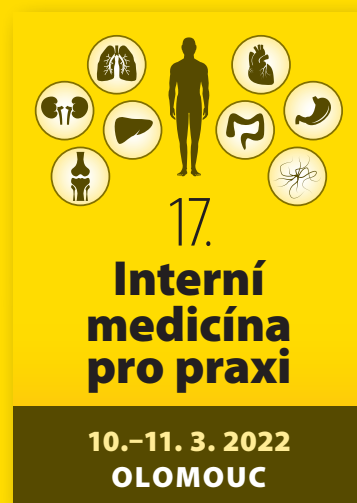


Interní medicína pro praxi



ABSTRAKTA

17. konference ambulantních internistů Interní medicína pro praxi

10.–11. března 2022

Clarion Congress Hotel Olomouc

Společnost SOLEN, s.r.o., ve spolupráci
s III. interní klinikou – nefrologickou, revmatologickou
a endokrinologickou, FN Olomouc

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

An hourglass with a red heart shape in the top bulb and yellow sand in the bottom bulb, symbolizing the passage of time and love.

TRIPLIXAM®

Reference: 1. *Lancet*. 2016 Mar 5;387(10022):957-967. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01225-8. Epub 2015 Dec 24.

Program – čtvrtek 10. března

9.00–9.10 ZAHÁJENÍ KONFERENCE

9.10–10.40 NOVINKY V DIABETOLOGII

odborný garant prof. MUDr. David Karásek, Ph.D.

- **Novinky v léčbě inzulinem** – Haluzík M.
- **Perorální léčba GLP-1 agonisty** – Karásek D.
- **Moderní farmakoterapie obezity** – Cibičková L.
- **Nové technologie v diabetologii** – Krystyník O.

10.40–11.10 PŘESTÁVKA

11.10–12.40 OČNÍ MANIFESTACE INTERNÍCH CHOROB ANEB KDY VOLAT OFTALMOLOGA

odborná garantka MUDr. Michaela Brichová

- **Diabetická retinopatie** – Červená D.
- **Uveitidy** – Brichová M.
- **Náhlá ztráta zraku** – Zaydlar T.
- **Temporální arteriitida** – Horák P.

12.40–13.00 DOBRÁ RADA DO VAŠÍ ORDINACE I

- **Urogenitální infekce – kazuistiky** – Emmer J.

13.00–14.00 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

14.00–14.20 Léčba NOACs – spolupráce interních oborů a praktických lékařů – MUDr. Jan Vachek

(Přednáška je sponzorována společností Pfizer, spol. s r. o.)

14.20–15.20 KARDIOLOGIE

odborný garant prof. MUDr. Vladimír Soška, CSc.

- **Terapie DLP u pacientů s hypertenzí (a s diabetem) v kontextu nových guidelines** – Soška V.
(Přednáška je sponzorována společností SERVIER s. r. o.)
- **Vyšší TF u hyperteniků jako prediktor horší prognózy** – Šnejdrová M.
- **HMOD: fenomén, který u svých pacientů nechceme** – Rutar P.

15.20–15.50 PŘESTÁVKA

15.50–16.10 DOBRÁ RADA DO VAŠÍ ORDINACE II

- **Chronická žilní insuficience u pacientů s diabetes** – Záhumenský E.

16.10–17.40 HEMATOLOGIE

odborný garant prof. MUDr. Miroslav Penka, CSc.

- **JAK2 inhibitory v léčbě myeloproliferativních chorob** – Penka M.
- **Lymfoproliferativní onemocnění** – Michalka J.
- **Autoimunní trombocytopenie** – Červinek L.
- **Nejčastější dotazy při léčbě DOACs v klinické praxi** – Dulíček P.

Program – pátek 11. března

9.00–10.30 ZKUŠENOSTI S PACIENTY S COVIDEM-19

odborný garant MUDr. Michal Kopecký

- Covid – jak šel čas – Kopecký M.
- Virus a imunita – závod kdo s koho – Pačes J.
- Akutní covid-19 – pohled infektologa – Sagan J.
- Péče o postcovidové pacienty – dispenzarizace, léčba – Skála M.

10.30–10.45 Morbus Gaucher v ambulanci interního specialisty – MUDr. Stella Mazurová

(Přednáška je sponzorována společností Takeda Pharmaceuticals Czech Republic s.r.o.)

10.45–11.15 PŘESTÁVKA

11.15–11.35 DOBRÁ RADA DO VAŠÍ ORDINACE III

- Léčba CKD v rukou internistů – Orság J.

11.35–13.05 NEFROLOGIE

odborný garant prof. MUDr. Josef Zadražil, CSc.

- Primární glomerulonefritidy – Zadražil J.
- Akutní poškození ledvin – Petejová N.
- Kostní nemoc při selhání ledvin – Dusilová-Sulková S.
- Pacient po transplantaci ledviny v ambulanci internisty – Viklický O.

13.05–14.00 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

14.00–15.10 BLOK SDRUŽENÍ AMBULANTNÍCH INTERNISTŮ: ZAOSTŘENO NA OSTEOPORÓZU

odborní garanti prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc., MUDr. Richard Pikner, Ph.D.

- Počty osteoporotických zlomenin v České republice v letech 2016–2019 a následná diagnostika léčba, data z Národního registru hrazených zdravotních služeb – Pikner R. a kol.
- Sekundární prevence osteoporotických zlomenin a projekt OSTEO – Pikner R. a kol.
- Program Q-OSTEOPORÓZA: první program pro komplexní hodnocení kvality péče o pacienty v riziku osteoporotických zlomenin – Duba J.
- Praktické zkušenosti s léčbou osteoporózy v interní ambulanci a programem Q-OSTEOPORÓZA – Peška M.
- Aktuální doporučení k léčbě osteoporózy – Palička V.

15.10–15.20 LOSOVÁNÍ ANKETY, ZÁVĚR KONFERENCE

PŘÍSPĚJTE NA DOBROU VĚC!

Vraťte, prosím, při odchodu z této akce visačku.

Za každou vrácenou visačku věnujeme **10 Kč** na provoz Dětského centra Topolany. Každá vrácená visačka je recyklována a opět použita.

Více informací
o tomto projektu
naleznete na
www.solen.cz

SOLE
MEDICAL EDUCATION





LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

DVA RIZIKOVÉ FAKTORY - JEDNO ŘEŠENÍ



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



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 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. **Souběžné podávání s jinými léčivými přípravky:** U pacientů užívajících antivirotika elbasvir/grazoprevir proti hepatitidě C nebo letermovir jako profylaxe infekce cytomegalovirem, souběžné s přípravkem Lipertance nesmí dávka atorvastatinu v přípravku Lipertance překročit 20 mg/den. Užívání přípravku se nedoporučuje u pacientů užívajících letermovir společně s cyklosporinem. **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. **Pediatriká 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 terukeroli pomocnou látku, onemocnění jater v aktivním stavu nebo neobjasněné přetrvávající zvýšení sérových aminotransferáz převyšující 3násobek horní hranice normálních hodnot, během těhotenství, kojení a u žen ve fertilním věku, které nepoužívají vhodné antikoncepční prostředky (viz bod Těhotenství a kojení*), současně užívání s antivirotiky glekaprevirem/pibrentasvirem proti hepatitidě C, závažná hypotenze, šok (včetně kardiogenního šoku), obstrukce levého ventrikulárního výtokového traktu (např. hypertrofická obstrukční kardiomyopatie a vysoký stupeň stenózy aorty), hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu, anamnéza angioedému (Quinckeho edém) souvisejícího s předchozí terapií ACE inhibitory, dědičný nebo idiopatický angioedém, současně užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²), současně užívání se sakubitrilem/valsartanem, Lipertance nesmí být nasazena dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu, 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. Pokud přetrvávají více než trojnásobně zvýšené hodnoty aminotransferáz nad horní hranici normálních hodnot, doporučuje se snížit dávku atorvastatinu nebo léčbu atorvastatinem ukončit. Pacienty, kteří konzumují velké množství alkoholu a/nebo mají v anamnéze jaterní onemocnění, je nutné léčit přípravkem Lipertance s opatrností. Jsou-li hladiny CK na začátku léčby významně zvýšené ($> 5 \times$ ULN), léčba nemá být zahájena. Léčba má být přerušena, objeví-li se významné zvýšení hladin CK ($> 10 \times$ ULN), nebo je-li diagnostikována, případně předpokládána rhabdomyolýza. Riziko rhabdomyolýzy je zvýšené při současném podávání přípravku Lipertance s určitými léky, které mohou zvyšovat plazmatickou koncentraci atorvastatinu, např. se silnými inhibitory CYP3A4 nebo transportních proteinů (např. cyklosporin, telitromycin, klaritromycin, delavirdin, stiripentol, ketokonazol, tipranavir/ritonavir, letermovir atd.). Riziko myopatie může být zvýšeno současným užíváním derivátů kyseliny fibrové, antivirotik k léčbě hepatitidy C (bocepreviru, telapreviru, elbasviru/grazopreviru), erythromycinu, niacinu nebo ezetimibu. 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 hypotenzní odpověď není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou být obvykle užity bez obtíží, jakmile po doplnění objemu stoupne krevní tlak. **Stenóza aortální a mitrální chlopně/hypertrofická kardiomyopatie:** Přípravek je kontraindikován u pacientů se závažnou obstrukcí v oblasti levého ventrikulárního výtokového traktu. **Transplantace ledvin:** Nejsou zkušenosti s podáváním přípravku pacientům po nedávno prodělané transplantaci ledvin. **Renovaskulární hypertenze:** Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné fungující ledviny 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, a to i 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: dialyzovaný pacient s vysokou propustností membrán byl zaznamenán anafylaktoidní reakce. **Hypersenzitivita/angioedém:** okamžité vyzazení léčby a zahájení monitorování do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Souběžné užívání mTOR inhibitorů: zvýšení rizika angioedému. Současné užívání perindoprilu a sakubitrilu/valsartanu je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Léčbu sakubitrilem/valsartanem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčbu perindoprilem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání inhibitorů ACE s rasekadotilem, mTOR inhibitory (např. sirolimem, everolimem, temsirolimem) a gliptiny (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin) může vést ke zvýšenému riziku angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka spolu s poruchou dýchání nebo bez poruchy dýchání). U pacientů, kteří již užívají inhibitor ACE, je třeba opatrnosti při počátečním podání rasekadotrilu, mTOR inhibitorů a gliptinů. **Anafylaktoidní reakce během aferézy nízkodenzitních lipoproteinů (LDL):** vzácný výskyt život ohrožujících anafylaktoidních reakcí, které lze předjet dočasným vyzazením léčby před každou aferézou. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizační léčby** (např. jedem blanokřídlých): reakcím je možné se vyhnout dočasným vyzazením 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 a cév (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 jakékoliv 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), diabetu mellitus, dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a u současně užívání diuretik šetřících draslík a draslíkových doplňků nebo náhrad solí s obsahem draslíku, nebo u pacientů užívajících jiné léčivé přípravky, které mohou způsobovat vzestup sérových koncentrací draslíku (např. heparin, kotrimoxazol) a zejména antagonistů aldosteronu nebo blokátorů receptorů angiotensinu. U pacientů užívajících ACE inhibitory mají být proto kalium šetřící diuretika a blokátory receptorů angiotensinu užívány opatrně a má být kontrolována hladina draslíku v séru a funkce ledvin. **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 nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzinu. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. **Hladina sodíku:** bez sodíku. **Dědičné problémy s intolerancí galaktózy, vrozené nedostatky laktázy nebo malabsorpce glukózy a galaktózy:** přípravek nemá být užíván. **Interakce*:** **Kontraindikace:** Aliskiren (u pacientů s diabetem mellitem nebo poruchou funkce ledvin), mimotělní léčba, sakubitril/valsartan, glekaprevir/pibrentasvir. **Nedoporučované kombinace:** Silné inhibitory CYP3A4, současná léčba ACE inhibitorem a blokátorem receptoru angiotensinu, estramustin, lithium, heparin, imunosupresiva jako cyklosporin nebo takrolimus, trimethoprim a 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 transportérů, warfarin, antidiabetika (inzuliny, perorální antidiabetika), baklofen, nesteroidní antiflogistika (NSAID) (včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den), rasekadotril, mTOR inhibitory (např. sirolimem, everolimem, temsirolimem) a gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin). **Kombinace vyžadující určitou opatrnost:** kolchicin, kolestipol, perorální kontraceptiva, sympatomimetika, tricyclická antidepresiva/ antipsychotika/ anestetika, zlat, digoxin, atorvastatin, warfarin, letermovir, 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 spermatozoí. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje*:** Schopnost reagovat může být narušena při závratí, bolesti hlavy, únavě nebo nauce. Opatrnost je zapotřebí zejména na začátku léčby. **Nežádoucí účinky*:** Velmi časté: edém. Časté: nazofaryngitida, hypersenzitivita, hyperglykemie, somnolence, závrať, bolest hlavy, dysgeuzie, parestezie, vertigo, postižení zraku, diplopie, tinitus, palpitace, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), zrudnutí, faryngolaryngeální bolest, epistaxe, kašel, dyspnoe, nauzeas, 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, pankreatitida, říhání, hepatitida cytolytická nebo cholestatická, kopřivka, purpura, změna zbarvení kůže, hyperhidróza, exantém, alopecie, angioedém, pemfigoid, fotosenzitivní reakce, bolest krku, svalová únava, 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 nálezy leukocytů v moči, snížení tělesné hmotnosti, pád. **Vzácné:** trombocytopenie, stavy zmatenosti, periferní neuropatie, cholestáza, zhoršení psoriázy, Stevens-Johnsonův syndrom, toxická epidermální nekrolýza, erythema multiforme, myopatie, myozitida, rhabdomyolýza, ruptura svalu tendonopatie (někdy komplikovaná rupturou), vzestup hladiny 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, sekundární k nadměrné hypotenzi u vysoké rizikových pacientů, angina pectoris, cévní mozková příhoda možná sekundárně k nadměrné hypotenzi u vysoké rizikových pacientů, eosinofilní pneumonie, gastritida, gingivální hyperplazie, žloutenka, jaterní selhání, exfoliativní dermatitida, akutní renální selhání, lupus-like syndrom. **Není známo:** imunitně zprostředkovaná nekrotizující myopatie, extrapyramidová porucha (extrapyramidový syndrom), Raynaudův fenomén. U jiných inhibitorů ACE byly hlášeny případy SIADH (syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu). SIADH lze považovat za velmi vzácnou, ale možnou komplikaci spojenou s léčbou inhibitory ACE, včetně perindoprilu. **Předávkování*:** Farnakologické vlastnosti*: Atorvastatin je selektivním a kompetitivním inhibitorem HMG-CoA reduktázy. Perindopril je inhibitor angiotensin-konvertujícího enzymu (ACE inhibitor), který konvertuje angiotensin I na angiotensin II. Amlodipin, derivát dihydropyridinu, je inhibitorem transportu kalciových iontů (blokátor pomalých kanálů nebo antagonistů kalciových iontů), který inhibuje transmembránový transport kalciových iontů do srdečních buněk a buněk hladkého svalstva cévních stěn. **Uchovávání:** Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Velikost balení:** Krabička obsahuje 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:** 11.6.2021. Před předepsáním přípravků si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-levic-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-poisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

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

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

Novinky v diabetologii

prof. MUDr. David Karásek, Ph.D.

čtvrtek / 10. března 2022 / 9.10–10.40 hod.

Moderní farmakoterapie obezity

MUDr. Ľubica Cibičková, PhD.

III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická

Fakultní nemocnice a Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Obezita se stává celosvětovou epidemií a její léčba je proto velkou výzvou. Komplexní léčba obezity zahrnuje vždy režimová opatření – především úpravu životosprávy, stravování a navýšení fyzické aktivity. Pokud tento přístup nestačí, je vhodné jej doplnit o farmakoterapii. Ta zároveň může pomoci zredukovat hmotnost před neefektivnějším způsobem redukce hmotnosti, a sice bariatrickou operací.

Farmakoterapie obezity zahrnuje léky omezující chuť na jídlo (fentermin a kombinace naltrexonu s bupropionem), zvyšující výdej glukózy močí (glifloziny – hrazené pouze pro diabetiky), zpomalující vyprazdňování žaludku (GLP-1 agonisté) anebo snižující vstřebávání tuků (orlistat). V přednášce bude rozebráno zejména použití kombinace naltrexon/bupropion a liraglutidu (GLP-1 agonista).

Nové technologie v diabetologii

MUDr. Ondřej Krystyník

Diabetologické centrum, III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická

Fakultní nemocnice a Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

V letošním roce slavíme stoleté výročí objevu a prvního terapeutického využití inzulínu. Tento objev znamenal zásadní zvrat v prognóze pacientů s diabetem 1. typu. Do té doby fatální a prakticky neléčitelné onemocnění se mění v diagnózu, se kterou lze žít plnohodnotný život. K tomu je však nutné co nejpřesněji napodobit způsob, jakým je inzulín v lidském těle uvolňován. Podávání vícečetných malých dávek inzulínu se v průběhu let ukazuje jako vhodný způsob k udržení glykémie blízko normálních hodnot, díky čemuž můžeme bránit rozvoji specifických komplikací diabetu. Intenzifikovaná inzulínová léčba je následně v sedmdesátých letech minulého století zdokonalena vývojem kontinuální podkožní infuze inzulínu, kterou zajišťují inzulínové pumpy. Dalším významným posunem na cestě za efektivnější léčbou diabetu je vývoj glukózových senzorů, které pacientům umožňují prakticky nepřetržitou kontrolu nad změnami glykémie a zásadním způsobem tak usnadňují úpravu dávek inzulínu. V posledních letech jsme svědky postupného technologického spojování glukózového senzoru a inzulínové pumpy matematickým algoritmem, který umožňuje automatickou a na pacientovi již téměř nezávislou úpravu dávkování inzulínu k udržení glykémie v optimálním pásmu. Rozvoj telekomunikačních technologií umožňuje sdílení dat a konzultaci výsledků mezi lékařem a pacientem i bez nutnosti jejich osobního kontaktu v ordinaci. Telemedicina tak virtuálně zkracuje vzdálenosti a činí léčbu dostupnější. Přes veškerý technologický pokrok, který medicína a v užším slova smyslu diabetologie v posledních letech zažívá, zůstává aktivní přístup pacienta k základním režimovým a dietním opatřením základní podmínkou úspěšné léčby diabetu.

Podpořeno grantem MZ ČR – RVO (FNOL, 00098892).

Oční manifestace interních chorob aneb kdy volat oftalmologa

MUDr. Michaela Brichová

čtvrtek / 10. března 2022 / 11.10–12.40 hod.

Diabetická retinopatie

MUDr. Dana Červená

Oční klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Diabetická retinopatie (DR) se spolu s nefropatií a neuropatií řadí mezi chronické mikroangiopatie postihující pacienty s diabetes mellitus (DM) 1. a 2. typu.

Rizikovými faktory výskytu a progresu DR jsou zejména délka trvání DM, typ DM, chronická hyperglykemie, ale i arteriální hypertenze, přítomnost nefropatie a věk pacienta. Postupně dochází ke změně struktury stěny sítnicových cév a na jejich zvýšenou permeabilitu pak navazuje celá řada chemických procesů. Jejich následkem je snížená perfuze sítnice a usazování tuků a tekutiny do sítnice, a to především v centrální části sítnice (makule). V posledních stádiích vznikají novotvořené cévy s možným následným krvácením a dalšími závažnými komplikacemi.

DR dělíme na dvě základní stadia neproliferativní (počínající a pokročilá) a proliferativní (počínající, vysoce riziková). Samostatnou klinickou jednotkou je diabetický makulární edém (DME), který se může vyskytovat u obou forem DR. Všechna jmenovaná stadia mohou být u diabetiků obou typů DM.

K určení diagnózy je kromě základního oftalmologického vyšetření nezbytné vyšetření očního pozadí v arteficiální mydriáze nepřímou oftalmoskopií (u štěrbinové lampy s předsazenou vyšetřovací čočkou). Mezi další doplňující vyšetřovací metody řadíme fluorescenční angiografii (FAG), optickou koherenční tomografii (OCT) a ultrazvukové vyšetření oka.

Základní léčbou DR stále zůstává laserová fotokoagulace sítnice, která je vhodná od pokročilých forem DR ještě před vznikem neovaskularizací. U pokročilých proliferativních forem DR s krvácením do sklivce (ev. i s trakčním odchlípením sítnice) indikujeme chirurgické řešení – pars plana vitrektomii. V současné době se do popředí dostává léčba farmakologická – aplikace depotních kortikoidů nebo blokátorů růstových faktorů (tzv. antiVEGF preparáty – ranibizumab a aflibercept), které používáme v léčbě DME.

Předpokladem úspěšné léčby DR je včasná a přesná diagnostika nálezu, compliance pacienta, mezioborová spolupráce s nastavením co možná nejlepší kompenzace celkového stavu. Frekvence kontrol pacienta je dána doporučením vypracovaným Českou oftalmologickou společností a Českou vitreoretinální společností ve spolupráci s Českou diabetologickou společností.

Uveitidy

MUDr. Michaela Brichová

Oční klinika, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Termínem uveitida se označuje nitrooční zánět, který postihuje uveální tkáň – duhovku, řasnaté těleso a živnatku. Afekce může přestoupit i na okolní struktury – sítnici, zrakový nerv, skléru, rohovku. Vedle anatomického členění (přední, intermediální, zadní a panuveitidy) je velmi důležité pro diagnostiku a především léčbu dělení uveitid na infekční (20–30 %) a neinfekční – autoimunitní či autoinflamatorní záněty. Do této skupiny patří uveitidy asociované se systémovými chorobami (ankylozující spondylartritida, sarkoidóza, roztroušená skleróza mozkomíšní, juvenilní idiopatická artritida, idiopatické střevní záněty, Behçetova nemoc, SLE, TINU syndrom apod.). Celkové choroby mohou vzniku uveitidy předcházet či mohou být diagnostikovány zároveň. Nitrooční zánět však může být jejich časným prvním příznakem a systémová onemocnění se mohou manifestovat i s dlouhou časovou latencí od iniciálních očních projevů.

Ojediněle dojde k rozvoji uveitidy v souvislosti s léčbou systémové choroby – např. infekční uveitidy u pacientů s imunosupresivní terapií, první ataka akutní přední uveitidy po nasazení etanerceptu či rozvoj granulomatózní uveitidy při léčbě blokátory TNF alfa.

S problematikou uveitidy úzce souvisí i maskující syndromy – nálezy odpovídají obrazům nitroočních zánětů, ale jejich etiologie je odlišná. Může se jednat o onemocnění benigní povahy – např. cévní anomálie apod. Závažnější jsou však maligní maskující syndromy, především nitrooční lymfomy.

I když uveitidy jsou relativně vzácná oční onemocnění, podílejí se 10 % na vzniku slepoty ve vyspělých zemích a u pacientů v produktivním věku jsou druhou nejčastější příčinou ztráty vizu hned po diabetické retinopatii. Správná diagnostika a adekvátní léčba uveitid a maskujících syndromů má tedy významný dopad zdravotní i sociální.

V případech péče o pacienty s nitroočními záněty či maskujícími syndromy asociovanými se systémovými chorobami je nezbytná informovanost o projevech a průběhu očního i celkového onemocnění a ochota k úzké mezioborové spolupráci jak v diagnostice, tak v léčbě.

Náhlá ztráta zraku

MUDr. Tomáš Zaydlar

Oční klinika 1. LFUK a VFN v Praze

Mezi nejčastější a nejzávažnější příčiny ztráty zraku z očních příčin patří následující jednotky:

Glaukomový záchvat

Glaukomový záchvat vzniká akutním uzávěrem komorového úhlu, tedy místa, odkud se vstřebává nitrooční tekutina z oka. Následuje růst nitroočního tlaku k vysokým hodnotám, které působí pokles vidění různého stupně, haló kolem zdroje světla, výraznou bolestivost oka a poloviny hlavy na postižené straně. Častá je nauzea a zvracení. Častěji se vyskytuje u hypermetropů a ve středním a vyšším věku. Kombinací lokální a celkové medikamentózní terapie snižujeme nitrooční tlak, dále provádíme laserovou iridotomii k vytvoření alternativní cesty nitrooční tekutiny očními strukturami. Jako prevence může dobře posloužit operace katarakty. V akutní fázi je třeba glaukomový záchvat odlišit od jiných typů bolestí hlavy, neboť úlevu může přinést pouze oftalmolog.

Okluze centrální retinální arterie

Uzávěr centrální sítnicové tepny je příčinou úplné nebolestivé ztráty zraku. Jedná se o akutní stav, při jehož zjištění by mělo následovat neodkladné interní vyšetření. Okluzi arterie může vyvolat embolus, působící obstrukci krevního toku nebo tvorbu trombu. Další příčinou může být vaskulitida, spasmus či traumatická destrukce cévní stěny. Nedostatek kyslíku v sítnici má za následek těžkou ztrátu zraku v postižené oblasti sítnice. V řádu týdnů před příhodou mohou pacienti pozorovat několikaminutové epizody slepoty, obvykle s plnou restitucí – tzv. amaurosis fugax. V současné době není známa účinná a bezpečná léčba tohoto stavu. Z celkových vyšetření je doporučeno provést sonografické vyšetření karotid, kardioechografii, krevní obraz, FW, CRP. U mladších pacientů je třeba vyšetřit hyperkoagulační stavy a vyloučit autoimunitní onemocnění.

Okluze centrální retinální vény

Uzávěr sítnicové žíly je poměrně častou příčinou ztráty zraku různého stupně. Je druhým nejčastějším cévním onemocněním sítnice po diabetické retinopatii. Vznik trombu způsobí omezení odtoku krve z postižené oblasti s následným vznikem velkého množství sítnicových haemorrhagií, otoku terče zrakového nervu a makuly a ischemie sítnice rozličného rozsahu. Míra postižení zrakových funkcí závisí zejména na rozsahu ischemie. Oftalmologická léčba spočívá v odstraňování makulárního edému blokátory vaskulárního endotelového růstového faktoru a laserové fotokoagulaci ischemické sítnice. Interní vyšetření by mělo zahrnovat detekci a případnou léčbu kardiovaskulárních rizikových faktorů a hyperkoagulačních stavů.

Krvácení do sklivce (hemoftalmus)

Krvácení do sklivce je sekundárním projevem jiného očního onemocnění. Vzniká jako komplikace pokročilé diabetické retinopatie, těžké okluze centrální retinální vény či arterie nebo jiného cévního postižení. Může také vzniknout během přirozeného odlučování zadní plochy sklivce od

sítnice či po očním traumatu. Léčba závisí na vyvolávající příčině. Při nevstřebávající se krvi ze sklivce je obvykle chirurgická.

Rhegmatogenní odchlípení sítnice

Vznikem trhliny v periférii sítnice je umožněn proud sklivcové tekutiny mezi sítnicí a cévnatku, která vyživuje zevní vrstvy sítnice. Sítnice je ischemická a ztrácí svoji funkci. Pacienti mohou před vznikem samotného odchlípení pozorovat blesky či padající saze. Odchlípující se sítnice se projevuje jako zatahování opony jdoucí ze strany, častěji od nosu. Ztráta vidění je nebolestivá. Léčba spočívá v chirurgickém přiložení sítnice a ošetření trhlín. Čím dříve se provede operace, tím větší je šance na slušné zachování zrakových funkcí.

Temporální arteriitida

prof. MUDr. Pavel Horák, CSc.

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

Temporální arteriitida v širším slova smyslu též obrovskobuněčná arteriitida (Giant cell arteritis-GCA) je chronická, idiopatická, granulomatózní vaskulida velkých či středních tepen vyskytující se s dvojnásobnou prevalencí u ženského pohlaví. Objevuje se sporadicky od 50 let věku, její incidence se v 6.–8. deceniu zvyšuje. Zahrnuje dva typy postižení tepen, které se často překrývají, a to kraniální formu zvanou tradičně temporální arteriitida (Hortonova choroba) a extrakraniální formu LV-GCA (Large vessel-GCA) postihující aortu a z ní odstupující tepny. Klinické manifestace choroby jsou heterogenní, byť částečně odrážejí lokalizaci změn. V případě postižení temporální arterie a jejich větví je častým příznakem bolestivost v průběhu cévy, citlivost kštic, dále cefalea, hmatné zduření ve spánkové oblasti, poruchy zraku a klaudikace žvýkacího svalstva. Všechny oftalmologické manifestace GCA (postižení arteria ophtalmica a jejich větví) jsou emergentní pro riziko permanentní ztráty zraku. V případě postižení aorty a odstupujících tepen mohou tyto příznaky chybět. Ukazuje se, že tato forma choroby se vyskytuje častěji u žen a v mladším věku než postižení temporální arterie, může být doprovázena klaudikacemi v horních či dolních končetinách, šelesty nad velkými cévami, rozdíly v krevním tlaku či síle pulzu mezi končetinami a rizikem tvorby aneurysmat. LV GCA může být také klinicky němá a projevovat se pouze nespecifickými konstitučními projevy, jako je únava, horečka či váhový úbytek. Celkové projevy jsou však vlastní i temporální formě, v obou případech se často vyskytuje rovněž polymyalgia rheumatica, která je s chorobou úzce spjata. Pro GCA neexistuje specifický laboratorní test, choroba je doprovázena často výrazným vzestupem reaktantů akutní fáze, někdy se objevuje vzestup hladin alkalické fosfatázy a často nemoc doprovází anemie chronických chorob.

Diagnostika postižení temporální arterie se dosud opírala o „zlatý standard“ diagnózy, o histologické vyšetření biopsie temporální arterie s nálezem granulomu, obrovských buněk či monocytárního infiltrátu v cévní stěně. Provedení biopsie však nesmí zpozdit diagnostický proces pro zmiňované riziko poškození zraku. Proto v současných doporučeních EULAR je kladen velký důraz na časnou diagnostiku nemoci s využitím zobrazovacích metod. Metodou volby v případě postižení temporální arterie je barevný ultrazvuk prováděný zkušeným vyšetřujícím se senzitivitou 77 % specifitou 96 %. V případě LV-GCA jsou doporučovanými vyšetřovacími metodami FDG PET-CT, magnetická rezonance či CT angiografie.

Glukokortikoidy zůstávají po mnoho let stále lékem volby pro indukci i udržení remise GCA. Úvodní doporučená dávka je 0,75–1 mg/kg a po dosažení efektu terapie se dávky velmi pozvolna redukuje k nejnižší účinné dávce, celková délka terapie je většinou 1–2 roky, někdy se však vysazení glukokortikoidů nedaří. Často dochází k relapsům nemoci. Léčba vysokými dávkami glukokortikoidů jako i dlouhodobá udržovací léčba je doprovázena řadou dobře známých vedlejších účinků. Výsledky tří randomizovaných studií srovnávajících účinek methotrexátu s placebem u pacientů léčených glukokortikoidy potvrdily, že jeho přidání do léčby vede k signifikantnímu snížení kumulativní dávky glukokortikoidů po 48 týdnech léčby a umožňuje trvalou redukci jejich dávek s nižším rizikem relapsu temporální arteritidy, chybí však konzistentní data ohledně jeho efektu u LV GCA. Multicentrická randomizovaná, dvojité slepá studie 3 fáze (GiACTA) hodnotila efekt a bezpečnost tocilizumabu u nemocných s GCA. V aktivně léčených skupinách bylo signifikantně méně vzplanutí

blokurima

doplněk stravy

2 g D-MANÓZY



5 mg LYZÁTU UPEC



blokurima

Složení jednoho sáčku:

2 g D-Manózy
+ 5 mg lyzátu UPEC
+ 60 mg artichoke

blokurima

Složení jednoho sáčku:

2 g D-Manózy

Dávkování:

Jeden sáček denně (nejlépe večer před spaním).



PODPORUJE NORMÁLNÍ FUNKCI
**MOČOVÝCH
CEST***

* obsahuje 60 mg
Artichoke P.E. 5:1

ona
pharm



choroby a nemocní užíli významně nižší celkovou kumulativní dávku prednisonu. Bezpečnostní profil přípravku nepřinesl nová zjištění, pozorného čtenáře možná zaujal větší počet infekcí u CGA, než tomu bylo ve studiích s revmatoidní artritidou, což zřejmě odpovídá rizikovosti nemocných s obrovskobuněčnou arteriitidou díky vyššímu průměrnému věku. Výsledky studie jsou velmi impozantní a vedly k registraci tocilizumabu podávaného v dávce 162 mg subkutánně 1x týdně pro léčbu GCA.

Podpořeno MZ ČR RVO FNOL-0098892 a grantem IGA_LF_2022.

Kardiologie

prof. MUDr. Vladimír Soška, CSc.

čtvrtek / 10. března 2022 / 14.20–15.20 hod.

Terapie DLP u pacientů s hypertenzí (a s diabetem) v kontextu nových guidelines

prof. MUDr. Vladimír Soška, CSc.

Oddělení klinické biochemie, Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

Hypertenze a hypercholesterolemie jsou dva nejčastější (a často souběžně se vyskytující) rizikové faktory pro aterosklerotická kardiovaskulární onemocnění (AS KVO). Vysoké riziko AS KVO je také u většiny pacientů s diabetes mellitus, u kterých je velmi často přítomna souběžně hypertenze i dyslipidemie. Výsledky klinických studií prokázaly, že velké části AS KVO lze předejít včasným snížením LDL-cholesterolu (LDL-ch) a dosažením optimálních hodnot krevního tlaku. Přínos snížení LDL-ch i krevního tlaku roste s časem a pro zásadní zlepšení prognózy pacientů proto musí být terapie dlouhodobá. To vše se odráží i v nejnovějších společných doporučeních Evropské kardiologické společnosti a dalších 12 odborných společností, publikovaných v roce 2021. Základním krokem před zahájením farmakoterapie by měl být odhad rizika budoucích AS KVO podle inovovaných tabulek SCORE2. Ty zohledňují riziko nejen fatálních, ale nově i nefatálních příhod ve výhledu 10 let. Další novinkou je to, že hodnota celkového cholesterolu pro odhad rizika je v nich nahrazena non HDL-cholesterolem, který zohledňuje přítomnost všech aterogenních lipoproteinů v krvi. Nové jsou i tabulky SCORE-OP pro osoby starší 70 let. Cílové hodnoty LDL-ch a krevního tlaku pro jednotlivé kategorie rizika zůstávají stejné jako v předchozích doporučeních z roku 2016; stran terapie dyslipidemie jsou uvedeny (kromě cílových hodnot LDL-ch) také cílové hodnoty non HDL-cholesterolu a apolipoproteinu B. Postup při dosahování cílového krevního tlaku i LDL-ch je nově rozdělen do dvou postupných kroků a je zdůrazněna nutnost individuálního přístupu při posuzování rizika i pro rozhodování o zintenzivnění terapie ve druhém kroku. Obdobný postup platí i pro terapii pacientů s diabetes mellitus. Zcela individuální přístup k farmakoterapii je zdůrazněn pro osoby starších 70 let. Velmi důležité je také udržení pacienta na terapii. Adherence k dlouhodobé terapii hypercholesterolemie a hypertenze s časem klesá, ale lze ji výrazně zlepšit snížením počtu tablet použitím fixních kombinací statinu a antihypertenziv. Právě tento přístup s podáváním „polypils“ je v nových doporučeních také zdůrazněn.

Závěr

Pro zlepšení kardiovaskulární prognózy pacientů je třeba intervenovat současně dyslipidemií i hypertenzí. Pacienty lze k terapii motivovat také vysvětlením výše jejich rizika s použitím tabulek SCORE2. Ke zlepšení jejich dlouhodobé adherence k farmakoterapii hypertenze a dyslipidemie je vhodné snížení počtu tablet s využitím fixních kombinací antihypertenziv a hypolipidemik.

Vyšší TF u hypertoniků jako prediktor horší prognózy

MUDr. Michaela Šnejdrová, Ph.D.

Centrum preventivní kardiologie, 3. interní klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Málo diskutovanou skutečností je fakt, že velmi častým jevem u pacientů s hypertenzí je zvýšená tepová frekvence (TF). Více než 30 % pacientů s hypertenzí má klidovou TF 80 tepů/min nebo více.

bisoprolol fumarát + perindopril arginin

NOVĚ
90 tbl. balení
Cosyrel 5/5
a 5/10 mg



Zpracává informace o přípravku COSYREL® SLOŽENÍ: Cosyrel 5 mg/5 mg; Cosyrel 10 mg/10 mg; 10 mg/10 mg; 10 mg/10 mg; potahované tablety obsahují bisoprolol fumarát (bis) 5 mg/ perindoprilum argininum (per) 5 mg, 5 mg/bis/10 mg; per 10 mg/bis/10 mg; 10 mg/bis/10 mg. **NIDOKACE®:** 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 substituci léků v důsledcích pacienti adekvátně kontrolovaných bisoprololem a perindoprilem podáváním 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. Při kombinaci není vhodná k iniciální léčbě. U pacientů stabilizovaných na dávce bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 2,5 mg nebo bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 5 mg, půl tablety obsahující 5 mg/5 mg nebo 5 mg/10 mg jednou denně. Je-li nutná změna dávkování, třeba je nutno provádět za použití jednotlivých složek samostatně. **Porucha funkce ledvin:** Doporučené dávkování podle clearance kreatininu, 5 mg/5 mg Cl ≥60 l/min/1,73 m²; 1 tableta, 30-Cl <60; 1/2 tablety Cl <30; přípravek není vhodný; doporučená útlaková dávka za použití jednotlivých složek samostatně, 5 mg/10 mg; Cl ≥60; 1/2 tablety Cl <60; přípravek není vhodný. 10 mg/5 mg Cl ≥60; 1 tableta; Cl <60; přípravek není vhodný. **Porucha funkce jater:** není nutná úprava dávkování. **Starší pacienti:** podávání podle renální funkce. **Pediatrická populace:** Bezpečnost a účinnost nystavy stanovena, použití dle dle dospívajících se nedoporučuje. **KONTRAINDIKACE:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoliv pomocnou látku nebo na jiné inhibitory angiotenzin-konvertujícího enzymu (ACE); akutní srdeční selhání nebo probíhající epizody srdeční dekompenzace vyžadující IV inotropní terapii; kardioгенный šok; AV blok druhého nebo třetího stupně (bez pacemakeru); síst sinus syndrom; sinoatriální blokáda; symptomatická bradykardie; symptomatická hypotenze; zvažné bronchiální astma nebo chronická obstrukční plicní nemoc; zvažné formy periferní arteriální okluze; onemocnění moči Raynaudova syndromu; neléčený feochromocytom (viz bod Upozornění **); metabolická acidoza; anemazie angioneurotického edému souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE; dědičný nebo idiopatický angioneurotický edém; 2. a 3. trimestr těhotenství (viz body Upozornění a Kojení **); současné užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo s poruchou funkce ledvin (GRF <60 ml/min/1,73 m²) (viz bod Upozornění **). Interakce * a Farmakodynamické vlastnosti *. Současné užívání se sakubitrilem/Valsartanem: Cosyrel nemůže být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/Valsartanu ** (viz bod Upozornění a Interakce *), mimotelně léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitym povrchem (viz bod Interakce *), signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné fungující ledviny (viz bod Upozornění **). **UPOZORNĚNÍ:** **Hypotenze:** u pacientů s pokleskem objemu tekutin těchto, což, se symptomatickým srdečním selháním se současnou renální insuficiencí nebo bez ní, s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovasculárním chorbami je při zahájení léčby a změně dávky zapotřebí monitorování. Náhle hypotenzi odpovídá není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou pacient obvykle užít bez obtíží, jakmile jim po doplnění objemu skupne krátko. **Hypersenzitivita/angioedém/intestinální angioedém:** vysadit a zahájit monitorování až do úplného vymizení symptomů. Léčba betablockerem může pokračovat. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Současné užívání perindoprilu a sakubitrilu/Valsartanu je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Léčbu sakubitrilem/Valsartanem nete zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/Valsartanem ukončena, léčbu perindoprilem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/Valsartanu. Současné užívání inhibitorů ACE s rasekatoridinem, mTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a giplyny (např. linagliptin, sitagliptin, stiglatipin, vidagliptin) může vést ke zvýšenému riziku angioedému (např. otok dyachých cest nebo jazyka spolu s poruchou dýchání nebo bez poruchy dýchání). U pacientů, kteří již užívají inhibitory ACE, je třeba opatrnosti při počátečním podání rasekatoridinu, mTOR inhibitorů (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a giplyny (např. linagliptin, sitagliptin, stiglatipin, vidagliptin) **. **Selhání jater:** vážené by inhibitory ACE spojovány se syndromem, který začíná cholestatickou žoutenkou a progresuje ve fulminantní jaterní nekrózu a (někdy) v úmrtí; ukončit léčbu v případě rozvoje žoutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů. **Cesnácká populace:** perindopril může být méně účinný a způsobí vyšší procento angioedému ve srovnání s jinými rasami. **Neproduktivní kašel/Hyperkalémie:** časté monitorování koncentrace draslíku v krvi v případě renální insuficience, zhoršení renálních funkcí, vek >70 let, diabetes mellitus, dehydratace, akutní srdeční nedostatečnost, metabolická acidoza a současné užívání draslík-sheřících diuretik, draslíkových doplňků, náhrad soli s obsahem draslíku, léčebných přípravků, které mohou způsobovat vzestup sérových koncentrací draslíku a zejména antagonistů aldosteronu nebo blokátorů receptorů angiotensinu **. U pacientů užívajících ACE inhibitory mají být proto kalium šetřící diuretika a blokátory receptorů angiotensinu užívány opatrně a má být kontrolována hladina draslíku v séru a funkce ledvin **. **Kombinace s lithium;** s draslíkšetřícími diuretiky, draslíkovými doplňky nebo náhradami soli obsahujícími draslík, kaliovými antagonisty, antarytmiky třídy I a centrálně působícími antihypertenzivy; se obeznámte nepodávají. **Dualní blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS);** současné užívání inhibitorů ACE, blokátorů receptorů pro angiotensin II nebo aliskrenu zvyšuje riziko hypotenze, hyperkalémie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Dualní blokáda RAAS se proto nedoporučuje. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotensin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Ukončení léčby;** nesmí být provedeno náhle; ukončení léčby betablockerem. Dávkování má být snižováno postupně pomocí jednotlivých složek, ideálně po dobu dvou týdnů. **Bradylakcie:** při poklesu srdeční frekvence pod 50 – 55 tepů za minutu v průběhu léčby a pacient pociťuje symptomy související s bradykardií, dávka má být snižována za použití jednotlivých složek v vhodné dávce bisoprololu. **AV blok prvního stupně, stenóza aortální a mitrální chlopň, hypertrofická kardiomyopatie, diabetici, stříkaná píseň:** podávat s opatrností. **Prizmatická angina;** pacienti/pacientky mohou zvýšit počet a délku trvání epizod anginy pectoris. **Porucha funkce ledvin:** denní dávka má být upravena na základě clearance kreatininu. Monitorování stavů pacientů. U pacientů s bilaterální stenózou renálních arterií nebo stenózou renální arterie u jedné fungující ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko zvažné hypotenze a renálního selhání (viz bod Kontraindikace). Léčba diuretiky může přispívat k této situaci. Zdraví renálních funkcí může být pouze prověřeno pomocí minimální změny sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. **Transplantace ledvin, srdeční selhání s inzulin dependentním diabetem mellitem (typ II), těžkou poruchou funkce ledvin, těžkou poruchou funkce jater, restrikční kardiomyopatii, vzájemným sedícím onemocněním, hemodynamicky významným organickým onemocněním chlopni, infarktem myokardu v předchozích 3 měsících;** nejsou zkušenosti s podáváním. **Analytické údaje během léčby nízkodávkovým lipoproteinem (LDL) pomocí dexamethasonu;** vážené se vyskytly život ohrožující analytické reakce, že předehled časovým vyšetřením léčby inhibitory ACE před každou aplikací. **Analytické údaje během desenzibilizace;** dočasné vysadit léčbu před vyšetřením. Tyto reakce se znovu objevily po náhodném opětovném vystavení. Bisoprolol může zvýšit senzitivitu vůči alergikum i závislost analytických reakcí. **Neuropenie/agranulocytóza/thrombocytopenie/anemie;** analytické údaje u pacientů s kolagenovou vaskulární onemocněním, s imunosupresivní léčbou, léčbou aglutinodem nebo prokainamidem; doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů. **Bronchospasmus (bronchiální astma, obstrukční onemocnění dýchacích cest);** soubežné podávání bronchodilatačních preparátů. **Anestezie;** pokud je nutné betablocker vysadit, je třeba to provádět postupně a ukončit 48 hodin před anestézií. **Poznámka:** podání po zvýšení příjmu a nároku, **feochromocytom;** podávání bisoprololu vždy s blokátorem adrenergických receptů. **Tyroiditida;** symptomy mohou být maskovány. **Primární hyperaldosteronismus;** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem by mohli neodpovídat na antihypertenzivní léčbu působící přes inhibiční systém renin-angiotenzinu. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. **Těhotenství;** zastavit léčbu. V případě nutnosti zahájit alternativní léčbu. Pomocné látky: bez sodku. **INTERAKCE*: Kombinace kontraindikovaná:** aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo poruchou funkce ledvin, mimotelně léčba, sakubitril/Valsartan. **Nedoporučuje se současné užívání:** centrálně působící antihypertenziva, např. klonidin a další (methyldopa, moxonidin, flmoxidin); antarytmika třídy I (chinidin, disopyramid, lidokain, fenofen, flekaidin, propafenon); antagonisté kalcia typu verapamilu a v menší míře diltiazem; aliskiren a blokátory receptorů pro angiotensin II, estramifin, heparin, imunosupresiva jako cyklosporin nebo takrolimus, trimethoprim a kotrimoxazol (trimethoprim/sulfamethoxazol), draslík šetřící diuretika (triarterien, amilorid), draslík (sol), lithium. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** antiidiabetika (inzulin, perorální antiidiabetika); nesteroidní antiinfektiva (NSAID) včetně vysokých acetylsalicylátů ≥ 3 g/denně; antihypertenziva a vasodilatanta; tricyklická antidepressiva/psychotropika/anestetika; symptomatické; antagonisté kalcia dihydropyridinového typu (amlodipin, amlodipin); antarytmika třídy III (amiodaron); parasympatické lokální betablockery (např. oční kapky k léčbě glaukomu); digitální glykosidy; baflofen; draslík šetřící diuretika; draslík šetřící diuretika (egleron, spironektol); rasekatoridinu; inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a giplyny (linagliptin, sitagliptin, stiglatipin, vidagliptin). **Kombinace vyžadující určitou opatrnost:** melatonin; inhibitor monoaminooxidasy (kromě inhibitorky MAO-B, datu. **Látky vyvolávající hyperkalémie:** aliskiren, draselsá sol, draslík-shetřící, inhibitory ACE, antagonisté receptoru pro angiotensin II, NSAID, heparin, imunosupresiva jako cyklosporin nebo takrolimus, trimethoprim a kotrimoxazol (trimethoprim/sulfamethoxazol) **. **TEHOTENSTVÍ A KOJENÍ*** Podávání není doporučeno 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 krvním tlakem. V důsledku toho může být schopnost řídit a obsluhovat stroje narušena. **NEZAĐODNOÚČINKY**:** Velmi časté: bradykardie. Časté: bolest hlavy, závrat



Přitom z řady klinických studií víme, že zvýšená klidová TF je u běžné populace spojena s nepříznivou KV prognózou – zvýšeným rizikem KV onemocnění, ICHS, náhlého srdečního úmrtí i celkové mortality. Zvýšená TF (klidová TF > 80 tepů/min) je proto u hypertenze uznávaným KV rizikovým faktorem. Nedostatečná kontrola TK, ale i dlouhodobě zvýšená sympatická nervová aktivita a tedy i TF zůstává nadále zásadním problémem. Mezi faktory související s nedostatečnou kontrolou TK patří terapeutická inercie (mnoho pacientů zůstává na monoterapii a/nebo užívá suboptimální dávky, a to i přes nedostatečnou kontrolu TK) a nízká adherence k léčbě.

HMOD: fenomén, který u svých pacientů nechceme

MUDr. Pavel Rutar

Interní oddělení Nemocnice Na Homolce, Praha

HMOD – hypertenzí mediované orgánové poškození je označení pro skupinu patologických stavů různých orgánových soustav, v jejichž etiopatogenezi hraje zásadní roli arteriální hypertenze. Všechny tyto stavy se postupně vyvíjejí, zpravidla díky spíše dlouhodobému působení arteriální hypertenze, a mají 3 základní fáze – fázi subklinickou, fázi s klinicky detekovatelným reverzibilním poškozením a fázi s orgánovým poškozením již ireverzibilním. U každého pacienta k tomuto vývoji dochází různou rychlostí, a i přes to, že jsme cíleným vyšetřením a dalším sledováním pacienta schopni jej zařadit do konkrétního stadia HMOD, přesnějšího určení pacientovy aktuální pozice na pomyslné přímce vývoje uvnitř jednotlivých fází HMOD však schopni v podstatě nejsme. I z tohoto důvodu musíme být důslední a razantní v dosahování uspokojivé kontroly krevního tlaku našich hypertoniků, neboť při příliš laxním přístupu k léčbě může pacient před našima očima záhy postoupit do vyššího stadia HMOD. Jen včasná a správně vedená léčba může vést k regresi některých známek HMOD či alespoň k zastavení či zpomalení progresu orgánového poškození. Pokud u pacienta již dokonce prokážeme známky hypertenzí mediovaného orgánového poškození (mikroalbuminurie, pokles glomerulární filtrace, hypertrofie levé komory srdeční, hypertenzní retinopatie, pokles ankle-brachiálního indexu, průkaz aterosklerotického poškození karotid...), je pro nás toto zjištění jasným signálem, že se daný pacient nachází ve vyšším kardiovaskulárním riziku (KVR), než by odpovídalo KVR vypočtenému dle tabulek SCORE. Současně s touto informací získáváme i povědomí o tom, že takového pacienta musíme neprodleně a intenzivně léčit. Zahájení farmakoterapie arteriální hypertenze je u většiny pacientů, a zejména pak u pacientů se známkami HMOD, indikováno fixní kombinací léčbou dvou antihypertenziv (ACEI + kalciový blokátor či diuretikum; AT1 blokátory pak lze využít u pacientů netolerujících ACEI). Pokud do šesti týdnů nedosáhneme u pacienta uspokojivé kompenzace arteriální hypertenze na fixní dvoukombinaci, rozšiřujeme farmakoterapii na fixní trojkombinaci, kterou nadále titrujeme s cílem dosáhnout uspokojivé kompenzace krevního tlaku do tří měsíců od zahájení léčby. Benefit zvýšení adherence pacienta k terapii při použití fixních kombinací je v současné době podpořen nejen klinickými studiemi, ale i několikaletými klinickými zkušenostmi z naší praxe. Při terapii fixní trojkombinací perindopril-amlodipin-indapamid bylo ve studii TRICOLOR dosaženo kontroly krevního tlaku pod 140/90 mm Hg u 93,4 % pacientů. Že uptitrace léčby s cílem dosažení uspokojivé kompenzace arteriální hypertenze, tedy pro většinu pacientů na hodnoty TK kolem 130/80 mm Hg, má smysl, dokazuje např. i Rahimiho práce publikovaná v loňském roce v Lancetu, která prokázala, že redukce systolického krevního tlaku o 5 mm Hg, bez ohledu na vstupní hodnotu krevního tlaku (tedy i u normotoniků), vede k redukcí výskytu závažných kardiovaskulárních komplikací o 10 %, iktů o 13 %, srdečního selhání o 14 % a úmrtí z kardiovaskulárních příčin o 5 %. A že se těsnější kompenzace krevního tlaku není třeba zásadně obávat, pak dokazují data ze studie STEP, provedené na více než 8 500 pacientech ve věkové skupině nad 60 let, kdy i intenzifikovaně léčená podskupina těchto pacientů, která dosáhla průměrného systolického krevního tlaku 125,6 mm Hg, prokázala velmi dobrou toleranci léčby. Osvědčenou molekulou s dlouhým výčtem dat o svém příznivém vlivu na redukcí kardiovaskulárního rizika hypertoniků a s průkazem o navození regrese nekalcifikovaných aterosklerotických plátů arteriální stěny je perindopril arginin. Jeho využití ve fixních kombinacích s amlodipinem a indapamidem je pak rovněž podloženo řadou studií prokazujících příznivý efekt na kardiovaskulární protekci hypertoniků při zachování metabolické neutrality.

VENO-LYMFATICKÁ INSUFICIENCE A SYMPTOMATICKÁ LÉČBA HEMOROIDŮ

Cyclo3Fort®

RUSCUS ACULEATUS
HESPERIDIN METHYLCHALCON
Kyselina askorbová



TROJNÁSROBNÁ SÍLA pro plnou úlevu



ZVYŠUJE ŽILNÍ
& LYMFATICKÝ TONUS²⁻⁴

CHRÁNÍ
MIKROCIRKULACI^{5,6}

REDUKUJE
ZÁNĚT⁶⁻⁸

* Grade 1A pro bolest, těžké nohy, pocit oteklých nohou, parestézie a otok

Reference: 1. Nicolaides, A. *et al.* Management of chronic venous disorders of the lower limbs - Guidelines According to Scientific Evidence: Chapter 8 - Venoactive drugs. *Int Angiol* 37, 232–254 (2018). 2. Marcelon, G. *et al.* Effect of Ruscus aculeatus on isolated canine cutaneous veins. *Gen. Pharmac.* 14, 103–106 (1983). 3. Marcelon, G. *et al.* Effect of Ruscus on the adrenoreceptors of the canine lymphatic thoracic duct. *Phlebology* 109–112 (1988). 4. Jäger, K. *et al.* Pharmacodynamic Effects of Ruscus Extract (Cyclo 3 Fort®) on Superficial and Deep Veins in Patients with Primary Varicose Veins: Assessment by Duplexsonography. *Clinical Drug Investigation* 17, 265–273 (1999). 5. Pouget, G. *et al.* Effect of Ruscus extract on peripheral lymphatic vessel pressure and flow. *in Return Circulation and Norepinephrine: an update* 89–95 (P.M. Vanhouette, John Libbey Eurotext, 1991). 6. Thebaud, J. J. Studies concerning the activity of a phlebotonic agent. *Fortschr. Med.* 101, 1206–1212 (1983). 7. Bouskela, E. *et al.* Inhibitory effect of the Ruscus extract and of the flavonoid hesperidine methylchalcone on increased microvascular permeability induced by various agents in the hamster cheek pouch. *Journal of Cardiovasc. Pharmacol.* 22, 225–230 (1993). 8. Rauly-Lestienne, I. *et al.* Contribution of muscarinic receptors to in vitro and in vivo effects of Ruscus extract. *Microvascular Research* 114, 1–11 (2017).

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU

Název přípravku: CYCLO 3 FORT 150 mg/150 mg/100 mg tvrdé tobolky

Složení: 1 tvrdá tobolka obsahuje Ruscus extractum siccum 150,0 mg (obs. heterosida sterolica), Hesperidini methylchalconum 150,0 mg, Acidum ascorbicum 100,0 mg. Pomocné látky: oranžová žluť. **Léková forma:** Tvrdá želatinová tobolka s neprůhlednou spodní částí žlutou, neprůhlednou vrchní částí oranžovou. **Indikace:** Léčba symptomů souvisejících s cévní a lymfatickou nedostatečností (pocit těžkých nohou, syndrom neklidných nohou, bolesti, otoky, parestézie DK, křeče v lýtku). Symptomatická léčba hemoroidů. Přípravek je určen k léčbě dospělých osob. **Dávkování a způsob podání:** Při cévní a lymfatické nedostatečnosti: 2–3 tobolky denně (tj. 2–3 x 1 tobolka denně). V proktologii: 4–6 tobolek denně (tj. 2 x 2–3 tobolky denně), udržovací léčba je 2 tobolky denně (2 x 1 tobolka denně). Tobolky se polykají celé a mají se řádně zapít vodou. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na kteroukoliv složku přípravku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Pokud se vyskytne průjem, léčba musí být přerušena. Hemoroidální ataka: Léčba musí trvat jen krátce. Podávání přípravku není náhrada specifické léčby jiné proktologické nemoci. Pokud se symptomy rychle nevylepší, je nutné provést proktologické vyšetření a léčba musí být přehodnocena. Poruchy ukládání železa (thalasémie, hemochromatóza, sideroblastická anémie) vzhledem k přítomnosti kyseliny askorbové ve složení léčivého přípravku. V rámci dietních opatření se doporučuje omezit maximální denní přísun kyseliny askorbové na 500 mg. Tento léčivý přípravek obsahuje také azobarvivo [oranžovou žluť FCF (E110)] a může způsobit alergické reakce. **Interakce:** Nebyly provedeny žádné studie interakcí s jinými léčivými přípravky nebo jídlem. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Těhotenství: Existuje omezené množství údajů z užívání přípravku CYCLO 3 FORT u těhotných žen. Studie na zvířatech nenaznačují přímé ani nepřímé škodlivé účinky s ohledem na reprodukční toxicitu. Jako preventivní opatření je vhodné vyhnout se používání přípravku CYCLO 3 FORT během těhotenství. Kojení: Není známo, zda metabolity přípravku CYCLO 3 FORT jsou vylučovány do lidského mateřského mléka. Riziko pro novorozence / kojence nelze vyloučit. Je nezbytné rozhodnout zda přerušit kojení nebo přerušit léčbu přípravkem CYCLO 3 FORT po zvážení přínosů kojení pro dítě a přínosů léčby pro ženu. Fertilita: Nejsou k dispozici žádné údaje týkající se fertility. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Nebyly provedeny žádné studie. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji průjem a bolest břicha. Závažný průjem spojený se ztrátou váhy a s poruchou iontové rovnováhy velmi rychle ustupuje po vysazení léčby. **Doba použitelnosti:** 2 roky. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte při teplotě do 25° C v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Pierre Fabre Medicament, 45 Place Abel Gance, Boulogne, Francie. **Registrační číslo:** 85/106/96-C. **Způsob vydeje:** Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním přípravku se seznámte s úplným zněním SPC. **Datum první registrace /prodloužení registrace:** 14.2.1996 / 21. 11. 2007. **Datum revize textu:** 14. 9. 2021. Hlášení podezření na nežádoucí účinky: Hlášení podezření na nežádoucí účinky po registraci léčivého přípravku je důležité. Umožňuje to pokračovat ve sledování poměru přínosů 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:** HYPERLINK „http://www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek“ **www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek**

Určené pouze do rukou lékaře.

Lokální zastoupení: PIERRE FABRE MEDICAMENT s.r.o., Prosecká 851/64, 190 00 Praha 9, e-mail: info.cz@pierre-fabre.com, SERVIS (24H/7D) +420 286 004 111.

Hematologie

prof. MUDr. Miroslav Penka, CSc.

čtvrtek / 10. března 2022 / 16.10–17.40 hod.

JAK2 inhibitory v léčbě myeloproliferativních chorob

prof. MUDr. Miroslav Penka, CSc.

Oddělení klinické hematologie LF Masarykovy univerzity a FN Brno

Myeloproliferativní onemocnění projevující se zvýšením počtu jednoho nebo více druhů krevních elementů jsou selektovanou skupinou chorob, které spojují některé společné klinické a laboratorní rysy, mají obdobnou strategii léčebných postupů a možnost využití některých nových léčebných prostředků, z nichž jednou skupinou jsou inhibitory Janus kinázy (JAK).

Inhibitory Janus kinázy jsou podtřídou inhibitorů tyrosinkinázy. Modifikují imunitní systém a hrají klíčovou roli při kontrole růstu buněk a imunitní odpovědi. Mnoho cytokinů funguje tak, že se vážou na cytokinové receptory typu I a II a aktivují je. Tyto receptory vyžadují účast Janus kinázy pro přenos signálu. Léky, které inhibují aktivitu JAK, tím blokují účinek cytokinů.

Zjištění mutace JAK2 u Ph negativních myeloproliferativních neoplázií, vedl k vývoji selektivních inhibitorů JAK a jejich zavedení v léčbě – nejprve primární myelofibrózy – PMF (včetně rezultující z polycytemia vera tzv. post-PV a po esenciální trombocytemická – post-ET myelofibrózy). Specifita inhibice vůči různým tyrozinovým kinázám není jednoznačná, a tak nepřekvapuje jejich účinnost ani u jiných onemocnění, např. u AML, u non-hodgkinských lymfomů či dalších onemocnění, např. revmatických, psoriázy apod. Mnohé z těchto látek jsou nyní zkoumány v klinických studiích a budoucnost ukáže další možnosti jejich využití.

Na základě výsledků prvotních studií to je ruxolitinib, který je indikován v léčbě dospělých pacientů s PMF, s post-PV a s post-ET myelofibrózou, kteří mají výraznou splenomegalii nebo celkové příznaky přidružené k PMF (profuzní poty, kachektizace, horečky, výraznou únavu). Významnou skutečností je, že indikace není závislá na přítomnosti mutace JAK2 u daného pacienta. Účinek ruxolitinibu na splenomegalii i celkové příznaky PMF je výrazný a bývá pozorován u většiny pacientů a po 2 letech léčby je možno zjistit i výhody v celkovém přežití.

Další studie vyhodnotily účinnost léčby ruxolitinibem u nemocných s PV s intolerancí nebo rezistencí vůči hydroxyuree s nebo bez splenomegalie a vedou k využití této léčby i u polycytemia vera.

Závěr

JAK inhibitory jsou novým přínosem a další kapitolou biologické léčby, která se velmi dynamicky rozvíjí a poskytuje naději nejen hematologickým pacientům, a nejen s primární myelofibrózou, ale i dalšími myeloproliferativními stavy, dalšími hematologickými i nehematologickými malignitami, a dokonce i nemaligními a nehematologickými chorobami, kde poslední výzkumy probíhají i v souvislosti s celosvětovým problémem – covidem-19. A nejen v tomto směru bude další vývoj jistě probíhat.

Lymfoproliferace

MUDr. Jozef Michalka

Interní hematologická a onkologická klinika Fakultní nemocnice Brno
a Lékařská fakulta Masarykovy univerzity v Brně

Lymfoproliferace (lymfomy) jsou klonální onemocnění vycházející z lymfocytů v různých stadiích jejich vývoje a diferenciaci. Projevují se jednak nárůstem nádorové masy kdekoli v těle a někdy i celkovými příznaky, například tzv. B-symptomy. Leukemizující formy, jako je akutní nebo chronická lymfatická leukemie lze diagnostikovat i z flowcytometrického vyšetření periferní krve, jinak je pro diagnostiku nezbytný odběr dostatečného množství postižené tkáně k podrobnému histopatologickému vyšetření. Jedná-li se o uzlinový syndrom, optimální je odběr jedné vybrané a celé patologické uzliny, punkční biopsie uzlin jsou pro diagnostiku lymfomů nevhodné.

Lymfoproliferace můžeme rozdělovat podle různých kritérií, nejpraktičtější je rozdělení podle biologického chování na agresivní a nízce agresivní formy. Histologicky rozlišujeme Hodgkinovy a nehodgkinské lymfomy, podle původu je dělíme na zralé a nezralé lymfoproliferace, či podle linie, z které vycházejí na B-, T- nebo NK- lymfomy.

Po potvrzení dg. lymfoproliferace se stanoví její klinické stadium. Využívají se hlavně různé zobrazovací metody, dále vyšetření kostní dřeně, příležitostně i jiné, například endoskopické metody. Nakonec se vyhodnotí rizikové a prognostické faktory, doplní se nutná doplňující vyšetření a stanoví se léčebný plán pacienta.

Agresivní lymfomy (high grade) se vyznačují rychlým růstem, často jsou doprovázeny celkovými projevy, v biochemickém rozboru krve pacienta vidáme zvýšené hodnoty laktátdehydrogenázy (LD) a CRP. Mají tendenci šířit se extranodálně a jejich došetření a zahájení léčby by mělo být co nejrychlejší. Mezi agresivní lymfomy řadíme například u nás nejčastější difuzní velkobuněčný B-lymfom (DLBCL), lymfom z buněk plášťové zóny (mantle cell lymfom), nebo vysoce agresivní lymfom Burkittův.

Naproti tomu nízce agresivní lymfomy (low-grade) můžou probíhat dlouhou dobu nepozorovaně a projevit se až v pokročilých stadiích. Zahájení léčby se obvykle plánuje pouze u symptomatických nemocných, asymptomatické low-grade lymfomy se v určitých situacích můžou pouze sledovat do symptomatické progresse. Mezi nízce agresivní lymfomy patří většina folikulárních B-lymfomů (FL) nebo lymfomy marginální zóny (MZL/MALT).

Zvláštní kapitolou je klasický Hodgkinův lymfom, vyznačující se tím, že často postihuje mladé, jinak zdravé lidi (medián věku je 33 let) a také vysokou mírou kurability, pohybující se kolem 70–90 %.

T-buněčné lymfomy jsou méně časté (5–10 %) než B-lymfomy, můžou mít různé formy. Nodální formy se chovají nevyzpytatelně a obvykle mají špatnou prognózu, kdežto primárně kožní formy, z nichž nejčastější je mycosis fungoides, mají spíš vleklý, indolentní průběh.

Léčba lymfoproliferací se dynamicky vyvíjí a měla by se vždy stanovit individuálně podle typu základní diagnózy, klinického stadia a celkového stavu pacienta. Některé lymfomy lze různě dlouhou dobu jen sledovat bez léčby. Chemoterapie se podává v různých kombinacích a cyklech, mezi efektivní možnosti patří i vysokodávkovaná chemoterapie s autologní transplantací hemopoetických buněk, nebo i alogenní transplantace. Využívají se různé monoklonální protilátky a konjugáty protilátek s léčivy. Trendem v radioterapii jsou nové techniky, snižování dávek a zmenšování ozař. pole. Je řada inovativních léčiv, která využívají zásahy do buněčného cyklu nebo mechanismů vlastní imunity.

Léčba imunitní trombocytopenie

MUDr. Libor Červínek, Ph.D.

Interní hematologická a onkologická klinika MU a FN Brno

Imunitní trombocytopenie (ITP) je řazena mezi autoimunitní onemocnění. Choroba je definována dočasným či trvalým snížením počtu krevních destiček a následným zvýšeným rizikem krvácení. V oblasti terapie imunitní trombocytopenie lze v posledních letech sledovat několik zajímavých trendů. V první linii léčby je nyní doporučeno časově ohraničit léčbu kortikosteroidy na 6 týdnů. Stále větší důraz je kladen na léčbu agonisty TPO receptoru, které jsou směřovány do druhé linie léčby po selhání kortikosteroidů. V běžné klinické praxi se objevily dva nadějně léky, a to avatrombopag další agonista trombopoetického receptoru a fostamatinib, perorální inhibitor splenické SYK tyrozin kinázy.

Na rozdíl od jiných terapií, které modulují imunitní systém (imunosupresiva, rituximab, kortikoidy) nebo stimulují tvorbu trombocytů (TPO agonisté), působí fostamatinib přes inhibici destrukce trombocytů. Fostamatinib nabízí další racionální možnost léčby pacientů s ITP.

Zkušenosti s pacienty s covidem-19

MUDr. Michal Kopecký

pátek / 11. března 2022 / 9.00–10.30 hod.

Covid – jak šel čas

MUDr. Michal Kopecký

Lékařská fakulta Karlovy Univerzity v Hradci Králové,

Plicní klinika Fakultní nemocnice v Hradci Králové

V prosinci 2019 se z čínského Wu-chanu se do celého světa rozšířil SARS-CoV-2 a způsobil tak pandemii covidu-19. Od začátku boje s epidemií byla zařazena celá řada preventivních opatření a následně hledány účinné léky k zabránění šíření epidemie a vzniku závažných následků onemocnění. Situace se nevyhnula ani České republice. Infekce vyvolaná tímto koronavirem probíhala ve vlnách v důsledku mutací a jeho variant (alfa, delta, omicron). V průběhu mutací se měnil i přístup k pacientovi, ale principy léčby – eliminace šíření viru zůstaly stejné. V základní terapii setrvala antivirová terapie, glukokortikoterapie a především jako hlavní nástroj proti šíření epidemie očkování. Po prodělání akutního onemocnění může v rámci vývoje onemocnění dojít do fáze subakutní, chronické s častými příznaky únavy, dušnosti, kašle, nespavosti, depresí, ztráty čichu, chuti a dalších. Byla vypracována doporučení k léčbě a péči o pacienty. Doporučení se týkají jak nemocniční, tak domácí terapie na všech úrovních – praktičtí lékaři, specialisté. Takto jsme schopni účelněji bojovat s tímto virem.

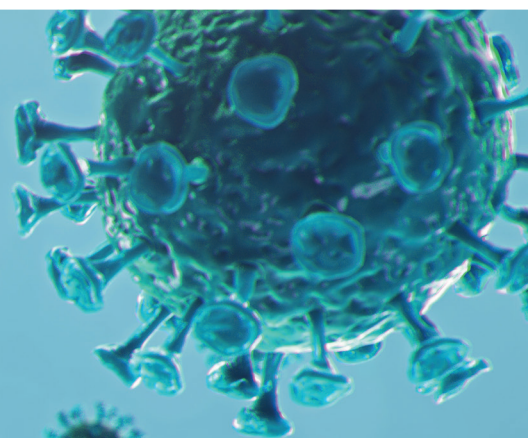
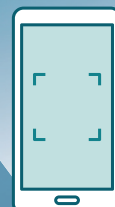
Recenzované články na téma **covid-19,**

které vycházejí v našich odborných časopisech,

najdete v plném znění na

www.solen-covid.cz

Akutní infekce horních cest dýchacích a jejich management / Akutní respirační infekce – symptomatická samoléčba u dospělých / Mohou sérologické metody pomoci při diagnostice covid-19 v případech opakované falešné negativity výsledku PCR testu? / Nejčastější chyby při používání osobních ochranných pomůcek / Koagulopatie asociovaná s onemocněním covid-19 / Etické konotace léčby onemocnění covid-19 / Molekula erdosteine společností Recipharm byla s pozitivním výsledkem testována jako součást léčby pacientů s covid-19 / Antioxidační a bronchoprotektivní účinek erdosteine / Suplementace vitamínu D jako důležitý faktor v prevenci a léčbě onemocnění covid-19: aké máme důkazy? / Akutní infekce, žilní trombóza a doporučená trombofylaxe / Zpráva z TCT 2020 / Pětileté zkušenosti z ECMO programu regionálního kardiocentra bez kardiochirurgie / Jsou vakcíny bezpečné? ... **A ŘADA DALŠÍCH ČLÁNKŮ**



Virus a imunita – závod kdo s koho

Mgr. Jan Pačes, Ph.D.

Ústav molekulární genetiky AV ČR, v. v. i., Praha

Pandemie nemoci covid-19, která je způsobena virem SARS-CoV-2, zasáhla v minulých dvou letech celou planetu. Jeden z důležitých nástrojů zvládnutí a modulace takové situace je i podrobný monitoring a sekvenování jednotlivých virových izolátů. Na základě těchto genetických dat můžeme podrobně dokumentovat evoluční souboj prvního setkání viru s hostitelem a jeho imunitním aparátem, popsat měnící se vlivy na průběh pandemie a pokusit se i odhadovat scénáře dalšího vývoje.

Akutní covid-19, pohled infektologa

MUDr. Jiří Sagan

Klinika infekčního lékařství, FN Ostrava

Katedra interních oborů, LF OU

Covid-19 je onemocnění způsobené koronavirem SARS-CoV-2, který se řadí mezi RNA viry, jež jsou mimořádně úspěšné v adaptaci na nové hostitele. Vzhledem k tomu, že se jedná o nový virus, na který není imunitní systém člověka přizpůsoben, může onemocnění probíhat pod různým klinickým obrazem od lehkého průběhu až po kritické onemocnění jako syndrom akutní respirační tísně (ARDS) vyžadující umělou plicní ventilaci, event. mimotělní membránovou oxygenaci. Tíže onemocnění je závislá na stavu imunitního systému člověka v aktuálním čase, vnímavosti k infekci, fyzické rezervě organismu. Základním pilířem léčby je oxygenoterapie v různých formách, virostatika, dále lze využít kortikoidy, imunomodulační léčbu a event. monoklonální protilátky.

Ve sdělení je prezentován pohled infektologa v péči o covidové pacienty.

Dobrá rada do vaší ordinace III

pátek / 11. března 2022 / 11.15–11.35 hod.

Léčba CKD v rukou internistů

MUDr. Jiří Orság, Ph.D.

III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická,

Fakultní nemocnice Olomouc

Chronické onemocnění ledvin (CKD) je definováno jako poškození struktury či funkce ledvin přetrvávající alespoň 3 měsíce, které má důsledky pro zdravotní stav pacienta. Jedná se o závažné progredující onemocnění se stoupající incidencí a s významnými komplikacemi, zejména se zvýšením kardiovaskulární morbidity a mortality a s nutností náhrady funkce ledvin, což vede i k finanční zátěži zdravotního systému. Nejvýznamnějšími rizikovými faktory jsou diabetes mellitus a arteriální hypertenze. K nemocnému s CKD je nutný komplexní přístup s časným vyšetřením a zahájením adekvátní léčby. Ta zahrnuje léčbu primárního ledvinového onemocnění, pokud je možná, a dále opatření k prevenci a ovlivnění rizikových faktorů progresu CKD.

Preventivní léčba se zaměřuje na široké spektrum přidružených onemocnění a rizikových stavů s důrazem na ovlivnění proteinurie/albuminurie a snížení kardiovaskulárního rizika.

Základ tvoří kompenzace arteriální hypertenze – cílové hodnoty u nemocných s albuminurií jsou pod 125/75 mmHg a u nemocných bez albuminurie pod 140/90 (130/80 u diabetiků) mmHg. Preferovaným antihypertenzivem jsou ACE-inhibitory nebo sartany.

Rovněž terapie diabetu sehrává klíčovou úlohu v prevenci rozvoje a progresu CKD. Na tomto poli došlo v posledních letech k pronikavému pokroku zavedením nových antidiabetik. Velmi důležitou skupinu mezi nimi představují SGLT-2 inhibitory (glifloziny). Tato skupina látek totiž vykazuje pleomorfní účinky – nejen antidiabetický, ale zejména kardioprotektivní a renoprotektivní, které se neomezují pouze na pacienty s diabetem, ale dle recentních poznatků i na nediabetické paci-

enty se CKD nebo kardiovaskulárním onemocněním. Na podkladě výsledků studií prokazujících nefroprotektivní i kardioprotektivní efekt byl preparát z této skupiny – dapagliflozin – schválen pro léčbu chronického onemocnění ledvin bez ohledu na přítomnost diabetu a představuje tak novou etapu v konzervativní léčbě CKD.

Nutnou složkou terapie CKD dále představuje podchycení a ovlivnění hyperlipidemie se snahou o dosažení cílových hodnot LDL-cholesterolu pod 1,8 (1,4) mmol/l vzhledem k vysokému kardiovaskulárnímu riziku pacientů s CKD. Na prvním místě zůstává použití statinů (s nutností výběru preparátu mj. dle aktuální renální funkce), často je ale nutno použít kombinační léčbu (ezetimib, fibrát, PCSK-9 inhibitory).

Součástí preventivní léčby CKD je dále pravidelná kontrola vodní, elektrolytové a acidobazické rovnováhy a terapie často přítomné metabolické acidózy. Rovněž profylaxe a léčba renální osteopatie (substituce vitamínu D3 po normalizaci hladiny sérového fosfátu, normalizace hladiny sérového kalcia) a anemie (terapie renální anemie je indikována při poklesu Hb pod 100 g/l, cílovou hodnotou Hb je 110–120 g/l) tvoří nedílnou součást péče o pacienty se CKD.

Úspěšná prevence a terapie CKD je náročná vzhledem ke své komplexnosti vyžadující multiborovou spolupráci. Při důsledné aplikaci ale umožňuje výrazně zpomalit progresi CKD a oddálit nutnost náhrady funkce ledvin mnohdy i o mnoho let a také výrazně snížit kardiovaskulární riziko a morbiditu a mortalitu těchto nemocných.

Nefrologie

prof. MUDr. Josef Zadražil, CSc.

pátek / 11. března 2022 / 11.35–13.05 hod.

Primární glomerulopatie

prof. MUDr. Josef Zadražil, CSc.

III. interní klinika FN a LF UP Olomouc

V první části přednášky jsou prezentovány základní informace o incidenci a prevalenci biop- ticky verifikovaných chronických glomerulopatií v České republice. Jsou uvedena data z Registru biopsií ledvin, absolutní počty biopsií v biopstických centrech a četnost nejčastěji se vyskytujících glomerulopatií v jednotlivých letech. V roce 2020 bylo provedeno 559 biopsií nativních ledvin, diagnóza primární glomerulopatie byla stanovena u 256 pacientů a sekundární glomerulopatie u 68 nemocných. Nejčastější primární glomerulopatií je Ig A nefropatie (IgAN), která byla dia- gnostikována u 104 pacientů. Na souboru 8564 biopsií nativních ledvin provedených v letech 2000–2020 jsou uvedena přehledová data a měnící se zastoupení jednotlivých primárních, ale i sekundárních glomerulopatií.

Ve druhé části přednášky je věnována pozornost etiologii, patogenezi a novinkám v léčbě nejčastěji se vyskytujících primárních glomerulopatií, tedy IgAN a membranózní nefropatii (MN). V r. 2021 byla publikována doporučení Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) pro management glomerulárních chorob, která odrážejí výsledky nových randomizovaných studií a nové poznatky publikované v oblasti glomerulopatií v posledních několika letech.

Diagnóza IgAN může být stanovena pouze biopsticky. Základním léčebným postupem u IgAN je optimalizovaná podpůrná terapie, včetně zdravého životního stylu, kontrola krevního tlaku, ome- zení bílkovin a soli a zanechání kouření. Pacienti s proteinurií > 0,5 g/24 h mají být léčeni inhibitory angiotensin konvertujícího enzymu (ACE) nebo blokátory receptoru pro angiotensin II. U pacientů s proteinurií > 1 g/24 h a histologickými známkami aktivity onemocnění v biopsii hodnocených podle MEST-C skóre je indikována šestiměsíční léčba kortikosteroidy, které mohou z dlouhodobého hlediska působit renoprotektivně, signifikantně zpomalují pokles glomerulární filtrace (GF) a rozvoj chronické renální insuficience, a to i u nemocných s GF < 50 ml/min (0,83 ml/s). Rozhodnutí o terapii kortikosteroidy je ale vždy třeba u každého nemocného pečlivě zvážit s ohledem na možná rizika



ČASOPISY

SUPPLEMENTA
REPRINTY

KNIHY

EDUKAČNÍ MATERIÁLY
BROŽURY

Komunikujeme
s lékaři všemi
směry

E-SHOP
ARCHIV ČLÁNKŮ
ON-LINE VZDĚLÁVÁNÍ
ON-LINE

SEMINÁŘE
AKCE NA KLÍČ
KONGRESY



infekčních a metabolických komplikací. U nemocných s rychle progredující IgAN se srpký volíme kombinovanou terapií kortikosteroidy s cyklofosfamidem.

U pacientů s nefrotickým syndromem a pozitivitou protilátek proti receptoru pro fosfolipázu A2 (anti PLA2R) není podle KDIGO 2021 pro stanovení diagnózy MN nezbytná renální biopsie. Podle úrovně GF, velikosti proteinurie/24 h a jejich vývoji v čase dělíme pacienty s primární MN do skupin s nízkým, středním nebo vysokým rizikem progresu onemocnění. U pacientů s nízkým rizikem progresu postupujeme konzervativně, u ostatních pacientů zvažujeme imunosupresivní terapii. Základem léčby MN u pacientů se středním rizikem progresu je obvykle rituximab nebo inhibitor kalcineurinu (cyklosporin A nebo tacrolimus), event. v kombinaci s kortikosteroidy. Pacienty s vysokým rizikem progresu obvykle indikujeme k léčbě cyklofosfamidem a kortikosteroidy v alternujícím režimu (tzv. Ponticelliho protokol).

Akutní poškození ledvin

doc. MUDr. Nadežda Petejová, Ph.D., MSc.

Interní a kardiologická klinika FN Ostrava

Lékařská fakulta OU Ostrava a UP Olomouc

Akutní poškození ledvin (AKI) je obecně závažný syndrom v klinické medicíně spojený se zvýšenou mortalitou (1,7 milionu/rok) a zároveň je jedním z prediktorů mortality kriticky nemocných pacientů. Celosvětová incidence AKI se uvádí přibližně ve 13,3 milionu případů ročně, přičemž více než 80 nemocných žije v ekonomicky zaostalých krajinách. Vyvolávající příčina, závažnost a trvání nemoci určují následný klinický výstup u pacienta s možností eventuálního návratu renálních funkcí, anebo trvalé potřeby chronické hemodialyzační léčby a v neposlední řadě určují přežití nemocného. Mortalita pacientů s AKI stoupá s tíží onemocnění ledvin, která je klasifikována podle dvou základních parametrů: 1) vzestupu sérového kreatininu a/nebo 2) poklesu diurézy, do 3 stadií určených podle klasifikace KDIGO (2012). Z hlediska patofyziologického a epidemiologického rozlišujeme několik forem AKI, přičemž v komunitě získané a v nemocnici získané AKI mají různou etiologii a patofyziologii nemoci podle klimatických a hospodářských podmínek dané krajiny. Příčinou v komunitě získaného AKI mohou být léky, agrochemikálie, drogy, rostlinné preparáty, crush syndrom a v neposlední řadě různé infekční choroby. Komplexní vliv na vznik AKI má také v současné době pandemicky probíhající infekce SARS-CoV2 (covid-19) s možností vzniku akutní tubulární nekrózy, kolabující glomerulopatie a mikroembolizací s poškozením epiteliálních buněk. Nefrotoxická a septická forma AKI je častou příčinou zhoršení funkcí ledvin u pacientů hospitalizovaných na jednotkách intenzivní péče. Rozlišení mezi jednotlivými formami AKI u kriticky nemocného, septického pacienta je velmi obtížné a hledání nových biomarkerů na bázi microRNA by mohlo přispět k potenciálnímu zlepšení preventivních a terapeutických postupů u těchto pacientů.

Blok Sdružení ambulantních internistů: Zaostřeno na osteoporózu

prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc.,

MUDr. Richard Pikner, Ph.D.

pátek / 11. března 2022 / 14.00–15.10 hod.

Počty osteoporotických zlomenin v České republice v letech 2016–2019 a následná diagnostika léčba, data z Národního registru hrazených zdravotních služeb

MUDr. Richard Pikner, Ph.D.^{2,3}, Ondřej Šanca¹, Mgr. Pavel Němec, Ph.D.¹,

MUDr. Martin Švagr⁴, Hejduk¹, prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc.²,

MUDr. Jan Rosa², MUDr. Petr Kasalický, CSc.², Ing. Barbora Budíková¹,

Mgr. Ondřej Ngo¹, RNDr. Jiří Jarkovský, Ph.D.¹, RNDr. Ondřej Májek, Ph.D.¹

¹Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

²Společnost pro metabolická onemocnění skeletu, ČLS JEP

³Ambulance kostního metabolismu, Klatovská nemocnice

⁴Ortopedické oddělení, Klatovská nemocnice

Na základě dat z Národního registru hrazených zdravotních služeb jsme provedli analýzu 2016–2019, u kterých byla vykázána jako hlavní diagnóza některá z osteoporotických zlomenin (proximální femur, obratel, distální předloktí a proximální humerus).

Do analýzy vstoupili pacienti s dg.: S721,S722,S729,S525,S526,S220,S221,S320,S327,S422, ať jako hlavní či vedlejší když mají zadanou i více znakovou DG (hlavní i vedlejší).

Z analýzy byli vyloučeni pacienti mladší 50 let a pacienti užívající 3 měsíce před či po zlomenině kortikoidy, cytostatika, či antihormonální terapii, nebo byli zařazeni do chronického dialyzačního programu. Treatment gap znamená, že během 12 měsíců po zlomenině pacienti neužívali antiporotickou medikaci a diagnostic gap, že u nich během 12 měsíců po zlomenině nebyla provedena denzitometrie. V letech 2016–2019 byl u proximálního femuru diagnostic gap 96 % a treatment gap 95 %. U proximálního humeru byl diagnostic gap 93 % a treatment gap 94 %. U zlomenin hrudních obratlů byl diagnostic gap 84 % a treatment gap 84 %. U bederních obratlů byl diagnostic gap 85 % a treatment gap 96 %. V případě zlomenin distálního předloktí diagnostic gap dosahoval 90 % a treatment gap 93 %. Ze zjištěných údajů vyplývá, že v ČR byla v letech 2016–2019 péče o osteoporotické zlomeniny velmi nedostatečná a více než 90 % pacientů není během 12 měsíců po vzniku zlomeniny vyšetřeno či případně léčeno.

Projekt je podpořen z Operačního programu Zaměstnanost Evropského sociálního fondu (reg. č. CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0008168) a státního rozpočtu České republiky.

Sekundární prevence osteoporotických zlomenin a projekt OSTEO

MUDr. Richard Pikner, Ph.D.^{2,3}, Ondřej Šanca¹, Mgr. Pavel Němec, Ph.D.¹,

MUDr. Martin Švagr⁴, Hejduk¹, prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc.²,

MUDr. Jan Rosa², MUDr. Petr Kasalický, CSc.², Ing. Barbora Budíková¹,

Mgr. Ondřej Ngo¹, RNDr. Jiří Jarkovský, Ph.D.¹, RNDr. Ondřej Májek, Ph.D.¹

¹Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

²Společnost pro metabolická onemocnění skeletu, ČLS JEP

³Ambulance kostního metabolismu, Klatovská nemocnice

⁴Ortopedické oddělení, Klatovská nemocnice

Z analýzy počtu potencionálních osteoporotických zlomenin provedených v letech 2016–2019 vyplývá, že více než 90 % pacientů po prodělání možné osteoporotické zlomeniny není do 12 měsíců vyšetřeno ani léčeno. Tak vysoké procento je známkou selhání systému organizace péče o pacienty po

prodělané osteoporotické zlomenině. Chybí systém sekundární prevence osteoporotických zlomenin. Jednou z možností je Fracture Liaison Services (FLS). FLS je koordinátorem řízený program aktivního vyhledávání pacientů po osteoporotické zlomenině, zajišťující i následné vyšetření, léčebnou intervenci a ukládání informací do databází. Od roku 2012 je projekt zaštitěn International Osteoporosis Foundation (IOF) pod názvem Capture the Fracture® (<https://www.capturethefracture.org/>). IOF definovala standardy FLS a nezávisle vyhodnocuje poskytovatele FLS ve 3 kategoriích a také je zveřejňuje v „Map of Best Practice“. FLS programy byly opakovaně vyhodnoceny jako nejefektivnější způsob identifikace, vyšetření a léčby pacientů po osteoporotické zlomenině. V České republice se v roce 2021 rozbíhají 2 projekty FLS. Pilotní multicentrický projekt „OSTEO“ s 10 aktivními spolupracujícími centry ověřuje FLS metodiku v nemocničních centrech. Projekt Q –osteoporosis je pilotní projekt FLS v primární i sekundární prevenci osteoporózy u ambulantních internistů. V rámci pilotního projektu FLS v Klatovské nemocnici jsme provedli zhodnocení po 6 měsících fungování projektu s následujícími výsledky: DXA vyšetření po zlomenině mělo provedeno 66% (23 z 35) ze všech pacientů hospitalizovaných pro zlomeninu proximálního femuru v Klatovské nemocnici, v 50% do 3 měsíců. To znamená, že bylo provedeno 6x více DXA vyšetření u tohoto typu zlomeniny v porovnání s naší retrospektivní analýzou (z 6,6% na 36% ze všech) [12]. 60% z vyšetřených (14 z 23) obdrželo osteoporotickou medikaci. Celkově tedy 17,5% hospitalizovaných pacientů se zlomeninou proximálního femuru mělo zahájeno antiporotickou léčbu, což je 4x více než celostátní průměr.

Koordinátorem řízené projekty s protokolem, databází a vyhodnocením efektivity jsou efektivní a proveditelné a smysluplné cesty jak zlepšit péči o pacienty s osteoporózou.

Projekt je podpořen z Operačního programu Zaměstnanost Evropského sociálního fondu (reg. č. CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0008168) a státního rozpočtu České republiky.

Aktuální doporučení k léčbě osteoporózy

prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc.

Osteocentrum, Fakultní nemocnice a Lékařská fakulta UK Hradec Králové

Léčba osteoporózy stojí na třech základních pilířích:

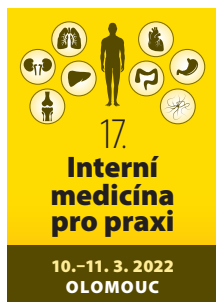
1. aktivní spolupráci pacienta
2. zajištění dostatečného – odpovídajícího množství kalcia a vitamínu D
3. specializované antiresorpční nebo osteoanabolické léčbě

Kostní tkáň ke své správné a dobré funkci či regeneraci nezbytně potřebuje přiměřenou záťaž a pohyb. V tomto ohledu je nezbytné vnímat úzkou součinnost mezi kostní tkání a svalovou soustavou a posilovat obě složky. Nezbytný je dostatečný příjem bílkovin; v pohybu preferujeme chůzi (alespoň 20–30 minut denně), jízdu na kole, běžky a cvičení typu prostrných. Nevhodná jsou švihová cvičení a nepřiměřená váhová zátěž. Ve vazbě na stav pacienta je třeba volit pohyb, který nezvyšuje riziko pádů a následných fraktur.

Denní příjem vápníku u postmenopauzálních žen by měl být přibližně 1 500 mg/den, preferován je příjem potravou, většinou je ale nezbytná i medikamentózní suplementace. Pokud jde o vitamín D, je snahou dosáhnout sérové hladiny 25-OH-vitamínu D nad 75 nmol/L a nepřesáhnout hodnoty 120–150 nmol/L. Doporučená terapeutická dávka je 1 000–2 000 IU denně, možná je kumulace do týdenní dávky. Vysoké dávky vitamínu D jsou v případě potřeby možné jako startovací a akutně suplementační, v dlouhodobé terapii je vhodné dávkování v kratších intervalech. Při léčbě je nutno zohlednit funkci ledvin a dalších orgánů, sledovat kalcemii a kalciurii a dle klinického stavu i další laboratorní parametry.

Ve specializované antiresorpční terapii převládají dvě skupiny léků – bisfosfonáty a denosumab. U bisfosfonátů převládají perorální formy s týdenní nebo měsíční aplikací, při potřebě chránění zažívacího traktu či jeho poruchách jsou k dispozici parenterální formy. Bisfosfonáty se vážou na metabolicky aktivní povrch kostní tkáně a zůstávají (podle své struktury) dlouho v kostní tkáni vázány. S tím mohou souviset i některé vedlejší účinky této léčby. Denosumab má zcela jiný mechanismus účinku a relativně krátký metabolický poločas a je aplikován v šestiměsíčních s. c. aplikacích. Volba vhodného typu přípravku je individuální.

Osteoanabolická léčba osteoporózy je v ČR v současné době limitovaná na deriváty parathormonu a je vyhrazena specializovaným pracovištím.



POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONFERENCE

GENERÁLNÍ
PARTNER



PARTNEŘI



Mezinárodní centrum pro telemedicínu
Nestátní zdravotnické zařízení



PARTNER OCHRANNÝCH
POMŮCEK

nanoSPACE®

MEDIÁLNÍ
PARTNEŘI



Nezapomněli jste si zajistit předplatné na rok 2022?



**U našeho stánku si můžete objednat předplatné se slevou
za kongresovou cenu: 1000 Kč / 8 čísel**



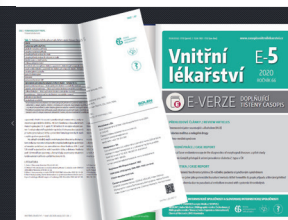
TIŠTĚNÝ ČASOPIS

8 čísel / rok
1200 Kč



MLADÍ LÉKAŘI
DO 35 LET

8 čísel / rok
600 Kč (50% sleva)



Elektronická verze časopisu
s dalšími články jako doplněk
každého čísla na
www.casopisvnitrnilekarstvi.cz

TIRÁŽ

17. konference ambulantních internistů

10.–11. března 2022 | Clarion Congress Hotel Olomouc

Pořadatel

Společnost SOLEN, s.r.o., ve spolupráci s III. interní klinikou –
nefrologickou, revmatologickou a endokrinologickou, FN Olomouc

Prezident akce

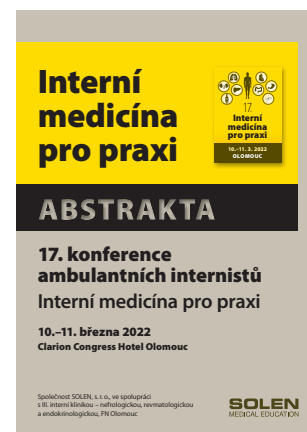
prof. MUDr. Pavel Horák, Ph.D.

Organizátor

SOLEN, s.r.o., Lazecská 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: Mgr. Kristýna Slouková, 773 779 632, sloukova@solen.cz
Programové zajištění: Mgr. Kateřina Dostálová, 725 003 510, dostalova@solen.cz
Grafické zpracování abstrakt a sazba: SOLEN, s.r.o., Aneta Děřešová

Ohodnocení

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání
dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena 12 kredity pro lékaře.



Vydavatel: Solen, s.r.o., IČ 25553933

ISSN 1212-7299, ISBN 978-80-7471-391-0

EUVASCOR®

atorvastatin / perindopril arginin

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

Stožení: EUVASCOR 10 mg/5 mg, 20 mg/5 mg, 40 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, 20 mg/10 mg, 40 mg/10 mg tvrdé tobolky obsahují 10 mg atorvastatinu (ator)/5 mg perindoprilu arginine (per), 20 mg ator/5 mg per, 40 mg ator/5 mg per, 10 mg ator/10 mg per, 20 mg ator/10 mg per, 40 mg ator/10 mg per. Obsahuje sacharózu jako pomocnou látku. **Indikace:** Euvascor je indikován v rámci léčby ke snížení kardiovaskulárního rizika jako substituční terapie u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných atorvastatinem a perindoprilem podávanými současně ve stejné dávce, ale jako samostatné přípravky. **Dávkování a způsob podání:** Obvyklá dávka je jedna tobolka denně ráno před jídlem. Euvascor není vhodný pro iniciační léčbu. Je-li nutná změna dávkování, titrace se má provádět s jednotlivými složkami. Během léčby přípravkem Euvascor má pacient pokračovat v běžné dietě snižující hladinu cholesterolu. Souběžné podávání s jinými léčivými přípravky: U pacientů, kteří současně užívají tipranavir, ritonavir, telaprevir nebo cyklosporin, nesmí dávka atorvastatinu překročit 10 mg/den. U pacientů, kteří současně užívají boceprevir, elbasvir/grazoprevir nebo letemovir v profylaxi infekce cytomegalovirem, nesmí dávka atorvastatinu překročit 20 mg/den. Použití přípravku Euvascor se nedoporučuje u pacientů užívajících letemovir souběžně podávaný s cyklosporinem. **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 do 18 let se nedoporučuje. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky, nebo na jiné ACE inhibitory nebo statiny, nebo na kteroukoli pomocnou látku, onemocnění jater v aktivním stavu nebo neobjasněné přetrvávající zvýšení sérových aminotransferáz 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), současně užívání s antivirovými glekaprevirem/pibrentasivem proti hepatitidě C, anamnéza angioedému souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE, hereditární nebo idiopatický angioneurotický edém, současně užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) (viz bod Interakce), současně užívání se sakubitrilem/valsartanem, Euvascor nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu** (viz bod Zvláštní upozornění a Interakce), mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz bod Interakce), signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné funkční ledviny (viz bod Zvláštní upozornění). **Upozornění:** **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** **Vliv na játra:** Vzhledem k obsahu atorvastatinu v přípravku Euvascor mají být pravidelně prováděny jaterní funkční testy. Pacientům, u kterých se zjistí jakékoliv známky nebo příznaky jaterního poškození, mají být provedeny jaterní testy. Pacienti, u kterých se objeví zvýšení aminotransferáz, musí být sledováni až do doby, než se hodnoty opět 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. Pacientům, kteří konzumují velké množství alkoholu a/nebo mají v anamnéze jaterní onemocnění, je nutné podávat přípravek Euvascor s opatrností. **Vliv na kosterní svalstvo:** Jsou-li hladiny CK významně zvýšené ($> 5 \times$ ULN) oproti normálním hodnotám, léčba nemá být zahájena. Léčba má být přerušena, objeví-li se významně zvýšené hladiny CK ($> 10 \times$ ULN), nebo je-li diagnostikována, případně předpokládána rhabdomyolýza. **Souběžná léčba s jinými léčivými přípravky:** Riziko rhabdomyolýzy je zvýšené při současném podávání přípravku Euvascor s určitými léky, které mohou zvyšovat plazmatickou koncentraci atorvastatinu, např. se silnými inhibitory CYP3A4 nebo transportních proteinů (např. cyklosporin, ketokonazol, letemovir, tipranavir/ritonavir atd.). Riziko myopatie může být rovněž zvýšeno současným užíváním gemfibrozilu a dalších derivátů kyseliny fibrové, antivirových léčeb hepatitidy C (bocepreviru, telapreviru, elbasviru/grazopreviru), erythromycinu, niacinu nebo ezetimibu. Přípravek Euvascor se nesmí podávat současně se systémem ledčou kyseliny fusidové nebo během 7 dnů po ukončení léčby kyselinou fusidovou vzhledem k obsahu atorvastatinu. U pacientů, u kterých je systémové podání kyseliny fusidové považováno za nezbytné, se musí po dobu léčby kyselinou fusidovou přerušit léčba statinem. Během léčby nebo po léčbě některými statiny byly velmi vzácně hlášeny případy imunitně zprostředkované nekrotizující myopatie (IMNM). **Intersticiální plicní onemocnění:** Při podezření na vznik intersticiálního plicního onemocnění u pacienta musí být terapie přípravkem Euvascor přerušena. **Diabetes mellitus:** U diabetiků léčených perorálními antidiabetiky nebo inzulinem má být v průběhu prvních měsíců léčby pečlivě sledována glykemie. **Hypotenze:** monitorování tlaku krve, renálních funkcí, a draslíku je nutné u pacientů s vysokým rizikem symptomatické hypotenze (volumová deplece nebo závažná renin dependentní hypertenze) nebo se symptomatickým srdečním selháním (se současnou renální insuficiencí nebo bez ní) nebo s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárními chorobami. Předchozí hypotenzi odpovídá 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/hypertrofická kardiomyopatie:** Přípravek se má podávat s opatrností. **Transplantace ledvin:** Nejsou zkušenosti s podáváním přípravku pacientům po nedávno prodělané transplantaci ledvin. **Renovaskulární hypertenze:** Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné 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. **Porucha funkce ledvin:** Monitorování hladiny kreatininu a draslíku, individuální titrace dávky s jednotlivými složkami u pacientů s clearance kreatininu < 60 ml/min, u pacientů se stenózou renální arterie bylo pozorováno zvýšení sérových koncentrací urey a kreatininu, u renovaskulární hypertenze je riziko závažné hypotenze a renální insuficience zvýšené. **U pacientů na hemodialýze:** U pacientů dialyzovaných pomocí vysoce propustných membrán byly zaznamenány anafylaktoidní reakce, má být závažno použití jiných membrán. **Hypersenzitivita/angioedém:** Okamžité vysazení léčby a zahájení monitorování do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Současné užívání perindoprilu a sakubitrilu/valsartanu je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Léčbu sakubitrilem/valsartanem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčbu perindoprilem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání inhibitorů ACE s rasekadotrilem, mTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin) může vést ke zvýšenému riziku angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka spolu s poruchou dýchání nebo bez poruchy dýchání). U pacientů, kteří již užívají inhibitor ACE, je třeba opatrnosti při počátečním podání rasekadotrilu, mTOR inhibitorů a gliptinů**. **Anafylaktoidní reakce během aferézy nízkodenzitních lipoproteinů (LDL):** Vzácný výskyt život ohrožujících anafylaktoidních reakcí, kterým lze předejít dočasným vysazením léčby před každou aferézou. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** Byly zaznamenány během desenzibilizační léčby (např. jedním blankofidylým), reakcí je možné se vyhnout dočasným vysazením léčby, nicméně se znovu objevily po neúmyslné expozici. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anémie:** Přípravek Euvascor má být používán s extrémní opatrností u pacientů se systémovým onemocněním pojiva (collagen vascular disease), u pacientů užívajících imunosupresivní léčbu, léčbu alupurinem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů a pacientů mají být poučeni, aby hlásili jakékoliv známky infekce (např. bolest v krku, horečka). **Rasa:** Perindopril může být méně účinný na snížení krevního tlaku a může vést k vyššímu výskytu angioedému u černochů pacientů ve srovnání s jinými rasami. **Kašel:** neproduktivní, ustupuje po ukončení léčby. **Operace/anestezie:** Léčba by měla být přerušena jeden den před výkonem. **Hyperkalemie:** Pravidelné monitorování sérových koncentrací draslíku u renální insuficience, zhoršené renální funkce, věku (> 70 let), diabetes mellitus, dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a u současně užívání diuretik šetřících draslík a draslíkových doplňků nebo náhrad soli s obsahem draslíku, nebo u pacientů užívajících jiné léčivé přípravky, které mohou způsobovat vzestup sérových koncentrací draslíku (např. heparin, kotrimoxazol) a zejména antagonistů aldosteronu nebo blokátorů receptorů angiotensinu. U pacientů užívajících ACE inhibitory mají být proto kation šetřící diuretika a blokátory receptorů angiotensinu užívány opatrně a má být kontrolována hladina draslíku v séru a funkce ledvin**. **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 inhibitor a blokátory receptorů pro angiotensin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí fruktosy, malabsorpcí glukosy a galaktosy nebo nedostatkem sacharoso-isomaltasy by přípravek Euvascor neměli užívat. **Hladina sodíku:** bez sodíku. **Interakce:** **Kontraindikace:** Aliskiren (u pacientů s diabetem mellitem nebo poruchou funkce ledvin), mimotělní léčba, sakubitril/valsartan, glekaprevir/pibrentasiv. **Nedoporučované kombinace:** Silné inhibitory CYP3A4, inhibitory proteinu rezistence karcinomu prsu (BCRP), aliskiren (u jiných pacientů, než jsou diabetici a pacienti s poruchou funkce ledvin), heparin, imunosupresiva jako cyklosporin nebo takrolimus, trimetoprim a kotrimoxazol (trimetoprim/sulfametoxazol), současná léčba ACE inhibitorem a blokátorem receptoru angiotensinu, estramustin, lithium, draslík-šetřící diuretika (např. triamteren, amilorid, eplerenon, spironolakton), soli draslíku, grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** Induktory a středně silné inhibitory CYP3A4, digoxin, ezetimib, kyselina fusidová, gemfibrozil / deriváty kyseliny fibrové, inhibitory transportérů, warfarin, antidiabetika (inzuliny, perorální antidiabetika), baklofen, diuretika nešetřící draslík, rasekadotril, imTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), nesteroidní antiflogistika (NSAID) (včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den). **Kombinace vyžadující určitou opatrnost:** Kolchicin, kolestipol, perorální kontraceptiva, sympatomimetika, tricyklická antidepresiva/antipsychotika/anestetika, zlato, antihypertenziva a vasodilatační. **Těhotenství a kojení:** Přípravek Euvascor je kontraindikován během těhotenství, kojení a u žen plánujících těhotenství, které nepoužívají vhodné antikoncepční prostředky. **Fertilita:** **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** U některých pacientů se mohou vyskytnout individuální reakce související s nízkým krevním tlakem, zejména na začátku léčby. **Nežádoucí účinky:** **Časté:** Nazofaryngitida, hypersenzitivita, hyperglykemie, závrať, bolest hlavy, dysgezie, parestezie, porucha zraku, tinitus, vertigo, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), faryngolaryngeální bolest, epistaxe, kašel, dyspnoe, nauzea, zvracení, bolest horní a dolní části břicha, dyspepsie, průjem, zácpa, flatulence, vyrážka, pruritus, otok kloubů, bolest končetin, artralgie, svalové spazmy, myalgie, bolest zad, astenie, abnormální výsledky testů jaterních funkcí, zvýšená hladina kreatinofosfokinázy v krvi. **Méně časté:** Eozinofilie, hypoglykemie, hyponatremie, hyperkalemie reverzibilní při ukončení léčby, anorexie, insomnie, deprese**, změny nálad, poruchy spánku, noční můry, somnolence, synkopa, hystezie, amnezie, rozmazané vidění, tachykardie, palpitace, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, pankreatitida, říhání, hepatitida cytolytická nebo cholestatická, kopřivka, hyperhidróza, alopecie, angioedém, pemfigoid, fotosenzitivní reakce, bolest šíje, svalová slabost, renální selhání, erektilní dysfunkce, únavu, bolest na hrudi, malátnost, periferní edém, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, zvýšení tělesné hmotnosti, pozitivní nálezy leukocytů v moči, pád. **Vzácné:** Trombocytopenie, syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu (SIADH)**, periferní neuropatie, zčervenání**, cholestatická, zhoršení psoriázy, Stevens-Johnsonův syndrom, toxická epidermální nekrolýza, erythema multiforme, myopatie, myozitida, rhabdomyolýza, ruptura svalů, tendinopatie (někdy komplikovaná rupturou), anurie/oligurie**, vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi. **Velmi vzácné:** Rinitida, leukopenie/neutropenie, agranulocytóza nebo pancytopenie, hemolytická anémie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, anafylaxe, stavy zmatenosti, cévní mozková příhoda možná sekundárně k nadměrné hypotenzii u vysoce rizikových pacientů, ztráta sluchu, infarkt myokardu, sekundárně k nadměrné hypotenzii u vysoce rizikových pacientů, angina pectoris, arytmie, eosinofilní pneumonie, jaterní selhání, lupus-like syndrom, gynekomastie, snížení hladiny hemoglobinu a snížení hemotokritu. **Není známo:** Imunitně zprostředkovaná nekrotizující myopatie. Raynaudův fenomén. **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. **Uchovávaní:** Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Velikost balení:** 30 nebo 90 (3 obaly na tvrdé tobolky po 30 tobolkách) tvrdých tobolek Euvascor 10 mg/5 mg, 20 mg/5 mg, 40 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, 20 mg/10 mg, 40 mg/10 mg. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. **Registrační číslo:** Euvascor 10 mg/5 mg: 31/985/16-C, Euvascor 20 mg/5 mg: 31/986/16-C, Euvascor 40 mg/5 mg: 31/987/16-C, Euvascor 10 mg/10 mg: 31/988/16-C, Euvascor 20 mg/10 mg: 31/989/16-C, Euvascor 40 mg/10 mg: 31/990/16-C. **Datum poslední revize textu:** 3. 1. 2022. **Výdej:** 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: <https://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

** všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku

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



EUVASCOR[®]

atorvastatin / perindopril arginin



POLOVIČNÍ
OCHRANA
NESTAČÍ

TLAK A CHOLESTEROL POD KONTROLOU

