

Medicína pro praxi

2016

E

www.solen.cz | Med. praxi 2016; 13(Suppl E) | ISBN 978-80-7471-169-5 | 2016

ABSTRAKTA

XIII. kongres praktických lékařů v Praze

20.–21. října 2016

Hotel Olympic Tristar, Praha

Pořadatelé: společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Medicína pro praxi
pod záštitou kliniky kardiologie IKEM, Praha

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Duomox®

Velmi klasický.
Velmi moderní.



Zkrácená informace o přípravku DUOMOX® tablety:

Amoxicillinum 250,375,500,750,1000 mg. **Indikační skupina:** Baktericidní antibiotikum s širokým spektrem působnosti. Patří do skupiny penicilinů. **Indikace:** Amoxicilin je lékem první volby pro empirickou léčbu akutní otitis media, akutní sinusitis a akutní exacerbace chronické bronchitidy, bronchopneumonie a pneumonie. **Další indikace:** infekce způsobené mikroorganismy, které jsou citlivé k amoxicilinu, jako: některé jiné Infekce dýchacích cest, Infekce urogenitálního traktu, Infekce gastrointestinálního traktu, Infekce kůže a měkkých tkání. **Dávkování:** Dospělí: U lehkých až středně těžkých infekcí 0,5 g–0,75 g každých 8 hodin po dobu 7–10 dnů. U těžších infekcí je obvyklá dávka 0,75 g–1,5 g v dílčích dávkách každých 8 hodin. Dávky 1 g a vyšší je možno podávat po 12 hodinách. Dávkování pediatrické populace (o tělesné hmotnosti do 40 kg): Denní dávka pro děti činí 50–90 mg/kg/den rozdělených do dvou až tří dávek. Děti o vyšší tělesné hmotnosti než 40 kg užívají stejnou dávku jako dospělí. **Způsob podání:** DUOMOX® se může brát před jídlem, během jídla nebo po jídle. Tablety se mohou polykat celé a zapíjet vodou. Také je možné je rozpustit nejméně ve 20 ml vody a vypít. Suspenze má mírně vanilkovo-mandarinkovou příchuť. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita k amoxicilinu nebo k jakémukoli jinému beta-laktamovému antibiotiku. Hypersenzitivita k některé z ostatních složek přípravku. Nepodávat pacientům s virovou infekcí, zejména infekční mononukleózou, pacientům s lymfatickou leukémií a pacientům HIV pozitivním. **Interakce:** probenecid, fenylbutazon, oxyfenbutazon a kyselina salicylová (v menší míře), indometacin a sulfapyrazon prodlužují poločas amoxicilinu v plazmě a zvyšují jeho hladiny. Souběžné užívání amoxicilinu s perorálními kontraceptivy může být spojeno se sníženou účinností kontraceptiva. **Nežádoucí účinky:** Poruchy kůže a podkožní tkáně: vyrážka, gastro-intestinální poruchy: průjem, anální pruritus. **Upozornění:** zřídka může dojít i k závažným případům hypersenzitivity, léčba amoxicilinem musí být okamžitě zastavena. Při léčbě se mohou vyskytnout superinfekce. Při vzniku těžkého průjmu je třeba uvažovat o možnosti pseudomebranózní kolitidy. **Těhotenství a laktace:** Podávání amoxicilinu v době těhotenství nemá nepříznivý účinek na plod. Do mateřského mléka je vylučován v malých množstvích, nicméně u kojence nelze vyloučit vznik sensibilizace, dysmikrobie nebo průjmu. **Velikost balení:** DUOMOX® 250:20 tbl, DUOMOX® 375:20 tbl, DUOMOX® 500:20 tbl, DUOMOX® 750:20 tbl, DUOMOX® 1000:14 nebo 20 tbl. **Poslední revize textu:** březen 2015. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Astellas Pharma s. r. o., Sokolovská 100/94,186 00 Praha 8, Česká republika. Registr. číslo: 15/270/93-A/C, B/C, C/C, D/C, E/C. **Způsob výdeje:** Výdej je vázán na lékařsky předpis. **Způsob hrazení:** Léčivo je hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Podmínky uchovávání:** Při teplotě do 25 °C, uchovávat v původním vnitřním obalu.

ASTELLAS PHARMA s.r.o., Sokolovská 100/94,186 00 Praha 8

Program – čtvrtek 20. října

- 9.00 ZAHÁJENÍ**
prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc.
- 9.05–10.30 NÁHLÁ SRDEČNÍ SMRT**
prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc.
- **Kardiopulmonální resuscitace** – Kohoutek J.
 - **Komplexní vyšetření po resuscitaci** – Kautzner J.
 - **Profylaxe náhlé srdeční smrti** – Sedláček K.
 - **Neuro-psycho-sociální následky srdeční zástavy a KPCR** – Dostálová V.
 - **Rehabilitace poresuscitačního poškození mozku** – Skříčková S.
- 10.30–10.50 PŘESTÁVKA**
- 10.50–12.10 IP KARDIOLOGIE**
- **Praktický pohled na léčbu hypertenze a dyslipidemie** – Řiháček I.
 - **Interaktivní kazuistika v hypertenzi** – Šnejdrová M. **IP**
 - **Diuretika v léčbě hypertenze** – Souček M.
 - **EPIcontrol: průzkum úspěšnosti léčby hypertenze v ČR** – Widimský J.
- 12.10–12.40 INFEKCE HIV V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE** – MUDr. David Jilich
(Přednáška podpořená firmou Gilead Sciences s.r.o.)
- 12.40–13.10 POTŘEBUJE PRAKTICKÝ LÉKAŘ PSYCHOLOGII? ANEB NEJSME MAŠINY** – MUDr. Romana Hronová
- 13.10–14.00 OBĚD**
- 14.00–15.20 GASTROENTEROLOGIE**
prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
- **Screening kolorektálního karcinomu. Současný stav a perspektivy** – Seifert B.
 - **Léková rizika inhibitorů protonové pumpy v klinické praxi** – Prokeš M.
 - **Funkční poruchy trávení: základy terapie** – Lukáš M.
 - **Zvýšené hodnoty jaterních testů v terénní praxi** – Dvořák K.
- 15.20–16.05 NORMOTENZNÍ HYDROCEFALUS – DIAGNOSTIKA A LÉČBA** – MUDr. Petr Vacek
- 16.05–16.35 PŘESTÁVKA**
- 16.35–16.55 MULTIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE V LÉČBĚ NÁDORŮ HLAVY A KRKU** – prof. MUDr. Jan Klozar, CSc.
- 16.55–17.40 IP URGENTNÍ PŘÍJEM A SPOLUPRÁCE S PRAKTICKÝM LÉKAŘEM – JAK NA TO** – MUDr. Jiří Šoupal



WORKSHOP – čtvrtek 14.30–15.30 hod. – Salonek Tribun

Nejčastější psychické poruchy v ordinaci praktického lékaře – workshop vede MUDr. Jaroslava Skopová

Vstup volný, kapacita omezena.

Program – pátek 21. října

8.00–8.45 RANNÍ KÁVA S DISKUZÍ U AKTUÁLNÍHO TÉMATU – Salonek Tribun

Využijte příležitost zeptat se na to, co vás trápí z oboru infektologie a mikrobiologie, v úzkém kruhu kolegů. Na vaše otázky budou odpovídat MUDr. Václava Adámková a MUDr. Zuzana Blechová.

9.00–10.00 IP ANTIBIOTIKA – SPOTŘEBA VS. POTŘEBA – MUDr. Václava Adámková, MUDr. Zuzana Blechová

- Diskuzní interaktivní blok

10.10–11.00 VARIA

- **Vitamin D v praktické medicíně** – Broulík P.

Symposium Sandoz Praha

- **Duševní nepohoda a fytofarmaka** – Kotolová H.

Symposium Merck

- **Moderní způsoby léčby rýmy: Nasivin Sensitive 0,05 %** – Machaň B.

11.00–11.30 PŘESTÁVKA**11.30–12.05 OČKOVÁNÍ**

- **Klíšťová encefalitida stále aktuální** – Váchalová J.
- **Předcházejte nečekanému aneb vakcinace ohrožených věkových skupin proti pneumokokům** – Trojánek M. (Přednášky podpořené firmou Pfizer)

12.05–13.05 Satelitní symposium firmy Shire Czech, s.r.o.**VZÁCNÁ ONEMOCNĚNÍ ANEB CO JE DOBRÉ VĚDĚT...**

- **Co jste chtěli vědět o Fabry chorobě a (ne)báli jste se zeptat... Zn. Hledá se Fabry!** – Dostálová G.
- **Úvod do světa mukopolysacharidóz** – Magner M.

13.05–14.00 OBĚD**14.00–14.30 ROLE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE V LÉČBĚ HEPATITIDY C – prof. Petr Urbánek**

(Přednáška podpořená firmou Gilead Sciences s.r.o.)

14.30–15.30 PRINCIPY KOGNITIVNÍ, AFEKTIVNÍ A SOCIÁLNÍ NEUROVĚDY – MUDr. František Koukolík, DrSc., FCMA**15.30 VYLOSOVÁNÍ ANKETY SPOLEČNOSTI SOLEN A ZAKONČENÍ KONGRESU**

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

TIRÁŽ

XIII. kongres praktických lékařů v Praze

20.–21. října 2016 | Hotel Olympik Tristar, 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. Jitka Nováková, 777 714 680, novakova@solen.cz

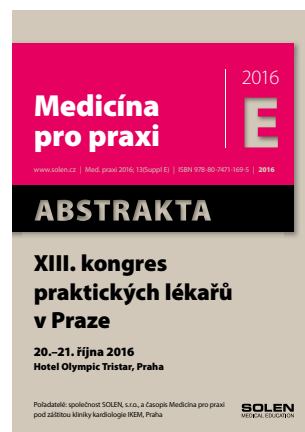
Programové zajištění: Mgr. Hana Kaprálová, 777 557 411, kapralova@solen.cz

Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s.r.o., Lucie Šilberská

Ohodnocení

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání

dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena 12 kredity pro lékaře.



Supplementum E Medicína pro praxi

Citační zkratka:

Med. praxi 2016; 13(Suppl E).

ISBN 978-80-7471-169-5

Vydal: Solen, s.r.o.

Atoderm Sprchový olej

VÝŽIVNÝ OBNOVUJÍCÍ SPRCHOVÝ
OLEJ NA SUCHOU AŽ ATOPICKOU
POKOŽKU



JE TO
V KŮŽI,

KDE BIODERMA
OBJEVILA ŘEŠENÍ
JAK OBNOVIT JEJÍ
OCHRANNOU BARIÉRU.

BIOLOGIE VE SLUŽBÁCH DERMATOLOGIE

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Náhlá srdeční smrt

garant prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc.

čtvrtek / 20. října 2016 / 9.05–10.30 hod.

Kardiopulmonální resuscitace

MUDr. Jan Kohoutek

Klinika kardiologie IKEM, Praha

Náhlá zástava oběhu je jednou z nejčastějších příčin úmrtí ve vyspělých zemích. Bez pomoci druhé osoby je vždy smrtelná. Jako kardiopulmonální resuscitaci označujeme soubor úkonů směřujících k neprodlenému obnovení oběhu okysličené krve u jedince s náhlou srdeční zástavou. Současná úroveň znalosti kardiopulmonální resuscitace širokou veřejností a kvalita zdravotnických záchranných systémů a poresuscitační péče umožňuje přežít pouze každému 10. nemocnému po resuscitaci pro srdeční zástavu mimo nemocnici. Včasné rozpoznání zástavy oběhu a neprodlené zahájení účinné resuscitace náhodnými svědky významně zvyšují šance na přežití. Obsahem sdělení je stručný přehled doporučených postupů kardiopulmonální resuscitace se zaměřením na nejvýznamnější změny v guidelines Evropské rady pro resuscitaci z roku 2015. Velký důraz je kladen na vzájemnou telefonickou spolupráci dispečera záchranné služby se zachráncem a na používání automatických externích defibrilátorů.

Komplexní vyšetření po resuscitaci

prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc.

Klinika kardiologie IKEM, Praha

Systematický přístup k vyšetření pacienta po resuscitaci z oběhové zástavy zahrnuje identifikaci případných reverzibilních příčin, posouzení přítomnosti strukturního onemocnění srdce nebo vzácných primárních elektrických syndromů. U většiny pacientů lze příčinu oběhové zástavy vysvětlit provedením rutinního kardiologického vyšetření. Zbývající nemocní by měli podstoupit další systematické vyšetření. Pokud není možno příčinu zjistit, hovoříme o idiopatické fibrilaci komor.

Anamnéza: Detailní klinická anamnéza má v diagnostickém procesu nezastupitelné místo. Je potřeba zjistit přesné okolnosti předcházející oběhové zástavě a někdy je nutno vyslechnout i svědky události. Použití léků prodlužujících interval QT nebo interakce léků mohou zvyšovat riziko maligních arytmií. Při podezření na abúzus drog je indikováno toxikologické vyšetření. Rodinná anamnéza je důležitá při podezření na vrozené arytmiické syndromy. **EKG metody:** EKG hraje nezastupitelnou roli při diagnostice akutní ischemie myokardu nebo akutního infarktu myokardu, převodních poruch nebo abnormalit depolarizace a repolarizace. Telemetrické sledování by mělo být standardem při hospitalizaci pacienta po oběhové zástavě. Oblasti pomalého vedení vzruchu v důsledku přítomnosti jizevnaté tkáně lze detekovat v podobě tzv. pozdních potenciálů v terminální části komplexu QRS při použití zesíleného a zprůměrovaného EKG záznamu (tzv. signal-averaged ECG). **Koronarografie:** Je indikována u většiny jedinců, kteří přežili oběhovou zástavu. U pacientů s klinickým podezřením na ICHS je preferována konvenční invazivní koronarografie, zatímco CT angiografie koronárních tepen je vhodnou metodou k posouzení anatomie koronárního řečiště (zejména u pacientů s nízkým podezřením na ICHS). **Další zobrazovací metody:** Hlavním cílem zobrazovacích metod je u pacientů přeživších oběhovou zástavu: 1) posouzení srdeční morfologie a funkce, 2) charakterizovat kardiomyopatii, 3) stratifikovat riziko a napomoci vedení terapie. To vyžaduje často různé zobrazovací metody. Dominantními jsou echokardiografie a srdeční MRI. **Zátěžové testy:** Zátěžové vyšetření se provádí rutinně k posouzení ICHS nebo při podezření na vrozené arytmiické syndromy. **Farmakologické testy:** Diagnostické rysy arytmiických syndromů jsou často nenápadné a EKG změny mohou být intermitentní. Proto je důležité odhalit tyto změny pomocí zátěže příslušného iontového kanálu, zejména pomocí farmakologických testů. **Elektrofyzilogické**

Zkrácená informace o přípravku TRIPLIXAM®:

SLOŽENÍ: Triplixam 2,5 mg/0,625 mg/5 mg obsahuje 2,5 mg perindoprilu argininu/ 0,625 mg indapamidu/ 5 mg amlodipinu; Triplixam 5 mg/1,25 mg/5 mg obsahuje 5 mg perindoprilu argininu/1,25 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplixam 5 mg/1,25 mg/10 mg obsahuje 5 mg perindoprilu argininu/1,25 mg indapamidu/10 mg amlodipinu; Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg obsahuje 10 mg perindoprilu argininu/2,5 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplixam 10 mg/2,5 mg/10 mg obsahuje 10 mg perindoprilu argininu/2,5 mg indapamidu/10 mg amlodipinu. **INDIKACE:** Substituční terapie pro léčbu esenciální hypertenze u pacientů, kteří již dobře odpovídají na léčbu kombinací perindoprilu/indapamid a amlodipinu, podáványi současně v téže dávce. **DÁVKOVÁNÍ A PODÁVÁNÍ:** Jedna tableta denně, nejlépe ráno a před jídlem. Fírní 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:** Dialyzovaní pacienti. Pacienti s neléčeným dekompenzovaným srdečním selháním. Závažná porucha funkce ledvin (Cl_{cr} < 30 ml/min). Středně závažná porucha funkce ledvin (Cl_{cr} 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 dihydropridinu, jakýkoli jiný inhibitor ACE nebo na Kteroukolí pomocnou látku. Anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edému) souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE (viz bod Upozornění). Dědičný/diagnostický angioedém. Druhý a třetí trimestr těhotenství (viz bod Upozornění a Těhotenství a kojení). Kojení (viz bod Těhotenství a kojení). Hepatální encefalopatie. Závažná porucha funkce jater. Hypokalcémie. Závažná hypotenze. 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 mellitus nebo poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) (viz bod Interakce). **UPOZORNĚNÍ:** **Zvláštní upozornění:** Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS): zvýšení rizika hypotenze, hyperkalcémie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se nedoporučuje. Pokud je léčba duální blokádou považována za naprosto nezbytnou, má k ní docházet pouze pod dohledem specializovaného lékaře a za častého pečlivého sledování funkce ledvin, elektrolytů a krevního tlaku. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anémie:** postupujte opatrně v případě kolagenového vaskulárního onemocnění, imunosupresivní léčby, léčby allopurinolem nebo prokainamidem, nebo kombinace těchto komplikujících faktorů, zvláště při existující poruše funkce ledvin. Monitorování počtu leukocytů. **Hypersenzitivita/angioedém, intestinální angioedém:** přerušete léčbu a sledujte pacienta až do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** postupujte opatrně u alergických pacientů léčených desenzibilizací a nepoužívejte v případě imunoterapie jedem blankofidlych. Alespoň 24 hodin před desenzibilizací dočasně vsadte inhibitor ACE. **Anafylaktoidní reakce během LDL-aférezý:** před každou aférezou dočasně vsadte inhibitor ACE. **Hemodialyzovaní pacienti:** zvažte použití jiného typu dialyzační membrány nebo jiné skupiny antihypertenziv. **Těhotenství:** nezhajovat užívání během těhotenství, v případě potřeby zastavte léčbu a zahajte vhodnou alternativní léčbu. **Hepatální encefalopatie:** ukončit léčbu. **Fotosenzitivita:** ukončit léčbu. **Opatření pro použití:** **Renální funkce:** U některých hypertoniků s existujícími zjevnými renálními lézemi, u nichž renální krevní tok ukazuje 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 hypotenze 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 nižšími dávkami 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 nižším snížením dávky nebo pouze jednou složkou přípravku. **Hladina sodíku:** kontrolovat častěji u starších a cirhotických pacientů. **Hladina draslíku:** hyperkalcémie: kontrolovat plazmatickou hladinu draslíku v případě renální insuficience, zhoršení pacientů, u pacientů > 70 let, diabetes mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současné užívání kalium–šetrných diuretik, doplňků draslíku nebo doplňků soli obsahující draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v séru. **Hypokalcémie:** riziko u starších a/nebo podvyživených osob, cirhotických pacientů s edémem a ascitem, koronárních pacientů, u pacientů se selháním ledvin nebo srdečním selháním, dlouhým intervalem QT: sledovat plazmatickou hladinu draslíku. Může napomoci rozvoji torsades de pointes, které mohou být fatální. **Hladina vápníku:** hyperkalcémie: před vyšetřením funkce příštítných tělísek ukončete léčbu. **Renovaskulární hypertenze:** v případě stenózy renální arterie: zahajte léčbu v nemocnici v nízké dávce; sledujte funkci ledvin a hladinu draslíku. **Suchý kašel.** **Ateroskleróza:** u pacientů s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulární ischemií zahajte léčbu nízkou dávkou. **Hypertenzní krize.** **Srdeční 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/hypertrofičká kardiomyopatie:** v případě obstrukce průtoku krve levou komorou postupujte opatrně. **Diabetici:** v případě inzulín-dependenčního diabetu mellitus zahajte léčbu iniciační níží dávkou pod lékařským dohledem; během prvního měsíce a/nebo v případě hypokalcémie sledujte hladinu glukózy v krvi. **Černost:** 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 počínajícím cholestatickou žloutenkou a progresujícím až v náhlu hepatickou nekrózou a (někdy) úmrtí. V případě žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů ukončete léčbu. **Kyselina močová:** hyperurikémie: zvýšená tendence k záchvatům dny. **Starší pacienti:** před zahájením léčby vyšetřte renální funkci a hladiny draslíku. Dávku zvyšovat opatrně. **INTERAKCE:** **Kontraindikované:** Aliskiren u diabetických pacientů nebo pacientů s poruchou funkce ledvin. **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, dantrolen (infúze), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Výzudující zvláštní opatnost:** baflofen, nesteroidní antiflogistika (včetně kyseliny acetylsalicylové ve vysokých dávkách), antiadibetika (inzulín, perorální antiadibetika), kalium–nešetrní diuretika a kalium–šetrní diuretika (epeleron, spironolaktón), léky vyvolávající „Torsades de pointes“, amfotericin B (i.v. podání), glukokortikoidy a mineralkortikoidy (systémové podání), tetrakosaktid, stimulační laxativa, srdeční glykosidy, allopurinol (současná léčba s indapamidem může zvýšit výskyt reakci hypersenzitivity na allopurinol)**), induktoři CYP3A4, inhibitory CYP3A4. **Výzudující určitou opatnost:** antidepresiva imipraminového typu (tricyklická), neuroleptika, jiná antihypertenziva a vazodilatancia, tetrakosaktid, allopurinol (současné podávání s inhibitory ACE), cytotatika nebo imunosupresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid, anestetika, diuretika (thiazid nebo kličková diuretika), gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, zlato, metformin, jodované kontrastní látky, vápník (soli), cyklosporin, atrovastatin, digoxin, warfarin nebo cyklosporin, simvastatin. **TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Kontraindikován během druhého a třetího trimestru těhotenství a při kojení. Nedoporučuje se během prvního trimestru těhotenství. **FERTILITA:** Reverzibilní biochemické změny na hlavové části spermatozoi u některých pacientů léčených blokátory kalciového kanálu. **SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Může být narušena v důsledku nízkého krevního tlaku, který se může vyskytnout u některých pacientů, zejména za začátku léčby. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** Časté: závratě, bolest hlavy, parestézie, vertigo, somnolence, dysguezie, zhoršení zraku, tinitus, palpitace, zčervenání, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), kašel, dušnost, bolest břicha, zácpa, průjem, dyspepsie, nauzea, zvracení, pruritus, vyrážka, makulopapulární vyrážka, svalové křeče, otok kotníku, asténie, únava, edém. Méně časté: rinítida, eozinoflie, hypersenzitivita, hypoglykémie, hyperkalcémie vratná po přerušování léčby, hyponatremie, insomnie, změny nálad (včetně úzkosti), deprese, poruchy spánku, hypostézie, třes, synkopa, diplopie, tachykardie, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, změny ve vyprázdňování střeva, kopřivka, angioedém, alopecie, purpura, změna zabarvení kůže, hyperhidróza, exantém, fotosenzitivní reakce, perifidog, artralgie, myalgie, bolest v zádech, poruchy močení, močení během noci, časté nucení na močení, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynekostázie, bolest, bolest na hrudi, nevolnost, periferní edém, horečka, zvýšení hmotnosti, snížení hmotnosti, zvýšení sérové hladiny kreatininu, pád. **Vzácné:** zmatenost, zvýšení sérové hladiny bilirubinu, zvýšení hladiny jaterních enzymů. **Velmi vzácné:** agranulocytóza, aplastická anémie, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, hemolytická anémie, trombocytopenie, hyperglykémie, hyperkalcémie, hypertonie, periferní neuropatie, cévní mozková příhoda, možná sekundárně k nadměrné hypotenzi u vysoce rizikových pacientů, angina pectoris, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní), infarkt myokardu, možná sekundárně k nadměrné hypotenzi u vysoce rizikových pacientů, eozinofilní pneumonie, gingivální hyperplázie, 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. **Frekvence neznámá:** Deplece draslíku s hypokalcémií, u určitých rizikových populací zvláště závažná, extrapyramidové poruchy (extrapyramidový syndrom)**), myopie**, rozmazané vidění**, torsades de pointes (potenciálně fatální), možný rozvoj hepatální encefalopatie v případě jaterní insuficience, možnost zhoršení stávajícího generalizovaného lupus erythematoses. **EKG:** prodloužený interval QT, zvýšená hladina glukózy v krvi, zvýšená hladina kyseliny močové v krvi. **PŘEDÁVKOVÁNÍ:** **VLASTNOSTI:** Perindopril je inhibitor angiotenzin-konvertujícího enzymu (inhibitor ACE), který konvertuje angiotenzin I na vazokonstriktor angiotenzin II. Indapamid je derivát sulfonamidů s indolovým kruhem, farmakologicky příbuzný thiazidovým diuretikům. Amlodipin je inhibitorem transportu kalciových iontů (blokátorem pomalých kanálů nebo antagonistou kalciových iontů), který inhibuje transmembránový transport kalciových iontů do srdečních buněk a buněk hladké svalstva cévních stěn. **BALENÍ:** 30 a 90 tablet. Uchovávání: nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. Doba použitelnosti: 2 roky. Doba použitelnosti po prvním otevření je 30 dní. Držitel rozhodnutí o registraci: **Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie.** Registrační čísla: 58/099/14–C, 58/100/14–C, 58/101/14–C, 58/102/14–C, 58/103/14–C. Datum poslední revize textu: 23. 9. 2015. 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.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

TRIPLEXAM®

perindopril arginin | indapamid | amlodipin



3v1



30/90 tbl

1x denně



VÍTĚZNÁ TROJKOMBINACE V LÉČBĚ HYPERTENZE

vyšetření: Je často používáno při vyšetření pacientů po oběhové zástavě, přestože jeho výtěžnost není nejvyšší. Může potvrdit indukovatelnost komorových arytmií nebo přítomnost jizevnaté tkáně v myokardu. **Další vyšetření:** Poměrně vzácně může být přínosnou endomyokardiální biopsie, zejména u případů myokarditidy, ARVC nebo srdečních tumorů. Genetické vyšetření může být užitečné pro stratifikaci rizika a vedení léčby v rodinách nemocných s geneticky podmíněnými arytmiickými syndromy nebo ARVC. Výsledkem všech vyšetření by měla být individualizovaná léčba.

Profylaxe náhlé srdeční smrti

MUDr. Kamil Sedláček

Klinika kardiologie IKEM, Praha

Implantabilní kardioverter-defibrilátor (ICD) v současné době představuje nejúčinnější prostředek ke snížení výskytu náhlé arytmiické smrti u pacientů s rizikem výskytu maligních komorových tachyarytmií. Před érou ICD a v jejich počátcích byly u vysoce rizikových pacientů studovány jiné strategie prevence náhlé srdeční smrti jako je podávání antiarytmik a chirurgická modifikace arytmogenního substrátu. Tyto strategie byly posléze zatlačeny do pozadí průkazem účinnosti ICD defibrilátorovými studii v primární a sekundární prevenci náhlé srdeční smrti. Primárně preventivní indikace se týkají pacientů, kteří doposud neprodělali život ohrožující maligní komorovou tachyarytmii, ale je u nich přítomno zvýšené riziko jejího vzniku. Sekundárně preventivní indikací se rozumí indikace u pacientů, kteří prodělali hemodynamicky netolerovanou komorovou tachykardii nebo fibrilaci komor. U pacientů s vhodnou indikací je možné kombinovat ICD s resynchronizační léčbou srdečního selhání. Mezi novější technologie patří automatický externí defibrilátor pro veřejná místa (např. letiště a stadiony), kompletně subkutánní ICD bez nutnosti transvenózní implantace elektrod a tzv. wearable ICD („vestový“ ICD) použitelný na přechodnou dobu, kdy není vhodná nebo indikovaná implantace trvalého přístroje. Přes prokázanou účinnost a bezpečnost je použití ICD zatíženo významnými dlouhodobými problémy a komplikacemi, mezi které patří poruchy funkce elektrod a infekce implantátu nebo elektrod, jejichž správná a časná diagnostika má zásadní vliv na výsledky léčby. V dlouhodobém sledování pacientů s ICD se kromě rutinních kontrol pacientů stále více uplatňující systémy vzdálené monitorace, umožňující snížení frekvence rutinních kontrol pacientů a implantátů, zlepšení časnosti detekce technických a klinických problémů a snížení ekonomické náročnosti. V neposlední řadě jsou však tyto systémy spojeny se snížením rizika morbidit a mortality a pravděpodobně se proto v budoucnu budou prosazovat jako standard zdravotní péče.

Neuro-psycho-sociální následky srdeční zástavy a KPCR

Mgr. Veronika Dostálová

1. lékařská fakulta Univerzita Karlova, Praha

Srdeční zástava jako fatální komplikace kardiovaskulárních onemocnění se v zemích s dobrou resuscitační péčí setkává se stále vyšším procentem přeživších. Z 300–400 tisíc Evropanů, které ročně potká náhlá srdeční smrt, přežívá 20–30 tisíc lidí. Zvyšující se počet přeživších je přínosem stále kvalitnější akutní poresuscitační péče, díky které je možné docílit uspokojivého neurologického stavu, jenž je nutným předpokladem pro návrat do běžného života. Indikátorem dlouhodobé kvality života pacientů po srdeční zástavě je nejen zajištění akutní péče, ale také péče následné. Přeživší pacienti se po návratu domů mohou setkat s dlouhodobými důsledky srdeční zástavy, které zůstávají odborné lékařské péči skryty. Psychosociální důsledky srdeční zástavy vedou k významnému snížení kvality života a především ke zvýšení opětovné hospitalizace a mortality. Z dlouhodobého hlediska pacienti po srdeční zástavě pociťují psychosociální dopady na kognitivní, emotivní a behaviorální úrovni. V kognitivním fungování pacienti čelí vzniku deficitu především v paměťových a pozornostních schopnostech a ve zpomalení psychomotorického tempa. Možnou intervencí je zahájení neurorehabilitace a kognitivního tréninku. Emotivita bývá po srdeční zá-

stavě změněna především ve smyslu zvýšených depresivních a úzkostných projevů. Nežádoucí změny pocitů a nálad jsou pozitivně ovlivnitelné psychiatricko-psychologickou péčí s návaznou psychoterapií, jež je vhodná jak pro pacienta, tak pro jeho blízké okolí. Na behaviorální úrovni se dlouhodobé důsledky srdeční zástavy projevují zvýšenou frekvencí rizikového chování a především sociální izolací. Možnou intervencí je začlenění pacienta a jeho rodiny do skupin sdružujících pacienty s podobnou diagnózou. Pro dosažení komplexní péče o pacienty po srdeční zástavě je třeba věnovat pozornost i dlouhodobým důsledkům srdeční zástavy a to z bio-psycho-sociálního hlediska. Přestože lékařská péče nemůže suplovat psychosociální intervenci, může dopomoci ke komplexnosti péče prostřednictvím edukace pacientů a jejich rodinných příslušníků či poskytnutí informací o možnostech specializované následné péče, a především odkazem na organizace pečující o tyto pacienty.

Rehabilitace poresuscitačního poškození mozku

PhDr. Simona Skříčková

CEREBRUM – Sdružení osob po poranění mozku a jejich rodin, z.s., Praha

Cílem prezentace je přiblížení problematiky možných následků poškození mozku a možnosti komplexní rehabilitace a následné péče po poškození mozku. Nutnost terapie jak v oblasti akutní medicíny, tak v oblasti rehabilitace vyplývá z formy akutního onemocnění a závisí na míře, formě a kombinaci funkčního poškození. V oblasti kognitivních funkcí u lidí po poranění hlavy se setkáváme nejčastěji se změnami v oblastech pozornosti, paměti a schopnosti zpracovávání informací. Mezi tyto změny patří zejména narušení pozornosti a zvýšená unavitelnost, amnézie na různá období před či po úraze, porucha krátkodobé paměti, poruchy vstřípivosti i výbavnosti, poruchy učení a poruchy gnostických funkcí. K nejčastějším přidruženým tělesným následkům poškození mozku patří např. apraxie, hyperestezie, únava a bolesti hlavy, epilepsie, tinnitus, neglect syndrom.

U pacientů po poranění mozku by měl být – po stabilizaci stavu – uskutečněn překlad ze života zachraňujícího oddělení na lůžkové neurorehabilitační oddělení, jež by se specializovalo na rehabilitaci pacientů po poškození mozku. Součástí rehabilitace je diagnostika a návrh krátkodobého a dlouhodobého rehabilitačního plánu lékařem, fyzioterapie, ergoterapie, psychologická a logopedická diagnostika a terapie. Zároveň je nezbytné nabídnout pacientům zprostředkování rehabilitace sociální, pedagogické i pracovní.

Prognostické posouzení stavu pacienta po poškození mozku patří k nejsložitějším lékařským úkolům, ale pro plánování další terapie je nezbytné. Druh, rozsah a lokalizace poškození mozku určuje komplexnost a tíži funkčních deficitů, a tím i možnost jejich funkčního zlepšení. Zvláštní situace v oblasti rehabilitace těchto pacientů nastává také proto, že více než polovina jich je mladších 25 let, a jsou to tedy lidé s neukončenou profesionální či studijní dráhou a dosud nestabilizovaným sociálním a rodinným zázemím. Prognóza funkčního zlepšení senzomotorických deficitů je u těchto pacientů sice lepší ve srovnání se staršími jedinci, na druhou stranu jsou při jejich integraci vyšší nároky na kognitivní, behaviorální a komunikativní schopnosti.

Plasticita mozku (tzn. schopnost transformace mozkových funkcí, vznik nových spojů, remodelace a neurogeneze) je lepší u mladších jedinců s již vyzrálými funkcemi mozku, předchozí poškození mozku a pokročilejší věk plasticitu zhoršují. Zahájit terapii je nutné ihned z důvodu využití terapeutického okna plasticity mozku. Odpověď mozku je v časně fázi jak na farmakoterapii, tak plnohodnotně i na behaviorální a rehabilitační terapii. Po 2–3 měsících je již pozdě, neaktivované terapeutické okno se uzavírá. Jednou aktivovaný proces neuroplasticity umožňuje při trvajícím rehabilitaci jeho udržení, tj. zlepšování funkce až po dobu 6–12 měsíců, v případě kognitivních funkcí až 24–30 měsíců. To je doba, po kterou je třeba oslovovat co nejvíce funkcí pacienta.

Cílem moderní medicíny je vyvíjet na základě dnes známých patofyziologických procesů nové rehabilitační strategie, které by bylo možno u tohoto typu pacientů lépe využít, a které integrují nejen klinické zkušenosti, ale také nové poznatky o možnostech neuroplasticity.

Kardiologie

čtvrtek / 20. října 2016 / 10.50–12.10 hod.

Praktický pohled na léčbu hypertenze a dyslipidemie

MUDr. Ivan Řiháček, Ph.D.

