

**Medicína
pro praxi**

2017

E

www.solen.cz | Med. praxi 2017; 14(Suppl E) | ISBN 978-80-7471-205-0 | 2017

ABSTRAKTA

**XIV. KONGRES
PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ
V PRAZE**

20.–21. října 2017

Hotel Duo, Praha

Pořadatel: společnost SOLEN, s. r. o., a časopis Medicína pro praxi

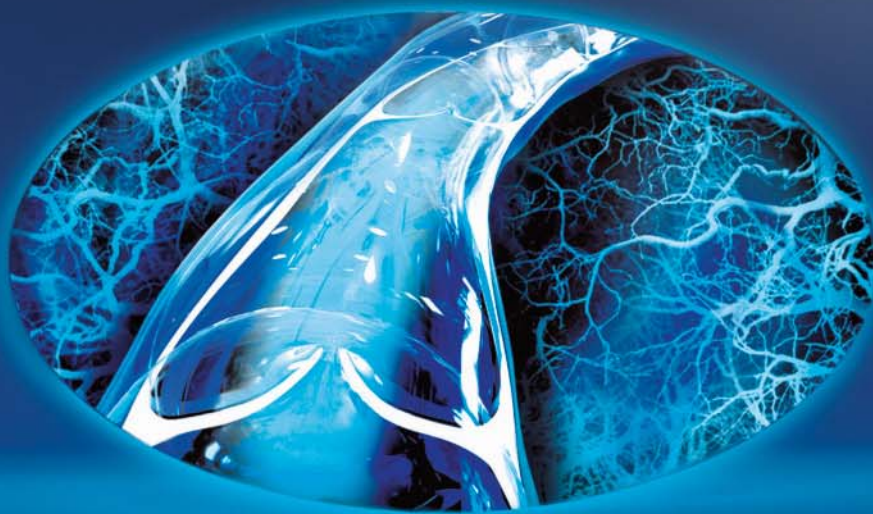
Záštita: Klinika kardiologie IKEM Praha

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

detralex®

MPFF® – mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce

Chrání strukturu a funkci žil¹⁻³



Léčba chronického žilního onemocnění⁴

2 TABLETY DENNĚ

Léčba hemoroidálního onemocnění⁴

12 6 TABLET DENNĚ



Zkrácená informace o přípravku Detralex® • **SLOŽENÍ***: Flavonoidorum fractio purificata micronisata 500 mg (mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce - MPFF); Diosminum 450 mg, Flavonoida 50 mg vyjádřené jako Hesperidinum v jedné potahované tabletě. **INDIKACE***: Léčba příznaků a projevů chronické žilní insuficience dolních končetin, funkčních nebo organických: pocit tíhy, bolest, noční křeče, edém, trofické změny, včetně bércevého vředu. Léčba akutní ataky hemoroidálního onemocnění, základní léčba subjektivních příznaků a funkčních objektivních projevů hemoroidálního onemocnění. Přípravek je indikován k léčbě dospělých. **DAVKOVÁNÍ 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 nevylučuje léčbu dalších onemocnění konečníku. Pokud symptomy brzy neodezní, je nutné provést proktologické vyšetření a léčba by měla být přehodnocena. **INTERAKCE***: Žádné. **FERTILITA*, TĚHOTENSTVÍ/KOJENÍ***: V experimentálních studiích na zvířatech nebyly zjištěny teratogenní účinky a nebyly prokázány žádné anatomické anomálie ani potíže v chování mláďat během období kojení; nežádoucí účinky nebyly zaznamenány ani u lidí. Z dostupných údajů o podávání přípravku těhotným ženám vyplývá, že nedochází k žádnému nepříznivému ovlivnění těhotenství ani plodu. Studie reprodukční toxicity na zvířatech neprokázaly vliv na fertilitu u samic a samic potkanů. **ÚCINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE***: Žádný. **NEŽÁDOUCÍ ÚCINKY***: **Časté**: průjem, dyspepsie, nauzea, vomitus. **Vzácné**: závratě, bolesti hlavy, pocit neklidu, vyrážka, svědění, kopřivka. **Méně časté**: kolitida. **Frekvence neznáma**: abdominální bolest, ojedinělý otok obličeje, rtů, víček, výjimečně Quinceho 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**: 24.7.2017. Přípravek je k dispozici v lékárnách na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. **Registrační číslo**: 85/392/91-C. Držitel rozhodnutí o registraci: **LES LABORATOIRES SERVIER** 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Florentinum, Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel.: 222 118 111, www.servier.cz

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

1. Pascarella L et al. Mechanisms in experimental venous valve failure and their modifications by Daflon 500 mg. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2008;35:102-110, experimentální studie.
2. Nicolaidis A et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs: guidelines according to scientific evidence. *Int Angiol*. 2014;33(2): 126-139.
3. Tsoukanov YT, Toukanov AY, Nikolaychuk A. Great saphenous vein transitory reflux in patients with symptoms related to chronic venous disorders, but without visible signs (COs), and its correction with MPFF treatment. *Phlebology*. 2015;22(1):18-24.
4. Souhrn údajů o přípravku Detralex, datum poslední revize textu: 24.7.2017



Program / pátek 20. října

9.00 ZAHÁJENÍ

9.05–10.25 KARDIOLOGIE

garantka prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.

- **Beta blokátory ve světle důkazů – přínos u jednotlivých skupin pacientů** – Mayer O.
- **Hypertenze a dyslipidemie** – Řiháček I.
- **Dvě tváře hypertenze:**
Arteriální hypertenze – Rosolová H.
Žilní hypertenze – Zimolová P.

10.25–10.50 PŘESTÁVKA

10.50–12.00 PROBLEMATIKA POHYBOVÉHO APARÁTU

garantka MUDr. Marie Sedláčková

- **Syndrom bolestivého ramene** – Sedláčková M.
- **Vertebrogenní syndromy** – Vacek J.
- **Endoprotetika zápěstí a ruky** – Veigl D.

12.00–12.30 Normotenzní hydrocefalus – diagnostika a léčba – Vacek P.



12.30–13.15 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

13.15–14.20 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE

- **Diagnostika a léčba mírné kognitivní poruchy** – Zvěřová M.
- **Ultra vzácná onemocnění komplementu v ordinaci praktického lékaře**
Paroxysmální noční hemoglobinurie aneb co by měl praktický lékař vědět – Válka J.
Atypický hemolyticko-uremický syndrom v první linii – kdy na onemocnění pomyslet a jak postupovat? – Krátká K.
- **IBS – syndrom dráždivého tračníku – klinické projevy a terapeutický přístup** – Lukáš M.

14.20–14.35 PŘESTÁVKA

14.35–15.45 KOŽNÍ PROJEVY RŮZNÝCH ONEMOCNĚNÍ

garantka prof. MUDr. Petra Cetková, Ph.D.

- **Hidradenitis suppurativa a novinky v léčbě** – Cetková P.
- **Nechirurgická léčba prekanceróz kůže** – Divišová B.
- **Kožní a slizniční změny venerických nemocí** – Blümllová K.
- **Kontaktní alergická dermatitida a její vyšetřování** – Novák M.

15.45–16.45 HEPATITIDA TYPU C A HIV – AKTUÁLNÍ VIROVÁ ONEMOCNĚNÍ

- **Co ještě nevíme o HIV?** – Jilich D.
- **Role praktického lékaře v diagnostice a léčbě hepatitidy C** – Dlouhý P.
(Přednášky podpořené firmou Gilead Sciences, s. r. o.)

16.45–16.55 PŘESTÁVKA

16.55–18.05 PSYCHOSOMATIKA PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE

garantka MUDr. Michaela Ročňová

- **Psychosomatika z pohledu praktického lékaře** – Ročňová M.
- **Terapie psychosomatických poruch** – Kabát J.
- **Možnosti individuální psychoterapie v léčbě psychosomatických poruch** – Šroubková D.
- **Kazuistika** – Ročňová M.
- **Vzdělávání v psychosomatice** – Kabát J., Ročňová M.

WORKSHOP / pátek 20. října

12.00–13.00 WORKSHOP / Salonek Formanka

- **Rozpoznejte depresi – Videokazuistika „Pláču, jen když chci...“**
workshop vede MUDr. Jaroslava Skopová

VSTUP VOLNÝ, KAPACITA OMEZENA

Program / sobota 21. října

8.45–10.00 OD TITRITID K CRPITIDÁM – MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D., MUDr. Václava Adámková

IP ■ Diskuzní interaktivní blok

10.00–10.30 PŘESTÁVKA

10.30–12.00 VARIA

- **Recidivující respirační infekce – můžeme snížit množství antibiotik?** – Kopřiva F.
- **Nemohu dýchat nosem, co s tím?** – Nechojdomová D.
- **Onemocnění způsobená poruchami fosfokalciového metabolismu** – Broulík P.
- **Fytofarmaka – možnosti a rizika** – Vranová V.

12.00–12.40 MÁME TAKOVÉTO PACIENTY VE SVÝCH AMBULANCÍCH?

- **Hunterův syndrom? Hereditární angioedém? Fabryho choroba? Gaucherova choroba?** – Dostálová G., Magner M., Sobotková M. (*Satelitní sympozium firmy Shire Czech, s. r. o.*)

12.40–13.30 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

13.30–15.00 PORUCHY SPÁNKU OD DĚTSTVÍ DO DOSPĚLOSTI

garantka doc. MUDr. Iva Příhodová, Ph.D.

- **Insomnie v ordinaci praktického lékaře** – Závěšická L.
- **Kardiovaskulární rizika a spánek** – Dostálová S.
- **Dětská insomnie – příčiny a terapeutické postupy** – Příhodová I.
- **Obstrukční spánková apnoe u dětí** – Ondrová M.

15.00–16.00 PRÁVO A PRAKTIČTÍ LÉKAŘI

- **Aktuální problémy a výhledy** – JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.

16.00 ZÁVĚR KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY

WORKSHOP / sobota 21. října

10.30–12.00 WORKSHOP / Salonek Zurich

- **Kardiopulmonální resuscitace u dospělých** – garant doc. MUDr. Jiří Kettner, CSc.

VSTUP VOLNÝ, KAPACITA OMEZENA

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

XIV. KONGRES PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ V PRAZE

20.–21. října 2017 | Hotel Duo 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: Markéta Slezáková, 734 571 658, slezakova@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 12 kredity pro lékaře.



Supplementum E Medicína pro praxi

Citační zkratka:

Med. praxi 2017; 14(Suppl E).

Vydal: Solen, s. r. o., IČ 25553933

ISBN 978-80-7471-205-0

COSYREL®

bisoprolol fumarát / perindopril arginin

NOVINKA

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 fumaras (bis) 5 mg/perindoprilum argininum (per) 5 mg, 5 mg bis/10 mg per, 10 mg bis/5 mg per, 10 mg bis/10 mg per. **Indikace*:** Cosyrel je indikován k léčbě hypertenze a/nebo stabilní ischemické choroby srdeční (u pacientů s infarktem myokardu a/nebo revaskularizací v anamnéze) a/nebo stabilního chronického srdečního selhání se sníženou systolickou funkcí levé komory (pouze Cosyrel 5 mg/5 mg a Cosyrel 10 mg/5 mg) jako substituční léčba u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných bisoprololem a perindoprilem podávanými současně ve stejné dávce. **Dávkování a způsob podání*:** Obvyklá dávka je jedna tableta jednou denně, nejlépe ráno a před jídlem. Pacienti musí být stabilizováni na léčbě bisoprololem a perindoprilem ve stejné dávce po dobu nejméně 4 týdnů. Fixní kombinace není vhodná k iniciační léčbě. U pacientů stabilizovaných na dávce bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 2,5 mg nebo bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 5 mg: půl tablety obsahující 5 mg/5 mg nebo 5 mg/10 mg jednou denně. Je-li nutná změna dávkování, titraci je nutno provádět za použití jednotlivých složek samostatně. **Porucha funkce ledvin:** Doporučené dávkování podle clearance kreatininu. 5 mg/5 mg; $Cl_{CR} \geq 60$ (ml/min): 1 tableta; $30 < Cl_{CR} < 60$: ½ tablety; $Cl_{CR} < 30$: přípravek není vhodný, doporučená titrace dávky za použití jednotlivých složek samostatně. 5 mg/10 mg; $Cl_{CR} \geq 60$: 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 angiotenzin-konvertujícího enzymu (ACE); akutní srdeční selhání nebo probíhající epizody srdeční dekompenzace vyžadující i.v. inotropní terapii; kardiogenní šok; AV blok druhého nebo třetího stupně (bez pacemakeru); sick sinus syndrom; sinoatriální blokáda; symptomatická bradykardie; symptomatická hypotenze; závažné bronchiální astma nebo chronická obstrukční plicní nemoc; závažné formy periferní arteriální okluze nebo onemocnění nebo Raynaudova syndromu; neléčený feochromocytom (viz bod Upozornění*); metabolická acidóza; anamnéza angioneurotického edému souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE, dědičný nebo idiopatický angioneurotický edém; 2. a 3. trimestr těhotenství (viz body Upozornění*, Těhotenství a kojení*), současné užívání s přípravky obsahující aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo s poruchou funkce ledvin ($GFR < 60$ ml/min/1,73 m²) (viz body Upozornění*, Interakce* a Farmakodynamické vlastnosti*). **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 cerebrovaskulárními chorobami je při zahájení léčby a změně dávky zapotřebí pečlivě monitorování. Náhle hypotenzi odpovídě není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou pacientovi obvykle užívat bez obtíží, jakmile jim po doplnění objemu stoupne krevní tlak. **Hypersenzitivita/angioedém/intestinální angioedém:** vysadit a zahájit monitorování až do úplného vymezení symptomů. Léčba betablokátozem musí pokračovat. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Pacienti souběžně užívající terapii inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) mohou mít zvýšené riziko angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka s poruchou dýchání nebo bez ní)*. **Selhání jater:** vzácně byly inhibitory ACE spojovány se syndromem, který začíná cholestatickou žloutenkou a progresuje ve fulminantní jaterní nekróze a (někdy) v úmrtí: ukončit léčbu v případě rozvoje žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů. Černoská populace: perindopril může být méně účinný a způsobit vyšší procento angioedému ve srovnání s jinými rasami. **Neplodivost a těhotenství:** **Hyperkalemie:** časté monitorování koncentrace draslíku v krvi v případě renální insuficience, zhoršení renálních funkcí, věk > 70 let, diabetes mellitus, dehydratace, akutní srdeční nedostatečnost, metabolická acidóza a současné užívání draslík šetřících diuretik, draslíkových doplňků, náhrad soli s obsahem draslíku, léčivých přípravků, které mohou způsobovat vzestup sérových koncentrací draslíku. **Kombinace s lithiem, s draslík šetřícími diuretiky, draslíkovými doplňky nebo náhradami soli obsahujícími draslík, kalciovými antagonisty, antyarytmiky třídy I a centrálně působícími antihypertenzivy:** obecně se nedoporučuje. **Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS):** zvýšené riziko hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se proto nedoporučuje. Pokud je léčba duální blokády 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 blokátorů receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Ukončení léčby:** nesmí být provedeno náhle ukončení léčby betablokátozem. Dávkování má být snižováno postupně pomocí jednotlivých složek, ideálně po dobu dvou týdnů. **Bradykardie:** při poklesu srdeční frekvence pod 50–55 tepů za minutu v průběhu léčby a pacient pociťuje symptomy související s bradykardií, dávka má být snižována za použití jednotlivých složek s vhodnou dávkou bisoprololu. **AV blok prvního stupně, stenóza aortální a mitrální chlopně/hypertrofická kardiomyopatie, diabetici, striktní půst:** podávat s opatrností. **Prinzmetalova angina:** betablokátoři mohou zvýšit počet a délku trvání epizod anginy pectoris. **Porucha funkce ledvin:** denní dávka má být upravena na základě clearance kreatininu. Monitorování draslíku a kreatininu. U diabetických s bilaterální stenózou renálních arterií nebo stenózou arterie solitární ledviny může dojít ke zvýšení sérových koncentrací urey a kreatininu, v případě renovaskulární hypertenze je riziko těžké hypotenze a renální insuficience zvýšené. **Transplantace ledvin, srdeční selhání s inzulin dependentním diabetem mellitus (typ I), těžkou poruchou funkce ledvin, těžkou poruchou funkce jater, restriktivní kardiomyopatií, vrozeným srdečním onemocněním, hemodynamicky významným organickým onemocněním chlopní, infarktem myokardu v předchozích 3 měsících:** nejsou zkušenosti s podáváním. **Anafylaktoidní reakce během alergerý nízkodenzitních lipoproteinů (LDL):** vzácná, lze předjít dočasným vysazením léčby inhibitory ACE před každou aterosklerózu. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** dočasně vysadit léčbu před vyšetřeními. Tyto reakce se znovu objeví po náhodném opětovném vystavení. Bisoprolol může zvýšit senzitivitu vůči alergenům i závažnost anafylaktických reakcí. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anemie:** extrémní opatrnost u pacientů s kolagenovým vaskulárním onemocněním, s imunosupresivní léčbou, léčbou alopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů. **Bronchospasmus (bronchiální astma, obstrukční onemocnění dýchacích cest):** souběžné podávání bronchodilatační terapie. **Anestezie:** pokud je nutně betablokátoř vysadit, je třeba to provádět postupně a ukončit 48 hodin před anestezii. **Psoriáza:** podání po zvážení přínosu a rizika. **Feochromocytom:** podávání bisoprololu vždy s blokátozem α_1 -receptorů. **Lyreotoxikáza:** symptomy mohou být maskovány. **Těhotenství:** zastavit léčbu. V případě nutnosti zahájit alternativní léčbu. **Interakce*:** **Kombinace kontraindikované:** aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo poruchou funkce ledvin. **Nedoporučuje se současně užívat:** centrálně působící antihypertenziva, např. klonidin a další (methylodopa, moxonidin, rilmenidin); antyarytmika třídy I (chinidin, disopyramid, lidokain, fenytion, flekainid, propafenon); antyarytmika kalcia typu verapamilu i v menší míře diltiazem; aliskiren a blokátorů receptorů pro angiotenzin II; estramustin, draslík šetřící diuretika (triamteron, amilorid), draslík (soli); lithium. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** antiidiabetika (inzulin, perorální antiidiabetika); nesteroidní antiinfektiva (NSAID) včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den; antihypertenziva a vasodilatancia; triicyklidy anti-depresiva/antipsychotika/anestetika; sympatomimetika; antagonisté kalcia dihydropyridinového typu (felodipin, amlodipin); antyarytmika třídy III (amiodaron); parasympatomimetika; lokální betablokátoři (např. oční kapky k léčbě glaukomu); digitální glykosidy; baklofen; draslík šetřící diuretika; draslík šetřící diuretika (epiloron, spironolakton); rasekadrolin*; inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus)*. **Kombinace vyžadující určitou opatrnost:** melochin, inhibitory monoaminooxidázy (kromě inhibitorů MAO-B), gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), zlato. **Těhotenství a kojení*:** Podávání není doporučováno v prvním trimestru těhotenství a během kojení. Podávání je kontraindikováno ve 2. a 3. trimestru těhotenství. **Fertilita*. Účinnost na schopnost řídit a obsluhovat stroje*:** u některých pacientů se mohou vyskytnout individuální reakce související s nízkým krevním tlakem. U důsledku toho může být schopnost řídit a obsluhovat stroje narušena. **Nežádoucí účinky*:** Velmi časté: bradykardie. Časté: bolest hlavy, závrať, vertigo, dysgeuzie, parestezie, porucha zraku, tinitus, zhoršení srdečního selhání, hypotenze a účinky související s hypotenzi, pocit chladu nebo znečištění končetin, kašel, dyspnoe, bolest břicha, zácpa, průjem, nauzea, zvracení, dyspepsie, vyrážka, pruritus, svalové křeče, astenie, únava. Méně časté: eozinofilie, hypoglykemie, hyperkalemie, reverzibilní při vysazení léčby, hyponatremie, změny nálad, poruchy spánku, deprese, somnolence, synkopa, palpitace, tachykardie, poruchy AV vedení, ortostatická hypotenze, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, angioedém obličej, končetin, rtů, sliznic, jazyka, glottis a/nebo hrtanu, kopřivka, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, hyperhidróza, svalová slabost, artralgie, myalgie, renální insuficience, erektilní dysfunkce, bolest na hrudi, malátnost, periferní edém, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, pád. **Vzácné:** rinidita, noční mýry, halucinace, snížená tvorba slz, poruchy sluchu, hepatitida cytolytická nebo cholestatická, hypersenzitivní reakce (svědění, zčervenání, vyrážka), zhoršení psoriázy*, poruchy potence, vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi, zvýšená hladina triglyceridů. **Velmi vzácné:** agranulocytóza, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, trombocytopenie, hemolytická anemie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, zmatenost, konjunktivitida, arytmie, angina pectoris, infarkt myokardu a cévní mozková příhoda, možné sekundárně k nadměrné hypotenzi u vysoce rizikových pacientů, eosinofilní pneumonie, pankreatitida, erythema multiforme, alopecie, betablokátoři mohou způsobit nebo zhoršit psoriázu nebo způsobit vyrážku připomínající psoriázu, akutní renální selhání, snížená hladina hemoglobinu a snížení hematokritu. **Předávkování*, vlastnosti*:** Bisoprolol je vysoce beta-1 selektivní blokátor adrenergických bez vnější symptomatologie a membrány stabilizující agent. Perindopril je inhibitor enzymu, který konvertuje angiotenzin I na vazokonstriktor angiotenzin II (ACE). **Balení*:** Balení 30, 90 potahovaných tablet přípravku Cosyrel 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg. **Uchování:** Žádné zvláštní podmínky uchování ani zacházení. **Držitel rozhodnutí o registraci:** LES LABORATOIRES SERVIER, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Registrační čísla: 58/563-566/15-C. **Datum poslední revize textu:** 7. 3. 2017. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách a jsou na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

* pro úplnou informaci si prosím přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku; ** vyzneme si prosím změň v informaci o léčivém přípravku Cosyrel



Kardiologie

garantka prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.

pátek / 20. října 2017 / 9.05–10.25 hod.

Betablokátory ve světle důkazů – přínos u jednotlivých skupin pacientů

doc. MUDr. Otto Mayer, CSc.

II. interní klinika FN Plzeň

Betablokátory (BB) představují jednu z nejstarších lékových skupin v kardiovaskulární farmakologii a navzdory svému „úctyhodnému stáří“ zůstávají v mnoha ohledech nepřekonané. Za nezastupitelnou se jejich role považuje v případě chronického srdečního selhání, naopak zase oslabena byla jejich role v oblasti léčby hypertenze. V posledních letech se vede diskuze o významu BB v sekundární prevenci ischemické choroby srdeční, ale i v této indikaci BB zůstávají v mnoha oblastech nezastupitelné. Přednáška také zmíní některé mýty nemající oporu v reálných důkazech, které se o BB široce tradují.

