



KOMPLEXNÍ PÉČE O NEMOCNÉ V POKROČILÝCH STADIÍCH JATERNÍCH CHOROB

**Podzimní pracovní den
České hepatologické společnosti
a Hepatologické sekce sester při ČAS**

SBORNÍK ABSTRAKT

5. 11. 2009

REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUC

Česká hepatologická společnost ČLS JEP

Hepatologická sekce ČAS

II. interní klinika FN Olomouc

ISBN 978-80-87327-18-0

PegIntron®

peginterferon alfa-2b

Léčba chronické hepatitidy C



- vysoká prediktabilita výsledků léčby¹
- nízké riziko relapsu²
- vysoká účinnost pro všechny hmotnostní kategorie³

Reference: 1. Davis GL, Wong JB, McHutchison JG, Manns MP, Harvey J, Albrecht J. Early virologic response to treatment with peginterferon alfa-2b plus ribavirin in patients with chronic hepatitis C. *Hepatology* 2003;38:645-652. 2. Almasio P, et al. Efficacy of weight-based PEG/IFN alfa 2-b vs. fixed dose PEG/IFN alfa 2-a + ribavirin regimens in treatment-naïve chronic HCV-patients: a cumulative meta-analysis of retrospective data from 6 clinical sites. *AASLD* 2005. 3. Manns MP, McHutchison JG, Gordon SC, Rustgi VK, Shiffman M, Reindollar R, et al. Peginterferon alfa-2b plus ribavirin compared with interferon alfa-2b plus ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C: a randomised trial. *Lancet* 2001;358:958-965

Zkrácený údaj o přípravku:

PegIntron® 100, 120, 150 mikrogramů, prášek pro přípravu injekčního roztoku s rozpouštědlem v předplněném peru. **Složení:** Léčivá látka: peginterferon alfa-2b. Pomocné látky: Prášek pro přípravu injekčního roztoku s rozpouštědlem: hydrogenfosforečnan sodný, dihydrát dihydrogenfosforečnanu sodného, sacharosa, polysorbát 80. Rozpouštědlo pro parenterální podání: Voda na injekci. **Indikace:** PegIntron je určen k léčbě dospělých pacientů s chronickou hepatitidou C, kteří mají zvýšené hladiny aminotransferáz bez jaterní dekompenzace a kteří jsou pozitivní na HCV-RNA nebo protilátky anti-HCV v séru. Nejlepší způsob použití přípravku PegIntron v této indikaci je v kombinaci s ribavirinem. Tato kombinace je indikována u pacientů dříve neléčených, včetně pacientů s klinicky stabilní HIV koinfekcí a u pacientů, u kterých selhala předchozí léčba interferonem alfa (pegylovaným nebo nepegylovaným) v kombinaci s ribavirinem nebo monoterapií interferonem alfa. Monoterapií interferonem, včetně přípravku PegIntron, je indikována především v případech nesnášenlivosti či kontraindikace ribavirinu. **Dávkování a způsob podání:** Léčbu přípravkem PegIntron by měl zahajovat a kontrolovat výhradně lékař se zkušenostmi v léčbě pacientů s hepatitidou C. Kombinovaná léčba: V kombinaci s tabolkami ribavirinu se PegIntron podává v dávce 1,5 mikrogramů/kg/týden. V případě monoterapie 0,5 nebo 1,0 mikrogramů/kg/týden. PegIntron by měl být u pacientů se středně závažným až závažným ledvinovým poškozením používán s opatrností. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku, kteroukoli z interferonů nebo kteroukoli pomocnou látku; závažná preexistující srdeční choroba v anamnéze; autoimunitní hepatitida nebo autoimunitní choroba v anamnéze; vážný oslabující zdravotní stav; závažná jaterní dysfunkce nebo dekompenzovaná jaterní cirhóza; preexistující onemocnění štítné žlázy, které nelze konvenční léčbou upravit; epilepsie a/nebo snížená funkce CNS; přípravek je kontraindikován u HCV-HIV pacientů s cirhózou a u pří Child-Pughova skóre ≥ 6 . **Upozornění:** Pokud hodláte užívat PegIntron v kombinaci s ribavirinem, produstejte si prosím také Souhldní údaj o přípravku (SPC) pro ribavirin. Pacienti by měli být pečlivě sledováni pro případné známky nebo příznaky psychiatrických poruch. Je vyžadováno pečlivé monitorování pacientů, kteří mají v anamnéze městnavé srdeční selhání, infarkt myokardu a/nebo i současné poruchy srdečního rytmu. Při současném užívání přípravku PegIntron u těchto pacientů, u kterých se produkuje markery koagulace. U pacientů léčených přípravkem PegIntron je nutno zajistit adekvátní hydrataci. U každého pacienta, u kterého se projeví zvýšená teplota, kašel, dušnost či respirační příznaky, musí být proveden rentgen hrudníku. Nemocné se známkami a příznaky odpovídajícími autoimunitnímu onemocnění je třeba pečlivě vyšetřit a znovu zhodnotit poměr potenciálního přínosu a rizika pokračující terapie interferonem. Mezi pacienty s chronickou hepatitidou C léčenými interferonem byly hlášeny případy Vogtovy-Koyanaghi-Haradova (VKH) syndromu. Všichni pacienti by měli mít provedeno základní vyšetření zraku. Býla pozorována hyperpigmentace a zhoršení hyperpigmentace, někdy závažné. U pacientů infikovaných HIV, kteří dostávají současně vysoce aktivní anti-retrovirovou léčbu (HAART) může vzrůst riziko vývoje laktátové acidózy. U pacientů léčených kombinovanou terapií přípravku PegIntron s ribavirinem a zlodivnou je zvýšeno riziko rozvoje anémie. U pacientů s pokročilou cirhózou, infikovaných současně HCV a HIV, kteří dostávají HAART terapii, může vzrůst riziko jaterní dekompenzace a smrti. Konifkovaní pacienti léčení současně anti-retrovirovou (ARV) léčbou a léky proti hepatitidě by měli být přísně sledováni, se stanovování jejich Child-Pughova skóre během léčby. U pacientů se současnou infekcí HCV/HIV léčených peginterferonem alfa-2b ribavirinem a HAART může být oproti pacientům infikovaným pouze HCV zvýšeno riziko rozvoje

hematologických abnormalit (například neutropenie, trombocytopenie a anémie). V léčbě pacientů s nízkými počty CD4 je nutno postupovat opatrně. U pacientů dostávajících kombinovanou terapii přípravku PegIntron s ribavirinem bylo hlášeno poškození zubů a dásní, které může vést až ke ztrátě zubů. Podávání přípravku PegIntron pacientům s psoriázou a sarkoidózou se doporučuje pouze tehdy, převyší-li očekávaný prospěch možné riziko. PegIntron se doporučuje podávat těhotným ženám pouze pokud budou používat během léčby účinnou antikoncepci. PegIntron by se měl používat v těhotenství pouze tehdy, jestliže potenciální prospěch ospravedlňuje potenciální riziko pro plod. Kojení by se mělo před zahájením léčby přerušit. **Interakce:** Je třeba opatrnosti při podávání peginterferonu alfa-2b s léky, které jsou metabolizovány CYP2D6 a CYP2C8/9, zvláště s těmi, které mají úzkou terapeutickou šíři, jako jsou warfarin a fenytoin a fлекаidini. Pacienti s chronickou hepatitidou typu C na stabilní metadonové udržovací léčbě by měli být sledováni s ohledem na možný výskyt známek a příznaků jak prohloubeného sedativního účinku, tak i respirační deprese. Užívání nukleosidových analogů, samostatných nebo v kombinaci s ostatními nukleosidy, vedlo ke vzniku laktátové acidózy. Společné podávání ribavirinu a didanosinu se nedoporučuje. **Nežádoucí účinky:** Nežádoucí účinky hlášené velmi často u pacientů léčených interferonem alfa-2b, včetně monoterapií přípravkem PegIntron nebo kombinací PegIntron + ribavirin: virová infekce, pokles tělesné hmotnosti, deprese, podrážděnost, nespávnost, úzkost, ponaucha koncentrace, emoční labilita, bolest hlavy, sucho v ústech, dušnost, faryngitida, kašel, zvracení, nevolnost, bolest břicha, příjem, anorexie, alopecie, svědění, suchost kůže, vyrážka, myalgie, artralgie, bolest svalů a kostí, zánět v místě vpichu, reakce v místě vpichu, závrat, únava, nigr, horečka, chřipkové příznaky, slabost. **Uchovávaní:** V chladničce (2 °C - 8 °C), chráněte před mrazem. **Balení:** PegIntron 100 mikrogramů, 120 mikrogramů a 150 mikrogramů: 1 pero obsahující prášek pro přípravu injekčního roztoku s rozpouštědlem, 1 injekční jehla a 2 čistící tampóny. **Dříteľ rozhodnutí o registraci:** SP Evrops, Bruxelles, Belgie. **Registrační čísla:** EU/1/00/131/033, 043, 047. **Datum poslední revize textu:** 28. ledna 2008. **Způsob výdeje:** Vázan na lékařský předpis. **Způsob uhrady:** Hrazen z prostředků zdravotního pojištění.

REBETOL® 200 mg tvrdé tablety. **Složení:** Léčivá látka: Ribavirinum. Pomocné látky: Obsah tabletky - mikrokryсталická celulóza, monohydrát laktózy, sodná sůl kroskarmellozu, stearan hořečnatý, Tolboka - želatina, oxid titaničny, Potisk tabletky - šelak, propylen glykol, roztok amoniaku 30 %, hliníky lak indigokarmínu (E 132). **Indikace:** Léčba chronické hepatitidy C v kombinaci s interferonem alfa-2b (dospělí a děti od 3 let) nebo peginterferonem alfa-2b (dospělí). Přípravek Rebetol nesmí být užit jako monoterapie. **Dávkování:** 600 - 1200 mg v závislosti na tělesné hmotnosti pacienta denně ve dvou dávkách s interferonem alfa-2b v dávce 3 mil.ij., třikrát týdně nebo s peginterferonem alfa-2b (1,5 mikrogramů/kg/týden) jednou týdně. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku, těhotenství, kojení, závažné poruchy srdce, ledvin a jater, hemoglobinopatie, závažná psychiatrická onemocnění. **Upozornění:** Přípravek nesmí užívat těhotné ženy a kojící matky. Je třeba zabránit otěhotnění partnerem léčených pacientů. Byly hlášeny změny chování včetně deprese a sebevražedných myšlenek. **Interakce:** Užívání nukleosidových analogů, samostatných nebo v kombinaci s ostatními nukleosidy vedlo ke vzniku laktátové acidózy. **Nežádoucí účinky:** Nausea, hemolytická anémie, svědění kůže. **Uchovávaní:** Při teplotě do 30 °C. **Balení:** 84, 140 nebo 168 tabletek a 200 mg. **Dříteľ rozhodnutí o registraci:** SP Evrops, Bruxelles, Belgie. **Registrační čísla:** EU/1/99/107/001-3. **Datum poslední revize textu:** 1.9.2006. **Způsob výdeje:** Vázan na lékařský předpis. **Způsob uhrady:** Hrazen z prostředků zdravotního pojištění.

KOMPLEXNÍ PÉČE O NEMOCNÉ V POKROČILÝCH STADIÍCH JATERNÍCH CHOROB

**Podzimní pracovní den České hepatologické společnosti
a Hepatologické sekce sester při ČAS**

5. 11. 2009 | REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUČ

HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI

BAYER s.r.o.

EWOPHARMA, spol. s.r.o.

Naturprodukt CZ spol. s.r.o.

PRO.MED.CS Praha a.s.

ROCHE s.r.o.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



**POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM
ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONFERENCE**

Ursosan®

Lék s vybroušeným účinkem



URSOSAN®

Složení: Acidum ursodeoxycholicum 250 mg v 1 tvrdé tobolce. **Indikační skupina:** Hepatikum, dissolvens cholesterolových žlučových kamenů. **Charakteristika:** Ursodeoxycholová kyselina (UDCA) je žlučová kyselina, která se přirozeně vyskytuje v lidské žluči. Ve srovnání s jinými žlučovými kyselinami je prakticky netoxická. Po perorálním podání je UDCA transportována do jater a její zvýšená koncentrace ve směsi žlučových kyselin má za následek jednak snížení nasycení žluči cholesterolem, jednak zvýšenou rozpustnost cholesterolu na povrchu již vzniklých konkrémentů. UDCA upravuje symptomatologii a patologické laboratorní, imunologické i některé histologické změny, provázející primární biliární cirhózu a řadu dalších onemocnění jater, zejména jsou-li spojena s intrahepatální cholestázou. **Indikace:** Rozpuštění nezvápenatých cholesterolových žlučových kamenů (do velikosti 15 mm) při zachované funkci žlučníku. Rozpuštění drtě těchto kamenů po litotrypsi. Cholestatický syndrom při primární biliární cirhóze, sklerotizující cholangitidě, hepatitidách různé etiologie a jiných stavech intrahepatální cholestázy. Reaktivní gastritida při duodenogastrickém refluxu. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na kyselinu ursodeoxycholovou a pomocné látky. Akutní cholecystitida a cholangitida. Jaterní cirhóza v pokročilém stadiu. Závažná porucha funkce jater nebo ledvin. 1. trimestr gravidity. Děti do 2 let. **Nežádoucí účinky:** Průjem, pruritus. **Interakce:** Cholestyramin, colestipol a antacida mohou snižovat absorpci kyseliny ursodeoxycholové. **Upozornění:** V průběhu léčby je třeba kontrolovat jaterní enzymy: v prvních 3 měsících ve čtyřtydenních intervalech, později jedenkrát za čtvrt roku. Při podávání kyseliny ursodeoxycholové (UDCA) ve 2. a 3. trimestru gravidity je třeba zvážit poměr přínosu léčby a rizika pro plod. Podání UDCA během kojení musí zvážit odborný lékař. **Dávkování:** Denní dávka Ursosanu užívaná k rozpuštění žlučových kamenů závisí na tělesné hmotnosti nemocného. Obvykle se užívá 10 mg/kg/den, tj. 2–5 tobolek denně. Celá denní dávka Ursosanu se užívá jednorázově večer. Použití Ursosanu jako přípravku k rozpuštění žlučových kamenů je dlouhodobé (0,5–2 roky). Kontrola účinnosti léčby se provádí ultrasonograficky jednou za půl roku. Dávkování u cholestatických syndromů je individuální, nepřekračuje se dávka 6 tobolek za den rozdělené do 2–3 dávek. Délka léčby se řídí povahou a klinickým vývojem onemocnění. Tobolky se polykají celé nerozkousané a zapíjejí se dostatečným množstvím tekutiny. **Balení:** 50 a 100 tvrdých tobolek. S podrobnějšími informacemi se seznámte v souhrnu údajů o přípravku. **Datum poslední revize textu:** 14. 1. 2009. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků zdravotního pojištění.

POŘADATEL

**Česká hepatologická společnost ČLS JEP
Hepatologická sekce ČAS
II. interní klinika FN Olomouc**

ODBORNÝ GARANT

**prof. MUDr. Jiří Ehrmann, CSc.
Bc. Lenka Šeflová**

ORGANIZÁTOR

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

kontaktní osoba:
Ing. Karla Břečková
tel.: 582 397 457
mob.: 777 714 677
e-mail: breckova@solen.cz

**Olomouc 5. 11. 2009
Regionální centrum Olomouc**

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání
dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena
6 kredity pro lékaře, 4 kredity pro sestry, farmaceutické asistenty a vysokoškolsky vzdělané
odborné pracovníky ve zdravotnictví, 8 body pro farmaceuty

Vychází jako příloha časopisu Interní medicína pro praxi

Citační zkratka: Interní Med. 2009, 11(suppl. D)

Časopis je excerpován v Bibliographia Medica Československa a je zařazen
na Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR

Grafické zpracování a sazba: Jan Sedláček, tel.: +420 724 984 451

ISBN 978-80-87327-18-0

ČTVRTEK 5. LISTOPADU

9.00–9.10

Zahájení – prof. MUDr. Petr Hůlek, CSc., Alena Baloghová

9.10–10.25

1. BLOK

Předsedající: prof. MUDr. Jiří Ehrmann, CSc., prof. MUDr. Zdeněk Mareček, DrSc.

- **Úvod do problematiky pokročilého jaterního onemocnění**
– prof. MUDr. Zdeněk Mareček, DrSc.
- **Praktický lékař a pacient s jaterním onemocněním** – doc. MUDr. Bohumil Seifert, CSc.
- **Nemocní s pokročilým jaterním onemocněním v nemocničních lůžkových zařízeních** – Blanka Drexlerová, Petra Stejskalová, MUDr. Květoslava Aiglová
- **Je možné zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči v domácím prostředí?**
– Hana Pekárková, Andrea Turková
- **Diskuze**

10.25–10.45

Přestávka

10.45–12.35

2. BLOK

Předsedající: prof. MUDr. Jan Lata, CSc., prof. MUDr. Jiří Horák, CSc.

- **Pokročilé jaterní onemocnění v důsledku NASH/NAFLD** – prof. MUDr. Jiří Horák, CSc., MUDr. Miluše Hendrichová
- **Portální hypertenze a její projevy** – prof. MUDr. Jan Lata, CSc.
- **Krvácení do trávicího traktu v pokročilém stadiu jaterního onemocnění**
– doc. MUDr. Vlastimil Procházka, Ph.D.
- **Dekompenzované jaterní onemocnění na JIP** – MUDr. Jan Maňák, Ph.D.
- **TIPS u nemocných v pokročilém stadiu jaterního onemocnění**
– prof. MUDr. Petr Hůlek, CSc.
- **Diskuze**

12.35–13.35

Přestávka na oběd

13.35–15.30

3. BLOK

Předsedající: MUDr. Pavel Trunečka, CSc., prof. MUDr. Petr Husa, CSc.

- **Možnosti léčby chronických infekcí HBV a HCV ve stadiu jaterní cirhózy a HCC**
– prof. MUDr. Petr Husa, CSc.
- **Chirurgická intervence u nemocných v pokročilém stadiu jaterních chorob**
– MUDr. Martin Loveček, Ph.D.
- **Péče o nemocné s nádory jater** – prof. MUDr. Bohuslav Melichar, Ph.D.
- **Transplantace jater v pokročilém stadiu jejich poškození** – prim. MUDr. Pavel Trunečka, CSc.
- **Multioborová spolupráce při diagnostice a léčbě chronické hepatitidy C**
– prof. MUDr. Petr Husa, CSc.
- **Diskuze, závěr**

Pořadatel si vyhrazuje právo změny programu.

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

je tradicí České hepatologické společnosti, každoročně organizovat Podzimní pracovní den s prezentací aktuálních témat hepatologie s důrazem na multidisciplinární pohled. Tak například tématem Pracovního dne v roce 2007, který se konal v Hradci Králové, byla „Jaterní cirhóza a její komplikace“. V loňském roce byl Pracovní den v Praze a jeho tématem byly „Pokroky v diagnostice a léčbě jaterních chorob“. Letos se výbor České hepatologické společnosti rozhodl uspořádat Pracovní den v Olomouci. Jeho organizací pověřil společnost SOLEN a II. interní kliniku LF UP a FN Olomouc. Zvoleno bylo nevšední téma „Komplexní péče o nemocné v pokročilých stádiích jaterních chorob“.

Přes veškerou péči, a to i nejmodernější, se nemocní nakonec dostávají do pokročilých stadií choroby a jsou to nejen specialisté různých oborů, ale často i praktičtí lékaři a zdravotní sestry – zejména v ošetrovatelské péči, na jejichž bedrech nakonec leží za takové pacienty zodpovědnost. Nejen tedy specialistům, ale i široké lékařské obci a zdravotním sestrám je tato konference určena. Nakonec skutečnost, že spoluorganizátorem konference je také Hepatologická sekce sester ČAS to jen potvrzuje.

Jednodenní odborný program je rozdělen do tří bloků.

Úvod do problematiky pokročilého jaterního onemocnění a „zmapování“ současného stavu péče o takové nemocné je předmětem prvního bloku. Prezentován je pohled praktických lékařů, ale také sester lůžkových i nelůžkových zdravotních zařízení.

Léčba komplikací s ohledem na pokročilost jaterní choroby je tématem bloku druhého. Zazní sdělení o pokročilém jaterním onemocnění v důsledku NASH/NAFLD, dále o portální hypertenzi, léčbě jejich komplikací a sdělení o specifitě péče o dekompenzované jaterní onemocnění na JIP.

Možnosti léčby chronických infekcí HBV a HCV ve stadiu jaterní cirhózy a multioborová spolupráce, chirurgická intervence u nemocných v pokročilých stádiích jaterních chorob, transplantace jater u takových pacientů a péče o nemocné s nádory jater jsou témata třetího bloku.

Organizátoři pozvali k přednáškám naše nejpřednější odborníky příslušných oborů a je jejich přáním, aby Podzimní pracovní den ČHS v Olomouci byl stejně úspěšný jako byly ročníky předcházející.

Odborní garanti: prof. MUDr. Jiří Ehrmann, CSc., Bc. Lenka Šeflová

1. BLOK / 9.10–10.25

Předsedající: prof. MUDr. Jiří Ehrmann, CSc., prof. MUDr. Zdeněk Mareček, DrSc.

Úvod do problematiky pokročilého jaterního onemocnění prof. MUDr. Zdeněk Mareček, DrSc. Interní klinika 1. LF UK Praha a ÚVN Praha

Jaterní cirhóza je konečným stadiem všech chronicky probíhajících a progredujících jaterních onemocnění. Transplantace jater sice zásadním způsobem změnila prognózu terminálních fází jaterních onemocnění, ale řada nemocných se transplantace nedočká pro pozdní indikaci, nesplnění indikačních kritérií nebo nedostatek orgánů. Jaký je osud nemocných s jaterní cirhózou a jaká je dnes jejich prognóza?

V České republice je asi 30 000–40 000 nemocných s jaterní cirhózou a ročně na toto onemocnění umírá 1 500–1 800 osob. V etiologii jednoznačně dominuje alkoholická jaterní cirhóza, která tvoří téměř dvě třetiny všech případů jaterní cirhózy.

Přirozený vývoj jaterní cirhózy směřuje od latentní bezpříznakové cirhózy k cirhóze symptomatické, ale ještě kompenzované, postupně se objevují komplikace a onemocnění přechází do fáze dekompenzované jaterní cirhózy. Nemocný se buď dočká jaterní transplantace, nebo na toto onemocnění umírá. Dekompensace je dána buď dekompenzací portálního typu – vzestupem portohepatálního gradientu a návaznými komplikacemi (jícnové varixy, splenomegalie, ascites, jaterní encefalopatie), nebo selháním metabolických funkcí.

Pro posouzení pokročilosti jaterního onemocnění existují různé klasifikace. Stále dominuje klasifikační schéma Childovo-Pughovo, které je jednoduché a praktické. Transplantační centra používají komplikovanější klasifikace MELD skóre, obohacené o parametr renální (kreatinin). V MELD skóre chybí významný parametr ascites a výpočet vyžaduje počítačové zpracování.

Nejčastější příčinou úmrtí nemocných s jaterní cirhózou bylo dříve krvácení z jícnových varixů, dnes nemocní nejčastěji umírají na jaterní selhání a kóma. Mortalita na jaterní cirhózu ve světě klesá. Česká republika však patří mezi země s nejmenším poklesem mortality.

Prognóza jaterní cirhózy zásadně závisí na stupni kompenzace. V současné době je průměrné přežití nemocných zachycených v kompenzované fázi choroby 11,7 roku. Prognóza dekompenzované cirhózy se zásadně liší. Průměrné přežití je pouze 2,6 roku.

Prognóza jaterní cirhózy se v posledních 20 letech významně zlepšila. Příčinou je pokles konzumace alkoholu, prevence a léčba virových hepatitid, zlepšení léčby komplikací jaterní cirhózy – především krvácení z jícnových varixů, včasná detekce vrozených metabolických vad, antibiotická profylaxe invazivních výkonů, včasná detekce a léčba hepatocelulárního karcinomu.

Zásadním pokrokem je však skutečnost, že jaterní transplantace se stala standardní metodou léčení terminálních fází pokročilých jaterních onemocnění.

Praktický lékař a pacient s jaterním onemocněním

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK v Praze

Mezi nejvýznamnější hepatologická témata pro všeobecné praktické lékaře patří přístup k pacientům s patologickými hodnotami jaterních testů, identifikace etylické nebo lékové etiologie hepatopatií, včasná diagnostika, screening a prevence infekčních hepatitid, interpretace nespecifických sonografických nálezů a chronická péče o pacienta s cirhózou.

Zjištění patologických hodnot jaterních testů je v praxi velmi časté, ať už jde o záchyt v rámci pravidelných preventivních vyšetření nebo při diferenciální diagnostice, např. dyspeptických obtíží. Hraniční nebo mírně zvýšené hodnoty v nepřítomnosti jiných klinických známek nebo významného anamnestického údaje jsou obvykle důvodem k opakování testů s odstupem, případně opakování po období s doporučeným dietním režimem.

Praktický lékař nesmí propásnout pacienta s akutním jaterním selháním. V případě vyšších nebo opakovaně zvýšených hodnot je třeba vyloučit zejména akutní hepatitidy virového původu serologickými metodami. V dalším diferenciálně diagnostickém postupu je na místě sonografické vyšetření. Pro praktické lékaře je často problém sonografický nálezy interpretovat a rozhodnout o dalším vyšetření, např. CT nebo MRI. Podle okolností je možné zvažovat vzácnější příčiny hepatopatie. Za zvýšenými jaterními testy je často abúzus alkoholu a zejména u pacientů střední a starší věkové skupiny je třeba pátrat po lékové příčině.

V očkování proti hepatitidám, ale i v dohledech nad kontakty nemocných žloutenkou hrají praktičtí lékaři dominantní roli. Přibývá pacientů na léčbě interferonem. V některých zemích je zaváděn screening hepatitidy C u vybraných skupin v primární péči.

Praktičtí lékaři pečují i o pacienty s cirhózou a jejími komplikacemi. Pro tuto činnost potřebují oporu ve spolupráci s odbornými poradnami. Konzultace s hepatologem specialistou není vždy dostupná. V místech s dobrou nabídkou specialistů je pak někdy obtížné rozhodnout, zda pacienta poslat k hepatogastroenterologovi nebo hepatoinfektologovi.

Hepatoprotektiva, dříve velmi oblíbená u pacientů, zaznamenala podstatný ústup z preskripce praktických lékařů. V ordinaci autora je např. v současné době pouze 12 pacientů na hepatoprotektivech, hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

Nemocní s pokročilým jaterním onemocněním v nemocničních lůžkových zařízeních

Drexlerová Blanka

Stejskalová Petra

MUDr. Aiglová Květoslava

II. interní klinika LF UP a FN Olomouc

Cílem přednášky je seznámení s problematikou a skladbou pacientů, kteří se dostávají na naše lůžková oddělení v pokročilém stadiu jaterního onemocnění. Jedná se nejčastěji o pacienty s cirhózou jater na podkladě chronických virových hepatitid, pacienty s cirhózou toxonutritivní etiologie často již s komplikovaným hepatorenálním syndromem, pacienty s hepatocelulárním

karcinomem, pacienti s autoimunitním onemocněním jater.

V krátkém přehledu prezentujeme statistiku přijatých pacientů s pokročilým jaterním onemocněním na naše lůžková oddělení v roce 2008, 2009 a procentuální zastoupení pacientů s tímto onemocněním v celkovém množství přijatých klientů.

Přestože je péče o tyto pacienty náročná z hlediska lékařského i finančního, prognóza je nepříznivá a často končí fatálně. Taktéž ošetrovatelská péče je velice obtížná, má svá specifika a vyžaduje řadu odborných znalostí.

Je možné zajistit kvalitní ošetrovatelskou péči v domácím prostředí?

Hana Pekárková

Andrea Turková

**Pracoviště ošetrovatelské péče
Hradec Králové**

ANO, pokud máte schopný a všestranně vyškolený, multidisciplinární tým, dobré technické, prostorové, přístrojové a materiální vybavení.

Naše agentura se o to snaží již od roku 1993 a postupem času se v těchto oblastech rozšiřuje a zdokonaluje. V současné době poskytujeme zdravotní péči ve třech odbornostech – sestra v domácí péči, fyzioterapeut, porodní asistence.

Není pro nás zase až tak důležité, zda je v našem týmu všeobecná sestra s titulem, ale velice důležitá je její praxe, znalosti a zkušenosti, případně komunikační dovednosti. Sestra v domácí péči musí zvládnout to, co sestra v kterékoliv nemocnici, jen s několika detaily. Je v terénu a tudíž musí mít sebou veškerý potřebný mate-

riál a pomůcky. Je v danou chvíli v terénu sama, nemá za sebou dalších několik kolegů ani lékaře, na které by se při poskytování ošetrovatelské péče mohla obrátit. Jedinou její možností, mimo její praktické dovednosti, je mobilní telefon a kolegyně na jeho druhém konci, která jí může opět poskytnout pouze teoretickou radu. Prakticky to musí zvládnout sama.

Stejně jako sestry v nemocnici i my se musíme neustále vzdělávat a to nejen kvůli kreditům, ale hlavně kvůli našim klientům, abychom jim mohli poskytnout tu nejlepší, a na vysoké odborné úrovni postavenou, ošetrovatelskou péči.

Další důležitou věcí je pro nás technické zázemí. Každý pracovník – myslím tím nejen všeobecnou sestru, ale i fyzioterapeuta nebo porodní asistentku – má k dispozici služební vozidlo, které je využíváno k přepravě za klientem, případně k převozu různých pomůcek a přístrojů, které využíváme k ošetrovatelské nebo rehabilitační péči. Území, pro které naši péči poskytujeme, je poměrně rozsáhlé, jedná se o oblast bývalého okresu Hradec Králové a čítá cca 160 000 obyvatel.

Nedílnou součástí pro kvalitní a komplexní domácí ošetrovatelskou péči je naše přístrojové a materiální vybavení. Vzhledem k tomu, že máme v péči klienty všech věkových skupin bez rozdílu pohlaví a diagnózy, musí tomu odpovídat i naše vybavení přístrojové a materiálové.

Jak bylo již výše uvedeno, poskytujeme péči klientům s onemocněním onkologickým, neurologickým, gerontologickým, plicním, kardiologickým, diabetologickým, gynekologickým, pediatrickým, psychiatrickým, nefrologickým a dalším. Již několik let nabízíme kurzy a cvičení pro nastávající maminky, péči

o novorozence a matky v šestinedělí, zajišťujeme telefonickou linku pro rodiny, které mají problémy s kojením.

Ošetrovatelskou a rehabilitační péči předepíše ošetřující lékař při propuštění z nemocnice na dobu čtrnácti dní. Praktický lékař pro děti a dorost, praktický lékař pro dospělé a gynekolog na dobu tří měsíců. Ve všech těchto případech je naše péče placena ze zdravotního pojištění a naši klienti nic neplatí. Poplatek vybíráme pouze u některých kurzů a cvičení, ale i v tomto případě většina zdravotních pojišťoven tuto péči hradí jako nadstandard.

Vzhledem k široké škále klientů s různými postižením nebo problémy, provozujeme také půjčovnu pomůcek a přístrojů. V naší nabídce máme např. kyslíkové koncentrátory, injekční dávkovače různých typů, odsávačky elektrické a mechanické, oxymetry, glukometry, elektrická polohovací lůžka, zvedáky, schodolez, různé kompenzační pomůcky, koupací vany, vozíky a mnoho dalšího. Pro miminka máme k dispozici novorozenecké váhy, pro jejich maminky odsávačky mateřského mléka. Velká část těchto přístrojů a pomůcek byla pořízena

z různých projektů a za přispění Magistrátu města Hradce Králové.

Z výše uvedeného vyplývá, že péče v domácím prostředí je pro klienta určitě přínosná, jelikož v domácím prostředí se lépe a rychleji uzdravuje, ale v poslední době i mnohem častěji umírá. Paliativní péči, kterou poskytujeme v návaznosti a ve spolupráci s ambulancí paliativní péče onkologické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové, využívá stále více klientů. Lze říci, že každý měsíc v průměru pečujeme o 10 klientů v terminálním stadiu. Tato péče je pro všechny náš personál velice náročná i po psychické stránce, protože spolupráce s rodinou umírajícího je v domácím prostředí mnohem náročnější než v jakémkoliv lůžkovém zařízení.

Pro pojišťovny je zase přínosem cena naší péče, která je mnohem nižší než částka, kterou zaplatí za každý den při hospitalizaci klienta.

Závěrem mohu říci, že tato práce je pro naše zaměstnance sice náročná, ale všichni ji poskytujeme s plným nasazením a odměnou nám je pochvala a časté děkovné dopisy, případně doporučení naší péče dalším známým a příbuzným našich klientů.

2. BLOK / 10.45–12.35

Předsedající: prof. MUDr. Jan Lata, CSc., prof. MUDr. Jiří Horák, CSc.

Pokročilé jaterní onemocnění v důsledku NASH/NAFLD

prof. MUDr. Jiří Horák, CSc.¹,

MUDr. Miluše Hendrichová¹,

MUDr. Jan Strítěský, CSc.²

¹I. interní klinika 3. LF UK Praha

²Ústav patologie 1. LF UK Praha

Nealkoholová jaterní steatóza (NAFLD) je nejčastějším jaterním onemocněním s prevalencí v celé populaci přibližně 20–25 %. Nealkoholová steatohepatitida (NASH) představuje závažnou a prognosticky nepříznivou formu NAFLD s prevalencí v celé populaci asi 2–3 %. NAFLD se vyskytuje převážně v 5.–6. dekádě, častěji jsou postiženy ženy (65–83 %), obezita se vyskytuje u 60–95 %, diabetes mellitus II. typu u 28–55 % a hyperlipidemie u 20–92 % postižených. Dvě třetiny nemocných s NAFLD a 88 % s NASH má metabolický syndrom. U nemocných s NASH se mohou vyvinout těžší formy jaterního poškození – jaterní fibróza, cirhóza a hepatocelulární karcinom, který zde může vzniknout i v necirhotických játrech. Ke známým rizikovým faktorům progresu NASH do cirhózy patří histologická aktivita jaterního zánětu a vyšší věk. NASH spolu s nediagnostikovanou autoimunitní hepatitidou jsou nejčastějšími příčinami tzv. kryptogenní cirhózy. Jaterní cirhóza vzniklá na bázi NASH se kromě vždy přítomného histologického obrazu steatohepatitidy zásadně

neodlišuje od jaterní cirhózy z jiných příčin. V současnosti je 4–10 % všech transplantací jater prováděno z indikace jaterní cirhózy na bázi NASH a toto číslo má vzestupnou tendenci. U každého případu jaterní cirhózy nejasné etiologie (tzv. kryptogenní) je vždy nutno pomýšlet na možnost NASH.

Portální hypertenze a její projevy

prof. MUDr. Jan Lata, CSc.

**Interní hepatogastroenterologická klinika
FNB a LF MU Brno**

Portální hypertenze vzniká nejčastěji jako důsledek chronické jaterní choroby, obvykle jaterní cirhózy. Komplikace vyplývající z portální hypertenze jsou v mnoha případech závažné a výrazně se podílejí na vysoké mortalitě těchto nemocných. Proto je léčba či dokonce prevence těchto komplikací důležitá a přestože neřeší základní chorobu, může výrazně zlepšit kvalitu života i prodloužit přežití. Při objevení se jakéhokoliv z nich je vždy potřeba zvážit možnost jaterní transplantace, která je v České republice již standardní léčbou s vysokou efektivitou.

Ascites je definován jako zvýšené množství volné tekutiny v dutině břišní; jeho objevení u cirhotiků představuje špatný prognostický znak – jednoleté přežití nemocných s ascitem je 50 %. V léčbě je vhodný klid na lůžku, nutné je vyloučení potenciálně nefrotoxicke medika-

ce (především aminoglykosidová antibiotika, nesteroidní antiflogistika) a omezení soli na cca 4–6 g denně. Výraznější omezení tekutin nutné není. Základní léčbou je podání diuretik. Vzhledem k důležité roli aldosteronu při vzniku ascitu by měla být léčba zahájena spironolaktone, obvykle v dávce 150 mg denně, pokud samotný nestačí, přidává se furosemid v dávce až 160 mg denně. Poměrně velké procento nemocných léčených diuretiky má však v průběhu léčby komplikace a zhruba 20 % nemocných na léčbu diuretiky nereaguje. V případě tohoto tzv. refrakterního ascitu je třeba vyloučit spontánní infekci ascitu (viz. dále) a první terapeutickou možností bývá velkoobjemová paracentéza (vypuštění ascitu). Po zákroku je nutné podat albumin v prevenci následné hypovolemie. V některých případech se zavádí transjugulární intrahepatální portosystémová spojka, která sníží portální tlak a ve většině případů zabrání akumulaci ascitu. Nejzávažnější komplikací ascitu je vznik **spontánní bakteriální peritonitidy**. Jde o infekci ascitu bez zjištěného, chirurgicky léčitelného zdroje. K průkazu infekce stačí nález zvýšeného množství granulocytů (nad $0,25 \times 10^9/l$) v ascitu. Obvyklou léčbou jsou cefalosporiny III. generace, nejčastěji cefotaxim v dávce 2 g každých 8, ev. 12 hodin, ev. chinolony.

Jaterní encefalopatie je komplexní neuropsychiatrický syndrom charakterizovaný poruchami vědomí a chování, neurologickými poruchami, přítomností flapping tremoru a elektroencefalografickými změnami v důsledku onemocnění jater. V léčbě se často jako první zásah u těchto nemocných doporučí

omezení bílkovin v potravě. Cirhotici jsou však většinou hypoproteinemičtí a další omezení bílkovin dále zhoršuje jaterní funkce. Proto je vhodnější jen záměna živočišných bílkovin za rostlinné a je-li omezení bílkovin pro akutní zhoršení nutné, doporučuje se jen krátkodobé omezení na 0,5 g/kg/den. Terapeutické zákroky jsou zaměřeny většinou na snížení amoniaku. Podává se nevstřebatelný disacharid laktulóza, obvyklá dávka je 30–45 g/den tak, aby se dosáhlo 2–4 stolice denně. Antibiotika, působící na bakterie a tím snižující množství vstřebaného amoniaku (neomycin, rifaximin), jsou užívána méně často. Při neúspěchu monoterapie se dají ovšem kombinovat s laktulózou.

Nejzávažnější komplikací je **krvácení z jícnových varixů**. Léčba tohoto akutního stavu je pochopitelně komplexní a musí být prováděna na specializovaných jednotkách intenzivní péče. Vzhledem k tomu, že je možná poměrně účinná primární prevence, je nutné u každého nově diagnostikovaného cirhotika provést gastrokopii. Při nálezu varixů je možná jejich endoskopická ligace či léčba neselektivními betablokátory (trimepranol, atenolol). Dostatečná dávka je taková, při které dojde ke snížení tepové frekvence o 20 % či na 60/min. Po proběhlém krvácení je léčba betablokátory zcela nezbytná, optimální je kombinace s endoskopickou ligací či sklerotizací varixů. Pokud i přes tuto terapii dojde ke druhé recidivě krvácení, je indikováno zavedení transjugulární intrahepatální portosystémové spojky.

Hepatorenální syndrom je definován jako funkční selhání ledvin (organicky intaktních) při

jaterním onemocnění s portální hypertenzí. Je nalézán téměř výhradně u nemocných s ascitem. Vzhledem k vysoké mortalitě je u cirhotiků nutné vyvarovat se vyvolávajících faktorů (nefrotoxická medikace, diuretika, nesteroidní antiflogistika, léčit bakteriální infekci, vyloučit krvácení do GIT). Léčba je obtížná a vždy za hospitalizace.

Závěrem je nutné ještě jednou zdůraznit nezbytnost včasné indikace jaterní transplantace. Bližší informace týkající se této problematiky je možno nalézt na [www stránkách České hepatologické společnosti](http://www.ceska-hepatologie.cz/editor/genhtml.pl?loc=hepatologie&table=guidelines):

<http://www.ceska-hepatologie.cz/editor/genhtml.pl?loc=hepatologie&table=guidelines>

Krvácení do trávicího traktu v pokročilém stadiu jaterního onemocnění

doc. MUDr. Vlastimil Procházka, Ph.D.

II. interní klinika LF UP a FN Olomouc

Krvácení do trávicího traktu v pokročilém stadiu jaterního onemocnění je závažnou, život ohrožující komplikací, která může mít fatální následky. Má obvykle komplexní charakter. Podílí se na něm portální hypertenze krvácením z varixů, intestinální vaskulopatie v podobě portální hypertenzní gastropatie, antrální cévní ektázie žaludku, kongestivní enteropatie, koagulopatie a trombocytopenie.

Všechny formy jaterní cirhózy vedou k portální hypertenzi. Nejčastější zdroje krvácení u cirhotiků jsou varixy, na druhém místě portální hypertenzní gastropatie a třetím nejčastějším zdrojem je gastroduodenální vřed. Do 2 let od zjištění varixů dojde ke krvácení

u 35 % cirhotiků. Polovina těchto pacientů zemře při první atace krvácení. Velikost varixů je významnějším prognostickým faktorem krvácení než tlak uvnitř varixů, avšak portální tlak nad 12 mm Hg je ke vzniku varixů a jejich krvácení nezbytný. Nejdůležitějším ukazatelem rizika krvácení je funkční postižení jater hodnocené Childovou klasifikací. Velikost varixů, přítomnost červených skvrn a hepatocelulární funkce jsou nejspolehlivějšími ukazateli hrozícího krvácení.

Prevence krvácení spočívá ve zlepšení jaterních funkcí a podávání neselektivních beta-blokátorů. Profylaktická skleroterapie se obecně nedoporučuje.

Klinické projevy jsou shodné s krvácením do GIT. Pravidelně dochází při krvácení k prohloubení známek jaterní nedostatečnosti případně až k obrazu jaterního komatu. Nevarikózní zdroje krvácení se zjistí až v polovině případů. Pro potvrzení zdroje je nezbytná urgentní endoskopie.

Prognóza pacientů v pokročilém stadiu jaterního onemocnění je závislá na tíži hepatocelulárního postižení. Až 80 % mortalitu lze očekávat u pacientů s krvácením do trávicí trubice po současném výskytu ikteru spolu s ascitem a encefalopatií.

Krvácení do trávicího traktu v pokročilém stadiu jaterního onemocnění vyžaduje léčení na jednotce intenzivní péče, nejlépe s monitorací hemodynamických parametrů pomocí centrálního žilního přístupu. Při léčení se podávají krevní převody do hodnot hematokrytu 0,30 a hemoglobinu 100g/l, systolický tlak se udržuje nad 90 mm Hg. Koriguje se koagulopatie podáváním čerstvě zmražené plasmy

a trombocytopenie převodem koncentrátů krevních destiček, podává se intravenózně vitamín K1. V léčbě se uplatní i. v. podávání blokátorů protonové pumpy. Dlouhodobé přežití významně zlepši profylaktické podání antibiotika. Encefalopatii předcházíme podáváním laktulózy. Při tenzím ascitu je na místě paracentéza a léčba spironolaktonem. Urgentní léčba vyžaduje dostupnost urgentní endoskopie se sklerotizací a ligací varixů, Sengstakenovy sondy, TIPS i neodkladného chirurgického zásahu.

Základem medikamentózní léčby je podávání vazoaktivních látek. Nejčastěji se využije terlipresin i. v., při kontraindikacích nebo při nežádoucích příhodách se nahradí kontinuálním podáváním somatostatinu. Endoskopie se provádí co nejdříve, nejlépe bezprostředně po dosažení oběhové stabilizace. Endoskopie určí zdroj a aktivitu krvácení a současně se provede endoskopické ošetření k zástavě krvácení a prevenci recidivy. Nezdar úvodní endoskopie v zástavě krvácení vede ke zvážení balónkové tamponády u krvácení z varixů jícnu a žaludku. Selhání léčby nebo recidiva krvácení je indikací ke kontrolní endoskopii. Po selhání druhé terapeutické endoskopie a farmakoterapie je indikována balónková tamponáda a provedení portosystémové spojky, preferenčně transjugulární cestou – TIPS. Při neproveditelnosti TIPS je na místě chirurgické řešení, nejlépe devaskularizace.

Pro zvládnutí akutního krvácení se v prevenci recidivy uplatní neselektivní beta-blokátory, endoskopická eradikce varixů ligací nebo skleroterapií, zavedení portosystémového žilního zkratu nebo transplantace jater.

Dekompenzované jaterní onemocnění na JIP

MUDr. Jan Maňák, Ph.D.

Interní JIP, Klinika gerontologická a metabolická, FN Hradec Králové

Pacienti s chronickým jaterním onemocněním bývají přijímáni na jednotky intenzivní péče buď z důvodů komplikací jaterní cirhózy, nebo pro jiný závažný problém, který může stav jaterního onemocnění výrazně ovlivnit.

Obvyklými příčinami přijetí na jednotku intenzivní péče (JIP) bývají závažná krvácení do trávicího traktu, dekompenzace jaterní cirhózy s hepatorenálním syndromem, jaterní encefalopatie nebo infekční komplikace různé etiologie.

Pacienti s chronickým onemocněním jater přicházejí obvykle na jednotky intenzivní péče podvyživení, dehydratovaní a s mnohočetnými deficity minerálů, vitaminů a stopových prvků. Hypotenze a dehydratace jsou často spojeny s infekčními komplikacemi, mohou se však na nich podílet i chronická léčba diuretiky nebo velkoobjemové punkce ascitu bez adekvátní objemové náhrady. Odhaduje se, že asi 60–90 % pacientů s chronickým onemocněním jater trpí malnutricí, která koreluje se stupněm jaterního poškození dle Child-Pughova skóre.

V tomto křehkém terénu se mohou komplikace snadno řetězit a dát tak možnost vzniku bludných kruhů s nepříznivou prognózou. Úlohou intenzivní péče u nemocných s chronickým jaterním onemocněním je kromě řešení situace, která vedla bezprostředně k přijetí pacienta na JIP, vytvoření takových podmínek, které umožní cyklus komplikací rozetnout. Kromě postupů bezprostředně zachraňujících život,

jako je zajištění dýchacích cest a umělá plicní ventilace, stavění krvácení nebo časná antibiotická léčba, je v popředí problematiky replece a udržení intravaskulárního objemu, doplnění minerálních deficitů a adekvátní přívod energie a živin. Význam podpůrné léčby a zejména nutričních intervencí a časné rehabilitace u této skupiny nemocných je mimořádný a její kvalita do značné míry určuje konečný výsledek.

U chronicky nemocných je mnohdy otázkou, zda intenzivní péče může nepříznivý průběh onemocnění vůbec ovlivnit a zda aktuální zhoršení stavu není projevem neodvratně terminální fáze základního onemocnění. V těchto situacích je nezbytné, zvážit dosavadní vývoj nemoci u konkrétního nemocného a indikace k intenzivní péči musí být předmětem důkladné komunikace jak ošetřujícího hematologa, tak lékaře JIP. Přijímání pacientů v terminálním stavu na JIP nezlepší prognózu nemocných, vede k distanzaci a vysokým finančním nákladům a z těchto důvodů je medicínsky, ekonomicky a především eticky nepřijatelné. Na druhé straně je velmi dobré vyhledávat nemocné, u nichž se komplikace teprve rozvíjejí nebo kteří jsou jimi významně ohroženi a je třeba jim poskytnout adekvátní péči na JIP včas. I zde je klíčovým místem vzájemná komunikace hepatologa s intenzivistou, kdy společný postup může významně zlepšit prognózu našich nemocných.

TIPS u nemocných v pokročilém stadiu jaterního onemocnění
prof. MUDr. Petr Hůlek, CSc.
Interní klinika FN Hradec Králové

Za nemnoho let existence této metody došlo k jejímu postupnému rozšíření, takže do sou-

časné doby bylo na světě pomocí TIPS léčeno několik desítek tisíc nemocných. S přibývajícím léty klesá proto počet chirurgů, kteří se věnují chirurgické terapii portální hypertenze. TIPS je výkonem, který má menší mortalitu než chirurgicky vytvořená portokavální spojka, ale který vzhledem k ceně zahraničního stentu není metodou levnější.

Stejně jako po chirurgickém zákroku rozvíjí se jaterní encefalopatie. Častěji než po chirurgické spojce dochází ke vzniku stenóz ve spojce, které jsou výrazně méně časté při použití potahovacích ale dražších stentů.

Nemocní indikovaní k provedení TIPS jsou nemocní se závažnou portální hypertenzí v důsledku jaterní cirhózy. Je nutné si uvědomit, že to jsou nemocní se závažným onemocněním jater a TIPS řeší pouze otázku portální hypertenze, nikoliv problém špatné funkce jaterních buněk. Je proto neporovnatelný s transplantací jater, která řeší problém špatné funkce jater zásadním způsobem.

Hlavními indikacemi jsou krvácení z jícnových varixů, které nelze zvládnout standardními postupy, prevence třetího krvácení přes správně prováděnou eradikační terapii jícnových varixů, prevence druhého krvácení v případě žlučových varixů a refrakterní ascites. Pokročilost cirhózy by neměla překročit 12 bodů v Childově – Pughově klasifikaci.

V Hradci Králové bylo od roku 1992 do konce léta 2009 provedeno 805 výkonů. Postupně klesá počet výkonů pro krvácení a narůstá počet nemocných indikovaných pro refrakterní ascites. Dvě třetiny nemocných mají toxonutriční etiologii jaterní cirhózy, 10% nemocných zemře do 30 dnů po výkonu. Bez projevu jaterní encefalopatie bylo

po TIPS 55 % nemocných, mírnou formu encefalopatie mělo 14 % nemocných, závažnou ale přechodnou formu jaterní encefalopatie mělo 6 % nemocných a u 2 % nemocných musel být TIPS zúžen. Výhodou použití potahovaných stentů je prokazatelně lepší průchodnost resp. nižší riziko vzniku stenóz. To snižuje frekvenci kontrol.

Pomocí TIPS lze získat čas pro terapii základního onemocnění jater nebo pro zařazení nemocného do programu transplantace jater. Dvě třetiny nemocných, kterým byl TIPS proveden,

mají alkoholovou etiologii jaterní cirhózy. Abusus alkoholu je možné při skutečném zájmu nemocného léčit. Je smutnou skutečností, že léčba abusu alkoholu není u nás dostatečně rozvinutá. Není jen problémem hematologů, nýbrž všech zdravotníků, potažmo celé společnosti.

Cílem hepatologů by mělo být včasné vyhledávání nemocných s chronickými chorobami jater ještě před vznikem jaterní cirhózy a jejich efektivní léčení, které je dnes ve velkém počtu případů úspěšné.

3. BLOK / 13.35–15.30

Předsedající: MUDr. Pavel Trunečka, CSc., prof. MUDr. Petr Husa, CSc.

Možnosti léčby chronických infekcí HBV a HCV ve stadiu jaterní cirhózy a hepatocelulárního karcinomu

prof. MUDr. Petr Husa, CSc.

Klinika infekčních chorob LF MU a FN Brno

Virová hepatitida B je jedním z největších globálních zdravotnických problémů současnosti. Odhadem 25–40 % chroniků má jaterní cirhózu (CIH) nebo hepatocelulární karcinom (HCC). HCC vzniká nejčastěji v cirhóze, ale může se vyskytnout i bez CIH. Ročně jsou celosvětově tyto diagnózy příčinou 0,5–1,0 milionu úmrtí.

Pacienti s kompenzovanou CIH a detekovatelnou HBV DNA v séru:

- mohou být léčeni, i když je aktivita alaninaminotransferázy (ALT) normální a/nebo HBV DNA < 2 000 IU/ml
- dlouhodobá a účinná suprese HBV DNA může stabilizovat stav pacienta, oddálit nebo trvale odstranit potřebu transplantace jater
- PEG-IFN alfa-2a lze použít jen u dobře kompenzovaných cirhotiků (ve stadiu Child-Pugh A)
- pokud není možné použít PEG-IFN alfa-2a, je na místě časově neomezená léčba nukleotidovými nebo nukleosidovými analogy
- nejvýhodnější se v této indikaci jeví tenofovir nebo entecavir (vysoká účinnost, malé nebezpečí vzniku rezistence)
- je nutné pečlivě monitorovat HBV DNA během léčby, pokud není v 48. týdnu léčby

pod hranicí detekovatelnosti, je nutné přidání dalšího léku bez zkřížené rezistence

- v současné době je možné v této indikaci použít v ČR pouze lamivudin v monoterapii nebo v kombinaci s adefovirem

Pacienti s dekompenzovanou cirhózou bez ohledu na hladinu HBV DNA v séru:

- vyžadují okamžitou antivirovou léčbu ve specializovaných centrech s napojením na transplantační jednotky, a to i při nízké hodnotě HBV DNA – zábrana reaktivace
- suprese virové replikace může vést pomalu ke klinickému zlepšení v horizontu 3–6 měsíců
- tenofovir nebo entecavir jsou pravděpodobně v této indikaci nejvhodnější, ale zatím je k dispozici málo dat o bezpečnosti léčby u cirhotiků, proto se častěji podává lamivudin v monoterapii nebo v kombinaci s adefovirem
- u velmi pokročilých CIH nemusí být antivirová léčba úspěšná a je nutná transplantace jater

Virová hepatitida C představuje i v současnosti velký zdravotnický problém, který se týká bohatých i chudých zemí celého světa. V rozvinutých zemích světa odpovídá infekce HCV zhruba za 20 % všech akutních VH, 70 % chronických VH, 40 % CIH, 60 % HCC a je indikací asi k třetině transplantací jater. Asi u 20 % pacientů s chronickou VHC se během 10–20 let vyvine

CIH, HCC vzniká ročně u 1–4% cirhotiků, HCC bez CIH velmi vzácně.

Chronická infekce HCV se léčí kombinací pegylovaného interferonu (PEG-IFN) alfa a ribavirinu po dobu 24 nebo 48 týdnů v závislosti na genotypu HCV. Vzhledem k nežádoucím účinkům je PEG-IFN kontraindikován u pacientů s dekompenzovanou jaterní cirhózou, což limituje možnost léčby jen na pečlivě vybranou skupinu pacientů s méně pokročilou jaterní cirhózou. Tato léčba by měla být navíc vždy vedena pouze v hepatologických centrech, které mají velké zkušenosti s léčbou takto komplikovaných pacientů a jsou přímo napojena na transplantační centra. Velké multicentrické studie (HALT-C, COPILOT) neprokázaly příznivý efekt dlouhodobé udržovací terapie nízkými dávkami PEG-IFN v monoterapii, co se týče přežívání a zábrany progresu choroby. Omezená část nemocných s CIH může profitovat z léčby s postupným zvyšováním dávek PEG-IFN a RBV v závislosti na toleranci léčby (LADR). Riziko vzniku závažných komplikací je však i při uplatnění tohoto terapeutického přístupu vysoké.

Chirurgická intervence u nemocných v pokročilém stadiu jaterních chorob

MUDr. Martin Loveček, Ph.D.,

doc. MUDr. Čestmír Neoral, CSc.,

doc. MUDr. Roman Havlík, Ph.D.,

prof. MUDr. Jiří Klein, Ph.D

I. chirurgická klinika FN a LF UP Olomouc

Úvod

Možnosti chirurgické intervence u nemocných v pokročilém stadiu jaterních chorob jsou

významně omezeny funkční zdatností jaterního parenchymu.

Spektrum pacientů a výkonů

Jedná se o tři základní skupiny nemocných.

1. Nemocní s progredující jaterní cirhózou (Child B, C), kteří vyžadují chirurgickou intervenci z jiného důvodu než onemocnění jater (NPB, kýly, tumory...), jsou vystaveni velmi vysokému riziku jaterního selhání. Je nutná pečlivá selekce nemocných a jejich předoperační příprava s ohledem na možné komplikace (poruchy srážlivosti, ascites, poruchy hojení, dekompenzace encefalopatie atd.).
2. Nemocní s ložiskovým onemocněním jater v terénu jaterní cirhózy. Většina HCC se objevuje v terénu cirhózy. Chirurgická resekce je nejvhodnějším způsobem léčení. Transplantace jater však může selektované skupině nemocných přinést lepší výsledky dlouhodobého přežití. U operovaných s jaterní cirhózou však musíme počítat s vysokým operačním rizikem a vysokým rizikem rekurence v následujícím roce po resekci.
3. Krácení z jícnových varixů při portální hypertenzi jaterního původu. Pokud jsou indikovány akutní chirurgické výkony, vycházejí ze Sugiurovy operace: transektce hrudního jícnu s jeho opětovným sešitím staplerem, dekonexe jícnu a fundu žaludku, opichy varixů ve fundu žaludku z gastrotomie a splenektomie. Úloha portosystémové spojky v současnosti: jako akutní se spojky indikují jen při selhání jiných modalit – farmakologická, endoskopická či TIPS. V elektivním provedení jsou indikovány k dlouhodobému překlenutí doby mezi

transplantací jater. Preferuje se selektivní distální splenorenální shunt (dle Warrena) u pacientů bez ascitu pro nízké riziko portosystémové encefalopatie a pro její potenciál zachování portálního toku.

Diskuze

Klasické chirurgické metody a postupy dříve indikované v pokročilých stádiích jaterních onemocnění mají neustále se zužující uplatnění. Zjednodušeně mají prioritu postupy v posloupnosti endoskopie, TIPS, transplantace. Devaskularizační výkony by měly být rezervovány pro pacienty s varikózním krvácením refrakterním na konzervativní způsob léčby a není možný TIPS, chirurgická spojka nebo transplantace jater. Portosystémové spojky se jako akutní výkony indikují jen při selhání jiných modalit – farmakologická, endoskopická či TIPS. V elektivním provedení jako dlouhodobé překlenutí doby mezi transplantací jater.

Závěr

Chirurgie v terapii pokročilých jaterních chorob má omezené možnosti a indikační spektrum je velmi úzké. Správně indikované výkony, pokud jsou proveditelné, mají malou morbiditu a ve zkušených rukou jsou pro pacienta bezpečné.

Péče o nemocné s nádory jater

prof. MUDr. Bohuslav Melichar, Ph.D.

Onkologická klinika, LF UP a FN Olomouc

Nádory jater jsou sice velmi časté, jedná se však o velmi různorodou skupinu onemocnění, z nichž některá jsou velmi běžná a jiná naopak velmi vzácná. Léčebný postup u těchto nádorů

se často zásadně liší a pouze u některých běžných nádorů jater je z hlediska medicíny založen na důkazech a podpořen tou nejvyšší úrovní důkazů. Játra jsou nejčastějším místem metastáz, prognóza nemocných s jaterními metastázami je špatná, nicméně v posledních letech došlo v léčbě těchto nádorů k významnému pokroku. Naproti tomu primární nádory jater jsou v našich podmínkách vzácnější než jaterní metastázy jiných nádorů. Péče o nemocné s nádory je v současné době skutečně multidisciplinární záležitostí, totéž samozřejmě platí i o léčbě nádorů jater. Farmakoterapie je pouze jednou z modalit moderní léčby nádorových onemocnění. Léčba nádorů je nejúčinnější zpravidla tam, kde je možno kombinovat různé léčebné přístupy, zejména chirurgickou léčbu s protinádorovou farmakoterapií.

Indikace k transplantaci jater v pokročilém stádiu jejich poškození

MUDr. Pavel Trunečka, CSc.

Transplantcentrum IKEM, Praha

Transplantace jater (LTx) je indikována v situacích, kdy jaterní onemocnění ohrožuje život pacienta a kdy je tento stav transplantací jater dlouhodobě příznivě ovlivnitelný. Jedná se tedy především o stavy jaterního selhání vzniklé na podkladě poškození jater chronickým onemocněním nebo vzniklým náhle. Dalším důvodem k transplantaci mohou být nádorová onemocnění a některé metabolické vady vázané na játra, a to i bez přítomnosti jaterního selhání v situacích, kdy produkty patologické metabolické cesty poškožují jiné životně důležité orgány.

Kvantitativně nejvýznamnější indikací LTx jsou pokročilé fáze chronických jaterních onemocnění ve stadiu komplikované jaterní cirhózy. **U dospělých** jsou to především jaterní cirhózy vzniklé na podkladě nadužívání alkoholu a při chronických virových hepatitidách, zejména hepatitidě C. Třetí nejčtenější indikaci tvoří cholestatická onemocnění jater: primární biliární cirhóza a primární sklerozující cholangitida, méně často sekundární biliární cirhóza. Pro posouzení vhodnosti indikace u jaterních cirhóz je podstatnější stupeň pokročilosti jaterního selhání než projevy portální hypertenze.

Mezi nádory tvoří nejvýznamnější indikaci hepatocelulární karcinom, ale jen za předpokladu malé pravděpodobnosti rekurence onemocnění po provedené transplantaci.

Asi 50 % příjemců **dětského věku** je indikováno pro biliární atrezii. Metabolická onemocnění jater, autoimunitní onemocnění a nádory jsou u dětí dalšími významnými indikacemi.

Akutní selhání jater tvoří asi 10 % všech indikací k transplantaci jater u dětí i u dospělých.

Hlavním důvodem LTx je zřetelné ohrožení života pacienta, výjimečně zásadní zhoršení kvality života. Transplantace jater může být indikována pouze tehdy, přináší-li zřetelně lepší prognózu, než jiné (většinou konzervativní) způsoby léčby. Pro indikační proces je proto důležité stanovení prognózy jaterního onemocnění bez transplantace. Základním nástrojem k posouzení pokročilosti jaterního selhání je **Childovo-Pughovo skóre**. Bodovým ohodnocením se vhodný kandidát transplantace pohybuje na rozhraní funkční třídy B a C podle Childa-Pugha. V posledních 5 letech většina programů k tomuto účelu používá rovněž, nebo výhradně, **MELD skóre**

(Model for End Stage Liver Disease). Vypočítá se z hodnot s-bilirubinu, PT času a s-kreatininu. U chronických chorob jater je MELD skóre 16–17 hranicí, kdy má být pacient k transplantaci zvažován. Vyšší skóre je již jednoznačně svázané se značnou střednědobou mortalitou, zjevně převyšující mortalitu pacientů po transplantaci jater. V případech akutního selhání jater jsou indikační kritéria dána splněním tzv. kritérií King's College. Ta jsou konstruována tak, že při jejich dosažení má pacient při konzervativní léčbě jen minimální naději na spontánní uzdravení.

Nezbytnou součástí indikační rozvahy je **posouzení rizikovosti pacienta**. Pro tento účel je třeba provést zevrubné vyšetření životně důležitých orgánů. Komorbidity významně omezující očekávané přežití po transplantaci jsou kontraindikací léčby. Faktory psychosociální je třeba zvažovat zejména v kontextu diagnózy alkoholické cirhózy. Riziko rekurence alkoholizmu musí být odborně posouzeno. Největší rizika nepříznivého průběhu transplantace jsou však spojeny s přílišnou pokročilostí jaterního selhání, zejména v případě akutního selhání jater. Včasné doporučení ke zvažování transplantace tak nabývá na zásadním významu.

Závěr. Transplantace jater zásadním způsobem zlepšuje prognózu nemocných s pokročilým jaterním selháním. Hlavní indikací k transplantaci je vyšší pravděpodobnost dlouhodobého přežívání pacienta ve srovnání s konzervativní léčbou stavu. Podstatné je posouzení pravděpodobnosti spontánního přežití na základě stanovení Childova-Pughova skóre, MELD skóre nebo kritérií King's College u stavů akutního selhání. Neexistuje jednoduchý návod zahrnující všechna onemocnění a stavy, při kte-

rych lze transplantaci jater úspěšně aplikovat. Spolupráce s transplantačním centrem a včasná konzultace hrají při úspěchu indikačního procesu i celé transplantační léčby zásadní roli.

Multioborová spolupráce při diagnostice a léčbě chronické hepatitidy C

prof. MUDr. Petr Husa, CSc.

Klinika infekčních chorob LF MU a FN Brno

Infekce virem hepatitidy C (HCV) je v naprosté většině případů zachycena až v chronickém stadiu, a to většinou náhodně. Velmi často jsou protilátky anti-HCV prokázány lékařem jiné odbornosti než je hepatolog. Indikací k provedení tohoto vyšetření je většinou nejasná laboratorní jaterní léze, projevující se zejména zvýšenou aktivitou sérových aminotranferáz (ALT, AST) nebo pozitivní epidemiologická anamnéza – injekční užívání drog, transfuze či operace před rokem 1992, tetování či piercing. Po průkazu protilátek anti-HCV je nutné poslat pacienta k hepatologovi, který doplní vyšetření HCV RNA, genotypu viru a dalších laboratorních parametrů nezbytných pro správnou indikaci protivirové léčby.

Spolupráce během antivirové terapie je nutností, protože léčba je ambulantní a pacienti často bydlí desítky kilometrů od hepatologických center a není proto vždy možné

zajistit stálý kontakt hepatologa s pacientem. Hospitalizace je nutná při léčbě jen výjimečně, pokud dojde k závažným nežádoucím účinkům léčby, které není možné zvládnout častější frekvencí ambulantních kontrol. Léčba pegylovaným interferonem (PEG-IFN) alfa je prováděna řadou nežádoucích účinků, které jsou jednak pacientem subjektivně a nepříjemně vnímány, jednak vedou k poměrně závažným laboratorním, někdy i klinickým projevům, které mohou v ojedinělých případech i ohrožovat život nemocného. Proto je velkou pomocí možnost střídání míst laboratorních a klinických kontrol v místě bydliště a u hepatologa s následnou telefonickou či internetovou komunikací o výsledcích laboratorních kontrol, klinickém stavu a nežádoucích účincích léčby. Na základě poskytnutých údajů může potom hepatolog doporučit eventuální změny dávkování, léčbu nežádoucích účinků, dočasné přerušování či definitivní ukončení léčby. Zvláště cenná je tato pomoc, pokud se jedná o omezeně pohyblivého pacienta. Běžné laboratorní kontroly během léčby nejsou příliš obsáhlé ani finančně nákladné. Jedná se ve většině případů jen o krevní obraz a běžná biochemická vyšetření – vždy bilirubin, ALT, AST, někdy i albumin, kreatinin či kyselinu močovou. Náročnější vyšetření, zejména virologická, je vhodné provádět vždy v jedné laboratoři, tedy v hepatologickém centru.

[illegible]

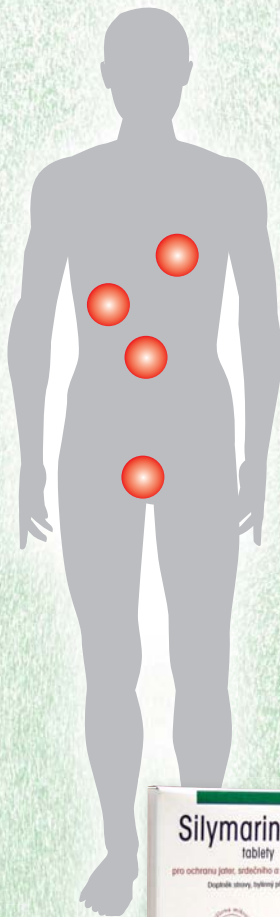
This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Silymarin

řada bylinných přípravků
s chemoprotektivním účinkem



Zvýšená biologická účinnost
zajištěna mikronizací
Patentově chráněno



**Silymarin
forte**

pro ochranu jater
a kardiovaskulárního
systému

**Silymarin
jakon**

pro ochranu jater
a trávicího systému

**Silymarin
maka**

pro ochranu jater
a stimulaci posílení
organismu

**Silymarin
selen**

pro ochranu jater
a prostaty

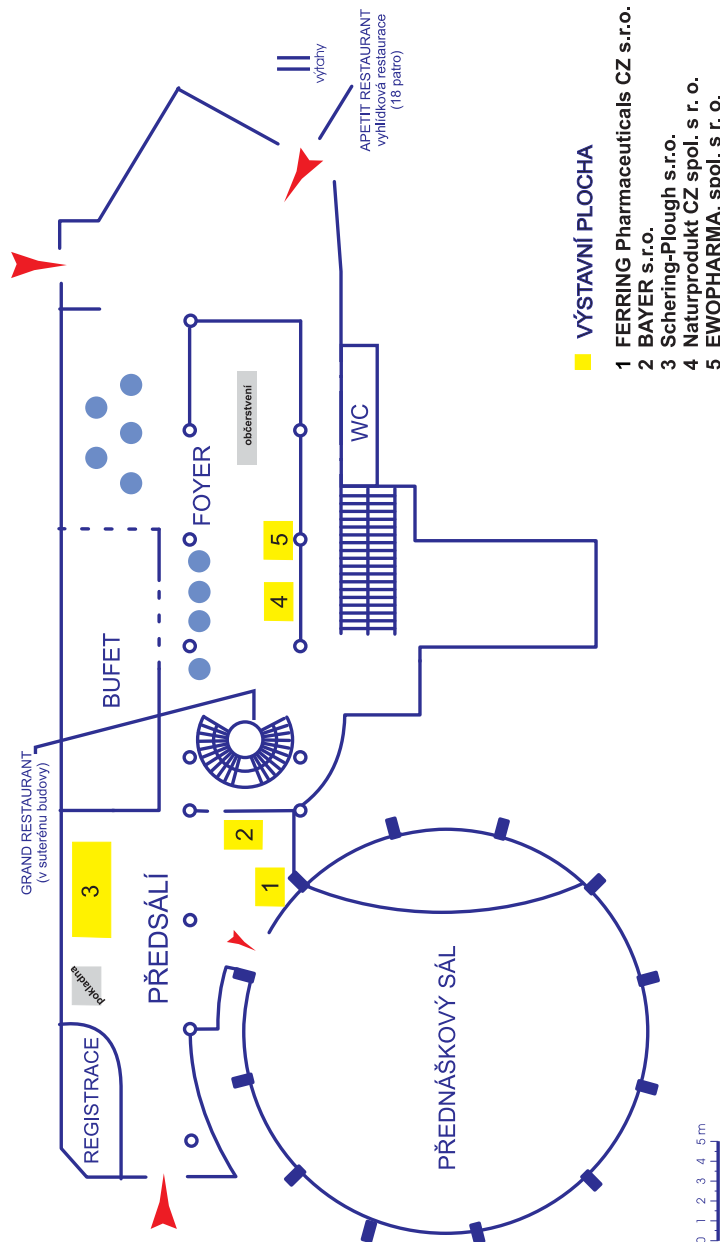


Distribuce: Naturprodukt CZ spol. s r. o.,
www.naturprodukt.cz

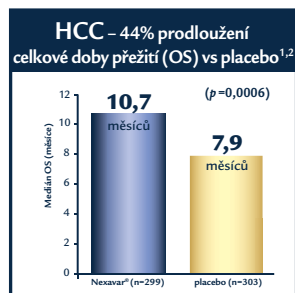
Přípravky byly vyvinuty ve spolupráci s Ústavem lékařské chemie
a biochemie Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

K DOSTÁNÍ POUZE V LÉKÁRNĚ.

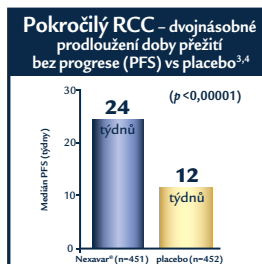
**Rozmístění vystavovatelů na vzdělávací akci
KOMPLEXNÍ PÉČE O NEMOCNÉ V POKROČILÝCH STADIÍCH JATERNÍCH CHOROB**
Podzimní pracovní den České hepatologické společnosti a Hepatologické sekce sester při ČAS
5. 11. 2009, REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUC



Účinnost prokázána u dvou těžko léčitelných nádorů: HCC a pokročilého RCC



HCC – hepatocelulární karcinom



RCC – karcinom ledviny



Nexavar®
sorafenib (tablety)

**Nově
hrazeno
u HCC****

**Zkrácený
souhrn údajů o přípravku
Nexavar® 200 mg potahované tablety**

Složení: Sorafenibum 200 mg (ve formě tosylátu) v jedné potahované tabletě. **Indikace:** Hepatocelulární karcinom. Pokročilý zhoubný nádor ledvin, u kterého léčba založená na interferonu- α nebo

interleukinu-2 nebyla úspěšná nebo je pro něj nevhodná. **Dávkování a způsob podání:**

Doporučená denní dávka je 800 mg (dvě tablety po 200 mg 2 $\times$ denně p.o.). **Kontraindikace:**

Hypersenzitivita na léčivou nebo pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** Po zahájení léčby sorafenibem

byla pozorována zvýšená incidence kožních reakcí na dlaních a chodidlech a kožní vyrážka, arteriální hypertenze mírného až středně závažného charakteru, ischemie/infarkt myokardu a krvácivé příhody. Sorafenib by neměli užívat pacienti s těžkým poškozením funkce jater. U pacientů s mírnou, středně těžkou nebo těžkou poruchou funkce ledvin není třeba dávku upravovat. Zvýšené opatrnosti je třeba dbát při současné léčbě warfarinem. Přerušení léčby se doporučuje u pacientů, kteří

podstupují závažný chirurgický zákrok a nebo pokud by došlo k výskytu gastrointestinální perforace, která byla hlášena u < 1% pacientů užívajících sorafenib. **Interakce:** Přípravky snižující aciditu, indukory CYP3A4 a/nebo glukuronizace, inhibitory CYP3A4, substráty CYP2C9, CYP2B6, CYP2C8, UGT1A1, UGT1A9, P-gp, doxorubicin, irinotekan, docetaxel. **Těhotenství a kojení:** Přípravek by neměl být během těhotenství a kojení podáván. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** O tom, že by přípravek Nexavar® ovlivňoval schopnost řídit a obsluhovat stroje není zatím nic známo. **Nežádoucí účinky:** Nejčastějšími NÚ byly průjem, vyrážka, alopecie a palmoplantární syndrom. Zaznamenané abnormality laboratorních testů: hypofosfatémie, zvýšené hladiny lipáz a amyláz, lymfopenie, neutropenie, anémie a trombocytopenie. **Předávkování:** Není žádná specifická terapie, v případě potřeby je doporučeno zahájit standardní podpůrnou léčbu. **Skladování:** Při teplotě do 25 °C. **Balení:** 112 (4 $\times$ 28) tablet v průhledných (PP/Aluminium) blistrech. **Registrační číslo:** EU/1/06/342/001. **Datum registrace:** červen 2006. **Datum revize textu:** březen 2009. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Bayer HealthCare AG, D-51368 Leverkusen, Německo. **Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním léku si pečlivě přečtěte úplnou informaci o přípravku.** Další informace získáte na adrese: Bayer Schering Pharma, BAYER s.r.o., Šafaříkova 17, 120 00 Praha 2, tel.: 271 730 661, fax: 271 730 657, www.bayerscheringpharma.cz.

Reference: 1. Llovet JM et al. Sorafenib improves survival in advanced hepatocellular carcinoma (HCC): Results of a Phase III randomized, placebo-controlled trial (SHARP). Journal of Clinical Oncology, 2007 ASCO Annual Meeting Proceedings Part 1. Vol. 25, No. 18S (June 20 Supplement), 2007: LBA1. 2. Llovet JM et al. Sorafenib in Advanced Hepatocellular Carcinoma. N Engl J Med 2008;359:778-90. 3. Escudier B et al. Randomized Phase III trial of the Raf kinase and VEGFR inhibitor sorafenib (BAY 43-9006) in patients with advanced renal cell carcinoma (RCC). Journal of Clinical Oncology, 2005 ASCO Annual Meeting Proceedings. Vol 23, No. 16S, Part I of II (June 1 Supplement), 2005: 4510. 4. Escudier B et al. Sorafenib in advanced clear-cell renal-cell carcinoma. N Engl J Med. 2007;356(2):125-134.

*) Visměňte si, prosím, změny v informacích o léčivém přípravku. **) www.sukl.cz



Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

**REMESTYP[®]**
Terlipresin

1 mg/4-6 hod i.v. po dobu 3-5 dní

**REMESTYP[®]**
Terlipresin

1 mg/4-6 hod i.v. po dobu 3-5 dní

**REMESTYP[®]**
Terlipresin*V nouzových
situacích je
čas
podstatný²**Připraven zachraňovat životy**Pro primární léčbu krvácení
z jícnových varixů^{4,5}*

- Pohotovostě zastavuje krvácení^{1,2}
- Snižuje úmrtnost na následky akutního krvácení^{1,2,3}
- Omezený počet vedlejších účinků: všechny vedlejší účinky jsou mírné a zřídka vyžadují přerušení terapie²

Při krvácení z jícnových varixů se při prvním kontaktu s nemocným podává terlipresin v dávce 1 mg. To může zachránit život, pokud není okamžitě k dispozici odborník na endoskopii. Při převzetí nemocného nemocničním zařízením se pokračuje ve farmakologické léčbě podáváním terlipresinu v dávce **1 mg/4-6 hod i.v. po dobu 3-5 dní** ve stejné dávce.

**REMESTYP[®]**
Terlipresin**REMESTYP[®]**
Terlipresin**Zkrácená informace o přípravcích REMESTYP 0,2 a REMESTYP 1,0.**

Název přípravku: REMESTYP 0,2 a REMESTYP 1,0. **Injekční roztok. Složení:** 0,1 mg terlipresinu v 1 ml injekčního roztoku. **Léková forma:** Injekční roztok. **Indikace:** Krvácení z trávicího a urogenitálního ústrojí u dětí i dospělých (např. krvácení z jícnových varixů, žaludečních a duodenálních vředů, při porodu a potratu, funkční i jiné metroragie). Krvácení spojená s operacemi, zejm. v oblasti břicha a malé pánve. Lokální použití např. při gynecologických operacích na čípku děložním. **Kontraindikace:** Plicetlivost na kleroukolu složku přípravku. První trimestr těhotenství (s výjimkou vnitřní indikace), těhotenské toxikózy, epilepsie. **Dávkování a způsob podávání:** Podává se intravenózně. Krvácení z jícnových varixů: 1 mg po 4-6 hod. ve formě bolusu nebo krátkodobé infuze po dobu 3-5 dní. Jiné krvácení z GIT: 1 mg po 4-6 hod. Lze podat v terénu jako první pomoc při klinickém podezření na krvácení z horní části GIT. Krvácení ze splachniku u dětí: 8-20 g/kg po 4-8 hod. po dobu krvácení. Sklerotizace jícnových varixů: 20 g/kg ve formě bolusu. Krvácení z urogenitálního ústrojí: 0,2-1 mg po 4-6 hod. Javenitní metroragie: 5-20 g/kg. Lokální použití při gynecologických operacích: 0,4 mg se doplní do 10 ml fyziologickým roztokem a aplikuje se intra- či paracervikálně, účinek nastupuje asi za 5-10 minut, dávku lze zvýšit nebo opakovat. **Zvláštní upozornění:** Zvýšené opatrnosti je třeba při podávání starším osobám, pacientům s ICHS, hypertenzí vyššího stupně, střední azyrií nebo asma bronchiale. Během léčby pečlivě monitorovat krevní tlak, srdeční frekvenci a rovnováhu tekutin. Vzhledem k výskytu lokálních nekrotů se doporučuje nepodávat intramuskulárně a dávky 0,5 mg a více v neředěné formě aplikovat přísně nitrožilně. **Těhotenství a laktace:** Přípravek vyvolává děložní aktivitu a snižuje průtok krve dělohou. V prvním trimestru je podání s výjimkou vnitřní indikace kontraindikováno, v pozdějších stadiích těhotenství nutno zvážit přínos aplikace vzhledem k možným rizikům. Informace o vylučování terlipresinu do mateřského mléka jsou nedostatečné, významnější vešleřování GITem dítěte však není pravděpodobné. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji se vyskytl bledost, zvýšení krevního tlaku, bolesti břicha, urychlení střevní peristaltiky až abdominální koliky, nauzea, průjem a bolesti hlavy, méně často bradykardie. Závažné nežádoucí účinky (infarkt myokardu, srdeční selhání, dušnost a lokální nekroza v místě vpichu) byly zaznamenány ojediněle. **Předivkování:** Dávky vyšší než 2 mg/4-6 hod. zvyšují riziko závažných nežádoucích účinků na systémovou cirkulaci, proto by se neměly překračovat. V případě vzniku hypertenzní reakce podat alfa- sympatolytika (klonidin), při bradykardii atropin. **Interakce:** Současné léčení oxytociem a metyletergometrem zvyšuje vazokonstrikční a uterotonický efekt. Terlipresin zvyšuje hypotenzní účinek neselektivních β -blokátů v portální žíle. Souběžná léčba látkami s bradykardizujícím účinkem může vést k jeho potlačení. Podmínky uchování: Skladovat v chladničce (2-8°C), chránit před světlem a mrazem. Po dobu 1 měsíce lze uchovávat při teplotě do 25°C. **Velikost balení:** Remestyp 0,2 5 x 2 ml, Remestyp 1,0 5 x 10 ml. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Ferring-Léčiva a.s., Jesenice u Prahy, ČR. **Registrační čísla:** 84/10278-C; 84/11098-C. **Datum poslední revize textu:** 5.3.2007. **Přípravek je vázan na lékařský předpis. Uhrada z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se prosím seznáme s úplným zněním souhlasu údajů o přípravcích, který obdržíte na adrese: FERRING Pharmaceuticals CZ s.r.o., K Rybníku 475, 252 42, Jesenice u Prahy**

Reference: 1) Levacher S et al. The Lancet. 1995; 25, 865-868. 2) Se-derlund C et al. Scand J Gastro. 1990; 25, 628-630. 3) Feu F, D'Amico G, Bosch J. The acute bleeding episode: advances in drug therapy. In: Arroyo V, Bosch J, Rodés J, (eds.). Treatment in hepatology. Masson, Barcelona 1995; 9-22. 4) Clinic H et al. Hepatology 1997; 26(4); p. 2. 5) Faccadori F et al. Curr Ther Res 1993; 54(5); 11-10.

FERRING
PHARMACEUTICALSFERRING Pharmaceuticals CZ s.r.o.
K Rybníku 475
252 42 Jesenice u Prahy