II. interní klinika, FN u sv. Anny a MU, Brno

Hypertenze a dyslipidemie jsou dva nejčastější kardiovaskulární (KV) rizikové faktory vedoucí k úmrtí. V současné době používáme ke stratifikaci KV rizika Evropské nomogramy „SCORE“. Cílové hodnoty kauzálního krevního tlaku (TK) jsou pod 140/90 mmHg v celé populaci, pod 150/90 mmHg u pacientů nad 80 roků a pod 140/80–85 mmHg u cukrovky. Cílové hodnoty LDL cholesterolu jsou u pacientů s nízkým rizikem (SCORE 1–4%) pod 3,0 mmol/l, s vysokým rizikem (5–10%) pod 2,5 mmol/l a s velmi vysokým rizikem (nad 10%) pod 1,8 mmol/l. Až 70% pacientů léčených pro obě diagnózy, nedosahuje těchto doporučených cílových hodnot. Nekomolovaná dyslipidemie významně zvyšuje KV riziko hypertoniků. Nejčastější příčinou nedostatečné kontroly obou rizikových faktorů jsou neadekvátní léčba na straně lékaře (složitá schéma, multimedikace, nepoužívání fixních kombinací) a špatný přístup k léčbě na straně pacienta (multimedikace, nežádoucí účinky). Zvýšení adherence k léčbě, a tím zlepšení dosažení cílových hodnot obou rizikových faktorů, umožňují fixní kombinace. Nejnovější fixní kombinace na trhu, umožňuje léčbu hypertenze a dyslipidemie současně jednou tabletou. Fixní kombinace amlodipin, perindopril a atorvastatin je podpořena řadou pozitivních výsledků z velkých randomizovaných klinických studií (ASCOT, EUROPA).

Interaktivní kazuistika v hypertenzi

MUDr. Michaela Šnejdrová, Ph.D.

III. interní klinika – klinika endokrinologie a metabolismu, VFN v Praze a 1. LF UK

Arteriální hypertenze představuje jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů kardiovaskulárních onemocnění. Prevalence arteriální hypertenze v České republice se v populaci ve věku 25–64 let pohybuje okolo 35% s nárůstem ve vyšších věkových kategoriích. Monoterapie bývá bohužel úspěšná maximálně u 1/3 nemocných, ostatní potřebují k normalizaci TK kombinaci 2 a více antihypertenziv; přibližně 1/3 pacientů potřebuje k dosažení cílového TK trojkombinaci antihypertenziv. S narůstajícím počtem léků klesá adherence k léčbě, zejména pak u starších pacientů. Zatímco při užívání jednoho léku se udává compliance okolo 80%, při užívání 3 tablet klesá na 60%. Dle doporučení České i Evropské společnosti pro hypertenzi jsou vhodnými dvojkombinacemi blokátory RAAS (systému renin-angiotenzin-aldosteron) – ACE inhibitory nebo sartany v kombinaci s kalciovým blokátorem ze skupiny dihydropyridinů, popř. diuretikem thiazidového typu nebo indapamidem. Z možných trojkombinací doporučují obě společnosti jako nevhodnější kombinaci blokátoru RAAS s kalciovým blokátorem a diuretikem. Účinnost této kombinace byla potvrzena např. ve studii PIANIST (perindopril/indapamid plus amlodipin), kde vedla k dostatečné kontrole hypertenze u 92% nemocných. I přes velké znalosti v léčbě arteriální hypertenze stále značné množství pacientů nedosahuje cílových hodnot a to jak v populaci obecné (cílových hodnot dosahuje okolo 1/3 nemocných), tak ani v populaci vysoce rizikové (u pacientů v sekundární prevenci KV onemocnění dosahuje cílových hodnot přibližně 1/2 nemocných).



LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

DVĚ DIAGNÓZY – JEDNO ŘEŠENÍ



DOSTUPNÉ OD 5. 10. 2016

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



1× DENNĚ



LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

Zkrácená informace o přípravku LIPERTANCE® 10mg/5mg/5mg, 20mg/5mg/5mg, 20mg/10mg/5mg, 20mg/10mg/10mg, 40mg/10mg/10mg: **SLOŽENÍ***: Lipertance 10mg/5mg/5mg, 20mg/5mg/5mg, 20mg/10mg/5mg, 20mg/10mg/10mg, 40mg/10mg/10mg potahované tablety obsahují 10mg atorvastatinu (ator)/5mg perindopril arginine (per)/5mg amlodipinu (amlo), 20mg ator/5mg per/5mg amlo, 20mg ator/10mg per/5mg amlo, 20mg ator/10mg per/10mg amlo, 40mg ator/10mg per/10mg amlo. Obsahuje laktózu jako pomocnou látku. **INDIKACE***: Léčba esenciální hypertenze a/nebo stabilní ischemické choroby srdeční ve spojení s primární hypercholesterolemii nebo smíšenou (kombinovanou) hyperlipidemií, jako substituční terapie u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných atorvastatinem, perindopriem a amlodipinem podávaných současně ve stejné dávce, jaká je obsažena v této kombinaci. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ***: Obvyklá dávka je jedna tableta denně. Fixní kombinace není vhodná pro iniciační léčbu. Je-li nutná změna dávkování, titrace se má provádět s jednotlivými složkami. *Starší pacienti a pacienti s poruchou funkce ledvin*: lze podávat pacientům s clearance kreatininu ≥ 60 ml/min, není vhodný pro pacienty s clearance kreatininu < 60 ml/min, u těchto pacientů se doporučuje individuální titrace dávky s jednotlivými složkami. *Pacienti s poruchou funkce jater*: Přípravek má být podáván s opatrností a je kontraindikován u pacientů s jaterním onemocněním v aktivním stavu. *Pediatrická populace*: Použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **KONTRAINDIKACE***: Hypersenzitivita na léčivé látky, nebo na jiné ACE inhibitory, nebo deriváty dihydropridinu, nebo na statiny nebo na kteroukoli pomocnou látku, onemocnění jater v aktivním stavu nebo neobjasněné přetrvávající zvýšení sérových aminotransferáz převyšující 3násobek horní hranice normálních hodnot, během těhotenství, kojení a u žen ve fertilním věku, které nepoužívají vhodné antikoncepční prostředky, závažná hypotenze, šok (včetně kardiogenního šoku), obstrukce výtokového traktu levé komory (např. hypertrofická obstrukční kardiomyopatie a vysoký stupeň stenózy aorty), hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu, anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edém) souvisejícího s předchozí terapií ACE inhibitory, dědičný, nebo idiopatický angioneurotický edém, současné užívání s přípravky obsahujícími aliskirem u pacientů s diabetes mellitus nebo poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73m²). **UPOZORNĚNÍ***: **Zvláštní upozornění a opatření pro použití: Vliv na játra**: Vzhledem k obsahu atorvastatinu v přípravku Lipertance mají být pravidelně prováděny jaterní testy. Pacientům, u kterých se zjistí jakékoliv známky nebo příznaky jaterního poškození, mají být provedeny jaterní testy. Pacienti, u kterých se objeví zvýšení aminotransferáz, musí být sledováni až do doby, než se hodnoty opět znormální. Pokud přetrvávají více než trojnásobně zvýšené hodnoty aminotransferáz nad horní hranici normálních hodnot, doporučuje se snížit dávku atorvastatinu pomocí jednotlivých složek nebo léčbu atorvastatinem ukončit. 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 významné zvýšení hladin 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, klarithromycin, delavirdin, stiripentol, ketokonazol, atd.). **Intersticiální plicní onemocnění**: Při podezření na vznik intersticiálního plicního onemocnění u pacienta musí být terapie přípravkem Lipertance přerušena. **Diabetes mellitus**: U diabetiků léčených perorálními antidiabetiky nebo insulinem má být v průběhu prvních měsíců léčby pečlivě sledována glykémie. **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 hypotenzní 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**: Některé zkušenosti s podáváním přípravku pacientům po nedávno prodělané transplantaci ledvin. **Porucha funkce ledvin**: monitorování hladiny kreatininu a draslíku, individuální titrace dávky s jednotlivými složkami u pacientů s clearance kreatininu < 60 ml/min, u pacientů se stenózou renální arterie bylo pozorováno zvýšení sérových koncentrací urey a kreatininu, u renovaskulární hypertenze je riziko závažné hypotenze a renální insuficience zvýšeno. Amlodipin lze používat u pacientů v normálních dávkách. **U pacientů na hemodialýze**: dialyzovaných 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. **Anafylaktoidní reakce během aferézy nízkodenzitních lipoproteinů (LDL)**: vzácný výskyt život ohrožujících anafylaktoidních reakcí, kterým lze předejít dočasným vysazením léčby před každou aferézou. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace**: během desenzibilizační léčby jedem blankotřídých (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 černošských pacientů ve srovnání s jinými rasami. **Kašel**: ustupuje po ukončení léčby. **Operace/anestezie**: léčba by měla být přerušena jeden den před výkonem. **Hyperkalémie**: pravidelného monitorování sérových koncentrací draslíku u renální insuficience, zhoršené renální funkce, věku (> 70 let), diabetes mellitus, dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současné 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, hyperkalémie 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. **Dědičná porucha intolerance galaktózy, Lappova deficiencie laktázy nebo glukózo-galaktózová malabsorbce**: přípravek by neměl být podáván. **INTERAKCE***: **Contraindikace**: Aliskirem. **Nedoporučované kombinace**: Silné inhibitory CYP3A4. Současná léčba ACE inhibítorem a blokátorem receptoru angiotensinu, estramustin, lithium, Draslík-šetřící diuretika (např. triamteren, amilorid, eplerenon, spironolakton), soli draslíku, dantrolen (infúze), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Znamé interakce s přípravkem**: 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 ≥ 3 g/den), kolchicin, kolestipol, Perorální kontraceptiva, gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, tricyclická antidepresiva/antipsychotika/anestetika, zlato, digoxin, atorvastatin, warfarin nebo cyklosporin, antihypertenziva a vasodilatancia. **FERTILITA, TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ***: Přípravek Lipertance je kontraindikován během těhotenství a kojení. **FERTILITA***: U některých pacientů léčených blokátory kalciových kanálů byly zaznamenány reverzibilní biochemické změny na hlavové části spermatozojů. **ÚČINKY NA SCHŮPNOST ŘIDIT A OBSLUHOVAT STROJE***: Schopnost reagovat může být narušena při závratí, bolesti hlavy, únavě nebo nauce. Opatrnost je zapotřebí zejména na začátku léčby. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY***: **Časté**: nazofaryngitida, alergické reakce, hyperglykémie, somnolence, závrať, bolest hlavy, dysgeuzie, parestezie, vertigo, poruchy zraku, tinitus, palpitace, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), zčervenání, faryngolaryngeální bolest, epistaxe, kašel, dyspnoe, nauzea, zvracení, bolest horní a dolní části břicha, dyspepsie, průjem, zácpa, flatulence, vyrážka, pruritus, otok kloubů, otok kotníků, bolest končetin, artralgie, svalové spazmy, myalgie, svalové křeče, bolest zad, astenie, únava, periferní edém, abnormální výsledky testů jaterních funkcí, zvýšená hladina kreatinfosfokinázy v krvi. **Méně časté**: rinitida, eozinofilie, hypoglykémie, hyponatremie, hyperkalémie reverzibilní při ukončení léčby, anorexie, insomnie, změny nálad, poruchy spánku, deprese, noční můry, třes, synkopa, hypoestezie, amnézie, rozmazané vidění, tachykardie, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, pankreatitida, pemfigoid, fotosenzitivní reakce, bolest šíje, svalová slabost, poruchy močení, noční močení, zvýšená četnost močení, renální insuficience, impotence/erекtilní dysfunkce, gynekostomie, bolest na hrudi, bolest, malátnost, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, zvýšené tělesné hmotnosti, pozitivní nález leukocytů v moči, snížení tělesné hmotnosti, pád. **Vzácné**: trombocytopenie, zmatenost, periferní neuropatie, cholelitiáza, Stevens-Johnsonův syndrom, toxická epidermální nekrolýza, erythema multiforme, myopatie, snížení myozitida, rhabdomyolýza, tendonopatie (někdy komplikovaný rupturou), vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi. **Velmi vzácné**: leukopenie/neutropenie, agranulocytóza nebo pancytopenie, hemolytická anemie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, snížení hemoglobinu a hematokritu, anafylaxe, hypertenze, ztráta sluchu, infarkt myokardu, sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, angina pectoris, arytmie, 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. **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. Amlodipin je inhibitorem transportu kalciových iontů (blokátor pomalých kanálů nebo antagonist kalciových iontů), který inhibuje transmembránový transport kalciových iontů do srdečních buněk a buněk hladkého svalstva cévních stěn. **UCHOVÁVÁNÍ***: Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **VELIKOST BALENÍ***: Krabička obsahuje 10 (pouze pro silu 10/5/5 mg), 30, 90 (3 obaly na tablety po 30 tabletách) nebo 100 potahovaných tablet Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/10 mg, 40 mg/10 mg/10 mg. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI: LABORATOIRES SERVIER**, 50 rue Carnot, 92284 Suresnes cedex France. Registrační číslo: Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg: 58/428/15-C, Lipertance 20 mg/5 mg/5 mg: 58/429/15-C, Lipertance 20 mg/10 mg/5 mg: 58/430/15-C, Lipertance 20 mg/10 mg/10 mg: 58/431/15-C, Lipertance 40 mg/10 mg/10 mg: 58/432/15-C. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE TEXTU**: 13. 5. 2016. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhm údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

