

Medicína pro praxi

2017

B

www.solen.cz | Med. praxi 2017; 14(Suppl B) | ISBN 978-80-7471-190-9 | 2017

ABSTRAKTA

XV. KONGRES PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ V OLOMOUCI

27.–28. dubna 2017

Clarion Congress Hotel Olomouc

Pořadatel: Společnost SOLEN, s.r.o.

Záštita: II. interní klinika FN u sv. Anny Brno a OS ČLK v Olomouci

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 zapít vodou. Také je možné je rozpustit nejméně ve 20 ml vody a vypít. Suspenze má mírně vanilkovo-mandarinkovou příchuť. **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, fenylbutazon, oxyfenbutazon a kyselina salicylová (v menší míře), indometacin a sulfinpyrazon prodlužují polčas 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 27. dubna

- 9.00 SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ**
prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.
- 9.15–10.30 PRACOVNÍ LÉKAŘSTVÍ**
Garant prof. MUDr. Petr Brhel, CSc.
- Pracovnílékařská péče prováděná praktickým lékařem – Petrovová M.
 - Nemoci z povolání podle současné legislativy, spolupráce praktických lékařů se Středisky NZP – Malenka P.
 - Work Ability Index v pracovnílékařské péči o pracovníky 50+, první výsledky z ČR – Pokorný B.
 - Posuzování zdravotní způsobilosti k práci podle příloh vyhlášky č.79/2013 Sb. o pracovnílékařských službách – Petrovová M., Brhel P., Malenka P.
- 10.30–11.00 Normotenzní hydrocefalus – správná diagnostika a následná léčba** – Reguli Š.
- 11.00–11.20 PŘESTÁVKA**
- 11.20–12.40 KARDIOLOGIE**
Garant prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc.
- EPlcontrol: Průřezový průzkum mapování úspěšnosti dosahování cílových hodnot krevního tlaku u hypertoniků v České republice – Widimský J.
 - Fixní kombinace, která změní prognózu hypertoniků léčených statinem – Václavík J.
 - Systolická hypertenze a pulsní tlak – kardiovaskulární riziko a současné možnosti léčby – Řiháček I.
 - Máme rezervy v léčbě pacientů po infarktu myokardu? – Špinar J.
- 12.40–13.00** ■ Diagnostické cesty Fabryho choroby – Dostálová G.
(přednáška sponzorovaná společností Shire Czech, s.r.o.)
- 13.00–13.50 POLEDNÍ PŘESTÁVKA**
- 13.50–14.50 PRÁVO, ÚHRADY A PRAKTIČTÍ LÉKAŘI**
- Aktuální problémy a výhledy pro rok 2017 – diskuzní blok – Dostál O.
- 14.50–15.50 DOBRÁ RADA DO VAŠÍ ORDINACE**
- Úloha praktického lékaře v péči o pacienty s chronickou hepatitidou C – Aiglová K.
(přednáška sponzorovaná firmou Gilead Sciences, s.r.o.)
 - Diagnostika a léčba mírné kognitivní poruchy – Talová B.
 - Vliv kolagenových injekcí a lipozomálního vitaminu C na artrózu – Procházka Z., Kotlářová L.
- 15.50–16.20 ULTRA VZÁCNÁ ONEMOCNĚNÍ KOMPLEMENTU V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE**
- Paroxysmální noční hemoglobinurie aneb co by měl praktický lékař vědět – Červínek L.
 - Známky trombotické mikroangiopatie v ordinaci praktického lékaře – proč je důležité ji nepodceňovat? – Kořístek Z.
- 16.20–16.40 PŘESTÁVKA**
- 16.40–17.55 BOLESTI HLAVY**
Garantka MUDr. Andrea Bártková, Ph.D.
- Diagnostika a akutní léčba migrény – Doležil D.
 - Preventivní terapie migrény a bolesti hlavy z nadužívání abortivní medikace – Bártková A.
 - Sekundární bolesti hlavy – Kotas R.



WORKSHOP / čtvrtek 27. dubna

- 14.00–15.00 WORKSHOP / Salonek Plato**
- Léčba deprese, úzkosti a nespavosti – Videokazuistika „Pláču, jen když chci...”
workshop vede MUDr. Barbora Talová

VSTUP VOLNÝ, KAPACITA OMEZENÁ

RANNÍ KÁVA / pátek 28. dubna

8.00–8.45 RANNÍ KÁVA S DISKUZÍ U AKTUÁLNÍHO TÉMATU / SALONEK PLATO

- Využijte příležitosti zeptat se na to, co vás trápí z oboru infektologie a mikrobiologie, v úzkém kruhu kolegů. Na vaše otázky budou odpovídat MUDr. Václava Adámková a MUDr. Zuzana Blechová.

VSTUP VOLNÝ, KAPACITA OMEZENÁ

PROGRAM / pátek 28. dubna

9.00–10.00 **IP** OD TITRITID K CRPITIDÁM – MUDr. Václava Adámková, MUDr. Zuzana Blechová

- Diskuzní interaktivní blok

10.00–10.20 PŘESTÁVKA

10.20–11.35 GASTROENTEROLOGIE

Garant doc. MUDr. Vlastimil Procházka, Ph.D.

- FODMAPs – nový směr nebo pouze zajímavá hypotéza? – Bureš J.
- Interakce léků gastrointestinálního traktu – Urbánek K.
- Léky a GIT – Procházka V.
- Novinky v oblasti funkčních chorob gastrointestinálního traktu – Martínek J.

11.35–11.55 ■ Morbus Gaucher – čo by mal vedieť gastroenterológ – Veselíny E. (přednáška sponzorovaná společností Shire Czech, s.r.o.)

11.55–12.50 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

12.50–14.15 IMUNODEFICIENCE

Garant prof. MUDr. Jiří Litzman, CSc.

- Primární imunodeficiencie v dospělém věku – Litzman J.
- Sekundární imunodeficiencie – Chovancová Z.
- Imunomodulace u osob s častými infekcemi – Bystroň J.
- Chronická infekce HIV – léčbou ovlivnitelný stav – Snopková S.
(přednáška sponzorovaná firmou Gilead Sciences, s.r.o.)

14.15–14.35 ■ Diferenciální diagnostika angioedémů – Kuklínek P., Hakl R. (přednáška sponzorovaná společností Shire Czech, s.r.o.)

14.35–14.50 PŘESTÁVKA

14.50–16.00 NEFROLOGIE

Garant prof. MUDr. Josef Zdražil, CSc.

- Antikoagulancia v nefrologii – Zdražil J.
- Význam ultrasonografického vyšetření v nefrologii – Krejčí K.
- Proteinurie a hematurie v ordinaci praktického lékaře – Orság J.
- Subakutní intoxikace olovem – kazuistika – Klementa V.

16.00 ZAKONČENÍ KONGRESU, VYLOSOVÁNÍ ANKETY SPOLEČNOSTI SOLEN

WORKSHOP / pátek 28. dubna

10.30–12.00 WORKSHOP / Salonek Plato

- Kardiopulmonální resuscitace
doc. MUDr. Dalibor Pastucha, Ph.D., Bc. Monika Labonková

VSTUP VOLNÝ, KAPACITA 25 OSOB

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

Jediná fixní kombinace β-blokátoru a ACEi

pro snadnější ochranu srdce před IM



3 INDIKACE Hypertenze | Stabilní ICHS | Srdeční selhání#

1x denně

[#] Cosyrel je u srdcečného selhání indikovaný pouze v dávkách 5 mg bis/5 mg per a 10 mg bis/5 mg per

Zkrácená informace o přípravku COSYREL®

Složení: Cosyrel 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, potahované tablety, obsahují bisoprolol fumaras (bis) 5 mg/ perindopril argininum (per) 5 mg, 5 mg/bis/10 mg per, 10 mg/bis/10 mg per, 10 mg/bis/10 mg per. **Indikace:** Cosyrel je indikován k léčbě hypertenze a/ nebo stabilní ischemické choroby srdeční (u pacientů s infarktem myokardu a/ nebo revaskularizací v anamnéze) a/ nebo stabilního chronického srdečního selhání se sníženou systolickou funkcí levé komory (pouze Cosyrel 5 mg/5 mg a Cosyrel 10 mg/5 mg) jako substituční léčba u dospělých pacientů adekvátně kontrovaných bisoprololem a perindopilem podávány současně ve stejné dávce. **Dávování a způsob podání:** Obvyklá dávka je jedna tableta jednou denně, nejlépe ráno s plným jídlem. Pacienti musí být stabilizováni na léčbě bisoprololem a perindopilem ve stejné dávce po dobu nejméně 4 týdnů. Fixní kombinace není vhodná k iniciální léčbě. U pacientů stabilizovaných na dávce bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 2,5 mg nebo bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 5 mg: půl tablety obsahující 5 mg/5 mg nebo 5 mg/10 mg jednou denně. Je-li nutná změna dávování, titraci je nutno provádět až po použití jednotlivých složek samostatně. **Pacienti s poruchou funkce ledvin:** Doporučené dávování podle clearance kreatininu. 5 mg/5 mg: ≥ 60 ml/min; 1 tableta; 30- ≤ 60 : 1/2 tablety; ≤ 30 : přípravek není vhodný, doporučená dávka dává za použití jednotlivých složek samostatně. 5 mg/10 mg: ≥ 60 : 1/2 tablety; ≤ 60 : přípravek není vhodný. 10 mg/5 mg: přípravek není vhodný. **Pacienti s poruchou funkce jater:** není nutná úprava dávování. **Starší pacienti:** podávání podle renální funkce. **Pediatrická populace:** Bezpečnost a účinnost nebyla stanovena, použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na jiné inhibitory angiotensin-konvertujícího enzymu (ACE); akutní srdeční selhání nebo probíhající epizody srdeční dekompenzace vyžadující iv. inotropní terapii; kardiogenní šok; AV blok druhého nebo třetího stupně (bez pacemakeru); síň sinus syndrom; sinoatriální blokáda; symptomatická bradykardie; symptomatická hypotenze; závažné bronchiální astma nebo chronická obstrukční plicní nemoc; závažné formy periferního arteriálního okluzního onemocnění nebo Raynaudova syndromu; neleněný feochromocytom (viz bod Upozornění**); metabolická acidóza; anabéza angioneurotického edému související s předchozí terapií inhibitory ACE; dědičný nebo idiopatický angioneurotický edém; 2. a 3. trimestr těhotenství (viz bod Upozornění**). **Těhotenství a kojení*** současně užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo s poruchou funkce ledvin (GRF ≤ 60 ml/min/1,73 m²)** (viz bod Upozornění**). **Interakce*** a Farmakodynamické vlastnosti). **Upozornění*** **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Hypotenze u pacientů s poklesem objemu tělních tekutin, se symptomatickým srdečním selháním se současnou renální insuficiencí nebo bez ní, s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárními chorobami je při zahájení léčby a změně dávky zapotřebí pečlivé monitorování. Náhlá hypotenze odpověď není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou pacient obvykle užívat bez obtíží, jakmile jim po doplnění objemu stoupne krevní tlak. **Hypersenzitivita/angioedém/intestinální angioedém:** vysadit a zahájit monitorování až do úplného vymizení symptomů. Léčba betablokatorem musí pokračovat. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. **Selhání jater:** vzácné byty inhibitory ACE spojované se syndromem, který začíná cholestatickou žloutenkou a progreduje ve fulminantní jaterní nekrózu a (někdy) v úmrtí: ukončit léčbu v případě rozvoje žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů. **Černáská populace:** perindopril může být méně účinný a způsobit vyšší procento angiotenzinových reakcí ve srovnání s jinými rasami. **Neurokutitní kašel.** **Hyperkalemie:** časté monitorování koncentrace draslíku v krvi v případě renální insuficience, zhoršení renální funkce, věk > 70 let, diabetem mellitus, dehydratace, akutní srdeční nedostatečnost, metabolická acidóza a současně užívání draslík-šetřících diuretik, draslíkových doplňků, náhrad soli s obsahem draslíku, léčivých přípravků, které mohou způsobovat vzestup sérových koncentrací draslíku. **Kombinace s lithiem, s draslík-šetřícími diuretiky, draslíkovými doplňky nebo náhradami soli obsahujícími draslík, kalciovými antagonisty, antiarytmiky třídy I a centrální působícími antihypertenzivy:** se obecně nedoporučuje. **Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS):** zvýšení rizika hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitor ACE, blokátory receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se proto nedoporučuje. Pokud je léčba duální blokádu považována za naprosto nezbytnou, má k ní docházet pouze pod dohledem specializovaného lékaře a za častého pečlivého sledování funkce ledvin, elektrolytů a krevního tlaku. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Ukončení léčby:** nesmí být provedeno náhlé ukončení léčby betablokatorem. Dávování má být snižováno postupně pomocí jednotlivých složek, ideálně po dobu dvou týdnů. **Bradykardie:** při poklesu srdeční frekvence pod 50 - 55 tepů za minutu v průběhu léčby a pacient pociťuje symptomy související s bradykardií, dávka má být snižována za použití jednotlivých složek s vhodnou dávkou bisoprololu. **AV blok prvního stupně, stenóza aortální a mitrální chlopně/hypertrofická kardiomyopatie, diabetici, striktní půst:** podávat s opatrností. **Finmetazola angina:** betablokatory mohou zvýšit počet a délku trvání epizod anginy pectoris. **Poruch funkce ledvin:** denní dávka má být upravena na zákl. clearance kreatininu. Monitorování draslíku a kreatininu. U pacientů s bilaterální stenózou renálních arterií nebo stenózou arterie solitární ledviny může dojít ke zvýšení sérových koncentrací urey a kreatininu; v případě renovaskulární hypertenze je riziko těžké hypotenze a renální insuficience zvýšené. **Transplantace ledvin, srdeční selhání s inzulin dependentním diabetem mellitus (typ I), těžkou poruchou funkce ledvin, těžkou poruchou funkce jater, restriktivní kardiomyopatií, vrozeným srdečním onemocněním, hemodynamicky významnými organickým onemocněním chlopní, infarktem myokardu v předchozích 3 měsících:** nejsou zkušenosti s podáváním. **Anafylaktoidní reakce během afezery nízkodenzitních lipoproteinů (LDL):** vzácná. Ize přejít dočasným vysazením ledviny inhibitory ACE před každou afezou. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** dočasně vysadit léčbu před vyšetřeními. Tyto reakce se znovu objevily po náhodném opětovném vystavení. Bisoprolol může zvýšit senzitivitu vůči alergenům i závažnost anafylaktických reakcí. **Neutropenie/agranulocytóza/thrombocytopenie/anémie:** extrémní opatrnost u pacientů s kolagenovým vaskulárním onemocněním, s monosupresivní léčbou, léčbou aluporinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů. **Bruchospasmus (bronchiální astma, obstrukční onemocnění dýchacích cest):** současně podávání bronchodilatátory. **Anestezie:** pokud je nutné betablokatory vysadit, je třeba to provést postupně a ukončit 48 hodin před anestézií. **Pozorá:** podání po zvracení přinese a riziko. **Fechromocytom:** podávání bisoprololu vždy s blokátorem alfa-receptorů. **Tyroiditidy:** symptomy mohou být maskovány. **Těhotenství:** zastavit léčbu. V případě nutnosti zahájit alternativní léčbu. **Interakce*** **Kontraindikace:** aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo poruchou funkce ledvin. **Nedoporučuje se současně užívání:** centrální působící antihypertenziva, např. klonidin a další (methyldopa, moxonidin, rilmenidin); antiarytmika třídy I (chinidin, disopyramid, lidokain, fenytoin, flekainid, propafenon); antagonisté kalcia typu verapamilu a v menší míře diltiazemu; aliskiren a blokátory receptorů pro angiotenzin II, estramustin, kalium šetřící diuretika (triamteran, amilorid), draslík (sol); lithium. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** antiobedatika (inzulin, perorální antiobedatika); nesteroidní antiinfektika (NSAID) včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den; antihypertenziva a vasodilatanta; trikycká antidepresiva/antipsychotika/anestetika; symptomatologika; antagonisté kalcia dihydropyridinového typu (felodipin, amlodipin); antiarytmika třídy III (amiodaron); parasympatomika; lokální betablokatory (např. oční kapky k léčbě glaukomu); digitální glykosidy; bafokain; draslík šetřící diuretika; draslík šetřící diuretika (epiloron, spironolakon). **Kombinace vyžadující úzkou pozornost:** melofenon, inhibitory monoaminooxidáz (kromě inhibitorů MAO-B), gipitiny (linalgipin, saxagipin, sitagipin, vildagipin), zlato. **Těhotenství a kojení*** **Podávání není doporučováno v prvním trimestru těhotenství a během kojení.** Podávání je kontraindikováno ve 2. a 3. trimestru těhotenství. **Fertiilita*** **Účinnost na schopnost řídit a obsluhovat stroje*** u některých pacientů se mohou vyskytnout individuální reakce související s nízkým krevním tlakem. V důsledku toho může být schopnost řídit a obsluhovat stroje narušena. **Mezádoucí účinky*** **Velmi časté:** bradykardie. **Časté:** bolest hlavy, závrať, vertigo, dyspnoe, parestezie, poruchy zraku, tinitus, zhoršení srdečního selhání, hypotenze a účinky související s hypotenzí, pocit chladu nebo znečištění končetin, kašel, dyspnoe, bolest břicha, zácpa, průjmy, nauzea, zvracení, dyspepsie, vyrážka, pruritus, svalové křeče, astenie, únava. **Méně časté:** ezofagitida, hypoglykemie, hyperkalemie, reverzibilní při vysazení léčby, hypotermie, změny nády, poruchy spánku, deprese, somnolence, synkopa, palpitace, tachykardie, poruchy AV vedení, ortostatická hypotenze, vaskulitida, bruchospasmus, suché v ústech, angioedém obličeje, končetin, rtů, sliznic, zácpy, glottis a nebo hrtanu, kožní, fotoenzitivní reakce, pemfigoid, hyperhidróza, svalové křeče, svalová slabost, artralgie, myalgie, renální insuficience, erektilní dysfunkce, bolest na hrudi, malátnost, periferní edém, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, pád. **Vzácné:** rinitida, noční můry, halucinace, synkopa, snížená tvorba slz, poruchy sluchu, hepatitida cytolytická nebo cholestatická, hypersenzitivní reakce (svědění, zvracení, vyrážka), poruchy potence, vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi, zvýšená hladina triglyceridů. **Velmi vzácné:** agranulocytóza, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, trombocytopenie, hemolytická anémie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PD, zmatenost, konjunktivitida, arytmie, angina pectoris, infarkt myokardu a činná mozková příhoda, možné sekundární k nadměrné hypotenzí u vysoké rizikových pacientů, eosinofilní pneumonie, pankreatitida, erythema multiforme, alopecie, betablokatory mohou způsobit nebo zhoršit psoriázu nebo způsobit vyrážku připomínající psoriázu, akutní renální selhání, snížená hladina hemoglobinu a snížení hematokrit. **Předáváním*** **Vlastnosti:** Bisoprolol je vysoce selektivní blokátor adrenergní

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



Pracovní lékařství

garant prof. MUDr. Petr Brhel, CSc.

čtvrtek / 27. dubna 2017 / 9.15–10.30 hod.

Pracovnílékařská péče prováděná praktickým lékařem

MUDr. Markéta Petrovová, Ph.D., prof. MUDr. Petr Brhel, CSc.

Klinika pracovního lékařství LF MUNI v Brně

Příspěvek se zabývá otázkami legislativních požadavků a konkrétním poskytováním pracovnílékařské péče lékaře s odborností praktického lékaře pro dospělé. V první části podává přehled platných zákonů a vyhlášek a upozorňuje na novinky v související legislativě z oblasti hygienických požadavků, podmínek ochrany zdraví při práci, posuzování způsobilosti k práci a posuzování a odškodňování nemocí z povolání. Rozlišuje tři období právní regulace této problematiky: do 3/2012, od 4/2012 do 3/2013 a od 4/2013 dosud, kdy je třeba opírat se současně o zákoník práce, zákon o zdravotních službách, zákon o specifických zdravotních službách, zákon o ochraně veřejného zdraví a vyhlášku o pracovnílékařských službách.

Druhá část se zabývá postavením praktického lékaře v poskytování pracovnílékařských služeb, zejména povinnostmi a právy lékaře v provádění dohledu a poradenství na pracovišti a úhradou těchto služeb. Část týkající se provádění preventivních prohlídek k posouzení zdravotní způsobilosti k práci je věnována zejména typům a obsahu prohlídek a formální správnosti postupů, náležitostem lékařských posudků (LP), postupu při přezkumu posudku a právním účinkům vystavených LP. Upozorní na možnost postihu za správné delikty poskytovatele pracovnílékařských služeb za: neoprávněné vydání LP, nevydání LP ve stanovené lhůtě, nepostoupení návrhu na přezkoumání LP, nepředložení podkladů a nedodržení lhůty k návrhu na přezkoumání příslušnému správnímu orgánu, neodeslání osoby s podezřením na NZP k příslušnému poskytovateli, uznání NZP bez oprávnění. V praxi častým problémem je také nezajištění PLS v celém rozsahu, chybní evidence činností.

Nemoci z povolání podle současné legislativy, spolupráce praktických lékařů se Středisky NZP

MUDr. Petr Malenka, Ph.D.

Klinika pracovního lékařství, FN u sv. Anny v Brně a LF MU Brno

Cílem sdělení je seznámit praktické lékaře se správným postupem při posuzování a uznávání nemocí z povolání:

- rozdíl mezi nemocí z povolání, ohrožení nemocí z povolání, onemocněním ovlivněným prací,
- jaké diagnózy dle seznamu nemocí z povolání a od jakého stupně lze řešit jako nemoc z povolání,
- vždy je nutná objektivně dokumentovaná diagnóza – verifikace onemocnění,
- ověřování podmínek vzniku onemocnění na pracovišti postiženého provádí příslušná hygienická stanice na základě žádosti střediska nemocí z povolání – KPL,
- KPL zhodnotí všechny výsledky a uzná či neuzná nemoc z povolání,
- nejčastější chyby při odesílání pacientů na KPL k šetření nemoci z povolání.

Work Ability Index v pracovnílékařské péči o pracovníky 50+, první výsledky z ČR

RNDr. Bohumil Pokorný, CSc.

Agemanagement, z.s., Brno

Nezpochybnitelnou individuální výhodou zaměstnance je znalost jeho pracovní schopnosti a pochopení důvodů proč je taková, jaká je. Přijmout totiž včas opatření k udržení a podpoře pracovních schopností se vyplatí v jakékoli fázi zaměstnancova pracovního života, ale u starších

zaměstnanců může jak prodloužit jejich věk nutného odchodu do penze, tak také cílevědomě a včas se na tento okamžik připravit. Výhody tohoto procesu se ukazují jako významné jak pro zaměstnance samotného, tak i pro jeho zaměstnavatele.

Podle Ilmarinena (Ilmarinen, 2005) je pracovní schopnost postavena na rovnováze mezi fyzickými a duševními zdroji dané osoby a pracovními požadavky na ni kladenými. Základem pro pracovní schopnost jsou v první řadě zdraví a funkční kapacita pracovníka, ale jeho pracovní schopnost je rovněž určována odbornými znalostmi a způsobilostí, hodnotami, postoji, motivací a prací samotnou. Tyto vlastnosti a jejich stav mohou být ověřovány a následně kvantifikovány dotazníkem pracovní schopnosti – WAI (Work Ability Index).

Samotný index pracovní schopnosti může být užitečným nástrojem při včasné stanovení rizika pracovní neschopnosti pracovníka v blízké budoucnosti. Bylo zjištěno, že pomocí měření indexu WAI lze vcelku dobře předpovídat nástup pracovní neschopnosti ve věkové skupině starších zaměstnanců. Finové zjistili, že téměř dvě třetiny osob starších 50 let s diagnostikovanou nízkou pracovní schopností měly během následujících jedenácti let statut předčasně penzionovaných z důvodu pracovní neschopnosti (Tuomi, Environment and Health 23, 1997). Pracovní schopnost má objektivní tendenci se s věkem snižovat, ale není to dramatický pokles a průměrné hodnoty indexu u pracujících osob v celém jejich pracovním životě zůstávají převážně v kategoriích dobrá a vynikající (Laurier, Schiller, Hupkens, 2014).

V rámci projektu ESF „Implementace Age Managementu v ČR“ byl u 360 zaměstnanců starších padesáti let ze šesti podniků a organizací ČR zjišťován jejich index pracovní schopnosti WAI. Zjistili jsme, že v této věkové kategorii je bez ohledu na typ vykonávané práce možno celou třetinu zaměstnanců (33,5 %) zařadit do nejvyšší kategorie s vynikající pracovní schopností (tedy vyšší než 44 bodů WAI) a na druhé straně 7,2 % naopak do kategorie s nejnižší (špatnou) pracovní schopností s indexem WAI nižším než 27 bodů.

Jedním z významných faktorů ovlivňujících pracovní schopnost je zdravotní stav zaměstnance. Z lékařské dokumentace bylo u respondentů ověřeno celkem 1 020 chorob, což reprezentuje v průměru 2,8 diagnózy na osobu. Nejčastější skupina lékařem uváděných diagnóz jsou onemocnění pohybového aparátu, zde zejména bolesti v oblasti krční páteře. Následují onemocnění metabolismu a kardiovaskulární onemocnění.

Index pracovní schopnosti je tedy pro starší zaměstnaneckou generaci nejen velice užitečným nástrojem při prevenci nenadálých rizik vedoucích k jejich pracovní neschopnosti s možným vyústěním předčasného odchodu do penze, ale je také vstřícným a využitelným nástrojem pro lékaře pracovnělékařské služby jak s touto znalostí pracovat v zaměstnancově životě.

Posuzování zdravotní způsobilosti k práci podle příloh vyhlášky č.79/2013 Sb. o pracovnělékařských službách

MUDr. Markéta Petrovová, Ph.D., prof. MUDr. Petr Brhel, CSc., MUDr. Petr Malenka, Ph.D.

Klinika pracovního lékařství LF MUNI v Brně

Hlavní náplní příspěvku je provádění některých ustanovení zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách praktickým lékařem pro dospělé, a to v rozsahu a postupy danými vyhláškou č. 79/2013 Sb., o pracovnělékařských službách. Tato právní norma detailně upravuje organizaci, obsah a rozsah pracovnělékařských služeb, posuzování zdravotní způsobilosti ke vztahu k práci a posuzování zdravotní způsobilosti ke vzdělávání a průběhu vzdělávání. Ve dvou přílohách poskytuje vyhláška návod, které konkrétní zdravotní požadavky na zdravotní způsobilost zaměstnanců nebo uchazečů o práci je třeba vyžadovat pro práce s jednotlivými rizikovými faktory práce a pracovního prostředí a/nebo s riziky ohrožení zdraví osob při práci. Jde o seznam nemocí, stavů a vad, které tvoří absolutní nebo relativní kontraindikace pro práci s expozicí konkrétním rizikovým faktorům. Přílohy dále stanoví minimální náplň jednotlivých typů prohlídek pro rizikové faktory a ohrožení zdraví při práci. Na konkrétních příkladech (pozitivních i negativních) budou ujasněny: doba potřebná k provádění pracovnělékařských služeb, správná dokumentace pracovnělékařských služeb, typy prohlídek, náležitosti žádosti o prohlídku.

Konkrétní praktické postupy pro praxi by měly vyplynout z cílené diskuze k úskalím posuzování zdravotní způsobilosti v ordinaci praktického lékaře. Budou zmíněny zkušenosti pracoviště PLS Kliniky pracovního lékařství, a také zkušenosti lékaře, odborného garanta k poskytování pracovnělékařských služeb, a hlavně k nejčastější chyby, kterých se posuzující lékaři dopouštějí v tématech kategorizace prací, hodnocení rizik na pracovištích, dohledu na pracovišti a kurzů první pomoci, vystavování výpisů ze zdravotnické dokumentace, náležitostech žádostí o prohlídku a posudků z prohlídek, posudkových závěrů, postupů při odvolání proti posudkům, zjišťování požití alkoholu a drog na pracovištích. Zmíněny budou i základní posudkové zásady pro specifické kategorie pracovníků – zdravotníci, radiační pracovníci kategorie A, řidiči, držitelé zbrojních průkazů, zahraniční pracovníci. Závěrem se přednášející podělí o své tipy na šikovné studijní materiály k problematice.

Normotenzní hydrocefalus – správná diagnostika a následná léčba

čtvrtek / 27. dubna 2017 / 10.30–11.00 hod.

Normotenzní hydrocefalus – správná diagnostika a následná léčba

MUDr. Štefan Reguli

Neurochirurgická klinika, FN Ostrava

Normotenzní hydrocefalus (z angl.: Normal Pressure Hydrocephalus, krátce: NPH) je zvláštní formou hydrocefalu. Jedná se o onemocnění, které se vyznačuje hromaděním nadbytečné tekutiny mozkomíšního moku v mozkových komorách. Hromadící se tekutina vede k rozšiřování mozkových komor na úkor mozkové tkáně a jejímu úbytku. Symptomy NPH se rozvíjejí zpravidla pomalu ve vyšším věku, většinou od 60 let výše a v delším časovém horizontu. Jsou proto často mylně připisovány přibývajícím věku. Ve skupině lidí nad 60 let trpí demencí kolem jednoho milionu lidí, ročně jich přibývá dalších cca 250 000. V mnoha publikacích se vychází z toho, že zhruba každý desátý pacient s demencí má ve skutečnosti neodhalený NPH.

Zvláště u starších pacientů jsou symptomy NPH příliš často zaměňovány se stařeckou demencí. Při zapomnitelnosti se často uvažuje o Alzheimerově chorobě a problémy s chůzí se mylně připisují Parkinsonově nemoci.

Pokud není nemoc odhalena včas, vede k nevyléčitelnému poškození mozku, ač je z počátku dobře léčitelná. Se správnou terapií mohou pacienti s NPH vést normální život.

Kardiologie

garant prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc.

čtvrtek / 27. dubna 2017 / 11.20–12.40 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 roků (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 EPlcontrol 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.

Fixní kombinace, která změní prognózu hypertoniků léčených statinem

doc. MUDr. Jan Václavík, Ph.D.

1. interní klinika – kardiologická, FN Olomouc

V současnosti stále není u významné části populace hypertenze dobře kontrolována. Jedním z důvodů je obtížné zajištění jejich dlouhodobé adherence k léčbě. Recentní klinické studie prokázaly, že LDL cholesterol a systolický krevní tlak mají nezávislý, multiplikativní a kauzální vliv na riziko kardiovaskulárních příhod. Dlouhodobé mírné snížení krevního tlaku a LDL cholesterolu má potenciál dramaticky snížit celoživotní riziko kardiovaskulárních příhod, a to dokonce i u osob se zdánlivě normálním cholesterolem a krevním tlakem. Použití fixních kombinací významně zlepšuje adherenci k léčbě a kontrolu hypertenze. Přidání statinu do fixní kombinace s antihypertenzivou může dále zlepšit výsledky léčby hypertenze i dyslipidemie a tím také prognózu těchto pacientů.

Máme rezervy v léčbě po infarktu myokardu?

prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc.

Interní kardiologická klinika, FN Brno

Ischemická choroba srdeční postihuje asi 800 000 osob v České republice a s akutním srdečním infarktem je hospitalizováno asi 30 000 osob za rok. Díky direktní angioplastice je mortalita na akutní srdeční infarkt mnohem nižší než před 30 lety a nemocniční mortalita se pohybuje kolem 2–3 %. Proto je zásadní správná farmakoterapie osobám, které prodělali a přežili akutní srdeční infarkt. Mezi základní lékové skupiny patří (uváděná data jsou z českého registru FARmakoterapie po Infarktu Myokardu – FARIM):

- blokátory renin angiotensinového systému
- betablokátory
- hypolipidemika
- antiagregancia

K těmto lékovým skupinám se pak dodává další potřebná léčba jako perorální antidiabetika, antikoagulační, analgetika a další léky podle přidružených onemocnění.

Blokátory renin angiotensinového systému: na prvním místě jsou doporučeny ACE inhibitory, při jejich intoleranci AII antagonisté. Při srdečním selhání s nízkou ejekční frakcí se přidávají blokátory mineralokortikoidních receptorů. Blokátory RAAS jsou podávány v téměř 90 %, 2/3 tvoří ACE-inhibitory, z nich nejčastěji ramipril a perindopril. Základním nedostatkem je, že doporučenou vysokou dávku má jen 20 % nemocných.

Betablokátory: jsou podávány taktéž asi v 90 %, nejčastěji podávanými jsou metoprolol, carvedilol a bisoprolol. Nedostatkem je, že i u nemocných s tepovou frekvencí nad 70/min jsou často nedostatečné dávky.

Hypolipidemika: základem podávání hypolipidemik jsou statiny. Podáváme je asi u 80 % nemocných a nedostatkem opět je, že doporučené vysoké dávky má asi 20 % nemocných, a to při vysokých hladinách cholesterolu. Fibráty dnes nemají větší opodstatnění, do kombinace je doporučován ezetimib, který ale dnes má maximálně 5 %. Na základě výsledků studie FOURIER z roku 2017 se asi do doporučení dostanou PCSK9 inhibitory. Nejčastěji podávanými statiny jsou rosuvastatin, atorvastatin a simvastatin.

Antiagregační léčba: duální antiagregace je dnes doporučována na 3–12 měsíců podle typu stentu a na základě některých studií je někdy podávána i déle než 12 měsíců. Pokračuje se monoterapií. Základem je kyselina acetylsalicylová, k ní přidáváme thienopyridiny nebo ticagrelor. V roce 2017 prezentovaná studie GEMINI neprokázala větší efekt malé dávky rivaroxabanu oproti aspirinu. Pro terapii antikoagulancii a antiagregancii u nemocných s indikací antikoagulační léčby jsou samostatná guideline, po akutním infarktu je doporučena duální antiagregace souběžně s antikoagulací, po 12 měsících samostatná antikoagulace.

Cílová hodnota LDL cholesterolu u nemocných po infarktu myokardu je pod 1,8 mmol/l, cílová hodnota krevního tlaku pod 140/90 mmHg, cílová hodnota tepové frekvence pod 70 za minutu a cílová hodnota glykovaného hemoglobinu pod 55 %.

Právo, úhrady a praktičtí lékaři

čtvrtek / 27. dubna 2017 / 13.50–14.50 hod.

Právo, úhrady a praktičtí lékaři: aktuální problémy a výhledy pro rok 2017

JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.

D&D Health, s. r. o.

Zdravotnické právo nejsou jen patientské žaloby či formuláře informovaných souhlasů. Ekonomicky nejvýznamnější oblastí zdravotnického práva jsou smlouvy mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami, regulace úhrad péče, léčiv a zdravotnických prostředků. Předpisy upravující tuto oblast se každoročně a někdy i častěji mění, významný vliv hraje též soudní judikatura. Právě tato oblast bude předmětem přednášky, upozorňující na vybrané právní novinky a jejich dopad na praxi.

Současný zákon 48/1997 Sb. předpokládá každoroční vydání tzv. úhradové vyhlášky. Ta je sice připravována v tzv. dohodovacím řízení, které pro letošek skončilo 30. 6. 2016, již od roku 2006 však ministerstvo není výsledkem dohodovacího řízení fakticky vázáno a může pravidla úhrad měnit až do 30. 10., kdy musí být vyhláška vydána. Poskytovatelé se však i poté mohou s pojišťovnou dohodnout na tzv. individuálním dodatku, kterým lze od roku 2008 nastavit úhrady odchylně od úhradové vyhlášky. V rámci přednášky budou představena vyhlášková pravidla pro rok 2017. Pokud jde o uzavírání smluv s pojišťovnami, Evropský soudní dvůr vydal rozhodnutí, podle kterého je zdravotní pojišťovna v postavení veřejného zadavatele.

V přednášce bude zmíněn možný dopad na českou praxi, navazování, trvání a ukončování smluv. V oblasti úhradových limitací existuje několik starších rozhodnutí vyšších soudů, která umožňují požadovat platbu přes sjednaný limit. V lékové oblasti bude zmíněn důležitý judikát NSS ČR k preskripčním omezením a jeho možný dopad. Soudy též vydaly zajímavá rozhodnutí v oblasti schvalování péče a pomůcek revizním lékařem, které umožňují pacientům aktivně usilovat o úhradu nehraně péče či kompenzaci doplatku.

V rámci hodnocení dopadů úhrad budou zmíněny statistiky zdravotních pojišťoven o tom, jak občané primární péči využívají, včetně skutečnosti, že např. čtvrtmilion lidí vůbec nemá re-

Zkrácená informace o přípravku TRIPLIXAM®:

SLOŽENÍ*: Triplixam 2,5 mg/0,625 mg/5 mg obsahuje 2,5 mg perindoprilu argininu/ 0,625 mg indapamidu/ 5 mg amlodipinu; Triplixam 5 mg/1,25 mg/5 mg obsahuje 5 mg perindoprilu argininu/1,25 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplixam 10 mg/2,5 mg/10 mg obsahuje 10 mg perindoprilu argininu/2,5 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplixam 10 mg/2,5 mg/10 mg obsahuje 10 mg perindoprilu argininu/2,5 mg indapamidu/10 mg amlodipinu. **INDIKACE*:** Substituční terapie pro léčbu esenciální hypertenze u pacientů, kteří již dobře odpovídají na léčbu kombinací perindopril/indapamid a amlodipinu, podávanými současně v téže dávce. **DAVKOVÁNÍ A PODÁVÁNÍ*:** Jedna tableta denně, nejlépe ráno a před jídlem. Fixní kombinace není vhodná pro iniciační léčbu. Je-li nutná změna dávkování, dávka jednotlivých složek by měla být titrována samostatně. Pediatrická populace: přípravek by se neměl podávat. **KONTRAINDIKACE*:** Dialyzovaní pacienti. Pacienti s neléčeným dekompenzovaným srdečním selháním. Žávaná porucha funkce ledvin (Clcr < 30 ml/min). **UPOZORNĚNÍ*:** Středně závažná porucha funkce ledvin (Clcr 30-60 ml/min) pro Triplixam 10 mg/ 2,5 mg/5 mg a 10 mg/2,5 mg/10 mg. Hypersenzitivita na léčivé látky, jiné sulfonamidy, deriváty dihydropyridinu, jakýkoliv jiný inhibitor ACE nebo na kteroukoli pomocnou látku. Anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edému) souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE (viz bod Upozornění). Dědičný/idiopatický angioedém. Druhý a třetí trimestr těhotenství (viz body Upozornění a Těhotenství a kojení). Kojení (viz bod Těhotenství a kojení). Hepatální encefalopatie. Žávaná porucha funkce jater. Hypokalcémie. Žávaná hypotenze. Šok, včetně kardiogenního šoku. Obstrukce výtoku traktu levé komory (např. vysoký stupeň stenózy aorty). Hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu. Současné užívání přípravku Triplixam s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m²) (viz bod Interakce). **UPOZORNĚNÍ*:** Zvláštní upozornění. 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 inhibitorů ACE, blokátů 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. * Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anémie: postupujte opatrně v případě kolagenového vaskulárního onemocnění, imunosupresivní léčby, léčby allopurinolem nebo prokainamidem, nebo kombinace těchto komplikujících faktorů, zvláště při existující poruše funkce ledvin. Monitorování počtu leukocytů. Hypersenzitivita/angioedém, intestinální angioedém: přerušete léčbu a sledujte pacienta až do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace: postupujte opatrně u alergických pacientů léčených desenzibilizací a nepoužívejte v případě imunoterapie jedem blanokřídých. Alespoň 24 hodin před desenzibilizací dočasně vysaďte inhibitor ACE. Anafylaktoidní reakce během LDL-afézy: před každou afézou dočasně vysaďte inhibitor ACE. Hemodialyzovaní pacienti: zvažte použití jiného typu dialyzační membrány nebo jiné skupiny antihypertenziv. Těhotenství: nezačínat užívání během těhotenství, v případě potřeby zastavit léčbu a zahájit vhodnou alternativní léčbu. Hepatální encefalopatie: ukončit léčbu. Fotosenzitivita: ukončit léčbu. Opatření pro použití: Renální funkce: U některých hypertenziků existujícími zjevnými renálními lézemi, u nichž renální krevní testy ukazují funkční renální insuficienci, by měla být léčba ukončena a je možno ji znovu zahájit v nízké dávce nebo pouze s jednou složkou. Monitorujte draslík a kreatinin, a to po dvou týdnech léčby a dále každé dva měsíce během období stabilní léčby. V případě bilaterální stenózy renální arterie nebo jiné skupiny fungující ledviny: nedoporučuje se. Riziko arteriální hypotenze a/nebo renální insuficience (v případech srdeční insuficience, deplece vody a elektrolytů, u pacientů s nízkým krevním tlakem, stenózou renální arterie, městnavým srdečním selháním nebo cirhózou edému a ascitem): zahajte léčbu dávkami nižší dříve a postupně je zvyšujte. Hypotenze a deplece vody a sodíku: riziko náhlé hypotenze v přítomnosti preexistující deplece sodíku (zejména, je-li přítomna stenóza renální arterie): sledujte hladinu elektrolytů v plazmě, obnovte objem krve a krevní tlak, znovu zahajte léčbu nižším snížením dávky nebo pouze jednou složkou přípravku. Hladina sodíku: kontrolovat častěji u starších a cirhotických pacientů. Hladina draslíku: hyperkalcémie: kontrolovat plazmatickou hladinu draslíku v případě renální insuficience, zhoršení funkce ledvin, vyššího věku (> 70 let), diabetes mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současné užívání kalium-šetřících diuretik, doplňků draslíku nebo doplňků soli obsahující draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v séru. Hypokalcémie: riziko ustarších a/nebo podvyživených osob, cirhotických pacientů s edémem a ascitem, koronárních pacientů, u pacientů se selháním ledvin nebo srdečním selháním, dlouhým intervalem QT: sledovat plazmatickou hladinu draslíku. Může napomoci rozvoj torsades de pointes, které mohou být fatální. Hladina vápníku: hyperkalcémie: před vyšetřením funkce příštích tělísek ukončete léčbu. Renovaskulární hypertenze: v případě stenózy renální arterie: zahajte léčbu v nemocnici v nízké dávce; sledujte funkci ledvin a hladinu draslíku. Suchý kašel. Ateroskleróza: u pacientů s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulární ischemií zahajte léčbu nízkou dávkou. Hypertenzní krize. Srdeční selhání/těžká srdeční insuficience: v případě srdečního selhání postupujte opatrně. Těžká srdeční nedostatečnost (stupeň IV): zahajte léčbu nižšími iniciačními dávkami pod lékařským dohledem. Stenóza aortální nebo mitrální chlopně/hypertrofická kardiomyopatie: v případě obstrukce průtoku krve levou komorou postupujte opatrně. Diabetici: V případě inzulín-dependentního diabetes mellitus zahajte léčbu iniciační nižší dávkou pod lékařským dohledem; během prvního měsíce a/nebo v případě hypokalcémie sledujte hladinu glukózy v krvi. Černost: vyšší incidence angioedému a zjevně menší účinnost při snižování krevního tlaku ve srovnání s jinými rasami. Operace/anestezie: přerušete léčbu jeden den před operací. Porucha funkce jater: mírná až středně závažná: postupujte opatrně. Podání inhibitorů ACE mělo vzácně souvislost se syndromem počinajícím cholestatickou žloutenkou a progredujícím až v náhlou hepatickou nekrózu a (někdy) úmrtí. V případě žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů ukončete léčbu. Kyselina močová: hyperurikémie: zvýšená tendence k záchvatům dny. Starší pacienti: před zahájením léčby vyšetřte renální funkci a hladiny draslíku. Dávku zvyšovat opatrně. **INTERAKCE*:** Kontraindikováno: Aliskiren u diabetických pacientů nebo pacientů s poruchou funkce ledvin. Nedoporučuje se: lithium, aliskiren u jiných pacientů než diabetických nebo pacientů s poruchou funkce ledvin, souběžná léčba inhibitorem ACE a blokátorem receptorů pro angiotenzin, estramustin, kalium-šetřící léky (např. triamteren, amilorid...), soli draslíku, dantrolen (infúze), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. Vyžadující zvláštní opatrnost: baklofen, nesteroidní antiflogistika (včetně kyseliny acetylsalicylové ve vysokých dávkách), antiaritmika (inzulín, perorální antiaritmika), kalium-šetřící diuretika a kalium-šetřící diuretika (epioren, spironolaktón), léky vyvolávající „torsades de pointes“, amfotericin B (i.v. podání), glukokortikoidy a mineralkortikoidy (systémové podání), tetraksoakid, stimulační laxativa, srdeční glykosidy, alopurinol (současná léčba s indapamidem může zvýšit výskyt reakcí hypersenzitivity na alopurinol) **, induktoři CYP3A4, inhibitory CYP3A4. Vyžadující určitou opatrnost: antidepresiva imipraminového typu (tricyklická), neuroleptika, jiná antihypertenziva a vazodilatancia, tetraksoakid, alopurinol (současně podávání s inhibitory ACE), cytostatika nebo imunosupresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid, anestetika, diuretika (thiazid nebo kličková diuretika), gipertiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, zlato, mifepriston, jodované kontrastní látky, vápník (soli), cyklosporin, atorvastatin, digoxin, warfarin nebo cyklosporin, simvastatin. **TEHOTENSTVÍ A KOJENÍ*:** Kontraindikováno během druhého a třetího trimestru těhotenství a při kojení. Nedoporučuje se během prvního trimestru těhotenství. **FERTILITA*:** Reverzibilný biochemický změny na hlavové části spermatozoí u některých pacientů léčených blokátory kalciového kanálu. **SCHOPNOST ŘIDIT A OBSLUHOVAT STROJE*:** Může být narušena v důsledku nízkého krevního tlaku, který se může vyskytnout u některých pacientů, zejména na začátku léčby. **NEŽADOUČÍ ÚČINKY*:** Časté: závrať, bolest hlavy, parestézie, vertigo, somnolence, dysgeúzie, zhoršení zraku, tinitus, palpitace, zčervenalost, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), kašel, dušnost, bolest břicha, zácpa, průjem, dyspepsie, nauzea, zvracení, pruritus, vyrážka, makulopapulární vyrážka, svalové křeče, otok kotníku, asténie, únava, edém. Méně časté: rinítida, eozinofilie, hypersenzitivita, hypokalcémie, hyperkalcémie vrátají po přerušení léčby, hyponatrémie, insomnie, změny nálad (včetně úzkosti), deprese, poruchy spánku, hypotenzie, třes, synkopa, diplopie, tachykardie, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, změny ve vzprávnosti střeva, kopřivka, angioedém, alopecie, purpura, změna zbarvení kůže, hyperhidróza, exantém, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, artralgie, myalgie, bolest v zádech, poruchy močení, močení během noci, časté nucení na močení, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynekomastie, bolest, bolest na hrudi, nevolnost, periferní edém, horečka, zvýšení hmotnosti, snížení hmotnosti, zvýšení sérové hladiny urey, zvýšení sérové hladiny kreatininu, pád. Vzácné: zmatenost, zvýšení sérové hladiny bilirubinu, zvýšení hladiny jaterních enzymů. Velmi vzácné: agranulocytóza, aplastická anémie, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, hemolytická anémie, trombocytopenie, hyperglykémie, hyperkalcémie, hypertonie, periferní neuropatie, cévní mozková příhoda, možná sekundárně knadměrné hypotenzi u vysoko rizikových pacientů, angina pectoris, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní), infarkt myokardu, možná sekundárně knadměrné hypotenzi u vysoko rizikových pacientů; eozinofilní pneumonie, gingivální hyperplázie, pankreatitida, gastritida, hepatitida, žloutenka, abnormální hepatální funkce, erythema multiforme, Stevens-Johnsonův syndrom, exfoliativní dermatitida, toxická epidermální nekrolýza, Quinckeho edém, akutní renální selhání, snížení hemoglobinu a hematokritu. Frekvence neznámá: Deplece draslíku u hypokalcémie, u určitých rizikových populací zvláště závažná, extrapyramidové poruchy (extrapyramidový syndrom) **, myopie **, rozmazané vidění **, torsades de pointes (potenciálně fatální), možný rozvoj hepatální encefalopatie v případě jaterní insuficience, možnost zhoršení stávajícího generalizovaného lupus erythematoses, EKG: prodloužený interval QT, zvýšená hladina glukózy v krvi, zvýšená hladina kyseliny močové v krvi. **PŘEDÁVKOVÁNÍ*:** VLASTNOSTI*: Perindopril je inhibitor angiotenzin-konvertujícího enzymu (inhibitor ACE), který konvertuje angiotenzin I na vazokonstriktor angiotenzin II. Indapamid je derivát sulfonamidů s indolovým kruhem, farmakologicky příbuzný thiazidovým diuretikům. Amlodipin je inhibitorem transportu kalciových iontů (blokátory pomalých kanálů nebo antagonistů kalciových iontů), který inhibuje transmembránový transport kalciových iontů do srdečních buněk a buněk hladkého svalstva cévních stěn. **BALENÍ*:** 30 a 90 tablet. Uchovávání: nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. Doba použitelnosti: 2 roky. Doba použitelnosti po prvním otevření je 30 dní. Držitel rozhodnutí o registraci: Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Registrační čísla: 58/099/14-C, 58/100/14-C, 58/101/14-C, 58/102/14-C, 58/103/14-C. Datum poslední revize textu: 23. 9. 2015. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravek je k dispozici v lékárnách. Přípravek je na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-levic-a-pzu-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 Triplixam

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



síla | prověřenost | flexibilita

TRIPLIXAM®

perindopril arginin | indapamid | amlodipin



až o
730
tablet za rok
méně



ZJEDNODUŠTE LÉČBU HYPERTENZE

gistrujícího lékaře a velké množství dalších s ním není v kontaktu, což může vést k problémům s naplněním pravidel zákona o zdravotních službách. Zmíněny budou též projednávané novely zákona o léčivech, zákonů o vzdělávání lékařů a nelékařů, a připravovaný projekt elektronizace zdravotnictví.

Dobrá rada do vaší ordinace

čtvrtek / 27. dubna 2017 / 14.50–15.50 hod.

Úloha praktického lékaře v péči o pacienty s chronickou hepatitidou C

MUDr. Květoslava Aiglová, Ph.D.

II. interní klinika – gastroenterologická a hepatologická, FN Olomouc

Předpokládaný počet osob chronicky infikovaných virem hepatitidy C v České republice je 0,2 % počtu obyvatel. Zajištění komplexní péče o tyto pacienty nelze realizovat jen cestou odborných lékařů – gastroenterologů a infektologů, ale spočívá i na bedrech praktických lékařů. Ti mají podstatnou úlohu zejména při v první diagnostice chronické hepatitidy C, a to zjištění anti-HCV protilátek u osob z epidemiologicky rizikových skupin – i.v. uživatelé drog, lidé s transfuzemi v anamnéze, s tetováním, piercingem, zdravotníci. Vyšetření markerů hepatitidy C je indikované u osob se zvýšenou aktivitou transamináz, s nejasnými potížemi, které by mohly imponovat jako extrahepatické projevy chronické hepatitidy C.

Léčbu infekce virem hepatitidy C realizuje hepatolog nebo infektolog. Spolupráce s praktickým lékařem je nutná i během léčby, zejména u pacientů se vzdálenějším bydlištěm. Tito nemocní často kontaktují své praktické lékaře s potřebou laboratorních kontrol, při nežádoucích účincích léků užitých k terapii HCV infekce. V posledních letech je část pacientů léčena přímo působícími antiviroty, u kterých je nutné respektovat i možné lékové interakce, která by mohly výsledek léčby hepatitidy C ovlivnit.

Pozornost praktického lékaře vyžadují nemocní, u kterých je již přítomna jaterní cirhóza v důsledku HCV infekce. Sledování těchto nemocných musí být zaměřeno na projevy portální hypertenze, jaterního selhání a hlavně na včasný záchyt možného hepatocelulárního karcinomu, kdy nemocný může být indikován k chirurgickému řešení nebo transplantaci jater.

Průběh chronické hepatitidy C je poměrně nenápadný, přesto jde o chorobu, která může být nemocnému osudná vznikem jaterní cirhózy nebo karcinomu jater. Praktičtí lékaři mají nezastupitelnou úlohu zejména v odhalování této choroby v době, kdy je ještě léčitelná, kdy nemocný může být indikován k antivirové léčbě nebo později k transplantaci jater.

Přednáška sponzorovaná firmou Gilead Sciences, s.r.o.

Diagnostika a léčba mírné kognitivní poruchy

MUDr. Barbora Talová

Klinika psychiatrie, FN Olomouc

Mírná kognitivní porucha (Mild Cognitive Impairment – MCI) je v dnešní době brána jako heterogenní klinická jednotka, která se užívá k popsání mírných, avšak měřitelných poruch paměti (amnestická forma) nebo jiných kognitivních funkcí (neamnestická forma). Můžeme ji též považovat za klinický předstupěň demence. U této poruchy však nedochází k poruchám soběstačnosti či denních aktivit.

Studie, ve kterých byla mírná kognitivní porucha hodnocena prospektivně dle současných kritérií, hovoří o její prevalenci 12–18 % v populaci nad 65 let. U pacientů s MCI je zhruba 10 % šance, že během roku přejde tento syndrom do demence. Nicméně mnoho klientů zůstává stabilních, případně může dojít i k mírnému zlepšení stavu.



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

Diagnostika této poruchy je poměrně náročná, zahrnuje důkladnou osobní anamnézu, dále pak klinické a laboratorní vyšetření a v neposlední řadě provedení i neuropsychologických testů. K diagnóze nestačí jen provedení MMSE či Testu hodin. Taktéž není adekvátní, bez odebrání anamnézy a klinického vyšetření, provedení podrobnějších testů, které hodnotí kvalitu a úroveň kognitivních funkcí.

Bližší diagnostika jednotlivých subtypů MCI je pak záležitostí specializovaných center.

Při diferenciální diagnostice musíme mít na paměti somatické (hypotyreóza, chronická hypoxie, chronická anémie, neuroinfekce, expanzivní léze CNS, opakující se hypoglykemie, systémová autoimunitní onemocnění, paraneoplazie, kolagenózy) či psychiatrické příčiny (depresivní pseudodemence, abusus alkoholu, benzodiazepinů, analgetik, hypnotik či kanabinoidů, simulace, afektivní porucha, kognitivní deficit při schizofrenii, psychofarmaka s anticholinergním účinkem, poruchy přizpůsobení, reakce na závažný stres).

Léčba mírné kognitivní poruchy je stále diskutovaným tématem. Jednoznačná doporučení pro praxi v tuto chvíli neexistují. Nicméně ke zlepšení kognitivních funkcí dochází při kognitivním tréninku, užívání kognitiv či doplňků stravy.

Ultra vzácná onemocnění komplementu v ordinaci praktického lékaře

čtvrtek / 27. dubna 2017 / 15.50–16.20 hod.

Paroxysmální noční hemoglobinurie aneb co by měl praktický lékař vědět

MUDr. Libor Červínek, Ph.D.

Interní hemato-onkologická klinika, Fakultní nemocnice Brno

Paroxysmální noční hemoglobinurie je vzácné získané onemocnění krvetvorby. U nemocných pacientů dochází k poškození všech krvinek, tj. červených krvinek, bílých krvinek a krevních destiček.

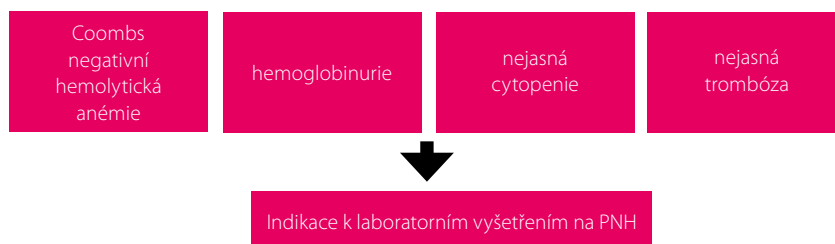
Příčinou onemocnění je genetický defekt (mutace genu), jenž má za následek chybění některých látek, které za normálních okolností chrání krvinky před jejich zánikem, působením tzv. komplementu – souboru bílkovin, které hrají důležitou roli ve spouštění imunitních reakcí spojených s ochranou organismu, zejména proti infekci.

Onemocnění se často manifestuje chudokrevností (anémií) s doprovodnými příznaky jako je například dušnost nebo nevykonnost. Jiní pacienti mohou mít iniciální příznak nemoci závažnější, bývá to často nečekaná krevní sraženina (trombóza) například v oblasti břicha. Tradiční léčba onemocnění spočívá v dodávání chybějících červených krvinek transfuzemi a v prevenci trombotických komplikací podáváním látek snižujících srážení krve.

U mladších nemocných, u kterých dochází k prohlubujícímu se selhávání krvetvorby s těžkým nedostatkem jednotlivých typů krvinek, je možno zvažovat transplantaci krvetvorných buněk, zejména pokud má nemocný vhodného příbuzného dárce.

Nemocní s opakovaným masivním rozpadem červených krvinek, tj. s výraznou závislostí na podávání transfuzí, jsou ohroženi několika riziky. Opakované transfuze vedou často k přetížení organismu železem s rizikem ukládání železa do svaloviny srdce a do jater. Velkým problémem

Obr. 1. Diagnózy, u kterých je třeba myslet na PNH



bývá rozvoj potransfuzních protilátek, jež limitují transfuzní možnosti a jsou potenciální příčinou neúspěšné či komplikované transfuze krve.

Ecilizumab, tzv. monoklonální protilátka, jehož účinek je cílený na zastavení rozpadu krvinek představuje pro pacienty s chronickým rozpadem krvinek a závislostí na transfuzích zásadní změnu. V rámci našeho pracoviště máme zkušenosti s dlouhodobou léčbou několika pacientů s PNH, kteří byli do zahájení léčby ecilizumabem závislí na chronickém podávání transfuzí.

Známky trombotické mikroangiopatie v ordinaci praktického lékaře – proč je důležité ji nepodceňovat?

**MUDr. Zdeněk Kořístek, Ph.D., MUDr. Jaromír Gumulec, Mgr. David Kaspřák, Ph.D.,
doc. MUDr. Ondřej Šimetka, Ph.D., MBA**

Klinika Hematoonkologie a Gynekologicko-porodnická klinika,
Fakultní nemocnice Ostrava

Trombotické mikroangiopatie (TMA) patří mezi velmi vzácná a klinicky se různorodě projevující onemocnění. TMA se mohou vyskytovat u dospělých i u dětí, může jít o vrozené i získané stavy, mohou se rozvíjet postupně, ale také velmi rychle, v řádu hodin. Přes různorodé projevy mají TMA společné patofyziologické projevy, mezi které řadíme mikroangiopatickou hemolytickou anémii s přítomností fragmentovaných erytrocytů, neboli schistocytů v periferní krvi, trombocytopenii způsobenou zvýšenou agregací trombocytů i jejich konzumpcí a rozmanitou orgánovou dysfunkcí různého stupně vyplývající z poruch mikrocirkulace, poškození endotelu a z ischemie tkání. Nejčastěji bývá postižená centrální nervová soustava a ledviny, v řadě případů dochází k různě závažnému poškození střev, srdce či plic. Bez rychlé a adekvátní léčby jsou pacienti ohroženi rychlým selháním životních funkcí a mortalita TMA je proto extrémně vysoká (60–90 %). Opožděná diagnostika a léčba obvykle vede k nevratnému poškození postižených orgánů, zejména ledvin. Rychlost stanovení diagnózy je tedy pro osud pacienta rozhodující, protože je podmínkou neodkladného zahájení terapie, která bývá velmi efektivní a úspěšná u naprosté většiny pacientů. Vzhledem k různorodosti klinických projevů se může s TMA setkat kterýkoli lékař, velmi nízká incidence těchto onemocnění (1–4 případy/milion obyvatel ročně) však vede k tomu, že tato onemocnění často vůbec nebývají součástí diferenciálně diagnostické úvahy. Cílem sdělení proto bude podat stručný přehled o trombotických mikroangiopatiích, představit možnosti rychlé a jednoduché diferenciální diagnostiky, probrat léčebné možnosti a doporučené terapeutické algoritmy a celkově přispět ke zvýšení povědomí o těchto vzácných onemocněních, o nichž lze předpokládat, že nejsou vždy správně diagnosticky zařazená a adekvátně léčena.

Bolesti hlavy

garantka MUDr. Andrea Bártková, Ph.D.

čtvrtek / 27. dubna 2017 / 16.40–17.55 hod.

Preventivní terapie migrény a bolesti hlavy z nadužívání abortivní medikace

MUDr. Andrea Bártková, Ph.D.

Neurologická klinika LF UP a FN Olomouc

Migréna je poměrně běžné onemocnění postihující přibližně 17 % žen a 6 % mužů. U velké části nemocných vystačíme s akutní terapií migrenózní ataky. O preventivní léčbě migrény bychom měli uvažovat:

- u nemocných s častými a dlouhotrvajícími migrénami,
- u nemocných s těžkými záchvaty, které navzdory adekvátní akutní léčbě interferují s pracovními i denními aktivitami,

- při intoleranci nebo neúčinnosti akutní terapie,
- při vysokém riziku rozvoje bolestí hlavy z nadužívání akutní medikace.

Ačkoli neexistuje striktní pravidlo, kdy preventivní medikaci zahájit, pomyslným prahem by měla být frekvence 4 migrén za měsíc nebo jednotlivá ataka trvající déle než 12 hodin.

Cílem preventivní terapie je redukce frekvence, intenzity a tíže atak, zlepšení terapeutické odpovědi na akutní léčbu a prevence transformace epizodické migrény v migrénu chronickou.

Na základě dat získaných z kontrolovaných klinických studií nejlepší efektivity dosahuje preventivní léčba betablokátory (např. metoprolol), medikamenty ze skupiny antidepresiv (amitriptylin, venlafaxin) a antiepileptik (valproát a topiramát). Přibližně u 50–75 % pacientů lze dosáhnout alespoň 50% redukce frekvence bolestí hlavy.

Výběr profylaktika by měl zohledňovat individuální potřeby pacienta. Bez ohledu na farmakologické vlastnosti zvoleného medikamentu úspěch léčby závisí na správném managementu profylaktické terapie. Začínáme s nejnižší dávkou, kterou postupně zvyšujeme do terapeutického efektu či výskytu nežádoucího účinku. Medikace by měla být podávána v dostatečné dávce a po dostatečnou dobu. Efekt se obvykle dostavuje nejdříve po 4 týdnech. Kontraproduktivní je měnit preparáty v kratším čase. Nezbytné je se vyvarovat excesivnímu užívání analgetik a triptanů, které vede k obtížně léčitelným bolestem hlavy z nadužívání akutní terapie. Léčebný postup lze ušít nemocnému na míru s přihlédnutím k životnímu stylu, fyzické a zdravotní kondici, toleranci medikace i dalším komorbiditám. Např. u depresivního nemocného s výhodou volíme antidepresivum jako profylaktikum první volby, obézní ženě nabídneme léčbu topiramátem, u níž adherenci k terapii zlepšíme informací o možnosti redukce tělesné hmotnosti.

Nemocného je nutné informovat, že je to chronické celoživotní onemocnění, cílem léčby je kontrola stavu se snížením frekvence a intenzity bolestí hlavy, zlepšení kvality života, nikoli trvalá remise onemocnění.

Sekundární bolesti hlavy

MUDr. Rudolf Kotas, Ph.D.

Neurologická klinika FN a LF UK v Plzni

Bolesti hlavy lze rozdělit do dvou základních skupin – primární a sekundární. Primární bolesti hlavy nejsou projevem žádného dalšího onemocnění. Nenacházíme žádnou strukturální lézi nebo organické postižení intrakraniálně ani jinde na hlavě. Patří sem například migréna, tenzní typ bolesti hlavy, cluster headache a další. Sekundární bolesti hlavy jsou příznakem určité strukturální léze nebo organického onemocnění intra- nebo extrakraniálně na hlavě, případně mohou být projevem metabolické poruchy, podání nebo odnětí některých látek.

Mezi varovné příznaky signalizující možnou závažnou sekundární příčinu bolesti hlavy patří: náhlá velmi silná bolest hlavy, bolest hlavy náhle vzniklá při fyzické či sexuální aktivitě, bolest hlavy následující úraz hlavy, nově vzniklá bolest hlavy po 50. roce věku, bolest hlavy spojená s ložiskovou neurologickou symptomatologií, progresivně narůstající bolest hlavy, bolest hlavy spojená s mentálními změnami, bolest hlavy spojená s edémem papily, nově vzniklá bolest hlavy u pacientů s onkologickým onemocněním, bolest hlavy spojená se zvýšenou teplotou, meningeálním drážděním nebo zvracením a konečně bolest hlavy u pacienta s HIV infekcí.

Sekundární bolesti hlavy lze rozdělit do několika hlavních kategorií. Uvádíme jen nejčastější z nich. Jsou to bolesti hlavy v souvislosti s vaskulárními poruchami – subarachnoidální krvácení, intracerebrální krvácení, ischemické ikty (méně často), disekce vnitřní karotidy nebo vertebrálních arterií, cerebrální žilní trombóza, obrovskobuněčná arteritis. Druhou skupinu tvoří bolesti hlavy v souvislosti s traumatem. Ty přicházejí jednak v souvislosti s akutními traumaty hlavy, s kterými se v terénu setkávají nejčastěji lékaři rychlé záchranné služby. Praktičtí lékaři se ve své ordinaci mohou nejčastěji setkat s chronickým subdurálním hematomem. Další skupinu tvoří bolesti hlavy u expanzivních procesů nitrolebních, jako jsou primární nebo sekundární nádory mozku (metastázy), méně často jsou to leptomeningeální metastázy (karcinomatóza mening). Důležitou skupinu tvoří

bolesti hlavy v souvislosti s infekcí, jako je akutní hnisavá meningitis, virové meningitidy, lymeská borrelióza, abscesy mozku a HIV infekce včetně oportunních infekcí a nádorů. Konečně poslední skupinou, kterou zde uvedeme, jsou bolesti hlavy v oblasti oka a ORL. Zde uvedme například akutní glaukom s uzavřeným úhlem, retrobulbární neuritis a akutní sinusitis.

Závěrem lze říci, že výrazně převažují benigní primární bolesti hlavy. S narůstajícím věkem nemocného však stoupá výskyt sekundárních bolestí hlavy. Je důležité, abychom nepřehlédli sekundární bolest hlavy, která může představovat závažný a mnohdy život ohrožující stav. Přednáška je doplněna kazuistikami z klinické praxe.

Od titritid k CRPitidám

pátek / 28. dubna 2017 / 9.00–10.00 hod.

Od titritid k CRPitidám

MUDr. Václava Adámková¹, MUDr. Zuzana Blechová²

¹Klinická mikrobiologie a ATB centrum VFN, Praha a Ústav lékařské mikrobiologie LF UP Olomouc

²Klinika infekčního lékařství 2. LF UK a FN Bulovka, Praha

Stanovení titru protilátek proti různým infekčním agens patří k tzv. nepřímým průkazům infekční etiologie onemocnění, bohužel velmi často jsou pozitivní výsledky sérologického vyšetření přeceňované, většinou pro nedostatek jiných objektivních údajů a pacientovi jsou nasazena antibiotika, aniž by onemocnění bylo řádně verifikováno. Jedním z dalších biomarkerů, který se často používá k ověření přítomnosti bakteriální infekce je stanovení C-reaktivního proteinu (CRP). Je třeba si uvědomit, že elevace CRP ale nemusí znamenat vždy bakteriální infekci, ke zvýšení CRP dochází i z neinfekčních příčin jako následek systémové zánětlivé reakce. V systémovém zánětu CRP nediferencuje typy zánětu, nemá vztah k mortalitě ani nerozliší tíži stavu. Na příkladech z klinické praxe budou interaktivní formou přiblížena úskalí diagnostiky infekčního onemocnění a zahájení antibiotické léčby. Izolovaný vzestup CRP bez korelátu v klinické odpovědi není dostatečným důvodem pro zahájení antibiotické terapie. Z praktického hlediska má význam monitorace dynamiky změn CRP ve vztahu k hodnocení úspěšnosti antibiotické léčby, resp. jejího ukončení.

Gastroenterologie

garant doc. MUDr. Vlastimil Procházka, Ph.D.

pátek / 28. dubna 2017 / 10.20–11.35 hod.

FODMAPs – nový směr nebo pouze zajímavá hypotéza?

prof. MUDr. Jan Bureš, CSc.

II. interní gastroenterologická klinika, Lékařská fakulta UK a Fakultní nemocnice Hradec Králové

FODMAPs je zkratka pro fermentovatelné **oligo-**, **di-**, **monosacharidy** a **polyoly**. Jedná se především o fruktózu, fruktany (inulin a fruktooligosacharidy, oligo- nebo polysacharidy složené z jednotek D-fruktózy) a polyoly. Polyoly tvoří heterogenní skupinu vícesytných alkoholů (mezi ně mimo jiné patří např. etylenglykol, propandiol, hydrochinon, glycerol nebo kyselina gallová). V kontextu FODMAPs se však jedná především o náhradní sladidla (sorbitol, manitol, xylitol, iso-malt, maltitol, laktitol nebo erytritol). V roce 2005 byla formulována hypotéza, že dietní FODMAPs jsou predisponujícím rizikovým faktorem pro vznik Crohnovy choroby, protože rychlá fermentace FODMAPs v distálním ileu a v tračníku může narušit bariérovou funkci střeva (slizniční, neurální a hormonální účinky). Následně je tato hypotéza zkoumána také u dalších chorobných stavů. Nízký obsah FODMAPs v potravě zlepšuje symptomy dráždivého tračníku a mění ukazatele střevního

mikrobiomu. V současné době jsou FODMAPs a jejich role zkoumány především u neceliakální glutenové senzitivity. Při dlouhodobém omezení dietních FODMAPs je třeba ale také zvažovat možné negativní souvislosti a důsledky (nutriční deficity, redukce střevních mikrobiot s probiotickými vlastnostmi). V dlouhodobém horizontu to je především zvýšené riziko kolorektálních neoplazií.

Interakce léků gastrointestinálního traktu

doc. MUDr. Karel Urbánek, Ph.D.

Ústav farmakologie LF UP a FN Olomouc

Léková interakce je ovlivnění účinku jednoho léku jiným lékem nebo složkou potravy. Dělí se na farmakodynamické a farmakokinetické, přičemž významnější jsou interakce farmakodynamické. Za klinicky významné považujeme interakce s vysokou frekvencí výskytu, která byla potvrzena klinickými studiemi, ale i méně časté interakce se závažnými následky nebo i takové, které se vyskytují sice vzácně, ale zato u léků s velmi vysokou spotřebou.

Léky používané v gastroenterologii vykazují řadu lékových interakcí s různou mírou závažnosti. Antacida mohou ovlivňovat účinky mnoha léků, především snížením jejich absorpce. Jednak zvyšují pH v žaludku a zpomalují jeho vyprazdňování, jednak se mohou přímo vázat s jiným lékem a vytvořit nevstřebatelný komplex. Účinnou prevencí je podávání antacidů nejméně s 2–3hodinovým odstupem od aplikace jiných perorálních léků.

Látky s prokinetickým účinkem ovlivňují absorpci jiných léčiv – snižují vstřebávání ze žaludku (např. u digoxinu) a zvyšují absorpci z duodena (např. u paracetamolu nebo cyklosporinu). Tímto mechanismem mohou také zesílit účinky warfarinu a alkoholu. Metoklopramid, jako antagonist dopaminových receptorů, může vyvolávat nežádoucí extrapyramidové symptomy, jejichž riziko se zvyšuje při současném podávání jiných látek s podobnými vlastnostmi, tj. zejména neuroleptik. Farmakodynamickou interakcí také snižuje efektivitu léčby levodopu u Parkinsonovy choroby.

Antisekreční látky mohou teoreticky snižovat absorpci látek, jejichž vstřebávání je závislé na nízkém pH v žaludku, jako jsou azolová antimykotika. Omeprazol, nejpoužívanější látka ze skupiny inhibitorů protonové pumpy, má pouze minimální lékové interakce, avšak vzhledem ke své metabolizaci CYP2C19 a CYP2C9 může potencovat účinek warfarinu. Navíc zřejmě koketuje s aktivací klopogrelu, a tím může snížit jeho účinek. Mezi interakce inhibitorů protonové pumpy lze zařadit i snížené vstřebávání iontů vápníku a hořčíku, což při dlouhodobé léčbě zvyšuje riziko osteoporózy a hypomagnezemií.

Z léků gastroduodenální vředové choroby jsou z hlediska interakcí nejrizikovější makrolidová antibiotika, užívaná k eradikaci *H. pylori*. Většina z nich může působit jako inhibitory CYP3A4, přičemž klaritromycin, který je v této indikaci nejpoužívanější, více než azitromycin. Inhibice CYP3A4 může významně zesilovat především nežádoucí účinky statinů (rabdomyolýza), cisapridu, astemizolu a terfenadinu (proarytmogenní efekt), nifedipinu a felodipinu (hypotenze), midazolamu (útlum CNS) a námelových alkaloidů.

Všechna laxativa mohou snižovat absorpci perorálně podaných léčiv z GIT, zatímco antidiarhoika mohou zpomalovat absorpci jiných léčiv, jejichž účinek tím však obvykle nebývá snížen, pravděpodobněji spíše dojde ke zpomalení nástupu jejich účinku. Aktivní uhlí váže na svůj povrch jak toxiny, tak samozřejmě i léky. Významné snížení absorpce lze očekávat až od dávek nad 8 g, zatímco dávky 1–2 g aktivního uhlí jsou málo rizikové.

Léky a GIT

doc. MUDr. Vlastimil Procházka, Ph.D.

II. interní klinika – gastroenterologická a hepatologická LF UP a FN Olomouc

Vzájemná interakce léků a GIT zahrnuje většinou očekávaný optimální efekt v léčbě onemocnění primárně postihujících GIT. Nicméně nezanedbatelné jsou vedlejší účinky léků vyvolávající symptomy a změny GIT při léčbě chorob postihujících primárně jiné systémy, ale také nežádoucí dopady na GIT při léčbě primárně gastrointestinálních onemocnění. Další možností je indukce symptomů a změn jiných orgánů při léčbě onemocnění postihujících primárně GIT.

Gaucherova
choroba

Fabryho
choroba

Hunterův
syndrom

Hereditární
angioedém



Chceme být stateční jako lidé, kterým pomáháme.

Shire, přední světová biofarmaceutická firma pomáhá lidem
se **vzácnými onemocněními** vést lepší život.



Shire Czech s.r.o., Evropská 810/136, 160 00 Praha 6
tel.: +420 226 807 113 / e-mail: info-czech@shire.com

www.shire.com

Vedlejší účinky léků vyvolávající příznaky a postižení GIT se týkají stále více ambulantně léčených a nevyhýbají se ani hospitalizovaným. Riziko stoupá s počtem užívaných medikamentů, jejich možnou interakcí a věkem nemocných. Podle dostupných údajů jsou důvodem 1,5 % až 2,5 % všech hospitalizací a podle charakteru lůžkového nemocničního zařízení je riziko vzniku gastrointestinálních komplikací v důsledku medikace při hospitalizaci v širokém rozpětí mezi 2,5 % až 50 %. Nežádoucí reakce na léky jsou v ČR důvodem více jak 5 % všech přijetí na interní lůžka. Z nich, vedle rozvratu vnitřního prostředí (24 %) a kardiovaskulárních komplikací (17 %), patří mezi nejčastější krvácení do GIT (13 %). Mezi relativně časté a dobře známé jsou léky indukované jaterní reakce. Ty mohou představovat široké rozpětí projevů a mají různý klinický význam. Popisovány jsou přechodná laboratorní zvýšení transamináz, jejich progresivní růst, známky cholestázy, ikterus, klinický a laboratorní obraz hepatitidy. Výjimečně dochází k jaternímu selhání, někdy s fulminantním průběhem a úmrtím. Léky indukované poškození jater představuje 10 % všech nežádoucích účinků léků vyžadujících hospitalizaci. Vyrůstajícím problémem při zvýšeném používání antimikrobiálních, imunosupresivních a cytostatických léků jsou v posledních letech léky indukované kolitidy a průjem. V závislosti na základním onemocnění a věku postižených dosahuje mortalita léky indukovaného průjmu až 16 %. Stále podceňovanou a pravděpodobně etiologicky podhodnocenou je léky indukovaná pankreatitida. Na rozdíl od původně publikované četnosti kolem 2 % všech pankreatitid, naše pozorování zjistilo výskyt mezi 5–7 %. Převážně jsou postiženy ženy mladšího věku, průběh onemocnění je většinou lehký nebo středně těžký a délka hospitalizace je kratší. Neprávem jsou často opomíjené symptomy a změny GIT v podobě nauzey, nechutenství, intolerance, břišního diskomfortu či dyspepsie a jejich vztah k užívané medikaci. U mladší klientely se potom potíže často přisuzují funkčnímu onemocnění GIT a u starších se někdy marně a intenzivně hledá organická příčina potíží.

Léky vyvolané symptomy trávicího ústrojí je třeba diferenciatně diagnosticky zvažovat. Většina z nich je lehká. Naopak léky indukovaná krvácení do GIT, jaterní poškození, *Clostridium difficile* asociované kolitidy nebo pankreatitidy patří mezi závažné.

Novinky v oblasti funkčních chorob gastrointestinálního traktu

doc. MUDr. Jan Martínek, MD, Ph.D., AGAF

Klinika hepatogastroenterologie, IKEM, Praha

Pacienti s funkčními onemocněními GIT mají potíže, ale nemají detekovatelnou organickou abnormalitu či nemoc jako např. zánět, vřed či nádor. Symptomatologie těchto onemocnění je však podobná jako u onemocnění organických, byť anamnesticky lze nalézt specifické rysy pro onemocnění funkční (např. pacient s dráždivým tračníkem většinou v noci klidně spí, zatímco pacient s nespecifickým střevním zánětem musí vstávat i v noci v důsledku průjmu).

Funkční onemocnění GIT jsou nyní klasifikována podle Římských kritérií IV, která získala obecnou celosvětovou platnost a není důvodu se jí v ČR neřidit. Podle této klasifikace existuje několik desítek funkčních onemocnění včetně dětských, které jsou orgánově řazeny (od jícnu až po anus). V koncepci funkčních onemocnění se tato onemocnění nazývají jako poruchy „osy mozek-GIT“, kdy se u pacientů nalézají různé odchylky ve smyslu viscerální hypersenzitivity či centrálního vnímání bolesti.

Z praktického hlediska je úlohou lékaře spolehlivě stanovit diagnózu funkčního onemocnění i za pomoci indikace vyšetřovacích metod, které je však nutno pečlivě vážit. Údaje ukazují, že pacienti s funkčními diagnózami podstupují endoskopické vyšetření zbytečně často. Nelze nezmínit, že mnohá vyšetření mohou mít komplikace (perforace). Invazivní endoskopická vyšetření jsou indikována zejména u pacientů s alarmujícími příznaky, ke kterým patří anémie, dysfagie, zvracení, nevysvětlitelné hubnutí, enterorhagie, meléna či ikterus. Naopak, ne každý pacient s bolestmi břicha či zácpou, zejména pak mladý, profituje z endoskopického vyšetření.

Správně stanovená indikace funkčního onemocnění a uměřené použití diagnostických metod (včetně laboratorních) patří k ars medici a je nezbytné zdůraznit klíčovou úlohu anamnézy, ke které je nezbytné mít dostatek času a trpělivosti. Bohužel mnoho lékařů v současnosti, včetně gastroenterologů, jakoby zapomněli s pacienty hovořit a stále se utápí v převyšetřování celé populace, mnohdy i z alibismu. Na druhou stranu může být katastrofické nediagnostikovat zhoubný nádor

včas a svádět potíže na funkční diagnózu. Zde je nutné zdůraznit, že u pacienta s letitým funkčním onemocněním může vzniknout i organické onemocnění.

Léčba funkčních chorob je mnohem více individuální a pestrá oproti pacientům s jasnou organickou chorobou. Např. všichni pacienti s duodenálním vředem či s GE refluxem jsou léčeni víceméně podobně, pacienti s dráždivým tračníkem mohou být léčeni pestrou farmakoterapií, psychoterapií, hypnózou, dietoterapií apod. Léčba takového pacienta je mnohdy pro lékaře náročnější ve srovnání s léčbou pacienta se zhoubným nádorem, kde jsou postupy víceméně jasné. I díky vědomí, že funkční onemocnění nejsou životu nebezpečné, je porozumění lékařů pro tyto nemocné často nedostatečné.

Mnoho funkčních onemocnění GIT velice příznivě reaguje na dietoterapii, mnozí pacienti bez celiakie zkouší bezlepkovou dietu a pozitivní studie ukazují účinnost tzv. low-FODMAP diety.

Imunodefience

garant prof. MUDr. Jiří Litzman, CSc.

pátek / 28. dubna 2017 / 10.20–11.35 hod.

Primární imunodefience v dospělém věku

prof. MUDr. Jiří Litzman, CSc.

Ústav klinické imunologie a alergologie, FN u sv. Anny v Brně, Lékařská fakulta MU, Brno

Slova porucha imunity se stala zaklínadlem, který slyšíme opakovaně od svých pacientů. Podle představy mnohých lidí by se mohlo jednat o jednu z nejčastějších skupin patologických stavů. Oproti běžné představě je ale třeba zdůraznit, že hlavním příznakem imunodefience obvykle nejsou časté, ale banální infekce; infekce imunodeficientních pacientů jsou spíše charakterizovány tendencí ke komplikacím, prolongovanému průběhu, špatné odpovědi na standardní léčbu.

Imunodefience je možno dělit na primární a sekundární. Sekundární jsou následkem řady mechanismů, které různým způsobem porušují i imunitní odpověď. Škála příčin je velmi široká a bude předmětem jiného sdělení.

Ačkoliv jsou primární imunodefience považovány za doménu pediatrie, je nutno si uvědomit, že jejich problematika se významně dotýká i medicíny dospělých. Důvody mohou být principiálně tři:

1. Nemocní se závažnými primárními imunodeficienty jsou nyní adekvátně léčeni a běžně se dožívají dospělého věku. V této kategorii je potřeba zdůraznit zejména nemocné s různými formami primárních agamaglobulinemií, jimž včas zahájená adekvátní imunoglobulinová substituce umožňuje kvalitní život po mnoho desetiletí. Dospělého věku ale běžně dožívají i nemocní s poruchami komplementového systému, nemocí se syndromem Di George, lidé s poruchami fagocytózy. Sem by bylo možno zařadit i nemocné se závažnými primárními imunodeficienty, kteří podstoupili transplantaci hematopoetických buněk.

2. Druhou skupinu nemocných jsou osoby, jejichž imunodefience může být tak mírná, že diagnóza je stanovena až v dospělém věku. Příkladem mohou být nemocní se selektivním deficitem IgA (kteří mívají velmi nevýraznou manifestaci), osoby s některými poruchami komplementu.

3. Velmi podstatným a medicínsky závažným onemocněním je tzv. běžná variabilní imunodefience (CVID – z anglického common variable immunodeficiency). Dříve používaný název – primární hypogamaglobulinemie dospělých ukazuje na to, že se toto onemocnění obvykle projevuje právě v dospělém věku. Nejčastěji bývá diagnostikována koncem druhého decennia, ale rozpětí je široké, u některých nemocných se onemocnění manifestuje i v pozdním, důchodovém věku. U těchto nemocných se objevují především opakované bakteriální respirační infekce s tendencí ke komplikacím (sinusitidy, pneumonie, otitidy, dochází k rozvoji bronchiektázií). U některých nemocných může být v anamnéze již dříve přítomný sklon k častějším respiračním infekcím, u jiných předchorobí neupozorňuje na možnost imunodefience. Pacienti mají sklon ke vzniku autoimunitních komplikací, typická je atrofická gastritida s rozvojem perniciózní anémie, někdy v poměrně časném věku. Další častou autoimunitní komplikací je imunitní trombocytopenická purpura, ta může být prvním příznakem CVID. Nemocní mají i sklon k chronickým průjmům. Laboratorně nacházíme výrazný pokles hladiny

IgG spolu s poklesem IgA a/nebo IgM. Důležitým diagnostickým kritériem je porušená specifická imunitní odpověď po vakcinaci. Jedinou adekvátní léčbou je imunoglobulinová substituce.

Sekundární imunodeficeience

MUDr. Zita Chovancová, Ph.D.

Ústav klinické imunologie a alergologie, FN u sv. Anny v Brně

Sekundární imunodeficeience (SID) vzniká na podkladě získané poruchy funkce imunitního systému, která se rozvíjí v důsledku celkové změny organismu působením vnějších i vnitřních vlivů, díky základnímu onemocnění nebo jeho léčby.

SID můžeme dělit dle porušené složky imunitního systému, avšak většinou bývá porušena jak humorální, tak buněčná složka imunitního systému. Mezi nejčastější SID patří deficeience protilátkové, které jsou způsobeny ztrátou bílkovin (např. močí při poškození ledvin, zažívacím traktem při dlouhodobých průjmech, chronických střevních zánětech nebo při porušení kožního krytu či krvácení) nebo poruchou syntézy imunoglobulinů (např. leukemie, lymfomy, myelom). Porucha buněčné imunity provází některé virové infekce (např. HIV, EBV, virus chřipky, spalniček). Kombinované imunodeficeience se vyskytují u pacientů s chronickými chorobami, jako jsou diabetes mellitus, jaterní dysfunkce, chronická renální imunodeficeience, a také u pacientů s malnutricí, hypovitaminózami nebo nedostatkem stopových prvků. Fagocytární deficeience provází snížený počet nebo funkci neutrofilů např. v důsledku dřeňového útlumu, autoprotilátek proti neutrofilům nebo závažných chirurgických zákroků. Komplementové deficeience vznikají v důsledku konsumce komplementu při autoimunitních onemocněních nebo porucha syntézy komplementu při jaterních onemocněních. SID se rozvíjí také jako následek iatrogenního působení (např. systémová kortikoterapie, imunosupresivní terapie, chemoterapie, radioterapie, závažné chirurgické zákroky nebo splenektomie).

Klinicky se SID projevují recidivujícími infekcemi, které nereagují adekvátně na běžně užívanou terapii, mají neobvyklou lokalizaci nebo jsou způsobené atypickými patogeny. Diagnostika SID je u specialisty kromě anamnézy založena na laboratorních vyšetřeních, ve kterých se zjišťuje koncentrace humorálních složek imunitního systému a počet, případně funkce imunokompetentních buněk. Při podezření na přítomnost SID u praktického lékaře je před odesláním na imunologické vyšetření vhodné vyšetřit krevní obraz a diferenciální rozpočet leukocytů, základní biochemické vyšetření včetně koncentrace celkových bílkovin a albuminu a moč biochemicky. Pro terapii SID však neexistují jednoznačná doporučení. V prvé řadě je třeba léčit základní onemocnění, které SID vyvolalo. U pacientů s klinickými příznaky SID je možno nasadit antibiotickou profylaxi. Nedoporučuje se aplikovat živé vakcíny, při používání polysacharidových vakcín je vhodné volit vakcíny konjugované. U některých symptomatických pacientů je vhodná substituční imunoglobulinová léčba. Efekt užívání bakteriálních imunomodulátorů je sporný.

Sekundární imunodeficeience představují heterogenní skupinu onemocnění s poměrně častým výskytem a rozmanitou etiologií, se kterými se praktický lékař ve své ordinaci může setkat. Je proto třeba na její výskyt myslet a u symptomatických pacientů doplnit podrobnější imunologické vyšetření.

Chronická infekce HIV – léčbou ovlivnitelný stav

MUDr. Svatava Snopková, Ph.D.

Klinika infekčních chorob Lékařské fakulty MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

Infekce HIV je díky moderní antiretrovirové léčbě od konce minulého tisíciletí považována za léčbou ovlivnitelný stav a onemocnění vyvíjející se několik desítek let. Přes tyto úspěchy nejeví pandemie HIV/AIDS žádné epidemiologické známky ústupu ani v zemích, kde je diagnostika a léčba všeobecně dostupná. V zemích EU je v posledních několika letech každoročně diagnostikováno přes 29 tisíc nových HIV-pozitivních jedinců a téměř polovina z nich je rozpoznána ve velmi pokročilém stadiu selhání imunity. Z těchto souvislostí vyplývá jednoznačná informace, že diagnostika infekce HIV je v rámci diferenciálně diagnostických úvah významně podceňována.

Onemocnění HIV/AIDS nemá žádný specifický klinický projev. Symptomatologie při selhání imunity v důsledku infekce HIV je obdobná či stejná jako u celé řady jiných nemocí. Relativně častěji se mohou objevit některé abnormality v krevním obraze – trombocytopenie, leukopenie/neutropenie, které jsou obvykle zjištěny a vyšetřovány v ambulancích praktických lékařů, internistů či hematologů. Včasná diagnostika, která umožní také včasnou léčbu, je základní nástroj vedoucí k ústupu pandemie infekce HIV, neboť efektivní léčba je dnes chápána nejen jako strategie terapeutická, ale také jako strategie prevence přenosu infekce na jiné jedince.

Díky efektivní léčbě infekce HIV v posledních dvou desetiletích dramaticky klesla incidence AIDS-definujících onemocnění, zejména oportunních infekcí a některých malignit. Ve srovnání s všeobecnou populací vzrostl počet neinfekčních komplikací, jako jsou kardiovaskulární choroby, venózní a arteriální trombotické stavy, metabolické poruchy, chronická onemocnění jater a ledvin, onemocnění nervového systému, některé nádory a další. Tato rozsáhlá skupina chorob je označována jako non-AIDS definující nemoci a u všeobecné populace je spojována s vyšším věkem a stárnutím. Kauzální příčina tohoto fenoménu není jasná, její objasnění je prioritou současného vědeckého výzkumu, jelikož bude významným přínosem nejen pro HIV-pozitivní, ale také pro léčbu a prevenci těchto onemocnění u HIV-negativní všeobecné populace.

Přednáška sponzorovaná firmou Gilead Sciences, s.r.o.

Nefrologie

garant prof. MUDr. Josef Zadražil, CSc.

pátek / 28. dubna 2017 / 14.50–16.00 hod.

Antikoagulancia v nefrologii

prof. MUDr. Josef Zadražil, CSc.

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

Problematika antikoagulační terapie v nefrologii je značně složitá. Je tomu tak proto, že pacienti s chronickým onemocněním ledvin mají zvýšené riziko tromboembolických i hemoragických komplikací. Dochází k poruše všech fází primární hemostázy v důsledku tzv. uremické trombocytopatie, zvyšuje se koncentrace fibrinogenu a antitrombinu, klesá protein C a S, dochází k nárůstu multimerů von Willebrandova faktoru, zvyšuje se PAI-1, hladina tPA se snižuje, klesá tvorba destičkového tromboxanu A₂, snižuje se aktivita glykoproteinu IIb/IIIa a dochází i k abnormalitám v metabolismu cévního endotelu. Prevalence fibrilace síní narůstá s poklesem glomerulární filtrace (eGF-kalkulovaná glomerulární filtrace). Pacienti s chronickým selháním ledvin a fibrilací síní mají 2x vyšší riziko úmrtí a 3x vyšší riziko CMP v porovnání s pacienty s chronickým selháním ledvin, kteří fibrilaci síní nemají.

Nejdéle používaným antikoagulačním přípravkem je nefrakcionovaný heparin, který byl v současné době ve většině indikací nahrazen nízkomolekulárními hepariny. Mezi jejich hlavní výhody patří podkožní aplikace, krátký biologický poločas a možnost efektivní antagonizace protaminem sulfátem. Prvním perorálním antikoagulanciem a milníkem v antikoagulační léčbě byl Warfarin. Warfarin má úzké terapeutické okno a velkou interindividuální variabilitu a jeho podávání vyžaduje rutinní monitorování INR a nutnost časté úpravy dávky. Z nežádoucích účinků Warfarinu je v přednášce věnovaná pozornost málo známé a relativně nové nozologické jednotce Warfarinem indukované nefropatii. Terapie Warfarinem je asociována také s rizikem progresí cévních kalcifikací. Příčinou této skutečnosti je inhibice aktivity protektivního faktoru cévních kalcifikací Gla proteinu Warfarinem.

Všeobecně akceptované indikace k léčbě Warfarinem nelze explicitně aplikovat u pacientů s pokročilými chorobami ledvin. U pacientů s chronickou renální insuficiencí a fibrilací síní je terapie Warfarinem spojena podle většiny doposud provedených studií s nesignifikančním snížením rizika CMP a rutinní antikoagulační léčba pro prevenci CMP u většiny těchto pacientů není podle současných názorů doporučována. V případě warfarinizace je nutno počítat s vysokým rizikem krvácení, progresí cévních kalcifikací v koronárním i periferním cévním řečišti a u pacientů v pravidelném dialyzačním léčení i s rizikem protrahovaného krvácení po vpiších do arteriovenózních spojek.

Nová perorální antikoagulační (NOACs) mají v porovnání s Warfarinem nízký potenciál pro interakce s potravinami a jinými léky. Jejich antikoagulační účinek nastupuje rychle a interindividuální rozdíly jsou ve srovnání s Warfarinem podstatně nižší. Robustní data z řady klinických studií i registrů prokázala větší bezpečnost NOACs v porovnání s Warfarinem. Rovněž u pacientů s chronickými chorobami ledvin s eGF > 0,5 ml/s a fibrilací síní jsou NOACs v porovnání s Warfarinem superioritní. Dabigatran (Pradaxa, Boehringer Ingelheim) je přímý inhibitor trombinu. Je eliminován ledvinami přibližně z 80 % a je kontraindikován u pacientů s eGF < 0,5 ml/s. Protože má nízkou vazbu na bílkoviny je dialyzovatelný. Z přímých inhibitorů aktivovaného faktoru Xa jsou u nás registrovány rivaroxaban (Xarelto, Bayer Pharma AG) a apixaban (Eliquis, Bristol-Mayers Squibb/Pfizer). Rivaroxaban je eliminován ledvinami jen asi z 33 %, nicméně u pacientů s eGF 0,25–0,49 ml/s je nutno zvážit redukci dávky. U pacientů s eGF < 0,25 ml/s není doporučován. Apixaban má ze všech NOACs nejnižší renální clearanci, ale podobně jako u Rivaroxabanu je u nemocných s eGF < 0,5 ml/s doporučováno snížit dávku a lék neindikovat v případech, kdy eGF je < 0,25 ml/s. Xabany jsou z velké části vázány na plazmatické bílkoviny a nejsou proto dialyzovatelné.

Význam ultrasonografického vyšetření v nefrologii

doc. MUDr. Karel Krejčí, Ph.D.

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

U pacientů s podezřením na renální onemocnění představuje ultrasonografické vyšetření ledvin bezesporu metodu první volby mezi zobrazovacími technikami. Je metodou neinvazivní, snadno dostupnou, libovolně opakovatelnou, pacienta nezatěžující a relativně levnou. Informuje nás o přítomnosti vrozené vývojové vady uropoetického systému, o výskytu jedné či obou ledvin, jejich uložení, tvaru a velikosti. Umožňuje posoudit tloušťku, echogenitu a homogenitu ledvinového parenchymu, charakter kortiko-medulární hranice, charakter hranice parenchym-centrální sinus a náplň kalichů, pánevky či močovodu. Umožní tak detekovat obstrukci močových cest, ložiskové změny cystického či solidního charakteru, přítomnost kalcifikací a konkrémentů. Je pomocnou metodou při diagnostice akutních i chronických zánětlivých stavů močového systému. Umožňuje rovněž hodnocení močového měchýře a prostaty. Je základní vyšetřovací metodou v transplantární nefrologii. Pod přímou ultrasonografickou kontrolou je možno provádět biopsie autologních i transplantovaných ledvin případně jiné invazivní zákroky. Nepostradatelné je ultrasonografické vyšetření při hodnocení cévního zásobení ledvin s využitím dopplerovského zobrazení a lze je využít i jako screeningovou metodu při diagnostice stenózy renální arterie.

Ve sdělení bude formou prezentace vlastních ultrasonografických nálezů věnována pozornost fyziologickému ultrasonografickému obrazu ledvin, jakož i základním patologickým obrazům a specifickým nálezům, které mohou doprovázet různá ledvinná onemocnění. Budou tak prezentovány obrazy onemocnění postihujících primárně tubulointersticiální prostor a ledvinná klubička, ať už ve formě akutní či chronické nefritidy, dále některá specifika zobrazení u diabetické nefropatie, poškození ledvin při monoklonálních gammapatiích, nálezy při nefrokalcinóze, nefrolitiáze a obstrukci močových cest. Budou rovněž diskutována některá úskalí diagnostiky cystických onemocnění ledvin, vrozených nefropatií, ledvinových nádorů a ultrasonografických obrazů pokročilých nefropatií. Pozornost bude rovněž věnována možnostem ultrasonografického vyšetření v detekci stenózy renální tepny a její role při bioptickém vyšetření autologní ledviny. Krátce bude zmíněna i problematika ultrasonografického sledování pacientů po transplantaci ledvinového štěpu.

Proteinurie a hematurie v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Jiří Orság

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

Proteinurie a hematurie představují jedny z nejčastějších patologických nálezů v moči. Mohou být izolované nebo se vzájemně provázejí, ev. jsou asociovány i s jiným patologickým nálezem v moči. Pečlivá analýza nálezu proteinurie či hematurie je vždy nezbytná.

Proteinurie je definována vylučováním proteinu do moči v celkovém objemu větším jak 150 mg/24 hodin. V ordinaci praktického lékaře je nejčastěji stanovena orientačně pomocí testovacích proužků. Toto vyšetření má ovšem nízkou specifitu i senzitivitu a je ovlivněno různými fyziologickými stavy, zejména stavem hydratace pacienta. Při **orientálním vyšetření testovacími proužky** detekujeme bílkovinu v moči, překročí-li její koncentrace 0,2–0,3 g/l. Rozmezí 0–4+ při kvalitativní analýze zhruba odpovídá rozmezí 0 až 5 g/l při analýze kvalitativní. U pacientů s pozitivním nálezem při vyšetření diagnostickým proužkem (1+ a více) má být přítomnost proteinurie potvrzena vyšetřením kvalitativním.

Při detekci a monitorování proteinurie je aktuálně doporučováno její **kvantitativní vyšetření ve vzorku (nejlépe první ranní) nesbírané moči**. Kvantitativní proteinurie je vyjadřována jako **poměr protein/kreatinin v moči** (PCR), nebo jako **poměr albumin/kreatinin v moči** (ACR). Hodnota ACR má nejvyšší výpovědní hodnotu a nejnižší intra individuální biologickou variabilitu. Tento poměr ale nelze použít při koncentraci kreatininu v séru nad 250 µmol/l. V takovém případě je nutno využít **vyšetření odpadů moči za 24 hod se sbírané moči**. Pacienti se dvěma nebo více pozitivními nálezy proteinurie při kvantitativním vyšetření mají podstoupit další vyšetření k objasnění etiologie a charakteru proteinurie (**prerenální, renální, postrenální, ortostatická, transitorní**).

Hematurie je definována jako přítomnost erytrocytů v moči nad fyziologickou mez, tj. nad 3–5 erytrocytů na zorné pole v sedimentu (lépe vyjádřeno jako erytrocyty /µl, zde potom hranice 5–10 erytrocytů/µl) ve dvou ze tří řádně odebraných vzorků moče. Hematurie se může vyskytovat jako **makroskopická**, tj. viditelná prostým okem, nebo jako **mikroskopická**, tj. zobrazitelná pouze při mikroskopickém vyšetření močového sedimentu. Nejčastěji je stanovena opět **pomocí testovacích proužků**. Detekční proužky prokazují peroxidační účinky hemoglobinu nebo myoglobinu, a proto nelze tímto vyšetřením precizně diferencovat mezi hematurií, hemoglobinurií či myoglobinurií. Při pozitivním výsledku s detekčními proužky musí vždy následovat **mikroskopické vyšetření močového sedimentu**. Nutné je vyšetření moči do 1–2 hodin po vymočení k prevenci hemolýzy. Hematurie může být příznakem onemocnění jak močových cest (postrenální), tak ledvin (glomerulopatie či tubulointersticiální nefritida), může ale vzniknout i z příčin extrarenálních. Pro klinickou praxi je tak nejprůnosnější rozdělení hematurie z důvodů urologických či nefrologických. V případě glomerulární hematurie dochází k průchodu erytrocytů přes glomerulární membránu vedoucí ke změně jejich tvarů (dysmorfní erytrocyty). Tyto erytrocyty prokazujeme při **vyšetření močového sedimentu pomocí fázového kontrastu**. Glomerulární hematurie je pak charakterizována přítomností více než 80 % dysmorfních erytrocytů a/nebo nálezem více než 5 % akantocytů. Při novém průkazu hematurie je nutno nejprve vyloučit benigní příčiny (menses, infekce močových cest, trauma apod). Další diagnostický proces se řídí konkomitantními nálezy. Pokud se jedná o izolovanou hematurii je indikováno urologické vyšetření, pokud je spojena s proteinurií, renální insuficiencí nebo pozitivním vyšetřením ve fázovém kontrastu, měl by být pacient vyšetřen nefrologem.

Subakutní intoxikace olovem – kazuistika

MUDr. Viktor Klementa¹, doc. MUDr. Marie Nakládalová, Ph.D.²,
prof. MUDr. Josef Zadražil, CSc.¹

¹III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická LF UP a FN Olomouc

²Klinika pracovního lékařství LF UP a FN Olomouc

Úvod: V dnešní době je otrava olovem ve vyspělých zemích velmi vzácnou diagnózou. Jejím stanovení často předchází rozsáhlý diagnostický proces, který nás však může svést na scestí. Konečné určení správné diagnózy je snadné, pokud na ni pomyslíme. V opačném případě byli v minulosti pacienti opakovaně léčeni transfuzemi pro anémii či dokonce operováni pro podezření na náhlou příhodu břišní. Z těchto důvodů má při pátrání po etiologii řady nespecifických příznaků, které jsou typické pro intoxikaci olovem, svou významnou roli dobře a důkladně odebraná anamnéza.

Kazuistika: Popisujeme případ 46letého muže, který přichází opakovaně na Oddělení urgentní-
ho příjmu FN Olomouc s nespecifickými příznaky (difúzní silné křečovitě bolesti břicha s iradiací do

bederní krajiny, výrazná únava, malátnost, nechutenství, pocit úzkosti). Při první návštěvě zaléčen jen symptomaticky s dobrým efektem, nicméně dochází k rychlému návratu klinických potíží. Druhý den opět přichází na OUP, nyní však po důkladném rozboru anamnézy vysloveno podezření na intoxikaci olovem. Dle dostupných laboratorních vyšetření patrna normocytární anémie, retikulocytóza, zvýšená hladina železa v séru, lehká renální a jaterní insuficience. Vzhledem k těmto skutečnostem naplánováno další došetření za hospitalizace, při kterém byla potvrzena subakutní otrava olovem. Naměřená hodnota olova v krvi (plumbemie) 10,2násobně překročila limit přípustný pro běžnou populaci, proto byla ihned zahájena specifická léčba cheláty (Succicaptal), která byla již od počátku s výrazným efektem. Pro nadále velmi dobrý klinický stav pacienta pokračováno v terapii ambulantně. Celková doba léčby se řídila nejnovějšími doporučeními a trvala 19 dní. Po této době došlo k výraznému snížení plumbemie, během terapie i po jejím ukončení pacient již asymptomatický, dle kontrolních vyšetření došlo k postupné normalizaci patologických laboratorních hodnot.

Závěr: I v současnosti, kdy máme k dispozici nejnovější laboratorní a pomocné diagnostické metody, nesmíme zapomínat na kvalitně a podrobně odebranou anamnézu. Jak se někdy říká: „Dobrá anamnéza je polovina diagnózy“. Proto je opravdu důležité si na rozhovor s pacientem vždy najít dostatečné množství času.

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 perindoprilum argininum 5 mg, resp. 10 mg, odpovídající 3,395 mg, resp. 6,79 mg perindoprilu, a indapamidum 1,25 mg, resp. 2,5 mg. Obsahuje laktózu jako pomocnou látku. **Terapeutické indikace:** Léčba esenciální hypertenze u dospělých; 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 k léčbě 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. **Starší pacienti:** Prestarium Neo Combi 1 tableta denně. Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg a 10 mg/2,5 mg: můžou být léčeni, pokud je normální renální funkce a po zvažení odpovědi krevního tlaku. Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg: kreatinin v plazmě musí být přizpůsobený ve vztahu k věku, tělesné hmotnosti a pohlaví. **Porucha funkce ledvin:** 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 kombinace jednotlivých monokomponent. CrCl < 30 ml/min léčba je kontraindikována. Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg: CrCl < 60 ml/min léčba je kontraindikována. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na jiné inhibitory ACE, na sulfonamidy nebo na kteroukoli pomocnou látku. Angioedém v anamnéze (Quinckeho edém) ve spojitosti s podáním ACE inhibitoru (viz bod upozornění). Hereditární/idiopatický angioedém. Současné užívání přípravku Prestarium Neo Combi s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo s poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m²). Hypokalemie. Závažná porucha funkce ledvin (CrCl < 30 ml/min) u přípravku Prestarium Neo Combi 5 mg/1,25 mg. Středně těžká a těžká porucha funkce ledvin (CrCl < 60 ml/min) u přípravku Prestarium Neo Combi 10 mg/2,5 mg. Hepatální encefalopatie. Závažná porucha funkce jater. 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). Z důvodu nedostatečných klinických zkušeností přípravek nemá být používán u dialyzovaných pacientů a u pacientů s neléčeným dekompenzovaným srdečním selháním. **Upozornění:** Zvláštní upozornění: Nedoporučuje se současně podávat s lithiem, s draslík šetřícími diuretiky a solemi draslíku. **Dualní blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS):** zvýšení rizika hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin), proto se dualní blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitoru ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu nedoporučuje. Pokud je léčba dualní 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 neuropatií. **Neutrocytopenie/agranulocytóza, trombocytopenie a anémie:** používání s mimořádnou opatrností u pacientů s kolagenovým vaskulárním onemocněním, u užívajících imunosupresivní léčbu, léčbu alupurinolem 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 blankoidních (včely, vosy). Prestarium Neo Combi má být s opatrností používáno u alergických pacientů léčených desenzibilizační léčbou a nemá 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 alerýzy LDL pomocí dextran-sulfátu:** vzácně se vyskytl život ohrožující anafylaktoidní reakce. Těmto reakcím lze předejít dočasným vysazením léčby inhibitory ACE před každou alerýzou. **Anafylaktoidní reakce u pacientů dialyzovaných pomocí vysoce propustných membrán:** použít jinou membránu nebo jinou skupinu antihypertenziv. **Těhotenství:** okamžitě ukončení léčby, v případě nutnosti další léčby zahájit jinou léčbu. Hepatální encefalopatie: ukončení léčby. **Fotosenzitivita:** ukončení léčby. Porucha funkce ledvin: v případě funkční renální insuficience bez jevných stávajících renálních lézí má 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: **Porucha funkce jater:** 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. Porucha funkce ledvin: léčba má 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 má být zahájena na nemocničním lůžku, a mají být sledovány funkce ledvin a hladiny draslíku. **Riziko arteriální hypotenze a/nebo renální insuficience v případě srdečního selhání:** zahájení léčby pod lékařským dohledem se sníženou počáteční dávkou. **Aortální nebo mitrální stenóza/hypertrofická 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 cirkulací nedostatečnosti. **Suchý kašel.** **Hladiny draslíku:** pravidelné monitorování. **Hyperkalemie:** v případě renální insuficience, zhoršených renálních funkcí, věku > 70 let, diabetu mellitu: zahájení léčby pod lékařským dohledem s nižší úvodní dávkou. **Dehydratace, akutní kardiální dekompenzace, metabolické acidózy a souběžné užívání draslík šetřících diuretik a solí draslíku nebo v případě pacientů užívajících jiné léky související se zvýšením hladiny draslíku v séru** ** je doporučeno časté monitorování hodnot draslíku v krvi; může vyvolat závažné a někdy fatální arytmie. **Hypokalemie:** 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. Hyponatrémie s hypovolémií mohou způsobit dehydrataci a ortostatickou hypotenzi. Současná ztráta chloridových iontů může vést k sekundární kompenzační metabolické alkalóze (vyskyt se může po ukončení léčby). **Hyperkalemie:** přerušení léčby až do vyšetření funkce příštích týdnů. **Hyperurikémie:** zvýšená tendence k záchvatům dny. Anestezie: jeden den před operací je doporučeno přerušit léčbu. **Deficit porucha intolerance galaktózy, vrozený deficit laktázy nebo glukózo-galaktázová malabsorbce:** přípravek nemá být podáván. **Diabetici:** v případě hypokalemie by měla být pečlivě monitorována glykemie. **Etnické rozdíly:** vyšší výskytu 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. **Akutní myopie a sekundární glaukom u uzavřeným komorovým úhlem:** primární léčbou je okamžitě ukončení užívání léku. Okamžitá léčba nebo chirurgický zákrok se zvažují, pokud zůstává nitroční tlak nekontrolován. Rizikovými faktory pro rozvoj akutního glaukomu s uzavřeným komorovým úhlem mohou být alergie na sulfonamidy nebo penicilin v anamnéze. **Interakce:** aliskiren (u pacientů s diabetem nebo poruchou funkce ledvin). **Nedoporučované kombinace:** lithium, kalium šetřící diuretika a sole draslíku, současná léčba inhibitorem ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin, estramustin. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** Baciofen, nesteroidní antiinfektiva (včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den), antiaritmika, léky vyvolávající torsades de pointes, léky snižující hladiny draslíku, draslík šetřící diuretika, digitální a vazodilatancia, alupurinol, cytostatika a imunosupresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid nebo tetrakosaktid, anestetika, glipitiny, sympatomimetika, injekce zlata, metformin, jodované kontrastní látky, vápník (a jeho soli), cyklosporin, takrolimus. **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: hypersenzitivita, parestezie, bolest hlavy, dysgeuzie, astenie, závrať, vertigo, zhoršení zraku. **Méně časté:** eozinofilie, hypoglykemie, hyperkalemie, hyponatrémie, změny nálady, poruchy spánku, somnolence, synkopa, tachykardie, vaskulitida, bronchospasmus, suchý v ústech, angioedém kopřivka, purpura, hyperhidróza, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, artralgie, myalgie, renální insuficience, erektilní dysfunkce, bolest na hrudi, malátnost, periferní otok, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, pád. Vzácně: únava, zvýšená hladina bilirubinu a jaterních enzymů v krvi. **Velmi vzácně:** rinitida, trombocytopenie, leukopenie, agranulocytóza, aplastická anémie, hemolytická anémie, pancytopenie, hyperkalcemie, zmatenost, cévní mozková příhoda, možná sekundárně k nadměrné hypotenzi u vysoce rizikových pacientů, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní), angina pectoris a infarkt myokardu (možné sekundárně k nadměrné hypotenzi u vysoce rizikových pacientů), eozinofilní pneumonie, pankreatitida, hepatitida, abnormální hepatální funkce, erythema multiforme, toxická epidermální nekrolýza, Steven-Johnsonův syndrom, snížení hladiny hemoglobinu a snížení hematokritu akutní renální selhání. **Není známo:** torsades de pointes (potenciálně fatální), hepatální encefalopatie (v případě jaterní insuficience), myopie, rozmanité vidění, možné zhoršení preexistujícího akutního diseminovaného lupus erythematosus. EKG – prodloužený QT interval, zvýšená hladina glukózy a kyseliny močové v krvi, deplece draslíku s hypokalemií, zvláště závažná u určitých vysoce rizikových skupin pacientů. **Předávkování:** Farmakologické vlastnosti: Prestarium Neo Combi je kombinovaný přípravek obsahující argininovou sůl perindoprilu, inhibitoru angiotensin-konvertujícího enzymu, a indapamid, derivátu sulfonamidu, farmakologicky řazenému k thiazidovým diuretikům, s antihypertenzním účinkem na systolický a diastolický arteriální tlak v poloze vleže i vstojie. **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. Registrace číslo: 58/502/06-C (5 mg/1,25 mg), 58/215/09-C (10 mg/2,5 mg). **Datum poslední revize textu:** 12. 8. 2016 (5 mg/1,25 mg), 15. 12. 2016 (10 mg/2,5 mg). 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: 222 118 307, 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

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

PRESTARIUM® NEO COMBI

...když potřebujete
preferované
diuretikum do
COMBI^{nace}



1 tableta denně



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

OLOMOUC

MEDICÍNA PRO PRAXI

XV. kongres praktických lékařů v Olomouci

**27.–28. dubna
2017**

**Clarion
Congress
Hotel Olomouc**

Pořadatel: společnost SOLEN, s.r.o., a časopis Medicína pro praxi
Záštita: II. interní klinika FN u sv. Anny Brno a OS ČLK v Olomouci

HLAVNÍ PARTNEŘI



PARTNEŘI

Akademie klasické homeopatie, spol. s r.o.

Alexion Pharma Czech s.r.o.

Altrevia s.r.o.

Angelini Pharma Česká republika s.r.o.

B. Braun Medical s.r.o.

Boehringer Ingelheim, spol. s r.o.

BTL zdravotnická technika, a.s.

FAGRON a.s.

Gilead Sciences s.r.o.

Inpharm s.r.o.

IREXAN, s.r.o.

Mediclinic a.s.

Medingo s.r.o.

Orion Diagnostica - organizační složka

Pfizer PFE, spol. s r.o.

Pfizer, s.r.o.

Plus4U a.s.

QUICKSEAL INTERNATIONAL, s.r.o.

R.K.Studio

S & D Pharma CZ, spol. s r.o.

SWISS PHARMA, spol.s.r.o.

Zentiva společnost skupiny Sanofi

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



**Medicína
pro praxi**



POŘADATELÉ DĚKUJÍ UVEDENÝM FIRMÁM ZA SPOLUÚČAST NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

www.neurologiepropraxi.cz



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 arginine (per)/5mg amlodipinu (amlo), 20mg ator/5mg per/5mg aml, 20mg ator/10mg per/5mg aml, 20mg ator/10mg per/10mg aml, 40mg ator/10mg per/10mg aml. Obsahuje laktózu jako pomocnou látku. **INDIKACE:** Léčba esenciální hypertenze a/nebo stabilní ischemické choroby srdeční ve spojení s primární hypercholesterolemií nebo smíšenou (kombinovanou) hyperlipidemií, jako substituční terapie u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných atorvastatinem, perindoprilem a amlodipinem podávaných současně ve stejné dávce, jaká je obsažena v této kombinaci. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ:** Obvyklá dávka je jedna tableta denně. Fixní kombinace není vhodná pro iniciační léčbu. Je-li nutná změna dávkování, titrace se má provádět s jednotlivými složkami. **Starší pacienti a pacienti s poruchou funkce ledvin:** lze podávat pacientům s clearance kreatininu ≥ 60 ml/min, není vhodný pro pacienty s clearance kreatininu < 60 ml/min, u těchto pacientů se doporučuje individuální titrace dávky s jednotlivými složkami. **Pacienti s poruchou funkce jater:** Přípravek má být podáván s opatrností a je kontraindikován u pacientů s jaterním onemocněním v aktivním stavu. **Pediatrická populace:** Použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **KONTRAINDIKACE:** Hypersenzitivita na léčivé látky, nebo na jiné ACE inhibitory, nebo deriváty dihydropridinu, 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) souvisejícího 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 hladiny 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 hypotenze 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 zkušební s podáváním přípravku pacientům 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 blanketických (včely, vosy), reakcí je možné se vyhnout dočasným vysazením léčby, nicméně se znovu objevily po neúmyslné expozici. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anémie:** Přípravek Lipertance má být používán s extrémní opatrností u pacientů se systémovým onemocněním pojiva (collagen vascular disease), u pacientů užívajících imunosupresivní léčbu, léčbu alopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů a pacienti mají být poučeni, aby hlásili jakékoli známky infekce (např. bolest v krku, horečku). **Rasa:** perindopril může být méně účinný na snížení krevního tlaku a může vést k vyššímu výskytu angioedému u 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:** 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 (inzuliny, perorální antidiabetika), baklofen, nesteroidní antiflogistika (NSAID) (včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den), kolchicin, kolestipol, perorální kontraceptiva, gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), symptomatická, tricyclická antidepresiva/antipsychotika/anestetika, zlato, digoxin, atorvastatin, warfarin, cyklosporin nebo takrolimus, antihypertenziva a vaskulární dilatační. **FERTILITA, TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Přípravek Lipertance je kontraindikován během těhotenství a kojení. **FERTILITA:** U některých pacientů léčených blokátory kalciových kanálů byly zaznamenány reverzibilní biochemické změny na hlavové části spermatozoi. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Schopnost reagovat může být narušena při závratí, bolesti hlavy, únavě nebo nauce. Opatrnost je zapotřebí zejména na začátku léčby. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** **Velmi časté: edém. Časté:** nazofaryngitida, hypersenzitivita, hyperglykémie, somnolence, závrať, bolest hlavy, dysgeuzie, parestezie, vertigo, porucha zraku, diplopie, tinitus, palpitace, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), zčervenání, faryngolaryngeální bolest, epistaxe, kašel, dyspnoe, nauzea, zvracení, bolest horní a dolní části břicha, dyspepsie, průjem, zácpa, změny způsobu ve vyprazdňování stolice, flatulence, vyrážka, pruritus, otok kloubů, otok kotníků, bolest končetin, artralgie, svalové spasmy, myalgie, bolest zad, astenie, únava, periferní edém, abnormální výsledky testů jaterních funkcí, zvýšená hladina kreatinfosfokinázy v krvi. **Méně časté:** rinitida, 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 šije, svalová slabost, poruchy močení, noční močení, polakisurie, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynecomastie, bolest na hrudi, bolest, malátnost, periferní otok, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, zvýšení tělesné hmotnosti, pozitivní nálezy leukocytů v moči, snížení tělesné hmotnosti, pád. **Vzácné:** trombocytopenie, stavy zmatenosti, periferní neuropatie, 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:** Krička 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 přípravků si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-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



LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

DVĚ DIAGNÓZY – JEDNO ŘEŠENÍ



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



1× DENNĚ