

ZPRÁVA Z XIII. SJEZDU ČESKÉ INTERNISTICKÉ SPOLEČNOSTI

Interní Med. 2006; 12: 557–558

Výroční sjezd ČIS 2006 se konal ve dnech 1.–4. 11. 2006 v Brně na brněnském výstavišti.

Odborný program formou přednášek a posterových sdělení byl zahájen 2. 11. a probíhal ve třech přednáškových sálech.

Ve čtvrtek 2. 11. 2006 zaujal pozornost blok chemoterapeutické sekce, který se věnoval problematice lékových interakcí. Prof. Martínková z Hradce Králové ve svém sdělení hovořila nejprve obecně o současné klasifikaci lékových interakcí z pohledu farmaceutického, farmakokinetického a dynamického. Ve druhé části sdělení mluvila o nejčastějších a nejzávažnějších interakcích v klinické praxi. Nejdříve probírala interakce při léčbě warfarinem, kdy z hlediska farmakokinetiky jsou nejčastější interakce s látkami, které inhibují nebo indukují aktivitu cytochromu P450. Z pohledu farmakodynamiky účinnost warfarinu ovlivňují látky zasahující různým způsobem do syntézy a resorbce vitamínu K, zmínila i potraviny, zejména některé druhy zeleniny, jako je zelí a brokolice, které obsahují velké množství vitamínu K a snižují účinek warfarinu. Významné interakce jsou také mezi warfarinem a kyselinou acetylosalicylovou a warfarinem a nesteroidními antirevmatiky, jejichž současné použití významně zvyšuje riziko krvácivých komplikací. Ve druhé části přednášky pak prof. Martínková hovořila o nejčastějších interakcích při léčbě antibiotiky. Jako příklad z pohledu farmakokinetiky uvedla riziko vzniku nevstřebatelných komplexů při současném podání tetracyklinu a potraviny s obsahem solí kalcia. Další informace včetně kazuistických sdělení jsou na stránkách LF Hradce Králové: www.lfhk.cuni.cz/farmakol.

V další přednášce hovořil o přednostech a rizicích při léčbě fluorochinolony doc. Beneš z Infekční kliniky Fakultní nemocnice Na Bulovce. V úvodu rozdělil antibiotika na skupinu, která je velmi účinná, baktericidní, ale špatně proniká do tkání. Sem patří například peniciliny, cefalosporiny, aminoglykosidy a vankomycin. Do druhé skupiny antibiotik patří bakteriostatické látky s malou účinností, ale velmi dobrým průnikem do tkání. Do této skupiny patří například makrolidy, tetracykliny a chloramfenikol. Fluorochinolony pak představují skupinu antibiotik, která splňuje oba požadavky: jsou velmi účinná, baktericidní a dobře pronikají do tkání. Jejich nevhodné nebo nadměrné použití je však spojeno s rizikem rezistence na tato antibiotika. V klinické praxi se nyní používají látky I. a II. generace (norfloxacin, re-

spektive ciprofloxacin, ofloxacin a pefloxacin). Jsou to látky se širokým spektrem účinku, ale i s rizikem významných nežádoucích účinků: rizikem alergie, fotosenzibilizace, rizikem centrálních nervových příznaků zejména u osob vyššího věku a s rizikem poškození svalové šlachového aparátu. Delší podávání je spojeno s rizikem tentovaginitidy. Použití fluorochinolonů je kontraindikováno u dětí. U nemocných ve vyšším věku je použití těchto antibiotik spojeno s významně vyšším rizikem nežádoucích účinků na CNS, srdce, klouby, šlachy, s rizikem zhoršení tolerance glukózy a s rizikem dysmikrobie.

Proto by fluorochinolony měly být použity pouze ve vhodných indikacích, které doc. Beneš vyjmenoval: gastroenteritidy mladších jedinců s horečkou nejasné etiologie, tyfus, zoonózy, prostatitida, akutní exacerbace chronické bronchitidy při chronické obstrukční chorobě bronchopulmonální, mykobakterií infekce při cystické fibróze. Nejúčinnější látkou II. generace je ciprofloxacin, který je účinný i na *Pseudomonas aeruginosa*. Ciprofloxacin je vylučován jak močí, tak stolicí, proto má významné riziko vzniku dysmikrobie i při parenterálním podávání. Méně interakcí při zachovalé dostačující účinnosti má ofloxacin, který je vylučován pouze močí, a proto je při léčbě tímto antibiotikem významně menší riziko dysmikrobie. Podrobnosti je možno získat na webových stránkách chemoterapeutické sekce: www.chemoterapie.cz.

Novinkou z pohledu klinické farmakologie jsou možnosti farmakogenetického vyšetření a dávkování léků podle genotypu. O teoretických podkladech a praktickém využití farmakogenetického vyšetření hovořil dr. Slanař z Farmakologického ústavu 3. LF UK v Praze. Díky moderním genetickým metodám je v současné době možnost identifikovat jedince s pomalou, intermediární a rychlou metabolizací léčiv. Dr. Slanař uvedl i praktické použití na příkladu úspěšnosti eradikace infekce *Helicobacter pylori* podle rychlosti metabolizace omeprazolu respektive lanzoprazolu. Druhým praktickým využitím je dávkování imunosupresiv typu azathioprinu u pacientů s autoimunitními onemocněními a po orgánových transplantacích, kde účinnost léčby rozhoduje o riziku rejekce dárcovského orgánu.

V posledním sdělení této sekce stručně hovořil dr. Šedivý z IKEM o optimálním dávkovacím intervalu při léčbě betalaktamovými antibiotiky. Ve své přednášce ukázal důkazy pro to, že lepší než zvyšovat

dávku betalaktamových antibiotik je při léčbě infekcí zkrácení dávkového intervalu při použití stejné denní dávky antibiotika.

Velkou návštěvnost měla v programu sekce Gerontologické společnosti. Prof. Topinková ve svém sdělení představila novou diagnostickou jednotku – „syndrom stařecké křehkosti“, která je ve světové literatuře označována jako „Frailty“. Tento syndrom se liší od přirozeného a harmonického poklesu funkce orgánů, který je označován jako „aging“ – stárnutí, ale také se liší od náhlého a nepřirozeného poklesu nebo narušení funkce vybraného systému – tedy nemoci – „disease“. Stařecká křehkost je definována jako akcelerovaný, ale harmonický pokles funkce několika systémů, který je spojen se vznikem některých geriatrických syndromů. Existuje několik klasifikací a skórovacích systémů. Rockwoodské skóre zahrnuje škálu od 0 do 3, stupeň 1 zahrnuje inkontinenci moči, stupeň 2 obtížnou chůzi a závislost na pomoci a stupeň tři poruchu kognitivních funkcí charakteru demence. Další skórovací systémy jsou: Frailty Score podle Blaumové, kanadský Frailty Index a skóre podle studií CHS (Cardiac Health Study) a WHAS (Womens' Health and Aging Study), kde riziko úmrtí u jedinců, kteří splňovali kritéria stařecké křehkosti (frail versus non-frail), bylo až 2,5 vyšší.

Přitom syndrom stařecké křehkosti nezahrnuje pouze faktory psychosociální, jako je ztráta soběstačnosti a snížení kognitivních funkcí, ale i některé biologické koreláty. Bylo prokázáno, že pacienti se syndromem stařecké křehkosti mají vyšší ukazatele zánětu (C-reaktivní protein, Interleukin IL-6) a vyšší protrombotické riziko (D-dimer).

V dalších přednáškách této sekce hovořili: dr. Doleželová z Brna na téma klinický korelát křehkosti s rozбором kazuistik, doc. Weber z Brna na téma disabilita a stařecká křehkost, doc. Kalvach z Prahy na téma geriatrické syndromy a stařecká křehkost, dále dr. Meluzinová z Brna hovořila o antikoagulační léčbě ve stáří, dr. Greplová o zvláštích endokrinních chorob ve stáří a dr. Kubešová o infekčních komplikacích ve stáří.

