



Medicína

PRO PRAXI

Suppl. A
2012

www.solen.cz

ISSN 1803-5876

ROČNÍK 9

Abstrakta

MEDICÍNA PRO PRAXI

X. kongres praktických lékařů a sester

26.–27. dubna 2012, NH OLOMOUC CONGRESS

PRESTARIUM® NEO COMBI



NORMALIZUJE KREVŇÍ TLAK^{1,2}
PRO ŠIROKÉ SPEKTRUM PACIENTŮ S HYPERTENZÍ¹

Zkrácená informace o přípravku PRESTARIUM® NEO COMBI 5 mg/1,25 mg a 10 mg/2,5 mg:

PRESTARIUM® NEO COMBI 5 mg/1,25 mg a **PRESTARIUM® NEO COMBI 10 mg/2,5 mg** je kombinací dlouhodobě působícího inhibitoru ACE s diuretikem. **Složení:** Jedna potahovaná tableta obsahuje 5 mg, resp. 10 mg perindoprilum argininum, odpovídající 3,395 mg, resp. 6,79 mg perindoprilum, a 1,25 mg, resp. 2,5 mg indapamidum. **Terapeutické indikace:** Léčba esenciální hypertenze; přípravek Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg je indikován u pacientů, jejichž krevní tlak není adekvátně kontrolován samotným perindoprilem. Přípravek Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg je indikován jako substituční terapie pro léčbu esenciální hypertenze u pacientů, kteří jsou již kontrolováni perindoprilem a indapamidem, podávaným současně v téže dávce. **Dávkování a způsob podání:** Jedna tableta přípravku Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg, resp. 10 mg/2,5 mg denně v jedné dávce, nejlépe ráno a před jídlem. **Kontraindikace:** Středně těžká a těžká renální insuficience (clearance kreatininu pod 60 ml/min), přecitlivělost na perindopril nebo jiné inhibitory ACE a na sulfonamidy, angioedém v anamnéze, 2. a 3. trimestr těhotenství, kojení, hepatální encefalopatie, závažné poškození jaterních funkcí, hypokalémie. Přípravek se obvykle nedoporučuje u bilaterální stenózy renální artérie nebo jedné funkční ledviny. Přípravek by neměl být používán u dialyzovaných pacientů, pacientů s neléčeným dekompenzovaným srdečním selháním, dětí a dospívajících. **Varování a zvláštní opatření pro použití:** Kombinace perindoprilu a indapamidu nevylučuje možnost vzniku hypokalémie, zvláště u diabetiků nebo u pacientů s renálním selháním. Stejně jako u jiných antihypertenziv s obsahem diuretika by mělo být prováděno pravidelné sledování plazmatických hladin draslíku. Před zahájením léčby u starších pacientů by měly být vyšetřeny renální funkce a kalémie. Je nutné pravidelné sledování plazmatické hladiny sodíku, které musí být u starších pacientů a u pacientů s cirhózou častější. Sledování glykémie je nutné u nemocných s diabetem, zejména pokud jsou hladiny draslíku nízké. **Interakce:** Nedoporučuje se současné podávání s lithiem, s kalium šetřícími diuretiky a solemi draslíku, a dále s přípravky prodlužující QT interval nebo způsobující torsades de pointes. **Nežádoucí účinky:** nejčastěji se vyskytující - hypokalémie (hladina draslíku < 3,4 mmol/l; zvláště u diabetiků nebo u pacientů s renálním selháním, u vysoce rizikových populací jako jsou starší a/nebo podvyživení jedinci, kteří případně užívají najednou více léků, pacienti s cirhózou, s edémem a ascitem, koronární pacienti a pacienti se srdečním selháním), zácpa, sucho v ústech, nevolnost, zvracení, abdominální bolest, porucha chuti, dyspepsie, průjem, suchý kašel, poruchy zraku, tinnitus, hypotenze ortostatická i jiná, vyrážka, svědění, makulopapulózní erupce, svalové křeče, astenie, parestézie, bolest hlavy, pocit závratě, vertigo. **Uchovávání:** Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, chraňte před vlhkostí. **Velikost balení:** 30 tablet, 90 tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Les Laboratoires Servier, 22, rue Garnier, 92200 Neuilly-sur-Seine, Francie. Registrační číslo: 58/215/06-C (5 mg/1,25 mg), 58/215/09-C (10 mg/2,5 mg). **Datum poslední revize textu:** 4.11.2009 (5 mg/1,25 mg), 21.10.2009 (10 mg/2,5 mg). 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.

Literatura: 1. Mourad JJ et al. Vasc Health and Risk Man. 2007; 3(1): 1–8. | 2. Mourad JJ et al. Curr Med Res Opin. 2009;25(9):2271–80.

Servier s. r. o., Klimentská 46, 110 02 Praha 1. Tel.: +420 222 118 307; fax: +420 222 118 300, www.servier.cz



POŘADATEL

II. interní klinika FN u sv. Anny Brno,
Spolek lékařů ČLS JEP Olomouc,
Solen, s.r.o.

PREZIDENT

prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

PROGRAMOVÝ VÝBOR

doc. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, MBA,
prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.,
MUDr. Hana Šaraptková,
doc. MUDr. Alena Šmahelová, Ph.D.,
doc. MUDr. Jaromír Bystron, CSc.,
MUDr. Bronislav Klementa

ORGANIZÁTOR

SOLEN, s.r.o.

Lazecská 297/51, 779 00 Olomouc

kontaktní osoba:

Mgr. Hana Danyi
tel.: 582 396 099
mob.: 724 048 902
e-mail: danyi@solen.cz

programové zajištění:

Mgr. Michaela Majerová
tel.: 585 242 502
mob.: 777 557 426
e-mail: majerova@solen.cz

zajištění výstavních ploch:

Mgr. Martin Jíša
mob.: 734 567 855
e-mail: jisa@solen.cz

Olomouc, 26.–27. 4. 2012

NH OLOMOUC CONGRESS

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena
12 kredity pro lékaře, 20 body pro farmaceuty, 8 kredity pro sestry a farmaceutické asistenty.

Supplementum A Medicíny pro praxi

Registrace MK ČR pod číslem 15337

Citační zkratka: Med. Pro Praxi; 9(Suppl. A).

ISSN 1803-5876

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

Časopis je excerptován do Bibliographia Medica Czechoslovaca
a je zařazen na Seznam recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR

ČTVRTEK 26. DUBNA

8.00 Registrace

9.00–9.10 Zahájení

9.10–10.30 KARDIOLOGIE / HYPERTENZE / doc. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, MBA

- Hypertenze v těhotenství – Hrčková Y.
- ▶ • Fibrilace síní – Skála T.
- Srdeční selhání – Táborský M.
- Stabilní námahová angina pectoris – Ošťádal P.

10.30–10.50 Sympozium – Pfizer, spol. s r.o.

- Diabetik v kardiovaskulárním riziku – co s ním? – Hradec J.

10.50–11.20 Přestávka

11.20–11.40 Sympozium – Teva Pharmaceuticals CR, s.r.o.

- Význam časně diagnostiky roztroušené sklerózy – Doláková J.

11.40–12.40 POLYMORBIDNÍ SENIOR MEZIOBOROVĚ / prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

- Polymorbidní senior z pohledu internisty – geriatra – Weber P.
- Polymorbidní senior z pohledu gastroenterologie – Hep A., Dolina J., Volná M., Vaňásková E.
- Polymorbidní senior z hlediska onkologie – Melichar B.

12.40–13.30 Polední přestávka

13.30–14.30 INFECTOLOGIE / OČKOVÁNÍ

- Očkování osob se zdravotními riziky v ordinaci praktického lékaře – Kosina P.
- Aktuální pohled na očkování v ordinaci praktického lékaře – Smetana J.

14.30–14.40 Přestávka

14.40–16.00 ENDOKRINOLOGIE / MUDr. Hana Šarapátková

- Záněty štítné žlázy – Šarapátková H.
- Neuroendokrinní tumory (NET) – Fryšák Z.
- Endokrinní orbitopatie – Kovářová D.
- Nejčastější sekundární hypertenze – Vymětal J.

16.00–16.20 VARIA

- Doplňky stravy vs. léčivé přípravky – praktické a právní aspekty – Végh V.

16.20–16.50 Přestávka

16.50–17.50 DIABETOLOGIE / doc. MUDr. Alena Šmahelová, Ph.D.

- Obézní diabetik v ordinaci praktického lékaře – Sucharda P.
- Perorální antidiabetika v léčbě diabetu 2. typu – Šmahelová A.
- Využití technologií v diabetologii – CSII a CGM – Olšovský J.



XADOS[®]

bilastin

Nové nesesedativní antihistaminikum



Účinnost

Bezpečnost

Účinný při alergické
rinokonjunktivitidě

Účinný
při kopřivce

Účinek
přetrvává 24 hodin

Nezpůsobuje ospalost
více než placebo

Není metabolizován
prostřednictvím
CYP 450

Nepotencuje
účinky alkoholu

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU: Xados 20 mg tablety **Složení:** Bilastin 20 mg v 1 tabletě. **Indikace:** Symptomatická léčba alergické rinokonjunktivitidy (sezónní i celoroční) a kopřivky. **Dávkování:** 1 tableta denně, jednu hodinu před nebo dvě hodiny po jídle nebo ovocném džusu. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na složky přípravku. **Upozornění:** Studie provedená za účelem posouzení účinku bilastinu na schopnost řídit ukázala, že léčba dávkou 20 mg neovlivňuje výkon během řízení. I tak by však měli být pacienti informováni, že někteří lidé mohou velmi vzácně pociťovat ospalost, která může ovlivnit jejich schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. Účinnost a bezpečnost bilastinu u dětí mladších 12 let nebyla stanovena. U pacientů se středně závažným nebo závažným poškozením ledvin je třeba se vyhnout současnému podávání bilastinu a inhibitorů P-glykoproteinu, jako jsou např. ketokonazol, erytromycin, cyklosporin, ritonavir nebo diltiazem. **Interakce:** Psychomotorický výkon po současném příjmu alkoholu a 20 mg bilastinu byl podobný výkonu pozorovanému po příjmu alkoholu a placeba. Jídlo nebo současně užití 20 mg bilastinu a grapefruitového džusu významně snižuje perorální biologickou dostupnost bilastinu o 30 %. Tento účinek se v různé míře může objevit také u jiných ovocných džusů. Léčivé přípravky, které jsou substráty nebo inhibitory OATP1A2, jako ritonavir nebo rifampicin, mohou také snižovat plazmatické koncentrace bilastinu. Ketokonazol nebo erytromycin zvyšuje AUC bilastinu dvakrát a C_{max} 2–3krát. 60 mg diltiazemu zvýšilo C_{max} bilastinu o 50 %. **Nežádoucí účinky:** Množství nežádoucích účinků, které se objevily u pacientů trpících alergickou rinokonjunktivitidou nebo chronickou idiopatickou kopřivkou léčených 20 mg bilastinu, bylo v klinických studiích srovnatelné s pacienty, kteří dostávali placebo (12,7 % versus 12,8 %). Pacienti léčení bilastinem v dávce 20 mg v klinických studiích fáze II a III udávali mezi nejčastějšími nežádoucími účinky bolest hlavy, ospalost, závratě a únavu. Tyto nežádoucí účinky se objevovaly ve srovnatelné frekvenci u pacientů, kteří dostávali placebo. Podrobnosti viz plné znění souhrnu údajů o přípravku. **Balení:** 30 nebo 50 tablet. **Držitel registrace:** Menarini International Operations Luxembourg, S.A., Lucembursko. **Reg. číslo:** 24/001/11-C. **Datum poslední revize:** 12. 1. 2011. Přípravek je vydáván pouze na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.



PÁTEK 27. DUBNA

8.30–10.05 ALERGOLOGIE A IMUNOLOGIE / doc. MUDr. Jaromír Bystroň, CSc.

- Možnosti imunomodulační léčby při řešení recidivujících infekcí dýchacích cest – Bystroň J.
- Potravinová alergie a její úskalí – Braunová J.
- IP ▶ • Alergická rýma – Janíčková H.
- Anafylaxe a její zvládnutí v terénu – Bystroň J.
- XADOS (bilastin) / Nové nesedativní antihistaminikum – originální molekula – Bystroň J.

10.05–10.20 Symposium GlaxoSmithKline

- Moderní nosní kortikosteroidy v léčbě alergické rýmy – Bystroň J.

10.20–10.50 Přestávka

10.50–11.50 INFECTOLOGIE – KLINICKÁ MIKROBIOLOGIE V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

- IP ▶ • Dobrý den, rezistence, mohu dál? – Adámková V., Blechová Z.

11.50–12.10 Symposium Pfizer, spol. s r.o.

- Pneumokoková onemocnění u dospělých a možnosti jejich prevence – Petroušová L.

12.10–13.00 Polední přestávka

13.00–13.40 WORKSHOP / RESPIRACE, ZÁKLADY PRO INTENZIVNÍ MEDICÍNU / MUDr. Bronislav Klementa

TEORIE

- Hodnocení výsledků kardiopulmonální resuscitace – Klementa B., Klementová O., Marcián P.
- Nejpodstatnější změny v guidelines KPR po roce 2010 – Marcián P., Klementová O., Klementa B.
- Chyby a omyly v KPR – Marcián P., Klementa B., Klementová O.
- Výuka první pomoci a intenzivní medicíny na lékařské fakultě UP pomocí e-learningu – Klementa B.

13.40–13.50 Závěr a losování ankety

13.50–15.30 WORKSHOP

- Možnosti supraglotického zajištění dýchacích cest – Klementová O.
- Defibrilace manuální i pomocí AED – Marcián P.
- BLS, ALS na resuscitačním trenažéru u dospělých osob – Klementa B.
- BLS, ALS na resuscitačním trenažéru u novorozenců a dětí – Hetclová D.

Po celý rok s čistým nosem, díky léčbě Avamysem

Avamys®
Flutikazon furoát

**Má přijatelný
doplatek²
pro pacienty
51 Kč³**

**Při nízkých
nákladech
pro lékaře
183 Kč
za balení³**

Úleva a prevence symptomů alergické rýmy¹

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU: AVAMYS NOSNÍ SPREJ, SUSPENZE.

Složení: dávka obsahuje 27,5 mikrogramů flutikasoni furoátu. **Léková forma:** nosní sprej, suspenze. **Indikace:** Dospělí, mladiství (starší než 12 let) a děti (6–11 let) k léčbě příznaků alergické rýmy. **Dávkování a způsob podání:** Nástup účinku byl pozorován již po 8 hodinách podávání přípravku. **Dospělí a mladiství (nad 12 let):** doporučenou úvodní dávkou jsou dvě odměřené dávky (27,5 mikrogramů flutikason-furoátu v jedné odměřené dávce) podané do každé nosní dírky jednou denně (celková denní dávka je 110 mikrogramů). Jakmile příznaky jsou pod kontrolou, je možné dávku snížit a podat jednu odměřenou dávku do každé nosní dírky (celková denní dávka je 55 mikrogramů), ve které je možné dále pokračovat. **Děti (od 6 do 11 let):** doporučenou úvodní dávkou je 1 odměřená dávka podaná do každé nosní dírky jednou denně (celková denní dávka je 55 mikrogramů). Před použitím je třeba dobře pro-

třepat. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku přípravku. **Zvláštní upozornění:** u pacientů se závažnou formou jaterního onemocnění. Současné podávání s ritonavirem se nedoporučuje, vzhledem k riziku zvýšené systémové expozice flutikason-furoátu. **Interakce:** Při souběžném užívání se silnými inhibitory enzymu CYP3A4 se doporučuje opatrnost, jelikož není možné vyloučit zvýšenou systémovou expozici. **Těhotenství a kojení:** Nejsou dostupné dostatečné údaje o užití u těhotných a kojících žen. **Nežádoucí účinky:** epistaxe, nosní ulcerace. **Klinické zkušenosti:** Sezonní alergická rýma u dospělých a mladistvých. Ve srovnání s placebem podaný flutikason-furoát v dávce 110 mikrogramů jednou denně významně zlepšil nosní příznaky (zahrnující vodnatý výtok z nosu, nosní kongesci, kýchání a svědění nosu) a oční příznaky (zahrnující svědění/pálení, slzení/zvlhnutí a za-

rudnutí očí) ve všech 4 studiích. **Doba použitelnosti:** 3 roky. Doba použitelnosti při užívání: 2 měsíce. **Velikost balení:** 120 odměřených dávek. **Držitel registrace:** Glaxo Group Ltd, Greenford, Middlesex, UB6 0NN, UK. **Registrační číslo:** EU/1/07/434/003 – 120 dávek v 1 lahvičce. **Datum registrace:** 11. 1. 2008. **Datum revize textu:** 6. 1. 2011. Uplnou informaci pro předepisování najdete v Souhrnu údajů o přípravku nebo se obraťte na zástupce GlaxoSmithKline s.r.o., Na Pankráci 17/1685, Praha 4, 140 21, www.gsk.cz. Lék je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků zdravotního pojištění.

Verze SPC platná ke dni vydání materiálu (19. 3. 2012).

Reference: 1. Avamys SPC, 2011. 2. Médian, kvantitativní průzkum trhu INS, 3/2011. 3. GSK ceník platný k 1. 1. 2012.

KARDIOLOGIE / HYPERTENZE

Garant: doc. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, MBA – čtvrtek / 26. 4. 2012 / 9.10–10.30

Hypertenze v těhotenství

MUDr. Yvona Hřčková

I. interní kardiologická klinika LF UP
a FN Olomouc

V těhotenství se můžeme setkat s řadou onemocnění kardiovaskulárního systému. V rozvinutých zemích postihuje kardiovaskulární onemocnění asi 1–4% gravidit. Stále tato onemocnění patří mezi hlavní příčiny mateřské mortality a morbidit. Mezi nejčastější choroby se řadí vrozené srdeční vady, arytmie, arteriální hypertenze. V poslední době se v graviditě vyskytuje i ischemická choroba srdeční. V naší přednášce se budeme věnovat dělení hypertenze, vyšetřování a léčbě hypertenze v graviditě.

Fibrilace síní

MUDr. Tomáš Skála

I. interní klinika FN Olomouc

Fibrilace síní postihuje 1–2% populace, v následujících 50 letech se očekává další nárůst její prevalence, je spojena s vyšší mortalitou. Pacienti s fibrilací síní jsou častěji hospitalizováni, mají nižší kvalitu života, sníženou zátěžovou kapacitu. Přehledová přednáška pojednává o diagnostice a terapii fibrilace síní z pohledu praktického lékaře. Důraz je kladen na management pacientů dle aktuálních doporučených postupů.

Srdeční selhání

doc. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, MBA

I. interní klinika FN Olomouc

Abstrakt nedodán.

Stabilní námahová angina pectoris

doc. MUDr. Petr Ošťádal, CSc.

Kardiovaskulární centrum,
Nemocnice Na Homolce, Praha

Námahová angina pectoris (AP) je onemocnění, kdy zúžené koronární tepny sice zajistí dostatečné krevní zásobení v klidu, ale při námaze nedochází ke zvýšení koronárního průtoku, které je nutné k pokrytí metabolických nároků myokardu.

Nejčastější příčinou takového postižení koronárních tepen je ateroskleróza.

Základem léčebného postupu u pacientů s námahovou AP je ovlivnění životního stylu. K dalším léčebným principům patří snaha o zpomalení, či dokonce zastavení progresu aterosklerózy, zvýšení krevního průtoku postiženými koronárními tepnami a zlepšení tolerance myokardu k ischemii. Kromě nasazení antianginózní léčby a léků, prokazatelně zlepšujících prognózu, jako jsou beta-blokátory, kyselina acetylsalicylová nebo statiny, je volba nejvhodnější léčebné strategie založena na stanovení rozsahu ischemie při námaze a rozhodnutí o indikaci ke koronární revaskularizaci.

Symposium – Pfizer, spol. s r.o.

Čtvrtek / 26. 4. 2012 / 10.30–10.50

Diabetik v kardiovaskulárním riziku – co s ním?

prof. MUDr. Jaromír Hradec, CSc.

3. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Diabetes mellitus (DM) patří mezi hlavní ovlivnitelné rizikové faktory (RF) aterosklerózy a jejích komplikací. Prevalence DM v ČR rychle narůstá, v současnosti jím u nás trpí přibližně 800 000 nemocných. Diabetici jsou velmi často nositeli i dalších RF, jako je hypertenze, která je přítomna u přibližně 70% diabetiků 2. typu. Většina diabetiků má také dyslipidemii. To vše způsobuje, že diabetici 2. typu mají srovnatelné riziko kardiovaskulárních (KV) příhod, jako

nemocní s již manifestní ischemickou chorobou srdeční, např. po prodělaném infarktu myokardu. Proto je u nich zbytečné stanovovat absolutní KV riziko, např. s použitím tabulek SCORE. Jejich KV riziko je automaticky vysoké, a proto i preventivní opatření u nich musí být co nejúčinnější.

Etiopatogeneze aterosklerózy je multifaktoriální. Preventivní opatření proto musí být také multifaktoriální, to znamená, že se musí intervenovat co nejvíce RF současně. Je známo a dobře doloženo, že i relativně malé snížení krevního tlaku o 10%, se současným relativně malým snížením celkového cholesterolu také o 10%, má za důsledek velké snížení rizika KV příhod o takřka polovinu.

Taková současná intervence dvou hlavních RF – hypertenze a hypercholesterolemie – byla testována ve velké klinické studii ASCOT. Jednoznačně se v ní ukázalo, že to je postup mimořádně úspěšný, nicméně jeho efektivita závisí na tom, s jakým antihypertenzivem se hypolipidemická léčba zkombinuje. Kombinace amlodipinu a atorvastatinu měla jak u nediabetiků, tak u diabetiků na příznivé ovlivnění KV rizika účinek synergistický a byla výrazně účinnější než kombinace betablokátoru a atorvastatinu. Praktickým výsledkem studie ASCOT pak bylo uvedení na trh první fixní kombinace k intervenci dvou rizikových faktorů současně – přípravku CADUET.

Caduet®
amlodipinum/atorvastatinum

**Fixní kombinace amlodipinu
a atorvastatinu, která účinně řeší
dva rizikové faktory současně**
(HT a zvýšený LDL cholesterol) ¹

Jedna tableta = dvojitý zážah...

Accuzide®
quinaprilum/hydrochlorothiazidum

**Osvědčená léčba
hypertenze
za přijatelnou cenu** ^{3,4}

ZOREM®
amlodipinum

**Originální amlodipin
s širokým
indikačním spektrem** ²

Pfizer
Antihypertensive portfolio

Vaše pravá ruka v léčbě hypertenze

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU. CADUET® 5 mg/10 mg, 10 mg/10 mg, potahované tablety. • **Léčivá látka:** Amlodipinum 5 mg nebo 10 mg; atorvastatinum 10 mg v jedné potahované tabletě. **Indikace:** Prevence kardiovaskulárních příhod u rizikových pacientů s hypertenzí a normální nebo zvýšenou hladinou cholesterolu bez přítomnosti ICHS, u nichž je vhodné podávání této kombinace v souladu se současnými doporučeními pro léčbu. **Dávkování a způsob podání:** Běžná počáteční dávka je 5 mg/10 mg jedenkrát denně, neužívat s ostatními blokátory kalciových kanálů nebo s jinými statiny. Přípravek se může užívat kdykoli v průběhu dne, s jídlem nebo bez jídla. **Kontraindikace:** Známa přecitlivělost na dihydropyridiny, amlodipin, atorvastatin nebo kteroukoliv složku přípravku, jaterní onemocnění v aktivním stavu, kombinace s itrakonazolem, ketokonazolem, telithromycinem, v těhotenství a při kojení. **Těžká hypotenze, šok** (vč. kardiogenního), obstrukce výtokového traktu levé komory, nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu. **Zvláštní upozornění:** Jaterní testy by měly být provedeny před zahájením léčby a pravidelně kontrolovány v průběhu a po skončení léčby. **Interakce:** Induktory a inhibitory enzymu CYP3A4 (např. cyklosporin, erythromycin, klarithromycin, nefazodon), dantrolen, fibráty, niacin, baklofen, diltiazem, kys. fusidová. **Těhotenství a kojení:** Přípravek CADUET je kontraindikován. **Nežádoucí účinky:** Somnolence, závrať, bolesti hlavy, hypotenze, parestézie, palpitace, zrudnutí, bolesti břicha, nauzea, dyspepsie, průjem, zácpa, nadýmání, svědění, otok kloubů, artralgie, myalgie, svalové křeče, únava. **Předávkování:** Zatím neexistují žádné informace o předávkování přípravkem CADUET u lidí. **Uchovávání:** Při teplotě do 30 °C. **Balení:** mj. 30 potahovaných tablet v blistru. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, Praha 5, 150 00, Česká republika. **Registrační číslo:** CADUET 5 mg/10 mg: 83/616/05-C, CADUET 10 mg/10 mg: 83/617/05-C. **Datum poslední revize textu:** 25.8.2010. **Výdej léčivého přípravku** je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním, se prosím seznámte s úplnou informací o přípravku.

Zkrácená informace o přípravku ZOREM 5 mg, 10 mg, tablety. • **Léčivá látka:** Amlodipinum 5 nebo 10 mg v jedné tabletě. **Indikace:** Hypertenze, stabilní angina pectoris, Prinzmetalova-variantní angina pectoris. **Dávkování a způsob podání:** Počáteční dávka 5 mg amlodipinu 1x denně, pak je možno zvyšovat na maximální dávku 10 mg. V případě podávání s thiazidovými diuretiky, beta-blokátory a inhibitory ACE není nutno dávkování amlodipinu upravovat. **Použití u dětí s hypertenzí ve věku 6-17 let:** 2,5 mg 1x denně jako úvodní dávka, dále možno upravit na 5 mg 1x denně. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na dihydropyridinové deriváty, amlodipin, nebo kteroukoliv složku přípravku. **Závažná hypotenze, šok**, včetně kardiogenního. **Obstrukce levokomarového odtoku** (např. aortální stenóza vysokého stupně), Hemodynamicky nestabilní angina pectoris po akutním infarktu myokardu. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** U nemocných se srdečním selháním NYHA III-IV byl hlášen vyšší výskyt plicního edému. U starších pacientů a u pacientů se zhoršenou funkcí jater je třeba podávat lék s opatrností. **Interakce:** Induktory a inhibitory CYP3A4 (např. erythromycin, diltiazem, ketokonazol, itrakonazol, ritonavir) – podávat s opatrností. **Současné užívání amlodipinu s grapefruitem či grapefruitovou šťávou není doporučeno.** **Těhotenství a kojení:** V těhotenství pouze tehdy, pokud neexistuje jiná bezpečnější alternativa a pokud onemocnění samo o sobě vede k většímu riziku pro matku a plod. Při kojení zvážit přínos kojení pro dítě a léčbu amlodipinem pro matku. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Amlodipin může mírně až středně ovlivnit schopnost řízení a obsluhu strojů. **Nežádoucí účinky:** Ospalost, závrať, bolest hlavy, zčervenání, nevolnost, bolest břicha, otoky, únava. **Předávkování:** Zahájit symptomatickou léčbu a podporu kardiovaskulárních funkcí (vazokonstrikční látky). K potlačení účinku blokátorů kalciových kanálů je užitečné podat iv. monohydrát glukonanu vápenatého. Dialýza nemá při předávkování větší význam. **Uchovávání:** Při teplotě do 25 °C. **Balení:** 10, 30, 100 tablet v blistru. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha, Česká republika. **Registrační číslo:** 83/374-5/01-C. **Datum poslední revize textu:** 24.3.2010. **Výdej léčivého přípravku** je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se, prosím, seznámte s úplnou informací o přípravku.

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU. Accuzide® potahované tablety, Accuzide® 20 potahované tablety. • **Léčivá látka:** 1 potahovaná tableta obsahuje quinaprilum 10 mg nebo 20 mg, a hydrochlorothiazidum 12,5 mg. **Terapeutické indikace:** Léčba hypertenze u pacientů, u nichž je vhodná kombinace chinaprilu a diuretika. **Dávkování a způsob podání:** Úvodní dávka chinaprilu/HCHTZ 10/12,5 mg, poté lze zvýšit na 20/12,5 mg. **Zhoršená funkce ledvin:** chinapril/HCHTZ se nemá používat jako úvodní léčba. **Mírná insuficience ledvin:** úvodní dávka je 5 mg chinaprilu, dále se titruje. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na kteroukoliv složku přípravku, pacienti s anamnézou angioedému v souvislosti s dřívější léčbou ACE-I. **Pacienti s anurií nebo přecitlivělostí na jiné léky odvozené od sulfonamidů** (složka HCHTZ). **Druhý a třetí trimestr těhotenství.** **Zvláštní upozornění:** Při léčbě ACE-I byl popsán angioedém, hypotenze, neutropenie/agranulocytóza, exacerbace SLE, zhoršená funkce ledvin a jater, hypoglykémie a diabetes, kašel. **Protichudné účinky chinaprilu a HCHTZ na kalium v séru** se zhruba vyrovnávají, takže se nepozoruje žádný celkový efekt na kalium v séru. **Interakce:** Ovlivnění účinku je možné při současném užívání: tetracyklinu, lithia. **K interakci s thiazidovými diuretiky může dojít při spouštěném podávání těchto látek:** alkohol, barbituráty, narkotika, antidiabetika, jiná antihypertenziva, kortikosteroidy, ACTH, presorické aminy, nedepolarizující myorelaxancia, NSA, látky zvyšující hladiny kalia v séru, iontoměničové pryskyřice. **Těhotenství a kojení:** ACE-I mohou způsobit onemocnění a smrt plodu a novorozence. Pokud žena během léčby otěhotní, lék musí být vysazen. **Opatrnost je třeba u kojících matek.** **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Zejména při zahájení léčby mohou být tyto schopnosti porušeny. **Nežádoucí účinky:** Nejčastější: bolesti hlavy, závrať, kašel, únava. **Předávkování:** Nejpravděpodobnějšími symptomy by byla těžká hypotenze (při monoterapii chinaprillem), která se léčí i.v. infuzí fyziologického roztoku, a projev elektrolytické deplece a dehydratace (při monoterapii HCHTZ). **Léčba je symptomatická a podpůrná.** **hemodialýza a peritoneální dialýza** mají jen malý účinek na eliminaci léčivých látek. **Uchovávání:** Při teplotě do 25 °C. **Balení:** 10, 30, 50, 100 potahovaných tablet v blistru. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5, Česká republika. **Registrační číslo:** 58/1079/94-C (Accuzide), 58/560/00-C (Accuzide 20). **Datum poslední revize textu:** 19.8.2009 (Accuzide), 26.8.2009 (Accuzide 20). **Výdej léčivého přípravku** je vázán na lékařský předpis. **Přípravek je hrazen** z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se, prosím, seznámte s úplnou informací o přípravku.

Symposium – Teva Pharmaceuticals CR, s.r.o.

Čtvrtek / 26. 4. 2012 / 11.20–11.40

Význam časně diagnostiky roztroušené sklerózy

MUDr. Jana Doláková

MS centrum FN Olomouc

Abstrakt nedodán.

POLYMORBIDNÍ SENIOR MEZIOBOROVĚ

Garant: prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc. – čtvrtek / 26. 4. 2012 / 11.40–12.40

Polymorbidní senior z pohledu internisty – geriatra

prof. MUDr. Pavel Weber, CSc.

Klinika interní, geriatry a praktického lékařství, FN a LF MU Brno

Polymorbidita, multimorbidita, polypatie, koprevalence – jde o jev pro stáří zcela typický – tj. souběžnou přítomnost více onemocnění u jednoho jedince buď bez příčinné souvislosti, nebo chorob navzájem se kauzálně podmiňujících. Jde o přítomnost na sobě mnohdy nezávislých chorob (obvykle ≥ 3), jež patří k charakteristikám geriatrické medicíny.

Objektivní snaha o vyhodnocení polymorbidity vedla k vytvoření celé řady mezinárodně uznávaných škál (Kaplan-Feinstein Index; Charlson index; CIRS-G = Cumulative Illness Rating Scale – Geriatric Version; health related quality of life (HRQOL); Disease Burden Morbidity Assessment (DBMA); Index of Co-Existent Disease (ICED); Geriatric Index of Comorbidity (GI); Functional Comorbidity Index (FCI); Total Illness Burden Index (TIBI).

Mezi příčinami morbidit v stáří zaujímají první místo choroby kardiovaskulárního systému podmíněné aterosklerózou jako ICHS, IM, angina pectoris, CMP, TIA, ICH DKKK (AS je přítomna až u 90 % osob nad 75 roků). Ve stáří jsou rovněž časté choroby pohybového ústrojí, smyslových orgánů, nádory, úrazy, choroby respiračního (CHOPN), gastrointestinálního (biliární a jiné potíže) a urogenitálního systému (u mužů prostata, u žen gynekologické orgány). Časté jsou i cukrovka, duševní a nervové choroby. Péče o starší osoby s četnými, navzájem se ovlivňujícími chorobami, vyžaduje

je velké diagnostické, analytické a syntetické dovednosti a schopnosti lékaře, včetně jeho schopnosti jednat s lidmi.

Jak již bylo uvedeno, nemoci a chorobné stavy ve stáří vůbec se vyznačují četnými zvláštnostmi. Choroby mají tendenci často se kumulovat a vzájemně potencovat. V geriatrické medicíně je typická **vícerozměrnost**. *Nemocného jako bio-psycho-sociální jednotku* je ve stáří třeba chápat daleko významněji, než v mladších věkových obdobích a to jak v etiopatogenezi chorob, tak i v klinické praxi. V geriatrické medicíně se objevují vždy současně **se somatickými potížemi, problémy psychické a sociální**, které je také potřeba řešit stejně naléhavě. Toto platí v plném slova smyslu i pro zcela typické primární somatické nemoci, charakteristické pro vysoký věk (ikty, degenerativní onemocnění, nádory, imobilizace). Podobně je tomu i u takzvaných „primárně“ duševních poruch (dementia, deprese, deliria) nebo tzv. geriatrických sociálních syndromů (geriatrický maladaptivní syndrom; syndrom týrání, zanedbávání a zneužívání).

Lékařská věda je v současnosti svědkem „geriatrizace medicíny“ – tedy výrazné převahy seniorů mezi všemi léčenými pacienty. Je to podmíněno nejen stárnutím populace, ale také podstatným poklesem mladších jedinců mezi nesoběstačnými, zejména v ústavní péči. Příčinou tohoto jevu je zejména jejich dostatečně a přiměřeně zdravotně-sociální zabezpečení v jejich přirozeném prostředí a dále často i kauzální léčba. Takovouto kauzálně cílenou terapii u multimorbidních seniorů lze uplatňovat jen výjimečně.

Polymorbidní senior z pohledu gastroenterologie

prof. MUDr. Aleš Hep, CSc.,

MUDr. Jiří Dolina, Ph.D.,

doc. MUDr. Eva Vaňásková, Ph.D.,

MUDr. Marcela Volná

IGEK FN a LF MU Brno

Rehabilitační klinika FN

a LF UK Hradec Králové

Faktory ovlivňující příjem stravy ve vyšším věku: Stav chrupu, stav psychiky, příjem tekutin, pohybový režim, změna chuti, sociální faktory, motilita GIT.

Obtíže související s jícnem: pyróza při GERD – nesouvisí nezbytně s kyselým pH v jícnu (alkalický reflux, oblast kardiovaskulární apod.), není vždy korelace mezi intenzitou obtíží a objektivním stavem, např. obtíže term. jícnu a oblasti duodena může nemocný vnímat stejně, poruchy spánku mohou být podmíněny mikroaspiracemi. Každá dysfagie musí být vyšetřena endoskopicky. Existuje vztah mezi motilitou jícnu a pohybovou soustavou (zejména C a Th oblast), podmínkou nejsou nezbytně rtg prokazatelné změny na páteři, poruchu funkce jícnu mohou vyvolat i změny v měkkých tkáních pohybové soustavy.

Zápcha: subjektivní pocity: počet stolic méně než 3/týden, není pocit nucení na stoličce, složitě vyprázdnění (tuhá stolice, malá nebo objemná), neúčinné tlačení, pocit nedokonalého vyprázdnění, prolaps konečníku, nadýmání, bolesti břicha, celkový stres, nedobré psychické naladění. Příčiny: primární porucha funkce střeva, funkční (změna prostředí, denního rozvrhu, psychogenní), morfologické

NOVÝ PŘÍSTUP V PREVENCI INVAZIVNÍCH PNEUMOKOKOVÝCH ONEMOCNĚNÍ U DOSPĚLÝCH



Prevenar 13^{*}

Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná)

OCENĚN PRESTIŽNÍ
Prix Galien USA^{*}

Medaile vyrytá mistrem Albertem Jaegerem, Grand Prix de Rome.

2011



- první a jediná pneumokoková konjugovaná vakcína pro dospělé nad 50 let věku
- pokrývá více než 80 % sérotypů rezistentních na antibiotika¹
- je součástí národních očkovacích programů pro děti ve více než 50 zemích světa²
- díky konjugáčnické technologii dokáže navodit imunitní paměť³
- může být podán jak dosud neočkovaným dospělým osobám, tak i očkovaným polysacharidovou vakcínou⁴
- byl hodnocen ve studiích s více než 6000 dospělými; tyto klinické studie potvrdily, že vakcína je obecně dobře tolerována⁴

NOVÁ INDIKACE :

Prevenar 13 je indikován pro aktivní imunizaci k prevenci invazivních pneumokokových onemocnění způsobených *Streptococcus pneumoniae* u dospělých ve věku 50 let a starších.

Zkrácená informace o přípravku Prevenar 13 injekční suspenze. Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13valentní, adsorbovaná). **Léčivá látka:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje: Pneumococcale polysaccharidum sérotypus 1* (2,2 µg), 3* (2,2 µg), 4* (2,2 µg), 5* (2,2 µg), 6A* (2,2 µg), 6B* (4,4 µg), 7F* (2,2 µg), 9V* (2,2 µg), 14* (2,2 µg), 18C* (2,2 µg), 19A* (2,2 µg), 19F* (2,2 µg), 23F* (2,2 µg). *Konjugován s nosným proteinem CRM197 a adsorbován na fosforečnan hliníku (0,125 mg). **Indikace:** Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění, pneumonie a akutní otitis media, vyvolaných *Streptococcus pneumoniae* u kojenců a dětí ve věku od 6 týdnů do 5 let. Aktivní imunizace k prevenci invazivních onemocnění způsobených *Streptococcus pneumoniae* u dospělých ve věku 50 let a starších. **Dávkování:** Imunizační schémata přípravku Prevenar 13 by měla být založena na oficiálních doporučeních. **Kojenci ve věku 6 týdnů - 6 měsíců:** Tři dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi dávkami. První dávka se obvykle podává ve věku 2 měsíců. Čtvrtou dávku se doporučuje podat ve věku 11 až 15 měsíců. **Dříve neočkovaní kojenci a děti ve věku ≥ 7 měsíců:** Kojenci ve věku 7 - 11 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 1 měsíc mezi nimi. Třetí dávku se doporučuje podat ve druhém roce života. Děti ve věku 12-23 měsíců: Dvě dávky po 0,5 ml s intervalem nejméně 2 měsíce mezi nimi. Děti ve věku 2 - 5 let: Jedna samostatná dávka 0,5 ml. **Očkovací schéma pro Prevenar 13 u kojenců a dětí dříve očkovaných přípravkem Prevenar (7valentní) (*Streptococcus pneumoniae* sérotypy 4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F a 23F):** Kojenci a děti, u nichž bylo očkování zahájeno přípravkem Prevenar, mohou být převedeni na Prevenar 13 v kterémkoli stadiu očkování. **Děti ve věku 12-23 měsíců:** Děti, které dosud nedostali dvě dávky přípravku Prevenar 13 v rámci očkovací série u kojenců, mají dostat dvě dávky vakcíny (s intervalem nejméně 2 měsíce mezi dávkami) k dokončení imunizační série pro šest dodatečných sérotypů. Alternativně je možné dokončit imunizační sérii podle oficiálních doporučení. **Děti ve věku 2-5 let:** Jedna samostatná dávka. **Dospělí ve věku 50 let a starší:** Jedna samostatná dávka. **Potřeba revakcinace následnou dávkou přípravku Prevenar 13** nebyla stanovena. Bez ohledu na stav předchozí pneumokokové vakcinace, pokud je použití 23 valentní pneumokokové polysacharidové vakcíny považováno za vhodné, Prevenar 13 by měl být podán jako první. **Zvláštní upozornění:** Vakcína se má podávat formou intramuskulární injekce. Přednostním místem podání je anterolaterální část stehna (musculus vastus lateralis) u kojenců nebo deltový sval horní části paže u malých dětí. **Kontraindikace:** Přecitlivlost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na difterický toxoid. Podobně jako u jiných vakcín i aplikace přípravku Prevenar 13 má být odložena u jedinců trpících akutním závažným horečnatým onemocněním. Přítomnost mírné infekce jako je nachlazení, by ale neměla být příčinou oddálení očkování. **Interakce:** Prevenar 13 může být podáván současně s jinými dětskými vakcínami podle doporučených očkovacích schémat. Přípravek Prevenar 13 může být podán současně se sezónní trivalentní inaktivovanou chřipkovou vakcínou (TIV). Různé injekční vakcíny musí být vždy podány každá do jiného místa vpichu. **Těhotenství a kojení:** Neexistují údaje o použití pneumokokového 13valentního konjugátu u těhotných žen. Není známo, zda je pneumokokový 13valentní konjugát vylučován do mateřského mléka. **Nežádoucí účinky:** Mezi nejčastěji hlášené nežádoucí účinky u dětí patřily reakce v místě vpichu, horečka, podrážděnost, nechutenství, zvýšená spavost a/nebo nespavost. U dospělých osob artralgie, myalgie, bolesti hlavy, průjem, vyrážka, zimnice, nevolnost, zarudnutí v místě aplikace, indurace/otok v místě aplikace, bolest/přecitlivlost místa aplikace, omezená pohyblivost paže, snížení chuti k jídlu. **Předávkování:** Předávkování přípravkem Prevenar 13 není pravděpodobné z hlediska způsobu balení v předplněné injekční stříkačce. **Uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 - 8 °C). Chraňte před mrazem. **Balení:** 0,5 ml injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce s pistovou zátkou a ochranným krytem hrotu. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Wyeth Lederle Vaccines S.A., Rue de Bosquet, 15, B-1348 Louvain-la-Neuve, Belgie. **Registrační číslo:** EU/1/09/590/001-6. **Datum poslední revize textu:** 24.10.2011. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek Prevenar 13 je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro děti splňující podmínky dané zákonem č. 48/1997 Sb v aktuálním znění. Před předepsáním se, prosím, seznáme s úplnou informací o přípravku.

Reference: 1. Lynch JP 3rd, Zhan G. *Streptococcus pneumoniae*: epidemiology and risk factors, evolution of antimicrobial resistance, and impact of vaccines. *Curr Opin Pulm Med*. 2010 May;16(3):217-25. 2. Data on file. 3. French RW, Yeh S. The Development of 13 pneumococcal conjugate vaccine and its possible use in adults. *Expert Opin Biol Ther*. 2011 Nov 10;doi:10.1517/14712598.2012.636348. 4. SPC Prevenar 13.

Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5
tel.: +420 283 004 111, fax: +420 251 610 270, www.pfizer.cz

www.prevenar13.cz



Pracujeme společně pro zdravější svět[®]

www.pfizer.cz

změny v oblasti konečníku a sigmoidu (rektokela, hemoroidy, prolaps konečníku apod.), vliv stravovacího režimu (příjem stravy a její složení, zpracování stravy v ústech, změna biochemických poměrů v žaludku, motilita horní části GIT, příjem tekutin), pohybový režim (primární nechuť k pohybu, zbytečně snižovaná pohybová aktivita při relativně dobrém stavu kardiovaskulárního systému, nedostatek psychické motivace), psychické faktory: pocit osamění, deprese, opakované CPM, Alzheimerova choroba. Endokrinní vlivy např. porucha štítnice etc., faktory dlouhodobého pobytu na lůžku, medikace analgetická, psychiatrická, antiparkinsonika, paradoxní průjem způsobený skybaly.

Terapie: Návlek defekačního reflexu dle Mařatky: 1) vypít ráno po probuzení ½ litru Šarátice (event. ředěné vodou dle chuti), 2) za půl hodiny se nasnídat, 3) po snídani aplikovat glycerinový čípek, 4) nejpozději do 15 min se nepokusit o defekaci, 5) na noc lze přidat ještě Lafinol apod., 6) nutno zachovat rytmus pravidelně včetně víkendů, 7) pokud se návlek zejména zpočátku nedaří, lze podat 1–2x týdně

malé klyzma – nikoliv projímadlo. Optimálně dávkovaná projímadla a prokinetika.

Polymorbidní senior z hlediska onkologie

prof. MUDr. Bohuslav Melichar, Ph.D.

Onkologická klinika LF UP a FN Olomouc

Podobně jako je tomu v případech jiných chronických chorob, incidence většiny nádorových onemocnění ve stáří významně roste. V klinické praxi jsme proto často stavění před problém stanovení diagnostického a léčebného postupu u staršího nemocného, který trpí dalšími závažnými chorobami. Tyto případy by měly být řešeny multidisciplinárním týmem, jehož součástí jsou specialisté na závažná onemocnění, kterými pacient trpí, tedy včetně klinického (interního) onkologa. Z pohledu klinické (interní) onkologie je postup v těchto případech dán charakterem nádorového onemocnění. Postup se tedy dále diverzifikuje dle nádorového onemocnění, jeho stadia, prognózy a citlivosti na léčbu. Je nutno vždy zvážit rizika spojená s dalším průběhem neléčeného nádorového onemocnění

oproti rizikům léčby. Věk a polymorbidita však nemusí nutně znamenat kontraindikaci léčby nádorového onemocnění. Navíc u dvou nádorů velmi častých v tomto věku, karcinomu prsu a karcinomu prostaty, je základní systémovou léčbou léčba hormonální, která je spojena s nízkým rizikem nežádoucích účinků a je možno ji využít i u polymorbidních onemocnění. Naopak, využití cytotoxické chemoterapie je u polymorbidních pacientů pokročilého věku omezené z důvodu vysokého rizika závažné toxicity i omezené účinnosti u většiny solidních nádorů vyskytujících se v tomto věku. Cílené léky jsou podávány většinou v kombinaci s chemoterapií, což omezuje jejich využití, nicméně u cílených léků s vysokou selektivitou, které jsou podávány v monoterapii (např. imatinibu u gastrointestinálních stromálních nádorů nebo vemurafenibu u maligního melanomu), je toxicita relativně nízká a pravděpodobnost dosažení významného terapeutického efektu vysoká. Ve vybraných případech tedy může vhodně zvolená protinádorová léčba významně zlepšit kvalitu života i celkové přežití polymorbidních seniorů s nádorovým onemocněním.

INFEKTOLOGIE / OČKOVÁNÍ

Čtvrtek / 26. 4. 2012 / 13.30–14.30

Očkování osob se zdravotními riziky v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Pavel Kosina, Ph.D.

**Centrum očkování a cestovní medicíny,
Klinika infekčních nemocí,
Fakultní nemocnice a Lékařská fakulta UK
v Hradci Králové**

Cca 25 % populace Evropské unie je starší než 60 let a paradoxně – počty úmrtí na vakcínami ovlivnitelné nákazy mnohonásobně převyšují úmrtí v dětské populaci. Spolupodílejícím se faktorem na těchto neradostných číslech je také skutečnost, že některé choroby mají v dospělém a starším věku závažnější průběhy a častější výskyt komplikací při současně přítomných dalších onemocněních.

Pro dospělou populaci existuje celá řada vakcín, jež mohou významným způsobem ovlivnit morbiditu i mortalitu v populaci a zvrátit tento nepříznivý trend. Při rozhodování, která očkování jsou pro daného dospělého jedince

vhodná, hrají hlavní roli právě věk a přidružená chronická onemocnění.

Mezi nejčastější stavy, u kterých by vakcinace měla být součástí komplexní péče, patří nádorová onemocnění a ostatní onemocnění spojená se sníženou obranyschopností, choroby respiračního a kardiovaskulárního systému a metabolická onemocnění. Opomenout nelze ani pacienty po splenektomii, nemocné s kožními chorobami a v indikovaných případech i těhotné a kojící ženy. Mezi nejčastěji využívané vakcinace patří očkovací látky proti chřipce, pneumokokovým infekcím, pertusi, klíšťové meningoencefalitidě, virové hepatitidě B a varicele. Některé vakcíny jsou hrazeny ze zdravotního pojištění, na některé zdravotní pojišťovny přispívají v rámci svých nadstandardních programů, jiné jsou plně hrazeny pacientem. Odpovědnost za informovanost o možnostech očkování jsou v rukou praktického, závodního nebo jiného ošetřujícího lékaře, kteří mohou nabídnout vakcinaci při kontrolách chronicky nemocných, při preventivních prohlídkách, při přijetí do LDN a lůžni, případně ihned při registraci nového pacienta.

Aktuální pohled na očkování v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Jan Smetana, Ph.D.,

prof. MUDr. Roman Chlíbek, Ph.D.

**Fakulta vojenského zdravotnictví UO,
Hradec Králové**

Nejenom v dětství, ale i v dospělosti jsou lidé vystaveni celé řadě infekčních onemocnění. Některé z nich lze označit jako vakcínami ovlivnitelné. Očkování má zabránit rozvoji onemocnění u vakcinovaného a je tedy primární prevencí. U vakcinace proti některým infekcím dochází navíc nejenom ke vzniku ochrany u očkované osoby, ale současně je ovlivněno i šíření onemocnění v populaci (pertuse, chřipka).

Význam očkování dospělých roste s tím, jak se vyvíjí demografická křivka, kdy přibývá osob ve středním a starším věku. U dospělých se rovněž často vyskytují chronická onemocnění a komorbidita. Jejich stav může být dekompenzován rozvojem infekčního onemocnění a naopak i průběh infekce může být ovlivněn

chronickým onemocněním. Je rovněž známo, že řada infekčních onemocnění má v dospělosti závažnější klinický průběh než v dětství.

Proočkovanost v dospělosti je však obecně nízká. Jedním ze základních předpokladů zlepšení stavu je existence očkovacího kalendáře pro

dospělé, v němž by bylo možné najít informace kdy, koho a proti čemu je možné a doporučené očkovat.

ENDOKRINOLOGIE

Garant: MUDr. Hana Šarapková – čtvrtek / 26. 4. 2012 / 14.40–16.00

Záněty štítné žlázy

MUDr. Hana Šarapková

Interní a endokrinologická ordinace,

Olomouc

Jedním z nejčastějších onemocnění, se kterým se setkává praktický lékař v oboru endokrinologie, jsou onemocnění štítné žlázy a z nich jsou to pak tyreoiditidy.

Jde o heterogenní skupinu onemocnění lišících se svým klinickým obrazem i terapií.

1. Akutní záněty štítné žlázy

Není pravděpodobné, že by se s nimi praktický lékař setkal, i v endokrinologické ordinaci jde o onemocnění řídké, výskyt se uvádí u imunokompromitovaných osob.

2. Subakutní tyreoiditida

Jde o onemocnění neznámé etiologie, často nasedající na virová onemocnění. Může proběhnout nebolestivě a být přehlédnuto v rámci obvykle virového infektu horních cest dýchacích a zhojit se ad integrum.

Část nemocných má výrazné symptomy (teploty, bolestivost a polykací potíže, schvácenost). V důsledku zánětu může docházet k destrukci folikulů a uvolnění hormonů do oběhu s projevy hypertyreózy (bušení srdce, hubnutí, svalová slabost).

Laboratorně je nápadné zvýšení známek zánětu (C reaktivní protein, sedimentace).

Léčba je symptomatická – klid, nesteroidní antiflogistika, u těžších případů kortikoidy.

3. Chronické tyreoiditidy

Lze je rozdělit podle řady hledisek, nejčastěji se v praxi setkáváme s lymfocytární (autoimunitní) tyreoiditidou (varianty Hashimotova, difuzní lymfocytární tyreoiditida dětí a mladistvých, atrofická, poporodní).

Etiologie není jasná, spouštěcích faktorů autoimunitního procesu se předpokládá řada (jód, viry, selen, léky aj.).

Klinický obraz je pestrý, záleží na věku nemocných, velikosti strumy a stupni poruchy funkce štítné žlázy. U mladších žen je někdy tyreoiditida diagnostikována v rámci vyšetření

pro infertilitu, může jít o náhodný nálezný v rámci preventivních prohlídek, jindy na sebe upozorní strumou, často uzlovou.

Laboratorně nacházíme eufunkci nebo sníženou funkci štítné žlázy, častá je pozitivita autoprotilátek (proti tyreoperoxidáze, proti tyreoglobulinu). Typický je nález na sonografii. Léčba spočívá v substituci poruchy funkce thyroxinem, je individuální. Řídí se nejen stupněm poruchy funkce, ale také věkem a komorbiditami nemocných, specifická je v graviditě.

Neuroendokrinní tumory (NET)

doc. MUDr. Zdeněk Fryšák, CSc.

3. interní klinika nefrologie, revmatologie a endokrinologie FN a LF Olomouc

Roční incidence NET (karcinoidů podle staré nomenklatury) je zhruba 1,5–2,0 na 100 000 obyvatel (pro ženy se počítá vyšší incidence 2,4). Vyskytují se sporadicky i familiárně. Epidemiologické studie nevylučují častější výskyt u vzdělané části populace, zejména žijící ve velkých městech, nelze však vyloučit ani vliv lepší dostupnosti zdravotní péče. Podle lokalizace primární léze je lze dělit na tumory vycházející z přední části zažívacího traktu (foregut), po stránce lokalizace zahrnující bronchy, žaludek, pankreas, duodenum, postihující střední část zažívacího traktu (midgut), konkrétně tenké střevo, slepé střevo a lokalizované v zadní části zažívacího traktu (hindgut), jmenovitě tlusté střevo, rektum a urogenitální trakt. Ty z předního střeva jsou *argyrolin*, schopny redukovat stříbro až po přidání redukujících látek (přítomnost 5-hydroxytryptofanu) a ze středního střeva jsou *argentafin*, barví se stříbrem samy, bez přidání redukujících látek (aktivita serotoninu – 5-hydroxytryptaminu) (nádory „zadního střeva“ tuto vlastnost nemají). Praxe ukazuje, že ani typicky vyjádřený karcinoidní syndrom není zárukou včasné diagnózy onemocnění. Nemocný tak může proplouvat i desetiletí po různých ambulancích se zmatečnou diagnózou. Uspěje osvědčený diagnostik, který své podezření opře o vyšetření

chromograninu A, 5-hydroxyindolactové kyseliny v moči a sofistikované zobrazovací metody (OCTREOSCAN, PET-CT, DMSA(V)). Přes různé prognostické faktory, jimiž disponuje histopatolog při hodnocení biologické aktivity nádorové tkáně, je nutno prognózu nemocných posuzovat individuálně a v kontextu s výsledky vyšetření dalšími, především zobrazovacími metodami. V řadě případů lze definitivně uspět využitím somatostatinových analogů a stále více se hovoří o možnostech, které skýtá biologická léčba. Místo má i lokoregionální terapie. U některých nemocných je indikována aktinoterapie vč. vnějšího ozáření a/nebo aplikace zářičů. Operační výkon je závislý na fázi, v které je NET zachycen, výjimečně je indikována i transplantace jater. Léčebná paleta je poměrně široká a významně zlepšuje vyhlídky nemocných quod vitam.

Endokrinní orbitopatie

MUDr. Dagmar Kovářová,

doc. MUDr. Zdeněk Fryšák, CSc.

III. interní klinika FN Olomouc,

Lékařská fakulta UP Olomouc

Endokrinní orbitopatie (EO) může provázet autoimunitní onemocnění štítné žlázy, nejčastěji Graves-Basedowovu (GB) chorobu. Příčina EO však není dosud uspokojivě objasněna. Kromě protruze bulby, prosáknutí a zarudnutí víček a spojivky pacient někdy pozoruje retrobulbární bolest. Mezi průvodní jevy patří nadměrné slzení, pálení a řezání očí, pocity písku v očích, případně lagofthalmus. Lokální prosáknutí tkání v relativně malém prostoru orbity podmiňuje zvýšení nitroočního tlaku. Někdy dokonce zánětlivě rozšířené nitrooční svaly komprimují optický nerv, což může vyústit v amaurozu. Přední části oka jsou ohroženy osycháním, vznikem erozí a zánětlivých komplikací, případně až perforací rohovky.

Za prognosticky nepříznivý faktor je považováno kouření – aktivní, ale i pasivní, a pozdní diagnostika s pozdním zahájením léčby. Zejména v časných stadiích či jen při mírných projevech

endokrinní orbitopatie nebývá na diagnózu pomýšleno. Přitom právě včasná diagnostika (založená na hodnocení klinického a sonografického nálezu, výskytu protilátek proti štítné žláze a konkomitantním autoimunitním postižením štítné žlázy) a co nejčasnější zahájení léčby mají nejlepší vyhlídky na terapeutický úspěch. Edematózní fáze zánětu postupně přechází do fáze fibrotické, kde již ani pulzy steroidů nevedou ke kýženému efektu.

V současné době neexistuje jednotný medicínský konsenzus na terapii endokrinní orbitopatie. Obecně se využívá protizánětlivý a imunosupresivní účinek kortikoidů. Tuto léčbu lze kombinovat s dalšími imunosupresivy (cyklofosamid, cyklosporin, methotrexat). Totální tyreidektomie a případně pooperační eliminace reziduí tkáně štítné žlázy radiojódem u GB choroby by měla vést k redukci autoantigenů, proti němuž tělo tvoří autoprotilátky. V tomto bodě se ovšem názory některých odborníků rozcházejí. V zahraničí se v dnešní době setkáme také se zevním ozářením orbit. Pakliže přes použité postupy hrozí ztráta zraku,

nezbývá, než v indikovaných případech přistoupit k dekompresi orbit. Korekční operace na okohybných svalech při diplopiích lze provádět teprve s náležitým časovým odstupem po vyhasnutí zánětlivé aktivity onemocnění. Léčba každopádně patří do rukou týmu vzájemně spolupracujících specialistů několika oborů – endokrinologa, oftalmologa, lékaře nukleární medicíny, otorinolaryngologa.

Cílem přednášky je zdůraznit nezbytnost časně diagnostiky a časného zahájení léčby – nejlépe ve specializovaných multidisciplinárních centrech.

Nejčastější sekundární hypertenze **MUDr. Jiří Vymětal**

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

Sekundární hypertenze má prevalenci asi 5% u pacientů s hypertenzí a její etiologie zahrnuje velmi heterogenní skupinu onemocnění. Plošné screeningové vyšetřování všech hypertoniců

na sekundární hypertenzi není z řady hledisek proveditelné, na druhé straně správná diagnóza sekundární hypertenze je prvním předpokladem pro její úspěšnou léčbu. Na sekundární hypertenzi je nutné myslet v případech náhle vzniklé/zhoršené a rezistentní hypertenze, při anamnéze hypertenzní krize a u mladých osob. Na naší klinice je výskyt sekundární hypertenze u části pacientů s profilovými diagnózami prakticky obligátní. Ve svém sdělení přinášíme přehled nejčastějších forem sekundární hypertenze – renoparenchymatózní, renovaskulární a primárního hyperaldosteronizmu, ale i vzácnějších – primární hyperparatyreózy nebo feochromocytomu, doplněné o krátké kazuistiky. Na sekundární hypertenzi mohou upozornit již některá rutinně prováděná vyšetření (např. zjištění renální insuficience, hypokalemie atd.). Vlastní diagnostika sekundární hypertenze však pro její komplexnost náleží do specializovaného centra, které disponuje adekvátním potenciálem vyšetřovacích metod, a kam by měl být každý nemocný s podezřením na sekundární hypertenzi odeslán.

VARIA

Čtvrtek / 26. 4. 2012 / 16.00–16.20

Doplňky stravy vs. léčivé přípravky – praktické a právní aspekty

PharmDr. Vladimír Végh¹,

JUDr. Jan Vondráček²

¹ **Edukafarm, s.r.o., Praha**

² **Advokátní kancelář Jansta, Kostka & spol.
/ Vysoká škola ekonomická Praha**

V současné době dochází u řady biologicky účinných látek k situaci, že jsou na trhu dostupné jako registrované léčivé přípravky nebo doplňky stravy. Motivací výrobců doplňků stravy je snaha ušetřit náklady na registraci léčivých přípravků a nabídnout tak pacientům zdánlivou „alternativu“ za nižší cenu. Protože reklama doplňků stravy je oproti reklamě léčivých přípravků mnohem méně regulovaná, dochází

často k mohutnému tlaku. Zejména starší pacienti jsou v tomto případě lehce ovlivnitelní a podléhají doporučením známých osobností nebo nátlaku na prezentačních akcích.

Doplňky stravy jsou běžnými potravinami a praktické zkušenosti ukazují, že potravinářský legislativní rámec je pro zdravotnické použití zcela nedostatečný. Nerozlišování doplňků stravy a léčivých přípravků však představuje problém nejméně ve dvou rovinách:

- **Rovina odborná:** léčivé přípravky mají díky registračnímu procesu garantovanou účinnost a bezpečnost. U doplňků stravy je však garantována pouze bezpečnost, účinnost není ověřena, není garantován obsah, biologická dostupnost ani další farmakokinetické parametry.

- **Rovina právní:** doplňky stravy z legislativní definice nemohou být použity k léčbě a jakýkoliv pokus o takovéto použití může být klasifikován jako rozpor s postupem lege artis. Dalším aspektem je oblast reklamy, protože podle posledního pokynu SÚKL jsou za šířitele reklamy považováni i lékaři, pokud jde o reklamu uveřejněnou v prostorách čekárny a ordinace. Z toho pro zdravotnické pracovníky plyne několik typů zodpovědnosti občanskoprávní i trestně právní.

Na praktických příkladech lze demonstrovat, proč jednotlivé typy přípravků nelze zaměňovat – ať už se jedná o stránku farmaceutické technologie, farmakologické účinky, nebo systém farmakovigilance a postmarketingového hodnocení bezpečnosti.

DIABETOLOGIE

Garant: doc. MUDr. Alena Šmahelová, Ph.D. – čtvrtek / 26. 4. 2012 / 16.50–17.50

Obézní diabetik

v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Petr Sucharda, CSc.

3. interní klinika VFN a 1. LF UK Praha

Jedna ze dvou nezbytných patofyziologických podmínek diabetu 2. typu, nedostatečný účinek inzulínu podmíněný inzulínorezistencí, je v naprosté většině případů – ne-li ve všech – spojena se zmnožením viscerálního tuku, nadváhou či obezitou. Většina diabetiků 2. typu přitom není závažně nebo těžce obézních. Negativní důsledky nadváhy a obezity 1. stupně mohou být podceněny. V případě diabetika 2. typu na metforminu se přístup zásadně neliší od přístupu k obéznímu nediabetikovi.

V platném Doporučeném diagnostickém a léčebném postupu pro všeobecné praktické lékaře „Diabetes mellitus“ (2009) však není redukci hmotnosti věnován dostatečný prostor. Léčba obezity je pouze zmíněna krátkou poznámkou o farmakoterapii v odstavci o léčení přidružených chorob. Zásadám stravy s omezenou energetickou hodnotou není pozornost věnována vůbec, přestože je naprostým základem péče o diabetika 2. typu. Podobně tomu je s fyzickou aktivitou. Za vhodnější i pro praktické lékaře považuji aktuální doporučený postup České diabetologické společnosti (DMEV 2012; 15: 13–18).

Individualizované poučení o stravě s omezenou energetickou hodnotou a doporučení vhodných zdrojů informací musí být samozřejmým základem péče o diabetika 2. typu. Musí vycházet z dosavadních stravovacích návyků a životního stylu pacienta. Pouhý zákaz slazení a sladkostí je naprosto nedostatečný. Rozhodně je lépe stravu limitovat energetickou hodnotou, než množstvím sacharidů. Na místě není doporučení šesti porcí ani přehnaný důraz na jejich pravidelnost. Naopak je vhodné pacienta maximálně motivovat k zapisování stravy a její energetické hodnoty.

Medikamentózní podpora snižování nadváhy či udržení dosažených úbytků je v současnosti omezena na blokátor lipáz (orlistat) a na přípravky vlákniny. Potřeba jiných doplňků stravy není podložena důkazy. Odeslání obézního diabetika do ambulance pro obézní je zdůvodněno

jen k posouzení vhodnosti chirurgické léčby obezity nebo v případech těžké či extrémní obezity, nereagující na standardní dietní a pohybová doporučení.

Perorální antidiabetika v léčbě diabetu 2. typu

doc. MUDr. Alena Šmahelová, Ph.D.

Klinika gerontologická a metabolická

FN a LF UK Hradec Králové

Obecně přijatý optimální rámec léčby diabetu 2. typu je nutné modifikovat mnoha faktory podle individuální situace pacienta (dosavadní životní styl, věk, motivace, schopnost a možnosti pochopit a podrobit se komplexnímu léčebnému režimu, přítomnost a závažnost komplikací diabetu, schopnost rozpoznat symptomy hypoglykemie, možnost podpory okolí). Je nutné také posoudit a cíleně korigovat postprandiální a bazální složku hyperglykemie. Kromě korekce hyperglykemie je nutno ovlivnit i další důležité složky metabolického syndromu (obezitu, hypertenzi, dyslipidemii, poruchy koagulace).

Farmakologická léčba hyperglykemie se zahajuje hned při stanovení diagnózy diabetu, lékem první volby je metformin. Neznamená to podcenění (naopak) důležitosti úpravy režimu pacienta, které je nutné trvale dodržovat. Monoterapie je postupně rozšiřována kombinací s dalšími antidiabetiky (gliptin/inkretin, sulfonylurea, pioglitazon, akarbóza), perspektivně gliflozin. Dlouhodobá léčba perorálními antidiabetiky ve vyšších než středních dávkách se nedoporučuje (zvyšování dávky nezlepší kompenzaci a zvyšuje riziko nežádoucích účinků), je nutné věnovat pozornost i lékovým interakcím (riziko hypo- nebo hyperglykemie).

Je-li indikován inzulín, metformin v léčebném portfoliu zůstává. Preferována jsou inzulínová analogá, někteří diabetici potřebují intenzifikovanou inzulínovou léčbu.

Pro intenzifikaci léčby je určující hodnota glykovaného hemoglobinu 53 mmol/mol, je však nutno ji posuzovat s ohledem na výše uvedené faktory (např. vyšší hodnotu tolerujeme u některých seniorů, diabetiků s polymorbiditami, závažnými hypoglykemiemi). Tyto faktory také

ovlivňují typ a pořadí antidiabetik. Kromě toho je nutné vybírat antidiabetika, která mají současně i další metabolické efekty (ovlivnění váhy, hypertenze, dyslipidemie, hyperkoagulace).

Využití technologií v diabetologii – CSII a CGM

MUDr. Jindřich Olšovský, Ph.D.

Diabetologické centrum II. interní kliniky

LF MU a FN u sv. Anny v Brně

Autor ve svém sdělení představuje dvě technologie, které jsou používány v běžné diabetologické praxi, zejména v terapii DM 1. typu.

CSII (kontinuální subkutánní infuze inzulínu) je výběrová metoda léčby z hlediska indikací i z hlediska vhodného pacienta. Dokáže se cestou terapie basál, bolus velmi přiblížit fyziologii uvolňování inzulínu. Dnes má řadu technických vymožeností. CSII může přinést celou řadu výhod u správně indikovaného, edukovaného pacienta, který provádí selfmonitoring glykemií a úpravy dávkování inzulínu podle změn aktuálního stavu, pohybové aktivity, jídla. Jsou to:

- zvýšení flexibility – kvality života (strava, sport, koníčky, cestování, práce)
- snížení výskytu hypoglykemií, zejména závažných
- zlepšení kompenzace diabetu
- možnost kontinuálního monitoringu glykemií ve spojení s CGM

Na druhé straně má CSII i své komplikace.

CGM (kontinuální glukózový monitoring) je invazivní metoda, která měří a kalkuluje glykemie kontinuálně v 5 min. intervalech. Má využití jednak dlouhodobé – jako součást léčby – vždy real time monitoring – ve spojení s inzulínovou pumpou, a jednak jednorázové – pro úpravy léčebného režimu, odhalení hypoglykemií, k edukaci o vlivu diety a pohybu na kolísání glykemií – kde možno použít real-time, nebo monitorování holter. typu se zaslepenými daty.

CSII a CGM jsou technologie, které dokážou významně ovlivnit kompenzaci nemocného s DM 1. typu, zlepšit tím výrazně kvalitu života těchto nemocných. Předpokladem je ovšem spolupracující, edukovaný a vhodný pacient a samozřejmě erudice zdravotnického týmu.

ALERGOLOGIE A IMUNOLOGIE

Garant: doc. MUDr. Jaromír Bystroň, CSc. – pátek / 27. 4. 2012 / 8.30–10.05

Možnosti imunomodulační léčby při řešení recidivujících infekcí dýchacích cest

doc. MUDr. Jaromír Bystroň, CSc.

Oddělení alergologie a klinické imunologie, FN Olomouc

Recidivující infekce horních dýchacích cest jsou častým problémem ambulantů praktických lékařů, ale i specialistů – hlavně otorinolaryngologů a alergologů/imunologů. Ne vždy se však jedná o definovanou poruchu imunity, ale většinou jde o nesprávně léčené onemocnění, nedostatečnou rekonvalescenci, podceňování banálních infekcí a další „drobnosti“, které však nesprávným a/nebo nedostatečným řešením přerostou ve „vážný problém“. U těchto stavů je nejdůležitější pátrání po primární příčině potíží, řádné klinické a laboratorní vyšetření, do kterého patří i imunologické vyšetření.

Principy léčby recidivujících infekcí dýchacích cest:

1. Důsledné vyšetření a léčba základní příčiny aktuálního onemocnění – cílené nasazení antibiotik, antivirotik, antitykotik dle aktuálního stavu a citlivosti.
2. Pečlivé pátrání po ložiscích infekce (paranasální dutiny, středouší, odontogenní infekce, močové cesty, u dětí často adenoidní vegetace apod.) a jejich řádná léčba.
3. Řádná rekonvalescence, režimová a stravovací opatření po opatřeních uvedených v bodech 1 a 2.
4. Použití imunostimulačních či imunomodulačních prostředků při nedostatečném úspěchu v předchozích třech bodech.

Léčba pak musí být zaměřena na zjištěnou primární příčinu, řádnou rekonvalescenci a při nedostatečném efektu těchto základních postupů pak v rámci komplexní léčby přichází v úvahu i správně načasovaná a správně zvolená imunomodulační léčba.

V případech, kde je jako příčina recidivujících infekcí dýchacích cest identifikována konkrétní porucha imunity, je na místě imunostimulační léčba. Tam, kde se imunitní reakce projevuje vystupňovaným obranným zánětem, používáme protizánětlivou léčbu a naopak tam, kde chceme aktivovat některé imunitní mechanismy, používáme imunostimulační prostředky.

Autor předkládá přehled nejčastějších příčin recidivujících infekcí dýchacích cest, uvádí principy léčby těchto stavů a rozebírá možnosti imunomodulační léčby, kterých je možno použít při léčbě těchto stavů.

Potravinová alergie a její úskalí

MUDr. Jaroslava Braunová, Ph.D.

Oddělení alergologie a klinické imunologie, FN Olomouc

V posledních desetiletích přibývá nežádoucích reakcí na potraviny a nápoje. Počet těchto reakcí stoupá jak co do kvantity, tak do kvality.

Ne všechny reakce po požití potravin jsou ale pravými alergickými reakcemi.

Pravá potravinová alergie patří do skupiny netoxických reakcí na potraviny, je zprostředkována imunitními mechanismy, především a nejčastěji imunopatologickou reakcí I. typu, IgE mediovanou.

Kromě základní potraviny se v příčině alergických reakcí uplatňují metabolity dané potraviny a látky, které vznikají v procesu trávení (například acylizotiocyanáty).

Významnou roli hrají také aditiva – přídatné látky: barviva, konzervancia, antioxidanty, látky zvyšující chuť a vůni, náhradní sladidla, koření soli, stabilizátory, emulgátory, regulátory kyselosti, modifikované škroby, rozpouštědla, nosiče, plnidla, lešticí látky, kypřicí látky, pěnotvorné látky, protispěkové látky.

Samostatnou skupinu tvoří potraviny s přímým histaminoliberačním účinkem (ryby, jahody, čokoláda).

V rámci odebírání anamnézy u pacienta musíme myslet také na stále častější zkříženou alergii mezi potravinami a pyly (pyl břízy a jablko, pyl lísky a lískový ořech) a mezi potravinami a alergií na latex (latex – fruit syndrom).

Klinické projevy se manifestují nejčastěji na kůži, ve čtvrtině případů jsou projevy lokalizovány do respiračního traktu, v pětina případů do gastrointestinálního traktu.

Orální alergický syndrom – velmi často lokalizované projevy do oblasti dutiny ústní, až ve 2% případů jsou vystupňovány do těžkého anafylaktického šoku, který přímo ohrožuje život pacienta.

V léčbě alergických reakcí používáme antihistaminika moderní generace, v těžších stavech

perorální či injekční glukokortikoidy. Léčba anafylaktického šoku pak vyžaduje podání adrenalinu, antihistaminika, glukokortikoidů a následnou léčbu symptomatickou – uvolnění dýchacích cest, zajištění přívodu kyslíku, stabilizovanou polohu, podání krátkodobých beta2mimetik, bronchodilatačně působících léků, zajištění další léčby na JIP nebo ARU.

Edukace pacientů směřuje především ke snaze o co největší eliminaci potraviny, na kterou je pacient přecitlivělý, vybavení léky, u nejrizikovějších pacientů doporučujeme balíček první pomoci (autoinjektor, antihistaminikum, perorální kortikoid).

Alergická rýma

MUDr. Hana Janíčková

Lektorka ČIPA

AlergoCentrum s.r.o., Šumperk

Alergická rýma patří k závažným chronickým onemocněním s vysokou prevalencí již od dětského věku. Je výrazným rizikovým faktorem pro vznik astmatu, negativně ovlivňuje kvalitu života pacientů a nese s sebou i významné socioekonomické důsledky.

Prevalence alergické rýmy kolísá méně než 5% do 40%, v naší republice se udává prevalence kolem 16%.

Alergická rýma je charakterizována nosními příznaky, vznikajícími na podkladě zánětu zprostředkovaného IgE po expozici alergenu. Soubor symptomů zahrnuje vodnatou sekreci, nosní obstrukci, kýchání, svědění a poruchu čichu, které se objevují během 2 nebo více po sobě jdoucích dnů, nejméně hodinu po většinu dnů. Podle doporučení iniciativy ARIA (Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma) se používá ke klasifikaci rýmy dělení na rýmu intermitentní (méně než 4 dny v týdnu nebo méně než 4 po sobě jdoucí týdny) a perzistující (více než 4 dny v týdnu a více než 4 po sobě jdoucí týdny), podle závažnosti příznaků na rýmu lehkou a středně těžkou/těžkou.

Diagnóza alergické rýmy se opírá o podrobnou anamnézu, zhodnocení klinických příznaků, kožní testy a/nebo vyšetření specifického IgE ke zjištění kauzálního alergenu, případně další metody (rinomanometrie, nazální provokační testy).

U pacientů s chronickou rýmou je nutné v rámci diferenciální diagnostiky uvažovat i o jiných příčinách rýmy.

Léčba alergické rýmy zahrnuje nefarmakologická opatření – eliminaci alergenů, edukaci pacientů a léčbu medikamentózní – symptomatickou a specifickou alergenovou imunoterapii. Součástí péče o pacienty s alergickou rýmou je i vyhledávání a včasná diagnostika průduškového astmatu. Komplexní léčba pacientů s alergickou rýmou a průduškovým astmatem vychází ze společné koncepce stejných vyvolávajících faktorů, patofyziologických mechanismů a odpovídající farmakoterapie.

Anafylaxe a její zvládnání v terénu

doc. MUDr. Jaromír Bystroň, CSc.

Oddělení alergologie a klinické imunologie,
FN Olomouc

Anafylaktická reakce je nejzávažnějším projevem alergického onemocnění. Jedná se o rychle se rozvíjející reakci (vesměs do 5–20 minut po kontaktu s příčinným alergenem) na masivní vyplavení mediátorů alergické reakce (hlavně histaminu). Může k ní dojít po bodnutí hmyzem (včela, vosy), po požití některých potravin (ořechy, arašídy, mořské plody) nebo léků. Nejčastěji dochází k anafylaktickým reakcím při nitrožilním nebo nitrosvalovém podání některých léčiv nebo diagnostických roztoků (analgetika, anestetika, myorelaxantia, antibiotika, rentgenkontrastní látky, alergenové vakcíny). Tyto aplikace se však odehrávají všeměs ve zdravotnických zařízeních a léčbu je možno zahájit ihned při prvních příznacích.

Pokud pacient již prodělal závažnou alergickou reakci, měl by být vybaven balíčkem první pomoci. Takový balíček by měl obsahovat jako lék první pomoci ADRENALIN. V současné době je adrenalin dostupný v jednorázových předplněných laických injekčních stříkačkách EPIPEN

0,15 mg pro děti a 0,30 mg pro dospělé a/nebo ANAPEN 0,15 mg pro děti a 0,30 mg pro dospělé, které jsou vybaveny i podrobným popisem použití. Rizikové pacienti jsou však již při předpisu těchto léků instruováni v alergologických ambulancích a poučení o jejich použití. Dále musí balíček obsahovat kortikosteroid v tabletě (např. 2 tablety Prednisonu á 20 mg nebo Medrolu á 16 mg) nebo u dětských pacientů v rektálním čípku (Rectodelt 100 mg) a antihistaminikum (min. 2 tablety). Dále by měl balíček obsahovat inhalační úlevový lék bronchodilatační beta-2-mimetikum (Ventolin, Berotec, Bricanyl) a návod první pomoci při anafylaktické reakci. Dříve často používané Kalcium v různých formách je opuštěno jako obsolentní – nebyl prokázán jeho efekt při zvládnání anafylaktické reakce a jeho použití se v současné době považuje za postup non lege artis.

Při náznacích rozvoje anafylaktické reakce je potřeba tablety kortikosteroidu a antihistaminika co nejdříve rozkousat v ústech, při dechových potížích aplikovat bronchodilatační sprej a v případě hrozícího oběhového kolapsu ihned aplikovat nitrosvalové injekci s adrenalinem. **Léky k zajištění 1. pomoci nejsou proskripčně omezeny.**

XADOS (bilastin) / Nové nesedativní antihistaminikum – originální molekula

doc. MUDr. Jaromír Bystroň, CSc.

Oddělení alergologie a klinické imunologie,
FN Olomouc

Xados (bilastin) je nové nesedativní H1-antihistaminikum pro systémovou léčbu alergické rinokonjunktivitidy (sezónní i celoroční) a kopřivky.

Chemická formule: 2-[4-(2-(4-(1-(2-ethoxyethyl)benzimidazol-2-yl)piperidin-1-yl)ethyl)phenyl]-2-methylpropanoic acid. **Molekulární vzorec:** C₂₈H₃₇N₃O₃.

Bilastin řadíme mezi **Antihistaminika II. generace (nesedativní)**, která jsou charakterizována výraznou selektivitou a vysokou afinitou vazby k H1 receptorům, delším působením a rychlejším nástupem účinku. Bilastin se projevuje mírou sedace na úrovni placebo, nástupem účinku do 1 h a působí > 24 h; nemá lékové interakce. Farmakokinetika je dále charakterizována:

Rychlou absorpcí po p.o. podání (t-max = 1,3 h), lineárním farmakokinetikou v rozmezí 5–220 mg, bez akumulace při opakovaném podání.

Biologický poločas

- Eliminace = 14,5 h (24hodinový efekt)
 - Distribuce = 2,1 h (rychlý nástup účinku)
- Není metabolizován = je vylučován v nezměněné podobě (= nemá lékové interakce).

Na farmakokinetické vlastnosti nemá vliv věk, hmotnost, renální nebo jaterní funkce.

Není metabolizován přes cytochrom CYP450 (hl. 3A4), a není ani jeho inhibitorem/induktorem; ani v játrech ani ve střevní stěně (P-glykoprotein).

Provedené interakční studie s ketokonazolem, erytromycinem, diltiazemem – bez vzájemného ovlivnění.

Bilastin nepotencuje účinek alkoholu ani lorazepamu.

Způsob podání:

- Ke zmírnění symptomů alergické rinokonjunktivitidy (sezónní i celoroční) a kopřivky 20 mg (1 tableta) jednou denně.
- Tableta se má užívat perorálně, jednu hodinu před nebo dvě hodiny po jídle nebo ovocném džusu. Denní dávku se doporučuje užívat najednou.

Symposium – GlaxoSmithKline

Pátek / 27. 4. 2012 / 10.05–10.20

Moderní nosní kortikosteroidy v léčbě alergické rýmy

doc. MUDr. Jaromír Bystron, CSc.

Oddělení alergologie a klinické imunologie,
FN Olomouc

Alergická rýma patří k nejčastějším onemocněním v našich ordinacích. Dle posledních statistických údajů více jak 60 % veškerého lidstva v sobě nese geny pro alergickou reakci a 25 % se projevuje klinicky alergickým onemocněním. Alergická rýma je nejčastějším projevem alergického onemocnění a v České republice je evidováno kolem 1,5 miliónu pacientů s alergickou rýmou.

Alergická rýma je klinickou manifestací atopického fenotypu, může se objevit v raném dětském věku i pozdní dospělosti. V poslední době se klade důraz hlavně na uvědomění si souvislostí mezi alergickou rýmou

a průduškovým astmatem. Statistiky dokládají, že téměř 80 % astmatiků trpí současně alergickou rýmou a 40 % pacientů s rýmou má přítomno nebo se postupně vyvine průduškové astma.

Léčba alergické rýmy je založena na obecných zásadách léčby alergického onemocnění – pokus o identifikaci a eliminaci příčinného alergenu, léčba alergického zánětu, symptomatická úlevová léčba, edukace pacienta a získání jeho spolupráce k optimálnímu zvládnutí tohoto onemocnění.

Nejúčinnějšími léky, které kontrolují alergický zánět u alergické rýmy jsou topické kortikosteroidy. V poslední době se klade velký důraz jednak na optimální účinnost přípravku ve spojení s minimálními nebo žádnými vedlejšími účinky, a proto se vyvíjejí stále nové molekuly kortikosteroidů. Mezi takové molekuly patří flutikason furoát, který

má výborný poměr mezi léčebným efektem a nežádoucími účinky.

Flutikason furoát má v kontrolovaných studiích vynikající účinnost (statisticky vysoce významnou $p = 0,0001$) na nosní příznaky (sekrece z nosu, obstrukce, svědění, kýchání) i na oční příznaky (zarudnutí spojivek, svědění víček, slzení). Patří mezi topické steroidy s nejnižší systémovou dostupností (pod 0,5 %) a přitom se účinnosti dosahuje s nižší celkovou dávkou kortikosteroidu. Rovněž unikátní aplikační systém zajišťuje přesné dávkování a optimální distribuci aplikované látky v nosní dutině. Po jeho aplikaci nedochází k zatékání látky do nosohltanu. Vedlejší účinky jsou minimální (epistaxe, ulcerace nosní sliznice – pod 1 %) a nevýznamné. Přípravek se podává 1x denně – dětem nad 6 let 1 dávka do každé nosní díry, dětem nad 12 let a dospělým 1–2 dávky do každé nosní díry. Nemá preskripční omezení.

INFEKTOLOGIE – KLINICKÁ MIKROBIOLOGIE V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

Pátek / 27. 4. 2012 / 10.50–11.50

Dobrý den, rezistence, mohu dál?

MUDr. Václava Adámková¹,

MUDr. Zuzana Blechová²

¹ Klinická mikrobiologie a ATB centrum
Ústavu klinické biochemie a laboratorní
diagnostiky 1. LF UK a VFN, Praha

² I. infekční klinika 2. LF UK a FN Bulovka,
Praha

Akutní respirační onemocnění patří mezi nejčastější infekční onemocnění v ordinaci praktického lékaře. Racionální terapie těchto infekcí vychází ze základních principů a znalostí klinické mikrobiologie.

V etiopatogenezi akutních respiračních infekcí se uplatňují především viry, bakteriální původci jsou méně časté, a proto antibiotická léčba není indikována u každého pacienta. Neindikované podávání antibiotik je jednou z příčin rozvoje rezistence bakterií k antibiotikům.

Mezi základní principy racionální preskripce antibiotik patří, kromě znalostí o etiopatogenezi infekcí, také informace o úrovni citlivosti nebo rezistence bakterií k antibiotikům na národní i lokální úrovni.

Nejčastějšími bakteriálními původci akutních respiračních infekcí jsou *Streptococcus*

pyogenes, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Branhamella catarrhalis*. U těchto původců se sleduje úroveň rezistence k antibiotikům volby. V roce 2010 byla rezistence kmenů *S. pyogenes*, izolovaných od pacientů s akutní tonzylfaryngitidou, k makrolidům 6,3 %, *S. pneumoniae* k penicilinu 4,5 % a k makrolidům u izolátů z horních a dolních cest dýchacích 7,8 a 11,3 % resp.

Cílem autorů je formou interaktivních ka-
zuistik ukázat na některá úskalí v diagnostice
a terapii respiračních infekcí.

PREDUCTAL[®] MR

Trimetazidin 35 mg

2 tablety denně

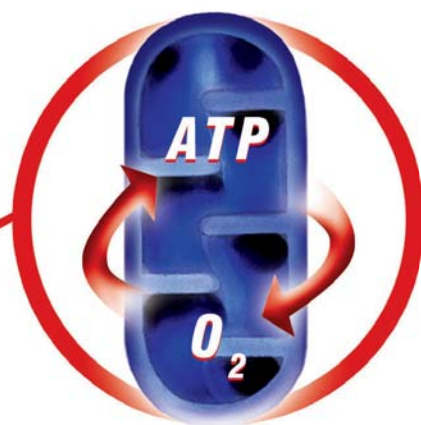
1 hemodynamický lék

+

1 metabolický lék
Predictal MR



optimální léčba anginy pectoris²⁻⁴



**OVLIVŇUJE METABOLICKOU
PODSTATU ISCHEMIE¹**

1) Kantor PF, Lucien R, Lopaschuk GD (experimentální studie). *Circ Res* 2000; 86: 580–588. 2) Chaloupka V et al. TRIADA. *Cor Vasa* 2005; 47 (12): 470–474. 3) Chazov EI et al. *Am J Ther* 2005; 12: 35–42. 4) Manchanda SC et al. *Int J Cardiol* 2003; 88: 83–89.

Zkrácená informace o přípravku Predictal[®] MR

Kvalitativní a kvantitativní složení: Trimetazidin dihydrochloridum 35 mg v jedné tabletě s řízeným uvolňováním. **Indikace:** Dlouhodobá profylaktická léčba anginy pectoris u dospělých v monoterapii nebo v kombinaci s jinými přípravky. **Dávkování a způsob podání:** 1 tableta (35 mg) 2 krát denně (ráno a večer) v průběhu jídla (70 mg/den). Tablety se užívají celé v průběhu jídla a zapíjejí se tekutinou. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na účinnou látku nebo pomocné látky. **Speciální upozornění:** Přípravek se neužívá k léčbě akutního záchvatu anginy pectoris, zároveň také není indikován k počáteční léčbě nestabilní anginy pectoris nebo infarktu myokardu, ani ve fázi před hospitalizací, ani během prvních dnů hospitalizace. **Interakce:** Žádné. **Těhotenství a kojení:** Podání přípravku Predictal MR se nedoporučuje během těhotenství a kojení. **Nežádoucí účinky:** časté: poruchy nervového systému (závrť, bolest hlavy), GIT poruchy (bolest břicha, průjem, dyspepsie, nauzea, zvracení), poruchy kůže (vyrážka, svědění, kopřivka), astenie. **Velikost balení:** 60 potahovaných tablet s řízeným uvolňováním. **Uchování:** při teplotě do 25 °C. **Registrační číslo:** 83/328/01-C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Úplná informace o přípravku viz Souhrn údajů o přípravku. **Datum revize textu:** 13. 3. 2012.

Přípravek je dostupný v lékárnách na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Informace o konkrétních podmínkách úhrady vám podají zástupci společnosti Servier s.r.o.

INFORMACE NA ADRESE: Servier s.r.o., Klimentská 46, 110 02 Praha 1, tel.: 222 118 312, fax: 222 118 300, www.servier.cz.



Symposium – Pfizer, spol. s r.o.

Pátek / 27. 4. 2012 / 11.50–12.10

Pneumokoková onemocnění u dospělých a možnosti jejich prevence

MUDr. Lenka Petroušová

Klinika infekčního lékařství, FN Ostrava

Pneumokokové infekce patří celosvětově mezi nejčastější infekční onemocnění. *Streptococcus pneumoniae* je gram pozitivní kok, existuje ve více jak 90 sérotypech. Většina invazivních onemocnění je způsobena 10–15 sérotypy. Mikroba kolonizuje bezpříznakově nosohltan, u dětí ve 40–60 %, u dospělých v 10–15 %. Při selhání obranných mechanismů proniká do sterilních prostor a způsobí místní infekci v dýchacích cestách. Při průniku do krevního řečiště vznikají invazivní onemocnění sepse, hnisavé meningitidy, bakteriemiemie pneumonie, vzácně artritidy, endokarditidy, peritonitidy. Invazivní

onemocnění je vždy život ohrožující. U dospělých pacientů ve věkové skupině nad 65 let je mortalita na toto onemocnění 20–30%. Nejvíce ohroženou věkovou skupinou jsou děti do 5 let, osoby starší 65 let a imunokompromitovaní pacienti.

Prevence onemocnění je možná. Vývoj vakcín má za sebou dlouhou historii. Polysacharidová 23valentní vakcína je k dispozici od roku 1983, pro nevhodnost využití u dětí mladších 2 let vývoj směřoval ke konjugovaným vakcínám. Od roku 2000 jsou vakcinovány v USA děti konjugovanou 7valentní vakcínou, která byla následně nahrazena 13valentní vakcínou. Od roku 2011 má tato vakcína nově schválenou indikaci pro dospělé od 50 let. Složení vakcín předurčuje imunitní odpověď a délku protekce. Polysacharidová vakcína vyvolává imunitní odpověď závis-

lou na B lymfocytech, konjugované vakcíny umožňují aktivaci T lymfocytů a vyvolávají tvorbu protilátek s vysokou afinitou a navozují imunologickou paměť.

Indikací k očkování proti pneumokokovým infekcím je 1. věk: osoby starší 65 let, 2. zdravotního hlediska: imunodeficience, asplenie, onemocnění ledvin, plic, jater, diabetes mellitus, neurologické poruchy, kochleární implantáty onkologické onemocnění, nejlépe 14 dnů před zahájením chemoterapie, event. 3–6 měsíců po ukončení léčby, 3. životní styl: kouření, alkoholismus. Pravidelné očkování je k dispozici pro osoby v LDN, domovy pro seniory, domovy pro zdravotně postižené.

Proočkovanost české populace je však pořád malá, je na nás, abychom si uvědomili závažnost onemocnění a následně našim pacientům profylaxi doporučili.

WORKSHOP / RESPIRACE, ZÁKLADY PRO INTENZIVNÍ MEDICÍNU

Garant: MUDr. Bronislav Klementa – pátek / 27. 4. 2012 / 13.00–13.40

Hodnocení výsledků kardiopulmonální resuscitace

MUDr. Bronislav Klementa

Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, LF UP Olomouc

V přednášce chceme seznámit s množstvím různých proměnných, které mohou ovlivnit výsledek resuscitačního úsilí. Přežití do propuštění z nemocnice se pohybuje při mimonemocniční zástavě oběhu (OHCA) mezi 5–15 % a přežívání pacientů do propuštění po zástavě v nemocnici dosahuje okolo 20%, což je poměrně nízké procento. Mnozí pacienti nejsou propuštěni v dobrém stavu a následně potřebují ústavní péči, někteří v dalším období umírají. Jenom několik procent přeživších může vést plnohodnotný život jako před proběhlou zástavou. Mezi již delší dobu známé faktory, které jsou součástí řetězce přežití, patří rozpoznání zástavy oběhu, časné zahájení KPR, časná aktivace záchranné služby, časné zahájení rozšířené resuscitace i po-

resuscitační péče. V rámci poresuscitační péče se dnes provádí mírná terapeutická hypotermie (MTH), kterou je možno zahájit i v rámci přednemocniční péče, následně je zvýšená šance postižených na přežití a současně i je možné zlepšení neurologického stavu. V přednášce se budeme věnovat dalším faktorům, které mají vliv na přežívání postižených zástavou oběhu a které tedy mohou ovlivnit výsledek kardiopulmonální resuscitace.

Nejpodstatnější změny v guidelines KPR po roce 2010

MUDr. Pavel Marcián

Kardiologická klinika FN Olomouc a Lékařská fakulta UP Olomouc

Guidelines (doporučení) pro kardiopulmonální resuscitaci (KPR) se každých 5 let obno- vují a vždy v nich dochází k určitým změnám založených na znalosti evidence based medicine (EBM).

Prezentace shrnuje hlavní změny v nových doporučených postupech pro neodkladnou resuscitaci, které byly zveřejněny Evropskou radou pro resuscitaci v říjnu 2010.

V základní neodkladné resuscitaci došlo k mírným úpravám doporučených hodnot frekvence kompresí hrudníku (nově 100–120/min.), hloubky kompresí hrudníku (5–6 cm) a současně je více kladen důraz na vlastní komprese hrudníku nežli na jejich kombinaci s umělými vdechy. Je tedy zejména u laiků upřednostněna resuscitace pouze kompresemi.

Rozšířená neodkladná resuscitace doznala také několika změn, u nichž jistě nejdůležitější je nedoporučení intratracheálního podávání léků. U asystolie již není doporučeno podání atropinu. Je více kladen důraz na použití terapeutické hypotermie bez ohledu na typ iniciálního rytmu a dále použití kapnometrie při KPR. Pro defibrilaci již není doporučeno použití gelu pro kontakt pádel defibrilátoru s hrudníkem a jsou doporučeny buď gelové podložky a/nebo přímo

COPAXONE®



- Je účinný u pacientů s CIS i s RRMS^{2,3}
- Zpomaluje progresi do klinicky prokázané RS³
- Signifikantně snižuje počet relapsů u RRMS²
- Má příznivý bezpečnostní profil z krátkodobého i dlouhodobého hlediska¹⁻³

COPAXONE®: Zkrácená informace o přípravku

Složení: 20 mg glatirameri acetátu. **Léková forma:** Injekční roztok, předplněná injekční stříkačka. **Indikace:** První klinická epizoda u pacientů s vysokým rizikem rozvoje klinicky potvrzené roztroušené sklerózy, snížení frekvence relapsů u ambulantních pacientů s RRMS, a alespoň 2 atakami neurologické dysfunkce v průběhu předchozího dvouletého období.

Dávkování: 20 mg glatirameri acetátu – 1 předplněná injekční stříkačka s.c. 1x denně. U starších osob, a u pacientů s poruchou renálních funkcí nebyl specificky studován. Každý den je nutné měnit místo vpichu – paže, břicho, hýždě, stehno. **Použití v pediatrii:** Adekvátní klinické ani farmakokinetické studie nebyly provedeny. Omezené literární údaje naznačují, že bezpečnostní profil u dospívajících léčených přípravkem Copaxone 20 mg s.c. 1x denně je obdobný jako u dospělých. Nejsou informace o užití Copaxone u dětí do 12 let, proto by

přípravek Copaxone neměl být v této věkové skupině použit. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na glatirameri acetát nebo mannitol, u těhotných žen. **Zvláštní upozornění:** Nesmí být podáván i.v. nebo i.m. Je třeba zvýšené opatrnosti u pacientů s kardiologickými problémy v anamnéze. Vzácně se mohou objevit vážné hypersenzitivní reakce. Nejsou důkazy o tom, že by protilátky proti glatirameri acetátu byly neutralizující. U pacientů s renálními poruchami musí být během léčby přípravkem Copaxone sledovány renální funkce. **Interakce:** Nebyly

specificky studovány. Zvýšený výskyt reakcí v místě vpichu u souběžné léčby kortikosteroidy. Fenytoin a/nebo karbamazepin: souběžné použití musí být pečlivě monitorováno. **Kojení:** Údaje o vylučování glatirameri acetátu, metabolitů nebo protilátek do mat. mléka nejsou dostupné. Musí být zváženo prospěch pro matku proti relativnímu riziku pro dítě. **Nežádoucí účinky:** reakce v místě vpichu, erytém, bolest, zatvrdnutí, pruritus, otok, zánět a hypersenzitivita. Vazodilatace, tlak na hrudi, dušnost, palpitace nebo tachykardie, byla popsána jako

bezprostřední postinjekční reakce. **Velmi časté:** Infekce, chřipka, úzkost, deprese, bolest hlavy, vazodilatace, dušnost, nevolnost, vyrážka, artralgie, bolest v zádech, astenie, bolest na hrudi, reakce v místě injekce, bolest. **Časté:** Bronchitida, gastroenteritida, herpes simplex, otitis media, rhinitida, absces dásní, vaginální kandidóza, benigní novotvar kůže, novotvar lymfadenopatie, hypersenzitivita, anorexie, přírůstek na váze, nervozita dysgeusie, hypertonie, migréna, poruchy řeči, synkopa, tremor, diplopie, oční poruchy, ušní poruchy, palpitace, tachykardie, kašel, senná rýma, zácpa, zubní kaz, dyspepsie, dysfagie, inkontinence stolice, zvracení, neobvyklé jaterní funkční testy, ekchymóza, nadměrné pocení, svědění, poruchy kůže, kopřivka, nucení na moč, polakisurie, retence moči, zimnice, otok tváře, atrofie v místě injekce, lokální reakce, periferní edém, edém, horečka. Méně časté, vzácné a velmi

vzácné nežádoucí účinky – viz SPC. **Předávkování:** Do 80 mg nebyly spojeny s jinými nežádoucími účinky, s dávkami vyššími nejsou zkušenosti. Nesmí být mísen s jinými léčivými. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte stříkačky v krabici – chraňte před světlem. Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C) a chraňte před mrazem. Jedenkrát mohou být uchovávány při pokojové teplotě (15 °C – 25 °C), po dobu až jednoho měsíce. Jestliže nebyly použity a jsou v původním obalu, musí být po této lhůtě vráceny do chladničky. **Balení:**

Copaxone 20 mg 7 nebo 28 předplněných inj. stříkaček. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Teva Pharmaceuticals CR s.r.o, Radlická 3185/1c, 15000 Praha 5, Česká republika

Registrační číslo: 59/481/06-C **Datum revize:** 3. 6. 2009

Před předepsáním léku se seznamte se Souhrnem údajů o přípravku. Výdej léku je vázán na lékařský předpis.

Hrazen z prostředků zdravotního pojištění.

Reference: 1. Schrempf W & Ziemssen T. 2007 Autoimmunity Reviews; 6:469-475, 2. Comi G et al. The Lancet, published online October 7, 2009, 3. Ford C. Mult Scler Online, first published on January 27, 2010.



ZÁKLADNÍ LÉČBA ROZTROUŠENÉ SKLERÓZY

www.teva.cz

TEVA

samolepící elektrody. Původní doporučení guidelines 2005 stran předřazení dvou minut KPR před defibrilací v případě trvání zástavy déle než 5 minut již není nutné dodržet.

V případě automatizovaných externích defibrilátorů (AED) u dětí je možné jejich použití již od 1 roku věku při nalepení dětských elektrod.

Novinkou v guidelines 2010 je doporučení použití pomůcek se zpětnou vazbou pro zachránce, jako je např. Pocket CPR s možností analýzy hloubky a frekvence prováděných kompresí.

Chyby a omyly v KPR

MUDr. Pavel Marcián

**Kardiologická klinika FN Olomouc
a Lékařská fakulta UP Olomouc**

Náhlá zástava oběhu postihne v Evropě asi 500 tisíc osob ročně. Pouze kvalitně prováděná kardiopulmonální resuscitace (KPR) může vést k dlouhodobě uspokojivým výsledkům. Je třeba konstatovat, že přes zlepšující se povědomí mezi laiky, jak provádět správně KPR, nejsou znalosti KPR dostatečné. Bohužel ani zdravotníci nejsou vždy ideálně připraveni na tak stresující záležitost, jakou KPR jistě je, a pokud nejsou proškoleni teoreticky i prakticky v postupech KPR, dochází i u nich k chybám.

Přestože se guidelines (doporučení) pro KPR každých 5 let obnovují a vždy v nich dochází k určitým změnám založených na evidence-based medicine (EBM), je velká část zdravotníků odkázána pouze na své starší vědomosti, často z dob studií medicíny či střední zdravotní školy. Dnešní uspěchaná doba klade na všechny zdravotníky velké nároky, které razantně ukrajují

z našeho času, který máme vyhrazen pro samostudium. Znalosti KPR postupů by měly ovšem patřit mezi prioritu.

Tato sdělení si neklade za cíl kritizovat chyby a omyly zdravotníků či laiků. Cílem je komplexně poukázat na kritické momenty, které při KPR obvykle nastanou a jejich správné řešení. Některé omyly se ukazují být již „městskou legendou“, jako například vytahování jazyka, a jsou prakticky neznatelné. Jindy jde o chyby zcela zbytečné a související s použitím starších verzí doporučených postupů. Nejde o chyby zásadní, ale při znalosti aktuálních doporučení se jim lze jednoduše vyhnout.

Důrazné doporučení opakovaných školení KPR zaměřených nejen teoreticky, ale i prakticky je logickým závěrem této prezentace. Chybovat je sice lidské, ale v případě KPR fatální.

Výuka první pomoci a intenzivní medicíny na lékařské fakultě Univerzity Palackého pomocí e-learningu

MUDr. Bronislav Klementa

**Klinika anesteziologie, resuscitace
a intenzivní medicíny, LF UP Olomouc**

Výuka studentů medicíny na lékařských fakultách v České republice probíhá v současné době podle zavedených schémat. Výuka intenzivní medicíny a první pomoci je však značně rozdílná od výuky jiných klinických oborů. Hlavní odlišnost spočívá především v nutnosti nácviku praktických dynamických stereotypů, ke kterým patří: uvolnění dýchacích cest, manévry při

obstrukci dýchacích cest, komprese hrudníku, umělé dýchání, defibrilace, koniotomie, drenáž pneumotoraxu, zajištění intraoseálního vstupu a mnohé další. Absolvent studia všeobecného lékařství musí být schopen správně poskytnout první pomoc, orientovat se v problematice intenzivní medicíny rychle a rozhodně provádět život zachraňující výkony. V rámci pilotního ověření bude proškolen celkem 300 studentů I. ročníku a V. ročníku lékařské fakulty Univerzity Palackého. Na základě hodnocení účastníků jsou připravované výukové moduly průběžně revidovány a upravovány tak, aby vyhovovaly v maximální možné míře cílům projektu a zamýšlené cílové skupině. Studenti hodnotí velmi pozitivně nácvik zajištění dýchacích cest pomocí extraglotických pomůcek i možnost provedení koniotomie. Oblast videoukázek i fotodokumentace je také průběžně rozšiřována. Studenti budou schopni provádět kvalitní první pomoc při všech stavech, se kterými se budou v praxi setkávat, včetně rozšířené resuscitace, a to i díky vybavení moderními výukovými trenažéry ke kterým patří také pomůcky se zpětnou vazbou v reálném čase. Předpokládaný přínos spočívá ve zlepšení teoretických i praktických znalostí studentů lékařské fakulty současně se zvýšením efektivity výuky první pomoci a intenzivní medicíny. Podstatným přínosem bude mj. lepší přístup k informacím. Takto nabyté teoretické a praktické znalosti usnadní uplatnění na trhu práce a rychlejší zapracování studentů i lékařů po nástupu do zaměstnání.

*Projekt byl podpořen grantem ESF
reg. č. CZ.1.07/2.2.00/15.0249.*

Duomox®

Velmi klasický.
Velmi moderní.



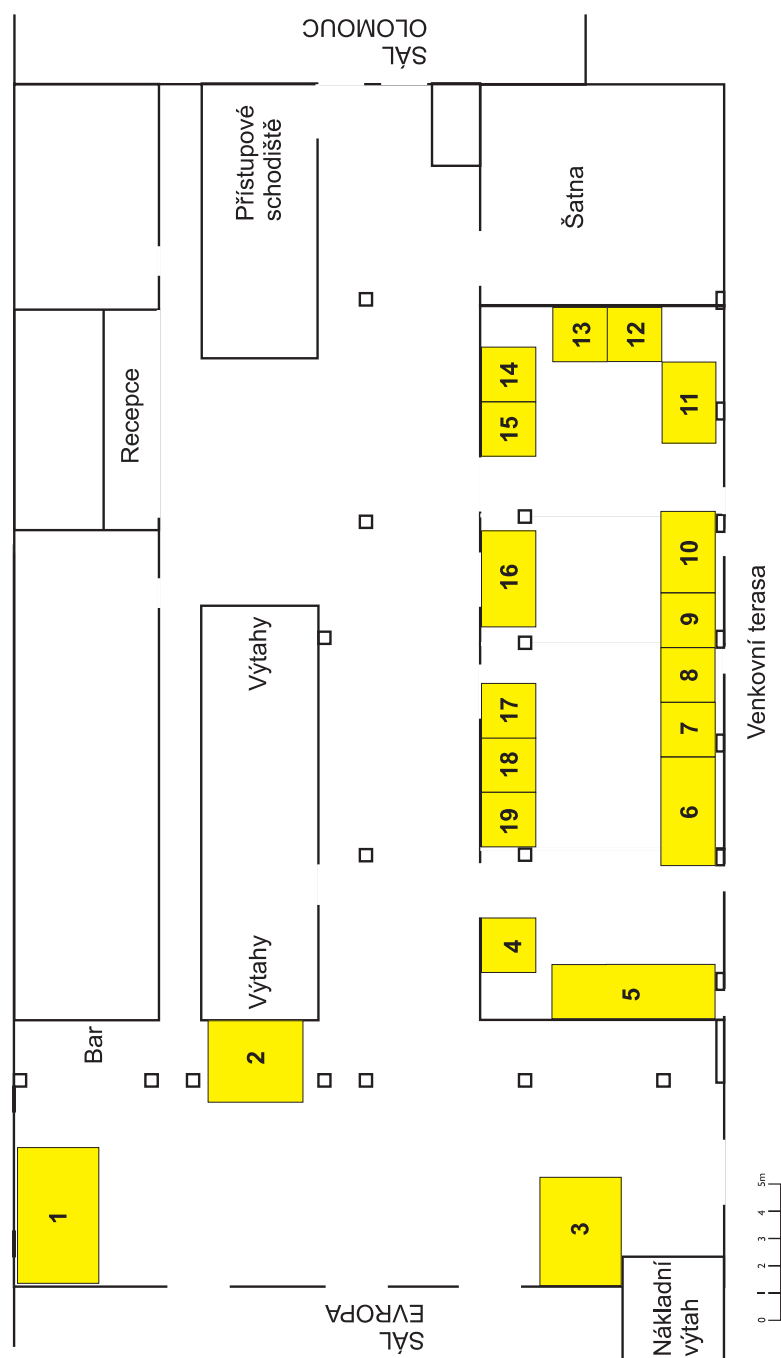
Zkrácená informace o přípravku DUOMOX® tablety:

Amoxicillinum 250,375,500,750,1000 mg. **Indikační skupina:** Baktericidní antibiotikum s širokým spektrem působnosti. Patří do skupiny penicilinů. **Indikace:** Amoxicilin je lékem první volby pro empirickou léčbu akutní otitis media, akutní sinusitidy a akutní exacerbaci chronické bronchitidy. **Další indikace:** Infekce způsobené mikroorganismy, které jsou citlivé k amoxicilinu, jako: některé jiné infekce dýchacích cest, infekce urogenitálního traktu, infekce gastrointestinálního traktu, infekce kůže a měkkých tkání. **Dávkování:** Dospělí a děti nad 40 kg: 500 mg každých 8 hodin, u chronických, recidivujících a závažných infekcí lze dávky zvýšit až na 750–1000 mg každých 8 hodin. Děti pod 40 kg: 40–90 mg/kg/den rozdělených do dvou až tří dávek (celkem < 3 g) v závislosti na indikaci, závažnosti onemocnění a citlivosti patogenu. Při poškození ledvin je často nutno upravit dávku. Léčba musí pokračovat 3–4 dny po vymizení klinických příznaků. **Způsob podání:** DUOMOX® se může brát před jídlem, během jídla nebo po jídle. DUOMOX® tablety se mohou polykat celé a zapíjet vodou, nebo je možné je rozpustit nejméně ve 20 ml vody a vypít. Suspenze má mírně vanilkovo-mandarinkovou příchut. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita k amoxicilinu nebo k jakémukoli jinému beta-laktamovému antibiotiku. Hypersenzitivita k některé z ostatních složek přípravku. Pacienti mající současně i virovou infekci, zejména infekční mononukleózu, pacienti s lymfatickou leukémií. **Interakce:** Probenecid, fenylobutazon, oxyfenbutazon, kyselina salicylová (v menší míře), indometacin a sulfinpyrazon prodlužují poločas amoxicilinu v plazmě a zvyšují jeho hladiny. Souběžné užívání amoxicilinu s perorálními kontraceptivy může být spojeno se sníženou účinností kontraceptiva. **Nežádoucí účinky:** Poruchy kůže a podkožní tkáně: vyrážka, gastro-intestinální poruchy: průjem, anální pruritus. **Upozornění:** Zřídka může dojít i k závažným případům hypersenzitivity, léčba amoxicilinem musí být okamžitě zastavena. Při léčbě se mohou vyskytnout superinfekce. Při vzniku těžkého průjmu je třeba uvažovat o možnosti pseudomembranózní kolitidy. Zvláštní pozornost je třeba věnovat podávání nezáralým novorozencům a během novorozeneckého období vůbec. **Těhotenství a laktace:** Bezpečnost amoxicilinu v těhotenství a při kojení nebyla ověřena. **Velikost balení:** DUOMOX® 250:20 tbl, DUOMOX® 375:20 tbl, DUOMOX® 500:20 tbl, DUOMOX® 750:20 tbl, DUOMOX® 1000:14 nebo 20 tbl. **Datum poslední revize textu:** 23.2.2011. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Astellas Pharma s. r. o., Sokolovská 100/94, 186 00 Praha 8, Česká republika. **Registr. číslo:** 15/270/93-A/C, B/C, C/C, D/C, E/C. **Podmínky uchovávání:** Při teplotě do 25 °C, uchovávat v původním vnitřním obalu. Výdej přípravku DUOMOX® je vázán na lékařský předpis. DUOMOX® je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

[illegible]

MEDICÍNA PRO PRAXI – X. kongres praktických lékařů a sester

NH Olomouc Congress, Legionářská 21, Olomouc, 26.–27. 4. 2012



■ VÝSTAVNÍ PROSTORY

- 1 GlaxoSmithKline, s.r.o.
- 2 Astellas Pharma s.r.o.
- 3 Nycomed s.r.o.
- 4 MUCOS Pharma CZ, s.r.o.
- 5 HARTMANN-RICO a.s.
- 6 SERVIER s.r.o.
- 7 Mediclinic a.s.
- 8 BTL zdravotnická technika, a.s.
- 9 Sanofi Pasteur GmbH
- 10 Kimberly-Clark, s.r.o.
- 11 Pfizer, spol. s r.o.
- 12 TIMEScz s.r.o.
- 13 MEDIPOS P+P, s.r.o.
- 14 ADCALL systems s.r.o.
- 15 Abbott Laboratories, s.r.o.
- 16 Medicom International s.r.o.
- 17 QUICKSEAL INTERNATIONAL, s.r.o.
- 18 Zentiva, k.s.
- 19 Bella Bohemia s.r.o. (26.4.)
SWISS PHARMA, spol.s.r.o. (27.4.)

POŘADATELÉ

- II. interní klinika FN
u sv. Anny Brno
- Spolek lékařů ČLS JEP
Olomouc

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

MEDICÍNA PRO PRAXI

X. kongres praktických lékařů a sester

26.–27. dubna 2012, Olomouc

GENERÁLNÍ PARTNER



HLAVNÍ PARTNER



PARTNEŘI

Abbott Laboratories, s.r.o.
ADCALL systems s.r.o.
Bella Bohemia s.r.o.
Berlin-Chemie/A.Menarini Ceska republika s.r.o.
BTL zdravotnická technika, a.s.
HARTMANN - RICO a.s.
Kimberly-Clark, s.r.o.
MEDIAL spol. s r.o.

Mediclinic a.s.
Medicom International s.r.o.
MEDIPOS P+P, s.r.o.
MUCOS Pharma CZ, s.r.o.
Nycomed s.r.o.
Pfizer, spol. s r.o.
QUICKSEAL INTERNATIONAL, s.r.o.
Sanofi Pasteur GmbH

SERVIER s.r.o.
SHIRE CZECH s.r.o.
SWISS PHARMA, spol.s.r.o.
Teva Pharmaceuticals CR, s.r.o.
TIMEScz s.r.o.
VEGALL Pharma s.r.o.
Zentiva, k.s.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



HYPERTENZE

TENAXUM®

rilmenidin



**Výhodné balení
pro dlouhodobou
léčbu hypertenze**

30 a 90 tablet

Zkrácená informace o přípravku Tenaxum®

Název přípravku: Tenaxum®. **Balení a složení:** 30 a 90 tablet. Rilmenidini dihydrogenophosphas 1,544 mg (odpovídá rilmenidinu 1 mg) v jedné tabletě. **Indikace:** Léčba esenciální hypertenze u dospělých pacientů. **Dávkování a způsob podávání:** Lék je určen k vnitřnímu užití. Doporučená dávka je 1 tableta denně. Pokud je po 1 měsíci léčby účinek nedostačující, je možné zvýšit dávkování na 2 tablety denně ve dvou dávkách (1 tableta ráno a 1 tableta večer). **Kontraindikace:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo pomocné látky. Těžká deprese. Těžká renální nedostatečnost s clearance kreatininu <15 ml/min. **Speciální upozornění:** V průběhu léčby by se měl pacient vyvarovat konzumace alkoholu. Nepřerušujte léčbu najednou, ale snižujte dávkování postupně. Nedoporučuje se podávání dětem. U pacientů s renální nedostatečností není nutná úprava dávkování, pokud je clearance kreatininu větší než 15 ml/min. **Interakce:** Tenaxum nemá být užíváno současně s inhibitory MAO. Tricyklická antidepresiva by měla být užívána obezřetně. **Těhotenství a kojení:** Tenaxum se nemá podávat těhotným a kojícím ženám. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Tenaxum nemá v terapeutických dávkách vliv na bdělost. Podává-li se Tenaxum s léky snižujícími bdělost, řidiči nebo obsluha strojů by měla být upozorněna na možnost ospalosti. **Nežádoucí účinky:** Nežádoucí účinky jsou vzácné, mírné a dočasné: asténie, palpitace, nespavost, ospalost, únava při námaze, epigastrická bolest, sucho v ústech, diarrhoea, kožní vyrážka, ve výjimečných případech studené končetiny, ortostatická hypotenze, sexuální poruchy, úzkost, deprese, svědění, edém, křeče, nauzea, obštipace a návaly horka. Úplná informace o podávání viz Souhrn údajů o přípravku. **Uchovávání:** při teplotě do 30 °C. **Registrační číslo:** 58/477/97-C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. **Datum poslední revize textu:** 9. 3. 2012.

Adresa v ČR: Servier s. r. o., Praha City Center, Klimentůvská 46, 110 02 Praha 1. Tel.: +420 222 118 312; fax: +420 222 118 300, www.servier.cz.

Přípravek je k dispozici v lékárnách na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

CHRAŇTE SVÉ DOSPĚLÉ PACIENTY PROTI ČERNÉMU KAŠLI



boostrix™

inj. stříkačka; adsorbovaná vakcína proti difterii, tetanu a pertusi (acelulární komponenta) se sníženým obsahem antigenů

- Ochrana po očkování ani prodělaném onemocnění není celoživotní. Dospělí nemusí být proti pertusi chráněni a mohou onemocnět.¹
- U dospělých probíhá pertuse častěji bez typických příznaků, mohou tedy onemocnět nevědomky šířit ve svém okolí.¹
- Odborníci proto doporučují přeočkování proti pertusi i v dospělosti - **kombinovanou vakcínou proti tetanu, pertusi a difterii.**^{2,3}

Vakcínu Boostrix™ můžete zvolit jako alternativu přeočkování proti tetanu v dospělosti.^{2,4*}



Zkrácená informace o léčivém přípravku

Boostrix™ inj. stříkačka, injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce. Adsorbovaná vakcína proti difterii, tetanu a pertusi (acelulární komponenta) se sníženým obsahem antigenů. **Složení:** Jedna dávka (0,5 ml) obsahuje Diphtheriae anatoxinum (≥ 2 mezinárodní jednotky [IU] (2,5 I_U), Tetani anatoxinum (≥ 20 mezinárodních jednotek [IU] (5 I_U)), Bordetellae pertussis antigen: Pertussis anatoxinum (8 μ g), Pertussis haemagglutinin filamentosus (8 μ g), Pertussis membranarum externarum proteinum (2,5 μ g). Antigeny adsorbovány na hydrátovaný hydroxid hlinitý (Al(OH)₃) [0,3 mg Al] a fosforečnan hlinitý (AlPO₄) [0,2 mg Al]. **Terapeutické indikace:** Boostrix™ je určen k podání posilovací dávky v rámci přeočkování proti difterii, tetanu a pertusi u osob starších než čtyři roky. Boostrix™ není určen k primární imunizaci. **Dávkování a způsob podání:** Doporučuje se podat 1 dávku vakcíny o objemu 0,5 ml. Boostrix™ se může podávat od 4 let výše. Měl by se podávat v souladu s oficiálními doporučeními a / nebo místními zvyklostmi ohledně používání vakcín, které mají nízkou dávku (určenou pro dospělé) difterického, tetanického a pertusového antigenů. U jedinců ≥ 40 let věku, kterým nebyla podána v předchozích 20 letech žádná vakcína obsahující antigeny difterie a tetanu, navazuje jedna dávka vakcíny Boostrix™ protitělovou odpověď proti pertusi a chrání proti difterii a tetanu u většiny očkovaných. Další dvě dávky vakcíny obsahující antigeny difterie a tetanu zajistí maximální vakcinační odpověď proti difterii a tetanu při podání jeden a šest měsíců po první dávce. Boostrix™ lze použít k očkování osob, které utrpěly zranění s možnou kontaminací bakteriemi tetanu a které se v minulosti podrobily základnímu očkování proti tetanu a u nichž je indikováno podání posilovací dávky proti difterii a pertusi. V souladu s místními doporučeními se má současně podat specifický protitetanový imunoglobulin. Opakovaná vakcinace proti difterii a tetanu se má provádět v intervalech daných oficiálními doporučeními (obvykle každých 10 let). **Pediatrická populace:** Bezpečnost a účinnost vakcíny Boostrix inj. stříkačka u dětí mladších 4 let nebyla stanovena. Vakcína je určena k hluboké intramuskulární aplikaci, přednostně do oblasti deltového svalu. Boostrix™ nesmí být mísen s jinými vakcínami ve stejné injekční stříkačce. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli složku vakcíny. **Hypersenzitivita** po předchozí aplikaci vakcíny proti difterii, tetanu nebo pertusi. Podání vakcíny Boostrix™ je kontraindikováno u subjektů, u nichž se do 7 dnů po předchozím očkování vakcínou obsahující pertusovou složku vyskytla encefalopatie neznámé etiologie. V takových případech by se mělo ukončit očkování proti pertusi a v očkovacím schématu pokračovat vakcínou proti difterii a tetanu. Boostrix™ se nesmí aplikovat jedincům, u kterých se po předchozím podání vakcíny proti difterii a / nebo tetanu vyskytla přechodná trombocytopenie nebo neurologické komplikace. Podobně jako u jiných vakcín musí být aplikace vakcíny Boostrix™ odložena u osob trpících akutním závažným horečnatým onemocněním. Přítomnost slabé infekce však není považována za kontraindikaci. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Vakcinaci by mělo předcházet sestavení podrobné lékařské anamnézy (zejména s ohledem na předchozí očkování a na možný výskyt nežádoucích účinků). Jestliže se dříve v časové souvislosti s aplikací vakcíny obsahující pertusovou složku vyskytl některý z dále uvedených reakcí, je nutné řádně zvážit podání dalších dávek vakcíny obsahující pertusovou složku: teplota $\geq 40,0^{\circ}\text{C}$ s neprokázanou jinou souvislostí, kolaps nebo šokový stav (hypotonicko-hyposenzitivní epizoda) a / nebo trvalý neutišitelný pláč trvající ≥ 3 hodiny v průběhu 48 hodin po očkování, či křeče s horečkou nebo bez ní v průběhu prvních 3 dnů po očkování. V situacích, jako je například vysoký výskyt dávivého kašle, však může očekávaný přínos imunizace převážet možná rizika očkování. Podobně jako u jiného očkování by se měl pečlivě zvážit poměr prospěchu a rizika imunizace vakcínou Boostrix™ nebo jejího odkladu u kojenců nebo u dětí trpících závažné neurologické poruchy. Stejně jako u všech injekčních vakcín musí být i po aplikaci této vakcíny pro vzácný případ rozvoje anafylaktické reakce vždy okamžitě k dispozici odpovídající lékařská péče a dohled. Boostrix™ se musí podávat opatrně subjektům s trombocytopenií nebo poruchami srážlivosti krve, neboť u nich po intramuskulární aplikaci může dojít ke krvácení. V takovém případě se má na místo vpichu přiložit na dobu nejméně dvou minut tlakový obvat (bez otírání). Boostrix™ nesmí být v žádném případě aplikován intravaskulárně. Výskyt křečí v anamnéze dítěte nebo v rodinné anamnéze ani výskyt nežádoucích účinků po aplikaci DTP vakcín v rodinné anamnéze nepředstavují kontraindikaci pro očkování. Infekce HIV se nepovažuje za kontraindikaci pro očkování. U imunosuprimovaných pacientů nemusí být po očkování dosaženo očekávané imunologické odpovědi. Stejně jako u ostatních vakcín nemusí být ani po podání této vakcíny dosaženo protektivní imunitní odpovědi u všech očkovaných. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Vakcína Boostrix inj. stříkačka může být podána soubežně s vakcínou proti lidskému papilomavirům, aniž by došlo ke klinicky významným interferencím v protitělové odpovědi na kteroukoliv komponentu obou vakcín. Současné podávání vakcíny Boostrix™ s jinými vakcínami nebo s imunoglobuliny nebylo studováno. Není pravděpodobné, že současné podávání povede k interferencím v imunitní odpovědi. Pokud to je nezbytné, může se Boostrix™ podávat současně s jinými vakcínami nebo imunoglobuliny, vždy však do různých míst. Podobně jako u jiných vakcín lze očekávat, že u pacientů podstupujících imunosupresivní terapii nemusí být dosaženo odpovídající imunitní odpovědi. **Těhotenství a kojení:** Odpovídající údaje o podávání vakcíny Boostrix™ těhotným ženám nejsou k dispozici a studie na zvířatech zabývající se reprodukční toxicitou nebyly provedeny. Podobně jako u jiných inaktivovaných vakcín se nepředpokládá, že by po očkování vakcínou Boostrix™ mohlo dojít k poškození plodu. I tak by se však měla vakcína použít během těhotenství, jen když je to skutečně nutné a jestliže možné výhody očkování převážejí možná rizika pro plod. Účinky podávání vakcíny Boostrix™ během kojení nebyly hodnoceny. Vzhledem k tomu, že vakcína Boostrix™ obsahuje anatoxiny nebo inaktivované antigeny, žádné riziko pro kojence dětí se nepředpokládá. Poměr prospěchu a rizika podávání Boostrixu kojícím ženám by měl být zdravotnickým pracovníkem pečlivě zvážen. **Nežádoucí účinky:** Nejčastějšími nežádoucími účinky, které se vyskytly po podání vakcíny, byly místní reakce v místě vpichu injekce (bolest, zarudnutí a otok). Tyto účinky obvykle nastupují do 48 hodin po očkování. Všechny odeznené následky. Časté nebo velmi časté nežádoucí účinky, kde existuje přímější spojitost s očkováním: u dětí starších než 4 roky – ospalost, bolest hlavy, zvracení, průjem, anorexie, pyrexie, reakce v místě vpichu injekce (jako je zarudnutí a / nebo otok), bolest v místě vpichu injekce, edematózní otok končetiny, do níž byla podána injekce, podrážděnost. U dospělých a mladistvých starších než 10 let – bolest hlavy, závrať, nevolnost, závažná obtíže, malátnost, únava, bolest v místě vpichu, reakce v místě vpichu jako je zarudnutí a / nebo otok, pyrexie, zbytnění místa vpichu, sterilní absces v místě vpichu. Spontánně hlášené příznaky v postmarketingovém sledování, kdy nelze spolehlivě odhadnout jejich četnost: hypotonicko-hyposenzitivní epizody, křeče, anafylaktické reakce, alergické reakce, angioedém, kopřivka, astenie. Po podání vakcín obsahujících tetanický anatoxin byly velmi vzácně hlášeny nežádoucí účinky postihující centrální a periferní nervový systém, včetně vzestupné paralýzy nebo až respirační paralýzy (například Guillain-Barréův syndrom). **Doba použitelnosti:** 3 roky. **Podmínky uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 °C až 8 °C) v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. Po vyjmutí vakcíny z chladničky je vakcína při +21 °C stabilní po dobu 8 hodin. Nesmí zmrazovat. **Druh obalu a velikost balení:** 0,5 ml injekční suspenze v předplněné injekční stříkačce (sklo typu I) se zátkou (butylová pryž), s jehlou nebo bez jehly, o velikostech balení 1, 10, 20, 25 nebo 50. Na trhu nemusí být všechny velikosti balení. **Držitel rozhodnutí o registraci:** GlaxoSmithKline s.r.o., Praha, Česká republika. **Registrační číslo(a):** 59/495/07-C. **Datum první / prodloužené registrace:** 8. 8. 2007 / 12. 1. 2010 **Datum revize textu:** 19. 1. 2011. Verze SPC platná ke dni 1. 1. 2012.

Přípravek je vázán na lékařský předpis a není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Úplnou informaci pro předepisování najdete v Souhrnu údajů o přípravku nebo se obraťte na adresu společnosti: GlaxoSmithKline s.r.o., Na Pankráči 17 / 1685, 140 21 Praha 4, tel.: 222 001 111, fax: 222 001 444, www.gsk.cz.

References: 1. Wendelboe et al. Duration of immunity against pertussis after natural infection or vaccination. *Pediatr Infect Dis J* 31: 2005;24(5 Suppl): S58-S61. 2. Doporučení NIKO, Národní strategie očkování proti pertusi 11.7.2011

3. ACIP. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2011; 60 (4): 1–4. 4. Vyhláška o očkování proti infekčním nemocem č. 537/2006 Sb., v platném znění.

*Očkování kombinovanou vakcínou proti tetanu, difterii a pertusi není hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Očkování v dospělosti je možné provést nejdříve 1 rok od poslední dávky vakcíny proti tetanu a / nebo difterii.