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 České republice má současně dyslipidemii 70 % hypertoniků. Ke stratifikaci KV rizika používáme Evropské nomogramy SCORE. Vyšší riziko než zjištěné v nomogramech mají jedinci s familiární hyperlipoproteinémií (LDL \geq 6 mmol/l), s cukrovkou, se sníženou funkcí ledvin, s prokázaným aterosklerotickým plátem ve velké tepně a nemocní v sekundární prevenci KV onemocnění. Současné cílové hodnoty kazuálního krevního tlaku jsou pod 140/90 mmHg v celé populaci, pod 150/90 mmHg u pacientů nad 80 let a pod 140/80–85 mmHg u cukrovky. Cílové hodnoty LDL cholesterolu jsou u jedinců s nízkým rizikem (SCORE 1–4 %) pod 3,0 mmol/l, s vysokým rizikem (5–9 %) pod 2,6 mmol/l a s velmi vysokým rizikem (10 % a více) pod 1,8 mmol/l. Až 70 % pacientů léčených pro obě diagnózy nedosahuje doporučených cílových hodnot. Nekontrolovaná dyslipidemie významně zvyšuje KV riziko hypertoniků. Nejčastější příčinou nedostatečné kontroly obou rizikových faktorů jsou neadekvátní léčba na straně lékaře a špatný přístup k léčbě (multimedikace, nežádoucí účinky) na straně pacienta. Zvýšení adherence, a tím zlepšení dosažení cílových hodnot obou rizikových faktorů, umožňují fixní kombinace. Nejnovější fixní kombinace na trhu léčí hypertenzi a dyslipidemii současně jednou tabletou. Fixní kombinace atorvastatin, perindopril a amlodipin (Lipertance®) je podpořena pozitivními výsledky z velké randomizované klinické studie (ASCOT).

V přiložené kazuistice je názorně ukázána stratifikace rizika, stanovení cílových hodnot a opatření k jejich dosažení (léky, nefarmakologický přístup). Pacient v uvedeném příkladu má poměrně nízké KV riziko dle nomogramu SCORE (4 %). Protože však má cukrovku 2. typu, přidruženou hypertenzi a dyslipidemii, jeho skutečné KV riziko je velmi vysoké (10 % a více). Cílová hodnota tlaku je pod 140/80–85 mmHg a cílové hodnoty LDL cholesterolu pod 1,8 mmol/l. Dalšími rizikovými faktory jsou hodnota Tg 2,3 mmol/l a ranní zvýšení tlaku při 24h ambulantním monitorování. Do medikace byla podána fixní kombinace 40 mg atorvastatinu, 10 mg perindoprilu a 10 mg amlodipinu. Vysoká dávka atorvastatinu je nutná k dosažení cílových hodnot LDL cholesterolu (1,8 mmol/l a níže), kombinace perindoprilu s amlodipinem, dlouhodobě působících léků v adekvátní dávce, by měla zabezpečit dosažení cílových hodnot krevního tlaku během celých 24 hodin. Byla doporučena nefarmakologická opatření (vytrvalostní fyzická zátěž, dieta s omezením soli, cukrů a tuků a snížení příjmu alkoholu). Opatření by měla snížit hmotnost, hodnoty glykemie a triglyceridů.



LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

DVĚ DIAGNÓZY – JEDNO ŘEŠENÍ



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



1 × DENNĚ



LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

Zkrácená informace o přípravku 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:

Složení: 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 obsahují 10 mg atorvastatinu (ator)/5 mg perindoprilu argininu (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:** Léčba esenciální hypertenze a/nebo stabilní ischemické choroby srdeční ve spojení s primární hypercholesterolemí 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:** 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 dihydropyridinu, 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 aliskiren u pacientů s diabetes mellitus nebo poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²). **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 jakékoli 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 (> 5x ULN) oproti normálním hodnotám, léčba nemá být zahájena. Léčba má být přerušena, objeví-li se významné zvýšení hladiny CK (> 10x 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, 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 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. Předchozí hypertenzní 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. **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. Amlodipin lze používat u pacientů se selháním ledvin v normálních dávkách. Amlodipin není dialyzovatelný. U pacientů na hemodialýze: dialyzovaných pomocí vysoce propustných membrán byly zaznamenány anafylaktoidní reakce. **Hypersenzitivita/angioedém:** okamžité 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). **Anafylaktoidní reakce během aferýzy nízkodenzitních lipoproteinů (LDL):** vzácný výskyt život ohrožujících anafylaktoidních reakcí, kterým lze předjet dočasným vysazením léčby před každou aferézou. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** během desenzibilizační léčby jedem blanokřídlých (včely, vosy), reakcí je možné se vyhnout dočasným vysazením léčby, nicméně se znovu objevily po neúmyslné expozici. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anémie:** Přípravek Lipertance má být používán s extrémní opatrností u pacientů se systémovým onemocněním pojiva (collagen vascular disease), u pacientů užívajících imunosupresivní léčbu, léčbu aloporinolem 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. **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. **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 blokátory receptorů pro angiotensin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Dědičné problémy s intolerancí galaktózy, vrozený nedostatek laktázy nebo malabsorpce glukózy a galaktózy:** přípravek by neměl být užíván. **Interakce:** **Kontraindikace:** Aliskiren. **Nedoporučované kombinace:** Silné inhibitory CYP3A4, současná léčba ACE inhibitorem a blokátorem receptoru angiotensinu, estramustin, lithium, 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 ≥ 3 g/den), racekadotril**, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus)**. **Kombinace vyžadující určitou opatrnost:** kolchicin, kolestipol, perorální contraceptiva, gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, tricyklická antidepresiva/antipsychotika/anestetika, zlat, digoxin, atorvastatin, warfarin, cyklosporin, takrolimus, 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 spermatozoj. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Schopnost reagovat může být narušena při závratí, bolesti hlavy, únavě nebo nauze. Opatrnost je zapotřebí zejména na začátku léčby. **Nežádoucí účinky:** **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, faryngolaryngeální bolest, epistaxe, kašel, dyspnoe, nauzea, zvracení, bolest horní a dolní části břicha, dyspepsie, průjem, zácpa, změny způsobu ve vyprazdňování stolice, flatulence, vyrážka, pruritus, otok kloubů, bolest končetin, artralgie, svalové spazmy, myalgie, bolest zad, astenie, únava, periferní edém, abnormální výsledky testů jaterních funkcí, zvýšená hladina kreatinofosfokinázy v krvi. **Méně časté:** rininitida, 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, gynekomastie, bolest na hrudi, bolest, malátnost, periferní otok, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, zvýšení tělesné hmotnosti, pozitivní nález 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 komplikované 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, hypertonie, 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). **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. Uchovávaní: Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Velikost balení:** Krabice obsahuje 10 (pouze pro silu 10/5/5 mg), 30, 90 (3 obaly na 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:** 7. 3. 2017. Před předepsáním přípravků si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z prostředků 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 216/15, 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 Lipertance



Arteriální hypertenze

prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.

II. interní klinika FN Plzeň

Arteriální hypertenze (AH) je nejčastější kardiovaskulární nemoc a zároveň jeden z hlavních rizikových faktorů pro aterosklerózu a její komplikace, ale také pro srdeční a ledvinové selhání. Hypertenze narušuje velké a střední arterie, ale přenáší se i do mikrocirkulace a vede k remodelaci arteriál a ztrátě kapilární sítě.

Základem diagnostiky AH je správné měření krevního tlaku, což je jedním z velkých problémů. Zdá se, že použití přístroje Blood Pressure True v izolované místnosti bez přítomnosti zdravotnického personálu a jiných osob by mohlo vyřešit tento problém. Druhým velkým problémem je compliance k celoživotnímu užívání doporučených léků. Pacienti s AH, která je většinou asymptomatická, ztrácejí motivaci polykat tablety již po 1 roce léčby.

Čím je větší počet tablet nebo pokud se objevují vedlejší účinky léčby, tím menší je ochota pacientů všechny léky užívat. Jelikož většina pacientů s AH nevystačí pouze s jedním lékem, je vhodné používání fixních dvou nebo i tří kombinací antihypertenziv. Vhodná kombinace vede také k menšímu výskytu nežádoucích účinků (např. inhibitory ACE a blokátory kalciových kanálů).

Žilní hypertenze

MUDr. Petra Zimolová

Kardiologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Prezentace o žilní hypertenzi je zaměřena na hlavní klinickou manifestaci této jednotky – na chronické žilní onemocnění (CVD). Společným podkladem všech stadií CVD je právě žilní hypertenze, která doprovází všechny vývojové stupně nemoci. Studie slovenských autorů z roku 2015 poukazuje na častý výskyt CVD u pacientů s arteriální hypertenzí. Prezentace se zabývá etiologickými i klinickými aspekty nemoci, možnou diagnostikou i léčbou této významně rozšířené choroby.

Řada nemocných své příznaky podceňuje, přichází na vyšetření k lékaři až s pokročilými projevy CVD, kdy léčba potíží může být svízelná. Prezentace představuje jednotlivá klinická stadia nemoci, názorně zmiňuje možnosti diagnostiky i léčby. Zásadní pro vývoj CVD je zahájení léčby co nejdříve, aby se zabránilo progresi onemocnění do nejvyšších stadií. Pacienti profitují z včasné edukace o režimových opatřeních, farmakologických i invazivních možnostech léčby. Tranzientní reflux, jehož podstata byla objasněna poměrně nedávno, pak vysvětluje možnost existence klinicky vyjádřených symptomů žilního onemocnění při absenci diagnostického průkazu CVD v ranních hodinách.

Sdělení tedy poukazuje na nutnost věnovat patřičnou pozornost i prvotním příznakům onemocnění a odhaluje možné následky jejich podcenění v reálné praxi.

Problematika pohybového aparátu

garantka MUDr. Marie Sedláčková

pátek / 20. října 2017 / 10.50–12.00 hod.

Syndrom bolestivého ramene

MUDr. Marie Sedláčková

Revmatologické a rehabilitační oddělení Thomayerovy nemocnice, Praha

Sdělení je zaměřeno na přiblížení základních principů diagnostiky a diferenciální diagnostiky bolestivého ramene lékařům prvního kontaktu. Jsou definovány a popsány nejčastější jednotky se stručnou charakteristikou klinického obrazu, a to:

- impingement syndrom, charakterizovaný bolestivým středovým obloukem,
- kalcifikující tendinitida, charakterizovaná bolestivou abdukci paže,

- zmrzlé rameno, definované jako omezení pohybu o více jak 50%,
- artritida ramene, charakterizovaná omezenou zevní rotací a abdukci ramene.

Je zdůrazněna nutnost odlišit vnitřní poruchy kloubu od vertebrogenní a přenesené bolesti vystřelující do ramene a nutnost léčby vnitřních poruch kloubu specialistou, ortopedem či revmatologem.

Endoprotetika zápěstí a ruky

MUDr. David Veigl

I. ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol, Praha

Polyartikulární a monoartikulární postižení ruky vede ke vzniku tvarových a funkčních změn. Etiologie těchto onemocnění je nejčastěji zánětlivé kloubní onemocnění, artróza nebo postraumatologický původ.

Úvahy o chirurgickém léčení vycházejí ze znalostí anatomie a fyziologie ruky, z její biomechaniky a závisí nejen na charakteru a stupni postižení, ale i na osobnosti nemocného, na jeho představě o výsledné funkci a schopnosti zátěže operované ruky.

Léčba pacienta s postižením ruky často vyžaduje interdisciplinární přístup, který zahrnuje jak revmatologa, ortopeda, tak i rehabilitačního odborníka. Při rozhodování o nutnosti operačního zákroku a při výběru vhodného typu výkonu je vždy užitečné mít představu o aktuální léčbě, o vývoji onemocnění, o zázemí pacienta a jeho funkčních potřebách.

Ačkoliv incidence revmatického postižení zápěstí a ruky má klesající tendenci díky lepším výsledkům farmakologické léčby, revmatochirurgie ruky má stále své významné postavení. Důvodem je fakt, že ne všichni pacienti na konzervativní léčbu dobře reagují a dochází u nich k další progresi deformit. Další pacienti v remisi sice zpočátku nemají obtíže, nicméně po proběhlém ataku onemocnění může dojít k mírnému poškození kloubů a při plném zatížení dochází k progresi degenerativních změn. Navíc se zvyšujícím věkem se setkáváme stále s vyšší incidencí degenerativních postižení jak v oblasti kořenového kloubu palce ruky, tak i v oblasti interfalangeálních kloubů.

Náhrady zápěstního kloubu, karpálních kostí a kloubů prstů ruky jsou ve světě užívány ve stále větším měřítku a v posledních deseti letech dochází k výraznému posunu od klasických silastikových náhrad směrem k náhradám fixovaných v kosti necementovou technikou a s klasickým artikulacími povrchy kov – polyetylen známých z náhrad velkých nosných kloubů dolních končetin.

Náplní přednášky je seznámit posluchače se současnými možnostmi náhrad zápěstí, MCP a PIP kloubů a s možnostmi endoprotetiky v oblasti kořenového kloubu palce ruky.

Normotenzní hydrocefalus – diagnostika a léčba

pátek / 20. října 2017 / 12.00–12.30 hod.

Normotenzní hydrocefalus – diagnostika a léčba

MUDr. Petr Vacek

Neurochirurgická klinika, FN Plzeň

Normotenzní hydrocefalus (z angl. Normal Pressure Hydrocephalus, krátce NPH) je zvláštní formou hydrocefalu. Jedná se o onemocnění, které se vyznačuje hromaděním nadbytečné tekutiny mozkomíšního moku v mozkových komorách. Hromadící se tekutina vede k rozšiřování mozkových komor na úkor mozkové tkáně a jejímu úbytku. Symptomy NPH se rozvíjejí zpravidla pomalu ve vyšším věku, většinou od 60 let výše, a v delším časovém horizontu. Jsou proto často mylně připisovány přibývajícím věku. Ve skupině lidí nad 60 let trpí demencí kolem jednoho milionu lidí, ročně

jich přibývá dalších cca 250 000. V mnoha publikacích se vychází z toho, že zhruba každý desátý pacient s demencí má ve skutečnosti neodhalený NPH.

Zvláště u starších pacientů jsou symptomy NPH příliš často zaměňovány se stařeckou demencí. Při zapomnělosti se často uvažuje o Alzheimerově chorobě a problémy s chůzí se mylně připisují Parkinsonově nemoci.

Pokud není nemoc odhalena včas, vede k nevyléčitelnému poškození mozku, ač je z počátku dobře léčitelná. Se správnou terapií mohou pacienti s NPH vést normální život.

Aktuality do vaší ordinace

pátek / 20. října 2017 / 13.15–14.20 hod.

Paroxysmální noční hemoglobinurie pro praktické lékaře

MUDr. Jan Válka

Ústav hematologie a krevní transfuze, Praha

Paroxysmální noční hemoglobinurie (PNH) je vzácné získané onemocnění kmenové krvetvorné buňky. Onemocnění vzniká na základě genové mutace. Ta má za následek chybění určitých proteinů na povrchu krvinek, které za normálních okolností ochraňují krevní elementy před působením komplementu – souboru bílkovin, které hrají důležitou roli ve spouštění imunitních reakcí spojených s ochranou organismu zejména proti infekci.

PNH se nejčastěji manifestuje anémií způsobenou rozpadem červených krvinek, s příznaky anemického syndromu (dušnost, nevykonnost). Prvním příznakem onemocnění může být také trombóza, často v neobvyklé lokalizaci například v oblasti břicha. Dalšími typickými komplikacemi jsou postižení ledvin a plic v důsledku rozpadu červených krvinek a postupné vyčerpání kostní dřeně, které může vést až k selhání krvetvorby.

Pacienti jsou často závislí na opakovaném podávání transfuzí červených krvinek, což vede k přetížení organismu železem s jeho hromaděním v játrech a srdeční svalovině a následnému poškození těchto orgánů. Dříve standardní léčba imunosupresivy je dnes indikována jen ve specifických situacích. Standardem léčby pacientů s výraznou závislostí na transfuzích a vysokým rizikem tromboembolie se stává aplikace eculizumabu, protilátky proti jednomu z proteinů komplementového systému, jehož účinek je cílený na zastavení rozpadu krvinek, a tedy na minimalizaci komplikací spojených s PNH.

Atypický hemolyticko-uremický syndrom v první linii – kdy na onemocnění pomyslet a jak postupovat?

MUDr. Karolína Krátká, Ph.D., MUDr. Martin Havrda,

prof. MUDr. Ivan Rychlík, CSc., FASN, FERA

I. interní klinika Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

Atypický hemolyticko-uremický syndrom (aHUS) je relativně vzácnou příčinou trombotické mikroangiopatie s charakteristickým multiorgánovým postižením mikrocirkulace v důsledku tvorby destičkových trombů. Typickým laboratorním nálezem je hemolytická anémie s přítomností fragmentovaných erytrocytů, neboli schistocytů, trombocytopenie a známky multiorgánového poškození s dominantním postižením ledvin ve formě akutního oligoanurického selhání. V patogenezi onemocnění hraje klíčovou roli nekontrolovatelná aktivace alternativní cesty komplementu. Tyto odchylky mohou mít genetický podklad (nazýván jako „primární aHUS“), kdy v důsledku mutace v různých genech regulujících komplement dochází k poruše funkce těchto faktorů, nebo se mohou tvořit protilátky proti složkám komplementu. Navíc u řady nemocných s primárním aHUS dochází k manifestaci onemocnění až po zásahu jakéhosi „spouštěče“ a do té doby je choroba asymptomatická. Mezi tyto spouštěče (někdy také nazývané complement amplifying conditions) patří třeba určité typy infekcí, léků, autoimunitních chorob, těhotenství či transplantace. Tyto choroby pak samy mohou být příčinou

vzniku časově omezeného sekundárního aHUS. Do objevení účinné léčby skončilo více než 60 % nemocných v terminální fázi renálního selhání s nutností následné chronické dialyzační léčby. Prognózu pacientů s aHUS zásadně ovlivnilo zavedení nyní již široce rozšířené léčby eculizumabem – humanizované monoklonální protilátky proti C5 složce komplementu, mající rozhodující úlohu v aktivaci další kaskády komplementu. Časná diagnostika a zahájení nyní dostupné a úspěšné léčby hraje klíčovou roli v prognóze nemocných. Relativně nízká incidence však vede k tomu, že toto onemocnění velmi často nebývá součástí diferenciálně diagnostické rozvahy. Cílem sdělení bude podat stručný přehled o atypickém hemolyticko-uremickém syndromu, představit možnosti rychlé a jednoduché diferenciální diagnostiky, probrat léčebné možnosti a doporučené terapeutické algoritmy, a tím celkově přispět ke zvýšení povědomí o tomto život ohrožujícím onemocnění.

IBS – syndrom dráždivého tračníku – klinické projevy a terapeutický přístup

prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.

Klinické centrum ISCare I. V. F., a. s., Praha

Funkční střevní poruchy, a zvláště syndrom dráždivého tračníku, představují nejčastější onemocnění trávicí trubice. Dráždivý tračník je charakterizován poruchou vyprazdňování stolice spojené s břišním diskomfortem nebo bolestí břicha. Za nejdůležitější momenty v patogenezi se považují: a) primární porucha motility s abnormální koordinací jednotlivých oddílů tlustého střeva a patologicky vystupňovaný gastrokolický reflex; b) následky proběhlého bakteriálního zánětu tlustého střeva; c) porucha senzorycké funkce střeva s viscerální hyperalgezií; d) zvýšená sekreterická aktivita kolické sliznice.

Podle dominujícího klinického obrazu rozeznáváme tři varianty dráždivého tračníku: formu průjmovitou, zácpovitou a smíšenou. Diagnostika je založena na klinickém obraze nepřítomnosti závažných alarmujících příznaků. U mladších pacientů s typickou symptomatologií není potřeba provádět žádná invazivní vyšetření. U všech pacientů se závažnými symptomy a u nemocných nad padesát let je nutné provést podrobné vyšetření a vyloučit organické onemocnění tlustého střeva. Terapie onemocnění musí být komplexní a především symptomatická. Vedle dietních opatření a úpravy životního stylu se uplatňují antidiarhoika (difenyloxylát, loperamid, cholestramin), salinická a objemová laxativa, tricyklická antidepresiva a atypická neuroleptika, muskulotropní spazmolytika a nověji anagonisté 5HT3 a agonisté 5HT4 receptorů.

Moderní přístup v terapii syndromu dráždivého tračníku spočívá v selekci optimální terapie v závislosti na dominujícím klinickém symptomu. U průjmovité formy dráždivého tračníku, u které se předpokládá porucha složení střevních mikrobiotů (dysbióza), se uplatňuje terapie probiotiky. Vzhledem k velké interindividuální variabilitě střevní flóry je vhodné podávat probiotika s několika složkami zahrnujícími jak probiotické bakterie, tak kvasinky *Saccharomyces boulardi*, které udržují optimální mikroprostředí pro uchycení a pomnožení ostatních probiotických bakterií. U nemocných s dominujícím symptomem zácpy nebo nadýmání je vhodné volit látky obsahující vedle probiotických bakterií také některé trávicí enzymy nebo nevstřebatelnou vlákninu stimulující střevní peristaltiku.

Kožní projevy různých onemocnění

garantka prof. MUDr. Petra Cetkovská, Ph.D.

pátek / 20. října 2017 / 14.35–15.45 hod.

Hidradenitis suppurativa a novinky v léčbě

prof. MUDr. Petra Cetkovská, Ph.D.

Dermatovenerologická klinika, FN Plzeň

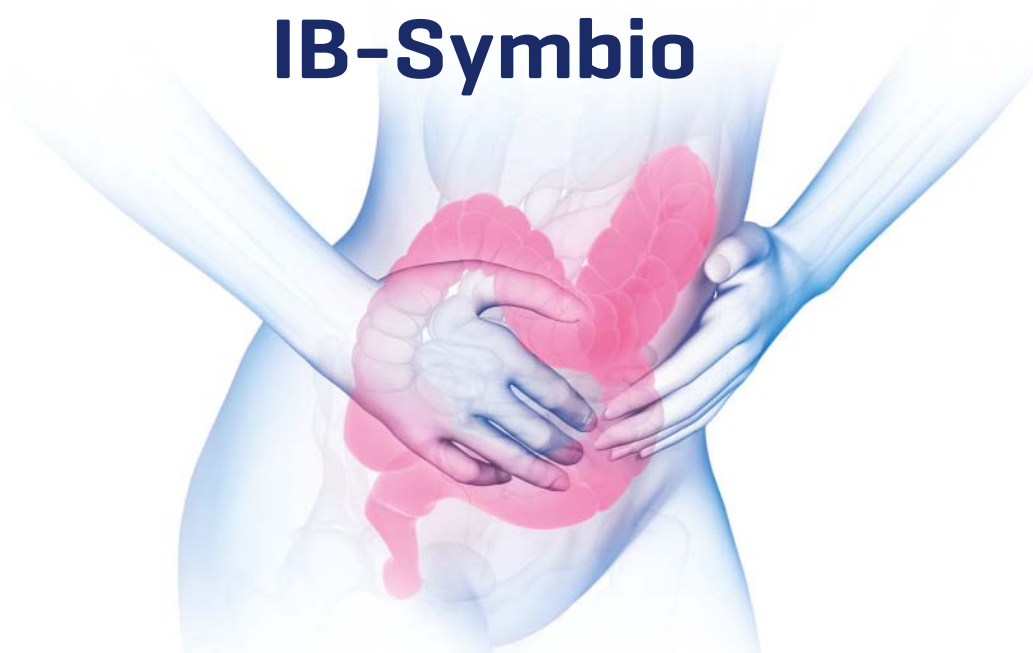
Hidradenitis suppurativa je chronické systémové zánětlivé imunitně zprostředkované onemocnění výrazně snižující kvalitu života, které se často sdružuje s dalšími zánětlivými nemocemi, jako je obezita,

INOVACE

NOVÁ SPECIÁLNĚ VYVINUTÁ ŘADA

BIOPRON®

IB-Symbio



Vyvinuto ve spolupráci s předními gastroenterology.



BIOPRON® IB-Symbio + VLÁKNINA

- Komplex probiotických bakterií (laktobacily, bifidobakterie).
- Rozpustná vláknina (psyllium).
- Prebiotická vláknina (inulin).



BIOPRON® IB-Symbio + S. BOULARDII

- Komplex probiotických bakterií (Lactobacillus acidophilus, Lactobacillus rhamnosus).
- Saccharomyces Boulardii.
- Fruktooligosacharidy.



BIOPRON® IB-Symbio + ENZYMY

- Komplex probiotických bakterií (laktobacily, bifidobakterie).
- Trávicí enzymy (amyláza, lipáza, proteáza).
- Fruktooligosacharidy.



diabetes, střešní a kloubní záněty. Projevuje se recidivujícími bolestivými abscesy, zánětlivými hrboly, píštělemi a jizvením v místech s četnými apokrinními žlázami, jako jsou axily, třísla, místo pod prsy a v okolí genitálu. Primární příčinou je okluze vlasových folikulů. Častý je také současný výskyt akné či pyoderma gangrenosum, komplikacemi jsou spinocelulární karcinom a lymfedém. Léčba bývá málo účinná, celkově se podávají dlouhodobě antibiotika, často je nutné chirurgické ošetření, důležitá jsou režimová opatření – snížení hmotnosti a nekouřit. V roce 2015 byla schválena jako první a jediná systémová léčba adalimumabem, což je monoklonální protilátka proti tumor nekrotizujícímu faktoru, jejíž účinnost byla ověřena klinickými studii. Podle nových evropských doporučení je indikována k léčbě středně těžké až těžké hidradenitidy po selhání celkové antibiotické léčby.

Nechirurgická léčba prekanceróz kůže

MUDr. Barbora Divišová, Ph.D.

Dermatovenerologická klinika, FN Plzeň

Kožní prekancerózy v tradičním slova smyslu vnímáme jako změny na kůži, ze kterých po letech nebo za určitých okolností vzniká maligní nádor. Histologicky a patogeneticky tato onemocnění ve většině případů odpovídají obrazu carcinoma in situ. Základem léčby je chirurgické odstranění. Vzhledem k tomu, že se tyto změny vyskytují ve vyšším věku, dosahují větších rozměrů nebo jsou mnohočetné, uchylujeme se mnohdy k léčbě nechirurgické. Nejlevnější a dobře účinná je stále léčba kryolizací tekutým dusíkem. Vedle této tradiční léčby jsou na našem trhu k dispozici topické léky, které se dostávají do popředí zájmu, a to díky jednoduché aplikaci a možnosti domácí léčby bez nutnosti častých lékařských kontrol.

Kožní a slizniční změny venerických nemocí

MUDr. Kateřina Blümllová

Dermatovenerologická klinika, FN Plzeň

Pohlavně přenosné nemoci patří k častým nejen v populaci mladých jedinců. V současné době je za původce pohlavně přenosných chorob označeno více než 50 patogenů. Řada těchto onemocnění se projevuje kožními a slizničními změnami, patrnými pouhým okem, což usnadňuje včasnou diagnózu a úspěšnou terapii. Různorodými projevy na kůži a sliznicích imitujícími celou řadu jiných onemocnění je charakteristická především syfilis, která je tak právem označována za „opici nemoci“.

Kontaktní alergická dermatitida a její vyšetřování

MUDr. Martin Novák

Dermatovenerologická klinika, FN Plzeň

Sdělení obsahuje základní informace o etiologii, klinickém obrazu a terapii kontaktní alergické dermatitidy (kontaktního ekzému) včetně vyšetřovacích metod tohoto častého kožního onemocnění – epikutánních testů a nejzávažnějších kontaktních alergenů.

Hepatitida typu C a HIV – aktuální virová onemocnění

pátek / 20. října 2017 / 15.45–16.45 hod.

Co ještě nevíme o HIV?

MUDr. David Jilich

Klinika infekčních, tropických a parazitárních nemocí, Nemocnice Na Bulovce, Praha

HIV infekce se z původně fatálního onemocnění s prognózou přežití v řádu jednotlivých měsíců stala chronickým infekčním onemocněním, které v ideálním případě nemusí zkracovat délku života



GILEAD

Advancing Therapeutics.
Improving Lives.

Váš partner v léčbě
hepatitid a HIV

nakažených osob. I přesto zůstává HIV především díky desítkám milionů nemocných závažným celosvětovým zdravotním problémem. Navzdory narůstajícímu počtu pacientů zůstává Česká republika i nadále zemí s relativně malým výskytem HIV infekce. To ale velmi často vede k malému povědomí zdravotníků i laické populace. U laiků to může vést k nezodpovědnému sexuálnímu chování. U zdravotníků pak k nezahrnutí HIV infekce do diferenciálně diagnostické rozvahy při často poměrně necharakteristickém klinickém obrazu. To může vést k situaci, kdy je HIV odhaleno ve fázi rozvinuté infekce doprovázené významným imunodeficitem. Časně odhalená HIV infekce je naopak jedním z nejdůležitějších faktorů, které pozitivně ovlivňují příznivou prognózu infikovaných osob. Nejdůležitější intervencí je včasné zahájení účinné léčby v podobě tzv. antiretrovirové terapie. Tato léčba se v posledních dvou dekadách stala více účinnou, méně toxickou a pro pacienty výrazně pohodlnější. I tak ale nežádoucí účinky, virové rezistence a vysoká cena léčby mohou být určitou překážkou.

Přednáška byla připravena za podpory společnosti Gilead Sciences, s. r. o.

Psychosomatika pro praktické lékaře

garantka MUDr. Michaela Ročňová

pátek / 20. října 2017 / 16.55–18.05 hod.

Psychosomatika z pohledu praktického lékaře

MUDr. Michaela Ročňová

Ordinace praktického lékaře Šestajovice

Psychosomatické centrum Praha, s. r. o.

Pohovořím o své zkušenosti práce v ordinaci praktického lékaře, o možnostech používání psychosomatického pohledu a rozhovoru s pacientem. Pro které pacienty (a pro které lékaře) je vhodná psychosomatika? Stejně jako chirurg se musí nad otevřenou ránou rychle rozhodnout, zda orgán odoperuje, praktický lékař musí za velmi krátkou chvíli podle minimálních ukazatelů rozlišit, kdy rozvíjet hovor dál do šířky a kdy zůstat zakotven v klasické medicíně, úzkém doporučeném postupu a nevykračovat do individuálních hledání specifik stonání daného pacienta. V běžném provozu totiž není možné se takto věnovat každému, ale u vybraných pacientů má tato cesta nesrovnatelně lepší výsledky, tedy uzdravení pacienta, a investovaný čas se nám pak několikanásobně vyplatí.

V našich ordinacích se podle literatury vyskytuje až 30 % pacientů s psychosomatickými příznaky. Je to velká nestejnorodá skupina od mladých pacientů s jasnými negativními nálezy ve všech vyšetřeních, přes ty, kteří nějaké nálezy mají, ale neodpovídají příliš tíži jejich stonání, až po pacienty, kteří mají své nemoci, pro které je léčíme a v některém období jejich života se u nich vyskytnou potíže, které nemají korelát v námi dostupných metodách. O všechny tyto klienty se musíme postarat tak, aby v nás neztratili důvěru, abychom jim pomohli od jejich potíží a přitom zůstali na poli medicíny, kterou jsme vystudovali.

Psychosomatika jako obor je u nás uznána poměrně krátce, vzdělávání v psychosomaticce se v tuto chvíli rozvíjí. Chceme informovat o novinkách a všech nově dostupných možnostech vzdělávání v oboru.

Terapie psychosomatických poruch

MUDr. Jaromír Kabát

Psychosomatická klinika, Praha

Co je vlastně psychosomatické onemocnění či porucha a čím je zvláštní psychosomatický pacient a jeho léčba, jsou hlavní témata tohoto příspěvku. Rozvedeny jsou obecné zkušenosti s terapií psychosomatických pacientů i vlastní poznatky terapeutického týmu Psychosomatické kliniky

v Praze. Zdůrazněna jsou určitá specifika léčby, mezi která patří především úzká týmová spolupráce a multimodální skladba terapeutických programů. V závěru budou zmíněny další perspektivy vývoje psychosomatické medicíny.

Možnosti individuální psychoterapie (IDPST) v léčbě psychosomatických poruch

MUDr. Daniela Šroubková

Psychosomatické centrum Praha, s. r. o.

IDPST patří k základním metodám péče o psychosomatické pacienty, podle zkušenosti také nejžádanější.

Ve zdravotní péči hrazené pojišťovnou ji indikuje většinou psychiatr nebo klinický psycholog po diagnostickém vyšetření, je však možné i žádoucí, aby ji u svých pacientů indikoval i poučený praktický lékař.

Provádí ji školený psychoterapeut, ve zdravotnických službách vzděláním lékař nebo psycholog, který absolvoval výcvik v psychoterapii a složil zkoušku. Je hrazena pojišťovnou v různém rozsahu podle uzavřené smlouvy. Systematická IDPST probíhá pravidelně 1x týdně nebo jednou za 14 dní, sezení trvá 50–60 minut.

IDPST je léčba psychických i tělesných příznaků psychologickými prostředky, základní metodou je rozhovor. Léčebním prostředkem je pak kromě základní edukace hlavně léčebný vztah, kde v bezpečném prostředí probíhá explorace obtíží, reflexe pocitů a postojů a hledání časových i vztahových souvislostí mezi tělesnými a psychickými symptomy. To pak může vést k nalezení a pojmenování základních konfliktů často neuvědomovaných, které vedou k manifestaci obtíží na tělesné úrovni, se kterou se setkává praktický lékař ve své ordinaci.

Výsledkem terapie by mělo být pochopení a přijetí neuvědomovaných emocí a konfliktů tak, aby mohlo dojít k pocitovému i tělesnému uvolnění a nalezení smysluplného řešení. Během terapie dochází postupně k uvědomování si nových souvislostí a ústupu tělesných obtíží.

Na trvání, závažnosti obtíží a zejména na osobnostní struktuře a vyzrálosti pacienta pak závisí trvání terapie – od krátkodobé do 10–15 sezení, přes střednědobou do 25 sezení k dlouhodobé, která může trvat roky.

Ne každý pacient je mentálně připraven na systematickou IDPST, také ne každý pacient je spokojen s myšlenkou, že jeho tělesné obtíže souvisí s psychickými nebo vztahovými konflikty. Často potřebuje informace a hlavně nehodnotící lékařův postoj, aby se mohl novým konceptem vzniku jeho obtíží vůbec zabývat a později ho přijmout.

Vzdělávání v psychosomatice

MUDr. Jaromír Kabát¹, MUDr. Michaela Ročňová^{2,3}

¹Psychosomatická klinika, Praha

²Ordinace praktického lékaře Šestajovice

³Psychosomatické centrum Praha, s. r. o.

V pregraduálním systému vzdělávání psychosomatica u nás zatím chybí. Jako samostatný předmět výuky i jako bio-psycho-sociální pohled na vznik, průběh a léčbu nejrůznějších onemocnění v rámci jiných oborů. V postgraduálním vzdělávání došlo v poslední době ke změně. Psychosomatická medicína byla po dlouhých diskuzích přijata a schválena jako nástavbová specializace. První pracoviště získala akreditaci ke vzdělávání a připravují program praktické výuky pro zájemce o psychosomatickou specializaci. Souběžně s tím jsou připravovány programy, především pro praktické lékaře, směřující k osvojení teoretických znalostí a praktických dovedností v problematice psychosomatické medicíny.

Od titrid k CRPIDám

sobota / 21. října 2017 / 8.45–10.00 hod.

Od titrid k CRPIDám

MUDr. Václava Adámková¹, MUDr. Zuzana Blechová, Ph.D.²

¹Klinická mikrobiologie a ATB centrum VFN, Praha a Ústav lékařské mikrobiologie LF UP, Olomouc

²Klinika infekčního lékařství 2. LF UK a Nemocnice na Bulovce, Praha

Stanovení titru protilátek proti různým infekčním agens patří k tzv. nepřímým průkazům infekční etiologie onemocnění, bohužel velmi často jsou pozitivní výsledky sérologického vyšetření přeceňované, většinou pro nedostatek jiných objektivních údajů, a pacientovi jsou nasazena antibiotika, aniž by onemocnění bylo řádně verifikováno. Jedním z dalších biomarkerů, který se často používá k ověření přítomnosti bakteriální infekce je stanovení C-reaktivního proteinu (CRP). Je třeba si uvědomit, že elevace CRP ale nemusí znamenat vždy bakteriální infekci, ke zvýšení CRP dochází i z neinfekčních příčin, jako následek systémové zánětlivé reakce. V systémovém zánětu CRP nediferencuje typy zánětu, nemá vztah k mortalitě, ani nerozliší tíži stavu. Na příkladech z klinické praxe budou interaktivní formou přiblížena úskalí diagnostiky infekčního onemocnění a zahájení antibiotické léčby. Izolovaný vzestup CRP bez korelátu v klinické odpovědi není dostatečným důvodem pro zahájení antibiotické terapie. Z praktického hlediska má význam monitorace dynamiky změn CRP ve vztahu k hodnocení úspěšnosti antibiotické léčby, resp. jejího ukončení.

Varia

sobota / 21. října 2017 / 10.30–12.00 hod.

Recidivující respirační infekce – můžeme snížit množství ATB?

prof. MUDr. František Kopřiva, Ph.D.

Dětská klinika FN a LF UP Olomouc

Akutní infekce horních cest dýchacích patří mezi nejčastější infekční onemocnění v ordinaci praktického lékaře. Infekce může postihovat všechny části dýchacích cest (DC), může jít např. o rinitidu, faryngitidu, laryngitidu, tracheitidu či bronchitidu nebo postižení více oddílů DC současně. Nejčastějšími původci zánětů horních i dolních cest dýchacích včetně oblasti hltnanu a středouší jsou různé typy virů, asi až v 60–80 % – rinoviry, adenoviry, RS viry, viry influenzy a parainfluenzy, enteroviry (Coxsackie virus, ECHO viry). Léčba je u virových onemocnění většinou symptomatická.

Bakterie jsou tedy příčinou jen asi 8–20 % respiračních infekcí, zvláště u nejmenších dětí. Jedná se často o patogeny běžně se vyskytující v HCD a polykacích cestách zdravých jedinců, které se uplatní na terénu oslabeném již předcházející virovou infekcí.

U infekcí předpokládaného bakteriálního původu se užívají antibiotika, většinou na empirickém základě. Nadměrná, neuvážená léčba infekcí DC ATB narušuje mikrobiom dětského organismu, vývoj a zrání imunitního systému, zvyšuje riziko alergií a rezistenci mikroorganismů a ve svém důsledku vede následně k neúspěchu léčby závažných mikrobiálních infekcí.

Virová a bakteriální onemocnění DC u dětí mají na počátku velmi podobné příznaky a pro lékaře je často obtížné jednoznačně odlišit a rozhodnout v čas o zahájení ATB léčby.

Jelikož nadužívání či nesprávné používání antibiotik je všeobecně stále realitou, přestože racionální antibiotická politika je už dlouho zájmem nejen národním, ale i celoevropským (WHO aktivy), se v literatuře uvádí, že až 60 % infekcí dýchacích cest u dětí i dospělých je neadekvátně léčeno ATB! A proto jsme se rozhodli provést sledování léčby dětských pacientů s recidivujícími respiračními infekčními ATB a zhodnotit možný přínos Erdosteinu na trvání tíže příznaků.

Duomox[®]

Velmi klasický.
Velmi moderní.



Před předepsáním léku si, prosím, prostudujte informace o léčivém přípravku,
které se nacházejí na následující straně.

Zkrácená informace o přípravku DUOMOX® tablety:

Amoxicilinum 250, 375, 500, 750, 1000 mg. **Indikační skupina:** Baktericidní antibiotikum s širokým spektrem působnosti. Patří do skupiny penicilinů. **Indikace:** Léčba následujících infekcí u dospělých a dětí: Akutní bakteriální sinusitida, akutní otitis media, akutní streptokoková tonzilitida a faryngitida, akutní exacerbace chronické bronchitidy, komunitní pneumonie, akutní cystitida, asymptomatická bakteriurie v těhotenství, akutní pyelonefritida, tyfoidní a paratyfoidní horečka, dentální absces s šířící se celulitidou, infekce v oblasti kloubní náhrady, eradikace *Helicobacter pylori*, lymfská nemoc. Profylaxe infekční endokarditidy. **Dávkování:** Dospělí: U lehkých až středně těžkých infekcí 250 mg až 500 mg každých 8 hodin nebo 750 mg až 1 g každých 12 hodin. U závažných infekcí 750 mg až 1 g každých 8 hodin. *Je třeba vzít v úvahu oficiální doporučení k léčbě pro každou indikaci. Profylaxe endokarditidy: 2 g perorálně, jedna dávka 30 až 60 minut před zákrokem. Dávkování pediatrické populace (o tělesné hmotnosti do 40 kg): Denní dávka pro děti činí 20 – 100 mg/kg/den rozdělených do dvou až tří dávek. Je třeba vzít v úvahu oficiální doporučení k léčbě pro každou indikaci. Dávkování dvakrát denně má být uvažováno pouze v případě, že je dávka v horní části dávkovacího rozmezí. Děti o vyšší tělesné hmotnosti než 40 kg užívají stejnou dávku jako dospělí. **Způsob podání:** Absorpce přípravku DUOMOX® není ovlivněna jídlem. Tablety se mohou polykat celé a zapít vodou. Také je možné je rozpustit nejméně ve 20 ml vody a vypít. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku, na peniciliny nebo na kteroukoli pomocnou látku přípravku. Anamnéza závažné okamžité hypersenzitivní reakce (např. anafylaxe) na další beta-laktamová antibiotika (např. cefalosporin, karbapenem nebo monobaktam). **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** *Hypersenzitivní reakce:* Před zahájením léčby amoxicilinem je nutné získat podrobnou anamnézu zejména s ohledem na předchozí hypersenzitivní reakce na peniciliny, cefalosporiny nebo další beta-laktamová antibiotika. U pacientů léčených peniciliny byly hlášeny závažné a v ojedinělých případech fatální hypersenzitivní (anafylaktoidní) reakce. Uvedené reakce se vyskytují spíše u osob s hypersenzitivitou v anamnéze, které udávají hypersenzitivitu na penicilin nebo trpí atopickým ekzémem. Dojde-li k alergické reakci, musí se léčba amoxicilinem ihned přerušit a zahájí se vhodná alternativní léčba. *Hypersenzitivita spojená s akutním koronárním syndromem:* V ojedinělých případech byly během léčby amoxicilinem hlášeny hypersenzitivní reakce (hypersenzitivita spojená s akutním koronárním syndromem), v těchto případech musí být zahájena odpovídající léčba. *Necitlivé mikroorganismy:* Amoxicilin není vhodný k léčbě některých typů infekcí s výjimkou případů kdy je prokázáno, že patogen je citlivý nebo je velká pravděpodobnost že patogen bude vhodný k léčbě amoxicilinem. Toto platí obzvláště v případě léčby pacientů s infekcemi močových cest a závažnými infekcemi ucha a nosu a krku. *Křeče:* Ke křečím může dojít u pacientů s poruchou renálních funkcí nebo u těch, kteří užívají vysoké dávky nebo u pacientů s predispozicemi (např. anamnéza křečí, léčená epilepsie nebo meningeální onemocnění). *Porucha funkce ledvin:* U pacientů s poruchou funkce ledvin má být dávka upravena podle stupně poškození. *Kožní reakce:* Vyskyt horečnatého generalizovaného erytému s tvorbou pustul na začátku léčby může být příznakem akutní generalizované exantematózní pustulózy (AGEP). Tato reakce vyžaduje ukončení léčby amoxicilinem a kontraindikuje následné podání. Amoxicilinu je třeba se vyhnout při podezření na infekční mononukleózu, neboť po léčbě amoxicilinem byla u pacientů s touto diagnózou pozorována morbilliformní vyrážka. *Jarisch-Herxheimerova reakce* byla pozorována po léčbě Lymfské nemoci amoxicilinem. Vyplyvá to přímo z baktericidní aktivity amoxicilinu na původce Lymfské nemoci, spirochetu *Borrelia burgdorferi*. Pacienti mají být ujištěni, že se jedná o běžný jev, který obvykle sám odezní důsledkem antibiotické léčby Lymfské boreliózy. *Přerůstání necitlivých mikroorganismů:* Dlouhodobé užívání může v některých případech vést k přerůstání necitlivých mikroorganismů. Kolitida související s podáváním antibiotik byla hlášena téměř u všech antibakteriálních agens a závažnost se může pohybovat od mírné až po život. Proto je důležité zvážit tuto diagnózu u pacientů s průjemem, který se vyskytne během nebo následně po podání jakýchkoliv antibiotik. Pokud by došlo ke vzniku kolitidy související s podáváním antibiotik, léčba amoxicilinem má být okamžitě přerušena. Má být konzultován lékař a zahájena odpovídající léčba. Antiperistaltické léčivé přípravky jsou v této situaci kontraindikovány. *Dlouhodobá léčba:* Pravidelné hodnocení funkcí orgánových systémů; včetně funkce ledvin, jater a krevetorné funkce je vhodné v průběhu dlouhodobé léčby. Byly hlášeny zvýšené hladiny jaterních enzymů a změny krevního obrazu. Antikoagulační: Prodloužení protrombinového času bylo vzácně hlášeno u pacientů užívajících amoxicilin. Pokud jsou současně předepisována antikoagulační, mají být provedena vhodná monitorování. Úprava dávkování perorálních antikoagulancií může být nezbytná k udržení požadované úrovně antikoagulace. *Krystalurie:* U pacientů se sníženou tvorbou moči byla velmi vzácně pozorována krystalurie, převážně při parenterální léčbě. Při podávání vysokých dávek amoxicilinu, je vhodné udržovat dostatečný příjem tekutin a výdej moči, aby se snížila možnost amoxicilinové krystalurie. U pacientů s katetry v močovém měchýři má být pravidelně kontrolována průchodnost. *Interference s diagnostickými testy:* Zvýšené sérové a močové hladiny amoxicilinu mohou mít vliv na určité laboratorní testy. Vzhledem k vysoké koncentraci amoxicilinu v moči jsou běžné falešně pozitivní výsledky chemických metod. Doporučuje se, aby při testování na přítomnost glukózy v moči v průběhu léčby amoxicilinem byly použity enzymatické glukózooxidázové metody. Přítomnost amoxicilinu může zkreslit výsledky testu estriolu u těhotných žen. **Interakce:** Současné podávání probenecidu se nedoporučuje, neboť může vést ke zvýšeným krevním hladinám amoxicilinu. Současné podávání alopurinolu při léčbě amoxicilinem může zvýšit pravděpodobnost výskytu alergické reakce. Tetracykliny a jiné bakteristatické léky mohou interferovat s baktericidními účinky amoxicilinu. V odborné byly popsány případy zvýšení mezinárodního normalizovaného poměru u pacientů dlouhodobě užívajících acenokumarol nebo warfarin a zároveň užívajících amoxicilin. Při jejich současném podávání nebo po ukončení léčby amoxicilinem musí být pečlivě monitorován protrombinový čas nebo mezinárodní normalizovaný poměr. Peniciliny mohou snižovat vylučování methotrexátu, což může vést k potenciálnímu zvýšení jeho toxicity. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Omezené údaje týkající se použití amoxicilinu v době těhotenství nenaznačují zvýšené riziko kongenitálních malformací. Amoxicilin je v malých množstvích vylučován do mateřského mléka s možným rizikem senzibilizace. Amoxicilin může být použit v těhotenství a při kojení, pokud potenciální přínos převáží potenciální rizika spojená s léčbou. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Žádné studie účinků na schopnost řídit a obsluhovat stroje nebyly provedeny. Mohou se však objevit nežádoucí účinky (např. alergické reakce, závratě, křeče), které mohou ovlivnit schopnost řídit a obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášenými nežádoucími účinky jsou průjem, nauzea a kožní vyrážka. Nežádoucí účinky přípravku zaznamenané v průběhu klinických studií a po uvedení přípravku na trh seřazené podle MedDRA systémově-organové klasifikace jsou uvedeny níže. Pro určování četnosti nežádoucích účinků se používá následující terminologie: Velmi časté ($\geq 1/10$); časté ($\geq 1/100$ až $< 1/10$); méně časté ($\geq 1/1000$ až $< 1/100$); vzácné ($\geq 1/10000$ až $< 1/1000$); velmi vzácné ($< 1/10000$); není známo (na základě dostupných údajů nelze odhadnout). **Infekce a infestace:** *Velmi vzácné:* Mukokulární kandidóza. **Poruchy krve a lymfatického systému:** *Velmi vzácné:* Reversibilní leukopenie (včetně neutropenie nebo agranulocytózy), reversibilní trombocytopenie a hemolytická anemie. Prodloužení doby krácení a protrombinového času. **Poruchy imunitního systému:** *Velmi vzácné:* Závažné alergické reakce, včetně angioneurotického edému, anafylaxe, sérové nemoci a hypersenzitivní vaskulitidy; *Není známo:* Jarisch-Herxheimerova reakce a hypersenzitivita spojená s akutním koronárním syndromem (Kounisův syndrom). **Poruchy nervového systému:** *Velmi vzácné:* Hyperkineze, závratě a křeče; *Není známo:* Aseptická meningitida. **Gastrointestinální poruchy:** *Časté:* Průjem a nauzea; *Méně časté:* Zvracení; *Velmi vzácné:* S antibiotiky související kolitida (včetně pseudomembranózní kolitidy a hemoragické kolitidy), černé zbarvení jazyka, který se zdá být ochlupený. Povrchové zbarvení zubů. **Poruchy jater a žlučových cest:** *Velmi vzácné:* Hepatitida a cholestatická žloutenka. Mírné zvýšení AST a/ nebo ALT. **Poruchy kůže a podkožní tkáně:** *Časté:* Kožní vyrážka; *Méně časté:* Urtikarie a svědění; *Velmi vzácné:* Kožní reakce jako erythema multiforme, Stevens-Johnsonův syndrom, toxická epidermální nekrolýza, bulózního a exfoliativního dermatitida a akutní generalizovaná exantematózní pustulóza (AGEP). **Poruchy ledvin a močových cest:** *Velmi vzácné:* Intersticiální nefritida, krystalurie. *Výskyt těchto nežádoucích účinků byl odvozen z klinických studií zahrnujících celkem asi 6000 dospělých a dětských pacientů užívajících amoxicilin. Povrchové zbarvení zubů bylo hlášeno u dětí. Dobrá ústní hygiena může pomoci zabránit vzniku zubního zbarvení, protože ho lze obvykle odstranit čištěním zubů.* Hlášení podezření na nežádoucí účinky po registraci léčivého přípravku je důležité. Umožňuje to pokračovat ve sledování poměru přínosu a rizik léčivého přípravku. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili podezření na nežádoucí účinky na adresu: Státní ústav pro kontrolu léčiv, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10. Webové stránky: www.sukl.cz/nahlasiť-nezadocui-ucinek. **Předávkování:** Příznaky: Mohou se objevit gastrointestinální příznaky (jako je nauzea, zvracení a průjem) a poruchy vodní a elektrolytové rovnováhy. Byla zaznamenána krystalurie po amoxicilinu způsobující v některých případech až renální selhání. U pacientů s poruchou renálních funkcí nebo u pacientů užívajících vysoké dávky se mohou objevit křeče. **Léčba intoxikace:** Gastrointestinální příznaky se léčí symptomaticky s důrazem na vodní a elektrolytovou rovnováhu. Amoxicilin může být odstraněn z oběhu hemodialýzou. **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: 7/2016. Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Astellas Pharma s. r. o., Sokolovská 100/94, 186 00 Praha 8, Česká republika. Registrační čísla: 15/270/93-A,B,C,D,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, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. Před předepsáním přípravku se seznáme s úplnou informací o léčivém přípravku: www.sukl.cz.

V neintervenci studii „ERICA“ bylo analyzováno 342 dětských pacientů, kteří byli v sezóně (2013/2014) pro opakované respirační infekce (≥ 2) léčeni antibiotiky, a u kterých se sledoval počet infekcí dýchacích cest a změna potřeby ATB léčby při včasné nasazení Erdosteinu v sezóně 2014/2015. Nejčastěji zastoupenou diagnózou byla akutní bronchitida (40 % infekcí), u 45 % pacientů byla uvedena alergie nebo asthma, což nepřímo podporuje zkušenost z praxe, že děti s alergií jsou častěji nemocné než děti bez alergie.

Ve sledovaném období (10/2014–03/2015) se u hodnoceného souboru počet nasazení ATB signifikantně snížil na pouhých 4,4 % všech zaznamenaných infekcí. Zahájení podávání Erdosteinu při prvních příznacích infekce dýchacích cest může ovlivnit trvání tíže příznaků – produktivní kašel a rýmu, ev. komplikace – výskyt středoušních zánětů.

Studie prokázala rychlejší zlepšení stavu dětských pacientů trpících sledovanými infekcemi dýchacích cest (akutní bronchitida, akutní tracheobronchitida, akutní laryngopharyngitida a akutní laryngitida a tracheitida) při léčbě Erdosteinem a pravděpodobně měla i vliv na snížení následné léčby ATB, i když srovnání dvou období z epidemiologického hlediska je obtížné. Pečlivější diferenciální diagnostika infekce DC – virové nebo bakteriální infekce na začátku onemocnění přispěla rovněž k racionálnímu nasazování ATB ve sledovaném souboru dětských pacientů pouze v indikovaných případech.

Nemohu dýchat nosem, co s tím?

MUDr. Daniela Nechojdomová, PhD.

Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku LF UK
a Univerzitná nemocnica Bratislava

V kazuistice sa uvádza prípad 4,5-ročného dievčatka, ktoré je zaradené do materskej škôlky. Jej pobyt v kolektíve je opakovane prerušený z dôvodu choroby. Jednotlivé infekty horných dýchacích orgánov ako aj následné obdobie je sprevádzané so sťaženým dýchaním cez nos. V kazuistike sú uvedené najčastejšie etiologické faktory spôsobujúce sťažené dýchanie cez nos u detí ako aj možnosti liečby. V krátkom videu je ukázaný chirurgický spôsob liečby zväčšenej nosohltanovej mandle – endoskopická adenoidektómia. Cieľom prezentácie je poukázať na nutnosť komplexného a multidisciplinárneho prístupu k liečbe, ktorého cieľom je opätovné zaradenie dieťaťa do kolektívu.

Onemocnění spojená s poruchami kalciofosfátového metabolismu

prof. MUDr. Petr Broulík, DrSc.

III. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha

Kalcium je pátý nejčastěji se vyskytující prvek v našem těle. Pro normální život je nutné mít normální hladinu kalcia. Hyperkalcemie stejně jako hypokalcemie mohou ohrožovat život člověka. Proto organismus je proti poruše kalciofosfátového metabolismu pojištěn třemi hormony, a to parathormonem, aktivním metabolitem vitamínu D kalcitriolem a kalcitoninem. Jakékoliv snížení kalcemie je okamžitým podnětem pro příštítná tělíska, aby vyplavila hormon parathormon a ten aktivoval osteoklasty k uvolnění kalcia z kosti, zvýšil reabsorpci kalcia v ledvinách a zvýšil tvorbu kalcitriolu v ledvinách. **Příčiny hypokalcemie můžeme** rozdělit na ty, které jsou spojeny s příštítnými tělísky. Jde o kongenitální nebo zděděné poruchy tvorby a sekrece PTH, abnormality v PTH, destrukce příštítných tělísek, porušená sekrece PTH a porucha receptoru pro PTH (**pseudohypoparathyreóza**). **Druhá skupina jsou pak poruchy spojené s vitamínem D.** Jde o nedostatek vitamínu D, jeho výraznější ztráty, poškození 1 alfa hydroxylace a necitlivost tkání na jeho aktivní metabolit kalcitriol. Obecně etiologické faktory, které působí hypokalcemii v klinické medicíně jsou snížené vstřebávání kalcia střevem nebo jeho zvýšená ztráta trávicím ústrojím, chybění sekrece PTH nebo chybné receptory pro PTH. Na druhé straně **hyperkalcemie** vede k útlumu tvorby a uvolňování parathormonu z příštítných tělísek, zablokování resorpce kalcia střevem. Tělo je dobře chráněno před hyperkalcemií. Při vzestupu ionizovaného kalcia přes kalcium senzitivní receptor se potlačí

sekrece parathormonu, a tím i tvorba aktivního metabolitu vitamínu D kalcitriolu. Rovněž hyperkalcemie stimuluje C buňky štítné žlázy k výdeji kalcitoninu. Tyto hormonální změny pak korigují sérové kalcium snížením střevní absorpce, kostní resorpce a ledvinné reabsorpce kalcia.

Pro hyperkalcemii jsou dominantní dvě choroby, a to onemocnění příštítných tělísek a tumory metastazující do skeletu. Důležitou roli v metabolismu kalcia hraje vitamin D, a to jeho aktivní metabolit kalcitriol. Jeho hlavní činností je resorpce kalcia střevem a jeho účinek na metabolismus kostí.

Poruchy spánku od dětství do dospělosti

garantka doc. MUDr. Iva Příhodová, Ph.D.

sobota / 21. října 2017 / 13.30–15.00 hod.

Insomnie v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Lucie Závěšická, Ph.D.

JASNA psyché, s. r. o., psychiatrická ambulance Nové Strašecí

Poruchy spánku tvoří velmi nesourodou skupinu onemocnění. V ordinaci praktického lékaře se setkáváme s akutní a přechodnou nespavostí. V psychiatrické ordinaci se setkáváme nejčastěji s primární a sekundární nespavostí, kde nespavost je jeden z příznaků jiného onemocnění. Je zcela odlišná léčba akutní a přechodné nespavosti od nespavosti chronické.

Podle dostupné literatury je incidence chronické nespavosti kolem 10 %.

V léčbě chronické nespavosti můžeme použít některá tricyklická antidepresiva, trazodon, mirtazapin a melatonin. Léky mají v léčbě primární nespavosti většinou pomocný význam. Neefektivnější je ovlivnit chování, které se váže ke spánku pomocí psychoterapie. V současné době se považuje za nejpracovnější a nejefektivnější kognitivně behaviorální terapie.

Kardiovaskulární rizika a spánek

MUDr. Simona Dostálová, Ph.D.^{1,2}

¹Inspamed, neurologická ambulance a spánková poradna a Institut spánkové medicíny, Praha

²Neurologická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Změněná délka a kvalita spánku je provázána kardiovaskulárními riziky. Na fragmentaci spánku se z hlediska prevalence nejvíce podílí obstrukční spánková apnoe (OSA) a periodické pohyby končetin ve spánku (PLMS).

Obstrukční spánková apnoe je charakterizována souborem příznaků vyvolaných poruchou dýchání ve spánku, kdy je pravidelné dýchání přerušováno zástavou dechu (apnoí) nebo omezením dechového objemu (hypopnoí). Typickými nočními příznaky OSA jsou intermitentní ronchopatie, zástavy dechu pozorované partnerem, neklidný spánek či probouzení s pocitem dušení. Nemocní se často cítí ráno neosvěžení a během dne nadměrně ospalí. Diagnóza se stanovuje pomocí vyšetření monitorujících kardiorepiračních parametry. Sledují se dýchací zvuky, proud vzduchu před nosem a ústy, dýchací pohyby hrudníku a břicha, transkutánní oxymetrie, srdeční frekvence a poloha trupu během spánku. Terapie závisí na tíži onemocnění. Vysoce efektivní je léčba přetlakem v dýchacích cestách. OSA má závažné kardiovaskulární a metabolické komplikace – hypertenzi, poruchy srdečního rytmu, ischemickou chorobu srdeční, cévní mozkovou příhodu, diabetes mellitus II. typu apod.

Periodické pohyby končetin ve spánku se vyskytují až u 80 % nemocných se syndromem neklidných nohou (RLS). RLS je charakterizován nucením k pohybu dolními končetinami, které je obvykle spojené s nepříjemnými pocity. Obtíže se vyskytují vždy v klidu, nejvíce večer. RLS s periodickými pohyby končetin ve spánku často vyvolává nespavost (poruchu usínání či přerušovaný spánek), neosvěžující spánek a nadměrnou denní spavost. Léčebně se nejvíce používá dopaminergní medikace, gabapentin a pregabalin.

Sdělení předkládá soubor kazuistik s cílem upozornit na kardiovaskulární rizika častých spánkových onemocnění.

Dětská insomnie – příčiny a terapeutické postupy

doc. MUDr. Iva Příhodová, Ph.D.

Neurologická klinika a Centrum klinických neurověd 1. LF UK a VFN v Praze

Nespavost se projevuje prodlouženým usínáním nebo opakovanými nočními probouzeními a denními příznaky, které jsou důsledkem nedostatečného spánku. Denní příznaky zahrnují únavu, ospalost, sníženou pozornost, zhoršení paměti, školních výkonů a nálady, v některých případech i hyperaktivitu. Nespavost se vyskytuje u 10–30 % dětí v závislosti na věku, nejčastější je u kojenců a batolat. U malých dětí a dospívajících je nejčastější příčinou nesprávný spánkový režim s nevhodnými návyky, které brání navození nepřerušovaného spánku. U předškolních a školních dětí je insomnie spojená s psychickými příčinami, ale může být také projevem jiných poruch spánku – syndromu neklidných nohou a zpožděné fáze spánku. Výskyt nespavosti je častý u dětí s psychiatrickými a neurologickými onemocněními.

Základem diagnostiky je podrobná anamnéza zaměřená na denní režim dítěte, průběh usínání a spánku. Při podezření na jiné onemocnění (psychiatrické nebo jinou poruchu spánku) se pak provádí další vyšetření. Prvním krokem v terapii je dodržování pravidel spánkového režimu a psychoterapeutické přístupy. Možnost farmakologické léčby je v dětském věku výrazně limitována, neboť chybí oficiální doporučení a žádný lék není pro děti v této indikaci schválen. V praxi jsou používána antihistaminika, benzodiazepiny, antidepressiva, antipsychotika a melatonin. Velký preventivní význam u kojenců má poučení rodiče o spánkovém režimu.

Neléčená insomnie má tendenci k chronickému průběhu, zhoršuje kvalitu života dítěte a celé rodiny a je pravděpodobně spojena s vyšším výskytem psychických poruch v pozdějším věku.

Obstrukční spánková apnoe u dětí

MUDr. Martina Ondrová, Ph.D.

Klinika dětské ORL FN Brno

Obstrukční spánková apnoe (OSAS) je onemocnění, kdy během spánku dochází k opakovaným apnoím nebo hypopnoím, způsobeným částečnou nebo úplnou obstrukcí horních cest dýchacích během spánku. Při uzavření dýchacích cest na konci každé apnoe dochází ke krátkému probuzení. OSAS je v dětském věku většinou způsobená hypertrofií nosohltanové tonzily a patrových tonzil, dále malformacemi v oblasti obličejového skeletu, obezitou, genetickými syndromy, neurologickým onemocněním atd. Opakovanými probouzeními dochází k fragmentaci spánku. Z anamnestických údajů pak dítě často spí s abnormně vyvrácenou hlavou, může být unavené, většinou během spánku hlasitě chrápe, odmítá ráno vstávat, může udávat ranní bolesti hlavy, sucho v ústech. Děti s přerušovaným spánkem a nedostatečnou saturací krve kyslíkem během spánku přes den ale bývají častěji hyperaktivní než unavené. Častěji u nich může docházet k rozvoji ADHD syndromu, většinou málo jí, častěji se u nich objevuje noční pomočování, mají zastřený hlas a huhňají, mohou mít opakované rýmy a kašel, otitidy. Dlouhodobě neléčené onemocnění může vést ke zpomalení růstu, rozvoji hypertenze, cor pulmonale a až k předčasné smrti. Objektivní vyšetření poruch dýchání ve spánku je možné polygraficky nebo polysomnograficky. Tíži OSAS nám určuje tzv. apnoicko-hypopnoický index, tj. počet apnoí-hypopnoí za 1 hodinu spánku (1–5 lehký stupeň, 5–10 střední stupeň, nad 10 těžký). Každé dítě s $AHI > 5$ má být léčeno. Až 85 % poruch dýchání ve spánku v dětském věku je řešitelné chirurgicky. Úspěšnost chirurgické léčby je udávána od 70 do 90 %. Neplatí, že tíže OSAS je úměrná hypertrofii lymfatické tkáně. Je nutné endoskopické ORL vyšetření, nejlépe ORL somnologem, kdy zjišťujeme obstrukce v oblasti nosu, nosohltanu, hltanu, hypofaryngu a hrtanu. Při hypertrofii lymfatické tkáně je indikováno odstranění nebo zmenšení této tkáně. Provádí se adeno-tonzilomie nebo adeno-tonzilektomie. Tonzilomie je operační

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

zákrok, kdy odstraňujeme cca 2/3 hypertrofické patrové tonzily tak, aby ponechaná část byla těsně pod rovinou obou patrových oblouků. Při tonzilektomii odstraňujeme celou patrovou tonzilu. Vždy operujeme oboustranně. Při potvrzení OSAS polygraficky nebo polysomnograficky je při současné hypertrofii nosohltanové tonzily a patrových tonzil nutno indikovat operační výkon v obou etážích současně. Součástí léčby obstrukčních poruch dýchání ve spánku jsou režimová opatření, zejména spánková hygiena a redukce tělesné hmotnosti při nadváze.

Právo a praktičtí lékaři: aktuální problémy a výhledy

sobota / 21. října 2017 / 15.00–16.00 hod.

Právo a praktičtí lékaři: aktuální problémy a výhledy

JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.

D&D Health, s. r. o., Praha

Zdravotnické právo nejsou jen patientské žaloby či formuláře informovaných souhlasů. Ekonomicky nejvýznamnější oblastí zdravotnického práva jsou smlouvy mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami, regulace úhrad péče, léčiv a zdravotnických prostředků. Předpisy upravující tuto oblast se každoročně a někdy i častěji mění, významný vliv hraje též soudní judikatura. Právě tato oblast bude předmětem přednášky, upozorňující na vybrané právní novinky a jejich dopad na praxi.

Současný zákon 48/1997 Sb. předpokládá každoroční vydání tzv. úhradové vyhlášky. Ta je sice připravována v tzv. dohodovacím řízení, které pro letošek skončilo 30. 6. 2016, již od roku 2006 však ministerstvo není výsledkem dohodovacího řízení fakticky vázáno a může pravidla úhrad měnit až do 30. 10., kdy musí být vyhláška vydána. Poskytovatelé se však i poté mohou s pojišťovnou dohodnout na tzv. individuálním dodatku, kterým lze od roku 2008 nastavit úhrady odchylně od úhradové vyhlášky. V rámci přednášky budou představena vyhlášková pravidla pro rok 2017. Pokud jde o uzavírání smluv s pojišťovnami, Evropský soudní dvůr vydal rozhodnutí, podle kterého je zdravotní pojišťovna v postavení veřejného zadavatele.

V přednášce bude zmíněn možný dopad na českou praxi, navazování, trvání a ukončování smluv. V oblasti úhradových limitací existuje několik starších rozhodnutí vyšších soudů, která umožňují požadovat platbu přes sjednaný limit. V lékové oblasti bude zmíněn důležitý judikát NSS ČR k preskripčním omezením a jeho možný dopad. Soudy též vydaly zajímavá rozhodnutí v oblasti schvalování péče a pomůcek revizním lékařem, které umožňují pacientům aktivně usilovat o úhradu nehranzené péče či kompenzaci doplatku.

V rámci hodnocení dopadů úhrad budou zmíněny statistiky zdravotních pojišťoven o tom, jak občané primární péči využívají, včetně skutečnosti, že např. čtvrtmilion lidí vůbec nemá registrujícího lékaře a velké množství dalších s ním není v kontaktu, což může vést k problémům s naplněním pravidel zákona o zdravotních službách. Zmíněny budou též projednávané novely zákona o léčivech, zákonů o vzdělávání lékařů a nelékařů a připravovaný projekt elektronizace zdravotnictví.

PRAHA

MEDICÍNA PRO PRAXI

XIV. kongres praktických lékařů v Praze

20.–21. října
2017

Hotel Duo
Praha

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

HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI

Akacia Group, s.r.o.
Akademie klasické homeopatie, spol. s r.o.
Alexion Pharma Czech s.r.o.
ALTREVA spol. s r.o.
Angelini Pharma Česká republika s.r.o.
B. Braun Medical s.r.o.
Bella Bohemia s.r.o.
Boehringer Ingelheim, spol. s r.o.
ELVA Pharma s.r.o.
Ferring Pharmaceuticals CZ, s. r. o.
FAGRON a.s.
Gilead Sciences s.r.o.
HERO CZECH s.r.o.
L'OREÁL Česká republika s.r.o.
Lázně Bělohrad a.s.
Medclinic a.s.
Medicton Group s.r.o.
Medindex spol s r.o.
Medingo s.r.o.

Merck spol. s r.o.
NAOS CZECH REPUBLIC s.r.o.
Nutricia a.s.
Pfizer PFE, spol. s r.o.
PIERRE FABRE MEDICAMENT s.r.o.
PROBIOTICS PROVITA s.r.o.
Qpharma s.r.o.
QUICKSEAL INTERNATIONAL, s.r.o.
Reckitt Benckiser, spol. s r.o.
R. K. Studio
RosenPharma a.s.
S & D Pharma CZ, spol. s.r.o.
Sanofi Pasteur GmbH organizační složka
Schwabe Czech Republic s.r.o.
Stada Pharma CZ s.r.o.
Státní ústav pro kontrolu léčiv
SWISS PHARMA, spol. s.r.o.
WALMARK, a.s.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

Medicína
pro praxi



POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU