídlem. Pacienti musí být stabilizováni na léčbě bisoprololem a perindoprilem ve stejné dávce po dobu nejméně 4 týdnů. Fixní kombinace není vhodná k iniciální léčbě. U pacientů stabilizovaných na dávce bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 2,5 mg nebo bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 5 mg: půl tablety obsahující 5 mg/5 mg nebo 5 mg/10 mg jednou denně. Je-li nutná změna dávkování, titrace je nutno provádět za použití jednotlivých složek samostatně. **Porucha funkce ledvin**: Doporučené dávkování podle clearance kreatininu. 5 mg/5 mg;  $Cl_{cr} \geq 60$  (ml/min): 1 tableta;  $30 < Cl_{cr} < 60$ : ½ tablety;  $Cl_{cr} < 30$ : přípravek není vhodný, doporučená titrace dávky za použití jednotlivých složek samostatně. 5 mg/10 mg;  $Cl_{cr} \geq 60$ : ½ tablety;  $Cl_{cr} < 60$ : přípravek není vhodný, 10 mg/5 mg;  $Cl_{cr} \geq 60$ : 1 tableta;  $Cl_{cr} < 60$ : přípravek není vhodný, 10 mg/10 mg; přípravek není vhodný. **Porucha funkce jater**: není nutná úprava dávkování. **Starší pacienti**: podávání podle renální funkce. **Pediatrická populace**: Bezpečnost a účinnost nebyla stanovena, použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **Kontraindikace\***: Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na jiné inhibitory angiotensin-konvertujícího enzymu (ACE); akutní srdeční selhání nebo probíhající epizody srdečního dekompenzačního vyžadující i.v. inotropní terapii; kardiogenní šok; AV blok druhého nebo třetího stupně (bez pacemakeru); síň sinus syndrom; sinoatriální blokáda; symptomatická bradykardie; symptomatická hypotenze; závažné bronchiální astma nebo chronická obstrukční plicní nemoc; závažné formy periferní arteriální okluze nebo Raynaudova syndromu; neléčený feochromocytom (viz bod Upozornění\*); metabolická acidóza; anamnéza angioneurotického edému souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE, dědičný nebo idiopatický angioneurotický edém; 2. a 3. trimestr těhotenství (viz body Upozornění\* a Kojení\*), současné užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo s poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), Interakce\* a Farmakodynamické vlastnosti\*), současné užívání se sakubitrilem/valsartanem (viz bod Upozornění\* a Interakce\*), mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz bod Interakce\*), signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné funkční ledviny (viz bod Upozornění\*). **Upozornění\***: **Zvláštní upozornění a opatření pro použití**: Hypotenze: u pacientů s poklesem objemu tělních tekutin, se symptomatickým srdečním selháním se současnou renální insuficiencí nebo bez ní, s ischemickou chorobou srdeční nebo s progresivní a progredující ve fulminantní jaterní nekrózou a (někdy) v úmrť: ukončit léčbu v případě rozvoje žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů. **Černáská populace**: perindopril může být méně účinný a způsobit vyšší procento angioedému ve srovnání s jinými rasami. **Neproduktivní kašel**. **Hyperkalemie**: časté monitorování koncentrace draslíku v krvi v případě renální insuficience, zhoršení renální funkce, věk > 70 let, diabetes mellitus, dehydratace, akutní srdeční nedostatečnost, metabolická acidóza a současné užívání diuretik, draslíkových doplňků, náhrad soli s obsahem draslíku, léčivých přípravků, které mohou způsobovat vzestup sérových koncentrací draslíku. **Kombinace s lithiem** a draslík-šetřícími diuretiky, draslíkovými doplňky nebo náhradami soli obsahujícími draslík, kalciovými antagonisty, antiarytmiky třídy I a centrálními působícími antihypertenzivy: se obecně nedoporučuje. **Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS)**: zvýšené riziko hypotenze, hyperkalemie a srdeční funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). **Duální blokáda RAAS** pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátory receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se proto nedoporučuje. Pokud je léčba duální blokády považována za naprosto nezbytnou, má se k ní docházet pouze pod dohledem specializované lékařské a za častého pečlivého sledování funkce ledvin, elektrolytů a krevního tlaku. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Ukončení léčby**: nesmí být provedeno náhle ukončení léčby betablockátorem. 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 v vhodné dávce bisoprololu. **AV blok prvního stupně, stenóza aortální a mitrální chlopně/hypertrofická kardiomyopatie, diabetici, striktní půst**: podávat s opatrností. **Prinzmetalova angina**: betablockátory mohou zvýšit počet a délku trvání epizod anginy pectoris. **Porucha funkce ledvin**: denní dávka má být upravena na základě clearance kreatininu. Monitorování draslíku a kreatininu. U pacientů s bilaterální stenózou renálních arterií nebo stenózou arterie solitární ledviny může dojít ke zvýšení sérových koncentrací uréy a kreatininu; v případě renovaskulární hypertenze je riziko těžké hypotenze a renální insuficience zvýšené. **Renovaskulární hypertenze**: Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie u jedné funkční ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání (viz bod Kontraindikace). Léčba diuretiky může být přispívající faktor. **Zrůta renálních funkcí** se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. **Transplantace ledvin, srdeční selhání s inzulin dependentním diabetem mellitem (typ 1), těžkou poruchou funkce ledvin, těžkou poruchou funkce jater, restrikční kardiomyopatie, vrozený srdeční onemocnění, hemodynamicky významným organickým onemocněním chlopní, infarktem myokardu v předchozích 3 měsících**: nejsou zkušební s podáváním. **Analytické reakce během alergenické desenzibilizace**: dočasné vysadit léčbu před vyšetřeními. Tyto reakce se znovu objevily po náhodném opětovném vystavení. Bisoprolol může zvýšit senzitivitu vůči alergenům i závažné anafylaktoidních reakcí. **Neutropenie/agranulocytóza/thrombocytopenie/anemie**: extrémní opatrnost u pacientů s kolagenovým vaskulárním onemocněním, s imunosupresivní léčbou, léčbou aluporinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů. **Bronchospasmus (bronchiální astma, obstrukční onemocnění dýchacích cest)**: souběžné podávání bronchodilatační terapie. **Anestezie**: pokud je nutné betablockátory vysadit, je třeba to provádět postupně a ukončit 48 hodin před anestezí. **Psoríáza**: podání po zvržení přínosu a rizika. **Feochromocytom**: podávání bisoprololu vždy s blokátorem  $\alpha_1$ -receptorů. **Tyreotoxikóza**: symptomy mohou být maskovány. **Primární hyperaldosteronismus**: Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzivní léčbu působícími přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. **Těhotenství**: zastavit léčbu. V případě nutnosti zahájit alternativní léčbu. **Pomocné látky**: Cosyrel obsahuje méně než 1 mmol sodíku (23 mg) v tabletě, to znamená, že je podstatně „bez sodíku“. **Interakce\***: **Kombinace kontraindikované**: aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo poruchou funkce ledvin, mimotělní léčba, sakubitril/valsartan. **Nedoporučuje se současně užívat**: centrálně působící antihypertenziva, např. klonidin a další (methylglu, moxonidin, nilmidenin); antagonisté kalcia typu verapamilu a v menší míře diltiazem; aliskiren a blokátory receptorů pro angiotenzin II: estramustin, kotrimoxazol (trimethoprim-sulfamethoxazol), draslík šetřící diuretika (triamteren, amilorid), draslík (soli); lithium. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost**: antidiabetika (inzulin, perorální antidiabetika); nesteroidní antiinfektiva (NSAID) včetně kyseliny acetylsalicylové  $\geq 3$  g/den; antihypertenziva a vasodilatancia: tricyklická antidepresiva/antipsychotika/anestetika; sympatolymetika; antagonisté kalcia dihydropyridinového typu (felodipin, amlodipin); antiarytmika třídy III (amiodaron); parasympatolymetika; lokální betablockátory (např. oční kapky k léčbě glaukomu); digitalisové glykosidy; baklofenin, vyrážka); zhoršení psoriázy; poruchy potence, vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi, zvýšená hladina triglyceridů. **Velmi vzácné**: agranulocytóza, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, trombocytopenie, hemolytická anemie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, zmatenost, konjunktivitida, arytmie, angina pectoris, infarkt myokardu a cévní mozková příhoda, možné sekundární k nadměrné hypotenzi u výsoké rizikových pacientů, eosinofilní pneumonie, pankreatitida, erythema multiforme, alopecie, betablockátory mohou způsobit nebo zhoršit psoriázu nebo způsobit vyrážku při primární psoriáze, akutní renální selhání, snížená hladina hemoglobinu a snížený hematokrit. U jiných inhibitorů ACE bytí hlášený příznak SIADH (syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu), SIADH lze považovat za velmi vzácnou, ale možnou komplikaci spojenou s léčbou inhibitory ACE. **Není známo**: Raynaudova fenomén\*. **Předáváním\*, vlastnosti\***: Bisoprolol je výsoké beta<sub>1</sub>-selektivní blokátor adrenergických beta<sub>1</sub> vnitřní sympatolymetické a membrány stabilizující aktivity. Perindopril je inhibitor enzymu, který konvertuje angiotenzin I na vazokonstrikční angiotenzin II (ACE). **Balení\***: Balení 30, 90 potahovaných tablet přípravku Cosyrel 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg. **Uchování\***: Žádné zvláštní podmínky uchování ani zacházení. **Držitel rozhodnutí o registraci**: LES LABORATOIRES SERVIER, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Registrací číslo: 58/563-666/15-C. **Datum poslední revize textu**: 21. 7. 2019. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách a jsou na lékařský předpis. Přípravky jsou čištěné hrazeny z veřejného zdravotního pojištění; viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-plu-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](http://www.servier.cz)

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



## PROGRAM – pátek 4. října

### 9.00 ZAHÁJENÍ PROGRAMU

#### 9.00–10.20 SRDEČNÍ SELHÁNÍ: EPIDEMIE 21. STOLETÍ

Garant prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc.

- **Moderní farmakoterapie chronického srdečního selhání** – Hegarová M.
- **Neštěstí nechodí samo: význam komorbidit srdečního selhání** – Beneš J.
- **Srdeční selhání se zachovanou ejekční frakcí (HFpEF)** – Reichenbach A.
- **Jak poznat pacienta s pokročilým selháním a kdy lze uvažovat o transplantaci či jiných pokročilých metodách?** – Hošková L.

#### 10.20–11.20 DALŠÍ VYBRANÉ KAPITOLY Z KARDIOLOGIE

Garant prof. MUDr. Vladimír Soška, CSc.

- **Můžeme udělat více v léčbě hypertenze?** – Šnejdrová M.
- **Vaskulární věk** – Soška V.

### 11.20–11.50 PŘESTÁVKA

#### 11.50–13.30 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE I

- **Karcinom prsu v ambulanci praktického lékaře** – Soumarová R.  
*(Přednáška sponzorovaná společností Roche s. r. o.)*
- **Hemoroidální onemocnění a možnosti jeho léčby** – Ihnát P.
- **Proč vyhledávat a léčit pacienty s chronickou HCV infekcí** – Šperl J.  
*(Přednáška sponzorovaná společností Gilead Sciences s. r. o.)*
- **Pár slov o HIV** – Veselý D.  
*(Přednáška sponzorovaná společností Gilead Sciences s. r. o.)*
- **Dva litry polyetylen glykolu s kyselinou askorbovou je dobře snášena a účinná očista střeva před endoskopickým vyšetřením** – Lukáš M.

### 13.30–14.30 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

#### 14.30–15.10 VYZVANÁ PŘEDNÁŠKA / Péče o pacienty po transplantaci

prof. MUDr. Ondřej Viklický, CSc.

#### 15.10–16.25 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE II

- **Bolest zad u mladých dospělých – může za to „Bechtěrev“?** – Filková M.  
*(Přednáška sponzorovaná společností Novartis, s. r. o.)*
- **Novinky v léčbě CHOPN** – Pauk N.
- **Život není jen sen** – Hubeňák J.
- **Novinky v managementu obezity v ordinaci praktického lékaře** – Čupka J.

### 16.25–16.50 PŘESTÁVKA

#### 16.50–18.00 ENDOKRINOLOGIE

Garant doc. MUDr. Jan Jiskra, Ph.D.

- **Funkční tyreopatie v ordinaci praktického lékaře** – Stejskal R.
- **Tyreoidální uzly v ordinaci praktického lékaře** – Jiskra J.
- **Incidentalomy nadledvin – co může v ordinaci udělat praktický lékař?** – Ježková J.

## Workshopy / pátek 4. října

13.30–14.30 Správné měření ABI a EKG v praxi

16.00–17.00 Praktický nácvik kardiopulmonální resuscitace

Workshopy vedou pracovníci záchranné služby.

**VSTUP VOLNÝ, KAPACITA OMEZENÁ**

## PROGRAM – sobota 5. října

**9.00–10.10 TĚLOVÝCHOVNÉ LÉKAŘSTVÍ**

Garant doc. MUDr. Jiří Radvanský, CSc.

- **Základy zátěžové fyziologie pro preskripci pohybu** – Radvanský J.
- **Racionální přístup k preventivnímu vyšetření sportovce** – Slabý K.
- **Racionální přístup k preventivnímu vyšetření sportovce – fyzioterapeutická část** – Pávová A.

**10.10–10.40 PŘESTÁVKA****10.40–12.20 MEZIOBOROVÁ SDĚLENÍ**

- **Celiakie z pohledu pacienta** – Sasová H.
- **Paracetamol: hledání optimální dávky** – Číhal L., Slíva J.
- **Vitamin D a pohybový aparát** – Novák J.
- **Novinky z oblasti střevního mikrobiomu – střevní mikrobiom a atopická dermatitida** – Ryšávková P.
- **Ibuprofen: účinné nejenom „analgetikum“** – Lapka M.
- **Rizikové skupiny vs. rizikové infekce** – Blechová Z.

**12.20–13.20 IP ATB atd., nebo ABT?**

Garantka MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.

- **Diskuzní interaktivní přednáška**

**13.20–13.30 A něco čokoládového navíc aneb zkušenosti z Afriky** – MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.**13.35 ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD****IP** interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

**TIRÁŽ**

### XVI. KONGRES MEDICÍNY PRO PRAXI V PRAZE kongres praktických lékařů

**4.–5. října 2019 | Kongresové centrum, Praha****Pořadatel**

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

**Záštita**

Klinika kardiologie IKEM, Praha

**Prezident akce**

prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc.

**Organizátor**

SOLEN, s.r.o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc  
 Kontaktní osoba: Mgr. Marta Boučková, 770 194 701, bouckova@solen.cz  
 Zajištění výstavních ploch: Mgr. Martin Jiša, 734 567 855, jisa@solen.cz  
 Programové zajištění: Mgr. Hana Kaprálová, 777 557 411, kapralova@solen.cz  
 Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s.r.o., Lucie Šilberská

**Ohodnocení**

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

**Supplementum D Medicína pro praxi****Citační zkratka:**

Med. praxi 2019; 16(Suppl D).

**Vydal:** Solen, s.r.o., IČ 25553933**ISBN** 978-80-7471-277-7

# EUVASCOR<sup>®</sup>

atorvastatin / perindopril arginin



POLOVIČNÍ  
OCHRANA  
NESTAČÍ

TLAK A CHOLESTEROL POD KONTROLOU V JEDNÉ KAPSLI



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

**Složení:** EUVASCOR 10 mg/5 mg, 20 mg/5 mg, 40 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, 20 mg/10 mg, 40 mg/10 mg tvrdé tobolky obsahují 10 mg atorvastatinu (ator)/5 mg perindoprilu arginine (per), 20 mg ator/5 mg per, 40 mg ator/5 mg per, 10 mg ator/10 mg per, 20 mg ator/10 mg per, 40 mg ator/10 mg per. Obsahuje sacharózu jako pomocnou látku. **Indikace:** Euvascor je indikován v rámci léčby ke snížení kardiovaskulárního rizika jako substituční terapie u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných atorvastatinem a perindoprilem podávanými současně ve stejné dávce, ale jako samostatné přípravky. **Dávkování a způsob podání:** Obvyklá dávka je jedna tobolka denně ráno před jídlem. Euvascor není vhodný pro iniciální léčbu. Je-li nutná změna dávkování, titrace se má provádět s jednotlivými složkami. Během léčby přípravkem Euvascor má pacient pokračovat v běžné dietě snižující hladinu cholesterolu. **Souběžná terapie:** U pacientů, kteří současně užívají tipranavir, ritonavir, telaprevir nebo cyklosporin, nemá dávka atorvastatinu překročit 10 mg/den. U pacientů, kteří současně užívají boceprevir, elbasvir nebo grazoprevir, nemá dávka atorvastatinu překročit 10/20 mg/den. **Starší pacienti a pacienti s poruchou funkce ledvin:** Lze podávat pacientům s clearance kreatininu  $\geq 60$  ml/min, není vhodný pro pacienty s clearance kreatininu  $< 60$  ml/min, u těchto pacientů se doporučuje individuální titrace dávky s jednotlivými složkami. **Pacienti s poruchou funkce jater:** Přípravek má být podáván s opatrností a je kontraindikován u pacientů s jaterním onemocněním v aktivním stavu. **Pediatriká populace:** Použití u dětí a dospívajících do 18 let se nedoporučuje. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky, nebo na jiné ACE inhibitory nebo statiny, nebo na kteroukoli pomocnou látku, onemocnění jater v aktivním stavu nebo neobjasněné přetrvávající zvýšení sérových aminotransferáz převyšujících 3násobek horní hranice normálních hodnot, během těhotenství, kojení a u žen ve fertilním věku, které nepoužívají vhodné antikoncepční prostředky (viz bod Těhotenství a kojení<sup>\*\*</sup>), anamnéza angioedému souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE, hereditární nebo idiopatické angioneurotické edém, současně užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo poruchou funkce ledvin (GFR  $< 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) (viz bod Interakce<sup>\*\*</sup>), současně užívání se sakubitrilem/valsartanem (viz bod Zvláštní upozornění<sup>\*\*</sup> a Interakce<sup>\*\*</sup>), mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz bod Interakce<sup>\*\*</sup>), signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné fungující ledviny (viz bod Zvláštní upozornění<sup>\*\*</sup>). **Upozornění:** **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Vliv na játra: Vzhledem k obsahu atorvastatinu v přípravku Euvascor mají být pravidelně prováděny jaterní funkční testy. Pacientům, u kterých se zjistí jakékoliv známky nebo příznaky jaterního poškození, mají být provedeny jaterní testy. Pacienti, u kterých se objeví zvýšení aminotransferáz, musí být sledováni až do doby, než se hodnoty opět znormalizují. Pokud přetrvávají více než trojnásobně zvýšené hodnoty aminotransferáz nad horní hranici normálních hodnot, doporučuje se snížit dávku atorvastatinu pomocí jednotlivých složek nebo léčbu atorvastatinem ukončit. Pacientům, kteří konzumují velké množství alkoholu a/nebo mají v anamnéze jaterní onemocnění, je nutné podávat přípravek Euvascor s opatrností. **Vliv na kosterní svalstvo:** Jsou-li hladiny CK výrazně zvýšené ( $> 5 \times$  ULN) oproti normálním hodnotám, léčba nemá být zahájena. Léčba má být přerušena, objeví-li se významné zvýšení hladin CK ( $> 10 \times$  ULN), nebo je-li diagnostikována, případně předpokládána rhabdomyolýza. **Souběžná léčba s jinými léčivými přípravky:** Riziko rhabdomyolýzy je zvýšené při současném podávání přípravku Euvascor s určitými léky, které mohou zvyšovat plazmatickou koncentraci atorvastatinu, např. se silnými inhibitory CYP3A4 nebo transportních proteinů (např. cyklosporin, ketokonazol, ritonavir, atd.). Riziko myopatie může být rovněž zvýšeno současným užíváním gemfibrozilu a dalších derivátů kyseliny fibrové, erythromycinu, niacinu a ezetimibu, antivirových látek proti hepatitidě C. Přípravek Euvascor se nesmí podávat současně se systémovou léčbou kyselinou fusidovou nebo během 7 dnů po ukončení léčby kyselinou fusidovou vzhledem k obsahu atorvastatinu. U pacientů, u kterých je systémové podání kyseliny fusidové považováno za nezbytné, se musí po dobu léčby kyselinou fusidovou přerušit léčba statinem. Během léčby nebo po léčbě některými statiny byly velmi vzácně hlášeny případy imunitně zprostředkované nekrotizující myopatie (IMNM). **Intersticiální plicní onemocnění:** Při podezření na vznik intersticiálního plicního onemocnění u pacienta musí být terapie přípravkem Euvascor přerušena. **Diabetes mellitus:** U diabetiků léčených perorálními antidiabetiky nebo inzulinem má být v průběhu prvních měsíců léčby pečlivě sledována glykemie. **Hypotenze:** monitorování tlaku krve, renálních funkcí, a draslíku je nutné u pacientů s vysokým rizikem symptomatické hypotenze (volumová deplece nebo závažná renin dependentní hypertenze) nebo se symptomatickým srdečním selháním (se současnou renální insuficiencí nebo bez ní) nebo s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárními chorobami. Přechodná hypotenze odpověď není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou být obvykle užity bez obtíží, jakmile po doplnění objemu stoupne krevní tlak. **Stenóza aortální a mitrální chlopně:** Přípravek se má podávat s opatrností. **Transplantace ledvin:** Nejsou zkušenosti s podáváním přípravku pacientům po nedávno prodělané transplantaci ledvin. **Renovaskulární hypertenze:** Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné fungující ledviny léčení inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. **Porucha funkce ledvin:** Monitorování hladiny kreatininu a draslíku, individuální titrace dávky s jednotlivými složkami u pacientů s clearance kreatininu  $< 60$  ml/min, u pacientů se stenózou renální arterie bylo pozorováno zvýšení sérových koncentrací urey a kreatininu, u renovaskulární hypertenze je riziko závažné hypotenze a renální insuficience zvýšené. **U pacientů na hemodialýze:** U pacientů dialyzovaných pomocí vysoce propustných membrán byly zaznamenány anafylaktoidní reakce, má být zváženo použití jiných membrán. **Hypersenzitivita/angioedém:** Okamžitě vysazení léčby a zahájení monitorování do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Současně užívání perindoprilu se sakubitrilem/valsartanem je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Podávání sakubitrilu/valsartanu nesmí být zahájeno do 36 hodin po užití poslední dávky perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčba perindoprilem nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání jiných inhibitorů NEP (např. racekadotrilu) a inhibitorů ACE může také zvýšit riziko angioedému. Souběžné užívání s inhibitory mTOR: Zvýšené riziko angioedému. **Anafylaktoidní reakce během aferézy nízkodenzitních lipoproteinů (LDL):** Vzácný výskyt život ohrožujících anafylaktoidních reakcí, kterým lze předjet dočasným vysazením léčby před každou aferézou. **Anafylaktoidní reakce během deszenzibilizace:** Byly zaznamenány během deszenzibilizační léčby (např. jedem blanokřídých), reakcí je možné se vyhnout dočasným vysazením léčby, nicméně se znovu objevily po neúmyslné expozici. Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anemie: Přípravek Euvascor má být používán s extrémní opatrností u pacientů se systémovým onemocněním pojiva (collagen vascular disease), u pacientů užívajících imunosupresivní léčbu, léčbu alupurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů a pacienti mají být poučeni, aby hlásili jakékoli známky infekce (např. bolest v krku, horečku). **Rasa:** Perindopril může být méně účinný na snížení krevního tlaku a může vést k vyššímu výskytu angioedému u černoských pacientů ve srovnání s jinými rasami. **Kašel:** neproduktivní, ustupuje po ukončení léčby. **Operace/anestezie:** Léčba by měla být přerušena jeden den před výkonem. **Hyperkalemie:** Pravidelné monitorování sérových koncentrací draslíku u renální insuficience, zhoršené renální funkce, věku ( $> 70$  let), diabetes mellitus, dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidozy a u současného užívání diuretik šetřících draslík a draslíkových doplňků nebo náhrad solí s obsahem draslíku, nebo u pacientů užívajících jiné léčivé přípravky, které mohou způsobovat vzestup sérových koncentrací draslíku (např. heparin, kotrimoxazol). **Kombinace s lithiem:** Nedoporučuje se. **Duální blokáda systému renin-angiotensin-aldosteron (RAAS):** Současné užívání ACE inhibitorů, blokátory pro angiotensin II nebo aliskirenu zvyšuje riziko hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutní selhání ledvin). Duální blokáda RAAS se proto nedoporučuje. ACE inhibitory a blokátory receptorů pro angiotensin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí fruktosy, malabsorpce glukosy a galaktosy nebo nedostatkem sacharaso-izomaltasy by tento přípravek neměli užívat. **Hladina sodíku:** Euvascor obsahuje méně než 1 mmol sodíku (23 mg) v tobolce, to znamená, že je v podstatě „bez sodíku“. **Interakce:** **Kontraindikace:** Aliskiren, mimotělní léčba, sakubitril/valsartan **Nedoporučované kombinace:** Silné inhibitory CYP3A4, inhibitory proteinu rezistence karcinomu prsu (BCRP), aliskiren (u jiných pacientů, než jsou diabetici a pacienti s poruchou funkce ledvin), kotrimoxazol (trimetoprim/sulfametoxazol), současná léčba ACE inhibitorem a blokátorem receptoru angiotensinu, estramustin, lithium, draslík-šetřící diuretika (např. triamteren, amilorid, eplerenon, spironolakton), soli draslíku, grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** Induktory a středně silné inhibitory CYP3A4, digoxin, ezetimib, kyselina fusidová, gemfibrozil / deriváty kyseliny fibrové, inhibitory transportních proteinů, warfarin, antidiabetika (inzuliny, perorální antidiabetika), baklofen, diuretika nešetřící draslík, racekadotril, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus), nesteroidní antiflogistika (NSAID) (včetně kyseliny acetylsalicylové  $\geq 3$  g/den). **Kombinace vyžadující určitou opatrnost:** Kolchicin, kolestipol, perorální kontraceptiva, gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, tricyclická antidepresiva/antipsychotika/anestetika, zlato, antihypertenziva a vasodilatační agenta. **Těhotenství a kojení:** Přípravek Euvascor je kontraindikován během těhotenství, kojení a u žen plánujících těhotenství, které nepoužívají vhodné antikoncepční prostředky. **Fertilita<sup>\*\*</sup> Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** U některých pacientů se mohou vyskytnout individuální reakce související s nízkým krevním tlakem, zejména na začátku léčby. **Nežádoucí účinky:** Časté: Nazofaryngitida, hypersenzitivita, hyperglykemie, závrať, bolest hlavy, dysgeuzie, parestezie, porucha zraku, tinitus, vertigo, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), faryngolaryngeální bolest, epistaxe, kašel, dyspnoe, nauzea, zvracení, bolest horní a dolní části břicha, dyspepsie, průjem, zácpa, flatulence, vyrážka, pruritus, otok kloubů, bolest končetin, artralgie, svalové spazmy, myalgie, bolest zad, astenie, abnormální výsledky testů jaterních funkcí, zvýšená hladina kreatinfosfokinázy v krvi. **Méně časté:** Eozinofilie, hypoglykemie, hypernatremie, hyperkalemie reverzibilní při ukončení léčby, anorexie, insomnie, změny nálad, poruchy spánku, noční můry, somnolence, synkopa, hypestezie, amnezie, rozmazané vidění, tachykardie, palpitace, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, pankreatitida, říhání, hepatitida cytolytická nebo cholestatická, kopřivka, hyperhidróza, alopecie, angioedém, pemfigoid, fotosenzitivní reakce, bolest šije, svalová slabost, renální selhání, erektilní dysfunkce, únava, bolest na hrudi, malátnost, periferní edém, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, zvýšené tělesné hmotnosti, pozitivní nálezy leukocytů v moči, pád. **Vzácné:** Trombocytopenie, periferní neuropatie, cholestáza, zhoršení psoriázy, Stevens-Johnsonův syndrom, toxická epidermální nekrolýza, erythema multiforme, myopatie, myozitida, rhabdomyolýza, tendinopatie (někdy komplikovaná rupturou), vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi. **Velmi vzácné:** Rinitida, leukopenie/neutropenie, agranulocytóza nebo pancytopenie, hemolytická anemie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, anafylaxe, stavy zmatenosti, cévní mozková příhoda možná sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, ztráta sluchu, infarkt myokardu, sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, angina pectoris, arytmie, eosinofilní pneumonie, jaterní selhání, akutní renální selhání, gynekomastie, snížení hladiny hemoglobinu a snížení hematokritu. **Není známo:** Imunitně zprostředkovaná nekrotizující myopatie. U jiných inhibitorů ACE byly hlášeny případy SIADH (syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu). SIADH lze považovat za velmi vzácnou, ale možnou komplikaci spojenou s léčbou inhibitory ACE, včetně perindoprilu, Raynaudův fenomén<sup>\*\*</sup>. **Předávkování:** **Farmakologické vlastnosti:** Atorvastatin je selektivním a kompetitivním inhibitorem HMG-CoA reduktázy. Perindopril je inhibitor angiotensin-konvertujícího enzymu (ACE inhibitor), který konvertuje angiotensin I na vazokonstriktor angiotensin II. **Uchovávání:** Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Velikost balení:** 30 nebo 90 (3 obaly na tvrdé tobolky po 30 tobolkách) tvrdých tobolek Euvascor 10 mg/5 mg, 20 mg/5 mg, 40 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, 20 mg/10 mg, 40 mg/10 mg, 40 mg/10 mg. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. **Registrační číslo:** Euvascor 10 mg/5 mg: 31/985/16-C, Euvascor 20 mg/5 mg: 31/986/16-C, Euvascor 40 mg/5 mg: 31/987/16-C, Euvascor 10 mg/10 mg: 31/988/16-C, Euvascor 20 mg/10 mg: 31/989/16-C, Euvascor 40 mg/10 mg: 31/990/16-C. **Datum poslední revize textu:** 21. 7. 2019. **Výdej:** Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách na lékařský předpis, od 10/2019. Přípravky jsou částečně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-levic-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, [www.servier.cz](http://www.servier.cz)

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

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

**EUVASCOR**  
atorvastatin / perindopril arginin



## Srdeční selhání: epidemie 21. století

garant prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc.

pátek / 4. října 2019 / 9.00–10.20 hod.

### Moderní farmakoterapie chronického srdečního selhání

MUDr. Markéta Hegarová, Ph.D.

Klinika kardiologie IKEM, Praha

Při udávané prevalenci trpí syndromem CHSS v české republice více než 200 tisíc nemocných, přičemž praktický lékař je obvykle první a klíčovou osobou pro rozpoznání syndromu CHSS. Správná léčba syndromu zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu života a prognózu nemocných. Moderní farmakoterapie CHSS musí být kombinovaná. Základními léky jsou blokátory renin-angiotenzin-aldosteronového systému, betablokátory, inhibitor neprilysinu a AT1receptoru. Účinek na příznivé ovlivnění prognózy je ve všech základních lékových skupinách závislý na dávce, titrace léků do doporučených nebo nejvyšších tolerovaných dávek je proto velmi důležitá pro další osud nemocných. I u stabilních, byť relativně málo symptomatických nemocných, je potřeba dosáhnout maximálních dávek kombinované léčby včetně sakubitril valsartanu ke zlepšení dlouhodobé prognózy. Důležitým cílem léčby je prevence dekompenzací. Dostupnost moderní farmakoterapie pro pacienty s CHSS je závislá na dobré spolupráci praktických lékařů, internistů a kardiologů.

### Neštěstí nechodí samo: význam komorbidit srdečního selhání

MUDr. Jan Beneš, Ph.D.

Klinika kardiologie IKEM, Praha

Chronické srdeční (ChSS) selhání je spojeno se zvýšeným výskytem dalších onemocnění, které komplikují průběh, zhoršují kvalitu života i prognózu a vyžadují léčbu. K nejvýznamnějším komorbiditám u pacientů se srdečním selháním patří diabetes mellitus (DM), obezita, chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN), deprese, poruchy dýchání ve spánku a anémie a deficit železa. Diabetes mellitus je nyní v centru pozornosti u srdečního selhání zejména v souvislosti s novou terapií SGLT2-inhibitory, což je léková skupina s jasně prokázaným mortalitním benefitem u pacientů s diabetem a kardiovaskulární anamnézou. Očekává se, že se benefit těchto léků prokáže i u pacientů s diabetem a ChSS. „Klasická“ terapie diabetu (deriváty sulfonylurey, inzulin) je u pacientů se srdečním selháním riziková, protože hrozící hypoglykemie je u pacientů s ChSS rizikovější než u jiných nemocných.

Je známou skutečností, že obezita je rizikovým faktorem pro rozvoj ChSS. Naproti tomu u pacientů s již známým ChSS se nadváha a mírná obezita (BMI 25–35) zdá být protektivní, což se v literatuře označuje jako tzv. obesity paradox. Na druhou stranu je také prokázáno, že pacienti s extrémním BMI (BMI < 20 nebo BMI > 40) mají prognózu velmi nepříznivou.

Jaká je optimální hmotnost pro pacienty s ChSS není tedy úplně jasné, zdá se ale, že ideální BMI bude někde mezi 25–30, tedy mírně nad pásmem tabulkově optimální hmotnosti.

Chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) je u pacientů s ChSS častou komorbiditou a nesprávná diagnóza není vůbec vzácná. Jestli léčit pacienty s CHOPN a srdečním selháním jinak než ostatní pacienty s CHOPN není jasné, nicméně poslední data ukazují, že by i pacienti se samotným ChSS mohli profitovat z bronchodilatační léčby a pacienti se samotným CHOPN by mohli profitovat z terapie beta-blokátory. Léčba ChSS a CHOPN se tak možná v budoucnu významným způsobem protne.

Spánková apnoe (obstrukční – OSA, centrální – CSA) je bezesporu velmi poddiagnostikovanou jednotkou ať už v běžné populaci, tak také u pacientů s ChSS. Odhaduje se, že střední/těžká OSA/CSA postihuje cca 50 % pacientů s ChSS. S rostoucí třídou funkční klasifikace NYHA roste jednak celková prevalence spánkové apnoe, ale mění se také procentuální zastoupení jednotlivých forem – postupně ubývá OSA a přibývá CSA. U pacientů NYHA IV má již cca 75 % pacientů spánkovou apnoe

(50 % CSA a „jen“ 25 % OSA). Zatímco u ChSS a OSA se léčí přetlakovou ventilací (CPAP), adaptivní servoventilace u pacientů s ChSS a CSA vedla dokonce ke zhoršení přežívání.

Deprese je další z velmi častých komorbidit u pacientů s ChSS. Prevalence klinicky signifikantní deprese se u těchto pacientů uvádí okolo 20 %, což je cca 2 až 3x víc než v obecné populaci. U pacientů s ChSS je deprese jednak poddiagnostikovaná a také nedostatečně léčenou komorbiditou. Léčbou první volby jsou u pacientů s ChSS inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI).

ChSS s sebou nese rovněž alteraci metabolismu železa. Cca třetina pacientů s ChSS trpí také anémií. Ačkoli je etiologie anémie u těchto pacientů zřejmě multifaktoriální, deficit železa hraje u anémie při ChSS zřejmě velmi podstatnou roli (předpokládá se, že je u pacientů s ChSS a anémií přítomen až u 75 % pacientů). U pacientů s ChSS a deficitem železa je velmi efektivní i.v. substituční terapie, která ale v ČR naráží na ekonomické limitace.

### **Srdeční selhání se zachovanou ejekční frakcí (HFpEF)**

**MUDr. Adrian Reichenbach**

Klinika kardiologie IKEM, Praha

Přibližně 50 % nemocných se srdečním selháním má zachovalou funkci LK, tento typ srdečního selhání se také označuje jako diastolické srdeční selhání. Tento typ srdečního selhání bývá stále vzhledem ke své prezentaci a obtížné interpretaci často nepoznan a má negativní dopad na kvalitu života a prognózu nemocného. Srdeční selhání se zachovalou ejekční frakcí má oproti „systolickému“ srdečnímu selhání odlišnosti jednak v epidemiologii, diagnostice, a tak i v terapii. Léčba těchto nemocných je často obtížná a je nutné léčbu individualizovat. Přednáška pojednává o klinické prezentaci, diagnostice a léčbě srdečního selhání se zachovalou ejekční frakcí a zaměřuje se na praktické aspekty interpretace výsledků klinických vyšetření a volby léčby.

### **Jak poznat pacienta s pokročilým selháním a kdy lze uvažovat o transplantaci či jiných pokročilých metodách?**

**MUDr. Lenka Hošková, Ph.D**

Klinika kardiologie IKEM, Praha

Chronické srdeční selhání (CHSS) představuje z klinického pohledu syndrom charakterizovaný poruchou srdeční funkce s neurohumorální aktivací, zadržováním tekutin a zhoršeným přežíváním. Stav se manifestuje příznaky (únava, dušnost, snížená tolerance zátěže), které jsou vyvolány městnáním nebo sníženým minutovým výdejem. V současné době je nejčastější příčinou CHSS ischemická choroba srdeční a dilatační kardiomyopatie. CHSS postihuje 2–3 % dospělé populace a s věkem významně stoupá. Moderní farmakologickou léčbou a nefarmakologickými postupy se v posledních 20 letech prognóza nemocných zlepšila, nicméně u pacientů, kteří dospějí do stadia pokročilého CHSS, činí riziko jejich úmrtí až 50 % během jednoho roku. Onemocnění je oprávněně nazýváno epidemií 21. století. Pokud se stabilizované CHSS začne zhoršovat, mluvíme o jeho dekompenzaci. To se může stát náhle či pozvolna a vede obvykle k hospitalizaci nemocného.

#### **Pro pokročilé srdeční selhání svědčí:**

- významná limitace únavou/dušností NYHA IIIb/IV i při maximální farmakologické a nefarmakologické léčbě
- celkové zhoršování stavu i při podávání maximální léčby (retence tekutin, arytmie, nízký minutový srdeční výdej, plicní hypertenze, systémová hypotenze)
- evidence o dysfunkci srdce (snížená ejekční frakce levé komory nebo strukturální změny srdce)

K posouzení pokročilosti srdečního selhání nestačí jednorázové vyšetření, proto by měli být pacienti odesíláni do kardiocentra včas. Délka trvání nemoci a opakované epizody dekompenzace zhoršují prognózu nemocných.





# LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

## DVA RIZIKOVÉ FAKTORY – JEDNO ŘEŠENÍ



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



**1× DENNĚ**



# LIPERTANCE<sup>®</sup>

## ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

**Zkrácená informace o přípravku LIPERTANCE<sup>®</sup>** 10 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/10 mg, 40 mg/10 mg/10 mg; **Složení<sup>\*</sup>**: Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/10 mg, 40 mg/10 mg/10 mg potahované tablety obsahující 10 mg atorvastatinu (ator)/5 mg perindoprilu arginine (per)/5 mg amlodipinu (amlo), 20 mg ator/5 mg per/5 mg amlo, 20 mg ator/10 mg per/5 mg amlo, 20 mg ator/10 mg per/10 mg amlo, 40 mg ator/10 mg per/10 mg amlo. Obsahuje laktózu jako pomocnou látku. **Indikace<sup>\*</sup>**: Léčba esenciální hypertenze a/nebo stabilní ischemické choroby srdeční ve spojení s primární hypercholesterolemií nebo smíšenou (kombinovanou) hyperlipidemií, jako substituční terapie u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných atorvastatinem, perindoprilem a amlodipinem podávaných současně ve stejné dávce, jaká je obsažena v této kombinaci. **Dávkování a způsob podání<sup>\*</sup>**: Obvyklá dávka je jedna tableta denně. Fixní kombinace není vhodná pro iniciační léčbu. Je-li nutná změna dávkování, třeba se má provádět s jednotlivými složkami. **Starší pacienti a pacienti s poruchou funkce ledvin**: Ize podávat pacientům s clearance kreatininu  $\geq 60$  ml/min, není vhodný pro pacienty s clearance kreatininu  $< 60$  ml/min, u těchto pacientů se doporučuje individuální dávkování s jednotlivými složkami. **Pacienti s poruchou funkce jater**: Přípravek má být podáván s opatrností a je kontraindikován u pacientů s jaterním onemocněním v aktivním stavu. **Pediatrická populace**: Použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **Kontraindikace<sup>\*</sup>**: Hypersenzitivita na léčivé látky, nebo na jiné ACE inhibitory, nebo deriváty dihydropridinu, nebo na statiny nebo na kteroukoliv pomocnou látku, onemocnění jater v aktivním stavu nebo neobjasněné přetrvávající zvýšení sérových aminotransferáz převyšující 3násobek horní hranice normálních hodnot, během těhotenství, kojení a u žen ve fertilním věku, které nepoužívají vhodné antikoncepční prostředky (viz bod Těhotenství a kojení), závažná hypotenze, šok (včetně kardiogenního šoku), obstrukce výtokového traktu levé komory (např. hypertrofičká obstrukční kardiomyopatie a vysoký stupeň stenózy aorty), hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu, anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edém) souvisejícího s předchozí terapií ACE inhibitory, dědičný nebo idiopatický angioneurotický edém, současně užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo poruchou funkce ledvin (GFR  $< 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), současně užívání se sakubitrilem/valsartanem, mimořádně léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz bod Interakce<sup>\*</sup>), signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné fungující ledviny (viz bod Zvláštní upozornění<sup>\*</sup>). **Upozornění<sup>\*</sup>**: **Zvláštní upozornění a opatření pro použití**: **Vliv na játra**: Vzhledem k obsahu atorvastatinu v přípravku Lipertance mají být pravidelně prováděny jaterní testy. Pacientům, u kterých se zjistí jakékoliv známky nebo příznaky jaterního poškození, mají být provedeny jaterní testy. Pacienti, u kterých se objeví zvýšení aminotransferáz, musí být sledováni až do doby, než se hodnoty opět znormalizují. Pokud přetrvávají více než trojnásobně zvýšené hodnoty aminotransferáz nad horní hranici normálních hodnot, doporučuje se snížit dávku atorvastatinu pomocí jednotlivých složek nebo léčbu atorvastatinem ukončit. Pacienti, kteří konzumují velké množství alkoholu a/nebo mají v anamnéze jaterní onemocnění, je nutné léčit přípravkem Lipertance s opatrností. **Vliv na kosterní svalstvo**: Jsou-li hladiny CK významně zvýšené ( $> 5 \times$  ULN) oproti normálním hodnotám, léčba nemá být zahájena. Léčba má být přerušena, objeví-li se významně zvýšené hladiny CK ( $> 10 \times$  ULN), nebo je-li diagnostikována, případně předpokládána rhabdomyolýza. Riziko rhabdomyolýzy je zvýšené při současném podávání přípravku Lipertance s určitými léky, které mohou zvyšovat plazmatickou koncentraci atorvastatinu, např. se silnými inhibitory CYP3A4 nebo transportních proteinů (např. cyklosporin, telithromycin, klaritromycin, delavirdin, stiripentol, ketokonazol, atd.). Přípravek Lipertance se nesmí podávat současně se systémem léčby kyselínou fusidovou nebo během 7 dnů po ukončení léčby kyselínou fusidovou vzhledem k obsahu atorvastatinu. U pacientů, u kterých je systémové podání kyseliny fusidové považováno za nezbytné, se musí po dobu léčby kyselínou fusidovou přerušit léčba statinem. **Intersticiální plicní onemocnění**: Při podezření na vznik intersticiálního plicního onemocnění u pacienta musí být terapie přípravkem Lipertance přerušena. **Diabetes mellitus**: U diabetiků léčených perorálními antidiabetiky nebo inzulinem má být v průběhu prvních měsíců léčby pečlivě sledována glykemie. **Pacienti se srdečním selháním**: mají být léčeni s opatrností. **Hypotenze**: monitorování tlaku krve, renálních funkcí, a draslíku je nutné u pacientů s vysokým rizikem symptomatické hypotenze (volumová deplece nebo závažná renin dependentní hypertenze) nebo se symptomatickým srdečním selháním (se současnou renální insuficiencí nebo bez ní) nebo s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárními chorobami. Přechodná hypotenze odpověď není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou být obvykle užity bez obtíží, jakmile po doplnění objemu stoupne krevní tlak. **Stenóza aortální a mitrální chlopně**: Přípravek je kontraindikován u pacientů se závažnou obstrukcí v oblasti výtokového traktu levé komory. **Transplantace ledvin**: Nejsou zkušenosti s podáváním přípravku pacientům po nedávno prodělané transplantaci ledvin. Renovaskulární hypertenze: Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné fungující ledviny léčení inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. Porucha funkce ledvin: monitorování hladiny kreatininu a draslíku, individuální dávkování s jednotlivými složkami u pacientů s clearance kreatininu  $< 60$  ml/min, u pacientů se stenózou renální arterie bylo pozorováno zvýšení sérových koncentrací urey a kreatininu, u renovaskulární hypertenze je riziko závažné hypotenze a renální insuficience zvýšené. Amlodipin lze používat u pacientů se selháním ledvin v normálních dávkách. Amlodipin není dialyzovatelný. U pacientů na hemodialýze: dialyzovanými pomocí vysoce propustných membrán byly zaznamenány anafylaktoidní reakce. **Hypersenzitivita/angioedém**: okamžitě vysazení léčby a zahájení monitorování do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Souběžné užívání s inhibitory mTOR: zvýšení rizika angioedému. Současné užívání perindoprilu se sakubitrilem/valsartanem je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Podávání sakubitrilu/valsartanu nesmí být zahájeno do 36 hodin po užití poslední dávky perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčba perindoprilem nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání jiných inhibitory NEP (např. racekadotrilu) a inhibitory ACE může také zvýšit riziko angioedému. Před zahájením léčby inhibitory NEP (např. racekadotrilu) u pacientů užívajících perindopril je proto nutné pečlivě zhodnotit přínos a rizika. **Anafylaktoidní reakce během aferézy nízkodenzitních lipoproteinů (LDL)**: vzácný výskyt život ohrožujících anafylaktoidních reakcí, kterým lze předéjít dočasným vysazením léčby před každou aferézou. **Anafylaktoidní reakce během deszenzibilizace**: během deszenzibilizační léčby jedním blankofidol (včely, vosy), reakcím je možné se vyhnout dočasným vysazením léčby, nicméně se znovu objevily po neúmyslné expozici. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anemie**: Přípravek Lipertance má být používán s extrémní opatrností u pacientů se systémovým onemocněním pojiva (collagen vascular disease), u pacientů užívajících imunosupresivní léčbu, léčbu alopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů a pacienti mají být poučeni, aby hlásili jakékoli známky infekce (např. bolest v krku, horečku). **Rasa**: perindopril může být méně účinný na snížení krevního tlaku a může vést k vyššímu výskytu angioedému u černoškových pacientů ve srovnání s jinými rasami. **Kašel**: ustupuje po ukončení léčby. **Operace/anestezie**: léčba by měla být přerušena jeden den před výkonem. **Hyperkalemie**: pravidelné monitorování sérových koncentrací draslíku u renální insuficience, zhoršené renální funkce, věku ( $> 70$  let), diabetu mellitus, dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a u současně užívání diuretik šetřících draslík a draslíkových doplňků nebo náhrad soli s obsahem draslíku. **Kombinace s lithiem**: nedoporučuje se. **Duální blokáda systému renin-angiotensin-aldosteron (RAAS)**: současné užívání ACE inhibitorů, blokátorů receptorů pro angiotensin II nebo aliskirenu zvyšuje riziko hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutní selhání ledvin). Duální blokáda RAAS se proto nedoporučuje. ACE inhibitory a blokátorů receptorů pro angiotensin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Primární hyperaldosteronismus**: Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. Hladina sodíku: Lipertance obsahuje méně než 1 mmol sodíku (23 mg) v tabletu, to znamená, že je v podstatě „bez sodíku“. **Dědičné problémy s intolerancí galaktózy, vrozený nedostatek laktázy nebo malabsorpce glukózy a galaktózy**: přípravek by neměl být užíván. **Interakce<sup>\*</sup>**: **Kontraindikace**: Aliskiren, mimořádně léčba, sakubitril/valsartan. **Nedoporučované kombinace**: Silné inhibitory CYP3A4, současná léčba ACE inhibitory a blokátořem receptoru angiotensinu, estramustin, lithium, kotrimoxazol (trimethoprim-sulfamethoxazol), draslík-šetřící diuretika (např. triamteren, amilorid, eplerenon, spironolakton), soli draslíku, dantrolen (infúze), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost**: Induktory a středně silné inhibitory CYP3A4, digoxin, ezetimib, kyselina fusidová, gemfibrozil / deriváty kyseliny fibrové, inhibitory transportních proteinů, warfarin, antidiabetika (inzuliny, perorální antidiabetika), baklofen, nesteroidní antiflogistika (NSAID) (včetně kyseliny acetylsalicylové  $\geq 3$  g/den), racekadotril, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus). **Kombinace vyžadující určitou opatrnost**: kolchicin, kolestipol, perorální kontraceptiva, gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, tricyclická antidepresiva/ antipsychotika/ anestezika, zlato, digoxin, atorvastatin, warfarin, kalciochlorin, talikolimus, antihypertenziva a vasodilátanta. **Fertilita, těhotenství a kojení<sup>\*</sup>**: Přípravek Lipertance je kontraindikován během těhotenství a kojení. **Fertilita<sup>\*</sup>**: U některých pacientů léčených blokátořem kalciových kanálů byly zaznamenány reverzibilní biochemické změny na hlavní části spermatozoj. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje<sup>\*</sup>**: Schopnost reagovat může být narušena při závratí, bolesti hlavy, únavě nebo nauze. Opatrnost je zapotřebí zejména na začátku léčby. **Nežádoucí účinky<sup>\*</sup>**: **Velmi časté**: edém. **Časté**: nazofaryngitida, hypersenzitivita, hyperglykemie, somnolence, závrať, bolest hlavy, dysgeuzie, parestezie, vertigo, porucha zraku, diplopie, tinitus, palpitace, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), zčervenání, faryngolaryngální bolest, epistaxe, kašel, dyspnoe, nauzea, zvracení, bolest horní a dolní části břicha, bolest šije, průjem, zácpa, změny způsobu ve vprazdňování stolice, flatulence, vyrážka, pruritus, otok kloubů, otok kotníků, bolest končetin, artralgie, svalové spazmy, myalgie, bolest zad, astenie, únava, periferní edém, abnormální výsledky testů jaterních funkcí, zvýšená hladina kreatinofosfokinázy v krvi. **Méně časté**: rinítida, eozinofilie, hypoglykemie, hyponatremie, hyperkalemie reverzibilní při ukončení léčby, anorexie, insomnie, změny nálad (včetně úzkosti), poruchy spánku, deprese, noční můry, třes, synkopa, hypoestezie, amnezie, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní) rozmazané vidění, tachykardie, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, pankreatitida, říhání, hepatitida cytolytická nebo cholestatická, kopřivka, purpura, změna zbarvení kůže, hyperhidróza, exantém, alopecie, angioedém, pemfigoid, fotosenzitivní reakce, bolest šije, svalová slabost, poruchy močení, noční močení, polakisurie, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynekostázie, bolest na hrudi, bolest, malátnost, periferní otok, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, zvýšení tělesné hmotnosti, pozitivní nálezy leukocytů v moči, snížení tělesné hmotnosti, pád. **Vzácné**: trombocytopenie, stavy zmatenosti, periferní neuropatie, cholestáza, zhoršení psoriázy, Stevens-Johnsonův syndrom, toxická epidermální nekrolýza, erythema multiforme, myopatie, myozitida, rhabdomyolýza, tendonopatie (někdy komplikovaný rupturou), vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi. **Velmi vzácné**: leukopenie/neutropenie, agranulocytóza nebo pancytopenie, hemolytická anémie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, snížení hladiny hemoglobinu a hematokritu, anafylaxe, hypertenze, ztráta sluchu, infarkt myokardu, sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, angina pectoris, cévní mozková příhoda možná sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, eosinofilní pneumonie, gastritida, gingivální hyperplazie, žloutenka, jaterní selhání, exfoliativní dermatitida, akutní renální selhání. **Není známo**: imunitně zprostředkovaná nekrotizující myopatie, extrapyramidová porucha (extrapyramidový syndrom), Raynaudův fenomén<sup>\*\*</sup>. 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<sup>\*</sup>**: Farmakologické vlastnosti<sup>\*</sup>: Atorvastatin je selektivním a kompetitivním inhibitorem HMG-CoA reduktázy. Perindopril je inhibitor angiotensin-konvertujícího enzymu (ACE inhibitor), který konvertuje angiotensin I na vazokonstriktor angiotensin II. Amlodipin je inhibitorem transportu kalciových iontů (blokátoř pomalých kanálů nebo antagonist kalciových iontů), který inhibuje transmembránový transport kalciových iontů do středních buněk a buněk hladké svalstva cévních stěn. **Uchovávaní**: Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Velikost balení**: Krabice obsahuje 10 (pouze pro silu 10/5/5 mg), 28, 30, 84 (3 obaly na tablety po 28 tabletách), 90 (3 obaly na tablety po 30 tabletách) nebo 100 potahovaných tablet Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/10 mg, 40 mg/10 mg/10 mg. **Držitel rozhodnutí o registraci**: LABORATOIRES SERVIER, 50 rue Carnot, 92284 Suresnes cedex France. Registrační číslo: Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg: 58/428/15-C, Lipertance 20 mg/5 mg/5 mg: 58/429/15-C, Lipertance 20 mg/10 mg/5 mg: 58/430/15-C, Lipertance 20 mg/10 mg/10 mg: 58/431/15-C, Lipertance 40 mg/10 mg/10 mg: 58/432/15-C. **Datum poslední revize textu**: 21. 7. 2019. Před předepsáním přípravků si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s. r. o., Na Florenci 216/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, [www.servier.cz](http://www.servier.cz)

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

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



**Kdy referovat pacienta s pokročilým srdečním selháním** do kardiocentra ke zvážení *transplantace srdce*:

- pacient se symptomy NYHA III a více
- s anamnézou opakovaných hospitalizací pro dekompenzaci CHSS
- s nechtěnou změnou hmotnosti (úbytek váhy > 5 % za ½ roku, nebo nárůst váhy pro nezvladatelné otoky)
- s intolerancí betablokátorů nebo ACEi/AT1 inhibitorů pro symptomatickou hypotenzi či zhoršení funkce ledvin
- bez známek chronické infekce
- bez anamnézy aktivního nádorového onemocnění v posledních 2 letech
- bez závažných postižení ostatních orgánů (diabetes s orgánovými komplikacemi, CHOPN III.–IV. stupně, cirhóza jater, generalizovaná ateroskleróza)
- pacient s adekvátním psychosociálním zázemím, schopný spolupráce a dodržování léčebného režimu (bez abúzu alkoholu a drog)

#### **Nefarmakologické přístupy a mosty k transplantaci srdce**

U pacientů s CHSS se snažíme zlepšit klinický stav také nefarmakologickými přístupy, včetně chirurgické či perkutánní revaskularizace, chirurgické i perkutánní korekce chlopenních vad (TAVI, Mitraclip), implantace přístroje pro srdeční resynchronizační terapii, implantace přístrojů k prevenci život ohrožujících komorových arytmií (ICD), katetrizační ablace síňových i komorových arytmií. Použití těchto metod může stabilizovat zdravotní stav pacientů čekajících na transplantaci srdce. Zavedení mechanických srdečních podpor umožňuje zlepšení hemodynamického stavu a orgánové perfuze u pacientů s velmi pokročilým CHSS, kteří by se jinak transplantace nedožili. U těchto nemocných lze podporu oběhu použít jako most k transplantaci („bridge to transplant“).

## **Aktuality do vaší ordinace I**

pátek / 4. října 2019 / 11.50–13.30 hod.

### **Karcinom prsu v ambulanci praktického lékaře**

**doc. MUDr. Renata Soumarová, Ph.D., MBA, MUDr. Lenka Rušíňová**

Radioterapeutická a onkologická klinika FNKV a 3. LF UK, Praha

Karcinom prsu patří k nejpočetnějším malignitám u žen. V roce 2014 bylo zaznamenáno v České republice 7 008 nových případů karcinomu prsu a 1 940 žen na karcinom prsu zemřelo. U karcinomu prsu roste incidence se stoupajícím věkem. Přibližně 25 % případů se vyskytne u pacientky před 50. rokem věku a < 5 % před 35. rokem. Incidence se zvýšila také po zavedení mammografického skríninku (v roce 2002). V roce 2016 byla incidence 70 na 10 000 osob, v roce 2001 cca 60.

Díky mammografickému skríninku se ale zvýšil počet časných stadií, u kterých je relativní pětileté přežití takřka 100%. Nežádka se však setkáváme i s primárně velmi pokročilými nálezy bohužel i u mladých žen.

V oblasti léčby karcinomu prsu dochází v posledních letech k obrovskému pokroku, léčba je stále úspěšnější, ale také časově náročnější. Zahrnuje nejen léčbu chirurgickou, ale také moderní systémovou léčbu včetně nových generací hormonální a cílené léčby, ale také moderní léčbu zařízením. I z generalizovaného onemocnění se stává onemocnění chronické.

Současně roste i počet žen, které jsou pouze ve sledování po léčbě (prevalence). Proto i vznikla iniciativa České onkologické společnosti předávat ženy po léčbě k další dispenzarizaci do ambulaní praktických lékařů. Ve spolupráci se Společností všeobecného lékařství bylo vypracováno i doporučení, jak o tyto pacienty pečovat.

Mezi onkology a praktickými lékaři musí fungovat velmi dobrá a úzká spolupráce, která povede k časnějšímu a rychlejšímu stanovení diagnózy, i k např. rychlejšímu procesu vyšetřování pacientky. Spolupráce se však týká i samotné léčby, ať již specifické protinádorové nebo paliativní a podpůrné.

Cílem sdělení bude podat přehled o současných možnostech léčby karcinomu prsu, která by měla být koncentrována především do onkologických center. Dalším cílem přednášky bude podat informace o spektru možných pacientů s karcinomem prsu, se kterými se setkávají, nebo budou setkávat praktičtí lékaři ve svých ambulancích.

### **Hemoroidální onemocnění a možnosti jeho léčby**

**doc. MUDr. Peter Ihnát, Ph.D., MBA**

Chirurgická klinika, FN Ostrava

Hemoroidální nemoc představuje civilizační onemocnění s vysokou incidencí v evropské populaci. Každý praktický lékař proto poměrně často řeší pacienty s hemoroidálním onemocněním ve své běžné praxi.

Autor předkládá přehled poznatků týkajících se problematiky hemoroidálního onemocnění – anatomické aspekty, klasifikace, diagnostika a především současné možnosti léčby hemoroidálního onemocnění. Základem managementu pacientů je kvalitní diagnostika zaměřená na vyloučení kolorektálního karcinomu a léčba v závislosti na stadiu onemocnění. Standardem léčby pacientů všech stadií hemoroidálního onemocnění je konzervativní léčba založená na režimových opatřeních, aplikaci preparátů s lokálním působením a farmakoterapie venotoniky s prokázanou účinností (MPFF-Detralex). Semiinvazivní metody léčby (Baronova ligace, skleroterapie, laser, atd.) a chirurgické metody léčby (HAL, Longova operace, klasická haemorrhoidectomie) jsou určeny pro symptomatické pacienty se smíšenými haemorrhoidálními uzly, resp. pro pacienty s vnitřními uzly II.–III. stupně.

Vzhledem k vysoké incidenci hemoroidálního onemocnění je potřebná spolupráce praktických lékařů, gastroenterologů a koloproktologů s cílem diagnostikovat a optimálně léčit jednotlivá stadia onemocnění.

### **Proč vyhledávat a léčit pacienty s chronickou HCV infekcí**

**doc. MUDr. Jan Šperl, CSc.**

Klinika hepatogastroenterologie, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha

Chronická infekce virem hepatitidy C (HCV) je jednou z nejčastějších příčin chronického onemocnění jater a postihuje celosvětově přibližně 70 milionů lidí. V západních zemích představuje chronická infekce virem HCV nejčastější příčinu jaterní cirhózy, selhání jater a hepatocelulárního karcinomu. V současné době je nejvyšší prevalence chronické HCV infekce v tzv. rizikových skupinách osob, na prvním místě mezi intravenózními uživateli drog. Onemocnění probíhá často mnoho let bez příznaků, doba potřebná k přeměně jater v cirhotická činí 20–40 let. Jedna třetina infikovaných osob může mít dlouhodobě i normální jaterní enzymy. Většina infikovaných osob o svém onemocnění proto neví.

Cílem terapie je úplné vyléčení chronické HCV infekce – dosažení kompletní eradikace viru, které je definováno jako dosažení setrvalé virologické odpovědi, odpovídající nedetekovatelné HCV RNA v krvi 12 a/nebo 24 týdnů po ukončení léčby. Eradikace HCV infekce brání přechodu chronické hepatitidy v cirhózu jater, zabrání i rozvoji jaterních i mimojaterních komplikací onemocnění. Nová, perorální přímo působící antivirotika (DAA, direct acting antivirals), představují revoluci v léčbě HCV infekce díky vysoké, téměř 100% účinnosti a minimálním nežádoucím účinkům při krátké, tj. 8 až 12týdenní léčbě. Jejich použití má za cíl eliminaci HCV infekce do roku 2030, tedy snížení počtu nově diagnostikovaných případů na 10 % původního počtu nemocných. DAA režimy díky vynikající toleranci a bezpečnosti umožňují léčit i pacienty s pokročilou cirhózou jater, selháním ledvin, pacienty s depresemi nebo autoimunitními chorobami. Riziko komplikací při léčbě tak dnes představují pouze možné lékové interakce, ty však lze vyřešit úpravou současně podávané

# detralex®

180  
tablet

MPFF® – mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce

**ČÍSLO 1**  
v mezinárodních doporučeních  
pro léčbu CVD 2018<sup>1</sup>



**Chronické žilní  
onemocnění**  
2 tbl denně

**Hemoroidální  
onemocnění**  
až 6 tbl denně

CVD=Chronic Venous Disease

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

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

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

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



léčby před zahájením léčby HCV. DAA režimy tak lze léčit prakticky všechny infikované pacienty, podmínkou je ale dobrá spolupráce. Pro dosažení vysoké účinnosti léčby DAA režimem je zásadní podmínkou pravidelné denní užívání léků a dokončení plánované doby léčby.

### **Pár slov o HIV**

**MUDr. Dan Veselý**

**Klinika infekčních a tropických nemocí 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce, Praha**

V současnosti je infekce virem HIV velmi dobře léčitelné onemocnění a prognóza dožití léčených HIV pozitivních srovnatelná s běžnou, HIV negativní populací. Toto platí ovšem jen za předpokladu včasného zahájení léčby.

V posledních letech lze v Evropě sledovat trend pozdních záchytů HIV podmíněný mj. nízkou frekvencí testování, což přináší epidemiologická rizika pro HIV negativní populaci a snížení očekávané délky dožití pro pozdně diagnostikované jedince.

Role praktického lékaře v testování HIV je velmi důležitá, protože zejména v akutní fázi infekce HIV pacient téměř vždy přichází s obtížemi do ordinace PL.

Přednáška přináší přehled o charakteru přenosu HIV v ČR a spolu s výkladem o akutním retrovirovém syndromu demonstruje časté situace vhodné k testování HIV v ordinaci PL a poskytuje vhled do další organizace péče o HIV pozitivní pacienty v systému českého zdravotnictví.

## **Péče o pacienty po transplantaci**

**pátek / 4. října 2019 / 14.30–15.10 hod.**

### **Péče o pacienty po transplantaci**

**prof. MUDr. Ondřej Viklický, CSc.**

**Klinika nefrologie, Transplantační centrum, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha**

Transplantace představuje metodu volby léčby nevratného chronického orgánového selhání pro nemocné, kteří jsou schopni transplantaci podstoupit. Péče o nemocného v časném období po transplantaci je pokračováním anesteziologické péče během vlastního výkonu. Zásady těchto postupů jsou shodné s běžnou péčí o nemocného v pooperační fázi, existují ale některé orgánově specifické zvláštnosti. V prvních 24 hodinách po transplantaci je základním úkolem péče monitorovat základní životní funkce a stav transplantovaného orgánu. Imunosuprese je zahajována bezprostředně před, při nebo až po transplantaci. Během prvního týdne většina nemocných obdrží indukční imunosupresi s cílem zabránit pozdějšímu odhojení transplantovaného orgánu, stejně tak jako antibiotickou profylaxi. Cílem první hospitalizace je mimo jiné nastavit udržovací imunosupresi a profylaktické režimy. V současnosti jsou všichni nemocní od počátku léčeni takrolimem, mykofenolát mofetilem (MMF) a steroidy. V případě takrolimu, inhibitoru kalcineurinu, monitorujeme jeho plazmatické hladiny, které se musí udržovat v terapeutickém rozmezí (zpočátku 10–15 ng/ml, později 5–8 ng/ml). Dávky MMF a steroidů se snižují a v některých případech se později dokonce vysadí. Jako indukční imunosupresi používáme králičí antithymocytární globulin (rATG), který způsobí depleci periferních T lymfocytů po řadu týdnů a sníží významně riziko rejekce. Basiliximab, inhibitor receptoru pro IL-2, je používán pro indukci u méně rizikových nemocných. Jako profylaxe závažné cytomegalovirové infekce (CMV) nemocní dostávají perorální valganciklovir po dobu 100–200 dní a v případě profylaxe pneumocystové pneumonie pak Biseptol po dobu 4 měsíců. Antimykotická profylaxe se podává pacientům ve zvýšeném riziku.

Za zásadní lze považovat časná a častá kontroly v transplantačním centru, které ovšem mohou být částečně delegovány do regionů, především v situacích, kdy nemocný musí na kontroly dojíždět stovky kilometrů. Při ambulantních kontrolách se kromě biochemického vyšetření s cílem monitorovat stav transplantovaného orgánu (renální funkce u transplantací ledvin, jaterní testy u transplantací jater), monitoruje i hladina imunosuprese a zobrazení transplantovaného orgánu.

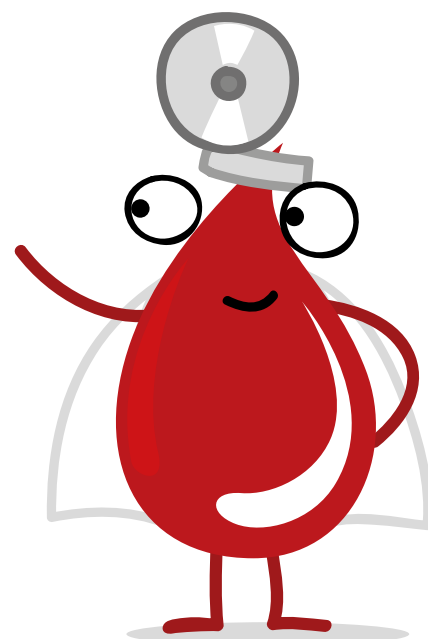


# Hrozí vám žloutenka typu C?

## Udělejte si krátký test pro dlouhý život

[www.hepatest.cz](http://www.hepatest.cz)

- Možnost otestovat si zařazení do rizikové skupiny
- Základní fakta o nemoci a jejích projevech
- Pacientské příběhy s dobrým koncem
- Přehled specializovaných pracovišť pro léčbu virových hepatitid



S rozvojem digitalizace medicíny v současnosti využíváme elektronickou zabezpečenou komunikaci se specialisty a praktickými lékaři v regionech, kdy již spojujeme informační systémy tak, že se v databázích transplantačních center objevují výsledky z regionů. Transplantační koordinátorky, vyškolené zdravotní sestry, pak mají za úkol facilitovat komunikaci mezi pacienty, lékaři v regionech a lékaři v transplantačním centru.

Hlavní komplikace, se kterými se můžeme u nemocných po transplantaci setkat, jsou infekce. V případě transplantací ledvin jsou to především infekce močových cest rezistentními (nemocničními) kmeny, časté jsou ovšem také pneumonie. Léčba febrilních stavů musí být zahájena neprodleně parenterálními antibiotiky a ev. následně deeskalována. Vždy ověřujeme hodnoty CRP a nezapomínáme, že klinický obraz je důležitější než laboratorní nebo zobrazovací metody. U řady nemocných může probíhat život ohrožující infekce inaparentně, důvodem je podávaná imunosuprese. Proto je vždy nutné při vyšetřování nemocných po transplantaci orgánů kontaktovat lékaře transplantačního centra, který poradí a navrhne další postup. Za zásadní lze považovat pravidelnou vakcinaci proti chřipce a zřejmě také pneumokokům. Kromě infekcí nemocní trpí častěji vznikem kožních nádorů, které lze snadno odhalit. Kardiovaskulární komorbidita je častá a její léčba není odlišná od ostatní populace. Intervence rizikových faktorů aterosklerózy bývá ale pro vyšší riziko onemocnění častější a intenzivnější než v běžné populaci. To samé platí o kompenzaci diabetu. Závěrem lze uzavřít, že léčba nemocných po orgánových transplantacích má z počátku svoje specifika, která ale s odstupem od operačního výkonu ustupují, až nakonec péče o pacienta po transplantaci v principu připomíná sledování nemocných s chronickým interním onemocněním a imunitním deficitem.

## Aktuality do vaší ordinace II

pátek / 4. října 2019 / 15.10–16.25 hod.

### **Bolest zad u mladých dospělých – může za to „Bechtěrev“?**

**MUDr. Mária Filková, Ph.D.**

Revmatologický ústav a Klinika revmatologie 1. LF UK, Praha

Mechanická příčina tvoří až 97 % akutních a 90 % chronických bolestí páteře. Zánětlivá bolest, která je typickým znakem onemocnění skupiny spondyloartritid (SpA), tvoří 5 % chronických bolestí bederní páteře. Typicky nastupuje pozvolně před 40. rokem, trvá déle než 3 měsíce, dosahuje maxima ve 2. polovině noci a mírní se rozcvičením bez pocitu úlevy v klidu.

Podle převažující manifestace postižení lze SpA dělit na formu axiální (postiženy struktury páteře a sakroiliakálních kloubů) a periferní (artritida zejména velkých kloubů). Kromě uvedených projevů tyto jednotky spojují i kožní, slizniční a urogenitální znaky. Celá skupina má společný genetický základ ve formě vazby na antigen HLA-B27. Podle klinických jednotek se sem zařazuje ankylozující spondylitida (AS, nebo tzv. Bechtěrevova choroba), psoriatická, reaktivní a enteropatická artritida (artritida při idiopatických střevních zánětech), juvenilní ankylozující spondylitida a tzv. nediferencovaná SpA. Diagnóza AS se až do roku 2009 stanovovala na základě kritérií, kdy musí být rentgenové známky sakroiliitidy a alespoň 1 klinické kritérium: zánětlivá bolest zad, omezení hybnosti bederní páteře a dýchacích exkurzí. Tato kritéria se zakládají na pozdních změnách a neumožňují tak diagnózu v časně fázi nemoci. Nová kritéria umožňují klasifikaci v období, kdy ještě není rentgenově průkazná sakroiliitida a diagnóza se pak opírá o přítomnost sakroiliitidy na MRI a splnění 1 klinického příznaku, nebo při pozitivitě HLA-B27 a alespoň 2 klinických příznaků.

S ohledem na subjektivní obtíže, klinická, zobrazovací vyšetření a laboratorní aktivitu je zahájena nefarmakologická léčba v podobě režimových opatření včetně pravidelného cvičení, a farmakologická léčba nesteroidními antirevmatiky, v případě periferního postižení i terapie syntetickými chorobu modifikujícími léky (DMARDs), příp. biologická léčba. Tato zahrnuje inhibitory TNF $\alpha$  (infliximab, etanercept, adalimumab, golimumab, certolizumab) a inhibitor IL-17A (secukinumab). Protizánětlivý efekt se projeví subjektivní úlevou, poklesem reaktantů akutní fáze, snížením intenzity zánětu na



páteři a SI kloubech na MRI. Účinek na oddálení či omezení strukturálních změn se stále diskutuje, nastupuje pravděpodobně po 4–6 letech léčby. V České republice je průměrná doba od prvních bolestí zad k diagnóze AS až 9,1 roku, což vede u 60 % pacientů k invaliditě s psychosociálním dopadem. Je proto nutné při zánětlivé bolesti zad, příp. při pozitivitě HLA-B27 a chronické bolesti zad u mladých jedinců odeslat tyto pacienty na revmatologické pracoviště.

## Život není jen sen

**MUDr. Jan Hubeňák, Ph.D.**

Psychiatrická klinika, Fakultní nemocnice v Hradci Králové

Trazodon je antidepresivem první volby. Už přes 10 let je v České republice používán ve formě s řízeným uvolňováním (AC) a téměř 5 let také ve formě s prodlouženým uvolňováním (Prolong). Léčba trazodonem se vyznačuje rozrůstáním spektra klinického účinku s tím, v jaké dávce je podáván. V denní dávce do 75 miligramů má významný hypnotický účinek. V dávce do 150 miligramů denně je navíc i dobrým anxiolytikem. Od dávek nad 200 miligramů denně je také účinným antidepresivem i v monoterapii. Trazodon je určen k léčbě depresí a jeho přínos využívají nemocní, kteří navíc trpí doprovodnou úzkostí a nespavostí. Insomnie a anxieta při podávání trazodonu mnohdy odeznívají již v prvním týdnu léčby. Recentní studie ukazují, že úprava spánku je důležitá a je benefitem i pro starší depresivní pacienty. Korekce insomnie může působit protektivně ve vztahu k rozvoji mírné kognitivní poruchy a následně i demence. Trazodon, díky kvalitnímu hypnotickému efektu i v nízkých dávkách, byl a stále často je užíván jako hypnotické léčivo v kombinaci s jinými antidepresivy. Údaje z roku 2018 dokládají, že trazodon je v České republice u 33 % pacientů podáván jen v hypnotické indikaci. U 74 % nemocných je pak užíván v denní dávce pouze do 100 miligramů. Dosud rozšířený terapeutický postup spočíval v léčbě depresivního pacienta pomocí kombinace SSRI preparátu, benzodiazepinu a trazodonu v malé dávce. Nemocné je však možno léčit monoterapeuticky plnou antidepresivní dávkou trazodonu ve výši 300 miligramů za den. To současně umožní léčbu bez nutnosti přídatného podávání medikace anxiolytik, hypnotik či jiných antidepresiv. Terapie deprese s pomocí nejčastěji užívaných SSRI antidepresiv často způsobí hned v prvních dnech medikace anxieta, insomni, psychomotorický neklid, sexuální dysfunkce i dyspepsii. Je to způsobeno agonistickým působením SSRI léčiv na 5-HT<sub>2</sub> receptorech. Nemocní pak léčbu netolerují, jejich compliance poklesá a jsou proto ohroženi další progresí deprese. Trazodon je naopak antagonistou na těchto receptorech, a proto zmíněné nežádoucí příznaky nevyvolává. To je faktor, který významně zlepšuje adherenci nemocných k léčbě. Klinická zkušenost autora svědčí pro dobrou účinnost a tolerabilitu trazodonu v obou dostupných formách.

## Novinky v managementu obezity v ordinaci praktického lékaře

**MUDr. Jozef Čupka, MPH**

Ordinace praktického lékaře Praha 6

Obezita je způsobena komplexní interakcí genů a zevního prostředí. Ačkoli obezita startuje jako problém životního stylu, rychle směřuje k narušení neurohormonální a energetické regulace jako výsledek poruchy hypotalamických signálů. Komplikace obezity jsou mechanické (kloubní a vertebrogenní, dušnost, komplikace chirurgických výkonů a úrazů) a metabolické – metabolický syndrom, hypertenze, dyslipidemie, prediabetes-diabetes a také vztahy k sterilitě, depresi i výskytu některých nádorů, např. nádory trávicího traktu kromě žaludku, gynekologické nádory včetně karcinomu prsu a nádory ledvin. Přednáška popisuje algoritmus managementu nadváhy a obezity v dospělé populaci v ordinaci praktického lékaře dle aktualizovaných doporučených postupů SVL a jednání s VZP o novém projektu Obezita PLUS. Projekt je založen na hodnocení kvalitativních kritérií, která souvisí s prevencí a organizací péče o pacienty trpící obezitou:

- sledování vývoje hmotnostně výškového poměru – BMI;
- sledování compliance pacienta;

- sledování vývoje krevního tlaku;
- sledování vývoje hladiny lipoproteinů a glykemie.

Cílem projektu je realizace sítě ordinací PL poskytujících obezitologickou péči, která je hrazena poskytovatelům a částečně i farmakoterapie pacientům. Současně dochází k iniciaci nového intervenčního kódu u VZP pro PL – 001. Identifikace a sledování pacienta trpícího obezitou se u PLDD bude vykazovat signálním výkonem 02039 – (VZP) – Záchyt a sledování pacienta s obezitou v ordinaci PLDD (bude hrazen částkou ve výši 200 Kč se zařazením tohoto výkonu od 1. 1. 2020 v SZV pro odb. 002). Nové možnosti farmakoterapie dospělých léky Mysimba (tbl) a Saxenda (inj) dávají do rukou lékařů účinný nástroj k terapii neurohormonální a energetické regulace. Indikace a zkušenosti s terapií podrobněji shrne přednáška na konferenci.

Nově v rámci SVL vznikla „Pracovní skupina pro preventabilní onemocnění“, která se zabývá obezitou/nadváhou, managementem zdravého životního stylu, dále i odvykáním kouření tabáku či snižováním spotřeby alkoholu u pacientů v primární péči. Zájemci o tyto problematiky se mohou přihlásit na webu společnosti <https://www.svl.cz/o-nas/pracovni-skupina-pro-preventabilni-onemocneni/> a budou informováni o nejnovějších aktivitách k těmto tématům v rámci ČR.

## Endokrinologie

garant doc. MUDr. Jan Jiskra, Ph.D.

pátek / 4. října 2019 / 16.50–18.00 hod.

### Funkční tyreopatie v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Richard Stejskal

Lékařské centrum Václavka, Praha

Poruchy funkce štítné žlázy jsou díky dostupnější laboratorní diagnostice zachycovány stále častěji. Vzhledem k jejich stoupající incidenci je pro všeobecného praktického lékaře nutné se orientovat v jejich základním členění, možnostech laboratorní diagnostiky a možné interferenci laboratorních testů. Měl by dokázat rozlišit stavy, jejichž léčbu je třeba zahájit neprodleně, od stavů, které snesou odkladu, u kterých je vhodné laboratorní test s odstupem zopakovat nebo kdy je třeba léčbu vůbec nezahajovat a vyčkat endokrinologického vyšetření. Vzhledem k nárůstu endokrinologických pacientů jsou objednávací termíny k endokrinologickému vyšetření mnohdy dlouhé a praktický lékař musí někdy léčbu zahájit sám. Endokrinologická společnost ve spolupráci se Společností všeobecného lékařství vydala pro tento účel doporučené postupy a praktický lékař je po jejich obeznámení se s nimi oprávněn k léčbě mnohých poruch funkce štítné žlázy a po endokrinologickém vyšetření je často požádán o zpětné převzetí pacienta do dispenzární péče s navrženým plánem postupu a endokrinologických kontrol.

Klinicky nejvýznamnější jsou tyreoidální hyperfunkce, které zejména u starších pacientů mohou vyústit v srdeční arytmií s možným oběhovým selháním. Podrobné rozlišení jednotlivých příčin tyreoidální hyperfunkce patří již do rukou endokrinologa, je však užitečné, aby měl praktický lékař o jejich odlišnostech alespoň základní povědomí. Tyreoidální hypofunkce má větší význam v některých životních obdobích – dospívání, graviditě a v reprodukčním věku obecně a poté v seniu. Subklinická hypofunkce je dnes jedna z nejběžnějších endokrinních diagnóz, po stanovení příčiny hypothyreózy je její léčba jednoduchá a o dispenzarizaci těchto pacientů by se měl endokrinolog dělit s praktickým lékařem tak, aby se pak mohl věnovat složitějším případům. Limitem této praxe jsou zavedené zvyklosti, a i pravidla úhrad zdravotní péče od zdravotních pojišťoven.

Přednáška je zaměřená na praktické ukázky vyšetření a léčby těchto tyreopatií.



# Přesné a spolehlivé přístroje

K prevenci cévní mozkové příhody  
a infarktu myokardu



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



## TLAKOMĚŘ DUO CONTROL

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

## TLAKOMĚŘ S EKG 2-v-1

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

## Tyreoidální uzly v ordinaci praktického lékaře

doc. MUDr. Jan Jiskra, Ph.D.

3. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Tyreoidální uzly jsou časté. Naprostá většina z nich jsou uzly benigní bez hormonální nadprodukce. Základním vyšetřením u tyreoidálních uzlů je vyloučení tyreoidální dysfunkce a ultrazvuk za účelem správného posouzení, které uzly mají být vyšetřeny aspirační biopsií tenkou jehlou (FNAB) s následnou cytologií. V indikaci k FNAB se zvažuje zejména velikost uzlu, vzhled uzlu na ultrazvuku a klinické rizikové faktory. Z důvodu lepší standardizace dalšího postupu a zlepšení péče o pacienty s minimalizací nežádoucích důsledků z podhodnocení (přehlédnutá malignita) i nadhodnocení (zbytečné operace) by měly být výsledky ultrazvuku i FNAB kategorizovány podle rizika malignity. Ultrazvukových klasifikací je k dispozici několik, většinou podle různých národních odborných radiologických či endokrinologických společností (např. EU-TIRADS, ATA, ACR) včetně České endokrinologické společnosti ČLS JEP. Pro účely standardizace nálezů z FNAB se nejvíce používá klasifikace Bethesda.

## Incidentalomy nadledvin – co může v ordinaci udělat praktický lékař?

MUDr. Jana Ježková

3. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Jako incidentalomy se označují náhodně zjištěné expanze nadledvin. Díky zvyšující se dostupnosti a kvalitě zobrazovacích metod se s nimi setkáváme stále častěji. Prevalence je u dospělých udávána kolem 3 % a roste s věkem. U dětí je nález incidentalomu nadledviny vzácný. Při nálezu incidentalomu je nejdůležitější zhodnocení rizika malignity a hormonální funkce. Povaha tumoru by měla být stanovena ihned při zjištění incidentalomu a opírá se o charakteristická kritéria jednotlivých zobrazovacích metod. Nejčastěji se vychází z CT nálezů, kdy pro benigní nález svědčí homogenní, hypodenzní (HU < 10) nádor < 4 cm na nativním CT. Frekvence výskytu jednotlivých typů incidentalomů je následující: adenom (80 %, převažují afunkční adenomy), feochromocytom (7 %), adrenokortikální karcinom (8 %), metastáza (5 %), jiné patologické procesy jsou vzácné. Posouzení hormonální funkce, tj. diagnostiky autonomní sekrece kortizolu, primárního hyperaldosteronismu a feochromocytomu spadá do kompetence endokrinologa. V praxi se nejčastěji setkáváme s drobnými, hypodenzními afunkčními tumory u starších nemocných, u kterých není potřebná léčebná intervence ani sledování. Při nálezu radiologicky suspektní expanze je nezbytné kontaktovat specialistu – endokrinologa, do jehož kompetence patří stanovení diagnózy a dalšího postupu v rámci konzultace v multidisciplinárním týmu.

## Tělovýchovné lékařství

garant doc. MUDr. Jiří Radvanský, CSc.

sobota / 5. října 2019 / 9.00–10.10 hod.

## Základy zátěžové fyziologie pro preskripci pohybu

doc. MUDr. Jiří Radvanský, CSc.

Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol, Praha

Alespoň základní termíny zátěžové fyziologie potřebuje znát lékař, pacient i cvičitel pro racionální preskripci pohybového režimu. Definujme si (zjednodušeně) pohybovou preskripci jako repetitivně opakované fyzické zatížení přiměřené pro daný věk, zdravotní stav, funkční postižení, momentální tělesnou zdatnost a motivaci pacienta. Aby to nebyla nespílitelná „hraběcí rada“, musí být předpis i psychosociálně adekvátní: musí respektovat celkový stav, prognózu a v širším kontextu i reálnou dlouhodobou proveditelnost. Pacient musí být natolik srozuměn a ochotný jej provádět, že k němu bude dlouhodobě adherentní. Zátěž by měla být nastavena kvalitou ve smyslu převládajícího způsobu zatížení, intenzitou vyjádřitelnou například obecnou energetickou náročností v METs, tepovou frekvencí nebo pocitově – a za jakého stavu nemoci. Podstatná je i délka a frekvence cvičení v týdnu. Intenzita

cvičení je vždy nejtěžší část návodu. Základní termíny, které má obdobně chápat praktický lékař, pacient, rehabilitační pracovník i cvičitel v kontextu tohoto problému jsou: zátěžová reakce a zátěžová adaptace, typy tělesné zátěže, ve smyslu dynamické či statické (izometrické) zátěže a možnosti nahrazení izometrické zátěže odporovým tréninkem. Důležité je využití tepové frekvence pro stanovení intenzity zátěže. Pracujeme s ní ve formě zjištění tepové rezervy pro obecně spíše dynamickou zátěž, v praxi pro intervalový a vytrvalostní trénink. Z tepové rezervy lze dobře odhadnout i individuální anaerobní práh. Ten je ale pro potřeby pacientů v písemnictví až zbytečně zdůrazňován. Obdobně i schematický koncept 1 RM pro odporový trénink je snad vhodný pouze tam, kde pacienta svěříte do běžné posilovny s dominující klientelou zdravých mladých jedinců. Erudovaný specialista jej nepotřebuje. Algoritmické návody rozhodně nejsou dogmatem pro ty, kteří mají ke cvičení málo pozitivní vztah. Příliš přesný, striktně algoritmický návod bývá tím, co na papíře vypadá skvěle, ale v praxi funguje spíše výjimečně – za úspěch lze považovat i situaci, kdy ke cvičení přesvědčíte třetinu pacientů. Pokud cvičení vede erudovaný cvičitel, nejlépe fyzioterapeut bude řídit intenzitu zatížení zejména pomocí posturální, motorické a tepové odezvy + cílenými dotazy, co se dělo po tréninku minule. Příliš plytká klíše typu „cvičte do zadýchání“, „hodně chodte“ většinou nejen nevedou k benefitu, ale často odradí pacienta od dosavadního pohybu i od specificky zaměřené cílené rehabilitace.

## **Racionální přístup k preventivnímu vyšetření sportovce**

**MUDr. Kryštof Slabý**

Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol, Praha

Preventivní vyšetření je u sportovce nejčastěji požadováno sportovní organizací, méně často organizátorem závodu nebo na základě specifické legislativní úpravy a v neposlední řadě je sportovec vyšetřen z jeho vlastní iniciativy.

Vyšetřující lékař má k dispozici řadu odborných doporučení pro vyhodnocení nálezu a další management pacienta včetně finálního zhodnocení způsobilosti a vhodnosti zamýšlené nebo již provozované sportovní aktivity sportovce (ať už bez nebo s chronickým onemocněním). Současně je posuzování způsobilosti legislativně upraveno také z administrativního pohledu.

Preventivní vyšetření sportovce se provádí z řady důvodů, z nichž nejdůležitější (v různém pořadí v závislosti na věku, sportovní činnosti a předchozí anamnéze pacienta) jsou prevence náhlého úmrtí z kardiovaskulárních příčin, prevence náhlého nekardiálního úmrtí, prevence závažného akutního nefatálního rizika, prevence poškození zdraví dlouhodobě prováděnou sportovní aktivitou (zejména u interních onemocnění), prevence specifických sportovních úrazů a poškození z přetížení, prevence vzniku a progresu dalších (méně specifických) odchylek pohybového aparátu. Při preventivním vyšetření se dále hodnotí růst a somatický vývoj v kontextu pohybové aktivity, potenciální vzájemná interakce farmakoterapie (zejména) i nefarmakologické léčby a pohybové aktivity, vhodná a nevhodná režimová opatření, konzultovány suplementy, nutriční strategie a regenerační metody a je hodnocena úroveň zdatnosti pacienta pro zdravotní účely. Účelem preventivního vyšetření primárně není zjištění sportovně specifické výkonnosti, sestavení tréninkového plánu apod.

Závěrem nelze než konstatovat, že racionální indikaci preventivní péče o sportovce (kdy vyšetření požadovat a zejména kdy ho nepožadovat) nebrání státní legislativa, ale organizační opatření na úrovni sportovních organizací, která se daří korigovat jen velmi pomalu.

## **Racionální přístup k preventivnímu vyšetření sportovce – fyzioterapeutická část**

**PhDr. Andrea Pávová, Ph.D.**

Rehabia Praha

Nejčastějším problémem u sportovců je bolest v pohybovém aparátu. Diagnostice pohybového systému se však preventivní sportovní vyšetření („sportovní prohlídka“) věnuje jen okrajově. Poptávka po tomto vyšetření však stoupá – jak ze strany sportovců, trenérů, tak i ošetřujících lékařů.

Cílem ČSTL je představit jednotné ucelené vyšetření pohybového systému, aplikovatelné na rekreační i závodní sportovce. Vyšetření by měl provádět specialista na pohybový systém: fyzioterapeut, příp. rehabilitační, sportovní lékař či ortoped.

Vyšetření (kineziologický rozbor) obsahuje analýzu základních pohybových funkcí se zřetelem ke sportovní zátěži. Kromě základní anamnézy obsahuje statické a dynamické vyšetření pohybového systému, vyšetření stabilizačních funkcí, čití a koordinačních funkcí.

Vyšetření se zaznamenává do formuláře, který je pak možné použít pro inter- i intraindividuální srovnání. Jednotný formulář také usnadňuje komunikaci s ošetřujícím lékařem, trenérem apod.

Komplexní vyšetření pohybového systému je základem pro správnou diagnostiku a terapii sportovce, současně má velký význam i preventivní, zejména u dětí.

Vyšetření je v současné době nepovinnou částí sportovní prohlídky. Seznam pracovišť, která provádí toto vyšetření, je uveden na [www.cstl.cz/mapa-pracovist](http://www.cstl.cz/mapa-pracovist) (pracoviště sportovní fyzioterapie).

## Mezioborová sdělení

sobota / 5. října 2019 / 10.40–12.20 hod.

### Paracetamol: hledání optimální dávky

PharmDr. Libor Číhal<sup>1</sup>, MUDr. Jiří Slíva, Ph.D.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ústav aplikované farmacie, Veterinární a farmaceutická univerzita Brno

<sup>2</sup>Ústav farmakologie, 3. LF UK, Praha

Analgetika jsou jednou z nejčastěji využívaných lékových skupin. Každé má svá specifika, své výhody i slabší stránky v podobě možných nežádoucích účinků či lékových interakcí. Předpokladem pro dosažení požadované léčebné odpovědi je přitom volba správné terapeutické dávky. Ne jinak je tomu i v případě paracetamolu, látky ze skupiny neopioidních analgetik.

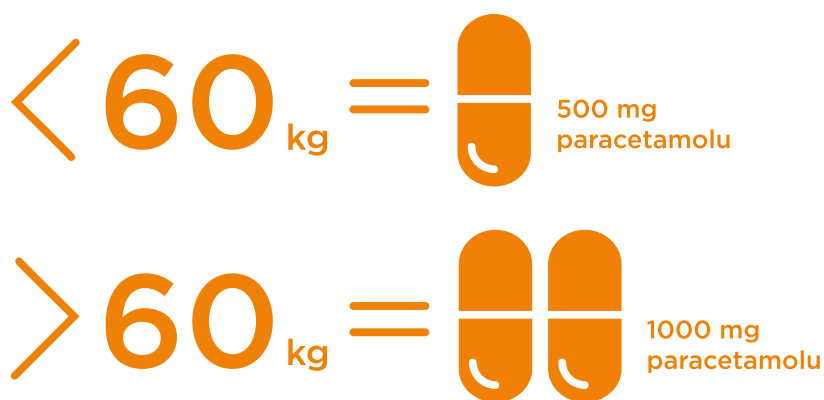
Paracetamol je účinným medikamentózním nástrojem ke snížení horečky nebo k dosažení úlevy od bolesti. Jde o acetanilidový derivát (syn. acetaminofen, APAP) a svoji strukturou se tak velmi podobá dnes již obsoletnímu fenacetinu, jehož je metabolitem. Celosvětově se řadí k nejčastěji užívaným antipyretikům, přičemž jeho účinek je dán inhibicí cyklooxygenázové aktivity, a tedy potlačením tvorby prostaglandinů v termoregulačním centru. Zánět klinicky významně neovlivňuje. Je-li však správně dávkován, působí jako spolehlivé analgetikum určené k léčbě mírné až středně silné bolesti při používání bez lékařského předpisu. Na jeho analgetických účincích se přitom dominantně nejspíše podílí modulace descendentních drah pro bolest, tedy ovlivnění aktivity serotonergního systému a v ostatních jeho účincích zřejmě i modulace endogenního kanabinoidního a opioidního systému.

Jakkoliv je poznání jeho účinnostního a bezpečnostního profilu na velmi solidní úrovni, stále mnozí z nás tuto látku vnímají jako nedostatečně účinnou. Důvodem je časté nedodržení doporučené léčebné dávky, tj. je často poddávkován – dosis maxima pro die (DMD) pro adultis je 4 g (při delší době užívání by pak denní dávka neměla přesáhnout 2,5 g!); dosis therapeutica singula (DTS) pro adultis odpovídá 0,5 g – 1 g, v případě dětí pak 10–15 mg/kg (tj. 50 mg/kg t. hm.); odstup mezi dávkami je nejméně 4 hodiny. De facto stejná dávka platí i pro dospělé cca do 100 kg tělesné hmotnosti. V souladu s platnými SPC řady u nás dostupných volně prodejných léčivých přípravků je doporučeno dávkování odpovídající 1 tableti (500 mg) pro dospělé do 60 kg a 2 tablety (1 000 mg) po osoby s hmotností vyšší.

V rámci prezentace je pojednána historická anabáze této, historicky velmi úspěšné, léčivé látky, a to společně s popisem základních farmakologických vlastností. Diskutován nicméně bude zejména vztah mezi dávkou a účinkem, a to s odkazem na výzkum realizovaný v České republice, který reflektuje postoje nemocných k paracetamolu a ke způsobu jeho užívání. Platí přitom, že je-li iniciálně správně zvolena velikost dávky paracetamolu, existuje předpoklad dosažení odpovídajícího účinku, a nemocný tak bude mít i menší potřebu užití další medikace, nežřídká v podobě kombinovaných léčivých přípravků, u kterých si obsah paracetamolu často ani neuvědomuje.

# PRO OPTIMÁLNÍ ÚČINEK DÁVKUJTE PANADOL PODLE TĚLESNÉ HMOTNOSTI PACIENTA

## Doporučené dávkování Panadolu pro dospělé a dospívající od 15 let:<sup>1</sup>



Poddávkování paracetamolu může mít za následek jeho nedostatečnou analgetickou účinnost a paradoxně může vést k neúmyslnému předávkování.<sup>2</sup>

Ujistěte se, že pacient nebere žádné další léky obsahující paracetamol.

**Panadol**

Panadol s léčivou látkou paracetamol je účinným neopioidním analgetikem – antipyretikem s prokázaným bezpečnostním profilem při správném dávkování podle SPC.<sup>1,2</sup>

Reference:

1. SPC Panadol Novum, 2. Kršiak M. a ost. Optimální dávkování paracetamolu při léčbě bolesti a horečky. *Pediatr. pro Praxi* 2010; 11(1): 21–25.

### Zkrácená informace dle SPC

**Panadol Novum** 500 mg potahované tablety

**Složení:** 1 potahovaná tableta obsahuje paracetamol 500 mg. **Indikace:** Léčba bolesti mírné až střední intenzity jako je bolest hlavy včetně migrény, bolest zubů, neuralgie různého původu, bolest při menstruaci, bolest doprovázející revmatická onemocnění zejména osteoartrózu a vertebrogenní algický syndrom, bolest svalů a kloubů a bolest v krku při chřipce a akutním zánětu horních cest dýchacích. Horečka. **Dávkování a způsob podání:** K perorálnímu podání. **Dospělí a dospívající od 15 let:** 1-2 tablety podle potřeby až 4x denně s časovým odstupem nejméně 4 hodiny (1 tableta u osob s hmotností 34-60 kg, 2 tablety nad 60 kg). Nejvyšší jednotlivá dávka jsou 2 tablety, maximální denní dávka je 8 tablet. **Dospívající 12-15 let:** 1 tableta v časovém odstupu nejméně 4-6 hodin. Maximální denní dávka je 6 tablet. **Děti 6-12 let:** 1/2 až 1 tableta (1/2 tablety pro děti s hmotností 21-32 kg, 1 tableta od 33 kg). Jednotlivé dávky podávejte v časovém odstupu nejméně 4-6 hodin. Maximální denní dávka při tělesné hmotnosti 21-24 kg je 2 1/2 tablety, při tělesné hmotnosti 25-32 kg 3 tablety a při tělesné hmotnosti 33-40 kg pak 4 tablety. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na paracetamol nebo na kteroukoli pomocnou látku, závažná hepatální insuficience, akutní hepatitida. **Upozornění/Opatření:** Přípravek není určen pro děti mladší než 6 let. Pacienty je třeba upozornit, aby neužívali současně jiné přípravky obsahující paracetamol. Pacienti s poruchou funkce jater nebo ledvin se musí před zahájením léčby poradit s lékařem. Při podávání nemocným se změnami jaterních funkcí a u pacientů, kteří užívají dlouhodobě vyšší dávky je nutná pravidelná kontrola jaterních funkcí. Nebezpečí předávkování je vyšší u pacientů s onemocněním jater. Zvýšená opatrnost je nutná při deficitu enzymu glukóza-6-fosfátdehydrogenázy, při hemolytické anémii a poruše funkce ledvin. Při dlouhodobé léčbě nelze vyloučit možnost poškození ledvin. U pacientů s deplecí glutathionu (významně podvyživení či anorektičtí pacienti, při velmi nízkém BMI, chroničtí těžcí alkoholici, pacienti se sepsi) byly hlášeny případy poruchy funkce až selhání jater a použití paracetamolu může zvyšovat riziko metabolické acidózy. Při léčbě perorálními antikoagulanty a současném podávání vyšších dávek paracetamolu je nutná kontrola protrombinového času. Po dobu léčby se nesmějí pít alkoholické nápoje. Dlouhodobá konzumace alkoholu významně zvyšuje riziko hepatotoxicity paracetamolu. Paracetamol může být již v dávkách nad 6 g denně hepatotoxický. Jaterní poškození se však může vyvinout i při mnohem nižších dávkách, pokud spolupůsobí alkohol, induktoři jaterních enzymů nebo jiné hepatotoxické léky. Opatrnost se doporučuje u pacientů se zvýšenou citlivostí na ASA a/nebo NSAID z důvodu možné zkrácené citlivosti na paracetamol. **Těhotenství/Kojení:** Paracetamol se může užívat během těhotenství, pokud je to z klinického hlediska nutné. Vždy se však má použít nejnižší účinná dávka po co nejkratší možnou dobu a s co nejmenší frekvencí. Při krátkodobé léčbě s současným pečlivým sledováním kojení není nutno kojení přerušit. **Interakce:** Antikoagulační efekt warfarinu nebo jiných kumarinových derivátů může být zvýšen spolu se zvýšeným rizikem krvácení při dlouhodobém pravidelném denním užíváním paracetamolu, občasné užívání paracetamolu nemá signifikantní efekt. Rychlost absorpce paracetamolu může být zvýšena metoklopramidem nebo domperidonem, snížena cholestyraminem. Současné dlouhodobé užívání Panadolu Novum a ASA a/nebo NSAID může vést k poškození ledvin. Hepatotoxické látky mohou zvýšit možnost kumulace a předávkování paracetamolem. Paracetamol zvyšuje plazmatickou hladinu ASA a chloramfenikolu. Probenecid snižuje clearance a výrazně prodlužuje biologický poločas paracetamolu. Induktoři mikrosomálních enzymů (rifampicin, fenobarbital) mohou zvýšit toxicitu paracetamolu v důsledku vzniku vyššího podílu toxického epoxidu při jeho biotransformaci. **Nežádoucí účinky:** NÚ paracetamolu jsou při dodržování terapeutických dávek vzácné nebo velmi vzácné. **Vzácné:** alergická dermatitida. **Velmi vzácné:** trombocytopenie, bronchospasmus u predisponovaných pacientů, anafylaxe, závažné kožní reakce (SJS, TEN), zvýšená hladina jaterních transamináz. **Uchování:** Žádné zvláštní požadavky. **Datum poslední revize textu SPC:** 5.4.2019.

**Držitel rozhodnutí o registraci:** GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Czech Republic s.r.o., Praha, Česká republika

**Výdej léčivého přípravku možný bez lékařského předpisu. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.**

**V případě otázek kontaktujte prosím:** GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Czech Republic s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4, e-mail: cz.info@gsk.com.

**Případní nežádoucí účinky prosím hlase na:** ch.safety@gsk.com.

**Ochranné známky jsou vlastněné nebo licencované skupinou společností GSK. ©2019 skupina společností GSK nebo poskytovatel příslušné licence.**

**Datum vypracování materiálu:** 07/2019

## Vitamin D a pohybový aparát

MUDr. Jaroslav Novák, Ph.D.

Ústav tělovýchovného lékařství LF UK v Plzni

Před téměř 100 lety byla tehdy ještě neznámá látka, obsažená v tresčích játrech a vedoucí k vyléčení křivice, pojmenována jako vitamin D (E. V. McCollum 1879–1967). Krátce poté se Adolfu Windausovi (1876–1959) podařilo objasnit chemickou strukturu tohoto vitamínu. V r. 1927 byl fotochemicky syntetizovaný vitamin D jako preparát Vigantol uveden na trh.

Všeobecně známý je význam tohoto vitamínu v metabolismu vápníku a fosforu. Jeho nedostatek v těle budoucí matky ovlivňuje negativně vývoj kostry již v prenatalním období, jeho nedostatek v průběhu života od dětství až po kmetský věk vyvolává u dětí křivici, u dospělých osteomalacii. Výsledkem jsou kostní deformity různé lokalizace.

V současnosti byly objeveny mnohé další účinky vitamínu D na lidský organismus. Ve všech tkáních jsou totiž přítomny receptory pro vitamin D (VDR). To byl často důvod, proč se cíleně hledaly jeho funkce. Stručný výčet těch hlavních: stimulace buněčné diferenciace, imunitní funkce, regulace krevního tlaku, stimulace apoptózy maligních buněk, potlačení růstových stimulů, inhibice angiogeneze, regulace růstu, profílérace a morfologie kardiomyocytů, produkce inzulinu a další.

Vitamin D je důležitý také pro správnou funkci svalstva. Je účinným lékem u různých forem myopatií, zejména těch souvisejících s projevy osteomalacie. Řada studií ukazuje pozitivní vliv D-vitaminové suplementace u starší věkové populace. U osob s optimální hladinou vitamínu D a dostatečným obsahem kalcia v potravě nedochází k tak výrazné sarkopenii, současně vykazují příznivější silové parametry. Vitamin D ovlivňuje tvorbu polypeptidu IGF-1 (insulin-like growth factor-1), který vyvolává proliferaci, diferenciaci a hypertrofii svalu a je klíčovou komponentou v regeneraci svalu. Vyskytuje se v několika izoformách, z nichž jedna – IGF-1EC, označovaná jako MGF (mechano-growth-factor), je zodpovědná za tkáňové poranění, tkáňovou reparaci a hypertrofii.

Přímý účinek vitamínu D na svalovou funkci není zatím u sportovních výkonů jednoznačný. Publikované studie se v mnoha faktorech navzájem liší nejen výběrem osob a jejich zaměřením, ale i metodikou vyšetření. Za předpokladu, že kalcium je kritickým modulátorem funkcí kosterního svalu, je zřejmé, že hladina vitamínu D má významný dopad na svalovou funkci, svalový výkon i riziko poranění.

Nejméně dvě třetiny všech lidí, kteří žijí v severních zeměpisných šířkách, mají menší nebo větší nedostatek vitamínu D, především v zimních měsících. V našich sledováních v časném jarním období pouze třetina zimních plavců, ultramaratonců či členů skupiny dobrovolníků z různých sportů dosahovala doporučené hladiny nejméně 60 nmol/l. U ultramaratonců, měřených na podzim, naopak jen v jednom případě z devíti běžců nebylo dosaženo normy.

Lze očekávat, že další epidemiologické studie potvrdí všestranné účinky vitamínu-hormonu D. Na místě je zcela zřejmě preventivní vyšetřování hladiny vitamínu D u vybraných populačních skupin, zejména v kritických ročních obdobích zimy a jara. Vitamin D bude (možná už je) rutinní praxí při léčbě nádorů. Suplementace vitamínem D v zimním období se jeví jako potřebná nejen u vrcholových sportovců, ale i u dalších skupin obyvatel.

## Novinky z oblasti střevního mikrobiomu – střevní mikrobiom a atopická dermatitida

RNDr. Petr Ryšávka

Pharmaceutical Biotechnology, s. r. o., Praha

Střevní mikrobiom ovlivňuje řadu fyziologických procesů v lidském organismu. Zásadním způsobem zasahuje do psychiky a hraje důležitou roli při vzniku neurodegenerativních onemocnění. Může zodpovídat za neplodnost a sexuální preference. Ukazuje se klíčový vliv mikrobiomu při jatrných a renálních onemocněních. Probiotika mohou pomoci modulovat strukturu střevního mikrobiomu a příznivě tak regulovat jeho vliv na řadu onemocnění.





**favea**   
pro vaše zdraví



**ORÁLNÍ PROBIOTIKUM**  
Mikrobiom pro dutinu ústní

# Bactoral

VYROBENO PODLE  
ŠVÝCARSKÉHO PATENTU



- ➔ **Doplňek stravy Bactoral je první orální probiotikum pro doplnění přátelského mikrobiomu krku, dutiny ústní a středouší.**
- ➔ **Obsahuje patentovanou probiotickou kulturu *Streptococcus salivarius* K12, která tvoří BLIS peptidy salivaricin A2 a salivaricin B tzv. bakteriociny.**
- ➔ **Tato bakterie dokáže zaujmout strategické pozice v dutině ústní, nosohltanu a středouší a dokáže vytěsnit nežádoucí druhy.**



Je určen pro dospělé  
a děti od 3 let.

**NOVÉ  
2019**



Je určen pro děti ve věku od  
ukončeného 1. roku.

## ProbioLact Baby



**OPTIMALIZOVANÁ  
KOMBINACE PROBIOTIK  
S VITAMÍNEM D  
PRO DĚTI OD 3 LET**

Chutné cucavé tablety  
s příchutí vanilky a citrónu.  
Vhodný při užívání antibiotik  
a při cestování.



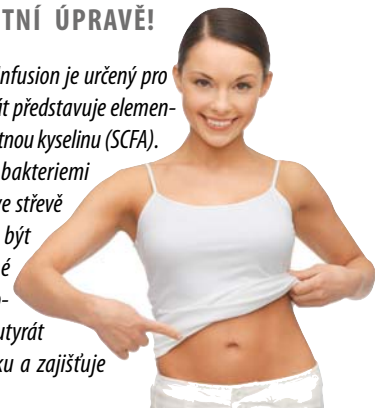
Doplňek stravy ProbioLact Baby je určený pro děti od 3 let. Obsahuje vyvážený komplex 10 probiotických kmenů živých mikroorganismů a vitamín D pro správnou funkci imunitního systému. Vitamín D také přispívá ke zdravému stavu kostí a zubů. Bakterie *Lactobacillus acidophilus* biofilm a *Bifidobacterium lactis* biofilm jsou zpracovány unikátní technologií do formy tzv. biofilmu.

## BUTYRATE INFUSION

DOPLŇEK  
STRAVY

**ČISTÁ OPTIMALIZOVANÁ FORMA BUTYRÁTU  
V ENTEROSOLVENTNÍ ÚPRAVĚ!**

Doplňek stravy Butyrate Infusion je určený pro doplnění butyrátu. Butyrát představuje elementární krátkořetězovou mastnou kyselinu (SCFA). Je produkován zejména bakteriemi fermentujícími vlákninu ve stěvě a jeho množství může být sníženo při nerovnovážné střevní mikroflóře. Enterosolventní úprava chrání butyrát před nízkým pH v žaludku a zajišťuje jeho dopravení do střeva.



Na základě nových vědeckých poznatků lze konstatovat, že moderním trendem při řešení opakovaných streptokokových tonzilitid je probiotická suplementace orálními probiotickými kmeny. Vhodně zvolená suplementace může snížit incidenci tohoto onemocnění až o 75%. Využití kmene *Streptococcus salivarius* v orální hygieně představuje nový trend pro doplnění přátelské mikroflóry do dutiny ústní.

Poslední vědecké výzkumy potvrzují úzkou spojitost kožního a střevního mikrobiomu při patogenezi atopické dermatitidy (AD). Mikrobiom je životně důležitý zejména pro rozvoj imunitního systému a následné udržení homeostázy. V této přednášce shrnuji aktuální poznatky o vlivu střevního a kožního mikrobiomu na udržení zdravého stavu pokožky a systémové imunity se zaměřením na změny u pacientů s AD. Ačkoli je naše poznání osy gut-skin axis (střevo-kůže) značně omezené, objevuje se řada důkazů a studií naznačujících, že modulace střevní a kožní mikrobioty probiotiky může představovat perspektivní přístup k léčbě AD.

## **ATB atd., nebo ABT?**

garantka MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.

sobota / 5. října 2019 / 12.20–13.20 hod.

### **ATB atd., nebo ABT?**

**MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.<sup>1</sup>, MUDr. Václava Adámková<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Klinika infekčního lékařství 2. LF UK a FN Bulovka, Praha

<sup>2</sup>Klinická mikrobiologie a ATB centrum VFN, Praha,

a Ústav lékařské mikrobiologie LF UP Olomouc

Indikace antibiotické léčby musí být uvážlivým procesem zohledňujícím celou řadu faktorů týkajících se nemocného, jeho klinického stavu včetně komorbidit, charakteru a průběhu onemocnění. Na všech úrovních preskripce je nezbytné brát v úvahu rovněž rezistenci bakteriálních patogenů v daném prostředí či regionu. V primární praxi lze v posledních letech zaznamenat již jistý trend posunu k antibiotikům užšího spektra ve prospěch racionální antibiotické politiky. Částečné omezení dostupnosti některých přípravků rovněž modifikuje preferenci preskripčních zvyklostí. Navíc u některých infekcí nelze opomíjet nesporný benefit symptomatické a podpůrné léčby. Nemělo by se však zapomínat na důležitost mikrobiologického vyšetření, včetně průkazu agens nejen směrem k benefitu pro konkrétního nemocného, ale z obecného hlediska znalosti vlastností patogenů v dané komunitě. Každé vyšetření by však mělo mít své praktické opodstatnění, jeho výsledek by neměl být samoučelným bez dopadu na preskripci a mělo by být správně interpretováno. Principy správné antibiotické léčby s návazností na výsledky kulturačních a sérologických vyšetření, správné, především dostatečné dávkování v konkrétních klinických situacích, jsou v různých modifikacích opakovaným tématem našich interaktivních sdělení. Zpětná vazba včetně výsledků hlasování potvrzují, že i opakovaná sdělení mají v tomto směru svá opodstatnění. Aktuální sdělení je zaměřeno na připomenutí praktických situací v primární praxi, kdy je indikace antibiotické léčby sporná a problematická.

síla | prověřenost | flexibilita

# TRIPLIXAM®

perindopril arginin | indapamid | amlodipin



až o  
**730**  
 tablet za rok  
 méně



## ZJEDNODUŠTE LÉČBU HYPERTENZE

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





POŘADATELÉ DĚKUJÍ  
UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST  
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

HLAVNÍ  
PARTNEŘI



MEDIÁLNÍ  
PARTNEŘI



PARTNEŘI

Akacia Group, s.r.o.  
Akademie klasické homeopatie, spol. s r.o.  
Angelini Pharma Česká republika s.r.o.  
Broker Consulting, a.s.  
Celia-život bez lepku o.p.s.  
FAVEA Plus a.s.  
Gilead Sciences s.r.o.  
GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Czech  
Republic s.r.o.  
HARTMANN – RICO a.s.  
HERO CZECH s.r.o.  
Imunoglukan CZ s.r.o.  
inPHARM spol. s r.o., organizační složka  
LAB MARK a.s.  
Léčebna Dr. L. Filipa  
Léčebné lázně Lázně Kynžvart  
L'ORÉAL Česká republika s.r.o.  
KRKA ČR, s.r.o.  
M.C.M. Klosterfrau Healthcare s.r.o.  
Medi Plus Servis, s.r.o.  
Mediclinic a.s.  
Medingo s.r.o.

Neuraxpharm Bohemia s.r.o.  
Novartis s.r.o.  
Nutricia a.s.  
Olivova dětská léčebna, o.p.s.  
Orion Diagnostica – organizační složka  
Pfizer PFE, spol. s r.o.  
PharmaSwiss Česká republika s.r.o.  
Procter & Gamble Czech Republic s.r.o.  
PROFIMED s.r.o.  
QUICKSEAL INTERNATIONAL, s.r.o.  
R.K. Studio  
Reckitt Benckiser (Czech Republic), spol. s r.o.  
ROCHE s.r.o.  
RosenPharma a.s.  
sanofi-aventis, s.r.o.  
SHIRE CZECH s.r.o.  
SWISS PHARMA, spol.s.r.o.  
synlab czech s.r.o.  
VEGALL Pharma s.r.o.  
VITANA, a.s.  
Všeobecný lékař s.r.o.  
WALMARK, a.s.

PARTNER COFFEE BREAKU



# Medicína pro praxi s dárkem



## Předplatte si časopis včas a získejte jako dárek časopis Travel Digest

Časopis zaměřený na praktické cestování.



### TIŠTĚNÝ ČASOPIS

5 čísel / rok  
**650 Kč**

Přístup k aktuálnímu číslu na [www.medicinapropraxi.cz](http://www.medicinapropraxi.cz)  
Supplementa a odborné publikace

Aktuální informace o připravovaných kongresech



### DÁREK

ke každému číslu:  
výtisk časopisu  
**Travel Digest**

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



### MLADÍ LÉKAŘI

50% SLEVA  
**325 Kč**

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



### ELEKTRONICKÁ VERZE

5 čísel / rok  
**488 Kč**

Elektronická verze se slevou 25 % k zakoupení na [www.alza.cz/media](http://www.alza.cz/media)

Čtěte nás na počítači nebo na mobilních zařízeních



Znáte elektronickou verzi časopisu Medicína pro praxi?

### OBJEDNÁVEJTE

na webu [www.medicinapropraxi.cz](http://www.medicinapropraxi.cz) | e-mailem [předplatne@solen.cz](mailto:předplatne@solen.cz) | telefonem 585 204 335

