

# MEDICÍNA PRO PRAXI

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ

---

## V. KONGRES PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ

REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUC  
24. – 25. 5. 2007

## MEDICÍNA PRO PRAXI

# ABSTRAKTA

# Zlom v léčbě závislosti na nikotinu



- 44 % nekouřilo po 12 týdnech léčby přípravkem CHAMPIX<sup>1-2</sup>
- 71 % nekouřilo po 24 týdnech léčby přípravkem CHAMPIX<sup>\* 3</sup>  
\* Ze skupiny pacientů (n = 1210), kteří přestali kouřit po předchozí 12týdenní léčbě a poté byli randomizováni k pokračovací léčbě vareniklin versus placebo po dalších 12 týdnech.
- Unikátní duální mechanismus účinku<sup>4</sup>
- Žádné známé interakce s jinými léky<sup>5</sup>

#### ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU.

Champix® 0,5; 1 mg potahované tablety.

**Léčivá látka:** Vareniclinum (ve formě tartarátu) 0,5 nebo 1 mg v jedné potahované tabletě. **Indikace:** Odvykávací léčba kouření u dospělých. **Dávkování a způsob podání:** 1 mg vareniklinu 2x denně v návaznosti na jednotýdenní titraci: 1.-3. den 0,5 mg 1x denně; 4.-7. den 0,5 mg 2x denně; 8. den - konec léčby 1 mg 2x denně. Pacienti by měli být přípravkem Champix léčeni po dobu 12 týdnů. U pacientů, kterým se podařilo přestat kouřit do konce 12. týdne, lze zvažít následnou 12-týdenní léčbu v dávce 1 mg 2x denně. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku přípravku. **Zvláštní upozornění:** Fyziologické změny vyvolané ukončením kouření mohou ovlivnit farmakokinetiku nebo farmakodynamiku některých léčivých přípravků (možné zvýšení plazmatických hladin substrátů CYP1A2) a jejich dávku bude možná nutně upravit (např. teofylin, warfarin a inzulin). Je třeba opatrnosti u pacientů s anamnézou psychiatrického onemocnění. **Interakce:** Vareniklin nemá dosud známé žádné klinicky významné lékové interakce. **Těhotenství a kojení:** Podávání přípravku Champix v těhotenství se nedoporučuje. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Nedoporučuje se řídit, ovládat složitá zařízení nebo se věnovat jiným potenciálně nebezpečným činnostem, dokud si pacient neověří, že vareniklin neovlivňuje jeho schopnost tyto činnosti provádět. **Nežádoucí účinky:** Nausea, bolest hlavy, nespavost a neobvyklé sny. **Předávkování:** Nebyl hlášen žádný případ předávkování. Léčba: podle potřeby zajistit standardní podpůrná opatření. **Uchovávání:** Přípravek nevyžaduje žádná zvláštní opatření pro uchovávání. **Balení:** Pro zahájení léčby: 11 tablet 0,5 mg a 14 tablet 1 mg v blistru. Pro udržovací léčbu: 28, 56 tablet 0,5 a 1 mg v blistru. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Limited, Ramsgate Road, Sandwich, Kent, CT13 9NJ, Velká Británie. **Registrační čísla:** EU/1/06/360/001-010. **Datum poslední revize textu:** 18. 12. 2006.

Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před podáním léčiva se, prosím, seznamte s úplnou informací o přípravku.

**Reference:** 1) Gonzales D, Rennard SI, Nides M et al. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA. 2006 Jul 5;296(1):47-55. 2) Jorenby DE, Hays JT, Rigotti NA et al. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA. 2006 Jul 5;296(1):56-63. 3) Tonstad S et al. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation. A randomized controlled trial. JAMA 2006; 296:64-71. 4) Coe JW, Brooks PR, Vetelino MG et al. Varenicline: an alpha4beta2 nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. J Med Chem. 2005 May 19;48(10):3474-7. 5) Souhrn údajů o přípravku Champix, Pfizer 2006.

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



CHAMPIX.CZ

**CHAMPIX**<sup>®</sup>  
varenicline tartrate

# ČTVRTEK, 24. 5. 2007

- od 7.30 registrace
- 8.30–9.30 **Kardiologie I. / doc. MUDr. Miroslav Souček, CSc.**
- Onemocnění periferních tepen (uzávěrová choroba periferních tepen) – MUDr. Ivo Hořírek
  - Hypertenze 2007 – doc. MUDr. Miroslav Souček, CSc. – **interaktivní přednáška**
- 9.30–9.50 **Servier – firemní sympozium**
- Jaké jsou možnosti dosažení cílových hodnot kompenzace diabetu? – MUDr. Jindřich Olšovský
- 9.50–10.00 přestávka (coffee break)
- 10.00–10.20 **Krka – firemní sympozium**
- ACEi a sartany – metabolicky pozitivní antihypertenziva – doc. MUDr. Miroslav Souček, CSc.
- 10.20–11.20 **Kardiologie II. / doc. MUDr. Miroslav Souček, CSc.**
- Chlopenní vady – MUDr. Pavel Marcián
  - Infekční endokarditida – MUDr. Martin Troubil
  - Chirurgická léčba chlopenních vad – doc. MUDr. Petr Němec, CSc.
- 11.20–11.50 **Novartis – firemní sympozium**
- Dyslipidemická léčba a KV riziko – prof. MUDr. Jiří Widimský, DrSc.
  - Statiny a interakce v klinické praxi – není statin jako statin – doc. MUDr. Miroslav Souček, CSc.
- 11.50–11.55 přestávka
- 11.55–13.25 **Oftalmologie / MUDr. Pavlína Hrabčíková**
- Možnosti korekce refrakčních vad – MUDr. Urania Tavandzi
  - Operace katarakty v současnosti – MUDr. Pavlína Hrabčíková
  - Ptóza víček a možnosti jejího řešení – MUDr. Marta Vidlářová
  - Současné trendy v terapii glaukomu – MUDr. Šárka Mohlerová – **interaktivní přednáška**
- 13.25–14.15 oběd
- 14.15–16.15 **Hematologie / doc. MUDr. Věra Krčová, CSc.**
- Trombofilní stavy – doc. MUDr. Věra Krčová, CSc.
  - Antikoagulační a antiagregační léčba – MUDr. Antonín Hluší
  - Krvácivé stavy – MUDr. Jana Procházková
  - Algoritmus laboratorního vyšetření trombotických a krvácivých stavů z pohledu praktického lékaře – Mgr. Luděk Slavík, Ph.D., Mgr. Jana Mališková
  - Úskalí krvácení, jejich diagnostika a léčba ve stomatologii – MUDr. Vítězslav Zbořil, Ph.D.
- 16.15–16.25 přestávka (coffee break)
- 16.25–18.25 **Otorinolaryngologie ORL / prof. MUDr. Rom Kostřica, CSc.**
- Vertigo – prof. MUDr. Miroslav Novotný, CSc.
  - Korekce sluchových vad – MUDr. Tomáš Talach
  - Tonsilitidy a jejich možné komplikace – MUDr. Pavel Smilek, Ph.D.
  - Traumatologie hlavy a krku – prof. MUDr. Rom Kostřica, CSc.
- 19.30 společenský večer v prostorách Grand restaurantu RCO

# PÁTEK, 25. 5. 2007

- 9.00–9.30 **Grünenthal – firemní sympozium**
- Doporučená farmakoterapie akutní a chronické bolesti – MUDr. Jitka Podsedníčková, ALB
- 9.30–10.30 **Revmatologie / doc. MUDr. Pavel Horák, CSc.**
- Zánětlivé revmatické choroby v ambulantní praxi – diagnostika a léčba – doc. MUDr. Pavel Horák, CSc.
  - Kloubní náhrady u zánětlivých revmatických chorob – MUDr. Jiří Gallo, Ph.D.
  - Borreliová infekce a pohybový systém – MUDr. Martin Žurek
- 10.30–10.50 **Pfizer – firemní sympozium**
- Současná léčba závislosti na tabáku, role praktického lékaře – MUDr. Eva Králíková, CSc. – **interaktivní přednáška**
  - Aktivity SVL ČJS JEP v oblasti léčby závislosti na tabáku – MUDr. Jozef Čupka
- 10.50–11.05 **přestávka (coffee break)**
- Křest novinkového titulu Předoperační vyšetření nakladatelství Grada za účasti autorky MUDr. H. Skalické
- 11.05–11.20 **Na aktuální otázky gastroenterologie**
- Screening kolorektálního karcinomu – MUDr. Helena Stárková
- 11.20–13.05 **Neurologie / doc. MUDr. Petr Kaňovský, CSc.**
- Neurologické komplikace diabetes mellitus – doc. MUDr. Egon Kurča, Ph.D.
  - Neurologické manifestace hemoblastóz – MUDr. David Doležil, Ph.D.
  - Neurologické manifestace poruch lipidového metabolismu – doc. MUDr. Ivanka Vlachová, Ph.D.
  - Kardiální arytmie u neurologických onemocnění – MUDr. Andrea Bártková
- 13.05–13.25 **Krka – firemní sympozium**
- Je jasno v profylaxi gastropatií při dlouhodobé léčbě NSA a ASA? – MUDr. Helena Stárková
- 13.25–14.15 oběd
- 14.15–14.25 **Medial – firemní sympozium**
- „C-reactive protein – the first choice inflammation marker for point-of-care“ – Dr. Eldri Prestegård
- 14.25–15.55 **Gynekologie a endokrinologie / prof. MUDr. Milan Kudela, CSc.**
- Hormonální antikoncepce z pohledu současných znalostí – MUDr. Dana Ondrová
  - Hyperandrogenní syndrom – MUDr. Hana Šarapatková
  - Úloha praktického lékaře při včasné diagnostice Ca corporis uteri – prof. MUDr. Milan Kudela, CSc.
  - HPV vakcína – nadějná perspektiva eradikace cervikálního karcinomu – doc. MUDr. Radovan Pilka, Ph.D.
  - Rozhovory v lékařské praxi – MUDr. et PhDr. Lenka Hansmanová, Ph.D.
- 15.55–16.10 **Merck Pharma – firemní sympozium**
- Lodoz – produktové sdělení – MUDr. Jan Nový
- 16.10–16.15 losování ankety společnosti SOLEN
- 16.15–16.20 přestávka
- 16.20–17.20 **Právní problematika v medicíně / JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.**
- 17.20 ukončení kongresu



# Účinná podpora hubnutí\*



**Meridia®**  
sibutramin 

...sytý z mála\*

## ...navíc edukační materiály a konzultace ZDARMA

- ▶ objednání edukačních materiálů [www.meridia.cz](http://www.meridia.cz)
- ▶ informace a konzultace pro pacienty [www.merrylinka.cz](http://www.merrylinka.cz) nebo tel.: 800 116 116

### Meridia® Sibutramin - Zkrácená informace o přípravku

**Složení:** 1 tobolekta 10 mg nebo 15 mg sibutramini hydrochloridum. **Charakteristika:** Antiobezitikum. **Indikace:** pro obézní pacienty (BMI > 30 kg/m<sup>2</sup>) i pro pacienty s nadváhou (BMI > 27 kg/m<sup>2</sup>) a přítomnými rizikovými faktory jako jsou diabetes II. typu nebo dyslipidemie. Přípravek je indikován v rámci komplexního programu snižování hmotnosti u pacientů, kde režimová opatření k snížení nebo udržení hmotnosti nestačí. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na sibutramin nebo jakoukoliv pomocnou látku, vážné poruchy příjmu potravy, organická příčina obezity, psychiatrické onemocnění – ve studiích na zvířatech vykazoval sibutramin potenciální antidepresivní účinnost, nelze tedy vyloučit, že by mohl vyvolat manickou epizodu u pacientů s bipolární afektivní poruchou, užívání inhibitorů MAO nebo dalších centrálně působících přípravků, nedostatečně kontrolovaná HT, ICHS, srdeční selhání, arytmie, CMP, hyperthyreóza, těžká porucha funkce jater nebo ledvin, BHP s retencí moči, glaukom s úzkým úhlem, drogová, léková nebo alkoholová závislost, těhotenství a kojení, osoby starší 65 let a mladší 18 let. **Nežádoucí účinky** se objevují převážně na počátku léčby, obecně nejsou vážné a jsou reverzibilní. Nejčastěji se vyskytuje např. sucho v ústech, nespavost a zácpa, méně často zvýšení krevního tlaku, tachykardie, návaly, změny chuti, pocení, bolesti hlavy, atd. **Interakce:** sibutramin je metabolizován především prostřednictvím jaterního isoenzymu CYP3A4. Přípravek Meridia® nemá být podáván současně s jinými léky, které zvyšují hladinu serotoninu, nebo léky, které mohou zvyšovat krevní tlak nebo srdeční frekvenci. **Zvláštní upozornění:** Po dobu podávání přípravku Meridia® je doporučeno kontrolovat krevní tlak a tepovou frekvenci. **Dávkování a doba trvání léčby:** Počáteční dávka je 1 tobolekta přípravku Meridia® 10 mg denně. V případě potřeby a při dobré toleranci je možné dávku navýšit na 15 mg jednou denně. Max. doba podávání 1 rok. Účinnost a toleranci preparátu je třeba pravidelně kontrolovat. **Předávkování:** S předávkováním sibutraminem jsou pouze omezené zkušenosti. **Balení:** 28 nebo 98 kapslí 10 mg nebo 15 mg. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Abbott GmbH & Co., Wiesbaden, SRN. **Registrační číslo:** 10 mg 08/541/99-C, 15 mg 08/542/99-C. **Podmínky uchovávání:** Při teplotě do 25°C. **Datum poslední revize textu:** 18.1.2006. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis a je hrazen s indikačním omezením z veřejného zdravotního pojištění. Dříve, než přípravek předepíšete, seznáme se, prosím, s úplnou informací o přípravku.

\* James WPT et al. Effect of sibutramine on weight maintenance after weight loss: a randomised trial Lancet 2000, 356:2119-25

# KARDIOLOGIE I

garant: doc. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

ČTVRTEK / 24. 5. 2007 / 8.30–9.30 hod.

## Onemocnění periferních tepen (uzávěrová choroba periferních tepen)

MUDr. Ivo Hofírek

II. interní klinika MU a FN u sv. Anny, Brno

Uzávěrová nemoc periferních tepen (peripheral artery disease, PAD) je obecně nejčastěji způsobena aterosklerózou. Výskyt roste s věkem a tímto onemocněním je postiženo 12,5 % populace ve věku mezi 55 a 74 lety, přičemž vrchol je u mužů kolem 70 let věku. Z periferních tepen postihuje nečastěji břišní aortu, pánevní tepny a tepny dolních končetin. Ale také je často přítomna na karotidách a u tepen oblouku aorty. Mezi rizikové faktory patří zejména diabetes, kouření, věk, hypertenze, hyperlipidemie, fyzická inaktivita a další. Na uzávěrové chorobě periferních tepen se významně podílí trombóza, zvláště trombocyty.

Specifickou formou PAD jsou diabetické angiopatie. Na velkých tepnách (břišní aortě, pánevních tepnách a tepnách stehen) jsou podobné uzávěrové ateroskleróze, jinak se jedná o specifický typ uzávěrové choroby. Diabetické angiopatie jsou komplexním procesem, na kterém se podílí mechanismy poškození cévní stěny, porucha funkce působků a významně porucha hemostázy.

K základní diagnóze PAD na dolních končetinách je určující zjištění poměru kotníkových tlaků (ABI). Poměru dopplerovsky ultrazvukem měřeného perfuzního tlaku na koncových úsecích bérkových

tepen k tlaku na pažní tepně. Fyziologické hodnoty jsou rovny nebo nad 0,90. ABI pod 0,90 znamená ischemickou chorobu dolních končetin.

Zásadním předpokladem úspěšné terapie PAD je odstranění rizikových faktorů a fyzikální trénink (trénink chůzí). Součástí základní terapie je antiagregační léčba acetylosalicylovou kyselinou, thienopyridiny nebo jejich komplikací. V akutních fázích nebo při nutnosti přerušení nebo vysazení antiagregační terapie se používají nízkomolekulární hepariny (LMWH). Konzervativní postup a antiagregační terapie jsou úspěšné až v 40–60 % případů PAD.

Antiagregační terapie doplněná v indikovaných případech podáváním heparinu nebo LMWH (např. nadroparinu) je terapií při endovaskulárních výkonech (PTA, PTA + stent) na periferních tepnách. U diabetických angiopatií je aplikace LMWH výhodnější a z klinických zkušeností je možné je aplikovat i v i.v. kontinuálních infuzích, což zajišťuje stabilizovaný účinek.

V případech trombotických uzávěrů periferních tepen se využívají v terapii endovaskulární výkony, endovaskulární fibrinolýza, LMWH a antiagregační terapie. Antikoagulancia se využívají v případech bypassových výkonů.

Tzv. vazodilatační terapie je stále předmětem diskuzí a není jednotný názor na její účinnost.

## Hypertenze 2007

doc. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

II. interní klinika MU a FN u sv. Anny, Brno

Hypertenze je nejdůležitější příčinou smrti v Evropě a USA. Na celém světě trpí vysokým krevním tlakem více než miliarda lidí, ale méně než třetina léčených je správně kontrolována. Náš pohled na léčbu hypertenze se významně mění, v praxi jsou uplatňována pravidla medicíny založené na důkazech, nová doporučení jsou doplňována výsledky klinických studií.

Co nového přinesla pro praxi „Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze – verze 2004“.

Poprvé je doporučována medikamentózní léčba u nemocných s vysokým normálním tlakem tj. 130–139/85–89 mmHg pro jasný nárůst výskytu kardiovaskulárních příhod. Léčba je doporučována u pacientů po prodělané CMP nebo koronární příhodě, u pacientů s manifestní ICHS, s chronickým renálním onemocněním, u diabetiků a u osob s kumulací rizikových faktorů.

Dále přinesla možnost stratifikace rizika u hypertenzních pacientů s prognózou desetileté kardiovaskulární morbidity a mortality. Rozšířil se výběr anti-hypertenziv pro první linii, kde došlo k zavedení léčby sartany (antagonisté receptoru AT1 pro angiotenzin II). Přesto můžeme konstatovat, že pouze každá třetí velká klinická studie dosáhla normalizace krevního

## POŘADATEL

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

## PREZIDENT

doc. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

## PROGRAMOVÝ VÝBOR

doc. MUDr. Pavel Horák, CSc.,  
MUDr. Pavlína Hrabčíková,  
doc. MUDr. Petr Kaňovský, CSc.,  
prof. MUDr. Rom Kostřica, CSc.,  
doc. MUDr. Věra Krčová, CSc.,  
prof. MUDr. Milan Kudela, CSc.,  
JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.,  
doc. MUDr. Miroslav Souček, CSc.,  
MUDr. Hana Šarapatková

## Olomouc 24.–25. 5. 2007

### Regionální centrum Olomouc (RCO)

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle stavovského předpisu č.16 ČLK ohodnocena certifikátem pro lékaře a 6 kredity pro sestry

PŘÍLOHA ČASOPISU MEDICÍNA PRO PRAXI  
ISSN 1214-8687

**ORGANIZÁTOR:** SOLEN, s.r.o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc,  
**kontaktní osoba:** Ing. Karla Břečková, tel.: 582 397 457,  
mob.: 777 714 677, e-mail: breckova@solen.cz,  
**programové zajištění:** Mgr. Hana Reichelová,  
tel.: 585 242 502, mob.: 777 557 426, e-mail: reichelova@solen.cz

tlaku. Proto je kladen důraz na kombinaci terapií a byly doporučeny možnosti kombinací různých tříd antihypertenziv dle ESH/ESC 2003. Léčbu vysokého krevního tlaku můžeme již zahájit kombinací dvou léků v nízké dávce. Cílem léčby hypertenzního pacienta je snížení celkového kardiovaskulárního rizika a dále dosažení hodnot TK pod 140/90 mmHg u nekomplikované hypertenze, pod 130/80 mmHg u hypertenze spojené s výskytem diabetes mellitus, pod 125/75 mmHg u hypertenze s významnou nefropatií. V roce 2006 vydala Britská společnost pro hypertenzi (BHS) stanovisko k výsledkům rozsáhlé studie ASCOT, v níž u pacientů léčených kombinací

inhibitoru ACE perindoprilu a blokátoru kalciových kanálů amlodipinu došlo ve srovnání s léčbou beta-blokátorem a diuretikem k významnému poklesu mortality (-11%), cévních mozkových příhod (-23%), nově vzniklého diabetu (-30%) a koronárních příhod (-13%). Na základě toho byly definovány jako léky první volby pro léčbu hypertenze u osob do 55 let inhibitory ACE (při nesnášenlivosti blokátory receptorů AT1, pro angiotensin II), u nemocných starších než 55 let pak blokátory kalciových kanálů nebo diuretika. Pro druhou linii léčby u všech hypertoniců se doporučuje kombinace inhibitoru ACE s blokátorem kalciových kanálů nebo inhibitoru ACE s diureti-

kem, a třetí linii představuje trojkombinace uvedených preparátů různých skupin. V doporučeních jde o zásadní změnu, protože až dosud platilo, že léčba hypertenze má být zahajována thiazidovými diuretiky, ve druhé linii se pak doporučovaly beta-blokátory, kalciové blokátory představovaly až třetí linii léčby. ACEi byly alternativou beta-blokátorů u pacientů se zvýšeným rizikem vzniku diabetu. V letošním červnu očekáváme nová doporučení Evropské společnosti pro hypertenzi a ta budou základem pohledu na hypertenzi v roce 2007.

## SERVIER – FIREMNÍ SYMPOZIUM

ČTVRTEK / 24. 5. 2007 / 9.30–9.50 hod.

### Jaké jsou možnosti dosažení cílových hodnot kompenzace diabetu?

MUDr. Jindřich Olšovský

II. interní klinika MU a FN u sv. Anny, Brno

DM 2. typu jako chronické progredující onemocnění přináší svým nositelům riziko cévních komplikací, a to jak makro-, tak mikrovaskulárních. Pro snížení

tohoto rizika je zapotřebí co nejlepší kompenzace diabetu (na cílové hodnoty) a také léčebná intervence ostatních rizikových faktorů (obezita, hypertenze, dyslipidemie...).

K dosažení optimální účinnosti léčby je zapotřebí včasná intervence, intenzivní léčba a dynamický přístup ke změnám léčby v souvislosti s progresí onemocnění.

Při výběru léčby vycházíme z algoritmů terapie, které jsou výsledkem zobecnění efektivity jednotlivých způsobů léčby, ale vždy přihlížíme k potřebám a stavu konkrétního nemocného. Správná volba léčby a včasné úpravy terapie mohou napomoci k dosažení cílových hodnot kompenzace diabetu a snížení rizika cévních komplikací.

## KRKA – FIREMNÍ SYMPOZIUM

ČTVRTEK / 24. 5. 2007 / 10.00–10.20 hod.

### ACEi a sartany – metabolicky pozitivní antihypertenziva

doc. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

II. interní klinika MU a FN u sv. Anny, Brno

Arteriální hypertenze je jedním z rizikových faktorů metabolického syndromu, jehož součástí jsou centrální obezita, diabetes mellitus a dyslipidemie. Kombinace rizikových faktorů potencuje nejen kardiovaskulární, ale i celkovou mortalitu a morbiditu. Prevalence metabolického syndromu je ve všech zemích vysoká. V České republice dosahuje u mužů

32% a u žen 24%. Kombinací hypertenze a diabetes mellitus trpí v současné době asi 5-7 % dospělé populace. Je dlouhodobě známo, že léčba diuretiky vede často ke zvýšení glykémie a zvýšenému riziku vzniku diabetes mellitus. Po vysazení diuretik se glukózová tolerance zlepšuje, ale u značného počtu zůstává porušena. Taktéž podávání beta-blokátorů vede často ke vzniku inzulinové rezistence a k možnosti vzniku nového diabetes mellitus. Naopak, léčba novějšími antihypertenzivy (blokátory kalciových kanálů, inhibitory angiotenzin-konvertujícího enzymu:

ACE-inhibitory, antagonisté angiotenzinových receptorů: AT1-blokátory) riziko vzniku diabetes mellitus snižuje. Metaanalýzy ukázaly, že podávání ACE-inhibitorů nebo AT1-blokátorů vede ve srovnání s dlouhodobou léčbou staršími antihypertenzivy (diuretika a beta-blokátor) ke snížení rizika nových případů diabetes mellitus o 20 %. Většina dlouhodobých studií antihypertenzní léčby zahrnuje relativně kratší časovou periodu 3-5 let, a je proto obtížné posoudit skutečný dopad metabolických změn v dlouhodobém horizontu.

# KARDIOLOGIE II

garant: doc. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

ČTVRTEK / 24. 5. 2007 / 10.20–11.20 hod.

## Chlopenní vady

MUDr. Pavel Marcián

Kardiologická klinika FN, Olomouc

**Úvod** – kardiologická pracoviště v České republice provádějí ročně asi 2500 operací chlopenních vad. Nejčastěji jsou operováni pacienti s aortální stenózou, přičemž postupně přibývá počet operovaných pro mitrální regurgitaci. Ostatní chlopenní vady jsou k operaci indikovány méně často. Vzhledem k nepříznivé prognóze pozdě indikovaných pacientů s chlopenní vadou se v poslední době zpřísnila kritéria k doporučení operace a to ve smyslu častější indikace i u asymptomatických nemocných, kteří již splňují potřebná kritéria k operaci.

**Cíl** – prezentace si klade za cíl seznámit praktické lékaře s důležitými body nových guidelines (doporučení) pro léčbu chlopenních vad a to jak guidelines amerických kardiologických společností (ACC/AHA) z roku 2006, tak posledních guidelines Evropské kardiologické společnosti (ESC) z roku 2007. Tato nová doporučení jsou podložena posledními dostupnými informacemi z proběhlých studií a jsou konsenzem oslovených odborníků.

Probrány nebudou veškeré detaily zmiňovaných guidelines, která jsou velmi obsáhlá, ale pouze zásadní změny a novinky. Důraz je kladen na situace, ve kterých může praktický lékař pomoci pacientovi se dostat ke kardiologovi časněji a zajistit mu tak šanci na ideální načasování operace.

**Závěr** – v nových guidelines ve srovnání se staršími doporučeními dochází k upřesnění indikací k operaci, případně je indikace doporučována dříve než v minulosti. Např. u asymptomatických pacientů s aortální stenózou s negativním zátěžovým testem je operace indikována při poklesu EF pod 50 %, u pacientů s bikuspidální aortální chlopní je indikace k náhradě ascendentní aorty při průměru nad 50 mm a v případě primární operace bikuspidální aortální chlopně pro stenózu či regurgitaci je tento rozměr dokonce jen 45 mm. U asymptomatické mitrální

regurgitace došlo k zmenšení hodnoty endsystolického rozměru LK (40 mm), při které je již pacient indikován k operaci. Praktický lékař často nově zjišťuje u svých pacientů při fyzikálním vyšetření chlopenní vadu a na základě uvedených doporučení by se neměl obávat odeslat k echokardiografickému vyšetření i zcela asymptomatického pacienta.

## Infekční endokarditida

MUDr. Martin Troubil

Kardiologická klinika FN, Olomouc

**Úvod** – infekční endokarditida (IE) je závažné onemocnění endokardu způsobené mikroorganismy, převážně postihující chlopně nebo chlopenní protězy. Incidence se pohybuje mezi 2–6 případy/100 000 obyvatel.

**Rozdělení** – z praktického hlediska rozdělujeme na endokarditidu nativních chlopní a endokarditidu chlopenních protéz – ta se dělí na časnou (do 1 roku po operaci srdce) a pozdní. Samostatně se vyděluje endokarditida postihující intravenózní narkomany. Infekční endokarditida je dále rozdělena dle lokalizace (mitrální, aortální, nástěnná apod.) a etiologie (streptokoková, stafylokoková, kultivačně negativní apod.).

**Diagnóza a klinický obraz** – stavy, kdy by měl lékař pomýšlet na IE jsou:

- septický stav s projevy embolizace resp. imunologickými příznaky
- postupné chřadnutí se známkami chronické infekce
- migrující pneumonie postihující především dolní laloky obou plic
- horečnatý stav u osoby s dispozicí k IE (chlopenní vada v anamnéze, stav po implantaci chlopenní protězy) nebo s nálezem nově vzniklého srdečního šelestu
- horečnatý stav u intravenózního narkomana.

Stanovení diagnózy se opírá o Durackova kritéria, která jsou předmětem sdělení stejně jako ukázky klinických projevů. Vyšetření nemocného s podezřením na IE má být prováděno na pracovišti se zkušenostmi v echokardiografii včetně jícnové, s velmi dobrým mikrobiologickým zázemím.

**Léčba** – má probíhat na pracovišti vyššího typu s možností kardiologické operativy. Léčba IE je primárně konzervativní; je kauzální – podle etiologického agens (antibiotika, resp. antimykotika) a symptomatická (léčba srdečního selhání, antiarytmika atd.), rozhodnutí o operačním řešení je individuální. Volba antibiotického režimu by měla být konzultována s příslušným antibiotickým centrem, vychází z doporučených postupů ČKS ([www.kardio-cz.cz](http://www.kardio-cz.cz)).

## Chirurgická léčba chlopenních vad

doc. MUDr. Petr Němec, CSc.

Kardiologická klinika FN, Olomouc

**Úvod** – podle údajů z Registru srdečních operací podstoupí každoročně v ČR téměř 3000 pacientů operaci některé srdeční chlopně.

**Metodika** – chlopenní vady lze léčit chirurgickou úpravou vlastní chlopně (plastika) nebo náhradou chlopně. Pro pacienta je plastika chlopně výhodnější, proto je enormní snaha o zachovné chlopenní operace, jejichž počty postupně narůstají. Zachovné operace lze provést většinou při chlopenních regurgitacích a příznivém morfologickém nález. Ve sdělení jsou popsány základní typy zachovných operací.

Pokud zachovnou operaci nelze provést, je nutná implantace umělé chlopně. Umělé chlopně existují ve dvou základních provedeních – mechanické a biologické. Indikace pro jejich implantaci jsou součástí sdělení.

**Závěr** – na základě teoretických předpokladů a praktických zkušeností Kardiologické kliniky v Olomouci jsou shrnuty možnosti a současný stav chirurgické léčby chlopenních vad.

# NOVARTIS – FIREMNÍ SYMPOZIUM

ČTVRTEK / 24. 5. 2007 / 11.20–11.50 hod.

## Dyslipidemická léčba a KV riziko

prof. MUDr. Jiří Widimský, DrSc.

Abstrakt nedodán.

## Statiny a interakce v klinické praxi – není statin jako statin

doc. MUDr. Miroslav Souček, CSc

II. interní klinika MU a FN u sv. Anny, Brno

Znalost metabolických interakcí patří k základním znalostem při indikaci a stanovení bezpečnosti kombinovaných lékových režimů. U více jak 60 % předepisovaných léčiv je inaktivace řízena metabolismem první fáze přes izoenzymy cytochromu P450 (CYP450). Tímto systémem jsou biotransformovány např. statiny, lipofilní beta-blokátory, blokátory kalciového kanálu, perorální antidiabetika, tricyklická antidepresiva, warfarin apod. Statiny jsou skupinou léků, která se nejčastěji předepisuje nemocným ve vyšším věku, zpravidla polymorbidním. Riziko závažné lékové interakce lze očekávat asi u 5–10 %

nemocných. Je proto nutné vědět, u kterých statinů lze interakce očekávat a v praxi se volbou optimálního statinu rizikové kombinaci vyhnout. Inhibitory HMG-CoA reduktázy, čili statiny, jsou nehomogenní skupinou metabolizovanou různými systémy. Systémem CYP3A4 jsou degradovány následující léky: atorvastatin, cerivastatin, simvastatin a lovastatin. Tento systém metabolizuje asi polovinu léků, např. fibráty, blokátory kalciového kanálů a další. Existuje také řada léků, které systém výrazně inhibují. Jsou to např. amiodaron, verapamil, diltiazem, makrolidová antibiotika, grapefruitová šťáva atd. Inhibitory pak mohou zvýšit expozici simvastatinu, cerivastatinu či lovastatinu až desetinásobně. Atorvastatin má výhodu, že má ještě duální cestu vylučování, zapojen je i glykoprotein P, ale i u něj mohou silné inhibitory CYP3A4 hladinu zvýšit na dvoj- či trojnásobek. Vzhledem k závažným interakcím s možností vzniku letální rhabdomyolýzy byl cerivastatin stažen z trhu. Problematická může být i kombinace s fibrá-

ty. Přestože nejsou typickým inhibitorem, mohou na isoenzymu CYP3A4 s metabolismem statinů interferovat, což může vést k toxickým projevům. Ostatní statiny nejsou substráty CYP3A4. Fluvastatin je substrátem CYP2C9. Jeho metabolismus může být zpomalen inhibitory CYP2C9, například klopidogrelem nebo nesteroidními antirevmatiky. Statiny jako pravastatin, rosuvastatin jsou substráty transportních systémů a jejich metabolismus není ovlivněn současnou medikací s běžně užívanými léky. Z pohledu interakcí na bázi farmakokinetiky, tak patří k poměrně bezpečným lékům. Ze statinů nemetabolizovaných CYP3A4 v současné době je dostupný pouze fluvastatin. Proto by měl být využíván především při riziku závažných lékových interakcí tj. například u nemocných léčených verapamilem, makrolidovými antibiotiky, fibráty nebo cyklosporinem.

*poznámky:*

# OFTALMOLOGIE

garant: MUDr. Pavlína Hrabčíková

ČTVRTEK / 24. 5. 2007 / 11.55–13.25 hod.

## Možnosti oční refrakční chirurgie

MUDr. Urania Tavandzi

Oční klinika LF UP a FN, Olomouc

Je velkým omylem domnívat se, že refrakční chirurgie v oftalmologii se hodí pouze pro mladší věkové skupiny. Cílem této přednášky je informovat posluchače souhrnně a stručně o možnostech odstranění různých dioptrických vad v různých věkových skupinách.

Jako první se budeme věnovat možnostem laserových operací. Tyto výkony se hodí jak pro myopy, tak hypermetropie a dovedou si poradit i s astigmatizmem. Na naší klinice pracujeme s excimerovým laserem firmy Karl Zeiss, který je up-gradovaný o tzv. iris registraci a topolink. Jednoznačné určení, jestli se laserový výkon dá provést, určí pachymetrické vyšetření, vyšetření Pentacamem, topografické vyšetření rohovky, cycloplegická refrakce a aberometrické vyšetření. Nejčastěji prováděným výkonem je metoda Lasik, u které musíme nejprve mikrokeraotomem vytvořit korneální lamelu. Jako druhá metoda volby, zejména u rohovek tenkých či plochých nebo strmých, se pak volí photorefraktivní keratektomie.

Pokud je vada pacienta nad rámec možností jeho rohovky, pak v mladším věku, kde usilujeme o zachování akomodační schopnosti, volíme implantaci fakických čoček. Nejčastěji volíme tzv. nitrooční kontaktní čočky.

U pacientů v presbyopickém věku k odstranění dioptrických vad volíme kromě laseru metodu zvanou RLE (refractive lens exchange) nebo také CLE (clear lens extraction). Jedná se vlastně o operaci velmi podobnou operativě katarakty jen s tím rozdílem, že pacientova čočka je čirá a její výměna je pouze z refrakčních důvodů. Takto můžeme zbavit brýlí nejen hypermetropie, ale i myopy. Pokud je pacient vhodný, pak můžeme implantovat také čočku multifokální. V těchto případech je ovšem velmi důležitý správný výběr pacienta.

Poslední téma této přednášky se jmenuje konduktivní keratoplastika. Je to výkon, který se provádí buď u hypermetropií (na obou očích), nebo u emetropických presbyopií.

Slouží k odstranění brýlí, které používá běžný presbyop na blízko. Jedná se o působení radiofrekvenčních vln na rohovku s cílem zestrmit její centrální část, a tím nedominantní oko myopizovat. Potom

se toto oko používá ke čtení, zatímco druhé, emetropické, slouží k vidění do dálky. Monovision se velmi dobře snáší a s výsledky jsou pacienti spokojeni.

## Operace katarakty v současnosti

MUDr. Pavlína Hrabčíková

Oční klinika LF UP a FN, Olomouc

Operace katarakty je jednou z nejčastějších v oční chirurgii, ale zdaleka ne nejjednodušších. Díky novým technologiím se stala mnohem bezpečnější, proto je možno ji provádět většinou ambulantně. V přednášce budeme prezentovat stručně historii operací katarakty, způsoby řešení v současnosti a novinky v přístrojovém vybavení.

Součástí přednášky budou videozáznamy z operací.

## Ptóza víček a možnosti jejího řešení

MUDr. Marta Vidlářová

Oční klinika LF UP a FN, Olomouc

Ptóza (pokles horního víčka) může mít mnoho příčin, které mají vliv na dobu i způsob léčení. V raném dětství může i jen částečné překrytí zornice při jednostranném postižení způsobit amblyopii. V dospělosti pak může mírná ptóza představovat pouze kosmetický defekt, při bilaterálním výrazném omezení zorného pole se ale stává závažným problémem a může vést k citelnému snížení kvality života. Cílem prezentace je seznámit posluchače s nejčastějšími příčinami ptózy, základními vyšetřovacími postupy a zejména se současnými možnostmi konzervativního i chirurgického řešení.

## Současné trendy v terapii glaukomu

MUDr. Šárka Mohlerová

Oční klinika LF UP a FN, Olomouc

Glaukom je chronická progresivní degenerativní neuropatie n.optikus postihující zorné pole, bývá spojena se zvýšeným nitroočním tlakem. Neléčený glaukom vede ke slepotě. Glaukomy se dělí na primární, sekundární a kongenitální. Primární glaukomy se dále dělí na primární glaukom otevřeného úhlu /POAG – primary open angle glaucoma/, který je častější a pro pacienta většinou asymptomatický, bývá zjištěn většinou náhodně při očním vyšetření, a primární glaukom uzavřeného úhlu /PACG – primary angle close glaucoma, syn. angulární glaukom/,

kteří se projevuje záchvaty bolesti oka s hemikranií a vegetativními projevy.

Léčba glaukomu je medikamentózní, laserová a chirurgická. Z medikamentózní léčby, která je ve formě očních kapek, máme k dispozici 5 skupin antiglaukomatik. Jsou to beta-blokátory, prostaglandiny, sympatomimetika, blokátory karboanhydrázy a parasympatomimetika. Jednotlivé skupiny lze používat buď ve formě monoterapie, přičemž poslední jmenovaná, jejichž představitelem je pilocarpin, je v dnešní době již považována za obsolentní, nebo ve formě kombinací. Jednotlivé skupiny léků lze vzájemně kombinovat, není však vhodné kombinovat léky ze stejné skupiny a dále není vhodné kombinace léku podávaného lokálně a celkově. To se týká hlavně kombinace beta-blokátorů ve formě očních kapek s beta-blokátorem k terapii systémové hypertenze. Některé kombinace již existují i ve formě fixních kombinací (typu 2 v 1).

Laserem u POAG většinou provádíme trabeculoplastiku, případně její novou modifikaci – selektivní laserovou trabeculoplastiku, která je pro trabeculum šetrnější při zachování účinnosti. U PACG je prováděna laserová iridotomie, která je zároveň kauzální léčbou primární příčiny vedoucí ke glaukomovému záchvatu tím, že oboje pupilární blok. Zároveň je nutné ošetřit i druhé oko, které je zatím bez projevů glaukomu uzavřeného úhlu a předejít tak glaukomovému záchvatu v budoucnosti.

Chirurgické výkony dělíme na filtrující a cyklodestrukční. Z filtrujících výkonů se nejčastěji provádí trabeculectomie, případně s použitím antimetabolitů jako mitomycin C a 5-fluorouracil, dále hluboká sklerectomie, která se od předchozí liší tím, že nedojde k otevření přední komory oční a filtrace se děje přes trabeculodescemetskou membránu. U pokročilých glaukomů, u kterých selhaly předchozí filtrující operace, lze implantovat drenážní glaukomový implantát, který filtruje z přední komory přes kanylu vyvedenou pod spojivku a zakončenou planární částí. Cyklodestrukční výkony vedou k částečné destrukci řasnatého tělesa, které je producentem nitrooční tekutiny a tím ke snížení její tvorby a následně ke snížení nitroočního tlaku. Cyklodestrukce lze provést chladem – cyklokryodestrukce, nebo laserem – cyklofotokoagulace, případně za použití gamma nože.

# HEMATOLOGIE

garant: doc. MUDr. Věra Krčová, CSc.

ČTVRTEK / 24. 5. 2007 / 14.15–16.15 hod.

## Trombofilní stavy

doc. MUDr. Věra Krčová CSc.

*Hematoonkologická klinika FN a LF UP, Olomouc*

Mechanismy vzniku tromboembolické nemoci jsou komplexní a zahrnují interakce zejména mezi získanými a vrozenými riziky.

Žilní trombóza je stav, kdy se tvoří krevní sraženina uvnitř žíly. Nejčastěji jde o lokalizaci v hlubokých žilách dolních končetin, ale i v horních končetinách nebo neobvyklých lokalizacích (např. portální, lienální, renální žíly, ale i retinální, mozkové atd.). Na vzniku žilní trombózy stále platí triáda formulovaná již v roce 1884 Rudolffem Virchowem (krevní stáza, poškození cévní stěny a změny ve složení krve – hemokoagulační změny se zdají být nejdůležitější). Vzniklý trombus se může uvolnit a jako embolus být vmeten do plicního řečiště a vytvořit plicní embolii. Jde tedy o dvě manifestace jedné choroby – HŽT + PE = TEN (tromboembolická nemoc).

Riziko trombózy je dynamický proces daný vnějšími získanými riziky během života (operace, traumata, imobilita, věk, malignity a řada chorobných stavů – onemocnění jater, srdce, ledvin, autoimunitní choroby atd.). Mezi vrozené rizikové stavy, které se na základě nových poznatků stále rozrůstají a diagnostikují patří nejčastěji mutace f II. Leden a f II. protrombinu, vzácně nedostatek antitrombinu, proteinu S, C a řada dalších, o jejichž významu na vzniku trombózy se stále ještě diskutuje.

Trombofilie je tedy zvýšená tendence pro vznik trombotických stavů. Jde o pacienty v mladším věku (do 45 let), v anamnéze s HŽT, mnohdy recidivující, či pozitivní RA žilních trombotických stavů u příbuzných v různých lokalizacích, bez zjištěného vnějšího rizikového faktoru. Také může jít o ženu s anamnézou opakovaných potratů nebo porodů mrtvých plodů, reeklampsií a abrupci placenty.

Trombofilní stav je však také širší pojem, kdy jde o zvýšenou schopnost ke vzniku trombóz na různém podkladě – vrozeném, získaném nebo často kombinovaném. Poznatky o vrozených trombofilních se stále rozrůstají a nejčastější z nich v dobře zavedené laboratoři lze testovat. V indikaci jejich provedení či interpretaci výsledků se mnohdy chybuje. Screening vrozené trombofilie při první HŽT nemá význam jen pro vyšetřovaného pacienta, ale i pro délku následné antikoagulační léčby, či zajištění profylaxe anti-

koagulační léčbou (LMWH, warfarin) při rizikových situacích.

Získané zevní příčiny trombofilního stavu ŽT: věk, imobilizace, operace (zejména ortopedické, traumata, gynekologické + urologické), malignity, léky (kortikoidy, estrogeny, progesterony či jiná hormonální léčba), chorobné stavy (autoimunitní onemocnění, srdeční choroby, ledvinové choroby, ale také zejména centrální žilní katétry). Těhotenství a šestinedělí s jejich komplikacemi vytváří dnes samostatnou skupinu.

Rizikové faktory AT se liší od ŽT – kouření, hypertenze, poruchy lipidového metabolismu.

Pokud ošetřující lékař nenalezne žádnou získanou příčinu, neodhalí malignitu, je možno vyslovit podezření na vrozenou trombofilii, zejména při pozitivní RA.

Pokud se prokáže vrozená trombofilie, která obecně zvyšuje riziko vzniku TEN, záleží, zda je o homozygota nebo heterozygota. Pro nákladnost vyšetření je proto nutné vzít v úvahu všechna anamnestická data, zejména o proběhlé žilní trombóze u pacienta.

## Antikoagulační a antiagregační léčba

MUDr. Antonín Hluší

*Hematoonkologická klinika FN a LF UP, Olomouc*

S narůstajícím výskytem tromboembolických komplikací jak arteriálního, tak žilního původu, stoupá význam příslušné léčby resp. prevence. Spektrum indikací těchto léčebných možností je široké. V praxi je důležité správně rozlišit příslušný druh antitrombotické terapie.

V případě žilních tromboembolických komplikací je používána léčba antikoagulační zaměřená na ovlivnění mechanismů koagulačního systému. V těchto indikacích je terapie zahajována heparinem s následnou perorální léčbou kumarinovými deriváty (warfarin). Léčba plným heparinem a warfarinem musí být náležitě monitorována (plný heparin pomocí aPTT, warfarin pomocí INR). Velkou výhodou nízkomolekulárních heparinů je dávkování vztažené k hmotnosti pacienta, bez nutnosti paušální monitorace. Délka perorální antikoagulační terapie závisí na více faktorech (anamnestických, klinických, laboratorní trombofilních rizicích) a pohybuje se většinou

od 3 měsíců do 1 roku, v některých případech je léčba dlouhodobá.

Antiagregační léčba je používána u trombotických příhod postihujících arteriální řečiště, zejména v kardiologii, neurologii, angiologii. Tato léčba je indikována jak v rámci primární léčby, tak v rámci sekundární prevence, se kterou se terénní lékaři setkávají nejčastěji. Léčba je zaměřena na cílené snížení funkce trombocytů. Dominujícím lékem této skupiny je ASA (kyselina acetylsalicylová). Ve vybraných indikacích je dále používána terapie thienopyridinovými deriváty clopidogrelem nebo ticlopidinem. V poslední době je možno u léčených pacientů s recidivou příhody laboratorně vyšetřit rezistenci na příslušný preparát.

U zvláště rizikových pacientů (např. antifosfolipidový syndrom, některé kardiologické a neurologické stavy) je používána antikoagulační a antiagregační léčba v kombinaci. Tito pacienti musí být intenzivně klinicky i laboratorně sledováni, hlavně pro rizika krvácivých komplikací, zejm. při možnostech lékových interakcí.

Velká část pacientů v sekundární antitrombotické prevenci je v péči terénních lékařů, a proto je sdělení zaměřeno na praktické stránky uvedené problematiky a na zlepšení komplexní odborné informovanosti širší lékařské veřejnosti.

## Krvácivé stavy

MUDr. Jana Procházková

*Hematoonkologická klinika FN a LF UP, Olomouc*

Jako krvácivý stav označujeme sklon ke zvýšenému krvácení jak spontánnímu, tak po úrazu nebo operačním zákroku. Z hlediska diferenciální diagnózy může být způsoben celou řadou příčin, nejpraktičtější je členění na 3 skupiny – poruchy plazmatického koagulačního systému, cévní stěny či trombocytů, podle doby vzniku na vrozené a získané. Jednotlivé příčiny se mohou vzájemně kombinovat, což může vést k prohloubení tíže krvácení.

Klinický obraz krvácivých stavů je pestrý, zahrnuje jak kožně slizniční krvácivé projevy (petechie, hematomy, sufuze, epistaxe, metroragie, enteroragie a hematurie), tak krvácení po úrazech, porodech či lékařských výkonech (extrakce zubů, operace) nebo do CNS. Specifickým projevem je nitrokloubní krvácení, které vidáme prakticky pouze u hemofiliků. ►►

Základem diagnostiky je pečlivá anamnéza, jak osobní (výskyt spontánního krvácení, průběh předchozích operací či porodů, přidružené choroby a medikace), tak rodinná. Při fyzikálním vyšetření si všímáme typu krvácivých projevů (kožně slizniční u destičkových příčin oproti pouřazovému, pooperační nebo kloubnímu u plazmatických defektů) a projevů přidružených chorob (především hepatopatie). Důležitou součástí vyšetření pacienta s podezřením na krvácivý stav je laboratorní vyšetření, i když je nelze přeceňovat, protože je omezená korelace mezi výsledky koagulačních testů a skutečným rizikem krvácení. Existují stavy s abnormálními hodnotami aPTT či INR bez rizika krvácení a naopak pacient se zcela normálními parametry základních koagulačních testů může mít těžké klinické projevy. Mezi základní koagulační laboratorní vyšetření patří: počet trombocytů (při trombopenii včetně manuálního odečtu z nátěru periferní krve), hladina fibrinogenu, protrombinový čas (Quick či INR), aPTT a doba krvácení (např. dle Ivyho). Indikace dalších speciálních testů k odhalení přesné etiologie a tíže krvácivé poruchy již většinou spadá do kompetence hematologa.

**Algoritmus laboratorního vyšetření trombotických a krvácivých stavů z pohledu praktického lékaře**

*Mgr. Luděk Slavík Ph.D.*

*Hematoonkologická klinika FN a LF UP, Olomouc*

Vyšetření pacientů při trombotických i krvácivých stavech sestává nejen ze screeningových testů, jako je počet trombocytů, protrombinový čas, aktivovaný parciální tromboplastinový čas, trombi-

nový čas, případně krvácivost resp. u trombotických stavů vyšetření D-dimerů, rezistence na aktivovaný protein C, při jehož pozitivitě následuje genetické vyšetření FV Leiden, ale zejména z posouzení anamnézy – osobní i rodinné.

Posouzení anamnézy doplněné klinickým vyšetřením musí být zaměřeno především na zjištění charakteru a lokalizace prodělaných krvácivých a trombotických příhod. Velmi důležitým bodem v anamnéze je výskyt lehkých krvácivých příhod a výskyt nevysvětlených krvácení. Tyto stavy vyžadují podrobné objasnění poruch hemostatického mechanismu u těchto pacientů.

Dle tíže podezření a patologie ve screeningových testech lze provést laboratorní vyšetření stupňovitě:

- a/ základní vyšetření sestává z počtu trombocytů, protrombinového času (PT, Quick), aktivovaného parciálního tromboplastinového času (aPTT), hladiny fibrinogenu a trombinového času (TT).
- b/ při nálezu patologie ve screeningovém vyšetření a posouzení, zda jde o krvácivý nebo trombofilní stav, následuje vyšetření jednotlivých koagulačních faktorů resp. inhibitorů koagulace.
- c/ u závažných vrozených stavů. Kde je známá příčina může následovat molekulárně genetické vyšetření (zejména FV Leiden).

U poruch trombocytů můžeme rozlišit trombocytopenie a trombocytopatie, které zjišťujeme řadou funkčních testů zejména agregačních. V současné době se zvyšuje zejména výskyt polékových trombocytopatií.

Z hlediska defektu koagulačních faktorů screeningové testy rozlišují poruchy zevní či vnitřní cesty koagulace, případně zjišťují přítomnost inhibitorů. Tyto defekty jsou poté prokazovány specifickými testy. Posledním možným defektem v plasmatickém systému je porucha fibrinolýzy.

U trombotických příhod je nejčastěji diagnostikována APC rezistence a poměrně méně často nacházíme defekty inhibitorů koagulace jako jsou antitrombin, protein C a protein S. V současné době můžeme naopak častěji pozorovat zvýšení některých koagulačních faktorů (F VIII, F II) u řady chorobných stavů.

Interpretace laboratorního nálezu je třeba provést klinickým specialistou za konzultace s laboratorním pracovníkem.

**Úskalí krvácení, jejich diagnostika a léčba ve stomatologii**

*MUDr. Vítězslav Zbořil, Ph.D.*

*Klinika ústní, čelistní a obličejové chirurgie FN, Olomouc*

Extrakce zubů a drobné chirurgické výkony v dutině ústní patří k nejčastějším zákrokům a jsou běžnou náplní stomatologické praxe. Krvácivé komplikace nejsou sice příliš časté, ale jejich výskyt zanedbatelný. Většinou mají místní příčiny a nečiní terapeutické problémy. Někdy však bývá nadměrné krvácení závažnější a může ohrozit i život pacienta. Jsou to nejčastěji choroby vrozené (hemofilie) nebo stavy navozené medikamentózně antikoagulační nebo antiagregační léčbou. Právě v těchto situacích je nezbytná úzká spolupráce stomatologa s hematologem či internistou.

# OTORINOLARYNGOLOGIE

garant: prof. MUDr. Rom Kostřica, CSc.

ČTVRTEK / 24. 5. 2007 / 16.25–18.25 hod.

## Vertigo

prof. MUDr. Miroslav Novotný, CSc.

Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku MU a FN u sv. Anny, Brno

Abstrakt nedodán.

## Korekce sluchových vad

MUDr. Tomáš Talach

Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku MU a FN u sv. Anny, Brno

V úvodu je stručně vysvětlena fyziologická práce orgánu sluchu včetně centrálního zpracování řečového signálu, binaurálního slyšení a vlivu poměru signál – šum. Dále jsou souhrnně popsány jednotlivé typy sluchových vad s ohledem na jejich etiologii, patofyziologii a subjektivní obtíže pacientů se zaměřením na poruchy komunikačního procesu. Jsou uvedeny konkrétní příklady poruchy vnímání a rozumění pro dané typy a závažnosti sluchových vad. Následuje popis sluchadel podle technických parametrů, tvaru a vhodnosti pro různé vady sluchu. Je věnována pozornost způsobu a kvalitě jejich zpracování signálu, způsobu komprese, analýzy řeči a možnosti programování. Autor zmiňuje současné nové trendy. Je popsán průběh správné péče o slu-

chově postiženého včetně průběhu adaptace na sluchadlo, následné péče a seřizování.

## Tonsilitidy a jejich možné komplikace

MUDr. Pavel Smilek, Ph.D.

Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku MU a FN u sv. Anny, Brno

Přednáška pojednává o etiologii, symptomatologii, diagnostice a léčbě akutních a chronických tonsilitid. Dále jsou popsány komplikace tonsilitid, které mohou být místní (peritonzilární flegmóna a absces, retro – a laterofaryngeální flegmóna a absces, abscedující lymfadenitida, flegmóna spodiny dutiny ústní) a celkové (tonzilogenní sepsis a revmatická horečka), jejich symptomatologie a léčba. Závěrem je uvedena kazuistika nemocné s retrotonzilárním abscesem, který byl komplikován rozvojem parafaryngeálního abscesu a mediastinitidy. Nemocná byla léčena antibiotiky a chirurgicky drenáží abscesů na krku a kolární mediastinotomií. Tonzilitida je běžné onemocnění, které lze poměrně snadno diagnostikovat a léčit. Není-li ovšem toto onemocnění správně léčeno, může dojít k závažným trvalým následkům a život ohrožujícím komplikacím.

## Traumatologie hlavy a krku

prof. MUDr. Rom Kostřica, CSc.

Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku MU a FN u sv. Anny, Brno

V první části bude provedeno rozdělení traumatologie hlavy a krku na poranění ucha, nosu, splanchnocrania, očníce a krku; zvláštní pozornost bude věnována cizím tělesům v oblasti hlavy a krku. Jsou zmíněna specifika traumatologie této oblasti, jejich druh léčby, důležitost a význam. Dále bude zmíněno poranění ušní, pokud jde o zevní, střední a vnitřní ucho s nejčastěji vznikajícími dlouhodobými poruchami v návaznosti na traumata. U poranění nosu se bude jednat o poranění nosní přepážky, zevní kostry nosní a ztrátová poranění. Splanchnocranium a jeho traumatologie bude v krátkosti upřesněna dle ne zcela přesně definovaných dělení a maximum pozornosti bude věnováno zlomeninám střední třetiny obličeje. Jako specifické téma jsou zvoleny zlomeniny očníce s jejich chirurgickou a konzervativní léčbou. Vzhledem k četnosti onemocnění způsobenými cizími tělesy v ORL oblasti jsou vyzvednuty zásady první pomoci a následné léčby.

# GRÜNENTHAL – FIREMNÍ SYMPOZIUM

PÁTEK / 25. 5. 2007 / 9.00–9.30 hod.

## Doporučená farmokoterapie akutní a chronické bolesti

MUDr. Jitka Podsedníčková, ALB

Centrum léčby bolesti 1. LF UK a VFN, Praha

Abstrakt nedodán.

# REVMATOLOGIE

garant: doc. MUDr. Pavel Horák, CSc.

PÁTEK / 25. 5. 2007 / 9.30–10.30 hod.

## Zánětlivé revmatické choroby v ordinaci praktického lékaře – diagnostika a léčba

doc. MUDr. Pavel Horák, CSc.

### III. interní klinika FN a LF UP, Olomouc

Mezi revmatická onemocnění se řadí mnoho chorobných jednotek, které se od sebe liší patogenézou, klinickými manifestacemi, prognózou a samozřejmě také velmi rozdílným léčebným přístupem. Se zvlášť závažnou problematikou se setkáváme v případě zánětlivých kloubních onemocnění, kam se řadí revmatoidní artritida, seronegativní spondylartritida (ankylozující spondylitida, psoriatická či enteropatogenní artritida, Reiterův syndrom), systémová onemocnění pojiva (systémový lupus erythematosus, sklerodermie, dermatomyozitida, Sjögrenův syndrom, vaskulitidy), krystaly indukované artritidy (dna, chondrokalcinóza) či artritidy související různým způsobem s infekcí (septická, tuberkulózní, borreliová, virová artritida, reaktivní artritidy). Příznaky těchto nemocí mohou být v úvodní fázi často velmi podobné. Je nutností odlišit zejména stavy spojené s nebezpečím z prodlení (sepsy, systémové choroby pojiva). U nevyhraněných stavů se začíná vžívat označení nediferencovaná artritida tam, kde nelze v čase prvního kontaktu spolehlivě stav diagnostikovat. V této souvislosti se hovoří také o novější diagnostické entitě rané revmatoidní artritidy, která může být spojena s výrazně lepší citlivostí k léčivům a s lepší prognózou při adekvátně zvolené léčbě. Vodítkem pro agresivnější léčebný postup se může stát pozitivita revmatoidního faktoru, anticitrulinových protilátek či časná detekce radiologických změn.

Při diagnostice revmatických chorob se stále častěji využívá sofistikovaných laboratorních (imunologie, mikrobiologie) i zobrazovacích (sonografie, MR, PET-CT) metod.

Farmakoterapie revmatických chorob představuje dynamicky se rozvíjející oblast s řadou nově uváděných farmak a celých farmakologických skupin léků (nové NSA, DMARDs a jejich kombinace, biologické léky). Navíc se objevuje v této oblasti řada nutričních doplňků, které proklamují účinnost v léčbě různých revmatických chorob. Dobrá informovanost praktického lékaře o revmatických chorobách a možnostech jejich diagnostiky a léčby umožňuje

kvalifikovaně poradit nemocnému v této oblasti, případně ho vhodným způsobem nasměrovat k další odborné péči.

## Kloubní náhrady u zánětlivých rvmatických chorob

MUDr. Jiří Gallo, Ph.D.

### Ortopedická klinika FN a LF UP, Olomouc

Choroby pohybového ústrojí patří všeobecně k nejčastějším problémům, se kterými se pacienti obracují na praktického lékaře. Mezi takzvané revmatické nemoci patří pestrá skupina onemocnění lišících se svou etiologií, klinickým obrazem, laboratorními nálezy, doporučenou léčbou i prognózou. Je podstatný rozdíl mezi tím, jestli pacient trpí kloubními bolestmi v důsledku artrózy nebo revmatoidní artritidy, systémových chorob pojiva (systémový lupus, sklerodermie, dermatomyozitida, Sjögrenův syndrom), parainfekční reaktivní artritidy, infekční artritidy, dny, atd. Pro revmatoidní artritidu i další systémové zánětlivé choroby je totiž charakteristický nejen progresivní průběh, ale i multiorgánové postižení ústí často v invaliditu a předčasnou smrt. Porozumění systematizaci revmatických chorob je tedy základním předpokladem pro správně vedenou léčbu i vhodnou radu nemocnému.

Terapie zánětlivých kloubních poruch se řídí stádiem onemocnění (viz doporučení Evropské ligy proti revmatizmu, EULAR). Pokročilá stádia kloubní destrukce ale není možné léčit jinak než za pomoci umělé kloubní náhrady (endoprotézy, dále jen EP). V principu lze tuto léčebnou metodu popsat jako sled tří po sobě následujících úkonů: 1) odstranění původního kloubního povrchu, 2) usazení vhodné EP a 3) intenzivní specifická rehabilitace, neboli integrace EP do individuálních pohybových řetězců. EP se dnes běžně uplatňují v oblasti kyčelního nebo kolenního kloubu, používají se i náhrady ramenního, loketního či zápěstního nebo hlezenního kloubu. Ve většině lokalizací jsou považovány za vysoce přínosné a bezpečné, protože poskytují dlouhodobě konzistentní a výrazně užitečné výsledky a přitom je operace provázena relativně nízkou četností komplikací. V této souvislosti je třeba si znovu připomenout, že se zánětlivé indikace výrazně liší od artritických či posttraumatických, což ovlivňuje nejen volbu implantátu, operační techniku ale i následnou péči

a dlouhodobé výsledky operace. Jde především o metabolismus kostního lůžka a stav okolních měkkých tkání, které přímo ovlivňují přežívání a funkční kapacitu EP. Nepochybně významnou roli hraje i snížená výkonnost imunitního aparátu, což zvyšuje riziko vzniku periprotetické infekce u těchto pacientů. Závěrem je nutné zdůraznit zásadní význam interdisciplinárního přístupu k revmatickým chorobám (obvodní lékař, ortoped, revmatolog, rehabilitační pracovník, protetik, lékárník).

## Borreliová infekce a pohybový systém

MUDr. Martin Žurek

### III. interní klinika FN a LF UP, Olomouc

Lymeská borrelióza je infekční nemoc způsobená spirochetami rodu *Borrelia*. Onemocnění probíhá v několika fázích a jeho projevy jsou rozmanité. Pro časnou lokalizovanou fázi choroby je charakteristické erytema migrans, regionální lymfadenopatie a celkové nespecifické příznaky. Časná diseminovaná forma onemocnění má projevy podobné, ale navíc se mohou objevit potíže neurologické, kardiální a kloubní. Skeletomuskulární, kožní a periferní i centrální nervový systém je postižen v pozdní fázi onemocnění.

Skeletomuskulární potíže se mohou objevit ve všech fázích lymeské borreliózy. V časně fázi současně s erytema migrans se objevují artralgie bez objektivních příznaků kloubního zánětu a mohou přetrvávat řadu měsíců i let. Intermitentní artritida se manifestuje již v časně fázi borreliózy, je obvykle monoartikulární nebo oligoartikulární a asymetrická. Frekvence atak intermitentních kloubních zánětů se s trváním onemocnění snižuje. Chronická lymeská artritida je velmi často omezena na jeden kloub, typicky koleno, a jsou pro ni charakteristické velké recidivující kloubní výpotky. Diagnostika lymeské borreliózy se skeletomuskulárními projevy je komplexní – založená na typickém klinickém nálezu a serologickém vyšetření (ELISA + konfirmační test Western blot -imunoblot). Základem léčby kloubních projevů lymeské borreliózy je dlouhodobé podávání antibiotické terapie.

# PFIZER – FIREMNÍ SYMPOZIUM

PÁTEK / 25. 5. 2007 / 10.30–10.50 hod.

## Závislost na tabáku: zdravotní souvislosti a současná léčba

MUDr. Eva Králíková, CSc.

Ústav hygieny a epidemiologie a Centrum léčby závislosti na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK a VFN, Praha

Závislost na tabáku patří mezi klasické drogové závislosti (diagnóza F 17 dle MKN-10). Účinná léčba této chronické a relaxující nemoci existuje a měla by být dostupná. Kromě psychobehaviorální podpory (intervence) je to i farmakoterapie. Ta je vhodná pro závislé na nikotinu – zabraňuje totiž především abstinenčním příznakům: touha kouřit, špatná nálada/deprese, nervozita/podrážděnost/zlost, nesoustředěnost, poruchy spánku, neschopnost odpočívat, zvýšená chuť k jídlu. Kuřák závislý na nikotinu kouří denně (většinou 10 a více cigaret) a po probuzení si zhruba do hodiny potřebuje zapálit.

K dispozici jsou dnes tři skupiny léků: nejdříve používaná náhradní terapie nikotinem, bupropion a vareniklin. Náhradní terapie nikotinem je volně prodejná v lékárně v 5 formách: náplast (Nicorette na 16 hodin, NiQuitinCQ na 24 hodin, obě ve 3 silách), žvýkačka (Nicorette 2 nebo 4 mg), mikrotableta (Nicorette 2 mg), inhalátor (Nicorette 10 mg) a pastilka (NiQuitinCQ 2 nebo 4 mg). Bupropion (Zyban) je vázaný na recept, toto původně antidepresivum (Wellbutrin) inhibuje zpětné vychytávání dopaminu a noradrenalinu v synapsích. Obě tyto skupiny léků zhruba zdvojnásobují úspěšnost. Nový lék (od března 2007) vareniklin (Champix) je parciálním agonistou určitého typu acetylcholin-nikotinových receptorů typických pro silně závislé kuřáky ( $\alpha 4\beta 2$ ).

Vareniklin se na tyto receptory naváže (agonistická aktivita) a tak dojde k vyplavení dopaminu v nucleus accumbens podobně jako po dávce nikotinu, i když v menší míře. Zároveň působí i antagonisticky: pokud by si kuřák s vareniklinem zapálil, cigareta mu neposkytne obvyklý pocit odměny, protože receptory jsou již obsazené vareniklinem. Vareniklin podle dosavadních studií úspěšnost až ztrojnásobuje, při dlouhodobém (6 měsíců) podávání byla roční abstinence dokonce 44 %. Champix je vázaný na recept bez preskripčního omezení.

Každý lékař, zejména praktický, by měl v rámci svých časových možností aplikovat strukturovanou krátkou intervenci: zeptat se každého pacienta na jeho kuřácký návyk, kuřákovi jasně doporučit přestat, posoudit motivaci přestat (nechce: intervence končí), pomoci přestat (intervence + farmakoterapie) a plánovat kontroly. Měl by znát adresu nejbližšího centra léčby závislosti na tabáku, kam může doporučit ty kuřáky, kteří chtějí přestat a kterým nemá kapacitu se věnovat (např. [www.slzt.cz](http://www.slzt.cz)).

## Aktivity Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP v oblasti léčby závislosti na tabáku

MUDr. Jozef Čupka

Ústav veřejného zdravotnictví a preventivního lékařství 2. LF UK, Praha

V primární péči se setkáváme u našich pacientů s rozdílnou morbiditou, která se dá vyjádřit i roky života ovlivněnými zdravotními omezeními u daného jedince (tzv. „DALY“ – Disability Adjusted Life Years, jeden DALY = ztráta jednoho roku života ve zdraví).

Dle výsledků studií WHO prezentovaných prostřednictvím World Health Reportu z roku 2002 je nejdůležitějším rizikovým faktorem negativně ovlivňujícím DALY právě kouření tabáku před hypertenzí, alkoholem, cholesterolem, nadváhou a dietetickými návyky.

Pokud máme v primární péči zájem o zlepšení kvality života našich pacientů, tak je léčba závislosti na tabáku prioritou. Právě proto představujeme projekt zaměřený na realizaci léčby závislosti na tabáku v ordinacích praktických lékařů, který obsahuje následující kroky:

- screening pacientů toužících odvykat kouření tabáku v ordinaci formou krátké intervence,
- vyčlenit si čas mimo standardní ordinační dobu pro poradnu za přímou platbu

Poradna přináší pro ordinaci následující pozitiva:

- zlepší zdraví pacientů a sníží náklady na jejich léčbu = menší počet pacientů v čekárně a snížení rizika penalizací od pojišťoven,
- zvýší kredibilitu u pacientů i v širokém okolí a umožní zvýšení finančních příjmů ordinace,
- zařadí ordinaci do seznamu pracovišť s potenciálem pro přidělení kódu na odvykání kouření.

Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP připravila koordinaci zájemců z řad PL o poradnu v ordinaci, zajištění vyškolení pro léčbu závislosti na tabáku, podporu poraden nutnými podpůrnými materiály a jejich propagaci.

V případe zájmu o tuto oblast pište na mailovou adresu: [prevence.nemoci@seznam.cz](mailto:prevence.nemoci@seznam.cz).

# NA AKTUÁLNÍ OTÁZKY GASTROENTEROLOGIE

PÁTEK / 25. 5. 2007 / 11.05–11.20 hod.

## Screening kolorektálního karcinomu

MUDr. Helena Stárková

SPEA s.r.o., Olomouc

Českým praktickým lékařům byla před sedmi lety svěřena významná role v národním projektu screeningu kolorektálního karcinomu (KRCA). Provádí se test na okultní krvácení (TOX) ve stolici ve dvouletých

intervalech u asymptomatických osob nad 50 let a násleďná kolonoskopie u osob s pozitivním výsledkem. Jsme druhou zemí na světě, která populační screening zavedla. V současné době program probíhá jen v Německu, na Slovensku a u nás. Od června 2000 bylo vydáno a vyhodnoceno více jak 1 milion TOX a na základě pozitivního TOX provedeno 50 000

kolonoskopií. Bylo odhaleno 5000 KRCA ve stadiu příznivém pro ovlivnění léčbou. Účast na screeningu nepřesahuje 20 % z cílové skupiny asymptomatických osob nad 50 let, screeningové kolonoskopie tvoří jen 11 % všech kolonoskopií. Program je efektivní tedy, je-li účast osob alespoň 50 %, potřebujeme tedy zdvojnásobit účast, abychom mohli být spokojeni.

# NEUROLOGIE

garant: doc. MUDr. Petr Kaňovský, CSc.

PÁTEK / 25. 5. 2007 / 11.20–13.05 hod.

## Neurologické komplikácie diabetes mellitus

doc. MUDr. Egon Kurča, Ph.D.

Neurologická klinika JLF UK a MFN, Martin

Diabetes mellitus je chronické ochorenie s kolísavou patologicky zvýšenou hladinou glukózy v krvi. Hyperglykémia je podmienená nedostatkom inzulínu alebo nedostatečným účinkom inzulínu a spôsobuje vznik celého reťazca metabolických porúch (aktivácia polyolovej cesty apod.). Pacienti s diabetes mellitus sú vystavení riziku vzniku roznych komplikácií, pričom ich veľká časť je priamo alebo nepriamo spojená s poškodením periférneho a/alebo centrálného nervového systému. Cieľom predloženej práce je stručné oboznámenie čitateľov so spektrom možných neurologických komplikácií spojených s diabetes mellitus.

## Neurologické komplikace hemoblastózy

MUDr. David Doležil, Ph.D.

Neurologické oddělení Slezské nemocnice, Opava

Hemoblastózy jsou maligní onemocnění hematopoetických kmenových buněk.

Neurologické komplikace hemoblastózy jsou způsobeny infiltrací nádorovými buňkami nejčastěji v oblasti leptomeningeální a epidurální, infekčními komplikacemi při oslabení imunity v rámci základního onemocnění anebo jeho léčby, trombofilními stavy nebo sklonem k hemoragiím. Dalším typem komplikací jsou paraneoplastické projevy a neurologické komplikacemi onkologické terapie hemoblastózy.

Leptomeningeální metastázy

Asi 30 % pacientů s leukémiemi mají nález difúzní infiltrace leptomening, kořenů spinálních a hlavových nervů. Incidence je vyšší u akutních než chronických leukémií a vyšší u lymfocytárních než myelocytárních leukémií, rovněž je vyšší u dětí než u dospělých nemocných. Výzkum Price a Johnsona ukázal, že hemoblastózy postihující CNS jsou primárně piální onemocnění. První evidence leukémie je ve stěnách piálních vén s přítomností a nebo bez přítomnosti maligních buněk v likvoru (CSF). Leukemické infiltráty prorůstají do perivaskulárních prostor k piagiální membráně. V závislosti na rozsahu meningeálního postižení, přichází přestoupení piagiální membrány s různým stupněm infiltrace mozku kolekcí leukemických buněk. Mozek nebo

dura mater může být vzácně infiltrován solidní, zeleně zbarvenou masou myelogenních leukemických buněk (chloroma). Klinický obraz a likvorové nálezy nejsou odlišné od jiných leptomeningeálních postižení.

Hematologické komplikace

Poruchy koagulace a krevního toku jsou častými komplikacemi leukémií, zejména akutních leukémií. Disseminované intravaskulární koagulace (DIC) se vyskytují nejvíce v rámci promyelocytární akutní leukémie, protože zde dochází k sekreci prokoagulačních faktorů, které jsou spouštěči celého procesu DIC, souběžná trombocytopenie pak může být dalším nezávislým faktorem podporujícím vznik krvácení. Recentní práce ukazují až 30 % mortalitu z důvodů DIC. Klinický obraz DIC je často paradoxní, protože pacient může prodělat nejprve ischemickou cévní mozkovou příhodu (CMP) následovanou mozkovou hemoragií. Průkaz DIC je založen na nálezů zvýšeného protrombinového času, sníženém fibrinogenu, zvýšených D-dimerech (degradační produkty fibrinogenu). Terapie je založena na podávání nízkomolekulárního heparinu, chemoterapii základního onemocnění a případně leukoperesy.

Leukemické buňky jsou hůře deformovatelné a mohou adherovat ke stěně cévní, což má za následek leukostázu a hyperviskózní syndrom. Nejvyšší incidenci této poruchy najdeme u AML, CML a monocytické leukémie. Mozek a plíce jsou nejvíce postižené. Pacienti trpí často bolestí hlavy, závratěmi, poruchami visu a letargií. Tento stav může progredovat a mohou se objevit fokální neurologické symptomy a záchvaty. Pokud se současně vyskytuje DIC, roste riziko krvácení. Trombózy venózních sinů jsou rovněž časté neurologické projevy hemoblastózy. Existuje řada protrombotických faktorů přítomných u leukémií. Např. L-asparagináza je považována za jeden z nejčastěji se podílejících faktorů na trombóze.

Vaskulitidy

Vznikají jako paraneoplastický syndrom, lékově indukované anebo při diagnóze leukémie z vlasatých buněk, kdy periferní vaskulitida je přítomna u jedné čtvrtiny pacientů s touto diagnózou. Typickým neurologickým projevem je mononeuritis multiplex, která začíná jako neuropatická bolest spojená se senzomotorickým deficitem, eventuálně může být

postižení hlavových nervů. Centrální vaskulitida se projevuje CMP, encefalopatií a záchvaty.

## Neurologické projevy poruch metabolismu lipidů

doc. MUDr. Ivanka Vlachová, Ph.D.

Iktové centrum, Neurologická klinika LF UP a FN, Olomouc

Poruchy lipidové biosyntézy v CNS a metabolismu plazmatických lipidů významným způsobem zasahují již do embryonálního vývoje jedince, jsou původcem celé řady vrozených malformací, neuroendokrinních a neurodegenerativních onemocnění, hrají roli v procesu aterogeneze. Závažnost klinických projevů je důsledkem podílu genetické výbavy a složky environmentální. Dynamický rozvoj poznání, zejména v posledním desetiletí, přinesl celou řadu poznatků, které změnily pohled na široké spektrum neurologických chorob. V mnoha případech přineslo toto poznání jisté pozitivní terapeutické konsekvence. V posledních deseti letech byla prokázána řada defektů postsqualénové biosyntézy cholesterolu. Všechny z nich jsou doprovázeny těžkými vývojovými malformacemi a neobvyklými metabolickými poruchami. Rozvoj molekulárně genetických, enzymových, neuropatologických a histochemických poznatků si vyžádal změny v klasifikaci neuroendokrinních a neurodegenerativních onemocnění jako jsou poliodystrofie, leukodystrofie a difúzní encefalopatie. Modelovým zástupcem neurodegenerativních onemocnění, u kterých nejsou poruchy metabolismu lipidů základním prvkem etiopatogeneze, ale významně se na ní podílejí, je Alzheimerova choroba. Z primárních dyslipoproteinémií s doprovodnými neurologickými poruchami hraje z pohledu neurologa zřejmě nejvýznamnější roli polymorfismus apolipoproteinu E. Dalšími reprezentanty monogenních poruch jsou vzácná onemocnění jako např. abetalipoproteinémie, apolipoproteinémie apoA, z polygenních poruch familiární kombinovaná hyperlipidémie. Z praktického hlediska jsou však jistě nejvýznamnější onemocnění spojená s procesem aterogeneze. Poruchy metabolismu lipidů jsou jedním z nejzávažnějších rizikových faktorů ischemické choroby srdeční a předčasné aterosklerózy vůbec. Aterogenní význam jednotlivých tříd lipoproteinů se liší. V neurologii jsou to především cévní mozkové příhody, které prezentují multifaktoriální polygenní

onemocnění, u kterého je velmi dobře definována role faktorů enviromentálních. Pokud se týká konkrétního vlivu abnormit spektra plazmatických lipidů je, na rozdíl od ICHS, tento vztah komplikovanější. Významná pozornost je věnována v posledních letech především dyslipidémii u metabolického syndromu inzulinové rezistence (MSIR), který představuje výrazně aterogenní konstelaci. Dyslipidémie u MSIR je provázána spíše změnami kvalitativními než kvantitativními, což musí být při hodnocení reflektováno.

### **Kardiální arytmie u neurologických onemocnění**

*MUDr. Andrea Bártková*

*Neurologická klinika LF UP a FN, Olomouc*

Mozek a srdce se úzce ovlivňují, a to jak v rámci fyziologické funkce, tak i při chorobných stavech, mozek a srdce pak působí jako spojené nádoby. U ischemického iktu jde o vztah kauzální, arytmie je častou příčinou ischemického infarktu nebo arytmogenní synkopy. Na druhé straně k postižení srdce, společně s lézí nervového a pohybového systému, může dojít při stávající neurologické chorobě, napří-

klad na základě genové mutace (u většiny svalových dystrofií) nebo neurohumorálních abnormit (ovlivněním hypotalamo-hypofyzární osy u subarachnoideálního krvácení, nebo kraniocerebrálních traumat). Kardiální patologie pak nezřídka zvyšuje mortalitu a morbiditu základního neurologického onemocnění.

Vzhledem k praktickému zaměření je toto sdělení cíleno na nejrozšířenější z okruhu těchto chorob a to na ischemický kardioembolický cerebrální infarkt, jeho diagnostiku, specifika terapie nutná u neurologických nemocných i komplikace léčby.

## **FIREMNÍ SYMPOZIUM – KRKA**

**PÁTEK / 25. 5. 2007 / 13.05–13.25 hod.**

### **Je jasno v profylaxi gastropatie při dlouhodobé léčbě NSA a ASA?**

*MUDr. Helena Stárková*

*SPEA s.r.o., Olomouc*

Prevenici nežádoucích účinků nesteroidních antiflogistik (NSA) a kyseliny acetylsalicylové (ASA) na trávicí trakt byla věnována v posledních letech v našem i zahraničním odborném tisku velká pozornost. Na pomoc českým lékařům v praxích byl

vytvořen v roce 2003 doporučený postup a v roce 2005 publikováno Mezioborové konsenzuální doporučení pro praktické lékaře. Přesto zůstávají některé otázky nezodpovězeny. Týkají se indikací profylaxe v každodenní praxi, lékových interakcí, vztahu přínos/riziko i otázek nákladů. Po zjištění závažných kardiovaskulárních vedlejších účinků u rofecoxibu a z toho vyplývajících omezení pro skupinu COX-2 selektivních NSA, jsou přehodnocována kardiovas-

kulární rizika celé skupiny NSA. Otázka podání NSA a ASA je otázkou balancování kardiovaskulárních a gastrointestinálních rizik. Praktičtí lékaři nejčastěji NSA a ASA předepisují, řeší dilemata profylaxe gastropatie a jako první také nesou následky užívání NSA. Problematika jde ale napříč celou klinickou medicínou a zasahuje také revmatology, gastroenterology, internisty, geriatry, ortopedy, neurology a další lékaře.

## **FIREMNÍ SYMPOZIUM – MEDIAL**

**PÁTEK / 25. 5. 2007 / 14.15–14.25 hod.**

### **C-reactive protein – the first choice inflammation marker for point-of-care**

*Dr. Eldri Prestegård*

*Oslo, Norsko*

The clinical, time saving and economical benefit of testing CRP point-of-care. The availability of good CRP tests for point-of-care testing.

# GYNEKOLOGIE A ENDOKRINOLOGIE

garant: prof. MUDr. Milan Kudela, CSc.

PÁTEK / 25. 5. 2007 / 14.25–15.55 hod.

## Hormonální antikoncepce z pohledu současných znalostí

MUDr. Dana Ondrová

Porodnicko-gynekologická klinika FN a LF UP,  
Olomouc

Hormonální antikoncepce se stala za více jak 40 let své existence nepoužívanější a nejspolehlivější metodou k zabránění nechtěného těhotenství. Dala stamilionům žen na celém světě možnost svobodné volby – napláňovat si své rodičovství.

Existuje více způsobů aplikace hormonální antikoncepce – tablety, injekce, podkožní implantáty, nitroděložní tělíska obsahující hormon. Nejpoužívanější a nejžádanější formou je však stále forma tabletová neboli antikoncepční tablety – pilulky.

Hormonální antikoncepci podáváme jak z důvodu zabránění početí, tak z důvodů terapeutických.

Před preskripcí hormonální antikoncepce se zaměříme na osobní anamnézu, rodinnou anamnézu a údaje o kouření a výskytu trombembolického onemocnění. Je nutné s pacientkou vést podrobný pohovor a vše pečlivě vysvětlit – jak a kdy medikovat preparát, vysvětlit možné nežádoucí účinky, co dělat v případě opomenutí preparátu, v případě průjmu, zvracení a medikace antibiotik.

Zvolení optimální hormonální antikoncepce by mělo být výhradně v rukou gynekologa, který by měl přistupovat ke svým pacientkám individuálně a řídit se pouze medicínskými indikacemi a kontraindikacemi.

## Hyperandrogenní syndrom – syndrom polycystických ovaríí (PCO)

MUDr. Hana Šarapatková

Endokrinologická a interní ordinace, Olomouc

Syndrom polycystických ovaríí (PCO) patří k nejčastějším endokrinopatiím, postihuje asi 6,5–8 % (15%) žen a u žen fertillního věku je častější než tyreopatie.

Jde o komplexní chorobu projevující se jako poruchy reprodukčních funkcí, manifestace mohou být ale i kardiovaskulární a metabolické. Tento syndrom má široké fenotypické projevy. Mezi nejčastější patří oligo- nebo anovulace, zvýšené hladiny androgenů, které se mohou projevovat jako akné, hirsutismus nebo androgenní alopecie.

Stanovení diagnózy PCO vyžaduje vyloučení jiných příčin hyperandrogenních stavů. Podle

Rotterdamského konsenzu z r. 2003 svědčí pro diagnózu PCO přítomnost 2 ze tří symptomů:

1. sonograficky prokázané polycystické vaječnický,
2. klinické projevy hyperandrogenizmu nebo laboratorní průkaz hyperandrogenemie,
3. oligo- nebo anovulace.

Etiologie i patogeneze syndromu stále není uspokojivě objasněna. Endokrinní odchylky zahrnují celou škálu změn – inzulínovou rezistenci, ovariální a v menší míře i adrenální přecitlivělost na hormonální stimulaci, změnu citlivosti hypotalamo-hypofyzárního systému. Stále se pracuje na identifikaci genů zodpovědných za toto onemocnění.

V poslední době je velmi diskutovaným problémem otázka metabolických a kardiovaskulárních rizik PCO, vztah k obezitě, diabetes mellitus a dalším složkám metabolického syndromu.

Terapeutické snahy směřují u obézních k redukci hmotnosti, neboť bylo prokázáno, že již váhový úbytek 5–10 % vede ke snížení androgenemie a úpravě anovulace.

S efektem se v terapii užívá hormonální antikoncepce, u té se diskutuje o jejích metabolických rizicích (vlivu na inzulínovou senzitivitu, glukózovou toleranci, lipidové spektrum).

Další užívanou léčebnu možností je metformin pro jeho pozitivní metabolické účinky (snížení hepatální glukoneogenezu, zvyšuje vychytávání glukózy v kosterním svalu a tuku, zlepšuje dyslipidémii, parametry oxidativního stresu i koagulační parametry), má však i účinky, které ovlivňují reprodukci (snížení androgenemie, přímý vliv na steroidogenezi, na hormonální prostředí endometria).

K dispozici jsou antiandrogeny – spironolacton a cyproteronacetát.

Diagnostika i terapie žen s PCO je mezioborová a spolupráce endokrinologů, gynekologů včetně specialistů v centrech pro léčbu neplodnosti, internistů, diabetologů a samozřejmě i praktických lékařů přináší profit pro pacientky.

## Úloha praktického lékaře při včasné diagnostice Ca corporis uteri

prof. MUDr. Milan Kudela, CSc.

Porodnicko-gynekologická klinika FN a LF UP,  
Olomouc

Karcinom endometria je v současné době po karcinomu mammy druhým nejčastějším maligním nádorem u žen. V České republice stejně jako v ostatních ekonomicky rozvinutých zemích jeho incidence navíc stále stoupá. Příčiny jsou multifaktoriální, v určitém smyslu lze proto hovořit o nemoci civilizační. Odhaduje se, že každým rokem onemocní celosvětově tímto onemocněním asi 170000 žen. V ČR je to ročně více než 1600 žen. Incidence, tj. počet onemocnění na 100000 žen, přesáhl u nás v r. 2002 číslo 32.

Endometriální karcinom je onemocněním, které postihuje převážně postmenopauzální a perimenopauzální ženy. Jen 5 % postižených žen je ve věku pod 40 let. Hereditární vliv na vznik onemocnění se předpokládá u 10 % nemocných a je dán obdobnými faktory jako u nepolypozního kolorektálního karcinomu. Rizikové faktory korporálního karcinomu jsou dobře známy a ověřeny na řadě studií. Mezi nejdůležitější patří kromě věku též obezita, hypertenze, diabetes mellitus, relativní hyperestrogenismus vázaný na nuliparitu, sterilitu, PCO syndrom nebo exogenní přívod estrogenů. Za nový rizikový faktor se považuje dlouhodobé podávání některých psychofarmak. To se může odrazit v endokrinních změnách jako v hyperprolaktinemii, narůstající inzulínové rezistenci, amenorei a obezitě, tedy faktorech majících vztah k etiopatogenezi endometriálního Ca.

Anamnestický údaj nemocné o nepravidelném krvácení je nejčastěji impulzem vedoucím k zahájení diagnostického procesu s konečným výsledkem stanovení diagnózy endometriálního karcinomu. Široké zavedení cytologických, ale zejména ultrazvukových diagnostických metod při preventivních prohlídkách, se odrazilo ve stále narůstajícím počtu nemocných, které jsou odesílány k hospitalizaci pro suspektní ultrazvukový nebo cytologický nále. Proto stoupá počet nově diagnostických případů Ca endometria u tzv. asymptomatických nemocných. Dá se předpokládat, že tyto nemocné by měly mít prognózu příznivější než pacientky symptomatické. To také prokázala i studie provedená nedávno na porodnicko-gynekologické klinice v Olomouci. Vzhledem k tomu, že celoplošný screening zaměřený na detekci karcinomu endometria je zatím u nás nereálný, je nutno se zaměřit na rizikovou skupinu žen, která je poměrně dobře a přesně definována. Jsou to zejmé-

na starší obézní ženy trpící hypertenzí a diabetem. Je proto nutná úzká spolupráce odborných gynekologů s praktickými lékaři, u kterých jsou tyto rizikové ženy obvykle dispensarizovány a léčeny.

### **HPV vakcína – nadějná perspektiva eradikace cervikálního karcinomu**

*doc. MUDr. Radovan Pilka, Ph.D.*

*Porodnicko-gynekologická klinika FN a LF UP, Olomouc*

Klinika HPV lézí

HPV infekce patří mezi nejčastější sexuálně přenosné nemoci. Během svého života má sexuálně aktivní muž a žena až 50% pravděpodobnost onemocnění touto infekcí. HPV infekce může způsobit přednádorové a nádorové změny zejména na hrdle děložním, ale i vznik benigních nádorů na genitáliích, v perianální oblasti a v hrtanu. Inkubační doba od infekce k manifestnímu onemocnění je velmi variabilní a pohybuje se od několika týdnů až k desetiletím, i když u řady infikovaných osob k rozvoji lézí spojených s HPV infekcí nikdy nedojde. Infekce trvá déle u vysoce rizikových HPV typů (HPV 16 a 18) než u nízké rizikových HPV typů (HPV 6 a 11). Perzistentní infekce vysoce rizikovými HPV typy je nezbytnou podmínkou rozvoje těžkých cervikálních dysplázií a karcinomu děložního hrdla. Při absenci screeningových programů (případ České republiky) je karcinom hrdla děložního diagnostikován v pozdějších stádiích a ve většině takových případů je jeho léčba velmi obtížná. Dalším důsledkem HPV infekce

jsou méně závažné cervikální dysplázie, které ve většině případů spontánně regredují. Závažnější léze děložního hrdla jsou léčeny chirurgicky. I když je excise ve většině případů úspěšná, může ohrožovat fertilitu. U žen po radikální chirurgické léčbě je stále přítomno riziko recidivy dysplázií a karcinomu hrdla děložního, vulvy a pochvy. Infekce vysoce rizikovými typy HPV je až v 50 % odpovědná za karcinomy pochvy a penisu, v 80 % za karcinomy anální a v 10 % za karcinomy laryngu a dýchacích cest. Dalším důsledkem HPV infekce jsou genitální bradavice, které jsou v 90 % případů spojeny s HPV typy 6 a 11. Jejich léčba spočívá v ablaci a vyžaduje většinou až tři léčebné cykly.

HPV vakcína

HPV vyvinuly během evoluce velmi úspěšnou strategii jak se množit v keratinocytech určených k odumření, a tak skrývat před imunitním systémem kapsidové antigenní L1 a L2 proteiny. Pokud tímto způsobem uniknou pozornosti imunitního systému, narůstá nebezpečí rozvoje perzistentní infekce a progresu onemocnění. Vytvoření vakcíny, která by umožnila imunitnímu systému rozpoznat proteiny virové kapsidy a vytvořit neutralizující protilátky, je možnou strategií v prevenci primární HPV infekce. Do současné doby bylo u 20 887 dívek a mladých žen v dvojité zaslepených randomizovaných klinických studiích aplikováno placebo anebo rekombinantní vakcína zahrnující čtyři HPV typy (HPV 16, 18, 6 a 11). Aplikace vakcíny vedla k výrazné redukci incidence těžkých cervikálních dysplázií a adeno-

karcinoma in situ (snížení incidence cervikálního karcinomu nemohlo být z etických důvodů testováno). Vakcína byla 100% úspěšná u žen, které byly na začátku studie HPV negativní. Vakcína měla 99% účinnost proti genitálním bradavicím, dyspláziím vulvy a pochvy spojených s infekcí HPV typy 6, 11, 16, a 18. Vakcína byla velmi dobře tolerována a nejzávažnějším vedlejším účinkem byl pocit lokálního dyskomfortu v místě aplikace vakcíny.

Závěr

HPV vakcína je vysoce účinná v prevenci karcinomů, prekanceróz a benigních lézí děložního hrdla, vulvy a pochvy spojených s HPV infekcí, je silně imunogenní a dobře tolerována. Očekává se, že vakcína povede k výraznému snížení výskytu cervikálního karcinomu.

### **Rozhovory v lékařské praxi**

*MUDr. et PhDr. Lenka Hansmanová, Ph.D.*

*Porodnicko-gynekologická klinika FN a LF UP, Olomouc*

V našem příspěvku se zamýšlíme nad důležitostí správné komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacienty. Přednáška posluchače informuje o nejčastějších omylech a chybách, které mohou nastat, a o možnostech, které máme při dorozumění se s druhými lidmi.

*poznámky*

# MERCK PHARMA – FIREMNÍ SYMPOZIUM

PÁTEK / 18. 5. 2007 / 15.55–16.10 hod.

## **Lodoz – produktové sdělení**

*MUDr. Jan Nový*

*Merck Pharma*

Lodoz – minimální dávka-maximální účinek  
– produktové sdělení o fixní kombinaci nízkých dávek betablokátoru a diuretika k léčbě hypertenze.

*poznámky:*

## PRÁVNÍ PROBLEMATIKA V MEDICÍNĚ

garant: JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

PÁTEK / 18. 5. 2007 / 16.20–17.20 hod.

### **Právní problematika v medicíně**

*JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.*

*Advokátní kancelář, Brno*

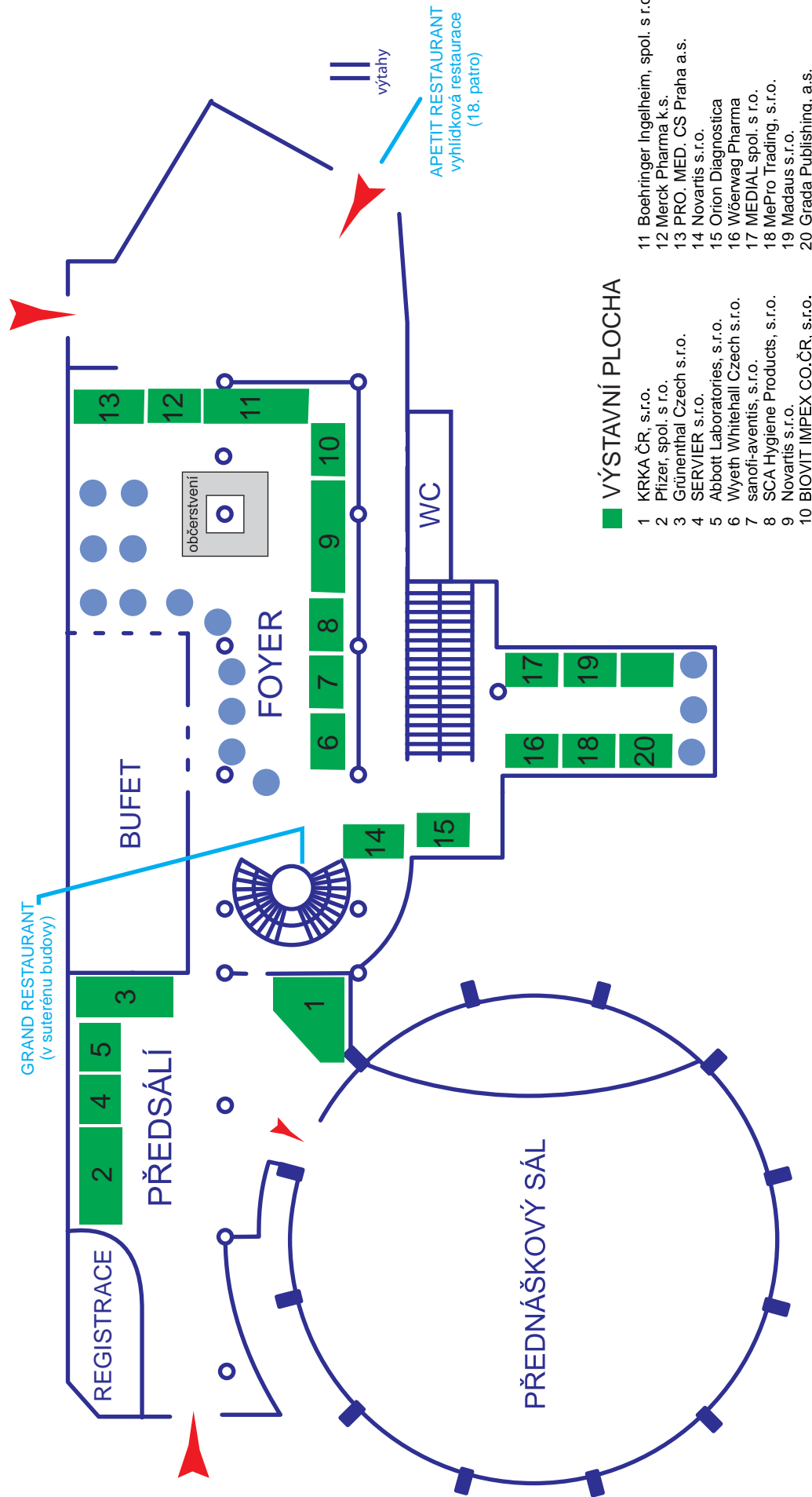
V posledních několika málo letech dochází k nárůstu počtu trestních oznámení na lékaře. Za této situace je vhodné, aby lékaři věděli, jak se chovat

v případě, že je na ně trestní oznámení podáno. Měli by být rovněž obecně informováni o jednotlivých stádiích trestního řízení a o tom, co se v té které fázi děje a jak se mají chovat. Proto bude první část přednášky zaměřena na tuto problematiku. Ve druhé části se budeme věnovat výkladu nové právní úpravy vede-

ní a archivace zdravotnické dokumentace, která je účinná od 1. 4. 2007. V třetí části se dotkneme často diskutované problematiky řízení motorových vozidel a oznamovací povinnosti lékařů.

# REGIONÁLNÍ CENTRUM OLOMOUC J eremenkova 40b

**Rozmístění vystavovatelů na V. kongrese praktických lékařů MEDICÍNA PRO PRAXI 24. - 25. 5. 2007**



## ■ VÝSTAVNÍ PLOCHA

- 1 KRKA ČR, s.r.o.
- 2 Pfizer, spol. s r.o.
- 3 Grünenthal Czech s.r.o.
- 4 SERVIER s.r.o.
- 5 Abbott Laboratories, s.r.o.
- 6 Wyeth Whitehall Czech s.r.o.
- 7 sanofi-aventis, s.r.o.
- 8 SCA Hygiene Products, s.r.o.
- 9 Novartis s.r.o.
- 10 BIOVIT IMPEX CO.ČR, s.r.o.

- 11 Boehringer Ingelheim, spol. s r.o.
- 12 Merck Pharma k.s.
- 13 PRO. MED. CS Praha a.s.
- 14 Novartis s.r.o.
- 15 Orion Diagnostica
- 16 Wöerwag Pharma
- 17 MEDIAL spol. s r.o.
- 18 MePro Trading, s.r.o.
- 19 Madaus s.r.o.
- 20 Grada Publishing, a.s.



Pořadatelé děkují uvedeným firmám  
za spoluúčast na finančním zajištění kongresu

## GENERÁLNÍ SPONZOR



## HLAVNÍ SPONZOŘI



## SPONZOŘI

Abbott Laboratories, s.r.o.  
BIOVIT IMPEX CO.ČR, s.r.o.  
Boehringer Ingelheim, spol. s r.o.  
Ciech Polfa Sp. z o.o., Warsaw  
Galén, s.r.o.  
Grada Publishing, a.s.

Madaus s.r.o.  
MEDIAL spol. s r.o.  
MePro Trading, s.r.o.  
Merck Pharma k.s.  
Novartis s.r.o.  
Portál, s.r.o.  
PRO. MED. CS Praha a.s.

Orion Diagnostica  
sanofi-aventis, s.r.o.  
SCA Hygiene Products, s.r.o.  
SERVIER s.r.o.  
Wörwag Pharma  
Wyeth Whitehall Czech s.r.o.

## MEDIÁLNÍ PARTNEŘI





# Indikace



## Bolesti páteře



## Bolesti pohybového aparátu



## Bolesti při úrazech



## Pooperační bolest



## Bolesti při osteoartróze

### Základní informace o přípravku ZALDIAR

**Složení:** Tramadol hydrochloridum 37,5 mg a paracetamolum 325 mg v 1 potahované tabletě. **Indikace:** Léčba bolesti střední až silné intenzity, která vyžaduje kombinaci paracetamolu s tramadolem. **Dávkování a způsob podání:** Dávkování je individuální podle intenzity bolesti a individuální citlivosti. Doporučená počáteční dávka je 2 tablety, maximum 8 tablet/den (tj. 300 mg tramadolu a 2600 mg paracetamolu). Přípravek je určen k léčbě dospělých a mladistvých od 12 let věku. Tablety se polykají celé, nesmějí se kousat ani dřít. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na tramadol, paracetamol nebo na kteroukoli pomocnou látku. Akutní intoxikace alkoholem, hypnotiky, centrálně působícími analgetiky, opioidními nebo psychotropními látkami, současná nebo předchozí léčba inhibitory MAO, neuplynulo-li od ukončení jejich podávání alespoň 14 dnů. Závažné poškození jater. Neléčená epilepsie. **Upozornění:** Pacient musí být poučen o tom, že nesmí překročit doporučené dávkování (maximum 8 tbl/den) a rovněž nesmí současně užívat jakýkoli přípravek obsahující paracetamol nebo tramadol bez konzultace se svým lékařem. ZALDIAR se nedoporučuje u pacientů se závažnou poruchou renálních funkcí a nesmí být podáván pacientům s těžkým poškozením jater. V případech lehčího jaterního poškození je třeba pečlivě zvažovat interval mezi jednotlivými dávkami. ZALDIAR se nedoporučuje podávat v případech těžké respirační nedostatečnosti. Byly zaznamenány křeče, zejména u predisponovaných pacientů léčených tramadolem a/nebo přípravky snižujícími práh vzniku křečí, zvláště SSRI, tricyklickými antidepresivy, antipsychotickými látkami, centrálně působícími analgetiky nebo lokálními anestetiky. Léčení epileptici nebo pacienti se sklonem ke křečím by neměli užívat přípravek ZALDIAR pokud to není nezbytně nutné. **Nežádoucí účinky:** nejčastěji nauzea, závratě a spavost, dále zvracení, zácpa, průjem, bolesti břicha, bolesti hlavy, třesy, zmatenost, změny nálady (úzkost, agitace, euforie), poruchy spánku, pocení, pruritus. Tramadol dále: ortostatická hypotenze, bradykardie, kolaps. Mohou se objevit abstinenční příznaky. **Interakce:** kontraindikovaná je kombinace s inhibitory MAO (nebezpečí serotoninového syndromu), nedoporučuje se společné podávání s karbamazepinem a jinými induktory enzymů, agonisty-antagonisty morfinu a alkoholem. Zvýšené pozornosti je třeba při kombinaci s SSRI, triptany, dále benzodiazepiny, barbituráty a ostatními látkami působícími depresivně na CNS (anxiolytika, hypnotika, sedativní antidepresiva, sedativní antihistaminika, neuroleptika, centrálně působící antihypertenziva, talidomid a baklofen) a léky snižujícími práh pohotovosti ke křečím. **Těhotenství a kojení:** Přípravek nesmí být podáván během těhotenství a kojení. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Tramadol může způsobit ospalost nebo závratě, které mohou být zhoršeny vlivem alkoholu nebo jiných látek působících depresi centrálního nervového systému. Pokud se objeví tyto příznaky, pacient nesmí řídit motorová vozidla ani obsluhovat stroje. **Opatření pro uchovávání:** Léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky pro uchovávání. **Velikost balení:** 10, 20 tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Grünenthal GmbH, Aachen, Německo. **Datum poslední revize textu:** 22.2.2006. **Registrační číslo:** 65/237/02-C. Přípravek je vydáván pouze na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním léku si laskavě přečtěte Souhrn údajů o přípravku (SPC). Podrobnější informace jsou k dispozici u Grünenthal Czech s.r.o., Slunná 27, Praha 6; tel.: 233 085 310, fax: 233 343 871, czrecepce@grunenthal.com, www.grunenthal.com Komplexní informace o léčbě bolesti naleznete na adrese: www.pain.cz



# PRENESSA<sup>®</sup>

tablety po 4 mg *perindoprilum*

## Přenes se do budoucnosti...

### Základní informace pro předpis léčivého přípravku

(přípraveno podle schváleného Souhrnu údajů o přípravku)

**Složení:** perindoprilum erbuminum (perindopril-erbumin) 4,000 mg odpovídá perindoprilum 3,338 mg v jedné tabletě. **Indikace:** Léčba hypertenze; Léčba symptomatického srdečního selhání; Snížení rizika kardiovaskulárních příhod u pacientů s prokázanou ischemickou chorobou srdeční; (viz bod 5.1); Prevence recidivy cévní mozkové příhody v kombinaci s indapamidem u pacientů s cerebrovaskulárním onemocněním v anamnéze. **Dávkování a způsob podání:** Individuální dávkování dle doporučeného schématu dávkování (SPC) **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na perindopril nebo na kteroukoli pomocnou látku nebo na jiný inhibitor ACE; Anamnéza angioneurotického edému souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE; Dědičný nebo idiopatický angioneurotický edém; Druhý a třetí trimestr těhotenství. **Zvláštní upozornění:** U pacientů se zvýšeným rizikem symptomatické hypotenze by měla být léčba zahájena a dávkování upravováno pod pečlivým dohledem. Podobná opatření se vztahují i na pacienty s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárním onemocněním. V případě renální insuficience by mělo být počáteční dávkování perindoprilu upraveno. **Interakce:** Diuretika, kalium-šetrící diuretika, doplňky draslíku nebo doplňky obsahující soli draslíku, lithium, nesteroidní antiflogistika (NSAID), antihypertenziva a vazodilatancia, antidiabetika, kyselina acetylsalicylová, trombolytika,

betablokátory, nitráty, tricyklická antidepresiva/antipsychotika/anestetika, sympatomimetika.

**Nežádoucí účinky:** U pacientů se mohou vyskytnout: poruchy nálady nebo spánku, bolest hlavy, závratě, vertigo, poruchy vidění, hučení v uších, hypotenze a účinky související s hypotenzí, kašel, dyspnoe, nauzea, zvracení, bolesti břicha, průjem, zácpa, vyrážka, angioedém, svalové křeče, renální insuficience, astenie ad.. **Balení:** 30 tablet v síle 4 mg. **Doba použitelnosti:** 2 roky. **Uchovávání:** Při teplotě do 30°C. **Dříve než přípravek předepíšete, seznamte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku (SPC).** **Datum první registrace:** 14.12.2005 **Datum revize textu:** 1.2.2006. **Držitel rozhodnutí o registraci:** KRKA Polska, Varšava, Polsko. **Registrační číslo:** 58/561/05-C. Léčivý přípravek je vydáván pouze na lékařský předpis. Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Nepřetržitá veřejně přístupná odborná informační služba - tel. / záz. / fax : +420 221 115 150; e-mail: info@krka.cz

Kontaktní adresa: **Krka zastoupení pro ČR**  
Sokolovská 79/192  
186 00 Praha 8 - Karlín  
Tel. +420 221 115 115  
Fax +420 221 115 116  
www.krka.cz