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

Potřebuje praktický lékař psychologii? Aneb nejsme mašiny

čtvrtek / 20. října 2016 / 12.40–13.10 hod.

Potřebuje praktický lékař psychologii? Aneb nejsme mašiny

MUDr. Romana Hronová

Psychosomatická klinika s.r.o, Praha

V přednášce se pokusím nastínit jiné pohledy na mezilidskou situaci v ordinaci. Dotknu se významu pocitů pacienta i lékaře. Vycházím ze sociální psychiatrie Erica Berneho, z psychoanalytických přístupů a pojmů gestalt psychoterapie.

Gastroenterologie

garant prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.

čtvrtek / 20. října 2016 / 14.00–15.20 hod.

Screening kolorektálního karcinomu – současný stav a perspektivy

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, Praha

V epidemiologii kolorektálního karcinomu (KRK) v České republice v posledních letech konečně zaznamenáváme pozitivní trendy. V desetiletém srovnání incidence stoupla o 8%, ale mortalita klesla o více jak 12%. Nejrychleji v Evropě u nás roste procento nemocných přežívajících pět let od diagnózy. K tomuto příznivému obratu přispívá program screeningu KRK, ve kterém hrají lékaři primární péče klíčovou roli.

Sdělení připomíná historický vývoj screeningu KRK v Evropě a České republice a změnu jeho paradigmat. V evropském kontextu komentuje jedinečnou roli českých praktických lékařů ve screeningu a uvádí perspektivy programu do budoucna. Praktičtí lékaři v České republice provádějí nábor pro screening, poskytují informace, distribuují testy na okultní krvácení (TOKS), vyhodnocují je a v případě positivity zajišťují následný diagnostický program v centrech pro screeningovou kolonoskopii. Následně sledují intervaly kolonoskopických kontrol u dispenzarizovaných pacientů. Jsou se svými pacienty i v případě diagnózy kolorektálního karcinomu, následného léčení a ve stadiu rozvinuté nemoci.

Výkonost screeningu je dokumentována aktuálními daty o pokrytí české populace testem na okultní krvácení (TOKS) a kolonoskopickým vyšetřením. To dosáhlo v cílové populaci v roce 2014 31,5%. Diskutovány budou míra positivity TOKS, efekt adresního zvaní, mezioborová spolupráce včetně čekacích dob a bezpečnost kolonoskopie. Zvláštní pozornost bude věnována poskytování informací o screeningu pacientům k informovanému rozhodnutí, které bylo předmětem diskuzí na konferenci WONCA v červnu 2016 v Kodani.

Léková rizika inhibitorů protonové pumpy v klinické praxi

MUDr. Michal Prokeš, PharmDr. Josef Suchopár, Mgr. Ondřej Suchopár

Infopharm a.s., Praha

Inhibitory protonové pumpy (PPI) užívá zhruba každý dvacátý obyvatel ČR. Jedná se o velmi účinné a bezpečné léky, to však neznamená, že se nemusíme zabývat riziky, které PPI přináší, zvláště jsou-li podávány dlouhodobě.

Všechny PPI jsou metabolizovány především na CYP2C19 a CYP3A4, proto jejich plazmatické koncentrace a tedy i účinnost ovlivňují jiné látky, které mění rychlost metabolizace na obou uvede-

ných izoenzymech cytochromu P450. Klarithromycin zvyšuje plazmatické koncentrace PPI inhibicí CYP3A4. Fluoxetin, citalopram a fluvoxamin zvyšují plazmatické koncentrace PPI inhibicí CYP2C19. Antimykotikum flukonazol zvyšuje plazmatické koncentrace PPI nejvíce, neboť inhibuje jak CYP3A4, tak i CYP2C19. Ačkoliv bývají i několikanásobné dávky PPI dobře snášeny, při takových interakcích je třeba dbát opatrnosti. Asi 3–5 % naší bělošské populace totiž tvoří pomalí metabolizátoři CYP2C19, kteří mají už při běžném dávkování výrazně vyšší plazmatické koncentrace PPI i bez podávání inhibitorů, a proto se u nich mohou vyskytnout nežádoucí účinky PPI častěji a ve větší intenzitě. Bohužel bez speciálního vyšetření takové pacienty nelze identifikovat. Naopak karbamazepin, třezalka, česnek nebo ginkgo biloba urychlují metabolizaci PPI na výše zmíněných izoenzymech, což snižuje plazmatické koncentrace PPI a tedy i účinek PPI, pokud jsou užívány pravidelně po dobu alespoň týdne. Pokud by pacient užíval současně inhibitor (např. fluoxetin) a induktor (např. karbamazepin), není pravda, že by se jejich účinky vzájemně vyrušily, nýbrž vždy platí, že výrazně převládá inhibice izoenzymů cytochromu P450.

PPI mohou ovlivňovat plazmatické koncentrace jiných léků. Všechny PPI snižují kyselost žaludeční šťávy, a tím výrazně snižují vstřebávání antimykotik itraconazolu (např. Prokanazol) a posakonazolu. Zatímco výrobce posakonazolu doporučuje se takové kombinaci vyhnout, výrobce itraconazolu doporučuje zapíjet itraconazol nápojem typu coca-cola, aby se žaludeční kyselost (na krátkou dobu) zvýšila. Další interakce vznikají působením některých PPI na jiné léky: omeprazol, esomeprazol a lansoprazol jsou středně silnými inhibitory CYP2C19 a omeprazol též slabě inhibuje CYP3A4 a glykoprotein P. Proto tyto PPI zvyšují plazmatické koncentrace digoxinu, diazepamu a methotrexátu. Uvedené PPI též brání biotransformaci klopidogrelu na jeho aktivní metabolit, což vede k oslabení jeho účinku na trombocyty. Diskuze o tom, zda je toto oslabení klinicky významné nebo nikoliv, se vedou již řadu let, zpravidla se doporučuje pacientům užívajícím klopidogrel užívat nejlépe esomeprazol, který (na rozdíl od ostatních PPI) s klopidogrelem vůbec neinteraguje.

Dalšími lékovými riziky PPI je zvýšené riziko fraktur kostí, deficit železa a deficit vitamínu B12 a velmi vzácně i hypomagnezemie. Tyto nežádoucí účinky se mohou projevit při dlouhodobém podávání PPI (řádově roky) a postihují především zvláště vnímavé jedince, zejména seniory, podvyživené a/nebo polymorbidní pacienty a pacienty upoutané na lůžko. Podceňovaným rizikem PPI jsou střevní infekce, z nichž zejména klostridiová enterokolitis může způsobit úmrtí pacientů. Proto by lékaři měli účelnost podávání PPI prověřovat zejména při jejich dlouhodobém podávání. Pokud lékaři shledají takové podávání za potřebné, měli by pacienty vést k dobré compliance s touto velmi účinnou a u drtivé většiny pacientů i bezpečnou léčbou.

Zvýšené hodnoty jaterních testů v terénní praxi

MUDr. Karel Dvořák, Ph.D.

Oddělení gastroenterologie, Krajská nemocnice Liberec a.s.

Pod pojmem jaterní testy rozumíme skupinu biochemických parametrů zahrnující bilirubin, alaninaminotransferázu (ALT), aspartátaminotransferázu (AST), gamaglutamyltransferázu (GGT), alkalickou fosfatázu (ALP). Syntetická funkce jater se odráží v sérové koncentraci albuminu nebo protrombinu. Zvýšené jaterní testy nacházíme u významné části pacientů, kteří bývají většinou asymptomatictí.

Úvodní vyšetření zahrnuje hodnocení potenciálních rizikových faktorů jaterních chorob (alkohol, léky, virové hepatitidy, metabolický syndrom) a fyzikální vyšetření pátrající po známkách chronických jaterních chorob (pavoučkové névy, palmární erytém, gynekomastie, caput medusae, hepatomegalie, splenomegalie, ascites, encefalopatie). Součástí prvotního hodnocení je rovněž pátrání v dostupné dokumentaci, zda se jedná o první záchyt či dlouhodobější zvýšení jaterních testů.

Charakter zvýšení jaterních testů obvykle dělíme na léze hepatocelulární (zvýšení ALT, AST, GGT), cholestatické (zvýšení GGT a ALP), léze smíšené a izolované zvýšení bilirubinu. Nejčastější příčinou hepatocelulárního poškození bývá alkoholové poškození, nealkoholové poškození jater při steatóze (NAFLD) a polékové léze. Při zvýšení jaterních testů vylučujeme vždy i virové hepatitidy včetně hepatitidy E. Většina hepatocelulárních lézí je provázena zvýšením aktivity AST, která je nižší

než ALT. Poměr AST:ALT vyšší než 2 svědčí většinou pro alkoholové poškození, obzvláště je-li rovněž přítomna výrazná elevace GGT.

Cholestatické jaterní léze jsou charakterizovány zvýšením ALP. Rozlišujeme cholestázu intrahepatální a extrahepatální. Extrahepatální příčinu cholestázy diagnostikujeme zobrazovacími metodami (nejčastěji sonograficky) – průkazem dilatace žlučových cest. Intrahepatální příčiny cholestázy jsou četné, je třeba pomýšlet také na polékové léze (klavulanát, makrolidová i jiná antibiotika, kontraceptiva). Izolovaná elevace GGT neznámá cholestázu. Často ji nacházíme při jaterní steatóze alkoholového i nealkoholového původu, ale byla popsána i u celé řady mimojaterních patologických stavů. Při jinak normálních ostatních jaterních testech by neměla vést k extenzivnímu vyšetřování jaterních chorob.

Úvodním krokem při hodnocení izolovaného zvýšení bilirubinu je zhodnocení, zda je zvýšena zejména nekonjugovaná nebo konjugovaná frakce. Po vyloučení hemolýzy (normální krevní obraz, normální počet retikulocytů, normální hladina haptoglobinu) je nejčastější příčinou izolované nekonjugované hyperbilirubinémie Gilbertův syndrom. Vyskytuje se u 5–10% naší populace, více u mužů. Při odpovídající anamnéze (ikterus při zátěži, stresu nebo hladovění) není další vyšetřování ani sledování nutné. Izolovaná konjugovaná hyperbilirubinémie je způsobena vrozenými defekty metabolismu hemu a je velmi vzácná.

V posledních letech se v diagnostice chronických jaterních lézí stále více prosazují neinvazivní metody hodnocení jaterní fibrózy zejména elastografie, které v mnoha případech ušetří pacientovi nutnost podstoupit jaterní biopsii.

Zvýšení jaterních testů není v žádném případě indikací k nasazení jakéhokoli preparátu ze skupiny takzvaných hepatoprotektiv, ale k vyšetření etiologie tohoto zvýšení a následné kauzální léčbě.

Normotenzní hydrocefalus – diagnostika a léčba

čtvrtek / 20. října 2016 / 15.20–16.05 hod.

Normotenzní hydrocefalus – diagnostika a léčba

MUDr. Petr Vacek

Neurochirurgická klinika, FN Plzeň

Diagnostika normotenzního hydrocefalu je často opomíjená a příznaky mylně přisuzovány Alzheimerově nebo Parkinsonově chorobě. Přitom při včasné diagnostice a správné léčbě je pro pacienty s hydrocefalem opětovně možný návrat do každodenního života. Jakým způsobem diagnostikovat a léčit pacienta s hydrocefalem pak pojednává přednáška "Normotenzní hydrocefalus – diagnostika a léčba".

Urgentní příjem a spolupráce s praktickým lékařem – jak na to

čtvrtek / 20. října 2016 / 16.55–17.40 hod.

Urgentní příjem a spolupráce s praktickým lékařem – jak na to

MUDr. Jiří Šoupal

Oddělení Urgentního příjmu Fakultní nemocnice Motol, Praha

Ve Velké Británii, USA, Kanadě, Austrálii a v některých zemích Evropské unie existuje dlouhá tradice takzvaných urgentních příjmů (Emergency Department). Jsou to místa, kde pracují odborníci

urgentní medicíny. Pacienti jsou zde tříděni podle závažnosti svého stavu a příznaků, vyšetřeni, je stabilizován jejich stav a poté jsou co nejrychleji předáni specialistům jednotlivých klinik. Pacienti, jejichž stav hospitalizaci nevyžaduje jsou odesláni po krátkém vyšetření a léčbě s patřičným doporučením domů.

Postupující atomizace medicíny a specializace jednotlivých oborů (jen v naší nemocnici je nyní 50 klinických pracovišť) a stále se zlepšující přednemocniční urgentní péče (záchranná služba), si žádají zavedení takových pracovišť i v České republice. Pokud je nemocný od zavolání z domova do 10 minut ošetřen, do 15 minut odvezen Záchranou službou, dává smysl, aby také v nemocnici byl přijat co nejdříve, a aby jeho léčba začala ihned po přijetí. Toto lze zajistit pouze s pomocí urgentních příjmů.

Urgentní příjem je místo, kde se od záchranné služby přijímají pacienti, kteří se třídí a ošetřují podle priorit daných stupněm ohrožení života a zdraví. Stejně jsou tříděni pacienti, kteří přijedou sami. Cílem je co nejrychleji diagnostikovat nemoc, stabilizovat pacienta, léčit bolest a předat ho tam, kde proběhne léčebná intervence. Ta může být zahájena již na urgentním příjmu.

„Door to needle time“ je čas od chvíle, kdy nemocný projde dveřmi nemocnice do chvíle, kdy je mu podána léčebná látka (antibiotika, trombolýza, antidotum, analgetikum aj.), nebo doba do chvíle, kdy je provedena PTCA, operace, a nebo je pacient uložen na lůžko intenzivní péče. Tyto časy ovlivňují mortalitu a morbiditu nemocných přicházejících do nemocnice a to zásadním způsobem.

Čím rychleji je provedena diagnóza mrtvice, infarktu, vnitřního krvácení, otravy, sepse, tím dříve můžeme podat trombolýzu, provést PTCA, operovat a zastavit krvácení (i endoskopicky), podat antidotum a nebo antibiotikum. To je hlavní účel urgentní medicíny: co nejdříve a v co nejlepším stavu dostat nemocného k definitivnímu řešení. To definuje rozdíl mezi dřívější triází na vrátnici s kolečky mezi ambulancemi nemocnice a moderním urgentním příjmem.

Definice urgentního příjmu a potřeba jeho založení u všech větších poskytovatelů akutní lůžkové péče byla před rokem představena ve Věstníku Ministerstva Zdravotnictví České Republiky (2015/4). Zákoně je definice urgentního příjmu stanovena v Zákoně č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě, § 6, odstavec 3., kde se uvádí:

*„Urgentní příjem je specializované pracoviště poskytovatele akutní lůžkové péče s nepřetržitým provozem, které zajišťuje příjem a poskytování intenzivní akutní lůžkové péče a specializované ambulantní péče pacientům s **náhle vzniklým závažným postižením zdraví a pacientům v přímém ohrožení života.**“*

Urgentní příjem jako pracoviště oboru urgentní medicíny je zcela jiná koncepce než takzvaný "centrální příjem", kde by se snad měli centrálně přijímat a vyšetřovat všichni pacienti, kteří do nemocnice zabloudí, nebo jsou překládáni a odesíláni. Mezi nemocné s akutními obtížemi, infarktem, sepsí, bolestí, dušností a nebo iktem nelze vřadit celou populaci do nemocnice směřující. Tedy již ošetření nemocní, překládání z jiných nemocnic, nemocní, kteří hledají ambulantní neakutní péči a plánovaně přijímaní pacienti a jiní. Zcela by to oddělení zahltilo a ochromilo jeho provoz.

Aby urgentní příjem mohl skutečně dobře fungovat pro akutně nemocné, nesmí být zneužíván a nebo používán chybně. Přednáška si dává za úkol seznámit praktické lékaře s indikacemi využití urgentního příjmu a naopak definovat stavy a situace, kdy je odeslání nemocného na urgentní příjem zbytečné a komplikuje situaci pacienta, lékařů a v podstatě zneužívá dostupnost bezprahové urgentní péče.

Varia

pátek / 21. října 2016 / 10.10–11.00 hod.

Význam vitamínu D v praktické medicíně

prof. MUDr. Petr Broulík, DrSc.

III. interní klinika 1. LF UK, Praha

V současnosti je deficitem vitamínu D v Evropě a v USA ohroženo 30–50% populace. V poslední době zažívá vitamin D neobyčejnou citační explozi. Je to jednak tím, že si uvědomujeme jeho důležitost pro zdraví a jednak proto, že věda objevuje další nové aktivity tohoto důležitého vitamínu a jeho metabolitů, jež mají již řadu vlastností hormonů. Dobrým ukazatelem stavu vitamínu D v organismu je koncentrace kalcidiolu v plazmě jež reflektuje vitamin D z potravy, z expozice kůže sluncem a konverzi vitamínu D z tukových zásob v játrech. Nízká hladina kalcidiolu je spojována s nízkou hladinou kalcitriolu a nižší absorpci kalcia střevem působící hypokalcemii a sekundární zvýšení sekrece parathormonu. Pokles koncentrace vitamínu D pod 30 nmol/l (12 ng/ml), vede k poklesu svalové síly. Vitamin D snižuje u starých osob riziko pádu o více než 20%. V naší starší populaci je kritický nedostatek vitamínu D hodnocen pomocí hladiny kalcidiolu a je to jedna z příčin senilní osteoporózy. Se stárnutím klesá postupně schopnost pokožky tvořit vitamin D až o ¾.

Počátečním krokem k aktivaci vitamínu D je hydroxylace na 25. uhlíku. 25-hydroxycholecalciferol (kalcidiol) je mnohem aktivnější než vitamin D v působení na střevo a kost. Kapacita jater tvořit kalcidiol je vysoká.

Kalcitriol se váže na vitamin D jaderný receptor (VDR). VDR je všech tkáních identický, neboli kalcitriol se může vázat na VDR kdekoliv, kde je receptor exprimován. Vitamin D receptory jsou přítomny v mnoha tkáních v těle a mají vliv na buněčnou diferenciaci a funkci řady buněk. Každá buňka v těle, jež vlastní receptor pro vitamin D může se stát cílem pro cirkulující kalcitriol v oběhu. Po navázání kalcitriolu na vitamin D receptor dochází k modulaci genové transkripce cílových oblastí genomu. Vitamin D receptor se účastní v expresi více než 500 z celkových 20 488 genů lidského genomu. Další hydroxylace se odehrává převážně v ledvinách, v mitochondriích v proximálním ledvinném tubulu, kde je 25(OH)D 1 alfa hydroxyláza která mění kalcidiol na vysoce aktivní vitamin 1,25(OH)2D (kalcitriol).

Hlavní účinek vitamínu D je resorpce kalcia střevem – tvorbou aktivního kalcium vázajícího proteinu.

Kalcitriol snižuje riziko nádorového bujení pravděpodobně přes snížení invazivity a angiogeneze a tím snižuje metastatický potenciál nádoru. Několik epidemiologických studií ukazovalo na vztah mezi onemocněním, ale i smrtí na kardiovaskulární nemoci a nízkou koncentrací vitamínu D. Řada imunitních buněk vlastní vitamin D receptor a je schopna vitamin D dále metabolizovat. Kalcitriol účinkuje jako modulátor funkce makrofágů a beta a T-lymfocytů. Tlumí proliferaci lymfocytů T a uvolnění cytokinu tumoru nekrotizující faktor (TNF α), interferonu γ a interleukinu (IL 2). Vitamin D aktivuje CD4 a T helper lymfocyty a vede k jejich diferenciaci na T helper 1 zvyšující celulární imunitu a T helper 2 zvyšující humorální imunitu. Hypovitaminózu D nacházíme u nemocných s autoimunitními onemocněními. U české populace podle naší osteologicko endokrinologické ambulance se nejméně polovina našich nemocných nachází pod hladinou 50 nmol/l (20 ng/ml).

Klíčovým účinkem vitamínu D je podpora vstřebávání vápníku a fosforu ve střevě, regulace stálosti těchto prvků v organismu a kontrola kostní mineralizace.

Symposium Sandoz Praha

pátek / 21. října 2016 / 10.10–11.00 hod.

Duševní nepohoda a fytofarmaka

PharmDr. Bc. Hana Kotolová, Ph.D.

Ústav humánní farmakologie a toxikologie, Farmaceutická fakulta,
Veterinární a Farmaceutická Univerzita Brno

Životní styl v 21. století nepřeje duševní pohodě. Duševní poruchy představují v moderní době jednu z největších zátěží lidské společnosti. V prezentaci se zaměříme na nejčastější psychovegetativní poruchy, se kterými se pacienti chodí radit k lékaři první linie nebo do lékárny. Mimo moderní psychofarmaka můžeme pacientovi s mírnějšími projevy nabídnout i fytofarmaka obsahující např. meduňku, kozlík a třezalku. Lékař první linie hraje důležitou roli v rozpoznání příznaků duševních nemocí, je schopen pacienta efektivně léčit, nebo v případě vážnějších symptomů odeslat ke specialistovi.

Satelitní symposium firmy Shire Czech, s.r.o. Vzácná onemocnění aneb co je dobré vědět...

pátek / 21. října 2016 / 12.05–13.05 hod.

Co jste chtěli vědět o Fabry chorobě a (ne)báli jste se zeptat...

Zn. Hledá se Fabry!

MUDr. Gabriela Dostálová, MUDr. Lubor Goláš, prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc.

Komplexní kardiiovaskulární centrum, II. interní klinika kardiologie a angiologie
VFN a 1. LF UK, VFN, Praha

Anderson-Fabryho choroba (AFD) je dědičná, kvalitu života i jeho délku výrazně zkracující nemoc, která je ale díky enzym substituční terapii již léčitelná.

Vzhledem k povaze choroby, jejíž podstatou je mutace v genu pro enzym alfa – galactosidázu, se jedná zatím o chorobu nevléčitelnou. Pokud ale tento enzym, vrozeně buď zcela chybějící, nebo defektní s jeho výrazně sníženou funkcí, nahradíme intravenózně podávaným rekombinantně připraveným enzymem, lze u těchto nemocných nejen nemoc zastavit, ale i u stejnou mutací postižených příbuzných jejich včasnou diagnostikou a podáváním terapie způsobit preventivně. Zabráníme tak přirozenému průběhu nemoci, která může v různém poměru postihnout nejrůznější orgány (ledviny, srdce, cévní postižení, TIA/CMP atd), vedoucí k jejich pozdějšímu selhání.

Anderson Fabryho nemoc se projevuje v některých případech již od dětství, kdy nejčastěji se objevují kožní léze (tzv. angiokeratomy) a dětské pacienti si stěžují na pálení dlaní, bolestivost akrálních částí rukou, nohou, intoleranci tepla z důvodu chybějícího nebo výrazně nízkého pocení. Mohou tak být v péči specialistů a přesto unikat správné diagnóze pod jiným označením, jako horečka nejasné etiologie, neurologické problémy, epilepsie, psychiatrické dg. apod.

V pubertě pak, zvláště u mužů (jedná se o defekt genu vázaného na X chromozom, muži bývají zpravidla postižení více a časněji než ženy), se postižení začíná projevovat poruchami renálních funkcí (albuminurií, proteinurií, v případě zcela chybějícího enzymu i selháním ledvinných funkcí s nutností dialýzy). Na EKG jsou parné poměrně časté změny, jako zkrácení PQ intervalu, známky hypertrofie levé komory, která je následně potvrzena i dle echokardiografie. Dalšími typickými projevy jsou časné mozkové příhody (TIA/CMP/atypické epilepsie), gastrointestinální projevy jako dráždivý tračník, poruchy sluchu, rovnováhy.

Nemocní s AFD jsou velmi často sledovaní v mnoha ordinacích, u mnoha specialistů pod rozličnými diagnózami. Včasná správná diagnóza je ale pro nasazení specifické terapie podmínkou,

Gaucherova
choroba

Fabryho
choroba

Hunterův
syndrom

Hereditární
angioedém

Shire

Chceme být stateční jako lidé, kterým pomáháme.

Shire, přední světová biofarmaceutická firma pomáhá lidem
se **vzácnými onemocněními** vést lepší život.



Shire Czech s. r. o., Evropská 810/136, 160 00 Praha 6
tel.: +420 226 807 113 / e-mail: info-czech@shire.com

www.shire.com

Kód: CEEC/LO/FIR/14/0013
Datum přípravy: květen 2014

[www.focus
ongaucher.cz](http://www.focusongaucher.cz)

[www.focus
onfabry.cz](http://www.focusonfabry.cz)

[www.focus
onhunter.cz](http://www.focusonhunter.cz)

současně však pro pacienty a jejich stejně postižené příbuzné velkou pomocí a možností nemoc zásadně ovlivnit.

Kam referovat nemocné?

Centrum pro Fabryho chorobu, II. interní klinika kardiologie a angiologie

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

U Nemocnice 2, 120 00 Praha 2

lubor.golan@vfn.cz

gabriela.dostalova@vfn.cz

ales.linhart@vfn.cz

Zelená linka 800 263 636

CZ/CANPROM/FAB/16/0001a

Úvod do světa mukopolysacharidóz**MUDr. Martin Magner, Ph.D., Jan Kulhánek**

Klinika dětského a dorostového lékařství, 1. lékařská fakulta Univerzity
Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Mukopolysacharidózy svému jménu vděčí za nález kyselých mukopolysacharidů (později nazývaných glykosaminoglykany, GAG) v tkáních a v moči. Příčinou tohoto stěradání ve tkáních a zvýšené exkrece močí je nízká aktivita některého z lysosomálních enzymů podílejících se na postupné degradaci GAG. Dnes je známých 11 typů a podtypů mukopolysacharidóz. Děděny jsou autosomálně recesivně s výjimkou MPS II, která je vázaná na X chromosom. Incidence mukopolysacharidóz v ČR je 1 na 27 000 narozených dětí. Klinická variabilita je široká od časných forem s nepříznivou prognózou po později se manifestující mírné formy s přežíváním do dospělosti. U rozvinutého onemocnění bývají patrné hrubší rysy obličeje s klenutým čelem, prominujícími nadočnicovými oblouky, širokým kořenem nosu, antevertrovanými nostrilami, plnými rty. Dysmorfické rysy se vyvíjí postupně a jsou závislé na typu onemocnění i jeho tíži. Zejména u některých mírných forem a u MPS III mohou být pouze stěží rozpoznatelné. Kratší nosní průchody a makroglossie souvisejí s chronickou rýmou, hypertrofií nosní i patrových mandlí a opakovanými záněty středouší. Postižení skeletu je označováno specifickým termínem dysostosis multiplex. Častá je porucha růstu, deformity páteře, dysplázie kyčelních a kolenních kloubů, rentgenový nález veslovitých žeber, rybích obratlů, srdcovité pánve. Dominantní postižení skeletu je typické pro MPS IV, u kterého prakticky chybí viscerální manifestace nebo kognitivní postižení. Charakteristická pro MPS bývá kloubní ztuhlost s vývojem kontraktur velkých i malých kloubů s omezením hrubé i jemné motoriky, často s rozvojem drápkovité ruky. Výjimkou je opět MPS IV, u které se naopak vyskytuje hypermobilita a kloubní laxita. Z viscerálního postižení se jedná především o hepatomegalii a splenomegalii, a to zejména u typů MPS I, II a VI. Častou komplikací vyžadující operační řešení je tříselná nebo pupeční kýla. Stěradání GAG probíhá i na srdečních chlopních s rozvojem chlopních vad, sekundárně se může rozvinout kardiomyopatie. Plicní postižení je kombinované s obstrukční i restriktivní poruchou. Opoždění vývoje je typické pro těžké formy MPS I, MPS II a MPS III. Je nutno upozornit na mírnější formy onemocnění, např. jedna třetina pacientů s MPS II žádné neurologické příznaky nemá. Výraznou změnu pro prognózu pacientů s MPS přineslo zavedení enzymové substituční terapie (Enzyme Replacement Therapy, ERT), která dokáže zmírnit celou řadu příznaků onemocnění. Všeobecně na této terapii dojde k zvýšení výdrže v chůzi (šestiminutivý test chůze), k zlepšení nebo stabilizaci plicních funkcí a ústupu hepatomegalie a splenomegalie. Zásadním omezením je špatný prostup do pojivových tkání a chybějící efekt na postižení CNS. V případě časného stanovení diagnózy a brzkého zavedení terapie lze mnoha patologickým organovým projevům zcela předejít.



GILEAD

Advancing Therapeutics.
Improving Lives.

Váš partner v léčbě hepatitid a HIV

GILEAD Sciences s.r.o.

Empiria (Regus), Na Strži 1702/65

140 00 Praha 4, Česká republika

Principy kognitivní, afektivní a sociální neurovědy

pátek / 21. října 2016 / 14.30–15.30 hod.

Principy kognitivní, afektivní a sociální neurovědy

MUDr. František Koukolík DrSc., FCMA

Oddělení patologie a molekulární medicíny, Thomayerova nemocnice v Praze

Funkční anatomie lidského mozku prošla zásadní změnou. Podkladem je

- poznání mozku jako souboru konektomů, neuronálních sítí velkého rozsahu. Jsou definovány jako fyzikální systémy s vlastnostmi grafu, který má vrcholy a hrany.
- Pochopení plasticity mozku na synaptické a molekulární úrovni.

Obojí umožňuje lépe pochopit, co je neuronální reprezentace.

Bio-psycho-sociální model pak popisuje interakce mozku od genové úrovně k úrovni sociálních sítí a zpět.

Tyto metody dovolují popsat neuronální koreláty paměti, jazyka, emotivity, vědomí a sebeuvědomování, osobnosti, sexuálních a genderových rozdílů, interakce rodičů a dětí, inteligence, rozhodování ekonomického, morálního, politického a estetického, lásky, štěstí, religiozity, i kulturních rozdílů mezi Západem a Východem.

PRESTARIUM® NEO COMBI

...když potřebujete
preferované
diuretikum do
COMBInace¹



1 tableta denně



Zkrácená informace o přípravku PRESTARIUM® NEO COMBI 5 mg/1,25 mg a 10 mg/2,5 mg:

PRESTARIUM® NEO COMBI 5 mg/1,25 mg a PRESTARIUM® NEO COMBI 10 mg/2,5 mg je kombinací dlouhodobě působícího inhibitoru ACE s diuretikem. **Složení***: Jedna potahovaná tableta obsahuje 5 mg, resp. 10 mg perindoprilum argininum, odpovídající 3,395 mg, resp. 6,79 mg perindoprilum, a 1,25 mg, resp. 2,5 mg indapamidum. Obsahuje laktózu jako pomocnou látku. **Terapeutické indikace****: Léčba esenciální hypertenze; přípravek Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg je indikován u pacientů, jejichž krevní tlak není adekvátně kontrolován samotným perindoprilem. Přípravek Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg je indikován jako substituční terapie pro léčbu esenciální hypertenze u pacientů, kteří jsou již kontrolováni perindoprilem a indapamidem, podáváním současně v téže dávce. **Dávkování a způsob podání****: Jedna tableta přípravku Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg, resp. 10 mg/2,5 mg denně v jedné dávce, nejlépe ráno a před jídlem. **Starší pacienti**: Prestarium Neo Combi 1 tableta denně, Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg a 10 mg/2,5 mg: můžou být léčeni, pokud je normální renální funkce a po zvážení odpovědi krevního tlaku. Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg: kreatinin v plazmě musí být přizpůsobený ve vztahu k věku, váze a pohlaví. **Renální insuficience**: provádí se pravidelná kontrola kreatininu a draslíku. Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg: Clearance kreatininu (CrCl) > 60 ml/min není nutná úprava dávkování, CrCl 30 - 60 ml/min doporučuje se zahájit léčbu vhodnou dávkou fixní kombinace, CrCl < 30 ml/min léčba je kontraindikována. Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg: CrCl < 60 ml/min léčba je kontraindikována. **Kontraindikace****: Přecitlivělost na perindopril nebo jiné inhibitory ACE, na indapamid nebo sulfonamidy nebo některou z pomocných látek. Angioedém v anamnéze (Quinckeho edém) a spojitosti s podáním ACE inhibitoru. Hereditární/idiosyncratický angioedém. Hypokalémie. Závažná renální insuficience (CrCl < 30 ml/min) u přípravku Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg. Středně těžká a těžká renální insuficience (CrCl < 60 ml/min) u přípravku Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg. Hepatální encefalopatie. Závažné poškození jaterních funkcí. Nedoporučuje se v kombinaci s přípravky bez antiarytmického účinku způsobujícími torsades de pointes (viz bod interakce). Druhý a třetí trimestr těhotenství a během kojení (viz bod fertilita, těhotenství a kojení), současně užívání přípravku Prestarium Neo Combi s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo s poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m²)*. Z důvodů nedostatečných klinických zkušeností s přípravkem neměl být používán u dialyzovaných pacientů a u pacientů s neléčeným dekompenzovaným srdečním selháním. **Upozornění****: **Zvláštní upozornění**: Nedoporučuje se současné podávání s lithiem, s draslík šetřícími diuretiky a solemi draslíku. **Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS)**: zvýšení rizika hypotenze, hyperkalémie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitoru ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se nedoporučuje. Pokud je léčba duální blokádou považována za naprosto nezbytnou, má k ní docházet pouze pod dohledem specializovaného lékaře a za častého pečlivého sledování funkce ledvin, elektrolytů a krevního tlaku. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou neuropatií. **Neutrocytopenie/agranulocytóza, trombocytopenie a anémie**: používání s mimořádnou opatrností u pacientů s kolagenovým vaskulárním onemocněním, u užívajících imunosupresivní léčbu, léčbu allopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů. **Hypersenzitivita/angioedém, intestinální angioedém**: okamžité vysazení léčby a monitorování až do úplného vymizení symptomů. Angioedém související s otokem hrtanu může být smrtelný. **Anafylaktické reakce během desenzibilizační léčby**: byly zaznamenány izolované případy pacientů s přetrvávajícími, život ohrožujícími anafylaktoidními reakcemi během desenzibilizační léčby jedem bílkovin (včely, vosy). Prestarium Neo Combi by mělo být s opatrností používáno u alergických pacientů léčených desenzibilizační léčbou a nemělo by být podáváno u pacientů podstupujících imunoterapii tímto jedem. Je možné těmto reakcím předjet dočasným vysazením inhibitoru ACE alespoň na 24 hodin před léčbou. **Anafylaktoidní reakce během atenzivní LDL** pomocí dextran-sulfátu: vzácně se vyskytly život ohrožující anafylaktoidní reakce. Těmto reakcím lze předjet dočasným vysazením léčby inhibitory ACE před každou atenzivní. **Anafylaktoidní reakce u pacientů dialyzovaných pomocí vysoce propustných membrán**: použít jinou membránu nebo jinou skupinu antihypertenziv. **Těhotenství**: okamžité ukončení léčby a změna na vhodnou alternativní léčbu. **Jaterní encefalopatie**: ukončení léčby. **Fotosenzitivita**: ukončení léčby. **Renální poškození**: v případě funkční renální insuficience bez zjevných stávajících renálních lézí, by měla být léčba ukončena a případně znovu započata buď v nižší dávce, nebo podáním pouze jedné ze složek přípravku. Běžné lékařské prohlídky zahrnují sledování hladin draslíku a kreatininu, po dvou týdnech léčby a poté každé dva měsíce během období stabilní terapie. Nedoporučuje se v případě bilaterální stenózy arterie nebo jedné funkční ledviny. **Opatření pro použití**: **Jaterní selhání**: ukončení léčby v případě žloutenky nebo elevace jaterních enzymů. **Vzácně**, podání inhibitoru ACE může vzácně souvislost se syndromem počínajícím cholestatickou žloutenkou a progredujícím až v náhlu hepatickou nekrózou a (někdy) úmrtí. **Renální poškození**: léčba by měla být zastavena a případně znovu započata buď v nižší dávce anebo podáním pouze jedné ze složek přípravku; doporučené časté sledování hladin draslíku a kreatininu. **Renovaskulární hypertenze**: léčba by měla být zahájena na nemocnicím lůžku, a měly by být sledovány funkce ledvin a hladiny draslíku. **Riziko arteriální hypotenze a/nebo renální insuficience v případě srdeční insuficience, deplece vody a elektrolytů u pacientů s nízkým krevním tlakem, se stenózou renální arterie, měřtavným srdečním selháním nebo cirhózou s edémy a ascites**: léčba by měla být zahájena v nižší dávce a dávka progresivně zvyšována. **Náhla hypotenze při preexistující depleci sodíku** (zejména při stenóze renální arterie): po obnově uspokojivého objemu krve a krevního tlaku může být léčba zahájena buď ve snížené dávce, nebo podáváním jen jedné ze složek. **Závažné srdeční selhání (stupeň IV) nebo diabetes mellitus typu I**: zahájení léčby pod lékařským dohledem se sníženou počáteční dávkou. **Arteriální nebo mitrální stenóza/hypertrofičká kardiomyopatie**: používat s opatrností u pacientů s obstrukcí výtokové části levé komory. **Ateroskleróza**: zahájení léčby nízkou dávkou u pacientů s ischemickou chorobou srdeční nebo s cerebrální oběhovou nedostatečností. Suchý kašel. **Hladiny draslíku**: pravidelné monitorování. **Hyperkalémie**: v případě renální insuficience, zhoršených renálních funkcí, věku > 70 let, diabetu mellitu, dehydratace, akutní kardiální dekompenzace, metabolické acidózy a souběžné užívání kalium šetřících diuretik a solí draslíku je doporučeno časté monitorování hodnot draslíku v krvi, může vyvolat závažné a někdy fatální arytmie. **Hypokalémie**: vysoké riziko pro starší pacienty a/nebo podvýživné jedince, cirhotické pacienty s edémem a ascites, koronární a srdečně selhávající pacienty a pacienty s dlouhým QT intervalem; častější monitorování je nezbytné nutně ve všech těchto případech; napomáhá rozvoji torsades de pointes, které mohou být fatální. **Hladiny sodíku**: nutno stanovit ještě před zahájením léčby; sledování hladin sodíku může být častější u starších pacientů a u pacientů s cirhózou. **Hyperkalciémie**: přerušit léčbu až do vyšetření funkce příštích tělísk. **Hyperurikémie**: zvýšená tendence k záchvatům dna. **Anestezie**: jeden den před operací je doporučeno přerušit léčbu. **Dědičná porucha intolerance galaktózy, Lappova deficeience laktázy nebo glukózo-galaktázová malabsorbce**: přípravek by neměl být podáván. **Diabetici**: v případě hypokalémie by měla být pečlivě monitorována glykémie. **Etnické rozdíly**: vyšší výskyt angioedému a zjevně méně účinný na snížení krevního tlaku u černošské populace ve srovnání. **Pediatrická populace**: účinnost a snášenlivost nebyla stanovena. **Sportovci**: může vyvolat pozitivní reakci u antidopingových testů. **Interakce**: **Nedoporučované kombinace**: lithium, kalium šetřící diuretika a sole draslíku, blokátory receptorů pro angiotenzin II nebo aliskiren (duální blokáda RAAS)*. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost**: Baclofen, nesteroïdní antiinfektiva (včetně vysokých dávek kyseliny acetylsalicylové), antidiabetika, léky uvolňující torsades de pointes, léky snižující hladiny draslíku, srdeční glykosidy. **Kombinace vyžadující určitou opatrnost**: Antidepresiva imipriminového typu (tricyklická), neuroleptika, kortikosteroidy, tetraokasidit, jiná antihypertenziva, allopurinol, cytostatika a imunosupresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid, anestetika, diuretika, jodované kontrastní látky, vápník (a jeho soli), cyklosporin. **Fertilita, těhotenství a kojení****: Nedoporučuje se během prvního trimestru těhotenství. Je kontraindikováno během druhého a třetího trimestru těhotenství a během kojení. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje****: Schopnost řídit a obsluhovat stroje při užívání přípravku může být snížena. **Nežádoucí účinky****: **Časté**: Hypokalémie, parestézie, bolest hlavy, asténie, pocit závratě, vertigo, poruchy zraku, tinitus, hypotenze ortostatická i jiná, suchý kašel, dušnost, zácpa, sucho v ústech, nauzea, zvracení, abdominální bolest, anorexie, porucha chuti, dyspnoe, průjem, vyrážka, svědění, makulopapulární erupce, svalové křeče. **Méně časté**: změny náldy a poruchy spánku, bronchospasmus, angioedém obličaje, končetin, rtů, sliznic, jazyka, hlasivkové stěrbiny a/nebo hrtanu, kopřivka, hypersenzitivní reakce, zejména dermatologické (u pacientů s predispozicí k alergickým a astmatickým reakcím), purpura, možné zhoršení existujícího akutního diseminovaného lupus erythematosus, renální insuficience, impotence, pocení. **Vzácně**: hyperkalciémie. **Velmi vzácně**: Trombocytopenie, leukopenie, agranulocytóza, aplastická anémie, hemolytická anémie, anémie (pacienti po transplantaci ledvin, hemodialyzovaní pacient), zmatenost, arytmie včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie, atrální fibrilace, angina pectoris a infarkt myokardu, (možná sekundárně k nadměrné hypotenzi u vysoce rizikových pacientů), eosinofilní pneumonie, rýma, pankreatitida, cytolytická nebo cholestatická hepatitida, erythema multiforme, toxická epidermální nekrolýza, Steven-Johnsonův syndrom, fotosenzitivní reakce, akutní renální selhání. **Frekvence neznámá**: Synkopa, torsades de pointes (potenciálně fatální), jaterní encefalopatie (v případě jaterní insuficience), EKG - prodloužený QT interval, zvýšená glykémie a kyseliny močové během léčby, zvýšené jaterní enzymy, mírné zvýšení urey a plazmatických hladin kreatininu (reversibilní po ukončení léčby), deplece draslíku s hypokalémií což je obzvláště závažné u některých vysoce rizikových pacientů, zvýšené hladiny draslíku (obvykle přechodné), hyponatremie s hypovolémií vedoucí k dehydrataci a ortostatické hypotenzi. **Předávkování****: **Farmakologické vlastnosti****: Prestarium Neo Combi je kombinovaný přípravek obsahující argininovou sůl perindoprilu, inhibitoru angiotenzin-konvertujícího enzymu, a indapamid, derivátu sulfonamidu, farmakologicky vzájemně k thiazidovým diuretikům, s antihypertenzním účinkem na systolický a diastolický arteriální tlak v poloze vleže i vestoje. **Uchovávaní**: Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Velikost balení**: 30 a 90 tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci**: LES LABORATOIRES SERVIER, 50 rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie, Registrační číslo: 58/215/06-G (5 mg/1,25 mg), 58/215/09-G (10 mg/2,5 mg). **Datum poslední revize textu**: 23.2.2015. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou v 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-licov-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o. Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

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

** všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku Prestarium Neo Combi

LITERATURA: 1. Diagnostické a léčebné postupy u arteriální hypertenze – verze 2012. Doporučení společnosti pro hypertenzi. Vnitřní lék 2012;58(10):765-801.

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

PRAHA

MEDICÍNA PRO PRAXI

XIII. kongres praktických lékařů v Praze

**20.–21. října
2016**

**Hotel
Olympik Tristar
Praha**

Pořádá společnost SOLEN, s. r. o., a časopis Medicína pro praxi
pod záštitou Kliniky kardiologie, IKEM, Praha

HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI

Akacia Group s.r.o.
Akademie klasické homeopatie, spol. s r.o.
Angelini Pharma Česká republika s.r.o.
B. Braun Medical s.r.o.
CTMOS, spol. s r.o.
DCA, L'Oréal Česká republika
Dětská Léčebna Dr. Filipa
EDA cz, z. ú.
EMPOLAS s.r.o.
Gilead Sciences s.r.o.
GlaxoSmithKline s.r.o.
Lékaři bez hranic
Mark Distri, spol. s r.o.
MARY KAY

Mediclinic a.s.
MeDitorial, s.r.o.
Merck spol. s r.o.
Pfizer, PFE spol. s r.o.
QUICKSEAL INTERNATIONAL, s.r.o.
R. K. Studio
Reckitt Benckiser (Czech Republic), spol. s r.o.
SANDOZ s.r.o.
Sanofi Pasteur GmbH organizační složka
Schwabe Czech Republic s.r.o.
SWISS PHARMA, spol.s.r.o.
Takeda Pharmaceuticals Czech Republic s.r.o.
TOPNATUR s.r.o.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

Medicína
pro praxi

maxdorf

IDS Česká republika
Healthcare Intelligence

pr+ Lékaře
www.prolekare.cz

POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU