

Interní medicína pro praxi

2019

A

www.solen.cz | www.internimedicina.cz | ISBN 978-80-7471-257-9 | Ročník 21 | 2019

ABSTRAKTA

XIV. INTERNÍ MEDICÍNA PRO PRAXI konference ambulantních internistů

21.–22. března 2019

Clarion Congress Hotel Olomouc

Pořadatel: Společnost SOLEN, s. r. o.

a časopis Interní medicína pro praxi

Záštita: III. interní klinika – nefrologická, revmatologická
a endokrinologická, FN Olomouc



20 let s vámi
SOLEN
MEDICAL EDUCATION

síla | prověřenost | flexibilita

TRIPLIXAM®

perindopril arginin | indapamid | amlodipin

ZJEDNODUŠTE LÉČBU HYPERTENZE

Zkrácená informace o přípravku TRIPLIXAM® • **SLUŽENÍ:** Triplixam 5 mg/1,25 mg/5 mg obsahuje 5 mg perindoprilu argininu/1,25 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplixam 5 mg/1,25 mg/10 mg obsahuje 5 mg perindoprilu argininu/1,25 mg indapamidu/10 mg amlodipinu; Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg obsahuje 10 mg perindoprilu argininu/2,5 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplixam 10 mg/2,5 mg/10 mg obsahuje 10 mg perindoprilu argininu/2,5 mg indapamidu/10 mg amlodipinu. **INDIKACE:** Substituční terapie pro léčbu esenciální hypertenze u pacientů, kteří již dobře odpovídají na léčbu kombinací perindoprilu/indapamidu a amlodipinu, podávanými současně v téže dávce. **DAVKOVÁNÍ A PODÁVÁNÍ:** Jedna tableta denně, nejlépe ráno a před jídlem. Foni kombinace není vhodná pro iniciační léčbu. Je-li nutná změna dávkování, dávka jednotlivých složek by měla být titrována samostatně. **Pediatrická populace:** přípravek by se neměl podávat. **KONTRAINDIKACE:** Dialyzovaní pacienti. Pacienti s neléčeným dekompenzovaným srdečním selháním. Závažná porucha funkce ledvin (Cl_{cr} < 30 ml/min). Středně závažná porucha funkce ledvin (Cl_{cr} 30-60 ml/min) pro Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg a 10 mg/2,5 mg/10 mg. Hypersenzitivita na léčivé látky, jiné sulfonamidy, deriváty dihydropyridinu, jakýkoli jiný inhibitor ACE nebo na kteroukoli pomocnou látku. Anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edému) souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE (viz bod Upozornění). Dědičný/idiopatický angioedém. Druhý a třetí trimestr těhotenství (viz bod Upozornění a Těhotenství a kojení). Hepatální encelopatie. Závažná porucha funkce jater. Hypokalemie. Závažná hypotenze. Sok, včetně kardiogenního šoku. Obstrukce výtoku levé komory (např. vysoký stupeň stenózy aorty). Hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu. Současné užívání přípravku Triplixam s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) (viz bod Interakce). Současné užívání se sakubitrilem/valsartanem (viz bod Upozornění a Interakce) ** . **Mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce) ** .** Signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné funkční ledviny (viz Upozornění) ** . **UPOZORNĚNÍ:** **Zvláštní upozornění:** **Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS):** zvýšení rizika hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se nedoporučuje. Pokud je léčba duální blokády považována za naprosto nezbytnou, má k ní docházet pod dohledem specializovaného lékaře a za častého pečlivého sledování funkce ledvin, elektrolytů a krevního tlaku. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Neutropenie/agranulocytóza/thrombocytenie/anémie:** postupujte opatrně v případě kolagenového vaskulárního onemocnění, imunosupresivní léčby, allopurinolem nebo prokainamidem, nebo kombinace těchto komplikujících faktorů, zvláště při existující poruše funkce ledvin. Monitorování počtu leukocytů. **Renovaskulární hypertenze:** pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné funkční ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie ** . **Hypersenzitivita/angioedém, intestinální angioedém:** přerušete léčbu a sledujte pacienta až do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Souběžné užívání inhibitorů mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus). Pacienti užívající současně mTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) mohou mít zvýšené riziko výskytu angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka a poruchou dýchání nebo bez něj) ** . Současné užívání perindoprilu se sakubitrilem/valsartanem je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Podávání sakubitrilu/valsartanu nesmí být zahájeno do 36 hodin po užité poslední dávce perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčba perindoprilem nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání jiných inhibitorů NEP (např. rasekadotrilu) a inhibitorů ACE může také zvýšit riziko angioedému. Před zahájením léčby inhibitory NEP (např. rasekadotrilu) u pacientů užívajících perindopril je proto nutné pečlivě zhodnotit přínos a riziko ** . **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** postupujte opatrně u alergických pacientů léčených desenzibilizací a nepoužívejte je v případě imunoterapie jedem blankitridy. Alespoň 24 hodin před desenzibilizací dotázně vyсадte inhibitor ACE. **Anafylaktoidní reakce během LDL afeze:** před každou afezou dotázně vyсадte inhibitor ACE. **Hemodialyzovaní pacienti:** zvážte použití jiného typu dialyzační membrány nebo jiné skupiny antihypertenziv. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzivní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje ** . **Těhotenství:** nezačínat užívání během těhotenství, v případě potřeby zastavit léčbu a zahájit vhodnou alternativní léčbu. **Hepatální encelopatie:** ukončit léčbu. **Fotosenzitivita:** ukončit léčbu. **Opatrnosti při použití Renální funkce:** U některých hypertenziků s existujícími zjevnými renálními lézemi, u nichž renální krevní testy ukazují funkční renální insuficienci, by měla být léčba ukončena a je možno ji znovu zahájit v nízké dávce nebo pouze z jedné složkou. Monitorujte draslík a kreatinin, a to po dvou týdnech léčby a dále každé dva měsíce během období stabilní léčby. V případě bilaterální stenózy renální arterie nebo jedné funkční ledviny: nedoporučuje se / nebo renální insuficience (v případech střední insuficience, deplece vody a elektrolytů, u pacientů s nízkým krevním tlakem, stenózou renální arterie, městnavým srdečním selháním nebo cirhózou s edémy a ascitem): zahajte léčbu dávkami nižší dávkou a postupně je zvyšujte. **Hypotenze a deplece vody a sodíku:** riziko náhlé hypotenze v přítomnosti preexistující deplece sodíku (zejména, je-li přítomna stenóza renální arterie) může hladinu elektrolytů v plazmě, obnovte objem krve a krevní tlak, znovu zahajte léčbu nižší snížené dávkou nebo pouze jednou složkou přípravku. Hladina sodíku: kontrolovat častěji u starších a cirhotických pacientů. Jakákoli diuretika léčba může vyvolat hyponatremii, někdy s velice závažnými následky. Hyponatremie s hypovolemii mohou způsobit dehydrataci a ortostatickou hypotenzi. Současná ztráta chloridových iontů může vést k sekundární kompenzační metabolické alkalóze: vyšetřte a stáhněte z léčby, pokud je zřejmý. **Hladina sodíku:** Triplixam obsahuje méně než 1 mmol sodíku (23 mg) v tabletu, to znamená, že je v podstatě „bez sodíku“. **INTERAKCE:** **Kontraindikace:** Aliskiren u diabetických pacientů nebo pacientů s poruchou funkce ledvin. **Mimotělní léčba ** . Sakubitril/valsartan ** . Nedoporučuje se:** lithium, aliskiren u pacientů s diabetickou nebo pacientů s poruchou funkce ledvin, souběžná léčba inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin, estramustin, kalium-seřící léky (např. triamteren, amilorid...), soli draslíku, kotrimoxazol (trimethoprim-sulfamethoxazol) **, dantrolen (nifedipin), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Výžadující zvláštní opatrnost:** baklofen, nesteroidní antilgostika (včetně kyseliny acetylsalicylové ve vysokých dávkách), antidiabetika (inzulin, perorální antidiabetika), kalium-seřící diuretika a kalium-seřící diuretika (eppleron, spironolaktin), rasekadotril **, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) **, kyselý výtok, „torsades de pointes“, amfetolifen B (v. podání), glukokortikoidy a mineralkortikoidy (systémové podání), tetraoksakrid, stimulant látkavý, srdeční glykosidy, allopurinol (současná léčba s indapamidem může zvýšit výskyt reakcí hypersenzitivity na allopurinol), induktory CYP3A4, inhibitory CYP3A4 klanitromycin (existuje zvýšené riziko hypotenze) **, **Výžadující opatrnost:** antidepresiva imipraminového typu (tricyklická), neureptika, jiná antihypertenziva a vazodilatancia, tetraoksakrid, allopurinol (současná podávání s inhibitory ACE), cytotatika nebo imunosupresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid, anestetika, diuretika (thiazid nebo kličková diuretika), glyptiny (Inaglipitin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, zlato, metformin, jodované kontrastní látky, vápník (soli), cyklosporin, atorvastatin, digoxin nebo warfarin, takrolimus **, působení inhibitorů rapamycinu (mTOR) **, cyklosporin, symgastatin. **TEHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Kontraindikováno během druhého a třetího trimestru těhotenství a při kojení. Nedoporučuje se během prvního trimestru těhotenství. **FERTILITA:** Reverzibilní biochemické změny na hlavové části spermatozoidů u některých pacientů léčených blokátory kalciového kanálu. **SCHOPNOST RIDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Může být narušena v důsledku nízkého krevního tlaku, který se může vyskytnout u některých pacientů, zejména na začátku léčby. **NEZÁDOUCÍ ÚČINKY:** **Velmi časté:** otoky. **Časté:** závratě, bolest hlavy, parestezie, vertigo, somnolence, dyspnoe, zhoršení zraku, tinnitus, palpitace, zrudnutí, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), kašel, dušnost, bolest břicha, zácpa, průjem, dyspepsie, nauzea, zvracení, změny ve vyprazdňování střeva, pruritus, vyrážka, makulopapulární vyrážka, svalové křeče, otok kotníku, astenie, únava. **Méně časté:** nistida, eozinofilie, hypersenzitivita, hypoglykemie, hyperkalemie vrátan po přerušení léčby, hyponatremie, insomnie, změny nálad (včetně úzkosti), deprese, poruchy spánku, hypostezie, třes, synkopa, diplopie, tachykardie, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní), vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, kopřivka, angioedém, alopecie, purpura, změna zbarvení kůže, hyperhidróza, exantém, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, artralgie, myalgie, bolest v zádech, poruchy močení, noční močení, polakisurie, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynecomastie, bolest, bolest na hrudi, nevolnost, periferní edém, hyperkalemie, zvýšená tělesná hmotnost, snížená tělesná hmotnost, zvýšení sérové hladiny ledvin, zvýšení sérové hladiny bilirubinu, zvýšení hladiny jaterních enzymů, zhoršení spánků ** . **Velmi vzácné:** agranulocytóza, aplastická anémie, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, hemolytická anémie, trombocytenie, hyperglykemie, hyperkalemie, hypertenze, periferní neuropatie, cévní mozková příhoda, možná sekundárně k nadměrné hypotenzii u vysoké rizikových pacientů, angina pectoris, infarkt myokardu, možná sekundárně k nadměrné hypotenzii u vysoké rizikových pacientů; eozinofilní pneumonie, gingivální hyperplazie, pankreatitida, gastritida, hepatitida, žloutenka, abnormální hepatální funkce, erythema multiforme, Stevens-Johnsonův syndrom, exfoliativní dermatitida, toxická epidermální nekrolýza, Quinckeho edém, akutní renální selhání, snížení hemoglobinu a hematokritu. **Frekvence neznámá:** Deplece draslíku s hypokalemii, u určitých rizikových populací zvláště závažná, extrapyramidové poruchy (extrapyramidový syndrom), myopie, rozmazané vidění, torsades de pointes (necitlivost fatální), možný rozvoj hepatální encelopatie v případě jaterní insuficience, možnost zhoršení stávajícího systémového lupus erythematosus, EKG: prodloužený interval QT, zvýšená hladina glukózy v krvi, zvýšená hladina kyseliny močové v krvi. U jiných inhibitorů ACE byly hlášeny případy SADH (syndrom nepřítomné sekrece antidiuretického hormonu). **SADH** lze považovat za velmi vzácné, ale možnou komplikaci spojenou s léčbou inhibitory ACE, včetně perindoprilu **. **PŘEDÁVKOVÁNÍ - VLASTNOSTI:** Perindopril je inhibitor angiotenzin-konvertujícího enzymu (inhibitor ACE), který konvertuje angiotenzin I na vazokonstrikční angiotenzin II. Indapamid je derivát sulfonamidů s jodolovým kruhem, farmakologicky příbuzný thiazidovým diuretikům. Amlodipin je inhibítor transportu kalciových iontů (blokátory pomalých kanálů nebo antagonistů kalciových iontů), který inhibuje transmembránový transport kalciových iontů do srdečních buněk a buněk hladkého svalstva cévních stěn. **BALENÍ:** 30 a 90 tablet. **Uchovávání:** nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. Doba použitelnosti: 3 roky. Doba použitelnosti po prvním otevření je 30 dní. Držitel rozhodnutí o registraci: Les Laboratoires Servier, 50, rue Camot, 92284 Suresnes cedex, France. Registrární číslo: 58/100/14-C, 58/101/14-C, 58/102/14-C, 58/103/14-C. Datum poslední revize textu: 28. 9. 2018. Před předepsáním přípravku u přičetě Souhm údajů o přípravku. Přípravek je k dispozici v lékárnách. Přípravek je na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Viz Seznam cen a údajů léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/suj/seznam-cen-a-udaju-lecivych-pripravku>; <http://www.sukl.cz/suj/seznam-cen-a-udaju-lecivych-pripravku>; Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz * pro úplnou informaci si prosím přečtěte celý Souhm údajů o přípravku * * všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku Triplixam

PROGRAM – čtvrtek 21. března

9.00–9.05 ZAHÁJENÍ KONFERENCE

9.05–10.35 KONZILIÁRNÍ PSYCHIATRIE A PSYCHOSOMATIKA PRO INTERNISTY

garant prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.

- Úzkostné poruchy v interní medicíně (přednáška + ukázka práce na videu) – Grambal A.
- Hypochondrický pacient ve vnitřním lékařství (přednáška + ukázka práce na videu) – Praško J.
- Obstrukční spánková apnoe a související psychické problémy – Vaněk J.
- Somatoformní poruchy a jejich projevy – Kantor K.

10.35–10.55 DOBRÁ RADA DO VAŠÍ ORDINACE

- Hemoroidální onemocnění a možnosti jeho léčby – Ihnát P.

10.55–11.25 PŘESTÁVKA

11.25–12.30 KARDIOLOGIE

garant prof. MUDr. Vladimír Soška, CSc.

- Dlouhodobá léčba BB po IM, ano či ne? – Šnejdrová M.
- Lze efektivně snížit KV riziko diabetika s dyslipidemií? – Soška V.
- Včasná intervence vysokého krevního tlaku dle nových guidelines – Plíva M.

12.30–13.00 PERSPEKTIVY V MEDICÍNĚ

- Člověk a mikrobiota, na život nejsme sami – prof. RNDr. Jan Krejsek, CSc.

13.00–14.00 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

14.00–14.40 PLICNÍ HYPERTENZE: NOVINKY V DIAGNOSTICE A LÉČBĚ

garant doc. MUDr. Pavel Jansa, Ph.D.

- Plicní arteriální hypertenze – Hutýra M.
- Chronická tromboembolická plicní hypertenze – Jansa P.

14.40–15.25 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE

- HIV infekce – často pozdě rozpoznána – Olbrechtová L. (Přednáška sponzorována firmou Gilead Sciences s. r. o.)
- Jak dnes léčit TEN – spolehlivě pro pacienta, jednoduše pro vás – Monhart Z.

15.25–15.55 PŘESTÁVKA

15.55–17.45 INTERPRETACE LABORATORNÍCH VÝSLEDKŮ V INTERNÍ MEDICÍNĚ: LABORATORNÍ VÝSLEDKY A ZOBRAZOVACÍ METODY V GASTROENTEROLOGII

garant doc. MUDr. Ondřej Urban, Ph.D.

- Gastroskopie a enteroskopie – Navrátil V.
- Nové trendy v koloskopii – Falt P.
- Endoskopie pankreatu a žlučových cest – Urban O.
- Laboratorní diagnostika infekce *H. pylori* – Bača J., Vaněk P.
- Ložiskové léze pankreatu – Kovář R.

PROGRAM – pátek 22. března

9.00–10.10 PŘÍSTUP K PACIENTOVÍ S BOLESTÍ ZAD V AMBULANCI INTERNISTY

garant prof. MUDr. Jaroslav Opavský, CSc.

- Mechanismy nocicepce a jak rozpoznáme nespecifické bolesti zad – Opavský J.
- Zánětlivé bolesti zad a časná diagnostika spondyloartritid – Horák P.
- Co mohou zobrazovací metody u bolestí zad ukázat internistům – Sedláčková Z.

10.10–10.30 DOBRÁ RADA DO VAŠÍ ORDINACE

- Fabryho choroba součástí diferenciální diagnostiky v ordinaci interního lékaře – Dostálová G.

10.30–11.00 PŘESTÁVKA

11.00–12.30 BIOSIMILARS V INTERNÍ MEDICÍNĚ

garant doc. MUDr. Karel Urbánek, Ph.D.

- Biosimilars – obecné principy – Urbánek K.
- Biosimilars v gastroenterologii – Falt P.
- Biosimilars v revmatologii – Vencovský J.
- Biosimilars v dalších oborech vnitřního lékařství – Strojil J.

12.30–13.30 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

13.30–13.50 POLYMORBIDNÍ PACIENT V ORDINACI INTERNISTY

- Otazníky antikoagulační léčby u polymorbidního pacienta – Monhart Z.

13.50 LOSOVÁNÍ ANKETY

Workshopy / pátek 22. března

od 14.00 EKG trénink – doc. MUDr. Čestmír Číhalík, CSc. | SÁL FOLIANT

od 14.00 Edukace pacientů s diabetem – prof. MUDr. Kateřina Štechová, Ph.D. | SÁL CODEX

od 14.00 Kardiopulmonální resuscitace – MUDr. Jiří Vymětal, Ph.D. | SÁL SCRIPTUM

15.30 ZÁVĚR KONFERENCE

SOLEN MEDICAL EDUCATION 20 let s vámi



ČASOPISY,
ODBORNÉ PUBLIKACE



ELEKTRONICKÉ
PUBLIKACE



KONGRESY
A SEMINÁŘE



E-LEARNING

Konziliární psychiatrie a psychosomatika pro internisty

garant prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.

čtvrtek / 21. března 2019 / 9.05–10.35 hod.

Obstrukční spánková apnoe a související psychické problémy

MUDr. Jakub Vaněk

Klinika Psychiatrie Fakultní nemocnice Olomouc

Obstrukční spánková apnoe (OSA) je nejčastější poruchou dýchání ve spánku s celoživotní prevalencí 2–14 % dospělé populace. Podstatou onemocnění jsou rekurentní apnoické pauzy ve spánku, jejichž podkladem je uzávěr dýchacích cest na konci expirace. Nejčastější příčinou je nahromadění tukové tkáně v okolí hltanu a měkkého patra v důsledku obezity. Apnoické pauzy vedou k aktivaci sympatiku, fragmentaci spánku a jeho nedostatečné kvalitě. Mezi typické příznaky patří chrápání, probuzení se s pocitem lapání po dechu, častější noční močení a dále pocit nevyspaní a neosvěžení, nadměrná denní spavost a mikrospánky. Dobře popsán je spojení OSA s interními komorbiditami, jako je hypertenze, diabetes mellitus a hyperlipidemie. V literatuře je dále diskutována OSA jako častá komorbidita afektivních a kognitivních poruch. OSA při nerozpoznání může zhoršovat příznaky základního psychiatrického či interního onemocnění a bránit dosažení remise. Na diagnózu spánkové apnoe se velmi často nemyslí jak v primární, tak specializované péči. Příspěvek má proto za úkol, kromě stručného shrnutí příznaků a diagnostiky OSA, seznámit se souborovou úrovní poznatků ohledně ovlivnění psychického zdraví a kognitivního výkonu pacientů s neléčenou obstrukční spánkovou apnoe.

Somatoformní poruchy a jejich projevy

MUDr. Kryštof Kantor

Klinika psychiatrie FN a UP Olomouc

Přednáška se věnuje somatoformním poruchám, tedy psychiatrickým poruchám, které se projevují tělesnými příznaky bez reálného somatického podkladu. Průběh je typický obavami z tělesných příznaků, nadměrným sledováním vlastního zdravotního stavu a vyhledáváním vyšetření, které pacienta často přivádí do ambulancí lékařů prvního kontaktu i specializovaných lékařů. Navzdory častému přesvědčení se nejedná o simulaci, pacient příznaky nemoci nemá pod vědomou kontrolou. Není neobvyklé, že pacient opakovaně podstoupí invazivní vyšetření a může být taktéž opakovaně operován. Dalšími důsledky nemoci může také být narušení sociálních vazeb až neschopnost zařazení do běžného života. Tato onemocnění v klasifikaci psychiatrických onemocnění patří mezi úzkostné poruchy a dle MKN-10 rozlišujeme několik samostatných nosologických jednotek, mezi které patří: somatizační porucha s trváním minimálně 2 roky a měnlivými příznaky zasahujícími obvykle do více orgánových systémů; hypochondrická porucha, kdy jsou příznaky naopak obvykle trvalé a koncentrovány pouze do jednoho či dvou orgánových systémů; somatoformní vegetativní dysfunkce, prezentující se příznaky imitující postižení vegetativního systému; perzistentní bolestivá somatoformní porucha s přetrvávající bolestivostí, která je nevysvětlitelná jiným onemocněním a vzniká na podkladě emočních konfliktů či psychosociálních problémů. Přednáška se soustředí na projevy jednotlivých poruch a diferenciální diagnostiku, kterou doplní nástin doporučených léčebných postupů.

Dobrá rada do vaší ordinace

čtvrtek / 21. března 2019 / 10.35–10.55 hod.

Hemoroidální onemocnění a možnosti jeho léčby

doc. MUDr. Peter Ihnát, Ph.D., MBA

Chirurgická klinika, FN Ostrava

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

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

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

Kardiologie

garant prof. MUDr. Vladimír Soška, CSc.

čtvrtek / 21. března 2019 / 11.25–12.30 hod.

Včasná intervence vysokého krevního tlaku dle nových guidelines

MUDr. Milan Plíva

Kardiologické centrum Agel, Pardubice

Arteriální hypertenze je onemocnění, které má v české populaci vysokou prevalenci (cca 35–40 % populace ve věku 25–64 let s výrazně rostoucím výskytem ve vyšším věku) a které společně s diabetem, dyslipidemií, kouřením, obezitou a neoptimálním životním stylem patří mezi zásadní rizikové faktory kardiovaskulárních chorob. Nemoc se (bohužel) často projeví až svými komplikacemi, což se spolupodílí na velmi obtížném dosažení cílových hodnot u jednotlivých pacientů.

Nová guidelines evropské kardiologické společnosti, publikovaná v Mnichově roku 2018, týkající se hypertenze mírně pozměňují pohled na diagnostiku, režimová opatření a cílové hodnoty. Výraznější změny se týkají strategie léčby hypertenze, zejména je kladen důraz na fixní kombinační terapii, která se stává základním kamenem jak při zahájení terapie (dvojkombinační terapie – inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu a blokátory kalciového kanálu), tak vzhledem k prokazatelně lepší compliance (řekněme spolupráci) pacientů i při rozšiřování terapie (trojkombinační terapie – výše uvedené doplněné o diuretikum).

Vzhledem k nadále se rozšiřujícím poznatkům, které se týkají arteriální hypertenze i její léčby (správná, adekvátní, pacientem tolerovaná a akceptovaná), je nutná úzká mezioborová spolupráce mezi praktickými lékaři, ambulantními internisty, kardiology a dalšími specialisty, a lékaři pracujícími ve specializovaných ambulancích v nemocnicích.

detralex®

MPFF® – mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce

180
tablet

ČÍSLO 1
v mezinárodních doporučeních
pro léčbu CVD 2018¹



**Chronické žilní
onemocnění**
2 tbl denně

**Hemoroidální
onemocnění**
až 6 tbl denně

CVD=Chronic Venous Disease

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

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

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

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



Perspektivy v medicíně

čtvrtek / 21. března 2019 / 12.30–13.00 hod.

Člověk a mikrobiota, na život nejsme sami

prof. RNDr. Jan Krejsek, CSc.

Ústav klinické imunologie a alergologie, LF UK a FN Hradec Králové

Po celou evoluci byl člověk pod obrovským selekčním tlakem zprostředkovaným patogenními mikroorganismy. Vědecké popsání patogenních mikroorganismů, formulování principů pasivní a aktivní imunizace a následně použití antibakteriálních látek představovalo nepochybně zásadní zlom v osudu lidstva. V medicíně převládl názor, že pouze „mrtvý mikrob je dobrý mikrob“. Toto zúžené vnímání mikrobiálního světa zaměřené pouze na patogenní mikroorganismy lze v současnosti považovat již za překonané. Patogenní mikroorganismy představují pouze nepatrnou množinu mikrobů, kterým je každý jedinec v průběhu svého života exponován. Převážná většina mikroorganismů v životním prostředí je ve vztahu k člověku neutrální. Jako naprosto nezbytná pro zdraví člověka byla prokázána složitá mikrobiální společenství, která osídlují různé tělní habitaty. Hovoříme o přirozené mikrobiotě, kterou dále členíme podle konkrétní lokalizace. Nejvíce informací je k dispozici o mikrobiotě osídlující trávicí trubici, kožní mikrobiotě, mikrobiotě ústní dutiny a mikrobiotě močového a rozmnožovacího ústrojí. Za použití genových postupů byla zjištěna překvapivě vysoká diverzita mikrobiálního osídlení, kdy např. počet tzv. genospecies mikrobioty střeva je okolo 40 000. Většina těchto mikroorganismů není detekovatelná klasickými kulturačními postupy, které podle recentních údajů prokázaly ve všech tělních kompartmentech cca 2 900 druhů. Je velmi pravděpodobné, že většina druhů a kmenů přirozené mikrobioty nebude kultivovatelná in vitro, protože pro svůj růst potřebuje přítomnost jiných mikroorganismů a interakci se strukturami člověka. Mikrobiálním podnětům je člověk fyziologicky exponován již v průběhu nitroděložního vývoje. Zásadní pro nastavení normálních osídlovacích vzorů je vaginální porod a kojení mateřským mlékem, které obsahuje tzv. prebiotické oligosacharidy stimulující osídlení GIT. Je fascinující, že v mateřském mléce jsou přítomny zdraví prospěšné, tzv. probiotické mikroorganismy, které kojící matka selektivně transportuje z GIT krví do mléčné žlázy. Přirozená mikrobiota a environmentální mikroorganismy poskytují tělu pozitivní podněty, označované jako MAMP, nutné pro udržování obranného zánětu. Patogenní mikroorganismy vykazují molekulové vzory PAMP, které jsou identifikovány receptory PRR všech tělních struktur. Výsledkem je rozvoj obranné zánětlivé reakce. Mikrobiotu trávicí trubice lze pozitivně ovlivnit vhodnou skladbou stravy, ve které by měla převládat rostlinná složka, prebiotika, probiotika. Tak lze předcházet zánětlivým procesům, které jsou podkladem tzv. civilizačních chorob.

Aktuality do vaší ordinace

čtvrtek / 21. března 2019 / 14.40–15.25 hod.

HIV infekce – často pozdě rozpoznaná

MUDr. Lenka Olbrechtová

AIDS centrum Kliniky infekčního lékařství FN Ostrava

Možnosti testování na HIV na Olomoucku

800 800 980: Bezplatná a anonymní telefonní linka AIDS pomoci s non-stop provozem

Poradna České společnosti AIDS pomoc – pobočka Olomouc

Dům světla v regionu: Poradna je ve spolupráci se Zdravotním ústavem se sídlem v Ostravě.

Adresa: Budova KHS, Wolkerova 74/6, Olomouc

Testování: **PONDĚLÍ a STŘEDA 13:30–16:30**, Výsledky osobně vždy v pondělí. Bezplatné, anonymní testování.

Výsledek testu se sděluje pouze ústně, není-li vyžadován certifikát do zahraničí.

HIV
je:

POUZE ČÁSTÍ
MÉHO ŽIVOTA

CHCETE MÍT SVÉ ZDRAVÍ STÁLE POD KONTROLOU?



STÁHNĚTE SI APLIKACI
ZDRAVÍ PLUS



Kod materiálu:
VIR/CZ/19-01//1001e

Datum přípravy:
3/2019



Biochemická laboratoř MUDr. Popotrandovská

Adresa: Třída Svobody 32, Olomouc. Telefon: 585 506 136. E-mail: popotrandovska@polsro.cz.

Testování: PONDĚLÍ–ČTVRTEK 07:00–14:00 Běžné testování, anonymní testování: 300 Kč

K-centrum krédo

Adresa: Temenická 1, Šumperk. Telefon: 583 550 235. E-mail: k-centrum@pontis.cz

Testování po předchozí telefonické domluvě. Služby jsou určeny pro uživatele návykových látek.

Kontaktní centrum Prostějov

Adresa: Vrahovická 83, Prostějov. Telefon: 776 654 685. E-mail: kcentrum.pv@podaneruce.cz

Testování po předchozí telefonické domluvě. Služby jsou určeny pro uživatele návykových látek.

Kontaktní centrum KAPPA HELP

Služby jsou určeny pro uživatele návykových látek a klienty OSPOD.

Adresa: Kojetínská 11, 750 01 Přerov Telefon: 773 821 001 E-mail: office@kappa-help.cz

Otevírací doba přímo pro testování: PONDĚLÍ 17:00–18:00, STŘEDA a PÁTEK 08:00–10:00

Otevírací doba pro objednání testu: PONDĚLÍ až ČTVRTEK 10:00–18:00, PÁTEK 10:00–16:00

Kontaktní centrum v Olomouci

Služby jsou určeny pro uživatele návykových látek.

Adresa: Sokolská 48, 779 00 Olomouc Telefon: 778 411 689 E-mail: kcentrum.ol@podaneruce.cz

Otevírací doba: PONDĚLÍ–ČTVRTEK 9:00–12:00, 13:00–16:00, PÁTEK 9:00–12:00

Odběrová místa v Olomouci bez poraden		
Adresa	Telefon	Odběry/testování
Nezvalova 984/2, Olomouc	585 206 211	PO–PÁ 07:00–14:00
Janského 24, Olomouc	585 418 150	PO–PÁ 07:00–11:00
Dlouhá 521/34, Olomouc	734 606 814	PO–PÁ 07:00–10:00
Olomoucká 87, Lutín	585 652 586	PO–PÁ 07:00–15:00
Horní lán 1310/10 A, Olomouc	734 606 805	PO–PÁ 07:00–11:00
Palackého 626/3, Olomouc	737 170 369	PO–PÁ 07:00–11:00

Interpretace laboratorních výsledků**v interní medicíně:****Laboratorní výsledky a zobrazovací metody
v gastroenterologii**

garant doc. MUDr. Ondřej Urban, Ph.D.

čtvrtek / 21. března 2019 / 15.55–17.45 hod.

Gastroskopie a enteroskopie**MUDr. Vít Navrátil****II. interní klinika – gastroenterologická a geriatrická, Fakultní nemocnice Olomouc**

Snaha o vyšetřování tělních otvorů byla v lékařství i v medicíně přítomna od pradávna, a tudíž není divu, že při současné snaze o miniinvazivitu je endoskopie velice využívána a dochází k jejímu prudkému rozvoji. Gastroskopii rozumíme endoskopické vyšetření jícnu, žaludku a duodena a provádíme ji pro širokou škálu indikací – ať už diagnostických (epigastrická bolest, dyspepsie, pyróza, dysfagie, anémie, pátrání po malignitách atd.), kontrolních a dispenzárních (Barrettův jícen, chronické gastritidy atd.), akutních vyšetření (hematemeza či meléna, cizí tělesa atd.) a terapeutických. Mezi základní kontraindikace patří mimo nesouhlas pacienta zejména šok a hemodynamická nestabilita, náhlé příhody břišní a perforace hGIT, akutní infarkt myokardu a podobně. Příprava zahrnuje pouze lačnění alespoň 6 hodin, menší množství čirých tekutin je ev. možno i 2–3 hod. před výkonem, před terapeutickým výkonem je nutno zvážit vysazení antitrombotik. Pro zmírnění dyskomfortu

vyšetřovaných je možno využít premedikaci, např. spray s lokálním anestetikem, sedativa nebo ev. celkovou anestezii. Diagnostické možnosti gastroscopie se rozšiřují zejména použitím přístrojů s velkým rozlišením, klasickou i virtuální chromoendoskopií, v experimentu i in vivo mikroskopií (např. laserová konfokální mikroskopie). V neposlední řadě má gastroscopie stále se rozvíjející škálu terapeutických aplikací – od řešení neoplastických lézí (resekční techniky jako polypektomie, mukózní resekce atd., ablační metody jako argon-plazma koagulace či radiofrekvenční ablace), přes dilataci stenóz, zavádění stentů až po zavádění PEG, drenáže kolekcí, léčba varixů, ošetřování krvácení či extrakce cizích těles.

Enteroskopie je vyšetření tenkého střeva. Rozlišujeme kapslovou enteroskopii, která má pouze diagnostické využití (tedy zejména došetření anémie, nádorů, Crohnovy nemoci či celiakie), a enteroskopii prováděnou endoskopem, kde je i možnost odebrání biopsií či terapeutické intervence (polypektomie, dilatace stenoz atd.). K dispozici je několik technik vyšetření – push-enteroskopie, jedno- či dvoubalonová, či spirální enteroskopie. Přístup může být přes horní i dolní GIT, je-li nutné vyšetřit celé tenké střevo, je obvykle nutné použít obou přístupů. Na rozdíl od kapslové enteroskopie, kde pacient musí aktivně spolupracovat, se vyšetření endoskopem provádí prakticky vždy v celkové anestezii.

Ložiskové léze pankreatu

MUDr. Radim Kovář

klinika Fakultní nemocnice Olomouc

Fakulta zdravotních věd Univerzity Palackého v Olomouci

Ukázka ložiskových lézí pankreatu v součinnosti s diferenciální diagnostikou využitelnou pro internisty a praktické lékaře. Následná vhodnost daných lézí další intervenční diagnostice a k chirurgickému řešení.

Přístup k pacientovi s bolestí zad v ambulanci internisty

garant prof. MUDr. Jaroslav Opavský, CSc.

pátek / 22. března 2019 / 9.00–10.10 hod.

Mechanismy nocicepce a jak rozpoznáme nespecifické bolesti zad

prof. MUDr. Jaroslav Opavský, CSc.

Katedra fyzioterapie FTK UP v Olomouci

RRR Centrum léčby bolestivých stavů a pohybových poruch, Olomouc

Bolesti dolní části zad patří mezi nejčastější obtíže, s nimiž pacienti vyhledávají lékaře. Pro racionální volbu terapie je potřebná znalost klasifikace typů těchto bolestí a algoritmu vyšetření, kterým se tyto typy od sebe diferencují. Pro klinickou praxi lze použít základní rozdělení na: nespecifické bolesti zad, bolesti s kořenovou symptomatikou a bolesti se závažným poškozením páteře. Přínosem pro diferenciální diagnostiku je znalost patofyziologické taxonomie bolesti, která napomáhá k odlišení bolestí nociceptorových od neuropatických, resp. od bolestí s dominující psychogenní komponentou. Tzv. nespecifické bolesti zad (NBZ) mohou být vyvolány celou řadou strukturálních nebo funkčních změn, u nichž nelze jednoznačně prokázat, že jsou jediným nebo hlavním zdrojem bolesti. Ve většině případů jsou NBZ podmíněny multifaktoriálně. Obtížnost diagnostiky spočívá v široké distribuci nociceptorů, které se nacházejí nejen ve strukturách páteře, ale i v měkkých tkáních, které jsou s ní anatomicky a funkčně spojeny. Diskopatie mohou způsobovat klinické obrazy odlišných typů bolestí. Podrobná (algeziologická) anamnéza významně přispívá k rozpoznání NBZ. Vlastní klinické vyšetření má zahrnovat funkční vyšetření páteře, vyšetření palpační, perkusní a dále prvky neurologického vyšetření, které napomáhají k odlišení typů bolestí zad. Pomocná vyšetření

by měla u chronických bolestí páteře zahrnovat na prvním místě zobrazovací metody, které by se měly volit podle charakteru bolestí a podle předpokládané etiologie. Pokud jsou vyloučeny závažné strukturální nebo patofyziologické (např. zánětlivé) změny, je u NBZ potřebné posouzení role faktorů biologických, psychologických, ale i sociálních. To je významné zejména u chronických bolestí, které mají často negativní dopad na psychický stav těchto pacientů. Terapie chronických NBZ má proto zahrnovat nejen farmakoterapii, ale i kinezioterapii, případně v kombinaci s fyzikální terapií, a v indikovaných případech i psychoterapii. Farmakoterapie chronických bolestí má využívat nejen analgetika, ale někdy krátkodobě i centrální myorelaxancia, u rezistentních případů také adjuvantní analgetika, zejména antidepresiva. Tam, kde farmakoterapie nepřináší dostatečný efekt, je vhodné odeslání pacienta na léčebnou rehabilitaci, resp. na pracoviště fyzioterapeutů. Tam, kde je potřebná komplexní týmová terapie, by měla pomoci specializovaná pracoviště léčby bolesti.

Zánětlivé bolesti zad a včasná diagnostika spondyloartritid

prof. MUDr. Pavel Horák, CSc.

III. interní klinika – nefrologická, revmatologická, endokrinologická, FN a LF UP Olomouc

Spondyloartritidy představují skupinu chorob, které postihují zánětem axiální i periferní klouby, šlachové úpony a enteze. Jejich společným rysem je časté poškození sakroileakálního kloubu, rodinný výskyt a asociace s antigenem HLAB27. Mohou mít i řadu mimokloubních manifestací (oči, kůže, gastrointestinální trakt, srdce), a lze tedy hovořit o systémovém charakteru onemocnění. Dělicí linie mezi axiálním a periferním poškozením je velmi volná, častokrát se setkáváme s kombinací obojích projevů. Převážně axiálním poškozením se projevuje zejména ankylozující spondylitida (AS) a její ne-radiografické formy. Převážně periferní poškození je charakteristické pro psoriatickou artritidu, reaktivní artritidu či enteropatickou artritidu, i když i zde je axiální poškození poměrně častou variantou. Pro tuto skupinu chorob je charakteristická kombinace zánětu a strukturálního poškození. Z prozánětlivých cytokinů hrají v patogenezi onemocnění zásadní roli tumor nekrotizující faktor TNF α a interleukin-17. Tyto choroby mají rovněž úzký vztah k infekci urogenitální či střevní sliznice. Časným klinickým nálezem je přítomnost tzv. zánětlivé bolesti, která je charakterizovaná plíživým začátkem v nižším věku (do 40 let), zlepšením s rozvířením, bolestivostí v noci a v klidu a často velmi dobrým efektem nesteroidních antirevmatik. Pro diagnostiku je však naplnění kritérií zánětlivé bolesti zad velmi málo specifické. Je třeba provést pečlivé klinické vyšetření s odběrem anamnézy a zobrazovací metody, kdy má stále narůstající význam magnetická rezonance SI skloubení. V laboratorních testech hraje ústřední roli stanovení přítomnosti antigenu HLAB27 a přítomnost elevace zánětlivých markerů. Pro klasifikaci AS lze použít mimo klasických modifikovaných New Yorkských kritérií novější kritéria ASAS (Assessment of Spondylarthritis International Society), která jsou vhodnější pro časnou diagnostiku nemoci a zavádějí termín non-radiografických forem nemoci. Právě zařazení ne-radiografické formy choroby jako samostatné nosologické jednotky vede k velkému důrazu na časnou diagnostiku nemoci. Průměrná doba od vzniku prvních potíží u AS do její definitivní diagnózy se ještě před několika lety pohybovala v intervalu 6–9 let. Možnost nasazení účinné farmakoterapie a dalších opatření vedoucích ke zpomalení progresu choroby a zlepšení funkčnosti nemocných si vyžaduje velký důraz na častou diagnostiku.

Co mohou u bolestí zad zobrazovací metody ukázat internistům

MUDr. Zuzana Sedláčková, Ph.D.

Radiologická klinika FN Olomouc

U bolestí zad je třeba kromě vertebrogenní etiologie myslet i na další možné příčiny – renální, náhlé příhody břišní, gynekologické, plicní a psychogenní. Zobrazovacím metodám by vždy mělo předcházet důkladné odebrání anamnézy a fyzikální vyšetření. Žádanka by měla obsahovat konkrétní klinickou diagnózu nebo alespoň klinický nález.



LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN



DVA RIZIKOVÉ FAKTORY – JEDNO ŘEŠENÍ



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



1× DENNĚ



LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

ZKRAČENÁ 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 hypercholesterolemií nebo smíšenou (kombinovanou) hyperlipidemií, jako substituční terapie u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných atorvastatinem, perindoprilem a amlodipinem podávaných současně ve stejné dávce, jaká je obsažena v této kombinaci. **DÁVKOVÁNÍ**

A ZPŮSOB PODÁNÍ: 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 dihydropryridinu, nebo na statiny nebo na kteroukoli pomocnou látku, onemocnění jater v aktivním stavu nebo neobnovené přetrvávající zvýšení sérových aminotransferáz převyšující 3násobek horní hranice normálních hodnot, během těhotenství, kojení a u žen ve fertilním věku, které nepoužívají vhodné antikoncepční prostředky (viz bod Těhotenství a kojení), závažná hypotenze, šok (včetně kardiogenního šoku), obstrukce výtokového traktu levé komory (např. 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 diabetem mellitus nebo poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²), současné užívání se sakubitrilem/valsartanem**, mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz bod Interakce)***, signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné fungující ledviny (viz bod Zvláštní upozornění***).

UPOZORNĚNÍ: **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** **Vliv na játra:** Vzhledem k obsahu atorvastatinu v přípravku Lipertance mají být pravidelně prováděny jaterní testy. Pacientům, u kterých se zjistí jakékoliv známky nebo příznaky jaterního poškození, mají být provedeny jaterní testy. Pacienti, u kterých se objeví zvýšení aminotransferáz, musí být sledováni až do doby, než se hodnoty opět normalizují. Pokud přetrvávají více než trojnásobně zvýšené hodnoty aminotransferáz nad horní hranici normálních hodnot, doporučuje se snížit dávku atorvastatinu pomocí jednotlivých složek nebo léčbu atorvastatinem ukončit. Pacienti, kteří konzumují velké množství alkoholu a/nebo mají v anamnéze jaterní onemocnění, je nutné léčit přípravkem Lipertance s opatrností. **Vliv na kosterní svalstvo:** Jsou-li hladiny CK významně zvýšené ($> 5 \times$ ULN) oproti normálním hodnotám, léčba nemá být zahájena. Léčba má být přerušena, objeví-li se významné zvýšení hladin CK ($> 10 \times$ ULN), nebo je-li diagnostikována rhabdomyolýza. Riziko rhabdomyolýzy je zvýšené při současném podávání přípravku Lipertance s určitými léky, které mohou zvyšovat plazmatickou koncentraci atorvastatinu, např. se silnými inhibitory CYP3A4 nebo transportních proteinů (např. cyklosporin, telithromycin, klarithromycin, delavirdin, stiripentol, ketokonazol, atd.). Přípravek Lipertance se nesmí podávat současně se systémovou léčbou kyselinou fusidovou nebo během 7 dnů po ukončení léčby kyselinou fusidovou vzhledem k obsahu atorvastatinu. U pacientů, u kterých je systémové podání kyseliny fusidové považováno za nezbytné, se musí po dobu léčby kyselinou fusidovou přerušit léčba statinem. **Intersticiální plicní onemocnění:** Při podezření na vznik intersticiálního plicního onemocnění u pacienta musí být terapie přípravkem Lipertance přerušena. **Diabetes mellitus:** U diabetiků léčených perorálními antidiabetiky nebo inzulinem má být v průběhu prvních měsíců léčby pečlivě sledována glykemie. **Pacienti se srdečním selháním:** mají být léčeni s opatrností. **Hypotenze:** monitorování tlaku krve, renálních funkcí, a draslíku je nutné u pacientů s vysokým rizikem symptomatické hypotenze (volumová deplece nebo závažná renin dependentní hypertenze) nebo se symptomatickým srdečním selháním (se současnou renální insuficiencí nebo bez ní) nebo s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárními chorobami. Přechodná hypotenze odpovídá kontraindikaci 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 nedávné prodělané transplantaci ledvin. **Renovaskulární hypertenze:** Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné fungující ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie**. **Porucha funkce ledvin:** monitorování hladiny kreatininu a draslíku, individuální titrace dávky s jednotlivými složkami u pacientů s clearance kreatininu < 60 ml/min, u pacientů se stenózou renální arterie bylo pozorováno zvýšení sérových koncentrací urey a kreatininu, u renovaskulární hypertenze je riziko závažné hypotenze a renální insuficience zvýšené. 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:** okamžitě vysazení léčby a zahájení monitorování do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Souběžné užívání s inhibitory mTOR: zvýšení rizika angioedému. Současné užívání perindoprilu se sakubitrilem/valsartanem je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Podávání sakubitrilu/valsartanu nesmí být zahájeno do 36 hodin po užití poslední dávky perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčba perindoprilem nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání jiných inhibitorů NEP (např. rasekadotrilu) a inhibitorů ACE může také zvýšit riziko angioedému. Před zahájením léčby inhibitory NEP (např. rasekadotrilu) u pacientů užívajících perindopril je proto nutné pečlivě zhodnotit přínos a rizika**. **Anafylaktoidní reakce během aferéz 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 blankofiltů (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 alopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů a pacienti mají být poučeni, aby hlásili jakékoli známky infekce (např. bolest v krku, horečku). **Rasa:** perindopril může být méně účinný na snížení krevního tlaku a může vést k vyššímu výskytu angioedému u černoškrkých pacientů ve srovnání s jinými rasami. **Kašel:** ustupuje po ukončení léčby. **Operace/anestezie:** léčba by měla být přerušena jeden den před výkonem. **Hyperkalemie:** pravidelné monitorování sérových koncentrací draslíku u renální insuficience, zhoršené renální funkce, věku (> 70 let), diabetu mellitus, dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a u 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):** současně 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 nesmí být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje**.

Hladina sodíku: Lipertance obsahuje méně než 1 mmol sodíku (23 mg) v tablete, to znamená, že je v podstatě „bez sodíku“. **Dědičné problémy s intolerancí galaktózy, vrozený nedostatek laktázy nebo malabsorpce glukózy a galaktózy:** přípravek by neměl být užíván. **INTERAKCE:** **Kontraindikace:** Aliskiren, mimotělní léčba**, sakubitril/valsartan**. **Nedoporučovaná kombinace:** Silné inhibitory CYP3A4, současná léčba ACE inhibitorem a blokátorem receptoru angiotenzinu, estramustin, lithium, kotrimoxazol (trimethoprim-sulfamethoxazol)**, draslík-šetřící diuretika (např. triamteren, amilorid, eplerenon, spironolakton), soli draslíku, dantrolen (infúze), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** Induktory a středně silné inhibitory CYP3A4, digoxin, ezetimib, kyselina fusidová, gemfibrozil / deriváty kyseliny fibrové, inhibitory transportních proteinů, warfarin, antidiabetika (inzuliny, perorální antidiabetika), baklofen, nesteroidní antiflogistika (NSAID) (včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den), rasekadotril, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus). **Kombinace vyžadující určitou opatrnost:** kolchicin, kolestipol, perorální kontraceptiva, glyptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, tricyclická antidepresiva/ antipsychotika/ anestetika, zlaté, digoxin, atorvastatin, warfarin, cyklosporin, takrolimus, působení inhibitorů rapamycinu (mTOR)***, antihypertenziva a vazodilatancia. **TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Přípravek Lipertance je kontraindikován během těhotenství a kojení. **FERTILITA:** U některých pacientů léčených blokátory kalciových kanálů byly zaznamenány reverzibilní biochemické změny na hlavové části spermatozojů. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Schopnost reagovat může být narušena při závratí, bolesti hlavy, únavě nebo nauceze. 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, otok kotníků, bolest končetin, artralgie, svalové spazmy, myalgie, bolest zad, astenie, únava, periferní edém, abnormální výsledky testů jaterních funkcí, zvýšená hladina kreatinfosfokinázy v krvi. **Méně časté:** rinorea, eozinofilie, hypoglykemie, hyponatremie, hyperkalemie reverzibilní při ukončení léčby, anorexie, insomnie, změny nálad (včetně úzkosti), poruchy spánku, deprese, noční můry, třes, synkopa, hypostezie, 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 šlů, svalová slabost, poruchy močení, noční močení, polakisurie, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynecomastie, bolest na hrudi, bolest, malátnost, periferní otok, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, zvýšení tělesné hmotnosti, pozitivní nálezy leukocytů v moči, snížení tělesné hmotnosti, pád. **Vzácné:** trombocytopenie, stavy zmatenosti, periferní neuropatie, cholestatická, zhoršená psoriáza, Stevens-Johnsonův syndrom, toxická epidermální nekrolýza, erythema multiforme, myopatie, myozitida, rhabdomyolýza, tendonopatie (někdy komplikovaný rupturou), vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi. **Velmi vzácné:** leukopenie/neutropenie, agranulocytóza nebo pancytopenie, hemolytická anémie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, snížení hladiny hemoglobinu a hematokritu, anafylaxe, 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). U jiných inhibitorů ACE byly hlášeny případy SIADH (syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu). SIADH lze považovat za velmi vzácnou, ale možnou komplikaci spojenou s léčbou inhibitory ACE, včetně perindoprilu**. **PŘEDÁVKOVÁNÍ. FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI:** 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 kalciových kanálů nebo antagonist kalciových iontů), který inhibuje transmembránový transport kalciových iontů do srdečních buněk a buněk hladkého svalstva cévních stěn. **UCHOVÁVÁNÍ:** Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **VELIKOST BALENÍ:** 30 nebo 90 (3 obaly na tablety po 30 tabletách) 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:** 28. 9. 2018. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-levic-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier, s. r. o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

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



Biosimilars v interní medicíně

garant doc. MUDr. Karel Urbánek, Ph.D.

pátek / 22. března 2019 / 11.00–12.30 hod.

Biosimilars – obecné principy

doc. MUDr. Karel Urbánek, Ph.D.

Ústav farmakologie LF UP a FN Olomouc

Biosimilars jsou kopie biotechnologicky vyráběných originálních léčivých přípravků charakteru proteinů a polypeptidů. Na rozdíl od generických přípravků, které jsou kopiemi běžných nízkomolekulárních léčiv, biosimilars nemohou být zcela totožné se svými referenčními přípravky. Proto byl pro jejich vývoj, hodnocení a registraci vypracován zvláštní regulační rámec, v Evropské Unii řízený centrálně Evropskou lékovou agenturou.

Biosimilars (lépe biologicky podobné léčivé přípravky) jsou v rámci Evropské unie definovány jako bílkovinné produkty, které jsou vyrobeny pomocí biotechnologie nebo z přírodních zdrojů a které jsou prokazatelně dostatečně podobné (sufficiently similar) biologickému léku, který je již schválen regulační agenturou. Samotná existence biosimilárních léků vyplývá z konceptu časové omezenosti patentové ochrany originálních léčiv a těsně navazuje na koncept generických léčiv.

Od generických léčiv se biosimilars odlišují komplexitou vývoje a prokazování podobnosti s referenčním lékem. Vlastnosti biosimilárního léčiva a dostatečná podobnost s originálním léčivým přípravkem jsou hodnoceny jak laboratorním a preklinickým, tak klinickým hodnocením. Rozdíl oproti originálním (inovativním) léčivům tkví v tom, že testování je zaměřeno na průkaz podobnosti s originálem a klinické hodnocení je omezeno jak rozsahem, tak počtem fází vývoje. Tím je umožněno omezit počet klinických hodnocení na nezbytné minimum a díky tomu zlevnit a částečně i zkrátit celý proces vývoje biosimilárního přípravku.

Extrapolace indikací je klíčovou charakteristikou konceptu biosimilárních léčiv. Pokud biosimilární léčivý přípravek prokáže dostatečnou podobnost s referenčním přípravkem z hlediska klinické účinnosti a bezpečnosti v jedné indikaci, lze tento výsledek extrapolovat na ostatní indikace referenčního léku. Tento proces ovšem není automatický, ale může být uskutečněn pouze na základě vědecky relevantních argumentů. Je tedy nutné prokázat, že mechanismus účinku a mechanismy vzniku nežádoucích účinků jsou v těchto indikacích stejné jako u indikace, ve které již byla prokázána podobnost biosimilar a originálu. Při posuzování této otázky se vychází z komplexu preklinických a klinických dat, získaného v celém průběhu hodnocení biosimilárního léku.

Evropská léková agentura registrovala první biosimilární léčivé přípravky již v roce 2006. Jednalo se o somatropin, postupně byly registrovány biosimilární přípravky erythropoetinu a jeho analog, filgrastimu a několika dalších látek oligopeptidové povahy. V roce 2013 byla registrována první biosimilární monoklonální protilátka – infliximab – pro použití v revmatologických, gastroenterologických i dermatologických indikacích. V současné době přicházejí do klinické praxe biosimilární monoklonální protilátky pro použití v onkologických a hematologických indikacích.

V Evropské Unii je regulace biosimilárních léčiv rozhodně nelépe rozpracovaná a nejkvalitnější na světě. Tato regulace se prozatím plně osvědčila a v průběhu používání biosimilárních přípravků nebyly zjištěny žádné skutečnosti, které by vedly ke zpřísnění regulace biosimilars nebo dokonce zpochybnění konceptu biosimilars jako takového. Biosimilární léky se staly běžnou součástí farmakoterapie v klinické praxi a jejich používání se v současnosti stále rozšiřuje.

Biosimilars v revmatologii

prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.

Revmatologický ústav, Praha

Nástup biosimilárních léků v revmatologii v uplynulých 2–3 letech byl rychlý a do značné míry uváděl tato léčiva do praxe i v dermatologii a gastroenterologii, neboť většina klinických srovnávacích hodnocení byla provedena u revmatoidní artritidy a extrapolována na další onemocnění. Kombinace úspěšnosti léčby biologiky v revmatologii, její relativní bezpečnost, končící patenty a stále vysoká cena těchto léčiv stimulovala řadu farmaceutických společností k produkci biosimilárních léčiv, takže jsme nyní svědky desítek probíhajících srovnávacích klinických hodnocení mezi originálními chorobu modifikujícími (boDMARD) a biosimilárními přípravky (bsDMARD). Z hlediska prvního nasazení léčby nebyl dosud popsán žádný rozdíl mezi tím, zda se zahájí léčba originálním či biosimilárním přípravkem. Diskuze se vede v oblasti jejich možné zaměnitelnosti v době již probíhající terapie, zejména z ekonomických důvodů. Obavy panují z možných drobných rozdílů preparátů a vlivu na jejich imunogenní vlastnosti. Nicméně přibývá důkazů z klinických hodnocení nebo sledování v běžné klinické praxi, které neukazují na nepříznivý dopad takové změny. Dlouho očekávané byly výsledky studie NOR-SWITCH, jejíž výsledky jsou interpretovány tak, že neukazují na významný rozdíl mezi nemocnými, kteří změnili preparát na biosimilární, a těmi, kteří pokračovali s originálním léčivem. Je v rukou ošetřujícího lékaře, aby s pacientem probral možnou změnu preparátů a po pečlivém vysvětlení případně přistoupil či nepřistoupil k výměně. V doporučeních České revmatologické společnosti k léčbě revmatoidní artritidy jsou biosimilární léky postaveny na stejnou úroveň a u nemocných s nepříznivými prognostickými faktory je po selhání léčby konvenčních syntetických DMARD první linie vhodné zvažovat nasazení biologické léčby – TNF inhibitory, abatacept nebo tocilizumab, a to bez hierarchie, včetně možnosti biosimilárních léků. Všechny otázky nejsou vyřešeny. Neví se dosud, co budou znamenat opakované změny mezi originálními a biosimilárními přípravky oběma směry, či mezi několika biosimilárními léčivy stejného přípravku. Co není dále doposud vyjasněno, je případná substituce originálního léčiva biosimilárním preparátem na úrovni lékárny, tedy aniž by o tom ošetřující lékař věděl, což již se v některých evropských zemích děje. V ČR je v současné době schváleno do použití 10 biosimilárních přípravků inhibitorů TNF nebo rituximabu. V revmatologii jsou všichni nemocní léčení boDMARD i bsDMARD sledováni v národním registru ATTRA, ve kterém již analyzujeme první výsledky léčby.

Workshopy

Pátek / 22. března 2019 / paralelně od 14.00 hod.

EKG trénink

SÁL FOLIANT

doc. MUDr. Čestmír Číhalík, CSc.

I. interní klinika – kardiologická, FN Olomouc

Elektrokardiografie je spolu s radiologií nejstarší pomocnou vyšetřovací metodou v praxi interního lékaře. Bylo vždy samozřejmostí, že se každý internista dokázal orientovat v EKG křivce, stejně tak jako na snímku hrudníku.

Bylo by chybou, abychom se těchto historicky daných pravidel vzdávali. Vývoj směřuje k tomu, že jsme stále více odkázáni jen na zprostředkované informace, kdy sice vyšetření indikujeme, ale nález již nedokážeme sami posoudit, docenit jeho význam či naopak kriticky zhodnotit limitaci možností dané metody.

Elektrokardiografická křivka je technicky velmi jednoduše registrovatelná a je ji možno okamžitě zhodnotit. Výsledek tak máme v řádu minut. Pokud umíme záznam správně interpretovat, je jeho přínos pro diagnózu neocenitelný.

Cílem mého sdělení je podpořit všeobecnou znalost interpretace EKG, poukázat na záludnosti možné variability EKG křivky a na konkrétních příkladech ukázat na jedné straně možnosti, které tato metoda přináší, na druhé straně však i její limitace.

Edukace pacientů s diabetem

SÁL CODEX

prof. MUDr. Kateřina Štechová, Ph.D.

Interní klinika FN v Motole, Praha

Existují dva základní předpoklady úspěšné léčby pacienta s jakoukoliv formou diabetu. Těmito předpoklady, které se vzájemně podmiňují, jsou dostatečná motivace pacienta a to, aby měl potřebné znalosti, tj. aby byl řádně edukován. Edukaci pacienta s diabetem zajišťuje nejen diabetolog, ale i další zdravotnickí pracovníci (například nutriční terapeut). V každém případě by měl diabetolog celý proces koordinovat.

Edukace pacienta s diabetem je kontinuální a pro zdravotnické pracovníky časově náročný proces. Jeho základem je stanovení léčebných cílů (které musí být průběžně revidovány) a odhadnutí pacientova osobnostního nastavení a intelektových možností. Edukace může být individuální či skupinová.

Při stanovení diagnózy diabetu je potřeba jednak pacientovi pro něj srozumitelně vysvětlit podstatu choroby, nutriční opatření a selfmonitoring. V případě nutnosti zahájení inzulinoterapie (všichni pacienti s diabetem 1. typu, někteří pacienti s jinými typy diabetu) je klíčové též zvládnout praktické aspekty aplikace inzulinu a řešení krizových situací (tj. hypoglykemie, interkurentní choroba, tj. „sick day management“). V optimálním případě by se měl pacient časem stát zcela samostatným a měl by být schopen si samostatně upravovat dávky inzulinu. Pacienta je proto dobré podporovat i v samostatném sebevzdělávání a doporučovat mu k němu vhodnou literaturu. Znalosti (praktické i teoretické) je ale nutné čas od času i prověřovat. Na základě klinické studie provedené na našem pracovišti bylo zjištěno, že velmi problematickým tématem i pro již dlouho léčené pacienty na intenzifikovaném inzulinovém režimu jsou nutriční znalosti. Bez nich je ale dosažení adekvátní kompenzace diabetu nereálné.

V rámci workshopu budou probírány praktické ukázky edukace pacienta s recentním záchytem diabetu 1. i 2. typu i jejich následná reedukace. Zvláště bude probírána edukace pacienta na použití nejmodernějších technologií, tj. léčba inzulinovou pumpou ve spojení s kontinuální monitorací koncentrace glukózy.

Kardiopulmonální resuscitace

SÁL SCRIPTUM

MUDr. Jiří Vymětal, Ph.D.

3. interní klinika – nefrologická, endokrinologická a revmatologická / JIP, FN Olomouc

V rámci edukace o kardiopulmonální resuscitaci (KPR) je stále více akcentován význam praktického výcviku, kdy kvalitně prováděná KPR zásadně ovlivní její výsledek. Náhlá zástava oběhu v ambulanci či terénu s limitací personálu a pomůcek je do příjezdu záchranného týmu vždy stresující i pro zkušeného lékaře. Po krátkém shrnutí nejdůležitějších recentních pravidel základní a rozšířené neodkladné resuscitace a demonstrace použití AED si zájemci o workshop budou moci vyzkoušet KPR na modelu se zpětnou vazbou, a „natrénovat si“ nejen adekvátně prováděnou srdeční masáž, která je při KPR zásadní a nezastupitelná. Workshop je vhodný zejména pro lékaře z pracovišť s nízkou incidencí náhlé zástavy oběhu.



POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

HLAVNÍ
PARTNER



MEDIÁLNÍ
PARTNEŘI



GRADA®

Interní
medicína
pro praxi

maxdorf

PARTNEŘI

Akademie klasické homeopatie, spol. s r.o.

Altrevia s.r.o.

ALERE s.r.o.

AOP Orphan Pharmaceuticals AG – organizační složka

BTL zdravotnická technika, a.s.

ELI LILLY ČR, s.r.o.

Gilead Sciences s.r.o.

KRKA ČR, s.r.o.

Mary Kay (Czech Republic), s.r.o.

Pfizer PFE, spol. s.r.o.

PRO.MED.CS Praha a.s.

PROBIOTICS PROVITA s.r.o.

Takeda Pharmaceuticals Czech Republic s.r.o.

We Make Media, s. r. o.

Zentiva, k.s.

TIRÁŽ

XIV. INTERNÍ MEDICÍNA PRO PRAXI, konference ambulantních internistů**21.–22. března 2019 | Clarion Congress Hotel Olomouc****Pořadatel**

Společnost SOLEN, s. r. o., a časopis Interní medicína pro praxi

Záštit

III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická, FN Olomouc

Prezident akce

prof. MUDr. Josef Zdražil, CSc.

Organizátor

SOLEN, s.r.o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc

Kontaktní osoba: Mgr. Barbora Ludvová, 777 557 413, ludvova@solen.cz

Programové zajištění: Mgr. Kateřina Dostálová, 725 003 510, dostalova@solen.cz

Grafické zpracování abstrakt a sazba: SOLEN, s.r.o., Kristýna Javůrková

Ohodnocení

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání

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



Supplementum A Interní medicína pro praxi

Citační zkratka: Interní Med. 2019; 21(Suppl A).

Vydavatel: Solen, s. r. o., IČ 25553933

ISSN 1212-7299, ISBN 978-80-7471-257-9

Jediná fixní kombinace β-blokátoru a ACEi

pro dobře vyladěné srdce

3 INDIKACE Hypertenze | Stabilní ICHS | Srdeční selhání#

1 tableta 1× denně

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

Zkrácená informace o přípravku COSYREL®

Indikace: Cystyryl 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, potlačování tablety, obsahují bisoprolol fumaras (bis) 5 mg, perindopril argininu (per) 5 mg, 5 mg bis/10 mg per, 10 mg bis/5 mg per, 10 mg bis/10 mg per. **Indikace:** Cystyryl 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 Cystyryl 5 mg/5 mg a Cystyryl 10 mg/5 mg) jako substituční léčba u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných bisoprololem a perindopriolem podáványi současně ve stejné dávce. **Dávkování a způsob podání:** Obvyklá dávka je jedna tableta jednou denně, nejlépe ráno a před jídlem. Pacienti by měli být stabilizováni na léčbě bisoprololem a perindopriolem ve stejné dávce po dobu nejméně 4 týdnů. Jediné kombinace není vhodná k iniciální léčbě. U pacientů stabilizovaných na dávce bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 2,5 mg nebo bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 5 mg by tablety obsahující 5 mg/5 mg nebo 5 mg/10 mg jednou denně. Je-li nutno provést pro potřeby jednotlivých složek samostatně. **Porucha funkce ledvin:** Doporučené dávky podle clearance kreatininu. 5 mg/5 mg; Cl_{cr} ≥60 (ml/min); 1 tableta; 30-Cl_{cr} <60; ½ tablety; Cl_{cr} <30; přípravek není vhodný, doporučená dávka tablety za použití jednotlivých složek samostatně. 5 mg/10 mg; Cl_{cr} ≥60; ½ tablety; Cl_{cr} <60; přípravek není vhodný. 10 mg/5 mg; Cl_{cr} ≥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); aktuální srdeční selhání nebo probíhající epizody srdeční dekompenzace vyžadující IV inotropní terapii; kardiogenní šok; AV blok druhého nebo třetího stupně (bez pacemakeru); síň sinus syndrom; sinoatriální blokáda; symptomatická bradykardie; symptomatická hypotenze; zánětlivé bronchiální astma nebo chronická obstrukční plicní nemoc; zánětlivé periferní arteriální okluze; onemocnění nebo Raynaudova syndrom; nečlený feochromocytom (viz bod Upozornění); metabolická acidóza; anamnéza angiotenzinogenního edému související s předchozí terapií inhibitory ACE; dědičný nebo idiopatický angioedém; citlivost; 2 a 3. trimestr těhotenství (viz bod Upozornění). **Těhotenství a kojení:** současně užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetes mellitus nebo s poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) (viz bod Upozornění). **Interakce:** A farmakodynamické vlastnosti **) současně užívání se sakubitrilem/valsartanem (viz bod Upozornění). **Interakce ***:** mimolehlivě léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz bod Interakce ***), signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné funkční ledviny (viz bod Upozornění). **Upozornění:** **Vlastnosti 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 pečlivé monitorování. Náhlá hypotenze nepožádá omezení není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou pacienti obvykle užívat bez obtíží. Jakmile jim po doplnění objemu tělních tekutin. **Hypersenzitivita/angioedém/intersticiální angioedém:** vysadit a zahájit monitorování až do úplného vymizení symptomů. Léčba tabletkámům musí pokračovat. Angioedém spojený s otokem tracheálního nebo rtu může být smrtelný. Současné užívání perindoprilu se sakubitrilem/valsartanem je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Podávání sakubitrilu/valsartanu musí být zahájeno do 36 hodin po ústí požití poslední dávky perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčba perindopriolem nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky sakubitrilu/valsartanu (viz body Kontraindikace a Interakce). Současné užívání jiných inhibitorů NEP (např. rasecadrolu) a inhibitorů ACE může také zvýšit riziko angioedému. Před zahájením léčby inhibitory NEP (např. rasecadrolu) u pacientů užívajících perindopril je proto nutno pečlivě zhodnotit přínos a rizika. Pacienti souběžně užívající terapii inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) mohou mít zvýšené riziko angioedému (např. otok dyachých cest nebo jazyka s poruchou dýchání nebo bez ní). **Selhání jater:** zvláště by inhibitory ACE spojovaný se syndromem, který začíná cholestatickou žloutenkou a progreduje ve fulminantní jaterní nekrózu a (někdy) v úmrtí; ukončit léčbu v případě rozvoje žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů. **Černáská populace:** perindopril může být méně účinný a způsobí vyšší procento angioedému ve srovnání s jinými rasami. **Neprůdučivost kůže:** **Hypertenze:** časté monitorování koncentrace draslíku v krvi v případě renální insuficience, zhoršení renálních funkcí, věk > 70 let, diabetes mellitus, dehydratace, aktuální srdeční nedostatečnost, metabolická acidóza a současné užívání draslík-šetřících diuretik, draslíkových doplňků, náhrad solí s obsahem draslíku, léčebných přípravků, které mohou způsobovat vzestup sérových koncentrací draslíku. **Kombinace s lithium, s draslík-šetřícími diuretiky, draslíkovými doplňky nebo náhradami solí obsahujícími draslík, kalciovými antagonisty, antitrypsinidy (typ I) a centrálními působícími antihypertenzivy:** se obezná dopředku. **Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS):** zvýšení rizika hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). **Duální blokáda RAAS:** pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se proto nedoporučuje. Pokud je léčba duální blokádu považována za naprosto nezbytnou, má k ní docházet pouze pod dohledem specializovaného lékaře a za častého pečlivého sledování funkce ledvin, elektrolytů a krevního tlaku. **Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II:** nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Ukončení léčby:** za nesmí být provedeno náhle ukončení léčby tabletkámům. Dávkováni má být snižována 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 chlopy/hypertroftická kardiomyopatie, diabetici, striktní půst:** podávat s opatrností. **Prizmatologická angora:** tabletkámům mohou zvýšit počet a délku trvání epizod anginy pectoris. **Porucha funkce ledvin:** denní dávka má být upravena na základě clearance kreatininu. Monitorování draslíku a kreatininu. U pacientů s bilaterální stenózou renálních arterií nebo stenózou arterií solitární ledviny může být k zvýšení sérových koncentrací urey a kreatininu; v případě renovaskulární hypertenze je riziko těžké hypotenze a renální insuficience zvýšeno. **Renovaskulární hypertenze:** Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renálních arterií nebo stenózou renální arterie u jedné funkční ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko zánětlivé hypotenze a renálního selhání (viz bod Kontraindikace). Léčba diuretiky může být příslušná korigována. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. **Transplantace ledvin, srdeční selhání s inzulin dependentním diabetes mellitus (typ I), těžkou poruchou funkce ledvin, těžkou poruchou funkce jater, restriktivní kardiomyopatie, vrocným srdečním onemocněním, hemodynamicky významným organickým onemocněním chlopi, infarktem myokardu v předchozích 3 měsících:** nejsou zkušenosti s podáváním. **Anafylaktoidní reakce během alerzých nízkodenzitních lipoproteinů (LDL):** zvláště, lze předjet dočasným vysazením léčby inhibitory ACE před každou alerzou. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** dočasné vysadit léčbu před vyšetřením. Tyto reakce se znovu objevily po náhodném opětovném vystavení. Bisoprolol může zvýšit senzitivitu vůči alergenům i závažnost anafylaktických reakcí. **Neutropenie/agranulocytóza/thrombocytenie/anemie:** extrémní opatrnost u pacientů s kolagenovým vaskulárním onemocněním, s imunosupresivní léčbou, léčbou aplazí nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů. **Bronchospasmus (bronchiální astma, obstrukční onemocnění dýchacích cest):** souběžné podávání bronchodilatátorů terapie. **Anestezie:** pokud je nutné tabletkámům vysadit, je třeba to provést postupně a ukončit 48 hodin před anestezii. **Pozorování:** podání po zvracení přenosu a rizika. **Feochromocytom:** podávání bisoprololu vždy s blokátorem alfa-receptorů. **Tyroiditidy:** symptomy mohou být maskovány. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzivní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. **Těhotenství:** zastavit léčbu. V případě nutnosti zahájit alternativní léčbu. **Interakce:** **Kombinace kontraindikované:** aliskiren u pacientů s diabetes mellitus nebo poruchou funkce ledvin, mimolehlivě léčba; sakubitril/valsartan. **Nedoporučuje se současně užívat:** centrální působící antihypertenziva, např. klonidin a další (methyldopa, moxonidin, rilmenidin); antiarytmika tříd I (chinidin, disopyramid, lidokain, fenitoin, flekainid, propafenon); antagonisté kalcia typu verapamilu a v menší míře diltiazem; aliskiren a blokátory receptorů pro angiotenzin II; estramustin, kotrimoxazol (trimethoprim-sulfamethoxazol) **, draslík šetřící diuretika (triamteron, amilorid), draslík (soli); lithium. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** antiidiabetika (inzulin, perorální antiidiabetika); nesteroidní antinfekční (NSAID) včetně kyseliny acetylsalicylové > 3 g/den; antihypertenziva a vasodilatanta; trikyklická antidepressiva/antipsychotika/anestetika; sympatimetika; antagonisté kalcia; dihydroprydnidové typy (felodipin, amlodipin); antiarytmika třídy III (amiodaron); parasympatimetika; lokální tabletkámům (např. oční kapky k léčbě glaukomu); digitální glykosidy; baflofen; draslík šetřící diuretika; draslík šetřící diuretika (epeleron, spironolakton); rasecadrolu **, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus). **Kombinace vyžadující určitou opatrnost:** melochin, inhibitory monoclonální (kromě inhibitory MAO-B), glyptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), zlato. **Těhotenství a kojení:** Podávání není doporučeno v prvním trimestru těhotenství a během kojení. Podávání je kontraindikováno ve 2. a 3. trimestru těhotenství. **Vertigo.** **Účinnost na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** u některých pacientů se mohou vyskytnout individuální reakce související s nízkým krevním tlakem. V důsledku toho může být schopnost řídit a obsluhovat stroje narušena. **Nežádoucí účinky:** **Velmi časté:** bradykardie, časté bolest hlavy, záv