Z dalších částí programu byl velký zájem o sekci nefrologie ledviny a hypertenze.

V prvním sdělení hovořil prof. Monhart z ÚVN Praha o hypertenzi při chronickém onemocnění ledvin. Ve své přednášce uvedl epidemiologii, etiologii a klasifikaci hypertenze u nemocných s chronickým

onemocněním ledvin. Zatímco u pacientů s hypertenzí a diabetickou nefropatií při diabetes mellitus 1. typu se jedná spíše o sekundární hypertenzi při diabetické glomeruloskleróze, u pacientů s diabetes mellitus 2. typu se jedná spíše o primární, tedy esenciální hypertenzi. Cílem léčby pacientů s hypertenzí a chronickým onemocněním ledvin je dosažení cílové hodnoty krevního tlaku $< 130/80$ mmHg, u jedinců s proteinurií > 1 g/24 hodin je pak cílem hodnota $< 125/75$ mmHg. V léčbě hypertenze u nemocných s renálním onemocněním je nejvíce důležitá pro inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu. Ty jsou lékem volby u pacientů s diabetickou nefropatií při diabetes mellitus 1. typu, je však u nich nutná redukce dávky podle glomerulární filtrace. U diabetické nefropatie při diabetes mellitus 2. typu jsou lékem volby inhibitory receptoru AT1 angiotenzinu II – sartany, u kterých není redukce dávky nutná. Dávku léku není nutné snižovat podle glomerulární filtrace u blokátorů kalciových kanálů, které jsou, stejně jako obě předchozí lékové skupiny, vhodné i u pacientů s hypertenzí a nediabetickou nefropa-

tií. Doc. Souček z Brna v další přednášce hovořil na téma léčby hypertenze u pacientů v chronickém dialyzačním programu. Ve svém sdělení uvedl, že v predialýze má hypertenzi 80–90 % pacientů, po zahájení pravidelné hemodialýzy 50–70 % jedinců a 30–80 % pacientů má hypertenzi při peritoneální dialýze. Jako optimální cíl se jeví u pacientů v pravidelném dialyzačním programu dosažení středního tlaku < 99 mmHg, což odpovídá cíli $< 130/85$ mmHg. U dialyzovaných nemocných jsou účinné všechny skupiny antihypertenziv, diuretika u pacientů se zachovalou diurézou. Thiazidová diuretika jsou u pacientů s terminální ztrátou funkce ledvin neúčinná. Kromě farmakoterapie je důležitým principem léčby hypertenze u dialyzovaných úprava dialyzačního režimu a stanovení optimální suché váhy. Prognózu nemocných neovlivňuje pouze hypertenze, ale také riziko hypotenze. Ve třetím sdělení bloku hovořil doc. Viklický z IKEM o léčbě hypertenze u pacientů po transplantaci ledviny. Kromě chronické arteriální hypertenze se na přítomnosti hypertenze u pacientů po transplantaci ledviny mohou uplatňovat inhibitory

kalcineurinu, steroidy, akutní rejekce a chronická nefropatie štěpu, akutní glomerulonefritida a další. Účinnou lékovou skupinou jsou u pacientů po transplantaci ledviny blokátory kalciových kanálů, které díky vazodilataci vas afferens mají nefroprotektivní efekt, a inhibují tak nepříznivý účinek cyklosporinu, který způsobuje vazokonstrikci.

V pátek proběhla symposia firem Servier, Pfizer, Laboratoires Fournier, Abbott, Merck a ALTANA. Firma Pfizer představila preparát CADUET – kombinaci amlodipinu s atorvastatinem, která se jeví velmi výhodnou v léčbě hypertenze vysoce rizikových pacientů. V další části bylo prezentováno klinické použití vysokých dávek atorvastatinu 80 mg a ve třetí části klinické použití selektivního antagonisty aldosteronu eplerenonu (Inspra) u pacientů se srdečním selháním.

MUDr. Filip Málek
I. interní klinika FNKV
Šrobárova, 100 34, Praha 10
e-mail: malek@fnkv.cz