

Medicína pro praxi

2016

F

www.solen.cz | Med. praxi 2016; 13(Suppl F) | ISBN 978-80-7471-176-3 | 2016

ABSTRAKTA

III. KONGRES PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ V PLZNI

24.–25. listopadu 2016

Parkhotel Congress Center Plzeň

Pořadatelé: společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Medicína pro praxi
pod záštitou Interní kliniky LF UK a FN Plzeň

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

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 sinusitis a akutní exacerpace chronické bronchitidy, bronchopneumonie a pneumonie. **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: U lehkých až středně těžkých infekcí 0,5 g–0,75 g každých 8 hodin po dobu 7–10 dnů. U těžších infekcí je obvyklá dávka 0,75 g–1,5 g v dílčích dávkách každých 8 hodin. Dávky 1 g a vyšší je možno podávat po 12 hodinách. Dávkování pediatrické populace (o tělesné hmotnosti do 40 kg): Denní dávka pro děti činí 50–90 mg/kg/den rozdělených do dvou až tří dávek. Děti o vyšší tělesné hmotnosti než 40 kg užívají stejnou dávku jako dospělí. **Způsob podání:** DUOMOX® se může brát před jídlem, během jídla nebo po jídle. Tablety se mohou polykat celé a zapíjet vodou. Také 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. Nepodávat pacientům s virovou infekcí, zejména infekční mononukleózou, pacientům s lymfatickou leukémií a pacientům HIV pozitivním. **Interakce:** probenecid, fenylobutazon, oxyfenbutazon a 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. **Těhotenství a laktace:** Podávání amoxicilinu v době těhotenství nemá nepříznivý účinek na plod. Do mateřského mléka je vylučován v malých množstvích, nicméně u kojence nelze vyloučit vznik sensibilizace, dysmikrobie nebo průjmu. **Velikost balení:** DUOMOX® 250:20 tbl, DUOMOX® 375:20 tbl, DUOMOX® 500:20 tbl, DUOMOX® 750:20 tbl, DUOMOX® 1000:14 nebo 20 tbl. **Poslední revize textu:** březen 2015. **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. **Způsob výdeje:** Výdej je vázán na lékařsky předpis. **Způsob hrazení:** Léčivo je hrazeno z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Podmínky uchovávání:** Při teplotě do 25 °C, uchovávat v původním vnitřním obalu.

ASTELLAS PHARMA s.r.o., Sokolovská 100/94, 186 00 Praha 8

Program – čtvrtek 24. listopadu

- 9.00 ZAHÁJENÍ**
prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.
- 9.05–10.25 KARDIOLOGIE**
garantka prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.
- **EPIcontrol: Průřezový průzkum mapování úspěšnosti dosahování cílových hodnot krevního tlaku u hypertoniků v České republice** – Widimský J.
 - **Diuretika v léčbě arteriální hypertenze** – Rosolová H.
 - **Péče o pacienta po PCI v ambulanci praktického lékaře** – Hromádka M.
 - **Interaktivní kazuistiky** – Študentová K. **IP**
- 10.25–10.55 INFEKCE HIV V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE** – Sedláček D.
(Přednáška podpořená firmou Gilead Sciences s.r.o.)
- 10.55–11.15 PŘESTÁVKA**
- 11.15–12.30 HEMATOLOGIE**
garant doc. MUDr. Daniel Lysák, Ph.D.
- **Monoklonální gamapatie** – Jungová A.
 - **Hemolytické anémie – diagnostika, klasifikace a léčba** – Steinerová K.
 - **Lymfocytóza v periferní krvi a její diferenciální diagnostika** – Lysák D.
- 12.30–12.45 MULTIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE V LÉČBĚ NÁDORŮ HLAVY A KRKU** – Klozar J.
- 12.45–13.45 POLEDNÍ PŘESTÁVKA**
- 13.45–15.15 BOLESTI ZAD**
garant MUDr. Stanislav Machart
- **Patofyziologie a diagnostika bolestí zad** – Novák P.
 - **Farmakologie bolestí zad** – Ircingová L.
 - **Chronické bolesti zad – intervenční léčba** – Machart S.
 - **Současné trendy ve spondylochirurgii** – Žídek S.
- 15.15–15.40 PŘESTÁVKA**
- 15.40–16.00 PRAKTICKÝ POHLED NA LÉČBU HYPERTENZE A DYSLIPIDEMIE** – Filipovský J.
- 16.00–16.30 ROLE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE V LÉČBĚ HEPATITIDY C** – Hejda V.
(Přednáška podpořená firmou Gilead Sciences s.r.o.)
- 16.30–18.00 PSYCHOSOMATICKÁ PROBLEMATIKA V AMBULANCI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE**
garant MUDr. Radkin Honzák, CSc.
- **Pacientka s disociativní monoparézou končetiny – kazuistika, neuropsychiatrická léčba** – Strunzová V., Gregorová P.
 - **Pacient s funkční poruchou v oblasti ramenního kloubu – pohled fyzioterapeuta jako člena týmu v rámci psychosomatické léčby pacienta** – Týkalová J.
 - **„Všichni pečujeme...” Průřez dlouhodobou péčí o pacientku s chronickými bolestmi zad – hledání psychosomatických souvislostí** – Jandourková D.
 - **Placebo – omyly, mýty a skutečnost – přehledné sdělení o problematice** – Honzák R.

WORKSHOP – čtvrtek 11.00–12.00 hod. – Salonek ALTO A

Nejčastější psychické poruchy v ordinaci praktického lékaře – workshop vede MUDr. Jaroslava Skopová

Vstup volný, kapacita omezena.

Program – pátek 25. listopadu

- 8.15–9.00 RANNÍ KÁVA S DISKUZÍ U AKTUÁLNÍHO TÉMATU**
Využijte příležitosti zeptat se na to, co vás trápí z oboru infekologie a mikrobiologie, v úzkém kruhu kolegů. Na vaše otázky budou odpovídat MUDr. Václava Adámková a MUDr. Zuzana Blechová.
- 9.15–10.15 IP OD TITRITID K CRPITIDÁM** – MUDr. Václava Adámková, MUDr. Zuzana Blechová
■ Diskuzní interaktivní blok
- 10.20–11.00 OČKOVÁNÍ**
■ **Klíšťová encefalitida stále aktuální** – Váchalová J.
■ **Vakcinace ohrožených věkových skupin proti pneumokokovým infekcím** – Pazdiora P.
(Přednášky podpořené firmou Pfizer)
- 11.00–11.30 PŘESTÁVKA**
- 11.30–12.30 VZÁCNÁ ONEMOCNĚNÍ ANEB CO JE DOBRÉ VĚDĚT...**
■ **Co jste chtěli vědět o Fabry chorobě a (ne)báli jste se zeptat... Zn. Hledá se Fabry!** – Goláš L.
■ **Úvod do světa mukopolysacharidóz** – Magner M.
Saelitní sympozium firmy Shire Czech, s.r.o.
- 12.30–13.05 DOBRÁ RADA DO VAŠÍ ORDINACE**
■ **Vitamin D v praktické medicíně** – Broulík P.
■ **Moderní způsoby léčby rýmy: Nasivin Sensitive 0,05 %** – Machaň B. (Symposium Merck)
- 13.05–14.00 POLEDNÍ PŘESTÁVKA**
- 14.00–15.30 PRÁVO, ÚHRADY A PRAKTIČTÍ LÉKAŘI**
■ **Aktuální problémy a výhledy pro rok 2017** – JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.
- 15.30 VYLOSOVÁNÍ ANKETY SPOLEČNOSTI SOLEN A ZAKONČENÍ KONGRESU**

Salonek Alto

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

III. KONGRES PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ V PLZNI

24.–25. listopadu 2016 | Parkhotel Plzeň

Pořadatel

Společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Medicína pro praxi

Záštita

Interní klinika LF UK a FN Plzeň

Prezident akce

prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.

Organizátor

SOLEN, s.r.o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: Markéta Slezáková, 734 571 658, slezakova@solen.cz
Programové zajištění: Mgr. Hana Kaprálová, 777 557 411, kapralova@solen.cz
Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s.r.o., Lucie Šilberská

Ohodnocení

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



Supplementum F Medicína pro praxi

Citační zkratka:

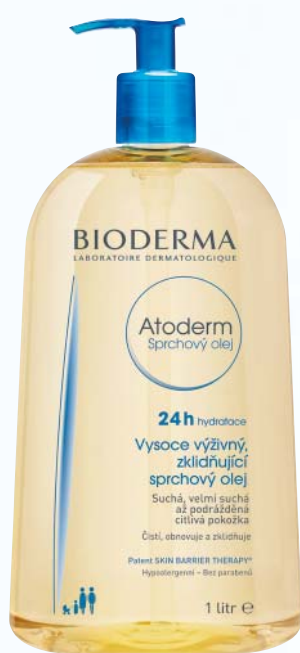
Med. praxi 2016; 13(Suppl F).

ISBN 978-80-7471-176-3

Vydal: Solen, s.r.o.

Atoderm Sprchový olej

VÝŽIVNÝ OBNOVUJÍCÍ SPRCHOVÝ
OLEJ NA SUCHOU AŽ ATOPICKOU
POKOŽKU



JE TO
V KŮŽI,

KDE BIODERMA
OBJEVILA ŘEŠENÍ
JAK OBNOVIT JEJÍ
OCHRANNOU BARIÉRU.

BIOLOGIE VE SLUŽBÁCH DERMATOLOGIE

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

Kardiologie

garantka prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.

čtvrtek / 24. listopadu 2016 / 9.05–10.25 hod.

EPIcontrol: Průřezový průzkum mapování úspěšnosti dosahování cílových hodnot krevního tlaku u hypertoniků v České republice

prof. MUDr. Jiří Widimský, CSc.

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

Cíle projektu: Posoudit úspěšnost kontroly hypertenze v ambulantním sektoru a současně analyzovat stávající antihypertenzní (kombinační) léčbu. Dalším cílem projektu je posoudit vlivy přispívající ke zhoršené kontrole vysokého krevního tlaku.

Metodologie: Projektu se zúčastnilo celkem 348 center – pracovišť praktických lékařů. Každé centrum vyšetřilo 10 po sobě jdoucích pacientů s arteriální hypertenzí. Projektu se zúčastnilo celkem 3 480 pacientů s již léčenou hypertenzí. Průměrný věk činil 64 ± 12 let (rozsah 20–96 let) a mírně převažovali muži (55 %).

Výsledky: Průměrný klinický TK činil $144 \pm 17/85 \pm 11$ mmHg. Kontrola hypertenze s TK pod 140/90 mmHg byla dosahována významně častěji u žen než u mužů (37 vs. 32 %). Pacienti s diabetes mellitus měli významně vyšší systolický TK oproti osobám bez diabetu. Mezi další faktory přispívající ke zhoršení kontroly hypertenze patřila obezita/BMI, nikotinismus a věk. Používání fixních kombinací bylo pozorováno u 48 % osob bez závislosti na věku. Mezi nejčastěji předepisované léky v každé třídě patřily: ACEI – Perindopril, BKK – Amlodipin, Sartany – Telmisartan, BB – Metoprolol, Diuretika – indapamid. Byly rovněž analyzovány lékové duplicity, ale jejich celkový počet byl nízký (celkově pouze u cca 1,5 % pacientů).

Závěry: Výsledky svědčí nadále pro trvalý neuspokojivou kontrolu hypertenze, kdy pouze kolem 1/3 pacientů dosahuje cílových hodnot TK. Ženy a nekuřáci mají lépe kontrolovanou HT, naopak obézní pacienti a diabetici mají zhoršenou kontrolu systolického TK. Projekt EPIcontrol svědčí pro častější používání fixních kombinací (48 %). Použití fixních kombinací snižuje počet tablet a v případě fixní trojkombinace vede oproti volným kombinacím k lepší kontrole HT.

Diuretika v léčbě arteriální hypertenze

prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.

Centrum preventivní kardiologie, 2. interní klinika, UK Praha – LF a FN v Plzni

Diuretika jsou nezastupitelnou součástí kombinované léčby arteriální hypertenze. Nejčastější diuretika v léčbě AH jsou **thiazidová diuretika**, u nás dostupný hydrochlorothiazid (HCTZ). Chlorhalidon (u nás dostupný v kombinaci s K šetřícím amiloridem jako Amiclodon) a indapamid (Indap) jsou nejčastěji užívaná diuretika ze skupiny **thiazidům podobných diuretik**. Obě skupiny diuretik se liší chemicky i farmakologicky; např. diuretický účinek je silnější a doba účinku je delší u chlortalidonu než u HCTZ, zatímco největší vazodilatační účinek ze všech má indapamid. Liší se také metabolickými účinky: HCTZ vede ke zhoršení inzulínové rezistence a rozvoji poruchy glukózové homeostázy a také k rozvoji aterogenního lipidového profilu (v přímé závislosti na dávce HCTZ), zatímco indapamid je metabolicky zcela neutrální.

Rozdílné účinky thiazidových diuretik vedou také k rozdílnému snížení KV rizika. Nedávno publikovaná metaanalýza 19 studií léčby AH potvrdila, že thiazidům podobná diuretika (chlortalidon, indapamid) vedou k dalšímu významnému poklesu KV rizika (přídavné riziko 12 %, $p = 0,049$) a dalšímu poklesu rizika pro srdeční selhání (přídavné riziko 21 %, $p = 0,02$) ve srovnání s poklesem těchto rizik při léčbě thiazidovými diuretiky (HCTZ).

Kombinace indapamidu s inhibítorem ACE (IACE) perindoprilem ve srovnání s monoterapií IACE nejen více snižuje krevní tlak, ale také více redukuje hypertrofii levé komory srdeční (studie

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 argininium, odpovídající 3,395 mg, resp. 6,79 mg perindoprilum, a 1,25 mg, resp. 2,5 mg indapamidum. Obsahuje laktózu jako pomocnou látku. **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, podáváným 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. **Starší pacienti**: Prestarium Neo Combi 1 tableta denně, Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg a 10 mg/2,5 mg mohou být léčeni, pokud je normální renální funkce a po zvážení odpovědi krevního tlaku. Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg: kreatinin v plazmě musí být přizpůsobený ve vztahu k věku, věze a pohlaví. **Renální insuficience**: provádí se pravidelná kontrola kreatininu a draslíku. Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg: Clearance kreatininu (CrCl) > 60 ml/min není nutná úprava dávkování. CrCl 30 - 60 ml/min doporučuje se zahájit léčbu vhodnou dávkou fixní kombinace. CrCl < 30 ml/min léčba je kontraindikována. Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg: CrCl < 60 ml/min léčba je kontraindikována. **Kontraindikace***: Precitlivlost na perindopril nebo jiné inhibitory ACE, na indapamid nebo sulfonamidy nebo některou z pomocných látek. Angioedém v anamnéze (Quinckeho edém) ve spojitosti s podáním ACE inhibitoru. Hereditární/idiopatický angioedém. Hypokalcémie. Závažná renální insuficience (CrCl < 30 ml/min) u přípravku Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg. Středně těžká a těžká renální insuficience (CrCl < 60 ml/min) u přípravku Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg. Hepatální encefalopatie. Závažné poškození jaterních funkcí. Nedoporučuje se v kombinaci s přípravky bez antiarytmického účinku způsobujícími torsades de pointes (viz bod Interakce). Druhý a třetí trimestr těhotenství a během kojení (viz bod Fertilita, těhotenství a kojení), současně užívání přípravku Prestarium Neo Combi s přípravky obsahující aliskiren u pacientů s diabetes mellitus nebo s poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m²)*. Z důvodů nedostatečných klinických zkušeností by přípravek neměl být používán u dialyzovaných pacientů a u pacientů s neléčeným dekompenzovaným srdečním selháním. **Upozornění***: **Zvláštní upozornění**: Nedoporučuje se současně podávání s lithiem, s draslík šetřícími diuretiky a solemi draslíku. **Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS)**: zvýšení rizika hypotenze, hyperkalcémie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitoru ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se nedoporučuje. Pokud je léčba duální blokády považována za naprosto nezbytnou, má k ní docházet pouze pod dohledem specializovaného lékaře a za častého pečlivého sledování funkce ledvin, elektrolytů a krevního tlaku. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Neutrocytopenie/agranulocytóza, trombocytopenie a anémie**: používání s mimořádnou opatrností u pacientů s kolagenovým vaskulárním onemocněním, u užívajících imunosupresivní léčbu, léčbu allopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů. **Hypersenzitivita/angioedém, intestinální angioedém**: okamžitě vysazení léčby a monitorování až do úplného vymizení symptomů. Angioedém související s otokem hrtanu může být smrtelný. **Anafylaktické reakce během desenzibilizace**: byly zaznamenány izolované případy pacientů s přetrvávajícími, život ohrožujícími anafylaktoidními reakcemi během desenzibilizační léčby jedem blanokřídlých (včely, vosy). Prestarium Neo Combi by mělo být s opatrností používáno u alergických pacientů léčených desenzibilizační léčbou a nemělo by být podáváno u pacientů podstupujících imunoterapii tímto jedem. Je možné těmto reakcím předejít dočasným vysazením inhibitoru ACE alespoň na 24 hodin před léčbou. **Anafylaktoidní reakce během afezý LDL** pomocí dextran-sulfátu: vzácně se vyskytl život ohrožující anafylaktoidní reakce. Těmto reakcím lze předejít dočasným vysazením léčby inhibitory ACE před každou afezézou. **Anafylaktoidní reakce u pacientů dialyzovaných pomocí vysoce propustných membrán**: použít jinou membránu nebo jinou skupinu antihypertenziv. **Těhotenství**: okamžitě ukončení léčby a změna na vhodnou alternativní léčbu. **Jaterní encefalopatie**: ukončení léčby. **Fotosenzitivita**: ukončení léčby. **Renální poškození**: v případě funkční renální insuficience bez zjevných stávajících renálních lézí, by měla být léčba ukončena a případně znovu započata buď v nižší dávce, nebo podáním pouze jedné ze složek přípravku. Běžné lékařské prohlídky zahrnují sledování hladin draslíku a kreatininu, po dvou týdnech léčby a poté každé dva měsíce během období stabilní terapie. Nedoporučuje se v případě bilaterální stenózy renální arterie nebo jedné funkční ledviny. **Opatření pro použití**: **Renální selhání**: ukončení léčby v případě žloutenky nebo elevace jaterních enzymů. Vzácně, podání inhibitoru ACE mělo vzácně souvislost se syndromem počínajícím cholestatickou žloutenkou a progredujícím až v náhlou hepatickou nekrózu a (někdy) úmrtí. **Renální poškození**: léčba by měla být zastavena a případně znovu započata buď v nižší dávce anebo podáním pouze jedné ze složek přípravku; doporučeno časté sledování hladin draslíku a kreatininu. **Renovaskulární hypertenze**: léčba by měla být zahájena na nemocničním lůžku, a měla by být sledována funkce ledvin a hladiny draslíku. **Riziko arteriální hypotenze a/nebo renální insuficience v případě srdeční insuficience, deplece vody a elektrolytů u pacientů s nízkým krevním tlakem, se stenózou renální arterie, městnavým srdečním selháním nebo cirhózou s edémy a ascites**: léčba by měla být zahájena v nižší dávce a dávka progresivně zvyšována. **Náhla hypotenze při preexistující depleci sodíku** (zejména při stenóze renální arterie): po obnovení uspokojivého objemu krve a krevního tlaku může být léčba zahájena buď ve snížené dávce, nebo podáváním jen jedné ze složek. **Závažné srdeční selhání (stupeň IV) nebo diabetes mellitus typu I**: zahájení léčby pod lékařským dohledem se sníženou počáteční dávkou. Aortální nebo mitrální stenóza/hypertrofičká kardiomyopatie: používat s opatrností u pacientů s obstrukcí výtokové části levé komory. **Ateroskleróza**: zahájení léčby nízkou dávkou u pacientů s ischemickou chorobou srdeční nebo s cerebrální oběhovou nedostatečností. Suchý kašel. Hladiny draslíku: pravidelné monitorování. **Hyperkalcémie**: v případě renální insuficience, zhoršených renálních funkcí, věku > 70 let, diabetu mellitu, dehydratace, akutní kardiální dekompenzace, metabolické acidózy a souběžné užívání kalium šetřících diuretik a solí draslíku je doporučeno časté monitorování hodnot draslíku v krvi: může vyvolat závažné a někdy fatální arytmie. **Hypokalcémie**: vysoké riziko pro starší pacienty a/nebo podvýživné jedince, cirhotické pacienty s edémem a ascites, koronární a srdečně selhávající pacienty a pacienty s dlouhým QT intervalem; častější monitorování je nezbytné nutné ve všech těchto případech; napomáhá rozvoji torsades de pointes, které mohou být fatální. **Hladiny sodíku**: nutno stanovit ještě před zahájením léčby; sledování hladin sodíku musí být častější u starších pacientů a u pacientů s cirhózou. **Hyperkalcémie**: přerušení léčby až do vyšetření funkce příštích tlaků. **Hyperurikémie**: zvýšená tendence k začátkům dnů. **Anestezie**: jeden den před operací je doporučeno přerušit léčbu. **Dědičná porucha intolerance galaktózy, Lappova deficeience laktázy nebo glukózo-galaktázová malabsorbe**: přípravek by neměl být podáván. **Diabetici**: v případě hypokalcémie by měla být pečlivě monitorována glykémie. **Etnické rozdíly**: vyšší výskyt angioedému a zřejmě méně účinný na snížení krevního tlaku u černošské populace ve srovnání. **Pediatrická populace**: účinnost a snášenlivost nebyla stanovena. **Sportovci**: může vyvolat pozitivní reakci u antidopingových testů. **Interakce**: **Nedoporučované kombinace**: lithium, kalium šetřící diuretika a sole draslíku, blokátory receptorů pro angiotenzin II nebo aliskiren (duální blokáda RAAS)*. **Kombinace vyžadující zvláštní opatnost**: Baclofen, nesteroidní antiinfektika (včetně vysokých dávek kyseliny acetylsalicylové), antiaritmika, léky vyvolávající torsades de pointes, léky snižující hladiny draslíku, srdeční glykosidy. **Kombinace vyžadující určitou opatnost**: Antidepressiva imipriminového typu (tricyklická), neuroleptika, kortikosteroidy, tetraokasid, jiná antihypertenziva, allopurinol, cytostatika a imunosupresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid, anestezika, diuretika, jodované kontrastní látky, vápník (a jeho soli), cyklosporin. **Fertilita, těhotenství a kojení***: Nedoporučuje se během prvního trimestru těhotenství. Je kontraindikováno během druhého a třetího trimestru těhotenství a během kojení. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje***: Schopnost řídit a obsluhovat stroje při užívání přípravku může být snížena. **Nežádoucí účinky***: **Časté**: Hypokalcémie, parestézie, bolest hlavy, asténie, pocit závratě, vertigo, poruchy zraku, tinitus, hypotenze ortostatická i jiná, suchý kašel, dušnost, zácpa, sucho v ústech, nauzea, zvracení, abdominální bolest, anorexie, porucha chuti, dyspepsie, průjem, vyrážka, svědění, makulopapulózní erupce, svalové křeče. **Méně časté**: změny nálady a poruchy spánku, bronchospasmus, angioedém obličej, končetin, rtů, sliznic, jazyka, hlasivkové štěrbině a/nebo hrtanu, kopřivka, hypersenzitivní reakce, zejména dermatologické (u pacientů s predispozicí k alergickým a astmatickým reakcím), purpura, možné zhoršení existujícího akutního diseminovaného lupus erythematosus, renální insuficience, impotence, pocení. **Vzácné**: hyperkalcémie. **Velmi vzácné**: Trombocytopenie, leukopenie, agranulocytóza, aplastická anémie, hemolytická anémie, anémie (pacienti po transplantaci ledvin, hemodialyzovaní pacienti), zmatenost, arytmie včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie, atrální fibrilace, angina pectoris a infarkt myokardu, (možná sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů), eosinofilní pneumonie, rýma, pankreatitida, cytolytická nebo cholestatická hepatitida, erythema multiforme, toxická epidermální nekrolýza, Steven-Johnsonův syndrom, fotosenzitivní reakce, akutní renální selhání. **Frekvence neznámá**: Synkopa, torsades de pointes (potenciálně fatální), jaterní encefalopatie (v případě jaterní insuficience), EKG - prodloužený QT interval, zvýšená glykémie a kyseliny močové během léčby, zvýšené jaterní enzymy, mírné zvýšení urey a plazmatických hladin kreatininu (reversibilní po ukončení léčby), deplece draslíku s hypokalcémií což je obzvláště závažné u některých vysoce rizikových pacientů, zvýšené hladiny draslíku (obvykle přechodné), hyponatrémie s hypovolémií vedoucí k dehydrataci a ortostatické hypotenzí. **Předávkování***: **Farmakologické vlastnosti***: Prestarium Neo Combi je kombinovaný přípravek obsahující argininovou sůl perindoprilu, inhibitoru angiotenzin-konvertujícího enzymu, a indapamid, derivátu sulfonamidu, farmakologicky řazenému k thiazidovým diuretikům, s antihypertenčním účinkem na systolický a diastolický arteriální tlak v poloze vleže i vestoje. **Uchovávání**: Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Velikost balení**: 30 a 90 tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci**: **LES LABORATOIRES SERVIER**, 50 rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, 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**: 23.2.2015. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Viz seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz.

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

** všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku Prestarium Neo Combi

PRESTARIUM® NEO COMBI

...když potřebujete
preferované
diuretikum do
COMBI¹nace



1 tableta denně

LITERATURA: 1. Diagnostické a léčebné postupy u arteriální hypertenze – verze 2012. Doporučení společnosti pro hypertenzi. Vnitřní lékařství 2012;58(10):785-801.

Servier s. r. o., Florentinum,
Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1
tel.: +420 222 118 111
www.servier.cz



REASON, PICXEL), je účinnější v prevenci recidivy cévních mozkových příhod u pacientů s AH i bez AH a u pacientů s rekurentní mozkovou příhodou snižuje výskyt demence a kognitivních poruch (studie PROGRESS). Tato kombinace významně zlepšuje mikrocirkulaci, a tak předchází nebo redukuje projevy diabetické nefropatie u pacientů s diabetes mellitus 2. typu (studie ADVANCE). V této studii došlo k významnému poklesu kardiovaskulární i celkové mortality diabetiků užívajících kombinaci perindoprilu s indapamidem. Léčba indapamidem samostatně nebo v kombinaci s perindoprilem přináší benefit také starším pacientům ve věku 80 let a více (studie HYVET).

V současné době máme k dispozici první fixní trojkombinaci perindoprilu, indapamidu a blokátoru kalciového kanálu amlodipinu – Triplixam. Tato trojkombinace je velmi účinná a dobře tolerovaná. Fixní kombinace více antihypertenziv je účinnější, přináší lepší adherenci i perzistenci k léčbě a má méně nežádoucích účinků. Lze předpokládat, že tato kombinace antihypertenziv významně sníží kardiovaskulární i celkovou mortalitu.

Péče o pacienta po PCI v ambulanci praktického lékaře

MUDr. Milan Hromádka

Kardiologické oddělení, FN Plzeň

Nemocný s ischemickou chorobou srdeční (ICHS) po provedené koronární angioplastice vyžaduje komplexní léčebný přístup založený na podávání duální antiagregační léčby po nezbytně dlouhou dobu, sekundárně preventivní terapii, v případě potřeby symptomatickou terapii a maximální dodržování režimových opatření. Kyselina acetylsalicylová je indikována doživotně u všech nemocných s ICHS, při kontraindikaci by měl být podáván clopidogrel. Statiny snižují relativní riziko úmrtí o 30 %, v úvodu je vhodné podávání vyšších dávek s cílem dosažení hodnoty LDL < 1,8 mmol/l. Dalším lékem zlepšujícím prognózu jsou inhibitory enzymu konvertujícího angiotenzin. Mezi léky ovlivňující symptomy patří betablokátory, při jejich kontraindikaci či přetrvávání sinusové tachykardie > 70/min i přes maximální tolerovanou dávku betablokátorů podáváme ivabradin, na zvažení je podávání verapamilu (diltiazemu). Lékem druhé volby je trimetazidin, dihydropyridinové blokátory kalciových kanálů či depotní nitráty. Řada pacientů má reziduální či neošetřitelnou ischemii, kde s výhodou podáváme trimetazidin pro snížení rizika symptomatické i němé ischemie a příznivý hemodynamický profil.

Interaktivní kazuistiky

MUDr. Kateřina Študentová

Všeobecná praktická lékařka, Plzeň

Nízká compliance pacientů při léčbě arteriální hypertenze je velmi častým jevem. Špatná spolupráce pacienta se významně podílí na nedostatečné korekci hypertenze. Dosažení cílových hodnot krevního tlaku u každého hypertonika je však klíčové pro snížení kardiovaskulární mortality.

Compliance se snižuje s narůstajícím množstvím užívaných léků a složitostí jejich dávkování. Současná medicína nabízí moderní kombinované léky, které zjednodušují léčbu hypertenze. Menší množství užívaných tablet bývá pacientem lépe akceptováno. Tím dochází k lepší spolupráci a tedy i větší úspěšnosti léčby.

Příkladem fixní kombinace léčiv je Triplixam. Obsahuje trojkombinaci základních antihypertenziv: perindopril arginin, amlodipin a indapamid. Je účinný a bezpečný u velké populace hypertoniků s vysokým a velmi vysokým kardiovaskulárním rizikem. Příklady užití Triplixamu v praxi jsou prezentovány v interaktivních kazuistikách.



Hematologie

garant doc. MUDr. Daniel Lysák, Ph.D.

čtvrtek / 24. listopadu 2016 / 11.15–12.30 hod.

Monoklonální gamapatie

MUDr. Alexandra Jungová

Hematologicko-onkologické oddělení, FN Plzeň

Monoklonální gamapatie jsou v dnešní době poměrně častým hematoonkologickým onemocněním (až 10% všech hematologických malignit a 1% všech onkologických onemocnění). Velmi důležité je odlišení benigních gamapatií od maligních, jelikož ty maligní varianty (mnohočetný myelom) patří mezi nejagresivnější onkologická onemocnění a mají velmi krutý průběh stonání. Protože se často setkáváme v naší praxi s pozdním zachytem maligních gamapatií jako je mnohočetný myelom a amyloidóza, mají pak pacienti výrazně zhoršenou šanci na přežívání i na výsledný efekt léčby.

Cílem této přednášky je připomenout praktickým lékařům nejnovější informace o monoklonálních gamapatiích. Součástí prezentace je pak rozdělení gamapatií, možnosti odlišení různých typů, diferenciální diagnostika a stručný nástin dnešních možností léčby. Úkolem praktického lékaře samozřejmě není stanovení samotné diagnózy, prognózy a léčby, ale aby na tyto nemoci myslel již při prvních vyšetřeních pacienta v terénu a pacienta včas odeslal na specializované pracoviště. Budou i probírány základní diagnostické metody.

V poslední řadě bych ráda dala návod, kdy, jak a kam pacienta posílat na specializované vyšetření k odborníkovi.

Hemolytické anémie – diagnostika, klasifikace a léčba

MUDr. Kateřina Steinerová, doc. MUDr. Daniel Lysák, Ph.D., MUDr. Pavel Jindra, Ph.D.

Hematologicko-onkologické oddělení, FN Plzeň

Akutní hemolytické anémie (AIHA) patří mezi extrakorpuskulární anémie, které vznikají jako důsledek poruchy kooperace mezi pomocnými a tlumivými T a B lymfocyty uplatňující se v procesu imunitního dozoru. Dysregulace v tomto systému vede k nedostatečné supresi tvorby protilátek proti vlastním antigenům či ještě častěji k paradoxní stimulaci jejich produkce. Vyvolávající podnět většinou není znám, někdy doprovází virové infekce, jiná autoimunitní onemocnění, systémová onemocnění, nádory či vzniká po léčbě nebo transplantaci kostní dřeně. Při přítomnosti protilátek v třídě IgG dochází k hemolýze při teplotním optimu 37 °C a hemolýza má většinou extravaskulární charakter, protilátky v třídě IgM reagují při 4 °C a hemolýza je extravaskulární (častěji), ale i intravaskulární. Klinickému nálezu dominuje různě vystupňovaný anemický syndrom, někdy bolesti břicha a zvracení, hemoglobinurie. Při klinickém vyšetření bývá přítomna bledost, často překrytá ikterem. Diagnosticky v laboratorním vyšetření nalezneme anémii s výraznou retikulocytózou, hodnoty leukocytů a trombocytů jsou v normě (výjimkou je Evasův syndrom, kdy je přítomna trombocytopenie). V biochemickém vyšetření jsou zvýšené hodnoty konjugovaného i nekonjugovaného bilirubinu, snížený haptoglobin a vysoké hodnoty LDH. Diagnostickým testem je pozitivita protilátek proti erytrocytům přímým a nepřímým Coombsovým testem. Diferenciálně diagnosticky je nutno odlišit jiné příčiny hyperbilirubinémie a sekundární příčinu AIHA. Lékem první volby jsou kortikosteroidy, v případě život ohrožující hemolýzy intravenózně ve vysokých dávkách. Při dobré odpovědi je možné postupné snižování dávky, dlouhodobě je vhodné ponechání malé dávky kortikosteroidů jako prevenci relapsu. V případě rezistence na kortikosteroidy je třeba opětovně vyloučit sekundární původ AIHA. Léčba druhé linie u nemocných bez kontraindikace k výkonu je provedení splenektomie. U nemocných s kontraindikací splenektomie pak podání anti-CD20 protilátky (Mabthera 375 mg/m²) ve 4 dávkách s týdenním odstupem. V další léčbě je možné podání



GILEAD

Advancing Therapeutics.
Improving Lives.

Váš partner v léčbě hepatitid a HIV

GILEAD Sciences s.r.o.

Empiria (Regus), Na Strži 1702/65
140 00 Praha 4, Česká republika

vysokých dávek imunoglobulinů, kde je však efekt většinou krátkodobý. Dobrý efekt v 2. linii léčby má syntetický anabolický steroid danazol, který je však v ČR dostupný pouze jako specifický léčebný program. V dalších liniích léčby se uplatňují různé imunosupresivní léky – cyklofosamid, azathioprin, mykofenolát mofetil, cyklosporin. Léčbou poslední volby jsou vysoké dávky cyklofosmidu, autologní transplantace, alemtuzumab. Samostatnou skupinou jsou nemocní se sekundární AIHA, kde hlavním léčebným postupem je terapie primárního onemocnění.

Závěr: Dosud neexistují jasné doporučené léčebné postupy pro AIHA, hlavním lékem první linie jsou kortikosteroidy. S nástupem nových léků jsou v poslední době širší možnosti především u léčby steroid-refrakterních případů AIHA.

Lymfocytóza v periferní krvi a její diferenciální diagnostika

doc. MUDr. Daniel Lysák, Ph.D.

Hematologicko-onkologické oddělení, FN Plzeň

Lymfocyty jsou podtypem leukocytů a představují důležitou součást imunitního systému. Zajišťují humorální a buněčnou imunitní odpověď proti cizorodým patogenům. Lymfocytóza je definována jako vzestup hladiny cirkulujících lymfocytů $> 4,0 \times 10^9/l$ u dospělých pacientů. Cirkulující lymfocyty lze rozdělit do několika skupin: T-lymfocyty, B-lymfocyty a NK buňky. Na jejich relativním zastoupení v krvi se podílejí T-lymfocyty (CD3+ buňky) 60 až 80 %, B-lymfocyty (CD20+ buňky) 10 až 20 % a NK buňky (CD56 + buňky) 5 až 10 %.

Rozlišovat můžeme reaktivní a klonální lymfocytózu. Reaktivní lymfocytóza je polyklonální a bývá detekována u pacientů bez anamnézy hematologického onemocnění. Většinou je přítomné jiné onemocnění vysvětlující lymfocytózu, která se zpravidla normalizuje po jeho odeznění. Nejčastějším příkladem jsou virové infekce. Klonální lymfocytóza je zpravidla nádorového původu, typicky u pacientů s diagnózou lymfoidní neoplazie. Existují však i nemaligní klonální expanze lymfocytů, které neprogredují do nádorového onemocnění (např. monoklonální B-lymfocytóza). Klonalita resp. nádorový charakter lymfocytózy jsou ověřovány detekcí abnormalit, jako jsou klonální přestavba genů pro imunoglobulin (IgH) nebo pro T-cell receptor (TCR), patologický nálezy v karyotypu nebo exces lehkých řetězců v B-lymfocytech.

Vyšetřovací proces při lymfocytóze zahrnuje minimálně anamnézu (infekční onemocnění), fyzikální vyšetření (adenomegalie, splenomegalie) a krevní obraz vč. diferenciálního rozpočtu. Pacient s lymfocytózou doprovázenou dalšími klinickými či laboratorními abnormalitami či lymfocytózou dlouhodobě perzistující je indikován k hematologickému vyšetření. Mezi nejčastější příčiny reaktivní lymfocytózy patří zejména infekční onemocnění (virová i bakteriální) ale i alergické reakce, autoimunitní, chronická zánětlivá či endokrinní onemocnění.

Lymfocytóza může být projevem lymfoproliferativního onemocnění. Obtížně se detekují zejména časná fáze (leukemizujících) lymfomů, které mohou imponovat jako polyklonální či reaktivní lymfocytóza. K jejich odlišení se využívá speciální diagnostika zahrnující průtokovou cytometrii, morfologii a genetická vyšetření. Zpravidla je však možné nalézt v krevním obraze vedle různé vyjádřené lymfocytózy i jiné změny, jako anémii či trombocytopenii, a přínosná může být i atypická morfologie lymfocytů. Pro vyšetřování pacientů s lymfocytózou se využívá zejména průtoková cytometrie, která umožní ve většině případů odlišit nádorové onemocnění odvozené od lymfoidní řady od reaktivních změn.

Samostatnou jednotkou je tzv. monoklonální B-lymfocytóza (MBL), která je charakterizována přítomností malého množství B-lymfocytů s nádorově specifickým imunofenotypem v periferní krvi ($< 5 \times 10^9/l$), není však doprovázena dalšími příznaky lymfoproliferativního onemocnění. Její incidence roste s věkem a dosahuje 3–5 % u jedinců nad 40 let. Je u nich doporučována dispenzarizace, protože u malé části nemocných se může časem vyvinout chronická lymfocytární leukemie.

Obecně je lymfocytóza nespecifickým příznakem vyskytujícím se u řady benigních i nádorových hematologických onemocnění. V rámci vyšetřovacího procesu je důležité odlišit „nádorovou“ lymfocytózu, která může být projevem lymfomu či jiného závažného nádorového onemocnění krvetvorby a může vyžadovat zahájení hemato-onkologické léčby.

Bolesti zad

garant MUDr. Stanislav Machart

čtvrtek / 24. listopadu 2016 / 13.45–15.15 hod.

Farmakologie bolestí zad

MUDr. Libuše Ircingová

Centrum léčby bolesti, FN KARIM, Plzeň

Léčba bolestí zad se významně liší u bolestí akutních a chronických. Zvláště u stavů chronických bývá farmakoterapie dorzalgii svízelná. Vždy by měla být součástí komplexní léčby využívající metody rehabilitační léčby, úpravu životosprávy a zařazení pravidelné pohybové aktivity. Podstatnou roli hraje psychologická podpora, u svízelných chronických stavů i psychiatrická.

Dalším kritériem nastavení léčby je vlastní příčina bolesti, charakter bolesti (nociceptivní nebo neuropatický) a intenzita bolesti. Zvažujeme kontraindikace a lékové interakce.

Používáme analgetika z celého třístupňového žebříčku WHO. U léčby akutní bolesti je užitečným vodítkem Oxfordská liga analgetik. Zejména u starších pacientů bývá někdy podceňována toxicita a lékové interakce u dlouhodobé terapie NSA. Velmi diskutovanou otázkou zůstává léčba opioidy u nemocných s chronickou nenádorovou bolestí (CHNNB).

Významnou skupinou v léčbě bolestí zad jsou koanalgetika a pomocné léky: centrální myorelaxancia, antikonvulziva, antidepresiva, kortikoidy, lokální anestetika, alfa2-agonisté a další.

Součástí terapie vždy musí být edukace pacienta, nastavení cílů léčby a diskuze o očekávaných, která jsou reálně dosažitelná.

Chronické bolesti zad – intervenční léčba

MUDr. Stanislav Machart, MUDr. Jan Lejčko, MUDr. Petr Novák, Ph.D.,

MUDr. Libuše Ircingová

Centrum léčby bolesti, FN KARIM, Plzeň

Bolesti zad (BZ) jsou jednou z nejčastějších příčin návštěvy u lékaře. Významnou BZ alespoň jednou za život prodělá 60–90% populace. BZ se velmi často opakují a inklinují k přechodu do chronicity. U některých pacientů vidíme rekurentní průběh, někdy se klidové intervaly postupně zkracují a bolest se již stává trvalým zdravotním břemenem. Z epidemiologických studií vyplývá, že nejčastější oblastí lidského organismu, kterou chronická bolest (CHB) postihuje, jsou záda. Bolesti zad představují 1/3 všech pracovních neschopností. 60% pacientů s BZ se vrací do zaměstnání po 1 měsíci, 90% po 3 měsících. Celoživotní prevalence BZ v lumbosakrální oblasti je 70–85% (Andersen, 1999). Maximum výskytu závažných BZ je mezi 40. až 60. rokem, ale posunuje se stále do nižších věkových kategorií. Poměr výskytu BZ v oblasti bederní : krční : hrudní páteře je 4 : 2 : 1. Chronické BZ dosahují často vysoké intenzity a jsou velkým léčebným problémem. V mladém věku převažuje funkční složka, s narůstajícím věkem přibývá organická degenerativní etiopatogeneze. Z prognostického hlediska je u CHB zásadní využití aktivní formy léčebné rehabilitace, ale jak toho dosáhnout, když vyšší fyzické nasazení je blokováno bolestí? Pacienti mívají po dlouhém užívání nesteroidních antiflogistik (NSA) velmi často vyjádřeny závažné vedlejší účinky (VÚ), zejména gastropatii. Přitom NSA již stejně u řady pacientů analgezii nepřinášejí (při jejich vysazení se bolest nezhorší). Klinická zkušenost ukazuje, že od určité intenzity bolesti není možné reálně očekávat, že pacient bude schopen si osvojit metody kinezioterapie. Proto, je-li BZ intenzivní, titrace opioidů k ověření opioid-senzitivity je indikovaná (Rokyta et al., 2006). Narážíme na další problémy, jako je individuální tolerabilita k opioidům, volba opioidu, a nutno je také předpokládat neodhadnutelnou délku léčby. Terapie je obtížnější zejména tehdy, když je v klinickém obraze neuropatická složka bolesti. Pak je z farmakologického hlediska většinou nezbytné použít společně s opioidy i antineuropatická léčiva. V řadě případů může být u BZ přínosným řešením cílená intervenční léčba. Úspěšnost invazivní léčby podmiňuje přesné

určení struktur generujících bolest. Použití navigace je nezbytné (C – rameno, CT, ultrazvuk). Vedle diagnostických metod jako je CT, MR a elektrofyziologické metody mají významné místo diagnostické blokády. Jejich výsledek ukazuje na podíl fasetové, radikulární, diskogenní a jiné bolesti. V mnoha případech lze navázat radiofrekvenčním postupem. Včasné uplatnění intervenční léčby významně snižuje budoucí potenciální farmakoterapii s opioidy a antineuropatickými léčivy. Opioidy se však při dlouhodobé terapii i po relativně úspěšně aplikované interveční léčbě obtížně vysazují. Práce uvádí přehled a principy intervenční léčby jako jedné z možností jak ovlivnit opioidní léčbu.

Současné trendy ve spondylochirurgii

MUDr. Slavomír Žídek

Neurochirurgická klinika, FN Plzeň

Miniinvasivní spondylochirurgie je relativně nové, dynamicky se rozvíjející „odvětví“ spinální chirurgie.

První chirurgický výkon na páteři byl proveden v r. 1829, avšak první miniinvasivní perkutánní výkon byl proveden až v r. 1987, jednalo se o perkutánní vertebroplastiku. První minimálně invazivní meziobratlové fúze se začaly provádět začátkem 21. století.

Výhodou těchto operačních technik je zejména minimalizace poškození zádových svalů při operačním přístupu k páteři a tím pádem i snížení pooperačních bolestí, čímž dochází ke zkrácení doby hospitalizace a rekonvalescence. Dále snížení krevní ztráty, zlepšení kosmetického efektu a v neposlední řadě i snížení celkových nákladů na léčbu pacienta. Nevýhodou miniinvasivních technik je zejména vyšší expozice RTG záření jak pacienta, tak i operátora a takéž omezené indikační spektrum.

Na našem pracovišti provádíme perkutánní mikrodisektomie, perkutánní vertebro/kyfoplastiky a perkutánní transpedikulární stabilizace a to jak u zlomenin, tak i u degenerativního poškození páteře. Perkutánní mikrodisektomie jsou indikovány u monosegmentálních výhřezů bederních meziobratlových plotének (viz kazuistika). Perkutánní vertebro/kyfoplastika je vysoce efektivní výkon využívaný zejména k léčbě osteoporotických zlomenin refrakterních na konzervativní léčbu. Principem této metody je augmentace obratlového těla kostním cementem s cílem zmírnit bolesti a stabilizovat poškozený úsek páteře. Dobrého efektu jsme schopni dosáhnout u zlomenin do 3 měsíců od úrazu. Perkutánní transpedikulární fixace provádíme u zlomenin páteře v případech, že nedošlo k dislokaci kostních fragmentů, jež by komprimovaly nervové struktury. Takové případy by vyžadovaly stabilizaci doplněnou o dekompresi nerv. struktur otevřeným přístupem (viz kazuistika). Tuto techniku využíváme rovněž v některých případech degenerativního poškození bederní páteře, jako je foraminální stenóza, spondylolistéza I. stupně či instabilita. Transpedikulární fixaci musíme v těchto případech doplnit o mezitělovou fúzi (viz kazuistika).

Závěrem bychom rádi zdůraznili, že tyto techniky jsou skvělou alternativou konvenční (otevřené) spinální chirurgie. Profitují z nich zejména starší pacienti, pro něž je minimalizace pooperačních bolestí a tím pádem časná rekonvalescence důležitá, neboť se tím významně snižuje riziko pooperačních komplikací.

Psychosomatická problematika v ambulanci PL

garant MUDr. Radkin Honzák, CSc.

čtvrtek / 24. listopadu 2016 / 16.30–18.00 hod.

Pacientka s disociativní monoparézou končetiny – kazuistika, neuropsychiatrická léčba

MUDr. Věra Strunzová^{1,2}, Mgr. et Mgr. Pavlína Gregorová¹

¹Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha

²Psychiatrická ambulance, Poliklinika Budějovická, Praha

V první části sdělení se věnujeme kazuistice pacientky s monoparézou levé dolní končetiny provázenou ztrátou citlivosti. Provedená vyšetření neprokázala organickou příčinu obtíží. Pacientka



LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

DVĚ DIAGNÓZY – JEDNO ŘEŠENÍ



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



1× DENNĚ



LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

Zkrácená informace o přípravku LIPERTANCE® 10mg/5mg/5mg, 20mg/5mg/5mg, 20mg/10mg/5mg, 20mg/10mg/10mg, 40mg/10mg/10mg: **SLOŽENÍ:** Lipertance 10mg/5mg/5mg, 20mg/5mg/5mg, 20mg/10mg/5mg, 20mg/10mg/10mg, 40mg/10mg/10mg potahované tablety obsahují 10mg atorvastatinu (ator)/5mg perindoprilu argininu (per)/5mg amlodipinu (amlo), 20mg ator/5mg per/5mg amlo, 20mg ator/10mg per/10mg amlo, 40mg ator/10mg per/10mg amlo. Obsahuje laktózu jako pomocnou látku. **INDIKACE:** Léčba esenciální hypertenze a/nebo stabilní ischemické choroby srdeční ve spojení s primární hypercholesterolemí nebo smíšenou (kombinovanou) hyperlipidemií, jako substituční terapie u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných atorvastatinem, perindopilem a amlodipinem podávaných současně ve stejné dávce, jaká je obsažena v této kombinaci. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ:** Obvyklá dávka je jedna tableta denně. Fixní kombinace není vhodná pro iniciační léčbu. Je-li nutná změna dávkování, titrace se má provádět s jednotlivými složkami. **Starší pacienti a pacienti s poruchou funkce ledvin:** lze podávat pacientům s clearance kreatininu ≥ 60 ml/min, není vhodný pro pacienty s clearance kreatininu < 60 ml/min, u těchto pacientů se doporučuje individuální titrace dávky s jednotlivými složkami. **Pacienti s poruchou funkce jater:** Přípravek má být podáván s opatrností a je kontraindikován u pacientů s jaterním onemocněním v aktivním stavu. **Pediatrická populace:** Použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **KONTRAINDIKACE:** Hypersenzitivita na léčivé látky, nebo na jiné ACE inhibitory, nebo deriváty dihydropyridinu, nebo na statiny nebo na kteroukoli pomocnou látku, onemocnění jater v aktivním stavu nebo neobjasněné přetrvávající zvýšení sérových aminotransferáz převyšující 3násobek horní hranice normálních hodnot, během těhotenství, kojení a u žen ve fertilním věku, které nepoužívají vhodné antikoncepční prostředky, závažná hypotenze, šok (včetně kardiogenního šoku), obstrukce výtoku levé komory (např. hypertrofická obstrukční kardiomyopatie a vysoký stupeň stenózy aorty), hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu, anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edém) související s předchozí terapií ACE inhibitory, dědičný nebo idiopatický angioneurotický edém, současné užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetes mellitus nebo poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73m²). **UPOZORNĚNÍ:** **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** **Vliv na játra:** Vzhledem k obsahu atorvastatinu v přípravku Lipertance mají být pravidelně prováděny jaterní testy. Pacientům, u kterých se zjistí jakékoliv známky nebo příznaky jaterního poškození, mají být provedeny jaterní testy. Pacienti, u kterých se objeví zvýšení aminotransferáz, musí být sledováni až do doby, než se hodnoty opět znormální. Pokud přetrvávají více než trojnásobně zvýšené hodnoty aminotransferáz nad horní hranici normálních hodnot, doporučuje se snížit dávku atorvastatinu pomocí jednotlivých složek nebo léčbu atorvastatinem ukončit. Pacienti, kteří konzumují velké množství alkoholu a/nebo mají v anamnéze jaterní onemocnění, je nutné léčit přípravkem Lipertance s opatrností. **Vliv na kosterní svalstvo:** Jsou-li hladiny CK významně zvýšené ($> 5 \times$ ULN) oproti normálním hodnotám, léčba nemá být zahájena. Léčba má být přerušena, objeví-li se významné zvýšení hladin CK ($> 10 \times$ ULN), nebo je-li diagnostikována případně předpokládána rhabdomyolýza. Riziko rhabdomyolýzy je zvýšené při současném podávání přípravku Lipertance s určitými léky, které mohou zvyšovat plazmatickou koncentraci atorvastatinu, např. se silnými inhibitory CYP3A4 nebo transportních proteinů (např. cyklosporin, telithromycin, klaritromycin, delavirdin, stiripentol, ketokonazol, atd.). **Intersticiální plicní onemocnění:** Při podezření na vznik intersticiálního plicního onemocnění u pacienta musí být terapie přípravkem Lipertance přerušena. **Diabetes mellitus:** U diabetiků léčených perorálními antidiabetiky nebo insulinem má být v průběhu prvních měsíců léčby pečlivě sledována glykémie. **Pacienti se srdečním selháním:** mají být léčeni s opatrností. **Hypotenze:** monitorování tlaku krve, renálních funkcí, a draslíku je nutné u pacientů s vysokým rizikem symptomatické hypotenze (volumová deplece nebo závažná renin dependentní hypertenze) nebo se symptomatickým srdečním selháním (se současnou renální insuficiencí nebo bez ní) nebo s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárními chorobami. Přechodná hypotenzní odpověď není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou být obvykle užity bez obtíží, jakmile po doplnění objemu stoupne krevní tlak. **Stenóza aortální a mitrální chlopně:** Přípravek je kontraindikován u pacientů se závažnou obstrukcí v oblasti výtoku levé komory. **Transplantace ledvin:** Nejsou zkušenosti s podáváním přípravku Lipertance po nedávno prodělané transplantaci ledvin. **Porucha funkce ledvin:** monitorování hladiny kreatininu a draslíku, individuální titrace dávky s jednotlivými složkami u pacientů s clearance kreatininu < 60 ml/min, u pacientů se stenózou renální arterie bylo pozorováno zvýšení sérových koncentrací urey a kreatininu, u renovaskulární hypertenze je riziko závažné hypotenze a renální insuficience zvýšené. Amlodipin lze používat u pacientů se selháním ledvin v normálních dávkách. Amlodipin není dialyzovatelný. **U pacientů na hemodialýze:** dialyzovaných pomocí vysoce propustných membrán byly zaznamenány anafylaktoidní reakce. **Hypersenzitivita/angioedém:** okamžité vysazení léčby a zahájení monitorování do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. **Anafylaktoidní reakce během aferézy nízkodenzitních lipoproteinů (LDL):** vzácný výskyt život ohrožujících anafylaktoidních reakcí, kterým lze předejít dočasným vysazením léčby před každou aferézou. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** během desenzibilizační léčby jedem blanokřídilých (včely, vosy), reakcím je možné se vyhnout dočasným vysazením léčby, nicméně se znovu objevily po neúmyslné expozici. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anémie:** Přípravek Lipertance má být používán s extrémní opatrností u pacientů se systémovým onemocněním pojiva (collagen vascular disease), u pacientů užívajících imunosupresivní léčbu, léčbu alopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů a pacienti mají být poučeni, aby hlásili jakékoli známky infekce (např. bolest v krku, horečku). **Rasa:** perindopril může být méně účinný na snížení krevního tlaku a může vést k vyššímu výskytu angioedému u černošských pacientů ve srovnání s jinými rasami. **Kašel:** ustupuje po ukončení léčby. **Operace/anestezie:** léčba by měla být přerušena jeden den před výkonem. **Hyperkalémie:** pravidelného monitorování sérových koncentrací draslíku u renální insuficience, zhoršené renální funkce, věku (> 70 let), diabetes mellitus, dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současné užívání diuretik šetřících draslík a draslíkových doplňků nebo náhrad solí s obsahem draslíku. **Kombinace s lithiem:** nedoporučuje se. **Duální blokáda systému renin-angiotensin-aldosteron (RAAS):** současné užívání ACE inhibitorů, blokátorů receptorů pro angiotensin II nebo aliskirenu zvyšuje riziko hypotenze, hyperkalémie a snížení funkce ledvin (včetně akutní selhání ledvin). Duální blokáda RAAS se proto nedoporučuje. ACE inhibitory a blokátory receptorů pro angiotensin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Dědičné problémy s intolerancí galaktózy, vrozený nedostatek laktázy nebo malabsorpce glukózy a galaktózy:** přípravek by neměl být užíván. **INTERAKCE:** **Kontraindikace:** Aliskiren. **Nedoporučované kombinace:** Silné inhibitory CYP3A4, Současná léčba ACE inhibitorem a blokátorem receptoru angiotensinu, estramustin, lithium, Draslík-šetřící diuretika (např. triamteren, amilorid, eplerenon, spironolakton), soli draslíku, dantrolen (infúze), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Známa interakce s přípravkem:** Induktory a středně silné inhibitory CYP3A4, digoxin, ezetimib, Kyselina fusidová, Gemfibrozil / deriváty kyseliny fibrové, inhibitory transportních proteinů, warfarin, antidiabetika (inzulíny, perorální antidiabetika), baklofen, nesteroidní antiflogistika (NSAID) (včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den), kolchicin, kolestipol, perorální kontraceptiva, gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, tricyklická antidepresiva/antipsychotika/anestetika, zlat, digoxin, atorvastatin, warfarin, cyklosporin nebo takrolimus, antihypertenziva a vasodilatační. **FERTILITA, TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Přípravek Lipertance je kontraindikován během těhotenství a kojení. **FERTILITA:** U některých pacientů léčených blokátory kalciových kanálů byly zaznamenány reverzibilní biochemické změny na hlavní části spermatozoj. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Schopnost reagovat může být narušena při závratích, bolesti hlavy, únavě nebo nauce. Opatrnost je zapotřebí zejména na začátku léčby. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** **Velmi časté: edém. Časté:** nazofaryngitida, hypersenzitivita, hyperglykémie, somnolence, závratě, bolest hlavy, dysgeuzie, parestezie, vertigo, porucha zraku, diplopie, tinitus, palpitace, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), zčervenání, faryngolaryngeální bolest, epistaxe, kašel, dyspnoe, nauzea, zvracení, bolest horní a dolní části břicha, dyspepsie, průjem, zácpa, změny způsobu ve vyprazdňování stolice, flatulence, vyrážka, pruritus, otok kloubů, otok kotníků, bolest končetin, artralgie, svalové spazmy, myalgie, bolest zad, astenie, únava, periferní edém, abnormální výsledky testů jaterních funkcí, zvýšená hladina kreatinfosfokinázy v krvi. **Méně časté:** rinítida, eozinofilie, hypoglykémie, hyponatremie, hyperkalémie reverzibilní při ukončení léčby, anorexie, insomnie, změny nálad (včetně úzkosti), poruchy spánku, deprese, noční můry, třes, synkopa, hypoestezie, amnézie, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní) rozmazané vidění, tachykardie, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, pankreatitida, říhání, hepatitida cytolytická nebo cholestatická, kopřivka, purpura, změna zbarvení kůže, hyperhidróza, exantém, alopecie, angioedém, pemfigoid, fotosenzitivní reakce, bolest šlaj, svalová slabost, poruchy močení, noční močení, polakisurie, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynekomastie, bolest na hrudi, bolest, malátnost, periferní otok, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, zvýšení tělesné hmotnosti, pozitivní nález leukocytů v moči, snížení tělesné hmotnosti, pád. **Vzácné:** trombocytopenie, stavy zmatenosti, periferní neuropatie, cholestáza, Stevens-Johnsonův syndrom, toxická epidermální nekrolýza, erythema multiforme, myopatie, myozitida, rhabdomyolýza, tendonopatie (někdy komplikovaný rupturou), vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi. **Velmi vzácné:** leukopenie/neutropenie, agranulocytóza nebo pancytopenie, hemolytická anémie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, snížení hladiny hemoglobinu a hematokritu, anafylaxe, hypertonie, ztráta sluchu, infarkt myokardu, sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, angina pectoris, cévní mozková příhoda možná sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, eosinofilní pneumonie, gastritida, gingivální hyperplazie, žloutenka, jaterní selhání, exfoliativní dermatitida, akutní renální selhání. **Není známo:** imunitně zprostředkovaná nekrotizující myopatie, extrapyramidová porucha (extrapyramidový syndrom). **PŘEDÁVKOVÁNÍ: FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI:** Atorvastatin je selektivním a kompetitivním inhibitorem HMG-CoA reduktázy. Perindopril je inhibitor angiotensin-konvertujícího enzymu (ACE inhibitor), který konvertuje angiotensin I na vazokonstriktor angiotensin II. Amlodipin je inhibitorem transportu kalciových iontů (blokátor pomalých kanálů nebo antagonist kalciových iontů), který inhibuje transmembránový transport kalciových iontů do srdečních buněk a buněk hladkého svalstva cévních stěn. **UCHOVÁVÁNÍ:** Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **VELIKOST BALENÍ:** Krabička obsahuje 10 (pouze pro silu 10/5/5 mg), 30, 90 (3 obaly na tablety po 30 tabletách) nebo 100 potahovaných tablet Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/10 mg, 40 mg/10 mg/10 mg. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI: LABORATOIRES SERVIER**, 50 rue Carnot, 92284 Suresnes cedex France. Registrační číslo: Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg: 58/428/15-C, Lipertance 20 mg/5 mg/5 mg: 58/429/15-C, Lipertance 20 mg/10 mg/5 mg: 58/430/15-C, Lipertance 20 mg/10 mg/10 mg: 58/431/15-C, Lipertance 40 mg/10 mg/10 mg: 58/432/15-C. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE TEXTU:** 19. 8. 2016. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-levic-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

byla proto odeslána do psychiatrické ambulance, poté hospitalizována v PN Bohnice. Zde byla stanovena diagnóza disociativní motorické poruchy. V léčbě jsme využili kombinaci psychiatrické léčby a intenzivního psychoterapeutického přístupu. Pacientka byla léčena hypnózou. Právě hypnoterapie byla klíčová metoda, která obnovila citlivost a hybnost končetiny. Návazná fyzioterapie hybnost končetiny ještě zlepšila. Zamysleme se, jaké má hypnóza využití a meze v léčbě somatických obtíží. V druhé části se budeme věnovat neuropsychiatrické problematice, tedy styčným bodům psychiatrické a neurologické ambulantní léčby se zaměřením na nejčastější typy obtíží a farmakoterapii.

Pacient s funkční poruchou v oblasti ramenního kloubu – pohled fyzioterapeuta jako člena týmu v rámci psychosomatické léčby pacienta

Mgr. et Mgr. Jana Týkalová

Centrum komplexní péče Dobřichovice, Roseta a Sámova

V rámci přednášky bych chtěla posluchače seznámit se způsoby práce lékařů, fyzioterapeutů a psychologů v rámci našich 3 zdravotnických zařízení – Centrum komplexní péče Dobřichovice, Roseta a Sámova, ve kterých se pokoušíme o komplexní psychosomatický přístup v léčbě našich pacientů. Tento přístup bych ráda přiblížila na kazuistice pacienta s nezlepšujícími se obtížemi v oblasti ramene. Pro sdělení použiji optiku fyzioterapeuta jako jednoho z odborníků v týmu.

Pacient byl odeslán praktickým lékařem na fyzioterapii do našeho zařízení. Fyzioterapeutka vyšetřila funkční poruchu v oblasti ramene pacienta, která se rozvinula v souvislosti se zátěžovým stereotypem dýchání pacienta (chronické astma) a chronickým přetěžováním pravé horní končetiny. Léčba v rámci fyzioterapie se však nevyvíjela dobře, stav pacienta se nezlepšoval. Fyzioterapeutka reflektovala, že pacient byl po celé období léčby neustále ve vysokém napětí a velmi úzkostný a že tento stav hrál významnou roli z hlediska limitace možností léčby v rámci fyzioterapie. Pacienta odeslala na vyšetření k našemu rehabilitačnímu lékaři využívajícímu psychosomatické postupy. Kromě podrobného rehabilitačního vyšetření pacienta se lékař zajímal také o okolnosti stonání pacienta a jeho současnou psychosociální zátěž. Na základě tohoto vyšetření lékař dospěl k návrhu důležitých změn v dalším léčebném postupu. Kromě pokračování v rehabilitaci ramene lékař indikoval přechodnou farmakologickou léčbu (anxiolytika) a doporučil též pacientovi tělesně orientovanou psychoterapii. Následná léčba pacienta již pokračovala na obou úrovních – somatické i psychologické současně.

Mým cílem je představit psychosomatickou medicínu, která není alternativou k čistě biologicky orientované medicíně, nýbrž jejím logickým doplněním! Ráda bych s posluchači diskutovala nad hlavním úkolem psychosomatické medicíny, kterým je léčba pacientů, které nelze úspěšně léčit bez zohlednění bio-psycho-sociálních souvislostí. Na kazuistice bych chtěla demonstrovat, že pro úspěch léčebného přístupu u těchto pacientů je důležité vést léčebné intervence na více rovinách současně (komplexně). To lze realizovat tím, že v léčbě psychosomatických pacientů dokážeme propojovat biologickou a psychosociální složku medicíny. A toto se nám daří právě při práci v týmech, při které dochází k integraci různých hledisek a různých odborností nad společným pacientem (interdisciplinární přesah). Týmovou práci proto chápeme jako hlavní diagnosticko-terapeutický nástroj a podstatu komplexní psychosomatické léčby.

"Všichni pečujeme..."

Průřez dlouhodobou péčí o pacientku s chronickými bolestmi zad – hledání psychosomatických souvislostí

Mgr. Danuše Jandourková

Centrum komplexní péče Roseta, Praha

Pracuji jako psycholog v nestátním zdravotnickém zařízení specializujícím se zejména na pacienty s obtížemi v oblasti pohybového systému. Zdravotnický tým tvoří rehabilitační lékaři, fyzioterapeuti, kliničtí psychologové, maséři a další odborníci.

Mimo takzvanou „běžnou“ péči nabízíme našim pacientům jako psychosomatické pracoviště možnost nahlédnout na své stonání komplexně, v duchu bio-psycho-sociálního kontextu.

V příspěvku bych ráda nabídla kazuistiku ženy s chronickými bolestmi zad, která je dlouholetou pacientkou našeho centra. V průběhu několika let pacientka postupně prošla péčí mnoha našich i řady externích odborníků. Ráda bych v rámci přednášky poukázala na možné psychosomatické souvislosti jejího stonání a nabídla pohledy některých odborníků zapojených do složité péče o pacientku. Do diskuze bych také chtěla přinést některé otázky, které se nám při práci nad příběhem pacientky v rámci týmových setkání vynořovaly.

- Je možné, že naše pacientka jen „konzumuje“ a nadužívá léčbu? A co si tím sytí?
- Jak dlouho máme o pacienta pečovat?
- Kdy můžeme terapii ukončit? Kdo a jaké hledisko o tom rozhoduje (ekonomické, zdravotní, psychologické)?
- Máme pracovat dle přání pacienta, nebo trvat na námi doporučeném postupu?
- Máme podporovat pacienta v jeho cestě, i když nevede k „vyléčení“?
- Co všechno máme vědět a nevědět o pacientovi? Co sdílet a nesdílet navzájem v týmu a s externími pečujícími?

Placebo – omyly, mýty a skutečnost přehledné sdělení o problematice

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha

Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, Praha

Samotný název „placebo“ vznikl omylem na základě nesprávného překladu bible svatým Jeronýmem. Placebo je definováno jako přípravek neobsahující účinnou látku, jehož léčebný efekt je vyvolán přesvědčením pacienta, že je léčen, což je definice nedostačující. **Placebo odpověď** není specifický fenomén, nýbrž řada fyziologicky, psychologicky, sociálně, spirituálně i kulturně podmíněných dějů.

Placebo analgezie může být:

- Zcela zrušitelná naloxonem, založená na „očekávání“ (MAC – meaning and context; opioidní μ -receptor).
- Částečně zrušitelná naloxonem; kombinace očekávání a podmiňování/učení.
- Odolá naloxonu a trvá; podmiňování non-opioidním analgetikem, event. učení.

Placebo reaktorů není stabilních 35 %, ale 0–100 % podle uspořádání podmínek. Na výsledku placebo-efektu se podílejí znalosti a nevědomé postoje lékaře/personálu.

Důvody, proč je placebo věnována nedostatečná pozornost:

- Nezbytný redukcionismus vědeckého přístupu.
 - Provokační charakter otázek, které se v souvislosti s odpovědí organismu nezbytně vynoří.
- Poslední studie věnované tlumení neuropatické bolesti ukazují, že s prodloužením délky studie stoupá účinnost placeba natolik, že rozdíly mezi ním a analgetiky se stávají nevýznamnými; tato zjištění zpochybňují účinky některých dříve testovaných analgetik a psychofarmak.

Lékaři i pacienti by se měli postupně naučit, že placebo je integrální a neoddělitelnou součástí lékařské praxe, že je základem jejího umění a povýšením její vědeckosti. Jay Katz, 1984.

Pátek 25. listopadu 2016

*Abstrakta k pátečnímu programu naleznete
na stranách 17–24 v abstraktech Pediatrie pro praxi*

ORIGINALNÍ PREDUCTAL® MR

Trimetazidin 35 mg

**0 33 % VÍCE
ENERGIE
PRO SRDCE
VAŠICH
PACIENTŮ
S ANGINOU
PECTORIS¹**

**Výhodné
180 tbl balení
pro 3 měsíční léčbu**

Doporučeno guidelines ESC²



Zkrácená informace o přípravku Preductal® MR

SLOŽENÍ:** Trimetazidini dihydrochloridum 35 mg v jedné tabletě s řízeným uvolňováním. **INDIKACE**:** Trimetazidin je indikován u dospělých jako přidatná léčba k symptomatické léčbě pacientů se stabilní anginou pectoris, kteří jsou nedostatečně kontrolováni nebo netolerují antianginózní léčbu první volby. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB**

PODÁNÍ:** Dávka je jedna tableta trimetazidinu 35 mg 2 krát denně v průběhu jídla. Přínosy léčby mají být zhodnoceny po 3 měsících a v případě nedostatečné reakce pacienta na terapii má být léčba ukončena. Porucha funkce ledvin/starší pacienti: U pacientů se středně těžkou poruchou funkce ledvin (clearance kreatininu [30-60] ml/min) je doporučená dávka 1 tableta 35 mg ráno v průběhu snídane. **KONTRAINDIKACE**:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Parkinsonova choroba, příznaky parkinsonismu, tremor, syndrom neklidných nohou a další příbuzné poruchy hybnosti. Závažná porucha funkce ledvin (clearance kreatininu < 30 ml/min).

ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ:** Přípravek není indikován k léčbě záchvatů anginy pectoris, ani k počáteční léčbě nestabilní anginy pectoris nebo infarktu myokardu, nemá být užíván ve fázi před hospitalizací, ani během prvních dnů hospitalizace. V případě záchvatu anginy pectoris je nutné znovu zhodnotit onemocnění anginou pectoris a posoudit adaptaci léčby. Trimetazidin může způsobit nebo zhoršit příznaky parkinsonismu (tremor, akinézu, hypertonií), které by měly být pravidelně vyšetřovány, zvláště u starších pacientů. V souvislosti s nestabilitou při chůzi nebo hypotenzí může docházet k pádům, zvláště u pacientů, kteří užívají antihypertenziva. **INTERAKCE**.** **FERTILITA**.**

TĚHOTENSTVÍ:** Podání se nedoporučuje. **KOJENÍ**:** Během kojení se nemá přípravek podávat. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE**:** Byly zaznamenány případy závratě a ospalosti, které mohou mít vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY**:** Časté: závratě, bolest hlavy, bolest břicha, průjem, dyspepsie, nauzea, zvracení, vyrážka, svědění, kopřivka, astenie. **Vzácné:** arteriální a ortostatická hypotenze, která může být spojena s malátností, závratí nebo pádem, zvláště u pacientů užívajících antihypertenziva, zčervenání, palpitace, extrasystoly, tachykardie. **Frekvence neznámá:** příznaky parkinsonismu (tremor, akinéza, hypertonie), nestabilní chůze, syndrom neklidných nohou, ostatní příbuzné poruchy hybnosti, obvykle reverzibilní po vysazení léčby; poruchy spánku (nespavost, ospalost), akutní generalizovaná exantematózní pustulóza, angioedém, agranulocytóza, trombocytopenie, trombocytopenická purpura, hepatitida. **PŘEDÁVKOVÁNÍ**.**

VLASTNOSTI:** Trimetazidin má metabolické účinky, zachovává hladiny vysoce energetických fosfátů v myokardu. Antiischemické účinky jsou dosaženy bez průvodních hemodynamických účinků. Starší pacienti mohou být vystaveni vyššímu účinku trimetazidinu kvůli poklesu renálních funkcí, které souvisí s věkem*. U populace starších pacientů v porovnání s běžnou populací nebylo pozorováno žádné bezpečnostní opatření*. Vystavení účinku trimetazidinu je zvýšeno v průměru 1,7x u pacientů s mírnou poruchou funkce ledvin (clearance kreatininu mezi 30 a 60 ml/min) a v průměru 3,1x u pacientů se závažnou poruchou funkce ledvin (clearance kreatininu pod 30 ml/min) v porovnání se zdravými dobrovolníky s normální funkcí ledvin*. V porovnání s běžnou populací nebylo pozorováno žádné bezpečnostní opatření*. **VELIKOST BALENÍ**:** 60 a 180 potahovaných tablet s řízeným uvolňováním. **Uchování:** Žádné zvláštní podmínky. **Registrační číslo:** 83/328/01-C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** LES LABORATOIRES SERVIER, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. **Datum revize textu:** 8.6.2016. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravek je dostupný v lékárnách na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. INFORMACE NA ADRESE: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel.: 222 118 111, www.servier.cz

* Všímněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku Preductal MR.

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



PLZEŇ

MEDICÍNA PRO PRAXI

III. kongres praktických lékařů v Plzni

**24.–25. listopadu
2016**

**Parkhotel
Congress Center
Plzeň**

Pořádá společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Medicína pro praxi
pod záštitou II. interní kliniky LF UK a FN Plzeň

HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI

Akacia Group s.r.o.
Angelini Pharma Česká republika s.r.o.
ASCO-MED, spol. s r.o.
DCA, L'Oréal Česká republika
Dialab spol. s r.o.
EUNI
Gilead Sciences s.r.o.
GlaxoSmithKline, s.r.o.
Lázně Poděbrady a.s. Léčebna Dr. Filipa
Lékaři bez hranic
Mary Kay

Medindex, spol. s r.o.
MeDitorial, s.r.o.
Merck spol. s r.o.
Pfizer PFE s.r.o.
Pierre Fabre Medicament s.r.o.
QUICKSEAL INTERNATIONAL, s.r.o.
SANOFI PASTEUR vaccine division
Schwabe Czech Republic s.r.o.
Topnatur s.r.o.
VITAX s.r.o.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

**Medicína
pro praxi**



GRADA

maxdorf

pro Lékaře
www.prolekare.cz

IDS Česká republika
Healthcare Intelligence

POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU