



XXIII. kongres České internistické společnosti ČLS J. E. Purkyně

21.–24. 9. 2016

BRNĚNSKÉ VÝSTAVIŠTĚ, PAVILON E

B | R | N | O

 ČESKÁ
INTERNISTICKÁ
SPOLEČNOST

PROGRAM • SBORNÍK ABSTRAKT

Ověřeno klinickými studii a reálnou klinickou praxí v prevenci CMP u pacientů s fibrilací síní¹⁻³

1. Patel M.R., Mahaffey K.W., Garg J. et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *N Engl J Med.* 2011;365(10):883–91.
2. Tamayo S., Peacock F., Patel M. et al. Characterizing major bleeding in patients with non-valvular atrial fibrillation: A pharmacovigilance study of 27,467 patients taking rivaroxaban. *Clin Cardiol.* 2015;38(2):63.
3. Camm J., Amarencio P., Haas S. et al. XANTUS: A Real-World, Prospective, Observational Study of Patients Treated with Rivaroxaban for Stroke Prevention in Atrial Fibrillation. *European Heart Journal.* 2015;doi:10.1093/eurheartj/ehv466.



Zkrácená informace o přípravku Xarelto 20 mg potahované tablety a o přípravku Xarelto 15 mg potahované tablety

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. Podrobnosti o hlášení nežádoucích účinků viz bod 4.8 SPC

Složení a léková forma: Jedna potahovaná tableta obsahuje rivaroxabanum 20 mg nebo 15 mg. **Indikace:** Prevence cévní mozkové příhody (CMP) a systémové embolizace u dospělých pacientů s nevalvulární fibrilací síní s jedním nebo více rizikovými faktory, jako jsou měrnává srdeční selhání, hypertenze, věk ≥ 75 let, diabetes mellitus, anamnéza CMP nebo tranzitorní ischemická ataka. Léčba hluboké žilní trombozy (HŽT) a plicní embolie (PE) a prevence recidivující hluboké žilní trombozy a plicní embolie u dospělých.

Dávkování a způsob podání: Tablety se mají užívat s jídlem. Pacientům, kteří nejsou schopni polykat celé tablety, může být tableta přípravku Xarelto těsně před užitím rozdrcena a smíchána s vodou nebo s jablčným pyré a poté podána perorálně. Po podání rozdrčené potahované tablety Xarelto 15 mg nebo 20 mg musí být dávka okamžitě následována jídlem. Rozdrčená tableta přípravku Xarelto může být také podána gastrostomickou sondou poté, co je potvrzeno správné umístění sondy v žaludku. Rozdrčená tableta by měla být podána žaludeční sondou v malém množství vody a sonda by poté měla být vypláchnuta vodou. Po podání rozdrčené potahované tablety Xarelto 15 mg nebo 20 mg musí být dávka okamžitě následována enterální výživou. **Prevence cévní mozkové příhody a systémové embolizace (SPAF):** 20 mg jednou denně. **Léčba HŽT a PE:** První tři týdny se podává 15 mg dvakrát denně a dále 20 mg jednou denně. Krátkodobá léčba (nejméně 3 měsíce) je indikována při předchozích rizikových faktorech a dlouhodobá léčba při trvalých rizikových faktorech nebo idiopatické HŽT nebo PE. Délka léčby je individuální po zvážení přínosu léčby a rizika krvácení. S podáváním nad 12 měsíců jsou zkušenosti omezené. Podávání přípravku Xarelto dětem do 18 let se nedoporučuje. **Vynechání dávky:** Při vynechání dávky při podávání 15 mg dvakrát denně by měl pacient užít dávku co nejdříve, aby byla zajištěna denní dávka 30 mg denně. Při vynechání dávky při podávání jednou denně by dávka neměla být tentýž den zdvojnásobena, vynechaná dávka by měla být užita co nejdříve a dále se pokračuje jednou denně. **Převod z VKA na přípravek Xarelto:** Léčba VKA má být ukončena. Xarelto má být podáno, pokud je INR $\leq 3,0$ (SPAF), nebo INR $\leq 2,5$ (léčba HŽT, PE a pro prevenci recidivy HŽT a PE). INR nelze použít na monitoraci léčby přípravkem Xarelto. **Převod z přípravku Xarelto na VKA:** Xarelto zvyšuje INR. Je možná neadekvátní antikoagulace. Xarelto i VKA se podávají současně až do hladiny INR $\geq 2,0$, odběr INR se ale musí provádět nejdříve za 24 hodin po poslední dávce přípravku Xarelto. **Převod z parenterálních antikoagulantů na Xarelto:** První dávka se podává 0 až 2 hodiny před dalším plánovaným podáním parenterálního přípravku nebo při vysazení kontinuálně podávaného antikoagulantu. **Převod z přípravku Xarelto na parenterální antikoagulanty:** První dávka parenterálního antikoagulantu se podává v době, kdy by měla být užita další dávka Xarelto. Speciální populace: **Ledvinová nedostatečnost:** Při clearance kreatininu 15–29 ml/min se doporučuje opatnost. Použití se nedoporučuje u pacientů s clearance kreatininu nižší než 15 ml/min. **SPAF:** Clearance kreatininu 50–80 ml/min: dávka se neupravuje. Clearance kreatininu 15–49 ml/min: dávka se snižuje na 15 mg jednou denně. **Léčba HŽT a PE:** Úvodní ani následná dávka se neupravuje (15 mg za 2 hodiny a 20 mg za 3 týdny a potom 20 mg jednou denně). Clearance kreatininu 15–49 ml/min: Snižování dávky z 20 mg jednou denně na 15 mg jednou denně je třeba zvážit, pokud u pacienta riziko krvácení převládá riziko vzniku recidivující HŽT a PE. Doporučení pro použití dávky 15 mg je založeno na farmakokinetickém modelu a nebylo v těchto klinických podmínkách studováno. **Pacienti podstupující kardioverzi:** Léčba přípravkem Xarelto může být zahájena nebo v ní lze pokračovat u pacientů, jejichž stav vyžaduje provedení kardioverze. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou nebo pomocnou látku. Klinicky významné aktivní krvácení. Léze nebo stavy s významným rizikem závažného krvácení jako jsou: současné nebo nedávno prodělané ulcerace gastrointestinálního traktu, přítomnost maligních nádorů s vysokým rizikem krvácení, nedávno prodělané poranění mozku nebo míchy, operace mozku, míchy nebo oka v nedávné době, intrakraniální krvácení v nedávné době, jicnové varixy nebo poodezení na a, arteriovenózní malformace, cévní aneurysma nebo významné cévní abnormality v míše nebo mozku. Souběžná léčba jinými antikoagulačními přípravky, např. nefrakcionovaným heparinem (UFH), nízkomolekulárním heparinem (enoxaparin, dalteparin atd.), heparinovými deriváty (fondaparinux atd.), orálními antikoagulanty (warfarin, apixaban, dabigatran atd.), se nedoporučuje v výjimečných situacích, kdy je pacient přiváděn z jiné léčby na léčbu rivaroxabanem nebo naopak nebo když je podáván UFH v dávkách nezbytných pro udržení

přechodnosti centrálního žilního nebo arteriálního katetru. Jaterní onemocnění spojené s koagulopatií a klinicky relevantním rizikem krvácení včetně cirhózy stupně Child Pugh B a C. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Přípravek je kontraindikován během těhotenství a kojení. Účinky na fertilitu nejsou známy. **Zvláštní upozornění a opatření:** Pacienti, kteří při léčbě trpí závratěmi či prodělali synkopu, by neměli řídit a obsluhovat stroje. Častěji bylo pozorováno slizniční krvácení a anémie. Doporučuje se sledování a event. vyšetření hemoglobinu/hematokritu, zvláště u rizikových skupin pacientů. **Podávání i opatnostmi:** Pacienti s renální insuficiencí, zvláště při současném podávání silných inhibitorů CYP 3A4 (klotrimyol, erythromycin). Účinek erythromycinu je aditivní k renálnímu poškození. Použití se nedoporučuje u pacientů s clearance kreatininu nižší než 15 ml/min. Podávání s opatnostmi při současném podávání přípravků ovlivňujících krevní srážlivost (např. nesteroidní antirevmatika, kys. acetylsalicylová, antiagregancia). Při riziku virové choroby gastroduodená lze zvážit profylaktickou léčbu. **Podávání se nedoporučuje:** Krvácivé poruchy, léčbou neupravená těžká arteriální hypertenze, gastrointestinální onemocnění bez aktivní ulcerace, které může potenciálně vést ke krvácivým komplikacím (např. závažné střevní onemocnění, esofagitida, gastritida a gastroesofageální refluxní choroba), cévní retinopatie, bronchiektázie nebo plicní krvácení v anamnéze, pacienti s chlopními náhradami, při intoleranci nebo malabsorpci glukózy a galaktózy, při podávání azolových antimykotik nebo inhibitorů proteáz HIV, pacientům léčeným dronedarone. **Invasivní procedura a chirurgický výkon:** Xarelto se vysazuje nejméně 24 hodin předem, lze použít kalibrovanou kvantitativní analýzu anti-faktoru Xa. Pokud není výkon možné odložit, musí se zvážit zvýšené riziko krvácení. Léčba má být znovu zahájena pokud to situace umožní a je nastolena hemostáza. **Hemodynamicky nestabilní pacienti s plicní embolií nebo pacienti, kteří vyžadují trombolýzu nebo plicní embolotomie:** Přípravek Xarelto se nedoporučuje používat jako alternativní léčbu k nefrakcionovanému heparinu u pacientů s plicní embolií, kteří jsou hemodynamicky nestabilní nebo kteří mohou podstoupit trombolýzu nebo plicní embolotomie, protože bezpečnost a účinnost přípravku Xarelto nebyla pro tyto klinické situace stanovena. **Spinalní / epidurální anestezie nebo punkce:** S použitím rivaroxabanu v těchto situacích nejsou klinické zkušenosti. Odstranění epidurálního katetru by mělo být na základě farmakokinetických vlastností nejméně za dobu představující 2x poločas, to je nejméně 18 hodin u mladých pacientů a 26 hodin u starších pacientů po posledním podání rivaroxabanu. Další dávka rivaroxabanu se nepodává dříve než 6 hodin po vyjmutí katetru. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Současné podání se silnými inhibitory CYP3A4 a současně P-gp (např. azolová antimykotika a inhibitory proteáz HIV) se nedoporučuje. Je potřeba se vyhnout současnému podávání silných induktorů CYP 3A4 (např. rifampicin) pokud není pacient pozorně sledován kvůli známým a příznakům trombozy. Opatnost je nutná při podání jiných přípravků ovlivňujících krevní srážlivost. **Nežádoucí účinky:** Časté: anémie, závratě, bolesti hlavy, oční krvácení vč. spojivkového, hypotenze, hematomy, epistaxe, hemoptýza, krvácení z dásní, krvácení z gastrointestinálního traktu, bolesti břicha, dyspepsie, nauzea, zrácení, zácpa, průjem, pruritus, vyrážka, ekchymóza, kožní a podkožní krvácení, bolest v končetinách, urgentní krvácení, poškození ledvin, horečka, peritlení edém, slabost, zvýšená hladina transamináz, pooperační krvácení, kontuze, sekrece z ran. Méně časté: tromboembolie, alergická reakce, alergická dermatitida, cerebrální a intrakraniální krvácení, synkopa, tachykardie, sucho v ústech, abnormality jaterní funkce, kopřivka, hemartróza, pocit indispozice, zvýšená hladina bilirubinu, ALP, LDH, lipaz, amylázy, GMT. Vzácné: žloutenka, krvácení do svalů, lokalizovaný edém, zvýšení konganovaného bilirubinu, cévní pseudoaneuryzma. Není známo: kompartment syndrom, akutní renální selhání sekundárně po krvácení. V postmarketingovém sledování byly hlášeny následující nežádoucí účinky: angioedém, alergický edém, poruchy jater a žlučových cest, trombocytopenie. **Zvláštní opatření pro uchování:** Žádné zvláštní podmínky. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Bayer Pharma AG, 13342 Berlin, Německo. **Registrační čísla:** Xarelto 15 mg: EU/1/08/472/011-016, EU/1/08/472/023, EU/1/08/472/036. Xarelto 20 mg: EU/1/08/472/017-021, EU/1/08/472/024, EU/1/08/472/037. **Datum poslední revize textu:** 6. července 2015. Před použitím přípravku se seznáme s úplnou informací o přípravku. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek Xarelto 20 mg potahované tablety a Xarelto 15 mg potahované tablety je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění ve všech schválených indikacích. Souhři údajů o přípravku i s informacemi, jak hlásit nežádoucí účinky naleznete na www.bayer.cz nebo obdržíte na adrese Bayer s.r.o., Siemensova 2717/4, 155 00 Praha 5, Česká republika. * Vyměňte si, prosím, změny v informacích o léčivém přípravku.

Obsah

ÚVODNÍ SLOVO	2
VÝBOR ČESKÉ INTERNISTICKÉ SPOLEČNOSTI	3
ORGANIZAČNÍ A PROGRAMOVÝ VÝBOR KONGRESU	4
ZÁŠTITY	5
ODBORNÉ SPOLEČNOSTI	6
ODBORNÍ GARANTI KONGRESU	7
VŠEOBECNÉ INFORMACE	8
INFORMACE K AKTIVNÍ ÚČASTI	11
SCHÉMA ODBORNÉHO PROGRAMU	12
PODROBNÝ PROGRAM	16
POSTERY	33
SPOLEČENSKÝ PROGRAM	35
PLÁNKY BRNĚNSKÉHO VÝSTAVIŠTĚ	36
ABSTRAKTA – LÉKAŘI – PŘEDNÁŠKY	37
ABSTRAKTA – LÉKAŘI – POSTERY	59
ABSTRAKTA – SESTRY – PŘEDNÁŠKY	77
ABECEDNÍ REJSTŘÍK AUTORŮ	88
PŘEHLED SPONZORŮ A VYSTAVOVATELŮ	107

Úvodní slovo

Vážené kolegyně, vážení kolegové,



léto odchází vstříc podzimu, pro většinu lékařů končí doba dovolených a začínáme se připravovat na období kongresů. K vrcholům „kongresové“ sezony a k nejvýznamnějším akcím se řadí XXIII. kongres České internistické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně, který se koná v Brně od 21. – 24. 9. 2016 v prostorách pavilonu E brněnského výstaviště.

Potěšující je, že každým rokem se zvyšuje účast na internistických kongresech, především mladších kolegů, roste zájem a úroveň nejen odborných společností, ale i firemních vystoupení. V posledních dvou letech výrazně vzrostl počet firemních symposií a také zájem časopisů o publikace připravené k našemu kongresu. Sesterská sekce již nedílně patří k programu a její kvalita rok od roku roste. Prohlubujeme i spolupráci se slovenskými kolegy a rádi bychom, aby nezůstalo jen u účasti na kongresech.

Vnitřní lékařství je mezioborové a v rámci kongresu nebudou chybět témata, na něž se při jiných příležitostech nedostane. Právě komplexnost a šíře záběru internisty činí z této medicínské specializace jednu z nejzajímavějších a také nejnáročnějších. Proto jsme se zaměřili na mezioborová témata, diferenciální diagnostiku a problémy souvisejícími s přípravou na postgraduální vzdělávání.

V rámci vnitřního lékařství řešíme celou řadu problémů. Nejvíce nás trápí nedostatek kvalitních internistů v mnoha okresních nemocnicích, především v západních a severních Čechách, kdy lékaři odchází do zahraničí, do soukromých praxí a nemáme odborné zajištění pro kvalitní

akreditaci těchto pracovišť. Kdo má vychovávat mladé, začínající lékaře, kdo má léčit, když vzhledem k nedostatku lékařů musíme omezovat počty lůžek, a není to problém jen lékařů, ale bohužel i sester. Vnitřní lékařství bude vzhledem k prodlužujícímu se věku, k polymorbiditě pacientů, rychlému odsunu z chirurgických pracovišť, symptomatické onkologické péči, stále více potřebné. Finanční ocenění práce internistů je nesrovnatelné se zahraničím. Na fakultách vychováváme především zahraniční studenty, aby fakulty měly finanční zdroje, ale během několika let budeme těžko hledat českého lékaře především mužského pohlaví. Když jsme studovali, tak na medicínu šli nejlepší studenti ze středních škol, dnes o tom silně pochybuji. Když srovnám platy lékařů s průměrným platem v České republice, s právníky, s finančním sektorem, tak je mi trochu smutno a to nemluvím vůbec o odpovědnosti našeho povolání. Není možno naříkat, ale přijít s řešením. A to jako výbor hledáme, jak v rámci postgraduálního vzdělávání, akreditací interních zařízení, prestiži povolání a finančního ohodnocení. K tomu by měla přispět setkání s primáři interních oddělení i jejich setkání na kongresu k výměně názorů.

Organizací kongresu byla opět pověřena společnost Meritis s.r.o, která své organizační schopnosti prokázala na předchozích kongresech. V současné době složitých ekonomických podmínek oceňujeme účast a podporu firem, bez nichž by se tato setkání nemohla uskutečnit.

S přáním úspěšného XXIII. kongresu České internistické společnosti se těším na setkání s Vámi

prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.
předseda organizačního a programového výboru.

**XXIII. kongres České internistické společnosti ČLS J. E. Purkyně
21. – 24. 9. 2016**

VÝBOR ČESKÉ INTERNISTICKÉ SPOLEČNOSTI

PŘESEDÁ

◆ prof. MUDr. Richard Češka, CSc.

ČESTNÝ PŘESEDÁ

† ◆ prof. MUDr. Karel Horký, DrSc.

MÍSTOPŘESEDOVÉ

◆ prof. MUDr. Jiří Widimský jr., CSc.

◆ prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

◆ prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc.

VĚDECKÝ SEKRETÁŘ

◆ prim. MUDr. Luboš Kotík, CSc.

POKLADNÍK

◆ prim. MUDr. Petr Svačina

ČLENOVÉ

◆ prof. MUDr. Michael Aschermann, DrSc.

◆ prof. MUDr. Petr Dítě, DrSc.

◆ MUDr. Jana Lacinová

◆ prim. MUDr. Jan Nedvídek

◆ prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.

◆ prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc.

◆ prof. MUDr. Jan Škrha, DrSc., MBA

◆ prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc.

◆ doc. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.

REVIZNÍ KOMISE

◆ doc. MUDr. Jan Václavík, Ph.D. – předseda

◆ prim. MUDr. Zdeněk Monhart, Ph.D.

◆ MUDr. Milan Tržil

Organizační a programový výbor kongresu

PŘESEDÁ

◆ prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

ČLENOVÉ

- ◆ Ilona Růžičková
- ◆ prim. MUDr. Petr Svačina
- ◆ prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc.
- ◆ MUDr. Milan Tržil
- ◆ prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc.

Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně
II. interní klinika Lékařské fakulty MU

Pekařská 53
656 91 Brno

tel.: 543 182 253
fax: 543 182 307

Organizační zajištění kongresu

Meritis s.r.o.

Obrovského 644
141 00 Praha 4 – Spořilov
e-mail: kongrescis2016@meritis.cz

tel.: 272 774 065
fax: 272 767 597
www.meritis.cz/kongrescis2016

Alžběta Mráčková
organizace kongresu tel.: 731 109 563

Tereza Hoffmannová
sponzoring a vystavovatelé tel.: 737 287 518

Tereza Donátová
registrace, ubytování tel.: 737 282 842

Záštity

Záštitu nad XXIII. kongresem České internistické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně laskavě převzali:

MUDr. Svatopluk **Němeček**, MBA
ministr zdravotnictví České republiky

prof. MUDr. Štěpán **Svačina**, DrSc.
předseda České lékařské společnosti J. E. Purkyně

prof. MUDr. Richard **Češka**, CSc.
předseda České internistické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně

prof. MUDr. Ivica **Lazúrová**, CSc.
předsedkyně Slovenskej internistickej spoločnosti

JUDr. Michal **Hašek**
hejtman Jihomoravského kraje

Ing. Petr **Vokřál**
primátor statutárního města Brna

doc. PhDr. Mikuláš **Bek**, Ph.D.
rektor Masarykovy univerzity Brno

prof. MUDr. Jiří **Mayer**, CSc.
děkan Lékařské fakulty Masarykovy univerzity Brno

MUDr. Martin **Pavlík**, Ph.D.
ředitel Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

MUDr. Roman **Kraus**, MBA
ředitel Fakultní nemocnice Brno

prof. MUDr. Jan **Žaloudík**, CSc.
ředitel Masarykova onkologického ústavu Brno

Ing. Jiří **Kuliš**
generální ředitel Veletrhy Brno, a.s.

Odborné společnosti

Odborný program XXIII. kongresu České internistické společnosti zajišťují:

Česká internistická společnost ČLS J. E. Purkyně

Slovenská internistická spoločnosť

Česká angiologická společnost ČLS J. E. Purkyně

Česká asociace sester

Česká gastroenterologická společnost ČLS J. E. Purkyně

Česká gerontologická a geriatrická společnost ČLS J. E. Purkyně

Česká hematologická společnost ČLS J. E. Purkyně

Česká kardiologická společnost

Česká nefrologická společnost

Česká onkologická společnost ČLS J. E. Purkyně

Česká pneumologická a ftizeologická společnost ČLS J. E. Purkyně

Česká revmatologická společnost ČLS J. E. Purkyně

Česká společnost klinické výživy a intenzivní metabolické péče ČLS J. E. Purkyně

Česká společnost pro aterosklerózu

Česká společnost pro hypertenzi

Český institut metabolického syndromu, o.p.s

Česká diabetologická společnost ČLS J. E. Purkyně

Česká endokrinologická společnost ČLS J. E. Purkyně

Česká hepatologická společnost ČLS J. E. Purkyně

Sekce klinické farmacie České farmaceutické společnosti ČLS J. E. Purkyně

Společnost pro studium a léčbu bolesti ČLS J. E. Purkyně

Odborní garanti kongresu

Garanti odborných bloků programu XXIII. kongresu České internistické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně

Česká internistická společnost: R. Češka, L. Kotík, M. Souček, J. Widimský jr. – za výbor České internistické společnosti

Slovenská internistická spoločnosť: S. Kiňová, I. Lazúrová

Ambulantní internisté: J. Lacinová, M. Tržil

Angiologie: D. Karetová, K. Roztočil, J. Spáčil

Ateroskleróza: V. Soška, H. Vaverková, M. Vrablík

Bolest: M. Hakl, P. Ševčík

Česká internistická společnost – diferenciální diagnostika: L. Kotík, J. Nedvídek

Diabetologie: M. Kvapil, J. Olšovský, T. Pelikánová

Endokrinologie: J. Čáp, M. Kršek, V. Olšovská

Farmakoterapie, farmakoekonomika: P. Suchopár, J. Vlček

Gastroenterologie: A. Hep, M. Lukáš, J. Špičák

Gerontologie: H. Matějovská Kubešová, E. Topinková

Hematologie a koagulace: J. Čermák, M. Penka, P. Žák

Hepatologie: R. Brůha, P. Hůlek, P. Husa

Hypertenze: J. Filipovský, J. Widimský jr.

Chemoterapeutická sekce: J. Beneš, R. Neuwirtová

Kardiologie invazivní: M. Táborský, P. Widimský

Kardiologie neinvazivní: J. Hradec, J. Špinar, J. Vítovec

Klinická výživa a metabolická péče: L. Sobotka, Š. Svačina

Mladí internisté: J. Václavík

Metabolický syndrom: H. Rosolová, M. Souček

Nefrologie: R. Ryšavá, V. Teplan, V. Tesař

Obezitologie: M. Fried, M. Haluzík, P. Sucharda

Onkologie: L. Petruželka, R. Vyzula

Pneumologie: J. Homolka, V. Kolek, J. Skříčková

Revmatologie: P. Horák, P. Němec, K. Pavelka, V. Ščudla

Sestry: I. Růžičková

Všeobecné informace

MÍSTO KONÁNÍ KONGRESU

Brněnské výstaviště, Výstaviště 1, Pavilon E, vchod u brány č. 4

Registrace: pavilon E – vstupní hala
Jednací sály: pavilon E – 1. patro
Posterová sekce: pavilon E – 1. patro
Firemní expozice: pavilon E – přízemí (hala)

REGISTRACE

Po celou dobu kongresu je registrace umístěna ve vstupní hale pavilonu E.

středa 21. 9. 2016	15.00 – 20.00 hodin
čtvrtek 22. 9. 2016	7.30 – 18.00 hodin
pátek 23. 9. 2016	7.30 – 18.00 hodin
sobota 24. 9. 2016	8.00 – 12.00 hodin

Registrační poplatky na místě:

členové ČIS	1.100 Kč
nečlenové ČIS	1.400 Kč
čestní členové ČIS, výbor, aktivní účastníci	zdarma
sestry (SZP), lékaři do 35 let, studenti	500 Kč
doprovodná osoba	300 Kč

Jednodenní registrace:

lékaři	500 Kč
sestry (SZP), lékaři do 35 let	400 Kč

Veškeré platby na místě bude možné provést pouze v CZK.

Registrační poplatek zahrnuje:

- ◆ vstup na odborný program během celého kongresu
- ◆ kongresové materiály
- ◆ volný vstup na výstavu firem
- ◆ účast na slavnostním zahájení
- ◆ občerstvení během přestávek a obědy

Registrační poplatek (jednodenní) zahrnuje:

- ◆ vstup na odborný program – 1 den
- ◆ program kongresu
- ◆ volný vstup na výstavu firem – 1 den
- ◆ občerstvení během přestávek a oběd – 1 den

Lékaři s jednodenní registrací dostanou potvrzení o účasti, ne však kredity ČLK.

Registrační poplatek (doprovodné osoby) zahrnuje:

- ◆ účast na slavnostním zahájení
- ◆ občerstvení během přestávek a obědy

STRAVOVÁNÍ

Obědy, káva a lehké občerstvení se budou podávat v přízemí pavilonu E, za prostorem firemních expozic.

Obědy budou vydávány ve čtvrtek 22. 9. a v pátek 23. 9. od 13.00 do 14.00 hodin.

Každý registrovaný účastník obdrží v kongresovém batohu 2 obědové lístky.

CERTIFIKÁTY

Potvrzení o účasti a certifikáty budou vydávány u registrace v těchto časech:

Sestry (SZP)

pátek 23. 9. 2016 od 13.00 – 18.00 hodin

Lékaři

sobota 24. 9. 2016 od 8.00 – 12.00 hodin

Po skončení kongresu **nebudou certifikáty zasílány poštou.**

JMENOVKY

Každý účastník kongresu včetně vystavovatelů obdrží při registraci jmenovku, která ho opravňuje ke vstupu do daných prostor.

Barvy jmenovek:

Červená	celokongresová registrace (lékaři)
Modrá	jednodenní registrace (s vyznačením konkrétního dne)
Žlutá	VIP, čestní členové ČIS, hosté kongresu
Zelená	SZP, sestry
Šedá	vystavovatelé
Fialová	organizační tým

Bez jmenovky nebude vstup povolen – při ztrátě bude vystavena kopie jmenovky proti úhradě 400 Kč.

VSTUP DO AREÁLU BRNĚNSKÉHO VÝSTAVIŠTĚ

U brány č. 4, pavilon E, vedle hotelu Holiday Inn.

Parkování

Expoparking – krytá garážová stání naproti vstupu do pavilonu E. (Cena parkingu: 10 Kč/hod.)

ZASEDÁNÍ VÝBORŮ A REDAKČNÍCH RAD

21. 9. 2016

- 12.00 Zasedání Redakční rady časopisu Vnitřní lékařství (sál E3, 1. patro)
- 14.00 Zasedání výboru České internistické společnosti ČLS JEP (sál E3, 1. patro)

23. 9. 2016

- 13.00 Setkání primářů se zástupci výboru ČIS (sál E4, 2. patro)

Informace k aktivní účasti

JEDNACÍ JAZYK

Jednacím jazykem kongresu bude čeština, slovenština a angličtina (bez simultánního překladu).

INFORMACE PRO PŘEDNÁŠEJÍCÍ

Přednášky prezentované přes PC (dataprojektor) je nezbytné předat na CD, DVD nebo USB Flash.

Přednášky na médiích můžete předávat technikům v sále, ve kterém budete přednášet: od čtvrtka 22. 9. 2016 od 7.30 hodin, nejpozději 60 minut před zahájením programu přednáškového bloku vaší sekce, jinak nemůžeme garantovat bezproblémový průběh vaší prezentace.

Média si vyzvedněte po ukončení programového bloku vaší sekce.

Salónek SLIDE ROOM – pro přípravu přednášejících se nachází v 1. patře pavilonu E.

POSTERY

Postery budou umístěny na panelech o rozměru: **90 cm (šířka) x 180 cm (výška), v prvním patře pavilonu E (ve foyer sálu E1).**

Posterová sdělení budou vystavena 22. a 23. 9. 2016 po celou dobu konání odborného programu.

Instalace posterů je možná od středy 21. 9. 2016 od 15.00 hodin.

Pomůcky k instalaci budou k dispozici.

Pro posterovou sekci bude organizovaná diskuze ve čtvrtek 22. 9. 2016 od 13.00 – 14.00 hodin.

POSTERY 1 – 17

Schéma odborného programu

XXIII. kongres České internistické společnosti ČLS J. E. Purkyně



B | R | N | O

STŘEDA 21. 9. 2016

Sál E1

17.00–18.00	Zahajovací symposium společnosti SERVIER s.r.o.
18.00	SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ KONGRESU Slavnostní přednáška <i>prof. MUDr. Vlastimil Ščudla, CSc.</i>
19.30	Otevření výstavy firem Uvítací recepce

ČTVRTEK 22. 9. 2016

	Sekce A sál E1	Sekce B sál E2	Sekce C sál E3
8.30–9.30	A1 Česká internistická společnost	B1 Onkologie	C1 Geriatric
9.30–10.30	A2 Slovenská internistická spoločnosť	B2 ČIS – diferenciální diagnostika	C2 Hepatologie
10.30–11.00	<i>coffee break</i>		
11.00–12.00	A3 Gastroenterologie	Symposium Boehringer Ingelheim, spol. s r.o.	Symposium AbbVie s.r.o.
12.00–13.00	Symposium BAYER, spol. s r.o.	B4 Nefrologie	C4 Klinická výživa a metabolická péče
13.00–14.00	<i>oběd</i>		
14.00–15.00	Symposium Merck Sharp & Dohme s.r.o.	B5 Angiologie	Symposium ProMed spol. s r.o.
15.00–16.00	A6 Kardiologie neinvazivní	Symposium Pfizer, spol. s r.o.	Symposium Berlin Chemie/A.Menarini Česká republika s.r.o.
16.00–16.30	<i>coffee break</i>		
16.30–17.15	Symposium Novartis s.r.o.	B7 Kardiologie invazivní	C7 ČIS – Varia I
17.15–18.15	A8 Obezitologie		

PÁTEK 23. 9. 2016

	Sekce A sál E1	Sekce B sál E2	Sekce C sál E3
8.30–9.30	A9 Revmatologie	B9 Ateroskleróza	C9 Sestry I
9.30–10.30	A10 Pneumologie	Symposium SERVIER s.r.o.	C10 Sestry II
10.30–11.00	<i>coffee break</i>		
11.00–12.00	A11 Endokrinologie	Symposium Astra Zeneca Czech Republic s.r.o.	C11 Sestry III
12.00–13.00	Symposium Bayer, spol. s r.o.	Symposium sanofi-aventis, s.r.o.	C12 Sestry IV
13.00–14.00	<i>oběd</i>		
14.00–15.00	Blok II. int. kliniky LF MU a FNUSA Brno a III. int. kliniky VFN a LF UK Praha	B13 Hypertenze	C13 Hematologie a koagulace
15.00–16.00	A14 Diabetologie	Symposium Amgen s.r.o.	C14 Farmakoterapie a farmakoekonomika I
16.00–16.30	<i>coffee break</i>		
16.30–17.15	A15 ČIS – Varia II	Symposium MYLAN s.r.o.	C15 Farmakoterapie a farmakoekonomika II
17.15–18.00		B16 ČIS – Varia III	C16 Bolest

Schéma odborného programu

XXIII. kongres České internistické společnosti ČLS J. E. Purkyně



B | R | N | O

SOBOTA 24. 9. 2016

	Sekce A sál E1	Sekce B sál E2	Sekce C sál E3
8.30–9.30	A17 ČIS – Ambulantní internisté		
9.30–10.30	A18 ČIS – Mladí internisté		
10.30–11.00	<i>coffee break</i>		
11.00–12.00	A19 ČIS – HOT lines		

Podrobný program

STŘEDA 21. září 2016

Sál E1

17.00 – 18.00	Zahajovací symposium společnosti SERVIER s.r.o. LIPERTANCE – 1. krok v léčbě KV rizika aneb nikdy to nebylo jednodušší. <i>Předsedající: M. Souček (Brno)</i> M. Vrablík (Praha) Hypertenze a dyslipidemie, 2 diagnózy – 1 řešení
	R. Češka (Praha) Mýty a fakta o statinech
	A. Linhart (Praha) LIPERTANCE – to nejlepší z EBM
18.00	SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ KONGRESU Slavnostní přednáška V. Ščudla (Olomouc) Myeloma multiplex – quo vadis?
19.30	Otevření výstavy firemních expozic Uvítací recepce

ČTVRTEK 22. září 2016

Sekce A – sál E1

8.30 – 9.30	Blok A1 – Česká internistická společnost <i>Předsedající: R. Češka (Praha), M. Souček (Brno), L. Kotík (Praha)</i> R. Češka (Praha) Interna v roce 2016
	Z. Monhart (Znojmo) Diferenciální diagnostika bolesti na hrudi
	J. Malý (Hradec Králové) Diferenciální diagnostika anemií
	G. Pallay (Praha) Aktuální povědomí o diabetu v ČR – výsledky celostátního průzkumu u téměř 40 tisíc osob

9.30 – 10.30	Blok A2 – Slovenská internistická spoločnosť <i>Předsedající: S. Kiňová (Bratislava), J. Vítovec (Brno)</i> T. Hlavatý, A. Krajčovičová, M. Huorka (Bratislava, Slovenská republika) Nešpecifické črevné zápalové ochorenia: pokroky v diagnostike a liečbe 20´ M. Koreň (Bratislava, Slovenská republika) Syndróm toxického streptokokového šoku 20´ S. Kiňová (Bratislava, Slovenská republika) Hormóny a srdce 20´
10.30 – 11.00	<i>Coffee break</i>
11.00 – 12.00	Blok A3 – Gastroenterologie Pokroky v gastroenterologii M. Konečný (Olomouc) Krvácení do horní části zažívacího traktu J. Špičák (Praha) Terapeutická endoskopie v roce 2016 M. Lukáš (Praha) Idiopatické střevní záněty a celiakie
12.00 – 13.00	Symposium – BAYER s.r.o. Strategie léčby HŽT rivaroxabanem v neobvyklých situacích – interaktivní beseda s hlasováním <i>Moderátor: P. Dulíček (Hradec Králové)</i> Panel odborníků: M. Souček (Brno) T. Kvasnička (Praha) J. Gumulec (Ostrava)
13.00 – 14.00	<i>Oběd</i> Diskuze k posterům (viz posterová sekce)
14.00 – 15.00	Symposium – Merck Sharp & Dohme s.r.o. <i>Předsedající: M. Souček (Brno)</i> „Máme silné důkazy“ M. Vrablík (Praha) Doporučení EAS/ESC pro léčbu dyslipoproteinémií 2016 – co by Vám nemělo uniknout? R. Češka (Praha) Příběh ezetimibu M. Kvapil (Praha) Nesnesitelná lehkost léčby diabetu

15.00 – 16.00	Blok A6 – Kardiologie neinvazivní
	<i>Předsedající: J. Hradec (Praha), J. Vítovec (Brno), J. Špínar (Brno)</i>
	ESC guidelines pro diagnostiku a léčbu srdečního selhání 2016?
	J. Hradec (Praha)
	Novinky v diagnostice srdečního selhání
	J. Špínar (Brno)
	Novinky ve farmakologické léčbě srdečního selhání
	J. Vítovec (Brno)
	Co přináší nová doporučení ESC/ČKS 2016?
16.00 – 16.30	<i>Coffee break</i>
16.30 – 17.15	Symposium Novartis s.r.o.
	<i>Předsedající: R. Pudil (Hradec Králové), F. Málek (Praha)</i>
	Entresto a nová doporučení po léčbu srdečního selhání
	R. Pudil (Hradec Králové)
	Benefit natriuretických peptidů v léčbě CHSS
	F. Málek (Praha)
	Entresto – nové paradigma v léčbě CHSS
17.15 – 18.15	Blok A8 – Obezitologie
	<i>Předsedající: M. Fried (Praha), P. Sucharda (Praha)</i>
	P. Sucharda (Praha)
	Současné možnosti léčby obezity a zdravotně závažné nadváhy
	M. Fried (Praha)
	Novinky v indikacích k bariatricko-metabolickým chirurgickým zákrokům – přehled
	Š. Slabá (Praha)
	Psychoterapie obezity

Sekce B – sál E2

8.30 – 9.30	Blok B1 – Onkologie
	<i>Předsedající: K. Petráková (Brno), L. Petruželka (Praha)</i>
	K. Petráková (Brno)
	Pokroky v léčbě karcinomu prsu – je dnes méně více?
	L. Petruželka (Praha)
	Je metastatický karcinom prsu nevléčitelné onemocnění?
	J. Vyskočil (Brno)
	Kardiotoxicita cytostatické léčby

9.30 – 10.30	Blok B2 – ČIS – diferenciální diagnostika
	<i>Předsedající: L. Kotík (Praha), J. Widimský jr. (Praha)</i>
	J. Widimský jr. (Praha)
	Diferenciální diagnostika hypokalemie
	L. Kotík (Praha)
	Často opomínuté diagnózy v diferenciální diagnostice interních chorob
	P. Táborský (Praha)
	Kardiorenální syndrom
10.30 – 11.00	<i>Coffee break</i>
11.00 – 12.00	Symposium – Boehringer Ingelheim, spol. s r.o.
	<i>Předsedající: J. Veselý (Náchod), Z. Krška (Praha)</i>
	Dasigatran a idarucizumab v kazuistikách – tipy a triky pro běžnou praxi
	J. Matoušková (Praha)
	– pohled kardiologa
	R. Malý (Hradec Králové)
	– pohled angiologa
	D. Šaňák (Olomouc)
	– pohled neurologa
12.00 – 13.00	Blok B4 – Nefrologie
	<i>Předsedající: M. Kuman (Brno), J. Svojanovský (Brno)</i>
	V. Tesař, S. Dusilová Sulková, I. Rychlík (Praha, Hradec Králové)
	Významné osobnosti a milníky české nefrologie
	O. Viklický (Praha)
	Screeningová vyšetření a preventivní prohlídky u chronických onemocnění ledvin
	V. Čertíková Chábová (Praha)
	Sůl a voda z pohledu nefrologa: kdy, jak a kolik
13.00 – 14.00	<i>Oběd</i>
	Diskuze k posterům (viz posterová sekce)

14.00 – 15.00	Blok B5 – Angiologie
	<i>Předsedající: D. Karetová (Praha), K. Roztočil (Praha)</i>
	Prevence rekurencí žilního tromboembolismu
	K. Roztočil (Praha)
	Nové možnosti prevence rekurencí žilní trombozy
	D. Karetová (Praha)
	Srovnání klinických studií hodnotících prodlouženou prevenci rekurence TEN
	M. Holý (České Budějovice)
	Prevence rekurencí TEN v klinické praxi
15.00 – 16.00	Symposium Pfizer, spol. s r.o.
	<i>Předsedající: A. Linhart (Praha)</i>
	Management akutních stavů – mezioborový přístup k antikoagulaci
	A. Linhart (Praha)
	Sekundární prevence trombotických komplikací v reálné praxi
	J. Nový (Jičín)
	Náhlá zástava oběhu a kardiopulmonální resuscitace – up to date 2016
	J. Šťovíček (Praha)
	Akutní stav krvácení z pohledu gastroenterologa
	J. Orság (Olomouc)
	Antikoagulovaný pacient s renálním selháním
16.00 – 16.30	<i>Coffee break</i>
16.30 – 17.15	Blok B7 – Kardiologie invazivní
	<i>Předsedající: M. Souček (Brno), J. Vítovec (Brno)</i>
	Současné možnosti a výsledky léčby nekoronárních intervencí
	P. Toušek (Praha)
	Katetrizační léčba aortální stenózy
	V. Kočka (Praha)
	Katetrizační léčba mitrální regurgitace
	P. Osmančík (Praha)
	Katetrizační uzavěr uška levé síně jako alternativa antikoagulační léčby u rizikových pacientů s FS

Sekce C – sál E3

8.30 – 9.30	Blok C1 – Geriatrie
	<i>Předsedající: H. Matějovská Kubešová (Brno), E. Topinková (Praha)</i>
	K. Bielaková (Brno)
	Nutriční stav starších nemocných přijímaných k hospitalizaci na oddělení interního typu
	H. Matějovská Kubešová (Brno)
	Osteoporóza a její léčba u staršího nemocného
	E. Topinková (Praha)
	Význam komplexního ohodnocení seniora pro bezpečnost diagnostického a léčebného procesu
9.30 – 10.30	Blok C2 – Hepatologie
	<i>Předsedající: R. Brůha (Praha), P. Husa (Brno)</i>
	R. Brůha (Praha)
	Screening jaterních chorob
	Š. Šembera (Hradec Králové)
	Elastografie jater
	P. Husa (Brno)
	Bezinterferonová léčba hepatitidy C
10.30 – 11.00	<i>Coffee break</i>
11.00 – 12.00	Symposium AbbVie s.r.o.
	Chronická hepatitida C – snadno čitelné systémové onemocnění?
	P. Husa (Brno)
	Extrahepatální manifestace chronické hepatitidy C
	V. Hejda (Plzeň)
	Pozdní komplikace jaterní cirhózy – management krvácení do GIT při portální hypertenzi
	L. Husová (Brno)
	3D realita v České republice aneb bezinterferonová léčba HCV
12.00 – 13.00	Blok C4 – Klinická výživa a metabolická péče
	<i>Předsedající: L. Sobotka (Hradec Králové), Š. Svačina (Praha)</i>
	J. Křížová, M. Mráz, P. Trachta, E. Kotrlíková, M. Haluzík (Praha)
	Střevní adaptace při syndromu krátkého střeva z pohledu internisty
	L. Sobotka (Hradec Králové)
	Refeeding syndrom – závažná komplikace nutriční podpory
	Š. Svačina, M. Mráz, E. Kotrlíková, R. Piecha, K. Vrbík, J. Pavloušková, Z. Lacinová, A. Vavrouš, D. Müllerová, D. Matějková, J. Křížová (Praha, Plzeň)
	Organické polutanty a výživa

13.00 – 14.00	<p><i>Oběd</i></p> <p>Diskuze k posterům (<i>viz posterová sekce</i>)</p>
14.00 – 15.00	<p>Symposium PROMED spol. s r.o.</p> <p><i>Předsedající: M. Beneš (Praha), L. Vítek (Praha)</i></p> <hr/> <p>Léčba ursodeoxycholovou kyselinou z rukou interního lékaře. KDY a PROČ?</p> <p>L. Vítek (Praha)</p> <p>Využití laboratorních vyšetření k správné diagnostice jaterního poškození a následné léčbě UDCA</p> <hr/> <p>M. Beneš (Praha)</p> <p>Kyselina ursodeoxycholová z rukou internisty – komu, kdy a proč</p>
15.00 – 16.00	<p>Symposium Berlin-Chemie/A.Menarini Ceska republika s.r.o.</p> <p><i>Předsedající: M. Souček (Brno)</i></p> <p>P. Němec (Brno)</p> <p>Hyperurikemie a kardiovaskulární riziko</p> <hr/> <p>V. Kolek (Olomouc)</p> <p>Fixní kombinace, rozšíření možností léčby pacientů s CHOPN</p> <hr/> <p>M. Souček (Brno)</p> <p>Betablokátory s vazodilatačním účinkem v léčbě hypertenze</p>
16.00 – 16.30	<i>Coffee break</i>

16.30 – 18.00

Blok C7 – ČIS – Varia I

Předsedající: J. Widimský jr. (Praha), P. Svačina (Brno)

Wörwag Pharma – sponzorovaná přednáška

J. Chudej (Martin, SK)

Sideropenická anémia a hemostáza

P. Tábořský (Praha)

Hemodiafiltrace – metoda volby při náhradě funkce ledvin?

L. Brunerová, R. Lažanská, P. Ronová, J. Verešová, P. Beranová, J. Potočková, P. Kasalický,
I. Rychlík (Praha)

Osteoporóza u hemodialyzovaných pacientů

M. Dubský, A. Jirkovská, A. Němcová, R. Bém, V. Fejfarová, K. Navrátil (Praha)

Vliv pokročilé renální insuficience na klinický efekt buněčné terapie u diabetiků s kritickou končetinovou ischemií

M. Ječmenová, R. Kroupa, V. Kojecký, P. Svoboda (Olomouc, Brno, Zlín, Ostrava)

Riziko vzniku osteoporotických fraktur u uživatelů PPI

Z. Březinová, V. Kopal, D. Marek, P. Peštuková, M. Kelucová (Přerov)

Epilepsie se srdeční zástavou jako příčina opakovaných bezvědomí

A. Němcová, A. Jirkovská, R. Bém, M. Dubský, V. Fejfarová, V. Wosková, J. Skibová (Praha)

Poruchy metabolismu lipidů u pacientů se syndromem diabetické nohy – efektivita terapie a vztah těchto poruch k amputacím a mortalitě

Sekce A – sál E1

8.30 – 9.30	Blok A9 – Revmatologie
	<i>Předsedající: K. Pavelka (Praha), J. Vencovský (Praha)</i>
	K. Pavelka (Praha)
	Konzervativní léčba osteoartrózy
	P. Němec (Brno)
	Současná terapie dny
	P. Horák (Olomouc)
	Extraartikulární projevy zánětlivých revmatických chorob
	J. Vencovský (Praha)
	Imunitně zprostředkovaná nekrotizující myopatie vyvolaná statiny
9.30 – 10.30	Blok A10 – Pneumologie
	<i>Předsedající: J. Skříčková (Brno), V. Kolek (Olomouc)</i>
	J. Kaláb, J. Homolka (Praha)
	Plicní postižení u ANCA pozitivních a ANCA negativních vaskulitid
	V. Kolek (Olomouc)
	Sarkoidóza – novinky v diagnostice a léčbě
	J. Skříčková (Brno)
	Paraneoplastické syndromy u nádorů hrudníku
10.30 – 11.00	<i>Coffee break</i>
11.00 – 12.00	Blok A11 – Endokrinologie
	<i>Předsedající: J. Čáp (Hradec Králové), J. Vrbíková (Praha)</i>
	J. Vrbíková (Praha)
	Syndrom polycystických ovarií
	J. Čáp (Hradec Králové)
	Endokrinní komplikace léčby onkologických onemocnění
	J. Čáp (Hradec Králové)
	Incidentalomy nadledvin a subklinický hyperkortizolizmus

12.00 – 13.00	<p>Symposium – BAYER s.r.o. Management léčby TENTokráté perorálně</p> <p><i>Předsedající: R. Češka (Praha), J. Špinar (Brno)</i></p> <p>Rivaroxaban od klinických studií k reálné klinické praxi</p> <p>R. Češka (Praha)</p> <p>Data ze studie Rocket AF trochu jinak</p> <p>V. Danzig (Praha)</p> <p>Praktický management léčby pacientů s fibrilací síní</p> <p>J. Špinar (Brno)</p> <p>Rivaroxaban znovu potvrzen v reálné klinické praxi – novinky z ESC</p>
13.00 – 14.00	<i>Oběd</i>
14.00 – 15.00	<p>Diabetologie: Blok II. interní kliniky LF MU a FNUSA Brno a III. interní kliniky VFN a 1. LF UK Praha</p> <p><i>Předsedající: J. Olšovský (Brno), M. Prázný (Praha)</i></p> <p>Od kontroly glykemie ke kardiovaskulární prevenci</p> <p>Panelová diskuse nad využitím dat ze studií v každodenní praxi tak, aby přístupy k terapii pomáhaly zlepšit prognózu pacientů.</p>
15.00 – 16.00	<p>Blok A14 – Diabetologie</p> <p><i>Předsedající: M. Kvapil (Praha), A. Jirkovská (Praha)</i></p> <p>J. Olšovský (Brno)</p> <p>Co je nového v léčbě dyslipidemií u pacientů s diabetem</p> <p>A. Jirkovská, T. Pelikánová (Praha)</p> <p>Aktualizované doporučené postupy pro léčbu diabetu 2. typu</p> <p>M. Kvapil (Praha)</p> <p>Klinické projevy diabetické neuropatie, které mohou svést internistu na diagnostické scestí</p>
16.00 – 16.30	<i>Coffee break</i>

16.30 – 18.00

Blok A15 – ČIS – Varia II

Předsedající: J. Nedvídek (Liberec), M. Tržil (Znojmo)

J. Murín, M. Pernický (Bratislava, SK)

Srdcové systolické zlyhávání a deficit železa – léčba perorálním železem

J. Novák, O. Ludka, M. Blaha, M. Souček (Brno)

Hladiny cirkulující miR-210 a miR-126 jsou vyšší u hypertoniků s obstrukční spánkovou apnoe než u hypertoniků bez spánkové apnoe – pilotní studie

O. Sochor, R. Cifkova, N. Movsisyan, J. Fiala, P. Wohlfahrt, A. Krajcoviechova, V. Lanska, Š. Kunzova, J. Lesovsky, M. Homolka, N. Kiacova, V. Soska, T. Kara, F. Lopez-Jimenez (Brno, Praha, Rochester)

Prevalence of major cardiovascular risk factors and chronic kidney disease in a Brno population in 2013–2014. A comparison of Kardiovize Brno 2030, a pilot study, with a nationwide representative population sample (Czech post-MONICA Study)

H. Nechutová, M. Souček, K. Brabencová, R. Štěpánová, J. Vaníček (Brno)

Neuromodulace u hypertenze – první výsledky

D. Krusová (Brno)

Význam stanovení troponinu T pro diagnostiku akutního koronárního syndromu u pacientů s renální insuficiencí

A. Mokráček, A. Bulava, V. Kurfist, J. Haniš (České Budějovice)

Hybridní léčba fibrilace síní

Sekce B – sál E2

8.30 – 9.30

Blok B9 – Ateroskleróza

Předsedající: V. Soška (Brno), V. Bláha (Hradec Králové)

Co by nemělo uniknout pozornosti internisty: od nových doporučení k horkým novinkám lipidologie

V. Soška (Brno)

Triglyceridy a kardiovaskulární onemocnění

P. Kraml (Praha)

Aktualizovaná ESC doporučení pro stanovení KV rizika a léčbu dyslipidemií

V. Bláha (Hradec Králové)

Familiární hypercholesterolemie včera a dnes

9.30 – 10.30	Symposium SERVIER s.r.o.
	<i>Předsedající: J. Špinar (Brno)</i>
	J. Špinar (Brno) Srdeční selhání – epidemie 21. století
	F. Málek (Praha) Co znamenají nová doporučení ESC/ČKS 2016?
	P. Vysočanová (Brno) Implementace ESC Guidelines v každodenní klinické praxi
10.30 – 11.00	<i>Coffee break</i>
11.00 – 12.00	Symposium AstraZeneca Czech Republic s.r.o.
	<i>Předsedající: M. Souček (Brno)</i>
	Léčba diabetika z pohledu internisty a kardiologa
	M. Souček (Brno) Komplexní přístup k léčbě diabetika
	M. Haluzík (Praha) Přínos moderních antidiabetik – dapagliflozin
	O. Hlinomaz (Brno) Infarkt myokardu u pacienta s diabetes mellitus
12.00 – 13.00	Symposium sanofi-aventis, s.r.o.
	<i>Předsedající: M. Souček (Brno)</i>
	Využití alirocumabu v klinické praxi:
	V. Soška (Brno) Pacient s familiární hypercholesterolemíí
	H. Vavrková (Olomouc) Pacient ve velmi vysokém KV riziku
	Hypercholesterolemie a chřipka: můžeme očekávat novinky v léčbě našich vysoce rizikových pacientů?
	R. Češka (Praha) Léčba hypercholesterolemie: současné možnosti a výzvy
	Chřipka u vysoce rizikových pacientů
	F. Salajka (Brno) Chřipka u vysoce rizikových pacientů
13.00 – 14.00	<i>Oběd</i>

14.00 – 15.00	Blok B13 – Hypertenze
	<i>Předsedající: V. Monhart (Praha), J. Widimský jr. (Praha)</i>
	J. Ceral, A. Linhart (Hradec Králové, Praha)
	Praktické postupy ČSH: Měření krevního tlaku
	T. Zelinka (Praha)
	Praktické postupy ČSH: Jak postupovat při podezření na sekundární hypertenzi
	V. Monhart (Praha)
	Hypertenze u dialyzovaných nemocných
15.00 – 16.00	Symposium Amgen s.r.o.
	<i>Předsedající: M. Souček (Brno)</i>
	R. Češka (Praha)
	Lipidová rizika a jak je potřebujeme ovlivnit
	V. Soška (Brno)
	Evolokumab – cesta ke snížení lipidových rizik
	B. Říhová (Praha)
	Co je dobré vědět o léčbě monoklonálními protilátkami
16.00 – 16.30	<i>Coffee break</i>
16.30 – 17.15	Symposium MYLAN s.r.o.
	<i>Předsedající: H. Rosolová (Plzeň)</i>
	Metabolický syndrom: fata morgána nebo drsná skutečnost?
	H. Rosolová (Plzeň)
	Metabolický syndrom – co ještě můžeme udělat?
	R. Češka (Praha)
	Fibráty – a příběh pokračuje
	M. Souček (Brno)
	Jak vybrat vhodné antihypertenzivum u pacientů s MS a DM2T?
17.15 – 18.00	Blok B 16 – ČIS – Varia III
	<i>Předsedající: J. Václavík (Olomouc), J. Orság (Olomouc)</i>
	J. Vondrák, D. Marek, P. Vojtíšek, A. Havlíček, M. Táborský (Olomouc, Přerov)
	Srdeční resynchronizační léčba, optimalizace pomocí 3D echokardiografie a dle EKG, porovnání odpovědi bezprostředně po implantaci a v odstupu 1 měsíce
	J. Václavík, D. Tavačová, E. Kociánová, M. Kamasová (Olomouc)
	Nežádoucí účinky spironolaktonu při dlouhodobé léčbě rezistentní hypertenze
	E. Kociánová, J. Václavík, H. Janečková, D. Friedecký, M. Kamasová, M. Táborský (Olomouc)
	Jak časté je předávkování amlodipinem při léčbě arteriální hypertenze a lze ho predikovat?

Sekce C – sál E3

8.30 – 9.30	Blok C9 – Sestry I
	<i>Předsedající: I. Růžičková (Brno), I. Witová (Plzeň)</i>
	Zahájení sesterské sekce XXIII. Kongresu České lékařské společnosti J. E. Purkyně
	V. Felbrová, S. Kulovaná (Praha)
	Sestry a krátká intervence u kuřáků: příklad Všeobecné FN v Praze
	J. Tvrdíková (Praha)
	Novinky ve farmakoterapii hyperlipoproteinemií a dyslipidemií
	M. Salovová, A. Müllerová (Brno)
	Elektrofyzilogické vyšetření srdce
	B. Břegová, M. Pařenicová (Ostrava)
	Využití moderních endoskopických metod v léčbě obezity
	A. Mottlová (Brno)
	Bariatrie z dlouhodobého pohledu nutričního terapeuta
9.30 – 10.30	Blok C10 – Sestry II
	<i>Předsedající: J. Hrušková (Praha), B. Břegová (Ostrava)</i>
	B. Ledvinová, J. Slaninová (Brno)
	Jak předcházet infekčním komplikacím peritoneální dialýzy
	V. Gargošová, P. Němec (Brno)
	Biologická léčba revmatoidní artritidy
	I. Černá, P. Němec (Brno)
	Biologická léčba revmatoidní artritidy
	M. Kožíšková (Plzeň)
	Dekubity – proč vše zaznamenávat do zdravotnické dokumentace
	G. Dvořáková (Brno)
	Dekubity, prevence a léčby
10.30 – 11.00	<i>Coffee break</i>

11.00–12.00	Blok C11 – Sestry III
	<i>Předsedající: A. Janoušková (Brno), M. Kožíšková (Plzeň)</i>
	L. Bezpalcová (Plzeň)
	Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s Diabetem mellitem aktuálně
	J. Andrášková (Brno)
	Stravování dítěte s DM v praxi
	M. Koukalová, M. Šotková (Brno)
	Řízení motorového vozidla a diabetes
	I. Witová (Plzeň)
	Zájem o larvoterapii stoupá – proč
	J. Havránková (Brno)
	Suchá nebo mokrá pedikúra
12.00–13.00	Blok C12 – Sestry IV
	<i>Předsedající: D. Klimentová (Brno), H. Musilová (Brno)</i>
	M. Bauerová (Brno)
	Léčebná výživa a spolupráce s ošetřujícím personálem
	M. Rajnochová (Ostrava)
	Obstrukční ikterus – příprava a péče o pacienta před a po ERCP – kazuistika
	A. Michalicová (Ostrava)
	ERCP z pohledu sestry
	E. Tomanová, I. Folprechtová (Brno)
	Akutní endoskopie v praxi
	Zakončení sesterské sekce XXIII. kongresu České internistické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně
13.00–14.00	<i>Oběd</i>
14.00–15.00	Blok C 13 – Hematologie a koagulace
	<i>Předsedající: M. Matýšková (Brno), P. Žák (Hradec Králové)</i>
	P. Žák (Hradec Králové)
	Transplantace krvetvorných buněk – indikace a moderní přístupy
	M. Matýšková (Brno)
	Trombofilie – stále nejasný pojem
	P. Smejkal (Brno)
	Von Willebrandova choroba

15.00 – 16.00	Blok C14 – Farmakoterapie a farmakoekonomika I – lékové problémy v roce 2016
	<i>Předsedající: M. Doseděl (Hradec Králové)</i>
	D. Fialová (Hradec Králové)
	Nevhodné předepisování léčiv u seniorů
	J. Vlček (Hradec Králové)
	Rizika farmakoterapie u hospitalizovaných seniorů a jejich řešení – diskuze případů
	M. Prokeš (Praha)
	Znám své léky – výsledky dvouletého sledování
16.00 – 16.30	<i>Coffee break</i>
16.30 – 17.15	Blok C15 – Farmakoterapie a farmakoekonomika II
	<i>Předsedající: J. Gregorová (Praha), K. Langmaierová (Teplice)</i>
	K. Langmaierová (Teplice)
	Polypragmázie i z pohledu pojišťovny
	A. Linhartová (Praha)
	Podávání léčiv sondou
	I. Tašková (Praha)
	Parkinsonik na interním lůžku
	J. Gregorová (Praha)
	Metformin známý /neznámý – použití u onkologického pacienta
17.15 – 18.00	Blok C16 – Bolest
	<i>Předsedající: M. Hakl (Brno)</i>
	M. Hakl (Brno)
	Konopí a jeho pozice v léčbě bolesti
	L. Klimešová (Brno)
	Novinky v léčbě neuropatické bolesti
	T. Gabrhelík (Zlín)
	Radiofrekvenční léčba bolesti

SOBOTA 24. ZÁŘÍ 2016

Sekce A – sál E1

8.30 – 9.30	Blok A17 – ČIS – Ambulantní internisté <i>Předsedající: J. Lacinová (Praha), M. Tržil (Znojmo)</i> M. Vrablík (Praha) Význam a léčba dyslipidémie u mladých P. Němec (Brno) Jak správně léčit dnu?
9.30 – 10.30	Blok A18 – ČIS – Mladí internisté <i>Předsedající: J. Václavík (Olomouc), J. Orság Olomouc)</i> J. Václavík (Olomouc) Novinky ve vnitřním lékařství 2016 J. Orság (Olomouc) Tipy a triky v hodnocení laboratorních vyšetření 2 Š. Hudec (Olomouc) Zajímavá krematoria v ČR
10.30 – 11.00	<i>Coffee break</i>
11.00 – 12.00	Blok A19 – ČIS – HOT lines <i>Předsedající: J. Widimský jr. (Praha), J. Špinar (Brno)</i> J. Widimský jr. (Praha) EPIcontrol M. Haluzík (Praha) Studie LEADER Z. Moťovská (Praha) Studie PRAGUE 18 J. Špinar (Brno) ENSURE – AF G. Pallay (Praha) Aktuální povědomí o antibiotické léčbě v ČR – výsledky celostátního průzkumu
12.00	Zakončení kongresu

POSTERY

ČTVRTEK 22. září 2016

Řízená diskuze k posterům 1–17

13:00 – 14:00 hodin (foyer sálu E1, 1. patro)

Diskuzi řídí: M. Tržil (Znojmo), P. Svačina (Brno)

1.	O. Rybecký, J. Vlček (Brno) Asociace chronického kašle a Goodova syndromu
2.	H. Nechutová, T. Paseka, M. Hermanová, B. Kianička, M. Souček (Brno) Nízce diferencovaný adenokarcinom žaludku difuzního typu – karcinom z buněk pečetního prstenu, kazuistika
3.	R. Baslíková, M. Maršálková (Ivančice) Venózní tromboembolismus z hlediska vrozených a získaných rizikových faktorů – vlastní pozorování
4.	P. Konvička, D. Marek, M. Vysloužilová, J. Maceček, R. Tarnoczy, P. Maršálek, A. Haninec, L. Skopal, T. Příkryl, M. Tichý (Přerov, Prostějov, Olomouc) Není pyróza, jako pyróza
5.	A. Mokráček, V. Kurfirst, A. Bulava, J. Haniš (České Budějovice) Uzávěr ouška levé síně systémem AtriClip
6.	M. Pavlušová, J. Maňousek, J. Pařenica, V. Stejskal, P. Kubena, P. Kala, P. Němec, J. Jarkovský (Brno, Stockholm) Hypersenzitivita na kovy environmentální zátěže u pacientů s Takotsubo syndromem: existuje klinická souvislost
7.	I. Šimková, L. Gajdošová, D. Richter, J. Ostřanský, J. Látal, M. Škvařilová, M. Táborský (Olomouc) Spontání disekce koronární arterie
8.	J. Vyskočil, P. Jelínek (Brno) Kardiovaskulární komplikace nádorů a jejich léčby
9.	M. H. Aswad, J. Kisořová, L. Říhová, L. Zavřelová, P. Ovesná, M. Penka (Brno) Circulating microparticles as predictor of thrombotic events in BCR/ABL negative myeloproliferative disorders
10.	K. Budinskaya, J. Svačinová, J. Hrušková, A. Dvořák, Z. Kubecová, N. Kosová, H. Hrstková, O. Nádeníčková, K. Bednaříková, Z. Nováková (Brno) Změny kardiovaskulárních parametrů získaných analýzou pulzové vlny u dětí a adolescentů při pobytu v léčebně Křetín

11.	<p>Ľ. Cibičková, N. Cibiček, J. Gajdová, D. Karásek (Olomouc)</p> <p>Testování fyzické zdatnosti a její vztah k metabolickým parametrům u pacientů s diabetem mellitem 2. typu: pilotní studie</p>
12.	<p>J. Gajdová, D. Karásek, D. Goldmannová, Ľ. Cibičková, V. Kubíčková (Olomouc)</p> <p>Analýza pulzní vlny u pacientů s diabetem 2. typu a zdravých osob a její vztah k metabolickým parametrům</p>
13.	<p>J. Jirkovská, L. Vedralová, J. Skibová, M. Koula, P. Hříbek, S. Solař, P. Urbánek, M. Zavoral (Praha)</p> <p>Korelace výše jaterních testů se stupněm tuhosti jater stanoveným pomocí tranziční elastografie u pacientů s diabetem</p>
14.	<p>M. Kamasová, J. Václavík, T. Václavík, E. Kociánová, M. Hobzová (Olomouc)</p> <p>Ambulantní skrínink obstrukční spánkové apnoe u pacientů s rezistentní arteriální hypertenzí pomocí noční monitorace Apnea-link</p>
15.	<p>J. Orság, Z. Kosatíková, M. Hrubý, T. Pika, J. Minařík, J. Bačovský, P. Krhovská, P. Lochman, K. Krejčí, A. Klíčová, K. Žamboch, M. Schubertová, V. Ščudla, T. Papajík, J. Zdražil J (Olomouc)</p> <p>„HIGH CUT-OFF“ hemodialýza u renálního selhání při mnohočetném myelomu – 3leté zkušenosti</p>
16.	<p>J. Řehořová, L. Malásková, P. Divácká, J. Řádková, A. Hep (Brno)</p> <p>Chronické selhání ledvin u pacienta s hemofilií – kazuistika</p>
17.	<p>J. Schovánek, Ľ. Cibičková, D. Kovářová, M. Karhanová, J. Kalitová, R. Kovář, K. Langová, M. Halenka, D. Karásek, Z. Fryšák (Olomouc)</p> <p>9 let léčby endokrinní orbitopatie pulzy metylprednizolonu, olomoucká zkušenost</p>

SPOLEČENSKÝ PROGRAM

Středa 21. září 2016

18.00	Slavnostní zahájení kongresu (sál E1, 1. patro, pavilon E) Slavnostní přednáška Vystoupení Filharmonie Brno – dětský sbor Kantiléna
19.30	Slavnostní otevření výstavy firem Uvítací recepce <i>Vstupné je zahrnuto v registračním poplatku.</i>

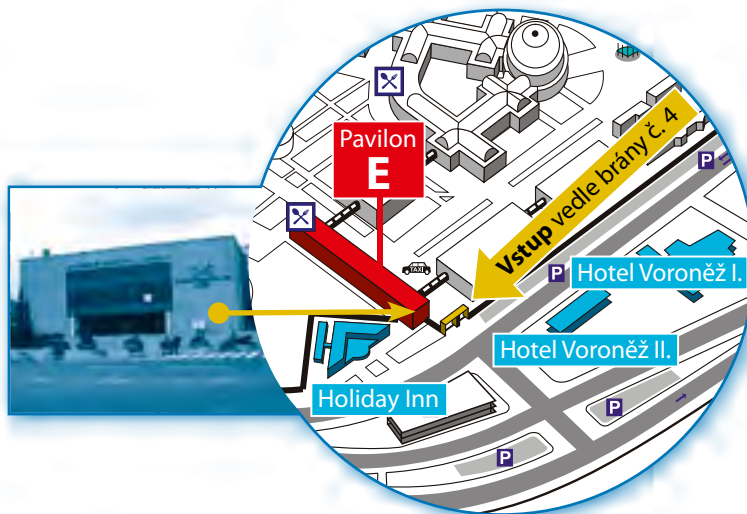
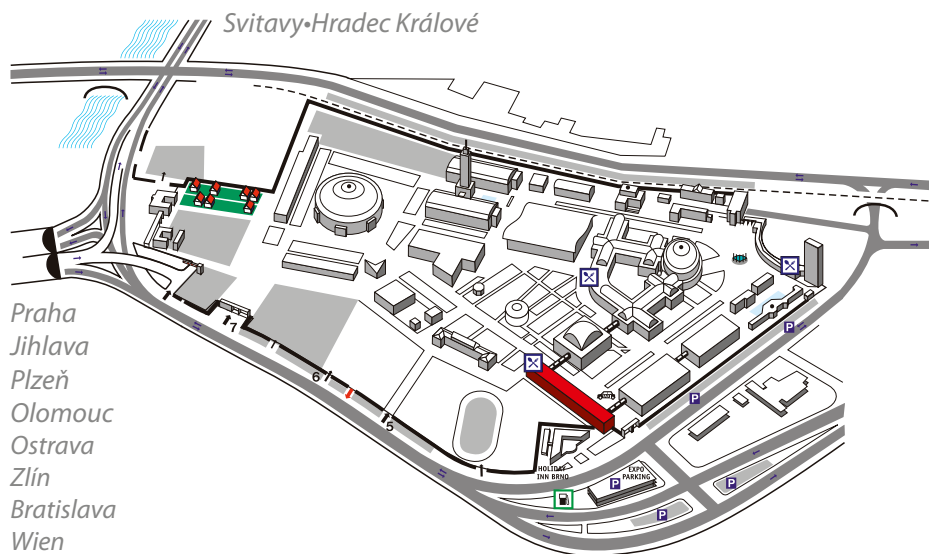
Čtvrtek 22. září 2016

19.00	Divadelní představení (Mahenovo divadlo, Malinovského náměstí 1, Brno) „A pak už tam nezbyl ani jeden aneb Deset malých černoušků“ – Agatha Christie <i>Cena vstupenky 350 Kč na osobu.</i> <i>Vstupenky k zakoupení u registrace.</i> <i>Počet vstupenek limitován kapacitou divadla.</i>
-------	---

Pátek 23. září 2016

20.00	Společenský večer (hotel Voroněž I., Křížkovského 47, Brno) <i>Cena vstupenky 400 Kč na osobu.</i> <i>Vstupenky k zakoupení u registrace.</i> <i>Počet vstupenek limitován kapacitou prostor.</i>
-------	--

Plánky brněnského výstaviště



XXIII. kongres České internistické společnosti ČLS J. E. Purkyně
Brno, 21. – 24. 9. 2016

Sborník abstrakt

abstrakta – lékaři – přednášky

Osteoporóza u hemodialyzovaných pacientů

L. Brunerová^{1,2}, R. Lažanská³, P. Ronová³, J. Verešová³,
P. Beranová³, J. Potočková¹, P. Kasalický², I. Rychlík^{1,3}

¹II. interní klinika 3. LF UK a FN Královské Vinohrady Praha

²Osteocentrum, Affidea, Praha

³Dialyzační středisko Fresenius Medical Care, Vinohrady,
Praha

Úvod a cíle: Kostní a minerálová porucha u osob s chronickým onemocněním ledvin je velmi častým nálezem, nejčastěji souvisí se sekundární hyperparatyreózu. V poslední době se však velmi diskutuje výskyt a diagnostika i jiných osteopatií, zvláště osteoporózy u pacientů s konečným selháním ledvin a objevují se práce testující off-label antiosteoporotickou medikaci u této, stran fraktur velmi rizikové, populace. Cílem naší práce bylo za použití běžně dostupných metod zhodnotit výskyt osteoporózy, míru kostního obratu, kvalitu kostní mikroarchitektury pomocí denzitometrického parametru trabekulárního kostního skóre (TBS) a prediktivní hodnotu těchto parametrů pro vznik fraktury u hemodialyzovaných pacientů z jednoho dialyzačního střediska.

Metody: Do studie bylo zařazeno 59 pacientů (průměrný věk $67,6 \pm 13,1$ let, 43 mužů) léčených vysokoobjemovou on-line hemodiafiltrací na přístroji Fresenius 5008, kteří podepsali informovaný souhlas. Pacienti byli vyšetřeni klinicky, laboratorně (parametry kalciofosfátového metabolismu, kostní alkalická fosfatáza, cross laps a N-terminální propeptid kolagenu I – P1NP) a denzitometricky (Lunar Prodigy, ke stanovení TBS byla použita softwarová

verze 2.1.2.). Pacienti byli prospektivně sledováni po dobu 20 měsíců z hlediska výskytu fraktur. Prediktory fraktur byly identifikovány pomocí kontingenčních tabulek.

Výsledky: Denzitometricky byla osteoporóza zjištěna u 34 % pacientů – 11 mužů (25 % ze všech vyšetřených mužů) a 9 žen (56 % ze všech vyšetřených žen). U 80 % osteoporotických pacientů byl na základě kostních markerů zjištěn vysoký kostní obrat, sekundární hyperparatyreóza (PTH > 300 ng/l) se vyskytovala u 69 %. Významně snížená TBS $\leq 1,23$ byla přítomná u 47,5 % pacientů. TBS korelovalo s denzitometrickými parametry T-skóre, resp. Z-skóre v oblasti bederní páteře i proximálního femuru v celé populaci ($P < 0,0001$) a u mužů ($P < 0,00001$). TBS se významně lišilo mezi skupinami s normálními denzitometrickými parametry, osteopenií a osteoporózou v celé skupině ($P < 0,0001$; $P < 0,01$) a u mužů ($P < 0,001$; $P < 0,001$). Sekundární osteoporóza (farmakogenní a při hypogonadizmu) byla zjištěna u 20 % osteoporotických pacientů. Za dobu sledování došlo v souboru k 7 osteoporotickým frakturám. Jako významné prediktory fraktur byly identifikovány vyšší věk, nižší hladina 25-OH vitamínu D, nižší BMI (body mass index) a T-skóre v oblasti proximálního femuru. **Závěr:** Osteoporózu jsme diagnostikovali u 1/3 hemodialyzovaných pacientů. Téměř polovina souboru měla významně snížené TBS, tedy zásadně porušenou mikroarchitekturu. TBS korelovalo s denzitometrickými parametry. Věk, BMI, hladina 25-OH vitamínu D a T-skóre v oblasti proximálního femuru jsou nezávislými prediktory osteoporotických fraktur.

Epilepsie se srdeční zástavou jako příčina opakovaných bezvědomí

Z. Březinová¹, V. Kopal¹, D. Marek¹, P. Peštuková²,
M. Kelucová²

¹Interní oddělení Nemocnice Přerov, SMN a.s.

²Neurologické oddělení Nemocnice Přerov, SMN a.s.

Popis případu: 74letá žena s metabolickým syndromem byla vyšetřována na interně i neurologii pro opakované stavy bezvědomí, které byly typicky v sedě (1krát v chůzi), uvozeny pocitem dechové tísně, mravenčením končetin, poruchou řeči, celkovou slabostí. Palpitace ani bolesti na hrudi nevnímala. Po ztrátě vědomí a pádu dle svědků zkroucené končetiny, bez klonů, bez inkontinence, oči v sloup, nedýchá, někdy chrčící, slinící, cyanóza, jazyk není pokousaný, spontánní návrat vědomí během několika desítek sekund až několika minut. Po návratu vědomí si pacientka pamatovala události před příhodou, byla chvíli poněkud zmatená. Objektivně ejekční systolický šelest nad aortou. EKG: fyziologická křivka. Masáž karotid: fyziologická bradykardie. ECGO srdce: lehká aortální stenóza. Telemetrie: bez arytmií. Ortostáza: tlak stabilní. Neurologicky bez lateralizace. CTAG mozku: negativní. EEG: negativní. Lumbální punkce: negativní. Při opakované hospitalizaci jsme svědky bezvědomí – na telemetrii

do začátku příhody sinusový rytmus, při pádu strženy elektrody. Při trvajícím bezvědomí normální pulsace krkavice, proto s diagnózou susp. epilepsie přeložena na neurologii. Zde při dalším bezvědomí dokumentována 7sekundová asystolie, tedy přeložena zpět na internu k implantaci kardiostimulátoru jako diagnóza sinus arrest. Po implantaci však opět opakovaná bezvědomí se zástavou dechu a hyposaturací, s dokumentovanou akcí stimulátoru s hemodynamickou odpovědí. Charakter GM epilepsie, přeložena zpět na neurologii, kde rozvoj status epilepticus s nutností hluboké sedace a dlouhodobé UPV. Po několika týdnech pacientka zmírá na susp. karcinom plic dle CT, sekčně byl potvrzen, s mikrometastázami mozku.

Diskuse: během záchvatu s tonickou křečí a zástavou dýchání pravděpodobně docházelo k závažné hypoxemii s bradykardií/asystolií. Nicméně nebylo možné jednoznačně dosvědčit, zda je zástava srdce primární nebo sekundární, proto byla implantace stimulátoru považována za oprávněnou. Další průběh sice přinesl v této věci jasno, bohužel však byl kurs léčbou neovlivnitelný.

Závěr: případ dokumentuje, že diferenciální diagnostika bezvědomí může být někdy komplikovaná, přes zdánlivě jasné indicie.

Vliv pokročilé renální insuficience na klinický efekt buněčné terapie u diabetiků s kritickou končetinovou ischemií

M. Dubský¹, A. Jirkovská¹, A. Němcová¹, R. Bém¹,
V. Fejfarová¹, K. Navrátil²

¹Centrum diabetologie IKEM Praha

²Klinika transplantační chirurgie IKEM Praha

Úvod: Terapeutická vaskulogeneze pomocí autologních mononukleárních buněk je novou terapeutickou metodou u pacientů s diabetem a kritickou končetinovou ischemií (CLI). Pokročilá renální insuficience (CHRI) může být jedním z hlavních faktorů ovlivňujících prognózu a výskyt vysokých amputací u pacientů s CLI. Cílem naší studie bylo posoudit dopad CHRI na výsledky buněčné léčby diabetiků s CLI.

Metody: Do studie bylo zařazeno 62 pacientů s přetrvávající CLI po standardní revaskularizaci, léčených buněčnou terapií v našem centru v letech 2008–2014. Pacienti byli rozděleni na skupinu s CHRI (17 pacientů) a bez CHRI (42 pacientů). Pacienti se stejnými vstupními kritérii léčeni konzervativně za stejné období byli také rozděleni na skupinu s CHRI (21 pacientů) a bez CHRI (23 pacientů). CHRI byla definována jako CKD (chronic kidney disease) stupně 4–5 (glomerulární filtrace < 29 ml/min/1,73 m²). Hodnocenými parametry byla mortalita, výskyt vysokých amputací a změny transkutánní tenze kyslíku (TcPO₂).

Výsledky: Vzestup TcPO₂ po 12 měsících byl signifikantně vyšší po buněčné terapii u pacientů bez CHRI v porovnání se skupinou CHRI (p = 0,032) a oběma kontrolními skupinami, kde nedošlo k jeho vzestupu v čase (p = 0,002 a p = 0,003). Pacienti bez CHRI měli signifikantně nižší mortalitu v porovnání s pacienty s CHRI jak ve skupině léčené buněčnou terapií (p = 0,039), tak i v kontrolní skupině (p = 0,027). Výskyt vysokých amputací u přeživších pacientů byl signifikantně nižší u pacientů bez CHRI léčených buněčnou terapií oproti kontrolám (27,8 vs 47,4 %; p = 0,006), u skupin s CHRI byl rozdíl bez statistické signifikance (41,6 vs 53,3 %).

Závěr: Naše studie prokázala, že buněčná terapie CHRI pacientů s CLI signifikantně zlepšuje ischemii ve srovnání s CHRI pacienty léčenými konzervativně, ale neovlivňuje významně mortalitu ani výskyt vysokých amputací. Pacienti s normální renální funkcí léčení buněčnou terapií však měli nižší mortalitu, nižší výskyt vysokých amputací i signifikantně lepší parametry ischemie. Buněčná terapie u pacientů s pokročilou CHRI by měla být vždy zvažována.

Podpořeno grantem AZV 16-27262A a projektem (Ministerstva zdravotnictví) rozvoje výzkumné organizace 00023001 (IKEM) – Institucionální podpora.

Racionální farmakoterapie u seniorů – komplexní přístup, role klinické farmacie

D. Fialová^{1,2}, J. Vlček^{1,4}, M. Prokeš³

¹*Katedra sociální a klinické farmacie Farmaceutické fakulty UK Hradec Králové*

²*Geriatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha*

³*Drug Agency Infopharm, a.s. Praha*

⁴*Klinické oddělení fakultní lékárny FN Hradec Králové*

Obor klinická farmacie se zaměřuje na principy individualizace lékových režimů ve zdravotnickém týmu s cílem maximalizovat účinnost a minimalizovat rizika léků při pozitivním dopadu na kvalitu života nemocných, výskyt nežádoucích polékových reakcí a nákladovou efektivitu léčby. Cílovými skupinami práce klinických farmaceutů jsou především pacienti rizikováni k projevům polékových reakcí – pediatričtí nebo geriatřičtí nemocní, pacienti užívající polyfarmakoterapii (bez ohledu na věkovou kategorii), pacienti na intenzivní péči, nemocní užívající léky s nízkým terapeutickým indexem, ekonomicky nákladné léky, atd. (více viz Koncepce oboru klinická farmacie 2016 na stránkách Sekce klinické farmacie ČFS ČLS JEP <https://www.cfs-cls.cz/Co-se-deje/Aktualne/Koncepce-oboru-klinicka-farmacie/>). Odborný blok se tentokrát zaměřuje na geriatrické pacienty, kde se nežádoucí polékové reakce objevují 4–7krát častěji ve stáří než ve středním věku a jejichž prevalence ve věkové skupině 70–79 let je vysoká, minimálně 20–30% v porovnání s prevalencí 3–6%

ve věku 20–29 let. 6,6–41,3% seniorů je hospitalizováno z důvodů komplikací farmakoterapie a mezi nejčastějšími příčinami akutních polékových hospitalizací bývají dokumentována krvácení při užití antikoagulancií a nesteroidních antiflogistik, polékové reakce v důsledku dehydratace, arytmie a ortostatické hypotenze v souvislosti s podáváním řady léčiv, centrální nežádoucí účinky (např. stavy zmatenosti a jejich negativní důsledky, nežádoucí účinky psychofarmak, atd.). Časté jsou i jiné negativní dopady – vyšší počet návštěv u lékaře, vyšší výskyt geriatrických symptomů a syndromů, horšení funkčního stavu a soběstačnosti seniorů, vyšší náklady na péči v ošetrovatelských zařízeních, atd. Celkové náklady na farmakoterapii ve stáří včetně polékových reakcí převyšují dle farmakoekonomických studií 3–4krát přímé náklady na léčbu. Individualizace lékových schémat ve stáří je proto významná a vyžaduje komplexní klinické znalosti farmakoterapie a specifických geriatrických přístupů v úpravách dávkování, volbě léčiv a lékových kombinací. Přednášky v odborném bloku jsou zaměřeny na „Nevhodné předepisování léčiv ve stáří“ (PharmDr. Fialová D., PhD.), „Rizika farmakoterapie u hospitalizovaných seniorů a jejich řešení – diskuze případů“ (prof. RNDr. Vlček J., CSc.) a šetření znalostí o léčivech mezi patientskou veřejností „Znám své léky“ – výsledky dvouletého sledování (MUDr. Prokeš M.). Sdělení poukazují na základní oblasti významné pro zlepšení kvality užití léků u geriatrických nemocných.

Nešpecifické črevné zápalové ochorenia: pokroky v diagnostike a liečbe

T. Hlavatý, A. Krajčovičová, M. Huorka

Gastroenterologické a hepatologické oddelenie V. internej kliniky LF UK a UN Bratislava, Slovenská republika

IBD sú chronické ochorenia, ktorých prirodzený priebeh charakterizuje striedanie období remisie a relapsov. Najväčšou výzvou dneška je minimalizovať obdobia aktivity, ktoré vedú k ireverzibilnému tkanivovému poškodeniu. V oblasti diagnostiky sa presadzujú neinvazívne vyšetrovacie metódy a to najmä fekálny kalprotektín a zobrazovacie metódy ako sonografia, CT a MR enterografia. Kým kalprotektín sa využíva najmä v posudzovaní zápalovej aktivity v situáciách ako je diferenciálna diagnostika alebo pedikcia relapse. Neinvazívne zobrazovacie metódy sa využívajú pri diagnostike Crohnovej choroby a to najmä na posúdenia postihnutia tenkého čreva, prítomnosti stenóz a penetrácie. V oblasti liečby IBD dominovali posledných 15 rokov antiTNFa protilátky, ktoré znamenali prelom v starostlivosti o IBD pacientov. Liečba antiTNFa sa v súčasnosti optimalizuje pomocou konkomitantnej

liečby imunosupresívami, prevenciou infekcií aj tvorby protilátok a pomocou terapeutického monitorovania liečiv. Prekážkou širšieho využitia antiTNFa liekov predstavovala vysoká cena. Tá sa príchodom generických biosimilárov zásadne znížila. V krajinách, kde sa biosimilári zaviedli sa ukazuje, že pri porovnateľných výsledkov liečby aj bezpečnosti sa zvyšuje jej dostupnosť. Napriek optimalizácii liečby časť pacientov neodpovedá, alebo odpoveď časom stráca a donedávna zostávalo málo možností medikamentóznej liečby. Od tohto roku je aj na Slovensku dostupná nová možnosť liečby pomocou antiintegrínov, ktorých prvým predstaviteľom je vedolizumab. Účinnosť a bezpečnosť vedolizumabu v liečbe Crohnovej choroby aj ulceróznej kolitídy bola potvrdená v troch veľkých randomizovaných štúdiách. Postavenie vedolizumabu v algoritme liečby s bude v najbližších rokoch upresňovať, medzi jeho silné stránky patrí vynikajúci bezpečnostný profil a tolerancia. V pokročilom štádiu klinického výskumu sa nachádzajú ďalšie perspektívne lieky ako je etrolizumab, mongersen, ozanimod a tofacitinib.

Riziko vzniku osteoporotických fraktur u uživatelů PPI

M. Ječmenová^{1,2}, R. Kroupa², V. Kojecký³, P. Svoboda⁴

¹I. interní klinika – kardiologická LF UP a FN Olomouc

²Interní gastroenterologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

³Interní klinika IPVZ, Krajská nemocnice T. Bati, a.s., Zlín

⁴Interní klinika LF OU a FN Ostrava

Úvod: Inhibitory protonové pumpy patří mezi jedny z nej-užívanějších léků v běžné praxi. I přes jejich všeobecně známou bezpečnost jsou v literatuře diskutovány jejich potenciální nežádoucí účinky při dlouhodobém užívání: clostridiové kolitidy, bronchopneumonie a osteoporotické fraktury. Asociace osteoporotických fraktur a dlouhodobé terapie předpokládá následující mechanismy působení: snížená absorpce vápníku ze střeva při hypochlorhydrii, hypomagnesemii asociovanou inhibicí paratyroidální funkce a inhibice osteoklastické protonové pumpy, a tím sníženou reparací mikrofraktur.

Cíl: Cílem této práce bylo zmapovat výskyt osteoporotických fraktur u interních pacientů užívajících PPI, zhodnotit možné rizikové faktory těchto pacientů a porovnat je s kontrolní skupinou. Dalším zkoumaným aspektem byla analýza závislosti vzniku osteoporotické fraktury na délce užívání a dávce PPI.

Metodika: Byla vytvořena multicentrická retrospektivní observační studie u neselektovaných interních pacientů. Data byla získána z dokumentace hospitalizovaných pacientů a přímo formou dotazníků u ambulantních pacientů. Sběr dat byl realizován na 5 pracovištích v období 14i měsíců.

Výsledky: Studie zahrnovala 3 111 pacientů: 1 277 PPI uživatelů (62,5 ± 17,7 let, 48 % mužů) a 1 834 kontrol (61,1 ± 18,68 let, 52 % mužů). PPI uživatelé byli přibližně stejně staří jako kontrolní skupina, měli téměř 2krát vyšší průměrnou medikaci a 1,7krát vyšší gastro-toxickou medikaci. Sledované komorbidity byly vyšší ve skupině PPI uživatelů: DM 22,8% vs 14,7% (OR 1,7, p = 0), CHRI 13,2% vs 7,6% (OR 1,9, p = 0). Incidence fraktur je nejvyšší v 1. roce užívání PPI a riziko již dále nenarůstá s délkou užívání. Riziko fraktury je vyšší u pacientů na standardní dávce PPI oproti poloviční dávce nebo léčbě on-demand. S vyšší než standardní denní dávkou PPI roste pouze riziko fraktury krčku femuru.

Závěr: Tato studie prokázala riziko osteoporotické fraktury při užívání PPI. Připouští zejména riziko vzniku fraktury krčku femuru závislé jednak na délce a jednak na dávce PPI. Zároveň potvrdila předpoklad, že PPI uživatelé jsou obecně polymorbidní pacienti medikující celkově více léků, a to včetně gastrotoxických, než kontrolní skupina.

Hormóny a srdce

S. Kiňová, M. Koreň

I. interná klinika LF UK a UN Bratislava, Slovenská republika

Ciel: poskytnúť prehľad o účinkoch hormónov na srdce pri jednotlivých endokrinných ochoreniach.

Vlastná práca: Endokrinné ochorenia postihujú asi 10% populácie. Môže ísť o štruktúrnu zmenu endokrinného orgánu alebo poruchu endokrinnnej funkcie prejavujúcou sa nadbytkom alebo nedostatkom hormónov, prípadne o kombináciu oboch vyššie spomenutých. Hormóny účinkujú prostredníctvom receptorov, ktoré môžu byť uložené na povrchu bunky alebo v jadre bunky. Endokrinný systém umožňuje v organizme prenos informácií medzi jednotlivými bunkami a tkanivami. Vylučovanie hormónov je kontinuálne ako napr. pri tyreostimulačnom hormóne, voľnom tyroxíne alebo pulzné ako napr. vylučovanie katecholamínov, kortikosteroidov, gonadotropínov. Hormóny sa transportujú v krvnom riečisku vo forme voľnej alebo viazané na nosiče. Ich účinok v závislosti od typu hormónu pretrváva

minúty až hodiny. Prejavy endokrinných ochorení závisia od veku pacienta, od pohlavia a od rýchlosti vzniku endokrinnnej poruchy. Nadbytok alebo nedostatok hormónov sa môže prejavovať aj v kardiovaskulárnom systéme. Ovplyvňujú jednak frekvenciu srdca, kontraktilitu myokardu, cievny tonus, intravaskulárny objem a teda aj hodnoty krvného tlaku. V neposlednom rade zasahujú aj do rovnováhy minerálov a najmä zmeny hladiny draslíka, magnézia a kalcia môžu prispievať k vzniku závažných porúch srdcového rytmu. Treba mať na pamäti, že aj jedno z často používaných antiarytmík amiodaron u časti pacientov zapríčini poruchu funkcie štítnej žľazy v zmysle hypertyreózy alebo hypotyreózy, čo môže spôsobiť zhoršenie funkcie srdca. Dlhodobá nadprodukcia serotonínu vedie k fibrotickým zmenám na endokarde a k rozvoju poškodenia chlopní najmä pravého srdca.

Záver: pri vyšetrení pacientka s kardiálnym ochorením treba v diferenciálnej diagnostike zvažovať aj možnú endokrinnú príčinu, ktorá spôsobila akútnu poruchu v kardiovaskulárnom systéme alebo viedla k zhoršeniu už preexistujúceho.

Jak časté je předávkování amlodipinem při léčbě arteriální hypertenze a lze ho predikovat?

E. Kociánová¹, J. Václavík¹, H. Janečková², D. Friedecký²,
M. Kamasová¹, M. Táborský¹

¹1. interní klinika – kardiologická LF UP a FN Olomouc

²Oddělení klinické biochemie LF UP a FN Olomouc

Cíl: Amlodipin je často předepisovaný lék k terapii hypertenze. V literatuře jsou omezená data o rozložení hladin amlodipinu v léčené populaci a korelace plazmatických hladin s nežádoucími účinky.

Soubor a metodika: Bylo zhodnoceno 642 měření plazmatické hladiny amlodipinu u 343 pacientů léčených pro arteriální hypertenzi. Minimální odstup mezi 2 měřeními byl 3 měsíce. Hladina mezi 6 a 18 µg/l považována za terapeutickou. Pacienti byli rozděleni do 3 skupin – se subterapeutickou nebo neměřitelnou hladinou (skupina 0), s terapeutickou hladinou (skupina 1) a s hladinou nad nejvyšší terapeutickou mezí (skupina 2). U kompliantních pacientů (skupina 1 a 2) jsme zhodnotili klinický stav, přítomnost otoků, udávané nežádoucí účinky, počet antihypertenziv a dávku amlodipinu v korelaci s plazmatickou hladinou v nejnižším a nejvyšším kvintilu.

Výsledky: Pouze 30,7% měření bylo v terapeutickém rozmezí. Neměřitelná nebo subterapeutická hodnota

byla detekována u 19,9% vzorků (n = 128). Hodnotu nad terapeutickou mezí jsme detekovali u 49,4% vzorků (n = 317). U pacientů prokazatelně užívajících amlodipin (skupina 1 a 2) bylo 61,7% vzorků nad terapeutickým limitem. Průměrná hladina amlodipinu v 1. kvintilu byla $9,7 \pm 2,2$ µg/l (104 vzorků) a v 5. kvintilu $52,6 \pm 18,6$ µg/l (104 vzorků). Pacienti s nejvyššími hladinami amlodipinu byli starší (64 vs 57 let, $P < 0,001$), užívali více léků na hypertenzi (5,2 vs 4,5, $P < 0,001$), měli vyšší denní dávku amlodipinu (10,3 vs 7,6 mg, $P < 0,001$), nižší glomerulární filtraci (1,02 vs 1,25 ml/s/1,73 m², $P < 0,001$) a užívali více léků metabolizujících se cestou CYP 3A4 (0,64 vs 0,4, $P < 0,001$). Nežádoucí účinky amlodipinu byly zaznamenány u 2,9% pacientů v nejnižším kvintilu plazmatických hladin a 32,7% pacientů v nejvyšším kvintilu ($P < 0,001$).

Závěr: Předávkování amlodipinem je časté a v klinické praxi pravděpodobně podceňované. Většina těchto pacientů má definovatelná rizika a nebezpečí překročení terapeutické meze může být předvídáno.

Práce s podporou grantového projektu IGA_LF_2016_039.

Syndróm streptokokového toxického šoku

M. Koreň, S. Kiňová

I. interná klinika LF UK a UN Bratislava, nemocnica Staré mesto, Slovenská republika

Ciel: poukázať v prednáške na možnosť závažného priebehu streptokokovej infekcie.

Vlastná práca: Streptokoky patria medzi bežné kmenzály osídľujúce kožu ako i sliznice gastrointestinálneho, respiračného a urogenitálneho traktu. Streptokokové nákazy patria vo všeobecnosti medzi najčastejšie bakteriálne infekcie v humánnej medicíne. Okrem bežných infekcií však môžu spôsobovať aj potencióálne smrteľné nákazy. Syndróm streptokokového toxického šoku je charakterizovaný rýchlo progredujúcim šokovým stavom s multiorgánovým zlyhávaním pri invazívnych, ako

i neinvasívnych streptokokových infekciách. Najčastejšie je pozorovaný pri infekciách mäkkých tkanív spôsobených streptokokmi skupiny A. Šokový stav je výsledkom imunitnej odpovede organizmu na vyplavenie streptokokových toxínov, ktoré sa správajú ako superantigény. Nerozpoznanie tohto stavu ako i nesprávna liečba môžu viesť v priebehu 24–48 hod od začiatku príznakov k úmrtiu. Liečba spočíva v kombinovanej antibiotickej terapii penicilínom s klindamycínom, v komplexnej liečbe šokového stavu a multiorgánového zlyhávaní ako i v chirurgickej kontrole zdroja infekcie pri infekciách mäkkých tkanív.

Záver: Napriek napredovaniu v medicínskej starostlivosti si zachovávajú invazívne infekcie vzrastajúcu incidenciu ako i mortalitu. Preto je dôležité v klinickej praxi o nich uvažovať v diferencióalnej diagnostike šokových stavov.

Význam stanovení troponinu T pro diagnostiku akutního koronárního syndromu u pacientů s renální insuficiencí

D. Krusová

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

Úvod: U pacientů s chronickou renální insuficiencí je prokázána vysoká prevalence onemocnění koronárních tepen a akutní infarkt myokardu významně zvyšuje riziko smrti této skupiny nemocných. U těchto pacientů však nacházíme chronicky zvýšené hladiny sérového troponinu, proto je diagnostika akutního koronárního syndromu pomocí laboratorního nálezu TnT často obtížná.

Cílem naší práce bylo zjistit závislost hladiny troponinu na stupni renální insuficience a posouzení, jak interpretovat tyto laboratorní výsledky při diagnostice akutního koronárního syndromu.

Metodika: V naší studii jsme vyšetřili 128 pacientů s bolestmi na hrudi, z toho 67 s CKD 3, 45 nemocných s CKD 4 a 16 s CKD 5. Kromě hladiny sérového troponinu T jsme vyšetřili i ostatní kardiopécifické markery, renální funkce a provedli echokardiografické vyšetření.

Výsledky: U 53 (41,7%) pacientů byl diagnostikován infarkt myokardu, z toho 39 (73,6%) bez ST elevací (NSTEMI). U pacientů bez prokázané koronární léze byla zjištěna signifikantní inverzní korelace mezi TnT a eGFR ($r = -0,28$, $p < 0,001$). Plocha pod křivkou ROC pro pacienty s prokázáním infarktem a eGFR pod 0,5 ml/s byla 0,86, avšak bez průkazu signifikantní variability mezi jednotlivými stupni CKD. Na základě ROC křivky se optimální práh hodnot TnT pro diagnózu akutního koronárního syndromu u pacientů s CKD zvyšuje, což je však spojeno s možným zvýšeným rizikem falešně negativních nálezů.

Závěr: Vysoká prevalence zvýšené hladiny TnT je u pacientů s CKD prokázána. Pro diagnostiku akutního koronárního syndromu je nutno u těchto pacientů používat vyšší prahovou hodnotu TnT, což však vyžaduje další diskusi s konsenzem ohledně úrovně senzitivity a specifity testu. Výsledky je nutno interpretovat v tom smyslu, že stanovení TnT pro potvrzení či vyloučení přítomnosti akutního koronárního syndromu není u pacientů s CKD spolehlivé.

Hybridní léčba fibrilace síní

A. Mokráček¹, A. Bulava², V. Kurfirst¹, J. Haniš²

¹Kardiochirurgické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

²Kardiologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.

Úvod: Fibrilace síní (FS) je pandemické onemocnění posledních let. Verze na stabilní sinusový rytmus přináší pro nemocné pozitivní kvalitativní i kvantitativní změnu. Zejména pokročilé formy (perzistující a dlouhodobě perzistující) FS jsou zavedenými způsoby obtížně ovlivnitelné. Prezentujeme zde naše výsledky hybridního (chirurgického a intervenčního) způsobu léčby.

Metodika: V období července roku 2012 až srpna roku 2014 jsme provedli hybridní proceduru u 55 nemocných

s FS (50 s perzistující formou), velikost levé síně 51,08 × 71,4 mm, CHA₂DS₂-VASc 1,8. První fází procedury byla endoskopická torakoskopická epikardiální RF ablace a s asi 3měsíčním odstupem následovalo mapování a endokardiální katetrová RF ablace. Follow up 12 měsíců.

Výsledky: Primární úspěšnost 87,2% nemocných na SR bez jakékoliv recidivy FS a bez antiarytmik (AA). U 1 nemocného bylo nutno provést úspěšnou reablaci a je na SR bez AA a recidivy FS. 2 nemocní měli krátký paroxysmus FS (do 1 hod) a jsou dále na SR bez AA. 2 nemocní mají trvalou FS.

Závěry: Hybridní léčba FS přináší novou, velmi efektivní, léčbu FS a to i ve skupině nemocných, u kterých zavedené způsoby selhávají.

Srdcové systolické zlyhávanie a deficit železa – liečba perorálnym železom

J. Murín, M. Pernický

I. interná klinika LF UK a UN Bratislava, Slovenská republika

Úvod: Deficit železa u pacientov s chronickým systolickým srdcovým zlyhávaním (CHSZ) je častá komorbidita. Ak nie je liečená, má ju asi 50 % pacientov. Vyššia prevalencia absolútneho deficitu železa je u pacientov s ↑ NYHA triedou (III/IV), u žien, u chorých so ↑ zápalovými markermi (CRP) a u chorých so ↑ hladinou NTproBNP.

Cieľ: 1. zistiť výskyt absolútneho deficitu železa u pacientov s CHSZ so systolickou dysfunkciou ĽK (s EF ĽK ≤ 45 %), 2. liečba preparátom železa (v trvaní 3 mesiace) u pacientov s CHSZ a absolútnym deficitom železa.

Metodika: 1. analýza súboru pacientov s CHSZ a laboratórne dokázaným absolútnym deficitom železa (sérové železo < 5,8 μmol/l u mužov, < 5,2 μmol/l u žien, feritín v sére < 100 μg/l, saturácia transferínu < 20 %). 2. analýza laboratórných parametrov u pacientov pred/po liečbe preparátom železa v trvaní 3 mesiace.

Výsledky: v priebehu 6 mesiacov bol na našej ambulancii SZ dokázaný absolútny deficit železa u 40 pacientov

s CHSZ. Charakteristika pacientov: priemerný vek 72 rokov, muži/ženy 45/55 (%), BMI 28 kg/m², ICHS (95 %), DM 2. typu (35 %), NYHA I – 22 %, II – 45 %, III – 33 %, EF ĽK 33 % (15–45 %), NTproBNP 1 312 pg/ml (431–3 849 pg/ml). Liečba pacientov v súlade s odporúčaniami: ACEi alebo sartan (95 %), betablokátor (87 %), slučkové diuretikum (80 %), statín (80 %), antagonisty aldosterónu (30 %), digoxin (25 %), ivabradín (23 %). Laboratórne vyšetrenie: pred/po liečbe: sérové železo (4,2/18 μmol/l), sérový transferín (2,1/2,8 g/l), sérový feritín (85/620 μg/l), vitamín B₁₂ v sére (122/242 pmol/l), sérový folát (10,2/28 μmol/l), hemoglobín (98/118 g/l). Funkčná trieda NYHA: pred/po liečbe: I (10 %/30 %), II (50 %/60 %), III (40 %/10 %).

Diskusia a záver: aj u systolického SZ možno deficit železa riešiť perorálnou formou; nakoľko pacienti mali súčasne aj deficit folátov a vitamínu B₁₂ v sére siahli sme po preparáte, ktorý rieši deficit „železa, folátov i vitamínu B₁₂“ a má optimálny pomer vitamínu C a Fe 2,7 : 1, ktorý je potrebný pre maximálne využitie dodávaného železa; liečba bola úspešná nielen laboratórne ale i klinicky, zlepšením NYHA triedy u chorých s CHSZ.

Neuromodulace u hypertenze – první výsledky

H. Nechutová¹, M. Souček^{1,2}, K. Brabencová^{2,3},
R. Štěpánová³, J. Vaníček^{2,3}

¹II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny Brno

²Mezinárodní centrum klinického výzkumu FN u sv. Ann
Brno

³Klinika zobrazovacích metod LF MU a FN u sv. Ann Brno

Cíl: Záměrem naší pilotní studie je analýza nervových jader a axonálních svazků centrálního nervového systému, které jsou nadřazeny autonomním regulačním systémového krevního tlaku; a průkaz změn těchto struktur u pacientů s hypertenzí, v porovnání s normotoniky.

Metody: Probandi podstoupili jednorázové, neinvazivní vyšetření pomocí zobrazovací metody magnetické rezo-

nance kombinované se softwareovým zpracováním traktografie. Získaná obrazová data byla kvantifikována a statisticky analyzována (Mann-Whitney test).

Výsledky: Výsledky prezentujeme v podobě obrazů magnetické rezonance – traktografie a statisticky zpracovaných dat.

Závěr: Prokázali jsme statisticky významný rozdíl v parametrech sledovaných struktur centrálního nervového systému, u hypertoniků vs zdravých kontrol, nezávisle na pohlaví vyšetřených probandů. Získané výsledky podporují naši hypotézu přítomnosti procesů neuromodulace u vybraných nervových struktur při hypertenzi a jsou jasným stimulem pro rozsáhlejší výzkum našeho předpokladu.

Poruchy metabolismu lipidů u pacientů se syndromem diabetické nohy – efektivita terapie a vztah těchto poruch k amputacím a mortalitě

A. Němcová, A. Jirkovská, R. Bém, M. Dubský, V. Fejfarová, V. Wosková, J. Skibová

Centrum diabetologie IKEM Praha

Úvod: Pacienti se syndromem diabetické nohy (SDN) mají vysokou kardiovaskulární (KV) morbiditu a mortalitu. Léčba KV rizikových faktorů, zejména poruch lipidového metabolismu (PLM), bývá u těchto pacientů často neuspokojivá. Cílem naší studie bylo zhodnotit efektivitu terapie PLM a posoudit vztah PLM k mortalitě a vysokým amputacím u pacientů se SDN.

Metodika: Do studie bylo zařazeno 270 pacientů hospitalizovaných pro SDN na naší klinice v období leden roku 2009 až prosinec roku 2012. Anamnéza KV onemocnění (ICHS, ICHDK a CMP) a PLM (celkový cholesterol > 4,5 mmol/l, LDL-cholesterol > 2,5 mmol/l, HDL-cholesterol < 1 mmol/l, triglyceridy > 1,7 mmol/l) byla zjištěna na začátku hospitalizace. Pacienti byli následně sledováni v podiatrické ambulanci v průměru 31,2 ± 14,5 měsíců.

Výsledky: Průměrný věk pacientů byl 62 ± 11,1 let, 78,5% tvořili muži, 79,6% pacientů mělo diabetes 2. typu, průměrná doba trvání diabetu byla 20,7 ± 11,7 let. Prevalence ICHDK byla 71,1%, ICHS 43%, CMP 14,4%.

Incidence vysokých amputací a mortality během sledování byla 14,8%, resp. 10,4%. 50% pacientů bylo léčeno statiny a pouze 7% jinými hypolipidemiky (fibráty, ezetimib). Nepozorovali jsme signifikantní rozdíl v dosažení cílových hodnot celkového cholesterolu do 4,5 mmol/l mezi léčenými a neléčenými pacienty (68,3% vs 60,8%). Pacienti léčení statiny měli ve srovnání s neléčenými pacienty signifikantně nižší hodnoty LDL-cholesterolu (2,3 ± 0,73 mmol/l vs 2,6 ± 0,74 mmol/l, p = 0,0018) a signifikantně vyšší hodnoty triglyceridů (p = 0,008). Pacienti po vysoké amputaci měli signifikantně nižší hladinu HDL-cholesterolu než pacienti neamputovaní (p = 0,04). Zemřelí pacienti měli signifikantně nižší hladiny celkového a LDL-cholesterolu (p = 0,013, resp. 0,02).

Závěr: Léčba PLM u pacientů se SDN je neuspokojivá vzhledem k dosažení doporučených hodnot lipidů a je zavedena pouze u poloviny pacientů vysoce rizikových z hlediska KV morbidity a mortality. Včasně ovlivnění PLM u pacientů se SDN je proto společným úkolem internistů a podiatrických specialistů.

Podpořeno projektem (Ministerstva zdravotnictví) rozvoje výzkumné organizace 00023001 (IKEM) – Institucionální podpora.

Hladiny cirkulující miR-210 a miR-126 jsou vyšší u hypertoniků s obstrukční spánkovou apnoe než u hypertoniků bez spánkové apnoe – pilotní studie

J. Novák^{1,2}, O. Ludka³, M. Blaha¹, M. Souček^{1,3}

¹II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny Brno

²Fyziologický ústav LF MU Brno

³Mezinárodní centrum klinické výzkumu (ICRC) FN u sv. Anny Brno

Úvod: Obstrukční spánková apnoe (OSA) představuje rizikový faktor řady dalších kardiovaskulárních onemocnění a představuje jednu z často nerozpoznaných příčin sekundární hypertenze. Její prevalence u hypertoniků se pohybuje mezi 20–40% a je vyšší u jedinců s rezistentní hypertenzí (60–80%), u nichž se podílí na fixaci a špatné korekci krevního tlaku, pokud není včas rozpoznána a léčena. Diagnostika OSA je založena na technicky a časově náročné celonoční polysomnografii, což je možná jedna z příčin, proč je OSA poddiagnostikována. Nalezení nového diagnostického markeru by mohlo pomoci k časné diagnostice OSA a k zahájení časné terapie. **Cíl:** Cílem projektu je zjistit, zda jsou hladiny vybraných cirkulujících mikroRNA zvýšeny u jedinců s rezistentní hypertenzí s OSA a bez OSA.

Metodika: Do této pilotní studie bylo zahrnuto 10 jedinců (9 mužů, 1 žena, věk $63,8 \pm 5,9$ let) s rezistentní hypertenzí s anamnézou chrápání. U všech jedinců byla provedena celonoční polysomnografie a odběr periferní krve. Z krve byla vyizolována celková RNA obohacená o malé RNA a pomocí reverzní transkripce a polymerázové řetězové reakce v reálném čase (qRT-PCR) byly stanoveny hladiny miR-126, miR-210 a miR-499. Pro statistiku byl využit Mann-Whitneyho pořadový test a software STATISTICA12.

Výsledky: OSA byla potvrzena u 8 z 10 jedinců (prevalence ve sledovaném souboru 80%). U jedinců s OSA byla prokázána vyšší relativní exprese miR210 (OSA vs bez OSA; $12,97 \pm 0,48$ vs $11,27 \pm 0,41$; $p = 0,045$) a miR-126 (OSA vs bez OSA; $6,73 \pm 0,37$ vs $5,51 \pm 0,49$; $p = 0,045$) než u jedinců bez OSA.

Závěry: Výsledky naší pilotní studie ukazují, že hladiny miR-210 a miR-126 jsou vyšší v plazmě jedinců s rezistentní hypertenzí a OSA než u jedinců s rezistentní hypertenzí bez OSA. Pokud se výsledky potvrdí na větší kohortě pacientů, bylo by výhledově možné tyto krevní biomarkery využít ke skríningu OSA u jedinců s hypertenzí.

Prevalence of major cardiovascular risk factors and chronic kidney disease in a Brno population in 2013-2014. A comparison of Kardiovize Brno 2030, a pilot study, with a nationwide representative population sample (Czech post-MONICA Study)

O. Sochor^{1,2}, R. Cífková^{1,3}, N. Movsisyan¹, J. Fiala^{1,4},
P. Wohlfahrt^{1,3}, A. Krajčoviechová³, V. Lánská⁵,
Š. Kunzová^{1,4}, J. Lešovský¹, M. Homolka¹, N. Kiácová¹,
V. Soška^{1,6}, T. Kára⁷, F. Lopez-Jimenez²

¹International Clinical Research Center - Department of Cardiovascular Diseases, St. Anne's University Hospital, Brno

²Cardiovascular Division, Mayo Clinic, Rochester, MN, USA

³Center for Cardiovascular Prevention of the First Faculty of Medicine, Charles University and Thomayer Hospital, Prague

⁴Department of Public Health, Faculty of Medicine, Masaryk University, Brno

⁵Medical Statistics Unit, Institute for Clinical and Experimental Medicine, Prague

⁶Department of Laboratory Methods, Masaryk University, Brno

⁷Department of Cardiology, Heart Hospital of Hamad Medical Corporation, Doha, Qatar

Background: Cardiovascular disease (CVD) accounts for almost 50% of total mortality in the Czech Republic. A close relationship between coronary heart disease mortality and its risk factors was shown. Reduced renal function was found to be associated with subsequent risk of all-cause and CVD mortality, kidney failure, acute kidney injury, and chronic kidney disease progression, both in the general population and in populations at increased CVD risk.

Methods: A 1% sample of Brno residents aged 25–64 years, stratified by sex and age, was randomly selected and examined in 2013–2014 (participation rate 33.9%). The data was compared with the latest cross-

-sectional Czech post-MONICA study (participation rate 62.2%) conducted in 2006–2009 using the same methodology.

Results: A total of 2 160 participants from Brno were compared with 3 612 individuals from the latest cross-sectional Czech post-MONICA study. The screened individuals from Brno had higher education, were more often single, had lower BMI, lower prevalence of obesity as well as lower prevalence of smoking. Except for diastolic BP in males, there were no differences in BP values or in the prevalence and awareness of hypertension. Male participants of Czech post-MONICA were more frequently treated for hypertension and, also, achieved BP < 140/90 mm Hg more frequently. The lipid parameters were consistently better in Brno males whereas, in females, significant differences were only seen in HDL-cholesterol and triglycerides favoring Brno individuals. Prevalence of diabetes was significantly lower in both genders from Brno. The results did not change after adjusting for age and education. The proportion of individuals with reduced eGFR (< 60 ml/min/1.73 m²) was equally low in males (3.3% and 4.7%; ns, respectively), but the differences in females were significant (Brno 1.2% vs Czech post-MONICA 3.6%; p < 0.001). Urinary albumin excretion was consistently slightly higher in the Czech post-MONICA population in both genders.

Conclusion: Despite the potential selection bias of the more educated population enrolled in Brno, the moderately better values of risk factors compared with the previous Czech post-MONICA survey still indicate a high cardiovascular risk. Our results also confirm the crucial role of education associated with a better risk profile in an urban community.

Současné možnosti léčby obezity a zdravotně závažné nadváhy

P. Sucharda

Česká obezitologická společnost ČLS JEP

Léčba obezity v užším slova smyslu, tedy použití léčivých přípravků a chirurgických či instrumentálních postupů, má smysl pouze jako součást komplexního přístupu zahrnujícího posouzení a úpravu stravy a pohybového režimu. Spektrum antiobezitik se v posledních letech rozšířilo o některá antiobezitika, jejichž podávání snižuje nejen hmotnost a glykemii, ale i kar-

diovaskulární morbiditu a mortalitu (liraglutid) a zpomaluje progresi renálního postižení (empagliflozin). Aktuálně se na trh dostává kombinace naltrexon/bupropion a lze očekávat registraci několika dalších přípravků. Nejširší indikace a nejmenší omezení má blokátor lipáz orlistat. Chirurgická léčba obezity je stále využívána nedostatečně, ačkoli je součástí mezinárodních obezitologických i diabetologických doporučených postupů a v Česku máme dostatek pracovišť, která jsou schopna provádět výkony metabolické chirurgie na vysoké úrovni.

Parkinsonik na interním lůžku: management psychotických příznaků (kazuistika)

I. Tašková

*Oddělení klinické farmacie Psychiatrické nemocnice
Bohnice, Praha*

Psychotické symptomy patří k relativně častým komplikacím léčby dopaminergní medikací. Pacienti s Parkinsonovou nemocí jsou, zejména ve stádiu pozdních hybných a psychických komplikací, často hospitalizováni,

a proto je pravděpodobné, že se také internista setká s pacientem vykazujícím psychotické symptomy. Cílem této kazuistiky je ilustrovat průběh psychiatrických komplikací léčby antiparkinsoniky a přinést základní přehled opatření, která mohou vést k úpravě stavu nemocného. Důležité je, aby byla zachována co nejvyšší kvalita života bez psychotické dekompenzace a současně aby nedocházelo k motorickému zhoršení v rámci základního onemocnění.

Nežádoucí účinky spironolaktону při dlouhodobé léčbě rezistentní hypertenze

J. Václavík¹, D. Tavačová², E. Kociánová¹, M. Kamasová¹

¹I. interní klinika – kardiologická LF UP a FN Olomouc

²LF UP Olomouc

Úvod: Výskyt nežádoucích účinků spironolaktону v dosavadních krátkodobých klinických studiích byl poměrně nízký, chybí však data o jejich výskytu během dlouhodobé léčby.

Metodika: Provedli jsme analýzu lékařských záznamů pacientů s rezistentní hypertenzí, původně zařazených v randomizované klinické studii ASPIRANT-EXT, kterým byl po jejím ukončení nasazen spironolakton a kteří jsou dlouhodobě sledováni na našem pracovišti. Byla sledována délka užívání spironolaktону, jeho dávka, výskyt nežádoucích účinků, krevní tlak (TK) a laboratorní nálezy během poslední klinické kontroly.

Výsledky: Do studie bylo zahrnuto 91 pacientů, z toho 31 žen a 60 mužů. Průměrná délka užívání spironolaktónu byla 41 měsíců. Průměrná dávka spironolaktónu byla

28,4 mg/den (79 pacientů užívalo dávku 25 mg denně, 9 pacientů dávku 50 mg denně, 1 pacient 100 mg denně, 2 pacienti 12,5 mg denně). Hypertenze byla při poslední kontrole v ordinaci kompenzována u 62 % pacientů (TK \leq 140/90 mm Hg), průměrný TK v ordinaci byl 136,0/79,5 (\pm 16,4/9,9) mm Hg, průměrná kalemie $4,63 \pm 0,47$ mmo-l/l. Nežádoucí účinky se během sledování vyskytly u 25 pacientů (27,5 %) a s výjimkou jednoho pacienta si vynutily vysazení spironolaktónu (u 24 pacientů, tj. 26,4 %). Nejčastějšími nežádoucími účinky byla symptomatická hypotenze (9 pacientů), hyperkalemie (7 pacientů), gynekomastie (5 pacientů), mastodynie (2 pacienti) a poruchy potence (2 pacienti).

Závěr: Během dlouhodobé léčby rezistentní hypertenze spironolaktónem dojde u více než 1/4 pacientů ke vzniku nežádoucích účinků, pro které většinou bývá nutné jeho vysazení.

Práce byla podpořena interním grantem Univerzity Palackého v Olomouci č. IGA_LF_2016_038.

Srdeční resynchronizační léčba, optimalizace pomocí 3D echokardiografie a dle EKG, porovnání odpovědi bezprostředně po implantaci a v odstupu 1 měsíce

J. Vondrák¹, D. Marek^{2,3}, P. Vojtíšek¹, A. Havlíček⁴,
M. Táborský²

¹Kardiologické oddělení Nemocnice Pardubického kraje,
a.s., Pardubice

²I. interní klinika kardiologická LF UP a FN Olomouc

³Interní oddělení nemocnice Přerov, SMN a.s.

⁴Kardiologické centrum Agel, a.s.

Cíl: Cílem této studie je prokázat, že nastavení biventrikulárního kardiostimulátoru echokardiograficky pomocí trojrozměrné echokardiografie (3DE) povede k větší hemodynamické odpovědi bezprostředně po optimalizaci a navodí větší redukci endsystolického objemu levé komory (LV) oproti standardnímu nastavení (dle šíře QRS komplexu) v odstupu 1 měsíce od implantace.

Metodika: Do této randomizované, otevřené studie bylo zařazeno 63 nemocných (věk 70 ± 10 let, muži 47) indikovaných k srdeční resynchronizační léčbě (CRT). Nemocní byli randomizováni do 2 skupin. V obou skupinách bylo nejprve atrioventrikulární (AV) delay nastaveno iterativní metodou. Mezikomorové (VV) delay bylo v 1. skupině nastaveno dle šíře QRS komplexu ($n = 31$), ve 2. skupině pomocí 3D echokardiografie ($n = 32$).

U všech nemocných jsme před implantací CRT a po 1 měsíci hodnotili funkční třídu dle New York Heart Association (NYHA), provedli jsme 6minutový test chůze (6MWT), nemocní vyplnili dotazník kvality života (MLHFQ) a měřili jsme hladinu NT-proBNP v krvi. Všichni nemocní před implantací CRT, bezprostředně po optimalizaci a měsíc po implantaci podstoupili 3D echokardiografické vyšetření ke zhodnocení objemů LV, měření ejekční frakce levé komory (EF LV) a systolic dysynchrony indexu (SDI).

Výsledky: V 2. skupině při kontrolním vyšetření po 1. měsíci došlo k větší redukci endsystolického objemu LV (-23 ± 40 ml vs -27 ± 35 ml, $P \square 0,656$) a vzestupu EF LV ($+4,5 \pm 7,9\%$ vs $+6,9 \pm 7,5\%$, $P \square 0,242$) oproti 1. skupině. V 2. skupině byl rozdíl EF LV před implantací CRT oproti kontrole po 1 měsíci statisticky významný ($P \square 0,001$). V klinické odpovědi (funkční třída NYHA, 6MWT, MLHFQ) se obě skupiny po 1 měsíci výrazně nelišily.

Závěr: Individuální optimalizace CRT pomocí 3DE oproti konvenčnímu nastavení vede k větší redukci endsystolického objemu LV a signifikantnímu zlepšení systolické funkce LV. Naše zkušenosti naznačují možnost využití této metody k optimalizaci VV delay v běžné klinické praxi.



XXIII. kongres České internistické společnosti ČLS J. E. Purkyně

Brno, 21. – 24. 9. 2016

Sborník abstrakt

Abstrakta – lékaři – postery

Circulating microparticles as predictor of thrombotic events in BCR/ABL negative myeloproliferative disorders

M. H. Aswad^{1,2}, J. Kissová^{1,2}, L. Říhová^{1,2}, J. Zavřelová^{1,2},
P. Ovesná³, M. Penka^{1,2}

¹*Department of Hematology University Hospital Brno*

²*Medical Faculty Masaryk University Brno*

³*Institute of Biostatistics and Analyses Masaryk University Brno*

Introduction: The clinical course of BCR/ABL negative myeloproliferative disorders (MPNs) is frequently complicated by thrombotic events. Microparticles (MPs) are membrane fragments with diameter of 0.1 to 1 µm, which are released by most cell types during their activation or apoptosis. The level of microparticles is known to be elevated in thromboembolic diseases and malignancies.

Objective: The aim of this work is to describe the contribution of platelet MPs level and their procoagulant activity to the occurrence of thrombotic complication in patients with BCR/ABL negative MPNs.

Methods: The cohort of 121 patients with MPNs (73 males, 48 females) includes 76 patients with essential thrombocythemia, 25 polycythemia vera and 20 primary myelofibrosis. In this cohort was analysed the level of platelet MPs by using flowcytometry and procoagulation activity of MPs by using functional assay (Zymuphen

MP-activity kit, Hyphen BioMed). The normal range was confirmed by examination of healthy individuals.

Results: The level of platelet MPs was statistically significantly higher in patients with MPNs as compared with healthy individuals ($p < 0.001$); the significance was confirmed also for procoagulant activity of MPs ($p < 0.001$). Evaluation of patients with history of thrombosis shown no statistically differences in comparison with patients without thrombosis; procoagulant activity of MPs was close to statistical significance for patients with venous thrombosis (mean 19 nM; 95% CI 4.4–42.6 nM vs 10.7; 95% CI 3.6–31.7 nM; $p = 0.095$). JAK2V617F mutated patients have the higher level of platelet MPs ($p = 0.047$), this correlation was not proven for procoagulant activity of MPs. The level of platelet MPs in patients with polycythemia vera was higher than other types of MPNs ($p = 0.002$).

Conclusion: The results of MPs examination might demonstrate the persistent prothrombotic state in patient with MPNs. The clinical utility of MP examination as marker of an increased risk of thrombosis has not been determined yet. The further studies are needed.

Supported by a grant of Masaryk University Brno MUNI/A/1028/2015 and a project approved by Ministry of Health Czech Republic (FNBr, 65269705).

Venózní tromboembolizmus z hlediska vrozených a získaných rizikových faktorů – vlastní pozorování

R. Baslíková^{1,2}, M. Maršálková^{1,3}

¹*Interní oddělení, nemocnice Ivančice, p.o.*

²*Hematologická ambulance, nemocnice Ivančice, p.o.*

³*Gastroenterologická ambulance, nemocnice Ivančice, p.o.*

Žilní tromboembolizmus je časté onemocnění, spojené s vysokou morbiditou a mortalitou. Trombofilní stavy mohou být vrozené i získané, je nutno však mít na paměti, že tromboembolická příhoda je vždy záležitostí multifaktoriální etiologie. Cílem naší práce bylo zjistit, do jaké míry se na vzniku tromboembolické příhody podílí vrozený či získaný trombofilní stav a jiné rizikové faktory, ať již

ovlivnitelné, či neovlivnitelné. Vyšetřili jsme 25 osob s jednoznačně prokázanou tromboembolickou příhodou. Tito pacienti byli dle okolností testováni na přítomnost vrozených, získaných i etiologicky smíšených trombofilií, a byly u nich aktivně vyhledávány vnější rizikové faktory. Podrobné výsledky jsou předmětem sdělení. Jednoznačně jsme prokázali u všech pacientů získaný rizikový faktor a potvrdili úvodní tezi, že tromboembolická příhoda je vždy multifaktoriální etiologie. Na závěr uvádíme kazuistiku pacienta, u kterého měla tromboembolická příhoda neočekávanou příčinu, i když danou též geneticky podmíněným onemocněním.

Změny kardiovaskulárních parametrů získaných analýzou pulzové vlny u dětí a adolescentů při pobytu v léčebně Křetín

K. Budinskaya¹, J. Svačinová¹, J. Hrušková¹, A. Dvořák¹,
Z. Kubecová¹, N. Kosová¹, H. Hrstková², O. Nádeníčková³,
K. Bednaříková³, Z. Nováková¹

¹Fyziologický ústav LF MU Brno

²Klinika dětské onkologie LF MU a FDN Brno

³Dětská léčebna Křetín

Úvod: Současný trend zvyšujícího se výskytu obezity v dětské populaci je alarmující.

Cíl: Cílem studie bylo zhodnotit změny kardiovaskulárního systému dětí s alimentární obezitou při měsíčním pobytu v dětské léčebně Křetín.

Metodika: Vyšetření se zúčastnilo 28 dětí a adolescentů ve věku od 9 do 17 let s diagnózou alimentární obezity. Všem byly na začátku a na konci pobytu v léčebně změřeny a počítány antropometrické parametry: hmotnost (m, kg), index tělesné hmotnosti (BMI, kg/m²). Dále byla provedena analýza pulzové vlny aplanační tonometrií (Sphygmocor, AtCor, Austrálie) se stanovením parametrů: z periferní části pulzové křivky: systolický (SP) a diastolický (DP) krevní tlak (mm Hg), korigovaná délka ejekce (ED); z centrální aortální křivky: C-SP, C-DP (mm Hg),

střední krevní tlak (C-MEAN, mm Hg), index doby trvání tenze (TTI), index doby trvání diastoly (DTI), Backbergův poměr subendokardiální viability (SEVR), srdeční frekvence (HR, tepů/min), délka trvání pulzu (PERIOD), doba trvání diastoly (DD), ED/period (ED_PERIOD, %), period-ED/period (DD_PERIOD, %).

Výsledky. Při porovnání vstupních a výstupních dat byly nalezeny signifikantně nižší hodnoty BMI ($27,8 \pm 4,1$ vs $26 \pm 4,3$; $p \leq 0,01$), DP ($65 \pm 9,4$ vs $62 \pm 12,7$; $p \leq 0,01$), C-DP ($66,5 \pm 9,2$ vs $63,5 \pm 12,6$; $p \leq 0,01$), C-MEAN ($80 \pm 8,5$ vs $78 \pm 10,6$; $p \leq 0,05$), TTI ($1\,976,5 \pm 247,9$ vs $1\,716,5 \pm 338,1$; $p \leq 0,01$), HR ($83 \pm 10,4$ vs $74,5 \pm 13,0$; $p \leq 0,01$), ED_PERIOD ($38 \pm 3,5$ vs $34 \pm 5,4$; $p \leq 0,01$). Výstupní hodnoty SEVR ($149,5 \pm 23,7$ vs $166,5 \pm 46,7$; $p \leq 0,01$), PERIOD ($719 \pm 100,9$ vs $809 \pm 148,3$; $p \leq 0,01$), DD ($440 \pm 89,9$ vs $540,5 \pm 143,6$; $p \leq 0,01$), DD_PERIOD ($62 \pm 3,5$ vs $66 \pm 5,4$; $p \leq 0,01$) byly signifikantně vyšší než vstupní.

Závěr: Změny sledovaných parametrů ukazují na pozitivní vliv měsíčního pobytu v dětské léčebně Křetín z pohledu zlepšení funkcí kardiovaskulární soustavy.

Podpořeno specifickým výzkumem MUNI/A/1365/2015.

Testování fyzické zdatnosti a její vztah k metabolickým parametrům u pacientů s diabetes mellitus 2. typu: pilotní studie

L. Cibičková¹, N. Cibiček², J. Gajdová¹, D. Karásek¹

¹III. interní klinika – nefrologie, revmatologie, endokrinologie LF UP a FN Olomouc

²Ústav klinické chemie a biochemie LF UP Olomouc

Cíl: Pravidelná fyzická aktivita má komplexní terapeutický efekt na pacienty s diabetem 2. typu. Pohyb snižuje nejen hladinu glykemie, ale také pozitivně ovlivňuje ostatní metabolické parametry a zlepšuje zdatnost pacienta. Přesto není zdatnost v ambulantní praxi rutinně vyšetřována a není na ni kladen patřičný důraz.

Metodika: V naší pilotní studii jsme využili jednoduchý test vyšetření fyzické zdatnosti (2minutový test zvedání kolen), kterým jsme vyšetřili pacienty (n = 21) s diabetem 2. typu s nadváhou a obezitou. Zároveň bylo pacientům doporučeno navýšit pohybovou aktivitu. Výsledky testu zdatnosti byly pak korelovány s laboratorními parametry a také byl porovnáván rozdíl v naměřených hodnotách mezi vstupním a opakovaném vyšetření po 3 měsících. Výsledky testovaného souboru jsme porovnali s věkově a genderově srovnatelnou skupinou pacientů s diabetes mellitus 2. typu standardně sledovaných v diabetologické ambulanci.

Výsledky: U intervenované skupiny došlo po 3 měsících ke zlepšení fyzické zdatnosti, měřené počtem zvednutí

pravého kolene. Fyzická zdatnost korelovala nejlépe s hladinou glykemie nalačno a hladinou glykovaného hemoglobinu ($p < 0,05$). V intervenované skupině došlo po 3 měsících nejen k poklesu lačné glykemie a glykovaného hemoglobinu, ale také apolipoproteinu B, aterogenního indexu plazmy, CRP i poměru albumin/kreatinin v moči a vzestupu HDL-cholesterolu ($p < 0,05$), přestože nedošlo k signifikantní změně antropometrických parametrů (BMI, obvod pasu). V kontrolní skupině pacientů jsme žádné signifikantní změny ve sledovaných laboratorních parametrech po 3 měsících neznamenali.

Závěry: Prokázali jsme zlepšení fyzické zdatnosti i některých laboratorních parametrů u pacientů, u kterých byla fyzická zdatnost testována. 2minutový test zvedání kolen je snadno proveditelný a vhodný pro ambulantní praxi. S jeho pomocí může být také zdůrazněna vhodnost navýšení fyzické aktivity u pacientů s diabetes mellitus 2. typu a tím docíleno zlepšení laboratorních parametrů. Zdatnost lze považovat za faktor zlepšující uvedené laboratorní parametry kompenzace diabetu bez závislosti na změně antropometrických parametrů.

Podpořeno MZ ČR – RVO (FNOI, 00098892).

Analýza pulzní vlny u pacientů s diabetem 2. typu a zdravých osob a její vztah k metabolickým parametrům

J. Gajdová¹, D. Karásek¹, D. Goldmannová¹, L. Cibičková¹, V. Kubíčková²

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

²Oddělení klinické biochemie FN Olomouc

Úvod: Měření tuhosti cévní stěny patří mezi neinvazivní metody sloužící k hodnocení časných známek endoteliální dysfunkce a tím predikci kardiovaskulárního rizika.

Cílem naší práce bylo zhodnocení asociace základních metabolických parametrů s parametry tuhosti cévní stěny u pacientů s diabetem 2. typu a zdravých osob.

Metodika: Do studie jsme zahrnuli 54 diabetiků 2. typu (32 mužů, 22 žen) a 21 zdravých osob (8 mužů, 13 žen). U všech osob jsme provedli antropometrické vyšetření a krevní odběry zahrnující i markery endoteliální dysfunkce – von Willebrandův faktor (vWF), inhibitor aktivátoru plazminogenu 1 (PAI-1), tkáňový aktivátor plazminogenu (t-PA), ukazatele zánětu. Dále jsme změřili kotníkově-pažní index a analýzu pulzní vlny (PWV – rychlost šíření pulzní vlny, Alx – augmentační index, Aortic SP – centrální krevní tlak).

Výsledky: U diabetiků jsme ve srovnání s kontrolami prokázali signifikantně vyšší hodnoty Alx 75/min [22 (14–28) vs 11 (–1–19) %, $p < 0,05$]. Rozdíly v ostatních parametrech cévní tuhosti nebyly statisticky významné. Ve srovnání se zdravými kontrolami měli diabetici signifikantně vyšší hladiny CRP, inzulinu, TAG ($p < 0,05$) a nižší hodnoty HDL-cholesterolu ($p < 0,05$). Augmentační index koreloval pozitivně s věkem, glykemií a vWFa ($p < 0,05$). PWV korelovala pozitivně s věkem, hmotností, obvodem pasu, systolickým krevním tlakem a glykemií ($p < 0,05$), negativně korelovala s glomerulární filtrací a tPA ($p < 0,05$). Centrální tlak koreloval s věkem, obvodem pasu, systolickým krevním tlakem, glykemií ($p < 0,05$) a negativně s ACR ($p < 0,05$).

Závěr: Nemocní s diabetem 2. typu mají signifikantně vyšší hodnoty augmentačního indexu přepočteného na frekvenci 75/min. Prokázali jsme pozitivní korelaci tuhosti cévní stěny s věkem, hmotností, obvodem pasu, systolickým krevním tlakem, glykemií.

Podpořeno grantem IGA_LF_2015_023 a IGA_LF_2016_014.

Korelace výše jaterních testů se stupněm tuhosti jater stanoveným pomocí tranzientní elastografie u pacientů s diabetem

J. Jirkovská¹, L. Vedralová¹, J. Skibová², M. Koula¹,
P. Hříbek¹, S. Solař¹, P. Urbánek¹, M. Zavoral¹

¹Diabetologické centrum Interní kliniky 1. LF UK
a ÚVN Praha

²Oddělení lékařské statistiky IKEM Praha

Úvod a cíl: Výskyt nealkoholového ztukovatění jater (NAFLD) je popisován až u 70 % osob s diabetes mellitus. Přítomnost NAFLD zvyšuje u diabetiků riziko výskytu makrovaskulárních i mikrovaskulárních komplikací. Dalším rizikem je možný rozvoj nealkoholové steatohepatitidy (NASH). Literatura uvádí 20% prevalenci biopticky verifikované NASH u klinicky asymptomatických diabetiků 2. typu s normálními hodnotami jaterních testů. Cílem práce bylo posouzení korelace mezi výší jaterních testů a stupněm jaterní fibrózy stanoveným neinvazivně tranzientní elastografií jater pomocí Fibroscanu.

Metodika: Do studie bylo zařazeno 21 subjektů s NAFLD (8krát prediabetes, 12krát diabetes 2. typu, 1krát diabetes 1. typu, věk $59 \pm 10,8$ let, BMI $29,1 \pm 5,3$). Tuhost jater byla vyšetřena Fibroscanem jako medián nejméně 10 validních měření E_{med} v kPa. Hodnota E_{med} byla pomocí korelační analýzy porovnána s jednotlivými kvantitativními parametry (celkový bilirubin, alaninaminotransferáza –

ALT, aspartátaminotransferáza – AST, gamaglutamyltransferáza – GGT, alkalická fosfatáza – ALP, poměr AST/ALT). Spojité hodnoty E_{med} lze pak rozdělit do stupňů fibrózy F0-4, přičemž pro nevýznamný nález svědčí F0-1, stupeň F2 je šedá zóna a F3-4 predikuje pokročilou fibrotickou změnu jaterní tkáně.

Výsledky: Průměr celkového bilirubinu byl $11,57 \pm 7,05$ $\mu\text{mol/l}$, průměr ALT $0,82 \pm 0,48$ $\mu\text{kat/l}$ a AST $0,56 \pm 0,22$ $\mu\text{kat/l}$, průměrná hodnota GGT byla $1,29 \pm 1,66$ $\mu\text{kat/l}$ a ALP $1,43 \pm 0,48$ $\mu\text{kat/l}$. Průměrný poměr AST/ALT činil $0,84 \pm 0,49$. Průměrná hodnota E_{med} byla $8,17 \pm 2,81$ kPa (4,2–14,0). Vyšetření Fibroscanem ukázalo stupeň fibrózy F0-1 u 47 % subjektů, zatímco u 29 % vyšetřených byl detekován Fibroscanem stupeň fibrózy F2 a u 24 % subjektů byl prokázán vysoký stupeň fibrózy F3-4. Při porovnání jednotlivých laboratorních kvantitativních parametrů s hodnotou E_{med} nebyla nalezena signifikantní korelace mezi žádným z parametrů ($r < 0,433$).

Závěr: Při diagnostice NAFLD nelze spoléhat pouze na elevaci jaterních testů jako indikační kritérium k provedení tranzientní elastografie jater. U diabetiků zejména s nadváhou/obezitou by neinvazivní vyšetření, stanovující tuhost jater, mělo být standardně zvaženo i při normální výší jaterních enzymů.

Ambulantní skrining obstrukční spánkové apnoe u pacientů s rezistentní arteriální hypertenzí pomocí noční monitorace Apnea-link

M. Kamasová¹, J. Václavík¹, T. Václavík², M. Hobzová³,
E. Kociánová¹, M. Táborský¹

¹*I. interní klinika – kardiologická LF UP a FN Olomouc*

²*Katedra statistiky a pravděpodobnosti FIS VŠE Praha*

³*Klinika plicních nemocí a tuberkulózy LF UP a FN Olomouc*

Cíl: Syndrom obstrukční spánkové apnoe (OSA) je jednou z nejčastějších příčin sekundární arteriální hypertenze. U pacientů s rezistentní hypertenzí je nutné v rámci diagnostického algoritmu tento syndrom vyloučit. Noční monitorace Apnea-Link je jednoduché a ekonomické vyšetření, jeho diagnostická efektivita při vyšetřování obstrukční spánkové apnoe u rezistentní hypertenze ale zatím nebyla hodnocena. Cílem naší práce bylo porovnat výsledky noční monitorace Apnea-Link s respirační polygrafií.

Soubor a metodika: U pacientů s rezistentní arteriální hypertenzí a alespoň jedním klinickým příznakem OSA bylo provedeno fyzikální vyšetření, noční ambulantní monitorace přístrojem Apnea-Link a následně respirační polygrafie, při kterých byl hodnocen apnea-hypopnea index (AHI), oxygen desaturation index (ODI), průměrná noční saturace krve (SpO_2) kyslíkem a % doby spánku se $SpO_2 < 90\%$. Porovnáno bylo také hodnocení tíže OSA získané oběma metodami (lehká s AHI 5–15, středně těž-

ká s AHI 15–30 a těžká s AHI > 30) a její korelace s antropometrickými charakteristikami.

Výsledky: Zařazeno bylo celkem 69 pacientů (43 mužů) průměrného věku $58,8 \pm 9,3$ let. Nebyl zjištěn významný rozdíl mezi hodnotami AHI zjištěnými při noční monitoraci Apnea-Link (průměr $30,4 \pm 21,7$) a respirační polygrafií ($37,2 \pm 20,9$, $P = 0,07$), taktéž jsme nenalezli významný rozdíl v průměrné SpO_2 ($91,3 \pm 2,5\%$ vs $90,9 \pm 3,3\%$, $P = 0,22$). Hodnoty ODI při vyšetření Apnea-Link ($32,1 \pm 20,2$) byly významně nižší než při polygrafii ($43,9 \pm 24,8$, $P = 0,002$) a naopak naměřené hodnoty % doby spánku se $SpO_2 < 90\%$ byly vyšší ($31,8 \pm 23,7$ vs $23,3 \pm 24,4$, $P = 0,001$). Při stanovení tíže OSA se obě metody shodovaly u 50,7% pacientů, u 23,2% byla tíže OSA při vyšetření Apnea-Link podhodnocena a u 26,1% nadhodnocena. Nalezli jsme silnou korelaci mezi obvodem krku a tíží OSA při polygrafii (Pearsonův korelační koeficient $r = 0,81$), středně silné pozitivní korelace mezi tíží OSA a Epworthskou škálou spavosti ($r = 0,45$) a obvodem boků ($r = 0,47$).

Závěr: Noční monitorace Apnea-Link je vhodná metoda pro skrining OSA u pacientů s rezistentní arteriální hypertenzí, ale pro přesné zhodnocení tíže OSA je nezbytná respirační polygrafie nebo polysomnografie.

Podpořeno vnitřním grantem UP č. IGA_LF_2016_037.

Není pyróza, jako pyróza

P. Konvička¹, D. Marek¹, M. Vysloužilová², J. Maceček²,
R. Tarnoczy³, P. Maršálek³, A. Haninec⁴, L. Skopal⁵,
T. Příkryl⁶, M. Tichý⁷

¹Interní oddělení nemocnice Přerov

²Gastroenterologické oddělení nemocnice Prostějov

³Radiologické oddělení nemocnice Přerov

⁴Chirurgické oddělení nemocnice Přerov

⁵Onkologická ambulance Přerov

⁶Oddělení patologie nemocnice Přerov

⁷Ústav klinické a molekulární patologie LF UP
a FN Olomouc

24letý muž přichází do gastroenterologické ambulance s doporučením provedení gastroscopického vyšetření v celkové anestezii. Pacient byl již před rokem došetřován cestou spádového gastroenterologa pro pyrózu, bylo zvažováno gastroscopické vyšetření, které ale pacient netoleroval, proto byl zaléčen empiricky PPI terapií s efektem, dále již užíval PPI jen intermitentně při ojedinělých potížích. V době prvních potíží byl bez jiných doprovodných obtíží. Nyní přichází po roce pro zhoršení obtíží. Zprvu pacienta opět trápila těžká pyróza, po měsíci trvání již přešla v polykací obtíže s nemožností polykání horkých či studených tekutin, stejně tak nemožnost polknout větší sousta, po jídle opakované zvracení, intermitentně bolesti v epigastriu a pod oblouky žeber-

ními, začal užívat PPI bez výraznějšího efektu. Provedena gastroscopie, kde zjištěna těžká ezofagitida IV. st. a zánětlivá stenóza distálního jícnu prostupná pro endoskop. Odebrány biopsie ze zánětlivě změněného jícnu, s ohledem na charakter nálezu a obtíže pacienta indikována hospitalizace na interním oddělení. Při vstupním vyšetření na interním oddělení zjištěna i poměrně výrazná citlivost v epigastriu a pod oblouky žeberními, kde palpačně hmatná objemná rezistence, neostrých kontur, na pohmat spíše tuhá. Cíleným dotazem zjištěn i úbytek na váze kolem 20 kg za 2 roky. Laboratorně jen střední elevace zánětlivých parametrů, krevní obraz v normě, bez leukocytózy, bez anémie, v diferenciálním rozpočtu spíše mírný posun doleva, bez lymfocytózy. Zobrazovacími metodami verifikovány objemné měkkotkáňové hmoty v epigastriu splývající se stěnou žaludku, zazdívající abdominální aortu a viscerální tepny, přecházející ventrálně na omentum. S ohledem na charakter nálezu, celkový stav a věk pacienta vyjádřeno podezření na lymfom. Po konzultaci se spádovým onkologem domluvena diagnostická laparoscopie, ta provedena bez komplikací, odebrány bioptické vzorky, odsát zkalený výpotek z dutiny břišní, který odeslán k cytologickému vyšetření. Ve výsledcích cytologie i biopsie prokázán lymfom, který ve specializované laboratoři identifikován jako Burkittův lymfom. Pacient indikován k specifické terapii.

Uzávěr ouška levé síně systémem AtriClip

A. Mokráček¹, V. Kurfirst¹, A. Bulava², J. Haniš²

¹Kardiologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

²Kardiologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

Úvod: Ouško (LAA) levé síně (LS) hraje, za současné síňové fibrilace FS, významnou roli v riziku cévní mozkové příhody (CMP). 95 % trombů u nevalvulární FS je lokalizováno v oušku. Zavedenou prevencí CMP při FS je trvalá antikoagulace ať již Warfarinem, nebo nově novými antikoagulanty. Obě má své limity a rizika. Stejně jako katéetrové okludery ouška levé síně v této indikaci. V našem sdělení bychom rádi prezentovali novou možnost uzávěru ouška LS pomocí epikardiálního systému AtriClip.

Metodika: V období 18. 7. 2012–11. 9. 2015 jsme uzavřeli ouško LS u 100 pacientů. CHA₂DS₂ VASc (Ø) 2,47 (0–6). Euroscore (Ø) **4,09 (1,5–15)**. Follow up 1837 (Ø 18,5) M. 60 pacientů bylo v kombinaci s EndoMAZE. MAZE + klip 79 nemocných, kardiologický výkon + klip 16, pouze klip 5.

Výsledky: Periprocedurálně jsme zaznamenali jednu TIA, v následném sledování 3krát TIA, 1krát CMP. Nebyl detekován žádný endoleak, 3krát byl systém naložen s více než 1cm krčkem.

Závěry: Epikardiální okluze ouška LS systémem AtriClip je bezpečná a reprodukovatelná metoda uzávěru ouška LS a mohla by se stát důležitou alternativou v prevenci cévních mozkových příhod.

Nízce diferencovaný adenokarcinom žaludku difuzního typu – karcinom z buněk pečetního prstenu – kazuistika

H. Nechutová¹, T. Paseka², M. Hermanová³, B. Kianička¹,
M. Souček^{1,4}

¹*II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny Brno*

²*chirurgická klinika LF MU a FN u sv. Anny Brno*

³*patologicko-anatomický ústav LF MU a FN u sv. Anny
Brno*

⁴*Mezinárodní centrum klinického výzkumu FN u sv. Anny
Brno*

Přestože incidence karcinomu žaludku klesá celosvětově v posledních desetiletích, podíl počtu nově hlášených pacientů s karcinomem žaludku z prstenčitých buněk

vzrůstá. Celková pacientova prognóza s takovýmto onemocněním je především odvozena od časného záchytu, protože endoskopická diagnostika difuzního typu karcinomu žaludku je nesnadná. Presentujeme případ 59leté pacientky s časně diagnostikovaným nízce diferencovaným karcinomem žaludku z buněk pečetního prstenu, která podstoupila radikální chirurgickou operační léčbu, s unikátní konstrukcí jejunálního pouče dle Hunt-Lawrence.

„High cut-off“ hemodialýza u renálního selhání při mnohočetném myelomu – 3leté zkušenosti

J. Orság¹, Z. Kosatíková¹, M. Hrubý¹, T. Pika², J. Minařík², J. Bačovský², P. Krhovská², P. Lochman³, K. Krejčí¹, A. Klíčová¹, K. Žamboch¹, M. Schubertová¹, V. Ščudla¹, T. Papajík², J. Zadražil¹

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

²Hemato-onkologická klinika LF UP a FN Olomouc

³Oddělení klinické biochemie a imunogenetiky LVF UJEP a FN Olomouc

Úvod: Akutní selhání ledvin (ASL) vyžadující hemodialýzu nalézáme u 10–20% pacientů s mnohočetným myelomem (MM). Jeho nejčastějším podkladem je odliktová nefropatie následkem akumulace monoklonálních volných lehkých řetězců (VLŘ). Rychlá redukce koncentrace VLŘ má zásadní význam pro zlepšení ledvinných funkcí. Nejlepší možností se tč. zdá být použití hemodialýzy s „high cut-off“ (HCO) dialyzátory v kombinaci s efektivní chemoterapií.

Metodika: 13 pacientů s nově diagnostikovaným MM s ASL vyžadujícím hemodialýzu se sérovou hladinou „do-

minantního“ VLŘ nad 500 mg/l diagnostikovaných v období srpen roku 2012 až prosinec roku 2015 podstoupilo kromě chemoterapie režimem s bortezomibem sérii hemodialýz s použitím HCO membrán. Na začátku a konci každé hemodialýzy byly změřeny hladiny VLŘ v séru a dialyzátu a také sérové hladiny kreatininu a dalších parametrů. Po ukončení hemodialýz byla vyhodnocena i účinnost léčby.

Výsledky: Provedeno celkem 95 hemodialýz s HCO membránami, jednotliví pacienti podstoupili 3–12 procedur. Průměrná redukce hladiny VLŘ v séru pacientů po ukončení terapie dosáhla $78,9 \pm 18,3\%$. Průměrná clearance VLŘ byla $59,2 \pm 43,8$ ml/min, resp. $24,7 \pm 23,9$ ml/min na počátku resp. konci terapie. U 69% pacientů došlo po léčbě k alespoň částečné reparaci renální funkce.

Závěr: Prokázali jsme, že hemodialýza s použitím HCO membrán je perspektivní metoda k odstranění VLŘ i ke zlepšení ledvinných funkcí při ASL u MM v kombinaci s chemoterapií s použitím bortezomibu.

Vypracováno s podporou grantu NT 12451/5.

Hypersenzitivita na kovy environmentální zátěže u pacientů s takotsubo syndromem: existuje klinická souvislost?

M. Pavlušová¹, J. Maňoušek¹, J. Pařenica¹, V. Stejskal²,
P. Kubena¹, P. Kala¹, P. Němec³, J. Jarkovský⁴

¹Interní kardiologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

²Wenner-Gren Institute, University of Stockholm, Švédsko

³CKTCH Brno

⁴Institut biostatistiky a analýz LF MU Brno

Úvod: Takotsubo syndrom (TS) je vzácné srdeční onemocnění charakterizované v době akutní ataky náhle vzniklou přechodnou poruchou systolické funkce nejčastěji levé srdeční komory imitující akutní infarkt myokardu. Jeho příčina není zatím známa. Podle posledních literárních údajů, ale i podle našich zkušeností, se TS často objevuje u jedinců s různými komorbiditami. V etiopatogeneze některých z nich (např. autoimunitní onemocnění) byla popsána hypersenzitivita na kovy (delayed type hypersensitivity – DTH).

Cíl: Cílem této pilotní práce bylo prokázat souvislost mezi hypersenzitivitou na kovy environmentální zátěže hodnocenou metodou LTT-MELISA[®] a TS.

Metody, výsledky: Vyšetřovaný soubor tvořilo 24 pacientů (23 žen, 1 muž) po prodělané akutní atace TS.

Do kontrolní skupiny bylo zařazeno 27 zdravých jedinců. Všichni pacienti i kontroly po podepsání informovaného souhlasu vyplnili dotazník tzv. environmentální zátěže, podle něhož byly vytipovány testované kovy. 19 pacientů (79%) s TS mělo minimálně jednu komorbiditu spojenou s patologickou imunitní reaktivitou (alergie na léky, astma bronchiale, autoimunitní tyreoiditida, kontaktní dermatitida, malignita, revmatoidní artritida). Pacienti s TS měli významně častěji hypersenzitivitu na kovy environmentální zátěže než zdravé kontroly. Hypersenzitivitu alespoň na 1 kov mělo 95,8% pacientů s TS, ale jen 59,3% kontrol ($p = 0,003$); rozdíl byl statisticky významný především pro rtuť (45,8% vs 14,8%; $p = 0,029$).

Závěr: Zdá se, že TS provázený dalšími komorbiditami je spojen s hypersenzitivními reakcemi na kovy environmentální zátěže, především na rtuť. Tato reaktivita je podporována kovy zubních sanací (např. amalgám), ale i další zátěží (kouření). Lze ji hodnotit testem LTT-MELISA[®]. Náš přístup není v rozporu s existujícími koncepty TS. Mohl by pomoci zodpovědět další otázky spojené s tímto dosud idiopatickým onemocněním.

Asociace chronického kašle a Goodova syndromu

O. Rybecký, J. Vlček

*Plicní ambulance II. interní kliniky LF MU a FN u sv. Anny
Brno*

Goodův syndrom se projevuje poruchou funkce bílých krvinek (B-lymfocytů a T-lymfocytů) a současně nádorem thymu. Snížená funkce lymfocytů se projeví nízkou hladinou protilátek v krvi. Lokální symptomy se vyznačují příznaky růstu thymomu a patří mezi ně bolesti na hrudníku, pocity sevření, kašel, dušnost, polykací obtíže, paréza frenického nervu. Ve značně pokročilém stadiu může být patrný i syndrom útlaku horní duté žíly. Thymom vede až v 71 % případů k rozvoji přidružených

autoimunitních nemocí. Autoři prezentují kazuistiku pacienta s chronickým kašlem v terénu polyalergie, imunodeficitu a profesní expozice v prašném prostředí. Vzhledem k charakteru obtíží a anamnéze pacienta diagnosticky uzavřeno jako asthma bronchiale. Avšak léčba inhalačními kortikosteroidy nevedla k ovlivnění symptomatologie. V rámci dalšího vyšetřování provedeno CT plic + mediastina, kde zobrazeno ložisko tumorózního charakteru v thymu. Nebylo patrné na prostém RTG snímku hrudníku. Dále provedena fibrobronchoskopie s nálezem polypu v oblasti přední stěny trachey 2 cm nad karinou. Odstranění polypu laserem a provedení thymectomie s atypickou resekcí levého horního laloku plic vedly k odstranění obtíží.

Chronické selhání ledvin u pacienta s hemofilií – kazuistika

J. Řehořová, L. Malásková, P. Divácká, J. Řádková, A. Hep

Hemodialyzační středisko Interní gastroenterologické kliniky LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

Úvod: Nefrotický syndrom je charakterizován proteinurií, hypoproteinemií, hyperlipoproteinemií a tvorbou otoků. Hemofilie A je onemocnění s gonozomálně recesivní dědičností projevující se poruchou srážlivosti krve. Příčinou je nedostatek koagulačního faktoru VII.

Klinický případ: Autoři popisují případ 45letého muže s těžkou hemofilií A zařazeného do chronického dialyzačního programu. U pacienta došlo v listopadu roku 2014 k rozvoji těžkého nefrotického syndromu, proteinurie 20 g/den, S-CB: 31,9 g/l, S-alb: 15,7 g/l. Odběry AutoPI, aPLAR2, onkomarkery, fokusy – vše negativní. U pacienta velmi obtížná spolupráce, abúzus lehkých drog, st. p. VHB, VHC (PCR-DNA negat.). Byla zvažována renální biopsie, která byla opakovaně hematologicky kontraindikována. Zahájena kortikoterapie. Pro opakované přerušeni

léčby ze strany pacienta problematické hodnocení efektu. Z důvodu prohlubování hypoproteinemie a rozvoje anasarcky zahájena v únoru roku 2/2015 kombinovaná IS terapie – CFS a kortikoidy. Ze strany pacienta opakované nedodržování doporučených léčebných, dietních a režimových opatření. V březnu roku 2015 rozvoj těžké netropenie, sepse, klostridiové kolitidy, progresse hypoproteinemie – S-CB: 26,8 g/l a S-alb: 7,2 g/l, anasarcka, renální selhání. Nutnost denních hemodialýz s ultrafiltrací, navození anurie, což vedlo postupně k zlepšování klinického stavu a proteinemie. Dalším problémem bylo zajištění cévního vstupu u pacienta s hemofilií a obtížnou compliancí. Volili jsme Permcath.

Závěr: Autoři se ve své kazuistice snaží ukázat na obtížnost diferenciální diagnostiky renálního onemocnění u pacienta s hemofilií, na náročnost spolupráce mezioborových specializací. Poukazují na rizikové zajišťování cévního vstupu pro hemodialýzu u nespolupracujícího pacienta s hemofilií.

9 let léčby endokrinní orbitopatie pulzy metylprednizolonu, olomoucká zkušenost

J. Schovánek¹, L. Cibičková¹, D. Kovářová¹, M. Karhanová²,
J. Kalitová², R. Kovář³, K. Langová⁴, M. Halenka¹,
D. Karásek¹, Z. Fryšák¹

¹*III. interní klinika – nefrologie, revmatologie
a endokrinologie LF UP a FN Olomouc*

²*Oční klinika LF UP a FN Olomouc*

³*Radiologická klinika LF UP a FN Olomouc,*

⁴*Ústav lékařské biofyziky LF UP Olomouc*

Úvod: Endokrinní orbitopatie je chronické oční onemocnění s prokázanou vazbou na tyreoidální autoimunitu. Častěji jde o Graves-Basedowovu chorobu, méně často o Hashimotovu toxikózu.

Cíle: Představení sestavy pacientů vyšetřených a léčených v jednom léčebně-diagnostickém centru.

Metodika: 129 pacientů s endokrinní orbitopatií ukončilo kompletní léčebný cyklus včetně následného sledování po dobu minimálně 6 měsíců od podání posledního pulzu steroidů. S měsíčním odstupem jim byly podány infuze metylprednizolonu do celkové dávky 7,5 g.

Výsledky: Soubor 129 nemocných tvořilo 88 (68,2%) pacientů s Graves-Basedowovou chorobou a 41 (31,8%) pacientů s Hashimotovou toxikózou. Měsíc po ukončení léčby došlo k významnému poklesu hodnot Clinical Activity Score (medián poklesl z hodnoty 2,5 na 0,5; $p < 0,001$), a to více u kuřáků (i díky přerušení kouření). Korelaci mezi poklesem Clinical Activity Score a anti-rTSH se nepodařilo prokázat. U pacientů s Graves-Basedowovou chorobou došlo k výraznějšímu poklesu anti-rTSH ve srovnání s pacienty s Hashimotovou toxikózou. K totální tyreoidektomii bylo indikováno 117 (90,7%) pacientů. Vztah mezi totální tyreoidektomií a poklesem Clinical Activity Score respektive anti-rTSH se prokázat nepodařilo. K dekompenzaci endokrinní orbitopatie nebo k přetrvání aktivity po ukončení léčby došlo u 21 (16,3%) pacientů.

Závěr: Pozorování potvrzuje vysokou efektivitu pulzní léčby parenterálními kortikosteroidy.

Podpořeno: IGA LF 2016_014.

Spontánní disekce koronární arterie

I. Šimková, L. Gajdošová, D. Richter, J. Ostřanský, J. Látal, M. Škvařilová, M. Táborský

I. interní klinika – kardiologická LF UP a FN Olomouc

Úvod: Spontánní disekce koronární tepny (SCAD) představuje vzácnou klinickou jednotku s vysokou celkovou mortalitou. Nejčastější manifestací SCAD je akutní koronární syndrom. Zřetelně častěji se vyskytuje u mladých žen. Cílem našeho sdělení je popis případu mladé pacientky s SCAD.

Popis případu: 33letá žena byla přijata na naše pracoviště s podezřením na anteroseptální infarkt myokardu s elevacemi ST segmentů. V pacientčině osobní anamnéze nebyla uváděna žádná přidružená onemocnění. Jednalo se o kuřačku. V rodinné anamnéze byl zaznamenán údaj o myokardiálním infarktu u prvostupňových příbuzných v mladším věku. Fyzikální vyšetření neodhalilo patologii. Pro podezření na akutní koronární syndrom byla pacientce podána standardní léčba, včetně symptomatické terapie sublinguálními nitráty, s následným ústupem stenokardií a vymizením elevací ST segmentů ve svodech V_2 – V_4 na EKG. Byla indikována okamžitá selektivní koronarografie, která odhalila disekci proximální

a střední RIA typu C. Vzhledem ke kompletnímu ústupu stenokardií, vymizení ischemických změn na EKG a nevhodnosti léze pro PCI byl zvolen primárně konzervativní postup. Po doporučené době nekomplikované observace byla pacientka propuštěna do ambulantní péče. Elektivní rekonarografií po 6 týdnech byla verifikována přetrvávající až mírně progredující závažná disekce C-E proximální RIA, nově verifikována spirálovitá disekce C na ACD. Při pokusu o PCI vznikla iatrogenní disekce kmen ACS C-E přecházející na proximální RIA i RC. U pacientky byl emergentně proveden trojitý aortokoronární bypas (RIA, RMS, RIVP). Kontrolní echokardiografie potvrdila pokles EF LK na 35–40% s poruchami kinetiky v povodí odpovídajících tepen. Pooperační průběh byl nekomplikovaný a pacientka mohla být propuštěna v dobrém stavu do ambulantní péče. Vzhledem k suspekci na méněcennost pojivové tkáně bylo provedeno revmatologické vyšetření, které neodhalilo abnormalitu. Histologické vyšetření biopsie z koronární tepny prokázalo zvýšené množství kyselých mukopolysacharidů a pacientka byla odeslána k vyloučení střádavého onemocnění. Bioptický materiál byl odeslán ke druhému čtení do VFN. Kompletní výsledky vyšetření dosud nejsou k dispozici a budou ke sdělení doplněny.

Kardiovaskulární komplikace nádorů a jejich léčby

J. Vyskočil^{1,2}, P. Jelínek¹

¹ARO/JIP MOÚ Brno

²Interní ambulance MOÚ Brno

Úvod: Incidence rakoviny narůstá a statisticky každý 3. občan onemocní nějakou její formou. S narůstajícím věkem populace přibývá malignit mezi seniory, což přináší nové výzvy s ohledem na vyšší incidenci kardiovaskulárních onemocnění (KVO). Zároveň se zlepšuje léčba, prodlužuje se přežívání a rakovina se mnohdy stává chronickým onemocněním. Častěji se budeme setkávat s pacienty, u kterých v důsledku léčby dochází k rozvoji nového KVO nebo ke zhoršení stávajícího KV onemocnění.

Cílem je podat přehled o nejčastějších KV komplikacích nádorů a léčby.

Metodika: Mezi KV komplikace nádorů řadíme mechanické působení v mediastinu, riziko tromboembolické nemoci (TEN) s rozvojem plicní hypertenze (PH), arytmie (karcinom ledvin) či tzv. karcinomové srdce. Komplexní onkologická léčba je náročná a v mnohých případech srdce negativně ovlivňuje. Nejedná se pouze o internistickou léčbu, vidíme akceleraci ICHS po ozáření hrudníku či rozvoji PH po resekčních výkonech.

Výsledky: Kardiotoxicita medikamentózní léčby se projevuje rozmanitě. Nejobávanější je rozvoj chronického srdečního selhání (CHSS), ať přímým vlivem antracyklinů či cílené antiHER2 terapie, nebo jako důsledek jiných negativních vlivů na KV aparát. Mezi rizikové faktory patří léčbou indukovaná/akcelerovaná arteriální hypertenze, k čemuž přispívají inhibitory angiogeneze (bevacizumab, aflibercept, multikinázové inhibitory) i klasická cytostatika, kortikoidy nebo NSA analgetika. Další rizikové faktory CHSS je fibrilace síní (AF) jako nejčastější arytmie. K jejímu rozvoji vede sekundární ischemie při anémii, metabolické odchylky, TEN a uplatňuje se i kardiotoxické působení léčby (cisplatina, taxany atd). Konečně se na rozvoji CHSS podílí i ICHS, která je vážnou pozdní komplikací týkající se dlouhodobě přežívajících pacientů s kurabilními nádory (nádory varlat, hematologické malignity, nádory v dětství). K rozvoji ICHS kromě lokálních vlivů (radioterapie) přispívá i dyslipidemie u pacientek na terapii inhibitory aromatáz nebo cytostatiky navozená endotelová dysfunkce.

Závěr: Dlouhodobě přežívající pacienti jsou rizikovou skupinou pro rozvoj KVO, k jejichž rozvoji dochází ve výrazně mladším věku, a proto u rizikových pacientů je nutné KVO vyhledávat.

XXIII. kongres České internistické společnosti ČLS J. E. Purkyně

Brno, 21. – 24. 9. 2016

Sborník abstrakt

Abstrakta – sestry – přednášky

Stravování dítěte s DM v praxi

J. Andrášková

*Diabetologické centrum II. interní kliniky LF MU a FN
u sv. Anny Brno*

Výchova dětí není samozřejmá ani jednoduchá záležitost. Být rodičem je těžké, být rodičem dítěte s DM je velmi těžké. Diabetes mellitus 1. typu je celoživotní onemocnění. Zasáhne nejen dítě, ale celé bezprostřední okolí. Vý-

sledkem mohou být narušené sociální vztahy mezi dítětem, rodinou, ostatními dětmi. Onemocnění zasáhne denní zvyklosti i finanční možnosti rodiny. Velkou roli hraje věk, ve kterém bylo onemocnění dítěti diagnostikováno.

Kazuistika: Hodnocení stravovacích zvyklostí u 16letého chlapce. DM 1. typu od 4 let. Výsledek neodpovídá vynaloženému úsilí rodiny i zdravotníků.

Léčebná výživa a spolupráce s ošetřujícím personálem

M. Bauerová

Oddělení léčebné výživy FN u sv. Anny Brno

V příspěvku formou kazuistik popíšeme možnosti řešení různých situací v souvislosti s nastavením léčebné výživy pro pacienta v rovině sestra – nutriční terapeut – pacient.

Komplexní ošetrovatelská péče o pacienta s diabetes mellitus aktuálně

L. Bezpalcová

II. interní klinika LF UK a FN Plzeň

Diabetes mellitus je epidemií 21. století, proto vás chci ve svém sdělení seznámit s tím, jak je důležitou součástí léčby edukace, předcházení komplikacím a vzdělávat sebe i pacienty v nových trendech ošetrovatelské péče.

Využití moderních endoskopických metod v léčbě obezity

B. Břegová, M. Pařenicová

Interní klinika LF OU a FN Ostrava

Obezita je onemocnění, u kterého je alarmující vzestupná prevalence. Zvýšené BMI přináší rizika a komplikace. Dlouhodobé studie prokázaly, že pacienti, kteří zhubli za pomoci výživového poradce, mají pouze 3–5% pravděpodobnost, že svůj váhový úbytek udrží déle než 5 let. Při léčbě pomocí moderních endoskopických metod si

pacienti udrží váhový úbytek ve 30–60 % pravděpodobností a u bariatrické chirurgie se podle typu metody jedná o 50–80 %. Cílem léčení obezity v širším smyslu je zlepšení zdraví a v zásadě chceme snížit tělesnou hmotnost a zlepšit vyhlídky pro budoucnost, benefit a kvalitu života člověka. V každém případě je třeba zdůraznit, že obezita je nemoc a to poměrně závažná, pokud se pacientovi podaří významně redukovat svoji hmotnost, dochází k výraznému pozitivnímu zdravotnímu efektu.

Biologická léčba revmatoidní artritidy

I. Černá, P. Němec

Revmatologická ambulance II. interní kliniky, FN u sv. Anny v Brně

Ankylozující spondylitida (AS) je chronické zánětlivé onemocnění postihující osový skelet, periferní klouby a měkký pohybový aparát neznámé etiologie, které vede k postupnému nevratnému poškození kloubů a páteře, k omezení fyzických schopností a zhoršení kvality života

nemocných. Obrovský pokrok v léčbě nemocných s AS znamenal zavedení biologické léčby. Preparáty ze skupiny TNF alfa neutralizujících léků jsou schopny významně potlačit aktivitu onemocnění, zlepšit fyzické schopnosti a kvalitu života nemocných. Sdělení podává přehled o lécích ze skupiny TNF alfa inhibitorů používaných k terapii AS, shrnuje indikace k jejich použití u RA, způsob jejich aplikace a požadavky na monitoraci účinnosti a bezpečnosti léčby těmito preparáty.

Dekubity – prevence a léčba

G. Dvořáková

II. IK Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

Sdělení je zaměřeno na vše, co může nabídnout našim pacientům v prevenci a léčbě dekubitů na II. interní klinice ve FN u sv. Anny.

Sestry a krátká intervence u kuřáků: příklad Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

V. Felbrová, S. Kulovaná

Centrum pro závislé na tabáku III. interní kliniky 1. LF UK a VFN Praha

Cíl: Popsat systematické vzdělávání sester v intervenování u pacientů, kteří kouří, ve velké fakultní nemocnici v souladu s projektem Nekuřácké nemocnice a novou sesterskou dokumentací, která zahrnuje informaci o intervenci u pacientů, kteří kouří.

Metodika: Podle mezinárodních doporučení a ve spolupráci s Mezinárodní společností sester v onkologické péči (ISNCC) probíhaly hodinové semináře na různých klinikách nemocnice na doporučení vedení VFN – konkrétně náměstkyní pro nelékařská zdravotnická povolání. Semináře zahrnovaly epidemiologická data týkající se užívání tabáku se zaměřením na vliv na zdraví v daném klinickém oboru, významnou roli sester a postupy v intervenování u kuřáků. Na konci semináře byl vyplněn anonymní dotazník.

Výsledky: V období od října roku 2015 do května roku 2016 bylo vyškoleny 444 sester během 22 seminářů. Ke konci května roku 2016 jsme měli zpětnou vazbu od 364 sester. Z nich 28% kouří a 19,8% kuřáček má zájem o léčbu své vlastní závislosti na tabáku. Pro 71% sester nebude obtížné ptát se pacientů na kouření a zaznamenávat do dokumentace, i když jen 9% předpokládá, že po intervenci pacienti přestanou kouřit, 83% považuje své znalosti k intervenování za dostatečné, 77% účastnic uvedlo splněné očekávání po semináři.

Závěry: Celkově lze konstatovat, že vyškolené sestry jsou připravené hovořit s pacienty o kouření a intervenovat. Jako nejčastější bariéru uváděly sestry nedostatek času. S podporou vedení nemocnice mohou sestry být vyškoleny v krátké intervenci u kuřáků, což je významně ekonomicky výhodný postup.

Podpořeno projektem „Centrum excelence pro sestry východní Evropy v kontrole tabáku“ Mezinárodní společnosti sester v onkologické péči (ISNCC) díky Nadaci Bristol-Myers Squibb.

Biologická léčba revmatoidní artritidy

V. Gargošová, P. Němec

*Revmatologická ambulance II. interní kliniky LF MU a FN
u sv. Anny Brno*

Revmatoidní artritida (RA) je chronické zánětlivé kloubní onemocnění neznámé etiologie, které vede k postupnému nevratnému poškození kloubů a tím k omezení fyzických schopností a zhoršení života nemocných. Velký důraz je v současné době kladen na včasnou a efektivní terapii RA, která by byla schopna zastavit, případně zpomalit vývoj onemocnění. Cílem léčby by mělo být nastolení remise nebo alespoň nízké aktivity onemocnění.

K ovlivnění aktivity choroby se používají tzv. chorobu modifikující léky (DMARD). K dispozici jsou jednak syntetické a nově i biologické DMARD. Zavedení biologické léčby znamenalo přelom v terapii RA. Biologické léky v řadě případů splňují požadavky, které na moderní léčbu RA klademe, a umožňují zásadní změnu stavu pacienta. Jedná se však o léčbu nákladnou, která může být doprovázena vedlejšími nežádoucími účinky. Sdělení podává přehled o v současnosti používaných biologických léčích, shrnuje indikace k jejich použití u RA, způsob jejich aplikace a požadavky na monitoraci účinnosti a bezpečnosti léčby těmito preparáty.

Suchá nebo mokrá pedikúra?

J. Havránková

*Diabetologické centrum – podiatrická ambulance II. interní
kliniky LF MU a FN u sv. Anny Brno*

Proč není mokrá pedikúra vhodná pro diabetiky? Při mokré pedikúře vznikají velká rizika poranění a infekce – ostré nástroje, vaničky se stojatou vodou, nedostateč-

ná hygiena. Co znamená pojem suchá pedikúra a proč se naopak diabetikům doporučuje? Suchá pedikúra se provádí elektrickou bruskou se smirkovými a diamantovými rotačními nástroji. Metoda je velice šetrná, při ošetření vznikají minimální rizika poranění. Ošetření pacientů v podiatrické ambulanci. Doporučení vhodných a nevhodných pomůcek pro domácí péči. Edukace, prevence v péči o nohy diabetiků.

Řízení motorového vozidla a diabetes

M. Koukalová, M. Šotková

*Diabetologické centrum II. interní kliniky LF MU a FN
u sv. Anny Brno*

Řízení motorového vozidla je činnost, kterou lze s onemocněním jako je diabetes 1. typu vykonávat bez problémů za předpokladu dodržování určitých pravidel. Samozřejmě k těmto patří dodržování denního režimu ve stravování, časté kontroly glykemií a důsledná prevence hypoglykemie. Je důležité, aby nemocný s diabetem rozpoznal příznaky hypoglykemie a dokázal na danou situa-

ci správně reagovat. Toto téma je v poslední době velice aktuální. Na základě průzkumů se ukázalo, že někteří lidé s diabetem problémy zamlčí, hypoglykemie neudávají. Velkým problémem se stávají hypoglykemie nerozpoznané. Raději hodnoty glykemií drží ve vyšších hodnotách z obavy odebrání řidičského průkazu. Pokud nastane situace a odebrání řidičského oprávnění hrozí, obrací se nemocný k posouzení schopnosti řídit motorové vozidlo do Diabetologických center. Obtížnost komunikace, edukace s pacientem v této situaci chci přiblížit zajímavou kazuistikou.

Dekubity – proč vše důkladně zaznamenávat do zdravotnické dokumentace

M. Kožíšková

II. interní klinika LF UK a FN Plzeň

Obsah mého sdělení je rozdělen do 3 částí. **(1)** Edukační sdělení pro laickou veřejnost o dekubitech. **(2)** Proč vše důkladně zaznamenávat – výhody zavedení fotodokumentace dekubitů či jiných chronických ran do klinického

informačního systému. **(3)** Zavádění elektronické dokumentace pomocí tabletů na JIP. Slouží pro zadávání záznamů o podání ordinovaných léků, diurézy, o invazivních přístupech a vitálních hodnotách přímo o lůžka pacienta. Záznamy do aplikace tabletu nahrazují ruční zápisy do zdravotnické dokumentace. Tato dokumentace by do budoucna měla úplně nahradit dokumentaci v papírové podobě.

Jak předcházet infekčním komplikacím peritoneální dialýzy

B. Ledvinová, J. Slaninová

*Nefrologické pracoviště s hemodialýzou II. interní kliniky
LF MU a FN u sv. Anny Brno*

Peritoneální dialýza je intrakorporální eliminační metodou trvalé náhrady funkce ledvin pro pacienty s chronickým onemocněním ledvin v terminálním stadiu bez kontraindikací. Jedná se o metodu sebeobslužnou, proto musí pacient splňovat určitá kritéria dostatečného IQ, manuální zručnosti, vhodných podmínek domácího prostředí. Komplikace peritoneální dialýzy mohou být předem nezjistitelné (nefunkční peritoneum). Správná ošetrovatelská péče je nejlepší prevencí dalších možných komplikací, jako jsou peritonitida, infekce vyústění peri-

toneálního katétru, podkožního tunelu, nedodržování léčebného režimu. Role sestry pro peritoneální dialýzu hraje v edukaci pacienta velmi důležitou úlohu. Lékař ordinuje léčebný režim, sestra učí pacienta sebeobsluže, vysvětluje, nacvičuje s ním všechny postupy, navštěvuje pacienta v domácím prostředí. V našem peritoneálním programu je léčeno průměrně kolem 20 pacientů za rok. V posledních 10 letech se vyskytlo 64 peritonitid u celkového počtu 114 pacientů, z toho 2 pacienti ji měli více jak 3krát/rok. Opakované edukace a nácviky, kontroly v domácím prostředí často odkryjí příčinu opakujících se peritonitid u jednoho pacienta. Pokud je pravdou, že průměrnou normou je 1 peritonitida za rok, můžeme na závěr hodnotit naše výsledky jako pozitivní. Přesto je naším trvalým cílem minimalizovat výskyt infekčních komplikací.

ERCP z pohledu sestry

A. Michalicová

Interní klinika LF OU a FN Ostrava

Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie – ERCP – je vyšetření horní části trávicího traktu – žlučových cest a vývodu slinivky břišní včetně jejich vyústění do dvanáctníku. Výkon je prováděn pouze za hospitalizace, nalačno, v analgosedaci a RTG kontrolou. Nezbytnou součástí před výkonem je pacientem nebo zákonným zá-

stupcem podepsaný informovaný souhlas. Výkon je prováděn flexibilním endoskopem s kamerovým systémem. Přístroj umožňuje vstříknutí kontrastní látky do žlučových cest a slinivkového vývodu. Podle nálezu lze během výkonu provést endoskopickou papilosfinkterotomii nebo extrakci kamenů ze žlučových cest – nebo provést mechanickou litotrypsii. V neposlední řadě lze během ERCP provést zavedení stentů. V prezentaci Vás seznámím s počty výkonů na našem pracovišti i možnými komplikacemi výkonu.

Bariatrie z dlouhodobého pohledu nutričního terapeuta

A. Mottlová

*Obezitologické centrum při II. interní klinice LF MU
a FN u sv. Anny Brno*

Sdělení ve formě kazuistik přinese dlouhodobý pohled nutričního terapeuta na různé typy bariatrických operací.

Obstrukční ikterus – příprava a péče o pacienta před a po ERCP – kazuistika

M. Rajnochová

Interní klinika LF OU a FN Ostrava

Ikterus je žluté zbarvení kůže a sliznic, které je způsobeno zvýšením bilirubinu v plazmě. K tomuto vzestupu dochází z různých příčin a poruch na úrovni prehepatální, hepatální a posthepatální. Podle mechanismu vzniku, který respektuje úroveň poruchy, dochází ke vzniku ikteru. Pro další osud nemocného je diferenciální diagnóza mezi jednotlivými typy nesmírně důležitá. Ve

svém sdělení se zaměřím na obstrukční ikterus, přehled a hodnocení zobrazovacích metod sloužících k diagnostice a léčbě obstrukčního ikteru a péči o pacienta po absolvování ERCP. S tímto endoskopickým vyšetřením se setkáváme na naší klinice velice často. Výhodou ERCP je možnost nejen podat detailní informaci o anatomii žlučových cest, tvaru a úrovni překážek, ale především i možnosti terapeutického zásahu. Pro svou kazuistiku jsem si vybrala pacientku s obstrukčním ikterem, u které byla tato diagnóza stanovena na základě sonografického vyšetření a laboratorních výsledků.

Elektrofyzilogické vyšetření srdce

M. Salovová, A. Müllerová

I. interní kardiologická klinika FN u sv. Anny v Brně

Příspěvek se zabývá představením Elektrofyzilogického vyšetření (EFV). Jedná se o techniku invazivního katetri-

začního vyšetření srdce sloužícího k podrobnému zmapování elektrické srdeční aktivity. Příspěvek se zaměřuje na řešení arytmie fibrilace síní jako typického příkladu použití EFV. Představuje technologické a personální záležitosti, jednotlivé fáze výkonu a jejich konkrétní provedení se zaměřením na činnost sálových sester.

Akutní endoskopie v praxi

E. Tomanová, I. Folprechtová

II. interní klinika – Gastroenterologické pracoviště, FN u sv. Anny v Brně

V prezentaci je popsána problematika urgentních endoskopických výkonů.

Cílem je seznámit posluchače s možnostmi terapeutických endoskopických zásahů u krvácení z gastrointestinálního

traktu a na praktických příkladech ukázat složitost a závažnost stavů těchto pacientů a to nejen z pohledu endoskopického terapeutického výkonu, ale i z pohledu závažného stavu pacienta, jenž ho mnohdy ohrožuje na životě.

Dále je v prezentaci vysvětlen systém akutních endoskopických pohotovostních služeb v rámci FN u svatě Anny v Brně.

Novinky ve farmakoterapii hyperlipoproteinémií a dyslipidemií. Zaměřeno na PCSK9-inhibitory a na Familiární hypercholesterolémii

J. Tvrdíková

*Centrum preventivní kardiologie, III. interní klinika 1. LF UK
a VFN, Praha*

Nemoci srdce a cév, kardiovaskulární onemocnění (KVO) představují stále nejčastější příčinu úmrtí celosvětově, v zemích západní civilizace pak především. V České republice na KVO umírá téměř polovina ze všech zemřelých (ženy přes 50% a muži jen lehce pod 50% veškerých úmrtí). Ovlivnění rizikových faktorů (RF) představuje obecně akceptovaný směr v prevenci a léčbě KVO. A je to právě farmakologická léčba hyperlipoproteinémií a dyslipidemií (HLP a DLP), která je považována za jeden z nejúčinnějších preventivních i terapeutických postupů. Po objevu statinů a jejich zavedení do praxe v 90tých letech se zdálo, že vývoj hypolipidemik je u konce. Jediné nové molekule, ezetimibu chyběla data z velké intervenční studie (což se změnilo publikací výsledků studie IMPROVE IT) a nové léky přinášely spíše potíže a do klinické praxe se nedostaly. Teprve v posledních letech se možnosti ovlivnit koncentrace plazmatických lipidů a lipoproteinů velmi významně rozšiřují.

Vznikají nové farmakologické formy běžných hypolipidemik – nanopartikule obsahující statiny, fibráty v nanočásticích s vysokou biologickou dostupností. Pokračují testy účinnosti terapií cílících na metabolismus HDL částic. Pro inhibitory CETP nebo mimetika apolipoproteinu A1 zatím nemáme přesvědčivé důkazy. Zcela nové postupy zahrnující blokádu MTTP (lomitapid) nebo terapie využívající anti-sense technologie (mipomersen) získávají data

z preklinických i klinických studií, některé jsou již schváleny k léčbě homozygotů familiární hypercholesterolémie (FH).

Za nejvýznamnější pokrok v hypolipidemické léčbě ale považujeme zcela jednoznačně inhibitory PCSK9. Jedná se o monoklonální protilátky (MAB) proti důležitému enzymu, který zasahuje do metabolismu LDL receptorů a LDL cholesterolu. Tyto léky snižují LDL-C o 50, 60 i více procent, navíc snižují koncentrace apoB a dokonce i hladinu LP/a/. Čerstvě prezentovaná metaanalýza pak prokazuje u více než 13 000 nemocných snížení celkové mortality o více než polovinu! Jsou to data předběžná, ale významná.

V současné době jsou v EU registrovány dva léky, evolocumab, Repatha a alirocumab, Praluent. V poslední fázi klinického ověřování před registrací je bocozicumab.

Z hlediska spolupráce s nemocným je významným faktem to, že tyto léky se podávají parenterálně ve formě subkutánních injekcí. Z vlastní zkušenosti (naše centrum patří v ověřování těchto léků k největším na světě) můžeme uvést, že nemocní jednoduchou aplikaci nejen neodmítají, ale dokonce jim dávají přednost před perorálními léky.

Nejvýznamnější skupinou nemocných, kteří budou dostávat PCSK9-i, jsou nemocní s familiární hypercholesterolémií. Je proto vhodné si připomenout i základní charakteristiky tohoto dědičně podmíněného onemocnění, možnosti jeho vyhledávání, klinický obraz i terapii.

Klíčová slova: hypercholesterolémie, dyslipidemie, LDL-C, statiny, ezetimib, fibráty, lomitapid, mipomersen, PCSK9 inhibitory, familiární hypercholesterolémie

Zájem o larvoterapii stoupá – proč?

I. Witová

II. interní klinika LFUK a FN Plzeň

Ve svém sdělení bych vás chtěla seznámit s tím, co nás vedlo k zahájení provozu ambulance chronické rány, jaká

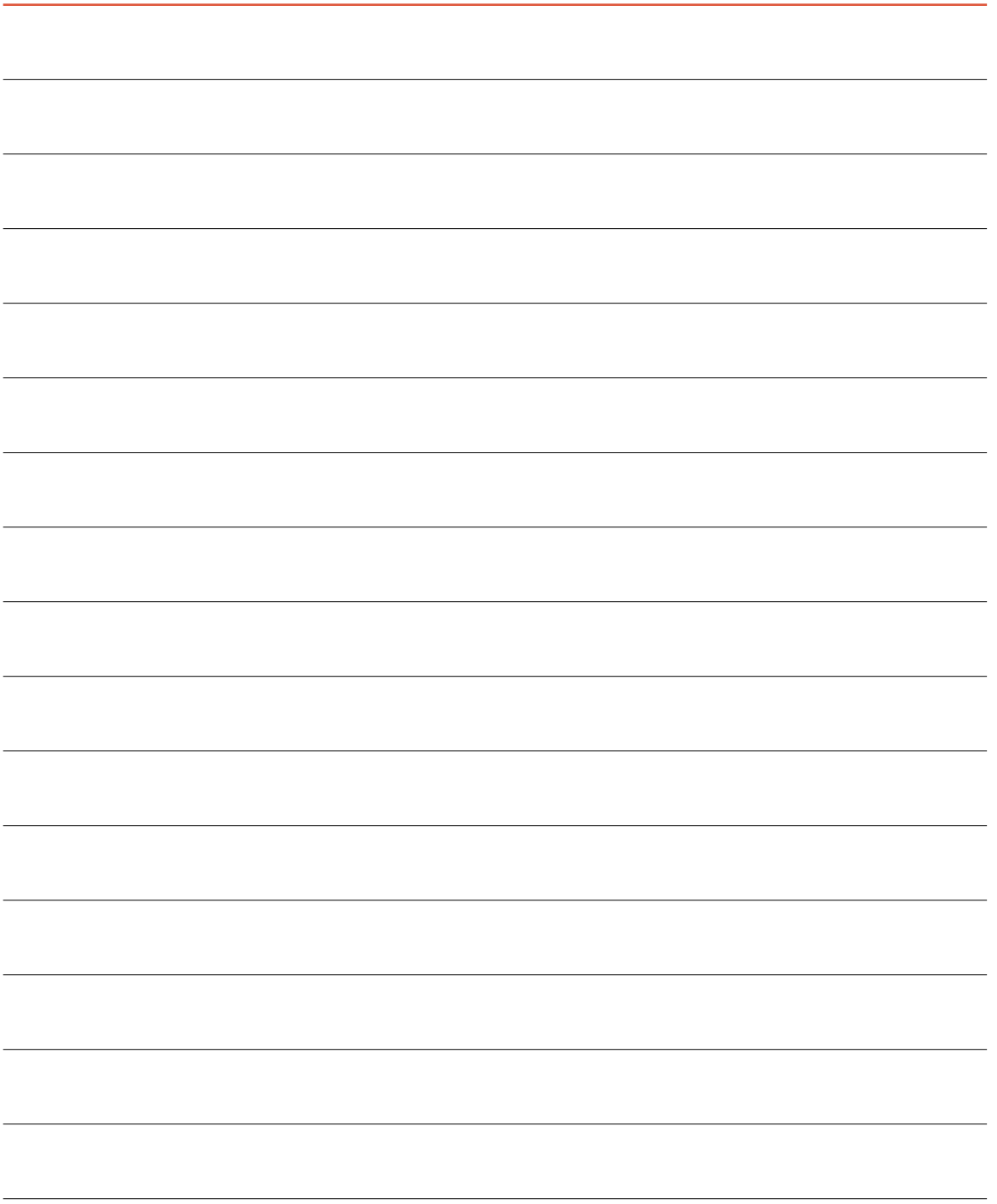
je péče o klienty se syndromem diabetické nohy, způsob vedení zdravotnické dokumentace, vzdělávání pracovníků v této oblasti pomocí certifikovaného kurzu. Součástí je i kazuistika o léčbě chronické rány pomocí larev – kdy se tato metoda používá, jak larvy pracují, aplikace larev, projevy očištěné rány, nežádoucí účinky.

Abecední rejstřík autorů

Andrášková J.	30, 78	Hakl M.	31	Klíčová A.	34, 70
Aswad M. H.	33, 60	Halenka M.	34, 74	Klimeshová L.	31
Bačovský J.	70	Haluzík M.	21, 32	Kociánová E.	28, 34, 45, 56, 66
Baslíková R.	33, 61	Haninec A.	33, 34, 67	Kočka V.	20
Bauerová M.	30, 78	Haniš J.	26, 33, 48, 68	Kojecký V.	23, 43
Bednaříková K.	33, 62	Havlíček A.	28, 57	Kolek V.	24
Bém R.	23, 40, 51	Havránková J.	30, 81	Konečný M.	17
Beranová P.	23, 38	Hep A.	34, 73	Konvička P.	33, 67
Bezpalcová L.	30, 78	Hermanová M.	33, 69	Kopal V.	23, 39
Bielaková K.	21	Hirmerová J.	20	Koreň M.	17, 44, 46
Blaha M.	26, 52	Hlavatý T.	17, 42	Kosatíková Z.	34, 70
Bláha V.	26	Hobzová M.	34, 66	Kosová N.	33, 62
Brabencová K.	26, 50	Holý M.	20	Kotík L.	19
Brůha R.	21	Homolka J.	24	Kotrlíkova E.	21
Brunerová L.	23, 38	Homolka M.	26, 53	Koukalová M.	30, 82
Břegová B.	29, 79	Horák P.	24	Koula M.	34, 65
Březinová Z.	23, 39	Hradec J.	18	Kovář R.	34, 74
Budinskaya K.	33, 62	Hrstková H.	33, 62	Kovářová D.	34, 74
Bulava A.	26, 33, 48, 68	Hrubý M.	34, 70	Kožíšková M.	29, 82
Ceral J.	28	Hrušková J.	33, 62	Krajcoviechová A.	26, 53
Cibiček N.	34, 63	Hříbek P.	34, 65	Krajčovičová A.	17, 42
Cibičková L.	34, 63, 64, 74	Hudec Š.	32	Kraml P.	26
Cífková R.	26, 53	Huorka M.	17, 42	Krejčí K.	34, 70
Čáp J.	24	Husa P.	21	Krhovská P.	34, 70
Černá I.	29, 79	Chudej J.	23	Kroupa R.	23, 43
Čertíková Chábová V.	19	Janečková H.	28, 45	Krusová D.	26, 47
Divácká P.	34, 73	Jarkovský J.	33, 71	Křížová J.	21
Dubský M.	23, 40, 51	Ječmenová M.	23, 43	Kubecová Z.	33, 62
Dusilová Sulková S.	19	Jelínek P.	33, 76	Kubena P.	33, 71
Dvořák A.	33, 62	Jirkovská A.	23, 25, 40, 51	Kubičková V.	34, 64
Dvořáková G.	29, 80	Jirkovská J.	34, 65	Kulovaná S.	29, 80
Fejfarová V.	23, 40, 51	Kala P.	33, 71	Kunzová Š.	26, 53
Felbrová V.	29, 80	Kaláb J.	24	Kurfiršt V.	26, 33, 48, 68
Fiala J.	26, 53	Kalitová J.	34, 74	Kvapil M.	25
Fialová D.	31, 41	Kamasová M.	28, 34, 45, 56, 66	Lacinová Z.	21
Folprechtová I.	30, 85	Kara T.	26, 53	Langmaierová K.	31
Fried M.	18	Karásek D.	34, 63, 64, 74	Langová K.	34, 74
Friedecký D.	28, 45	Karetová D.	20	Lánská V.	26, 53
Fryšák Z.	34, 74	Karhanová M.	34, 74	Lesovský J.	26, 53
Gabrhelík T.	31	Kasalický P.	23, 38	Látal J.	33, 75
Gajdošová L.	33, 75	Kelucová M.	23, 39	Lažanská R.	23, 38
Gajdová J.	34, 63, 64	Kiacová N.	26, 53	Ledvinová B.	29, 83
Gargošová V.	29, 81	Kianička B.	33, 69	Linhart A.	28
Goldmannová D.	34, 64	Kiňová S.	17, 44, 46	Linhartová A.	31
Gregorová J.	31	Kissová J.	33, 60	Lochman P.	34, 70

Lopez-Jimenez F.	26, 53	Penka M.	33, 60	Štěpánová R.	26, 50
Ludka O.	26, 52	Pernický M.	26, 49	Táborský M.	28, 33, 45, 57, 66, 75
Lukáš M.	17	Peštuková P.	23, 39	Táborský P.	19, 23
Maceček J.	33, 67	Petráková K.	18	Tarnoczy R.	33, 67
Malásková L.	34, 73	Petruželka L.	18	Tašková I.	31, 55
Malý J.	16, 17	Piecha R.	21	Tavačová D.	28, 56
Maňousek J.	33	Pika T.	34, 70	Tesař V.	19
Marek D.	23, 28, 33, 39, 57, 67	Potočková J.	23, 38	Tichý M.	33, 67
Maršálek P.	33, 67	Prokeš M.	31, 41	Tomanová E.	30, 85
Maršálková M.	33, 61	Příkryl T.	33, 67	Topinková E.	21
Matějková D.	21	Rajnochová M.	30, 84	Toušek P.	20
Matějovská Kubešová H.	21	Richter D.	33, 75	Trachta P.	21
Matýšková M.	30	Ronová P.	23, 38	Tvrdíková J.	29, 86
Michalíková A.	30, 83	Roztočil K.	20	Urbánek P.	34, 65
Minařík J.	34, 70	Rybecký O.	33, 72	Václavík J.	28, 32, 34, 45, 56, 66
Mokráček A.	26, 33, 48, 68	Rychlík I.	19, 23, 38	Václavík T.	34, 66
Monhart V.	28	Řádková J.	34, 73	Vaniček J.	26, 50
Monhart Z.	16	Řehořová J.	34, 73	Vavrouš A.	21
Mottlová A.	29, 84	Říhová L.	33, 60	Vedralová L.	34, 65
Movsisyan N.	26, 53	Salovová M.	29, 85	Vencovský J.	24
Mráz M.	21	Schovánek J.	34, 74	Verešová J.	23, 38
Müllerová A.	29, 85	Schubertová M.	34, 70	Viklický O.	19
Müllerová D.	21	Skibová J.	23, 34, 51, 65	Vítovec J.	18
Murín J.	26, 49	Skopal L.	33, 67	Vlček J.	31, 33, 41, 72
Nádeníčková O.	33, 62	Skříčková J.	24	Vojtíšek P.	28, 57
Navrátil K.	23, 40	Slabá Š.	18	Vondrák J.	28, 57
Nechutová H.	26, 33, 50, 69	Slaninová J.	29, 83	Vrablík M.	16, 32
Němcová A.	23, 40, 51	Smejkal P.	30	Vrbík K.	21
Němec P.	24, 29, 32, 33, 71, 79, 81	Sobotka L.	21	Vrbíková J.	24
Novák J.	26, 52	Sochor O.	26, 53	Vyskočil J.	18, 33, 76
Nováková Z.	33, 62	Solař S.	34, 65	Vysloužilová M.	33, 67
Olšovský J.	25	Soška V.	26	Widimský J. jr.	19, 32
Orság J.	32, 34, 70	Souček M.	26, 33, 50, 52, 69	Witová I.	30, 87
Osmančík P.	20	Stejskal V.	33, 71	Wohlfahrt P.	26, 53
Ostřanský J.	33, 75	Sucharda P.	18, 54	Wosková V.	23, 51
Ovesná P.	33, 60	Svačina Š.	21	Zadrazil J.	34, 70
Pallay G.	16, 32	Svačinová J.	33, 62	Zavoral M.	34, 65
Papajík T.	34, 70	Svoboda P.	23, 43	Zavřelová J.	60
Pařenica J.	33, 71	Ščudla V.	16, 34, 70	Zavřelová L.	33
Pařenicová M.	29, 79	Šembera Š.	21	Zelinka T.	28
Paseka T.	33, 69	Šimková I.	33, 75	Žák P.	30
Pavelka K.	24	Škvařilová M.	33, 75	Žamboch K.	34, 70
Pavloušková J.	21	Šotková M.	30, 82		
Pavlušová M.	33, 71	Špičák J.	17		
Pelikánová T.	25	Špínar J.	18, 32		

Poznámky





Mobilní aplikace

„ČIS 2016“

Váš mobilní průvodce XXIII. kongresem České internistické společnosti ČLS JEP

Možnosti získání aplikace:

1. U stánku s mobilní aplikací, který se nachází u registrace
2. Individuální instalace podle manuálu



3. S pomocí QR kódu, který získáte na stánku s mobilní aplikací

Dostupné pro:

Android (HTC, Huawei, Lenovo, Samsung, Sony)
iOS (iPhone)

TARGET MD autor mobilní aplikace



Pro instalaci aplikace je nutné znát svoje přístupové údaje („Jméno“ a „Heslo“) do App Store nebo Google Play

DVOJÍ ZÁSAH

JEDNÍM

TAHEM



xigduo

(dapagliflozin
a metformin HCl)

- ➔ první fixní kombinace inhibitoru SGLT2 s metforminem¹⁻⁴
- ➔ komplementární mechanismus účinku – snížení inzulínové rezistence a odstranění nadbytečné glukózy²
- ➔ výrazné a dlouhodobé snížení HbA_{1c} s aditivním snížením tělesné hmotnosti a krevního tlaku²

Zkrácená informace o léčivém přípravku XIGDUO® 5 mg/850 mg nebo 5 mg/1000 mg potahované tablety ▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. **Kvalitativní a kvantitativní složení:** Dapagliflozinum 5 mg a metforminum hydrochloridum 850 mg nebo 1000 mg v potahované tabletě. **Terapeutické indikace:** Spolu s dietními a režimovými opatřeními ke kontrole glykémie u dospělých pacientů od 18 let s diabetem 2. typu, kteří nejsou adekvátně kompenzováni maximální tolerovanou dávkou samotného metforminu anebo metforminu v kombinaci s dalšími léčivými přípravky snižujícími hladinu glukózy, včetně inzulínu, u pacientů, u kterých není glykémie adekvátně upravena metforminem samotným nebo v kombinaci s těmito léčivými přípravky a dále u pacientů, kteří jsou již léčeni kombinací dapagliflozinu a metforminu v jednotlivých tabletách. **Dávkování a způsob podání:** jedna tableta dvakrát denně. Dávka metforminu má být stejná nebo co nejvíce podobná, jako dávka dosud užívaná. Přípravek Xigduo se nesmí podávat pacientům s poruchou funkce jater a se středně těžkou poruchou funkce ledvin. Zahajování léčby u pacientů ve věku 75 let a starších se ve důsledku omezených terapeutických zkušeností nedoporučuje. **Kontraindikace:** Přípravek Xigduo je kontraindikován u pacientů s hypersenzitivitou na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku; diabetickou ketoacidózou, diabetickým předkomatózním stavem; středně těžkou až těžkou poruchou funkce ledvin; akutním stavem, které mohou potenciálně zhoršit funkci ledvin; akutním nebo chronickým onemocněním, které může vyvolat tkáňovou hypoxii; poruchou funkce jater; akutní intoxikací alkoholem, alkoholismem; v průběhu těhotenství a kojení. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití***: V klinických studiích a v poregistračním období byly u pacientů léčených SGLT2i hlášeny případy DKA. V případě nespecifických symptomů je třeba zvážit riziko DKA. Dapagliflozin se nemá používat k léčbě pacientů s diabetem 1. typu. Více informací viz SPC. Doporučuje se monitorovat funkce ledvin před zahájením podávání dapagliflozinu, obsaženým v přípravku Xigduo a dále alespoň jednou za rok. Nedoporučuje se podávat dapagliflozin pacientům, kterým jsou podávána kličková diuretika nebo pacientům s objemovou deplecí. Opatrnost je zapotřebí u pacientů, u kterých může pokles krevního tlaku vyvolaný dapagliflozinem představovat riziko. Jako preventivní opatření se nedoporučuje podávat dapagliflozin pacientům souběžně s léčivem pioglitazonem. Doporučuje se věnovat zvýšenou pozornost pacientům s již zvýšeným hematokritem. Laktátová acidóza je velmi vzácná, ale závažná metabolická komplikace v důsledku kumulace metforminu, složky Xigduo. V případě výskytu jakéhokoliv typu acidózy je třeba podávání přípravku Xigduo ihned přerušit a zahájit vhodná korektivní opatření. Přípravek Xigduo je třeba vysadit 48 hodin před elektivním chirurgickým zákrokem za použití celkové, subarachnoidální nebo epidurální anestezie. Přípravek Xigduo nemá být nasazen dříve než 48 hodin po zákroku a pouze po ověření normální funkce ledvin. Xigduo se musí vysadit před nebo v době vyšetření pomocí kontrastních látek s obsahem jódu a znovu nasadit 48 hodin po vyšetření a pouze po ověření normální funkce ledvin. Doporučuje se monitorovat případné kožní poruchy. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Dapagliflozin – může zvyšovat diuretický účinek thiazidů a kličkových diuretik a může zvyšovat riziko dehydratace a hypotenze. Pokud je dapagliflozin podáván v kombinaci s inzulínem nebo inzulínovými sekretagogy, je vhodné zvážit snížení dávky těchto přípravků, aby se snížilo riziko hypoglykémie. Metformin - pití alkoholu by mělo být vyloučeno. Doporučuje se pečlivě monitorování glykemické kontroly, pokud se souběžně podávají kationtové léčivé přípravky, které se eliminují renální tubulární sekrecí. Je třeba provádět častější kontroly krevní glukózy při léčbě glukokortikoidy, diuretiky a beta-2-agonisty. **Těhotenství a kojení:** Xigduo se nesmí podávat v průběhu těhotenství ani kojení. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Pacienti mají být upozorněni na riziko hypoglykémie, pokud je dapagliflozin podáván souběžně s deriváty sulfonylmočoviny nebo s inzulínem. **Nežádoucí účinky:** S přípravkem Xigduo nebyly provedeny žádné terapeutické klinické studie, ale byla prokázána bioekvivalence přípravku Xigduo s dapagliflozinem a metforminem podávanými současně. Nejčastěji hlášeným nežádoucím účinkem byla hypoglykémie. Kombinovaná léčba se sulfonylmočovinou a přidání k inzulínu vykazovala vyšší frekvenci hypoglykémie. Často hlášenými nežádoucími účinky byly dále infekce pohlavních orgánů (vulvovaginitida, balanitida) a močových cest, závrata, dysurie, polyurie, gastrointestinální poruchy, bolest zad, zvýšený hematokrit, snížená renální clearance kreatininu, dyslipidémie. U pacientů nad 65 let bylo hlášeno více nežádoucích účinků, vztahujících se k poškození ledvin nebo selhání ledvin anebo k objemové depleci, ve srovnání s placebem. **Zvláštní opatření pro uchování:** Nevýžaduje. **Druh obalu a velikost balení:** PVC/PCTFE/Al blister. 60 potahovaných tablet v neperforovaných blistrech. Na trhu nemusí být všechny velikosti balení. **Držitel rozhodnutí o registraci:** AstraZeneca AB, SE-151 85 Södertälje, Švédsko. **Registrační čísla:** EU/1/13/900/004, EU/1/13/900/010. **Datum revize textu:** 28. 4. 2016

© AstraZeneca 2016

Registovaná ochranná známka XIGDUO je majetkem AstraZeneca plc. Referenční číslo dokumentu: 28042016API

Reference: **1.** www.sukl.cz. **2.** Souhrn údajů o přípravku Xigduo. **3.** Olšovský J. Farmakoterapie 2015; 11: 22–25. **4.** Adamíková A. Remedia 2015; 25: 247–250

Přípravek Xigduo® je v ČR částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Přečtěte si pozorně úplnou informaci o přípravku, kterou naleznete na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky (EMA) <http://ema.europa.eu> nebo na adrese zástupce držitele rozhodnutí o registraci v ČR: AstraZeneca Czech Republic s. r. o., U Trezorky 921/2, 158 00 Praha 5 - Jinonice, tel.: +420 222 807 111, www.astrazeneca.cz

* Povšimněte si nových informací v textu. POUZE PRO ODBORNOU VEŘEJNOST.

AstraZeneca

EBR0655C2002016

PRVNÍ PERORÁLNÍ
ANTIKOAGULANS SE
SPECIFICKÝM ANTIDOTEM¹

VAŠE PŘEDVÍDAVOST, JEHO BUDOUCNOST.

PRADAXA®



Bezpečnostní profil
ověřený reálnou praxí²⁻¹³



Bezpečnost ještě umocněna
možností okamžitého zvrácení
účinku¹

Pradaxa®
dabigatran etexilate

Praxbind®
idarucizumab

Closing the Circle

1. Praxbind® Souhrn údajů o přípravku. 2. Connolly SJ et al. N Engl J Med. 2009;361(12):1139-1151. 3. Connolly SJ et al. N Engl J Med. 2010;363(19):1875-1876. 4. Connolly SJ et al. Circulation. 2013;128(3):237-243. 5. Deitelzweig S et al. Curr Med Res Opin. 2016;32(3):573-582. 6. Graham DJ et al. Circulation. 2015;131(2):157-164. 7. Larsen TB et al. Am J Med. 2014;127(7):650-656. 8. Larsen TB et al. Am J Med. 2014;127(4):329-336. 9. Lauffenburger JC et al. J Am Heart Assoc. 2015;4(4):e001798. 10. Poster prezentovaný na kongresu ESC 29. 8.-2. 9. 2015 v Londýně. 11. Seeger JD et al. Thromb Haemost. 2016;Oct 8:1-13. (Epub před tiskem). 12. Tepper P et al. Prezentováno na kongresu ESC 30. 8. 2015 v Londýně. 13. Villines TC et al. Thromb Haemost. 2016;Oct 8:1-9. (Epub před tiskem).

*Všimněte si prosím změny v informacích o léčivém přípravku.

Zkrácená informace o přípravku PRADAXA®:

Složení: Jedna tvrdá tobolka obsahuje 110/150mg dabigatranum etexilatium. **Indikace:** *Prevence cévní mozkové příhody a systémové embolie u dospělých pacientů s nevalvulární fibrilací síní s jedním nebo více rizikovými faktory jako je cévní mozková příhoda nebo tranzitorní ischemická ataka (TIA) v anamnéze; věk ≥ 75 let; srdeční selhání (NYHA třída \geq II); diabetes mellitus; hypertenze (SPAF). *Léčba hluboké žilní trombózy (DVT) a plicní embolie (PE) a prevence rekurence DVT a PE u dospělých pacientů. **Dávkování a způsob podání:** SPAF: Doporučená denní dávka je 300mg (1 tob. po 150mg 2x denně). Léčba musí být dlouhodobá. DVT/PE: Doporučená denní dávka je 300mg (1 tob. po 150mg 2x denně) po léčbě parenterálním antikoaganciem \geq 5dní. Délka léčby je individuální po posouzení přínosu vs rizika léčby. Tobolku polykat celou, neovírat, protože firm tob. může být zvýšeno riziko krvácení. Dávka 220mg (1 tob. po 110mg 2x denně) - věk 80 let a vyšší, současné užívání verapamilu. Pro následující pacienty by měla být zvolena denní dávka přípravku 300mg nebo 220mg dle individuálního posouzení rizika tromboembolie nebo rizika krvácení: věk 75-80 let; stř. těžká porucha funkce ledvin; gastritida, ezofagitida nebo gastroezofageální reflux; ostatní se zvýšeným rizikem krvácení. Funkce ledvin by měla být zhodnocena výpočtem CrCl před zahájením léčby, aby byli vyloučeni pacienti s těžkou poruchou funkce ledvin (tj. CrCl $<$ 30 ml/min). U pacientů léčených přípravkem Pradaxa by měla být funkce ledvin posouzena nejméně 1x ročně nebo častěji podle potřeby. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou nebo pomocnou látku přípravku; těžká porucha funkce ledvin (CrCl $<$ 30 ml/min); klinicky významné aktivní krvácení; organické léze nebo stavy, jestliže jsou považovány za významné rizikové faktory závažného krvácení. Mohou to být nedávne gastrointestinální ulcerace, přítomnost maligních nádorů s vysokým rizikem krvácení, nedávne poranění mozku nebo páteře, nedávny chirurgický výkon v oblasti mozku, páteře nebo oka, nedávne intrakraniální krvácení, známá přítomnost nebo podezření na jícnové varixy, arteriovenózní malformace, cévní aneurysmata nebo závažné intraspinální či intracerebrální cévní anomálie; souběžná léčba jinými antikoagulancií např. nefrakcionovaný heparin, nízkomolekulární hepariny, deriváty heparinu, perorální antikoagulancia kromě zvláštních situací, kdy dochází ke změně antikoagulační léčby nebo je nefrakcionovaný heparin podáván v dávkách nutných k udržení průchodnosti centrálních žilních nebo arteriálních katetrů; porucha funkce jater nebo jaterní onemocnění ovlivňující její funkci; souběžná léčba systémově podávaným ketokonazolem, cyklosporinem, itrakonazolem a dronedaronem, *umělá náhrada srdeční chlopně vyžadující antikoagulační léčbu. **Zvláštní upozornění:** Nedoporučuje se podávat pacientům s dvojnásobným zvýšením hodnot jaterních testů nad horní hranici normy. Dabigatran 150mg 2x denně byl spojen s vyšším výskytem závažných gastrointestinálních krvácení. Pozorováno u pacientů 75 let a starších. K prevenci možno podat PPI. Opatrně podávat u pacientů se zvýšeným rizikem krvácení. Faktory zvyšující riziko krvácení: věk ≥ 75 l., CrCl 30-50ml/min., současné podávání inhibitorů glykoproteinu P (např. amiodaronu, chinidinu, verapamilu), hmotnost $<$ 50kg, ASA, klopidogrel, *tikagrelor, NSAID, SSRI, SNRI, jiné léky ovlivňující hemostázu, poruchy koagulace, trombocytopenie, poruchy funkce trombocytů, nedávna biopsie, závažné zranění, bakteriální endokarditida. Aktuální chirurgický a jiný výkon: léčbu dočasně přerušit; pokud je to možné, výkon odložit nejméně o 12 hod. Nedoporučuje se podávat u pacientů podstupujících anestezii s pooperačním ponecháním epidurálně zavedeného katetru. **Interakce:** Nefrakcionovaný heparin, nízkomolekulární heparin a deriváty heparinu, (fondaparinux, desirudin), trombolytika, antagonisté vitamínu K, rivaroxaban nebo jiná perorální antikoagulancia, látky ovlivňující agregaci krevních destiček (GPIIb/IIIa, tiklopidin, prasugrel, tikagrelor, dextran a sulfipyrazon) – žádné nebo omezené zkušenosti a může být zvýšeno riziko krvácení. Současné podávání ASA, klopidogrelu, NSAID zvyšuje riziko krvácení. Dabigatran etexilát a dabigatran nejsou metabolizovány v systému cytochromu P450, proto nejsou předpokládány související lékové interakce. Inhibitory glykoproteinu P: amiodaron, verapamil, chinidin, ketokonazol, dronedaron, klaritromycin a tikagrelor – pečlivé sledování, k identifikaci zvýšeného rizika krvácení možno použít aPTT a dTT testy. Vyhnout se současnému podávání se silnými induktory glykoproteinu P (třezalka tečkovaná, karbamazepin, rifampicin). **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášeným je krvácení. Hlášeny jako časté: anémie, bolest břicha, průjem, nauzea (SPAF); epistaxe, dyspepsie, gastrointestinální krvácení, kožní krvácení, urogenitální krvácení (SPAF, DVT/PE); rektální krvácení (DVT/PE). **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávat v původním obalu, chránit před vlhkostí. **Datum poslední revize textu:** 01/2016 **Držitel rozhodnutí o registraci:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Ingelheim am Rhein, Německo **Registrační č.:** Pradaxa 110mg EU/1/08/442/005-007; Pradaxa 150mg EU/1/08/442/011. Přípravek schválen i v indikaci Primární prevence žilních tromboembolií u dospělých pacientů po elektivní náhradě kyčelního nebo kolenního kloubu. **Výdej pouze na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před podáním se seznamte s úplnou informací o přípravku.**

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. Podrobnosti o hlášení nežádoucích účinků viz bod 4.8. SPC přípravku.

Zkrácená informace o přípravku Praxbind® 2,5 g/50 ml injekční/infuzní roztok:

Složení: 1 ml injekčního/infuzního roztoku obsahuje idarucizumabum 50mg. Jedna injekční lahvička obsahuje idarucizumabum 2,5g v 50ml. **Léková forma:** Injekční/infuzní roztok **Indikace:** Specifický přípravek k reverzi účinku dabigatranu. Je indikován u dospělých pacientů léčených přípravkem Pradaxa (dabigatran-etexilát) v situacích, kdy je třeba urychleně zvrátit jeho antikoagulační účinky: při naléhavých chirurgických/urgentních výkonech, při život ohrožujícím nebo nekontrolovaném krvácení. **Dávkování a způsob podání:** Omezeno pouze pro použít v nemocnici. Doporučená dávka je 5g (2 x 2,5 g/50 ml). Podání druhé 5g dávky lze zvážit v situacích: rekurence klinicky významného krvácení spolu s prodloužením doby srážení krve; pokud by potenciální obnovení krvácení bylo život ohrožující a zjišť se prodloužená doba srážení krve; pokud pacienti vyžadují další naléhavý chirurgický/urgentní výkon a vykazují prodlouženou dobu srážení krve. Relevantními koagulačními parametry jsou aktivovaný parciální tromboplastinový čas (aPTT), dilutovaný trombinový čas (dTT) nebo ekarínový koagulační čas (ECT). Praxbind (2 x 2,5 g/50ml) se podává intravenózně jako dvě po sobě následující infuze, každá v délce 5 až 10 minut, nebo jako bolusová injekce. Pacienti s poruchou funkce ledvin, jater nebo ve věku ≥ 65 let nevyžadují žádnou úpravu dávky. Léčbu přípravkem Pradaxa (dabigatran-etexilát) lze znovu zahájit 24 hod. po podání přípravku Praxbind, pokud je pacient klinicky stabilní a bylo dosaženo odpovídající hemostázy. Po podání přípravku lze kdykoli zahájit jinou antitrombotickou terapií (např. nízkomolekulární heparin), pokud je pacient klinicky stabilní a bylo dosaženo odpovídající hemostázy. **Kontraindikace:** Žádné **Zvláštní upozornění:** Idarucizumab nezruší účinky jiných antikoagulancií, lze kombinovat se standardními podpůrnými opatřeními. Obsahuje 4g sorbitolu, riziko léčby přípravkem Praxbind se u pacientů s hereditární intolerancí fruktózy musí zvážit oproti potenciálnímu přínosu léčby. Způsobuje přechodnou proteinurii jako fyziologickou reakci na nadbytek bílkovin procházejících ledvinami. Proteinurie nesvědčí o poškození ledvin. **Interakce:** Klinicky relevantní interakce s jinými léčivými přípravky se považují za nepravděpodobné. **Nežádoucí účinky:** Žádné nebyly zjištěny. **Zvláštní opatření pro uchování:** V chladničce (2 °C – 8 °C); v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem, po otevření injekční lahvičky stabilita prokázána 1 hodinu při pokojové teplotě. Neotevřenou injekční lahvičku při pokojové teplotě (25 °C) po dobu až 48 hod., pokud je v původním obalu, chráněna před světlem, nebo až 6 hod. bez obalu na světle. **Datum poslední revize textu:** 07/2016 **Držitel rozhodnutí o registraci:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Ingelheim am Rhein, Německo **Registrační č.:** EU/1/15/1056/001 **Výdej pouze na lékařský předpis. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před podáním se seznamte s úplnou informací o přípravku.**

FLEXIBILNÍ POUŽITÍ VE SCHVÁLENÝCH INDIKACÍCH¹

Přesvědčivé výsledky u vhodných pacientů s diabetes mellitus 2. typu¹



Janumet[®]
(sitagliptinum/meformini hydrochloridum)

Míra kardiovaskulární
bezpečnosti potvrzena
studií TECOS.²



Zkrácená informace o léčivém přípravku

Janumet[®] 50 mg/850 mg a 50 mg/1 000 mg potahované tablety (50 mg sitagliptinum a 850 nebo 1 000 mg metformini hydrochloridum v jedné tabletě). **Terapeutické indikace:** spolu s dietními a režimovými opatřeními ke kontrole glykémie u dospělých pacientů s DM 2, kteří nejsou adekvátně kompenzováni pomocí dietních a režimových opatření a maximální tolerovanou dávkou samotného metforminu, nebo u pacientů, kteří jsou již léčeni kombinací sitagliptinu a metforminu v jednotlivých tabletách. Janumet je též indikován v kombinaci se sulfonylureou (SU) nebo v kombinaci s thiazolidindionem (TZD) spolu s dietními a režimovými opatřeními, pokud maximální tolerovaná dávka metforminu a sulfonylurey nebo TZD neposkytuje adekvátní kontrolu glykémie. Janumet je též indikován v kombinaci s inzulínem jako doplněk k dietním opatřením a cvičení ke zlepšení kontroly glykémie u pacientů, pokud stabilní dávka inzulínu a metforminu samotných neposkytuje odpovídající kontrolu glykémie. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku; diabetická ketoacidóza, diabetické překóma; středně těžká nebo těžká porucha funkce ledvin; akutní stavy, které mohou narušit renální funkce; akutní nebo chronické onemocnění, které může způsobit tkáňovou hypoxii; poškození jater; akutní intoxikace alkoholem, alkoholismus; kojení. **Dávkování a způsob podání:** 2x denně p.o. v průběhu jídla. Obvyklá zahajovací dávka musí obsahovat sitagliptin v množství 50 mg dvakrát denně plus již užívanou dávku metforminu. Pokud je Janumet užíván v kombinaci s SU nebo inzulínem, může být potřebná dávka SU nebo inzulínu nižší, aby se snížilo riziko hypoglykémie. U pacientů s mírným poškozením ledvin není nutná úprava dávkování. Bezpečnost a účinnost přípravku Janumet u dětí a dospívajících od narození do 18 let nebyla stanovena. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Při podezření na závažnou hypersenzitivní reakci na sitagliptin přerušete podávání přípravku Janumet. V porgestračním období byly spontánně hlášeny případy akutní pankreatitidy. Pokud existuje podezření na pankreatitidu, musí být přípravek Janumet a jiné potenciálně podezřelé léčivé přípravky vysazeny. Laktátová acidóza je velmi vzácná, ale závažná metabolická komplikace v důsledku kumulace metforminu. V případě výskytu jakéhokoliv typu acidózy je třeba podávání přípravku Janumet ihned přerušit a zahájit vhodná korektivní opatření. V průběhu léčby je třeba pravidelně sledovat sérové koncentrace kreatininu. Přípravek Janumet je třeba vysadit 48 hodin před elektivním chirurgickým zákrokem za použití celkové, subarachnoidální nebo epidurální anestezie. Janumet by neměl být nasazen dříve než 48 hodin po zákroku a pouze po ověření normální funkce ledvin. Janumet se musí vysadit před vyšetřením nebo v době vyšetření pomocí kontrastních látek s obsahem jódu a znovu nasadit 48 hodin po vyšetření a pouze po ověření normální funkce ledvin. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Sitagliptin – riziko klinicky významných interakcí se současně podávanými léčivy je nízké. Metformin – pít alkoholu musí být vyloučeno. Doporučuje se pečlivě monitorování glykemické kontroly, pokud se souběžně podávají kationtové léčivé přípravky, které se eliminují renální tubulární sekrecí. Je třeba provádět častější kontroly krevní glukózy při léčbě glukokortikoidy, diuretiky, beta-2-agonisty a ACE inhibitory. **Těhotenství a kojení:** Janumet se nesmí podávat v průběhu těhotenství ani kojení. **Nežádoucí účinky:** S přípravkem Janumet tablety nebyly provedeny žádné terapeutické klinické studie, ale byla prokázána jeho bioekvivalence se sitagliptinem a metforminem podávanými současně. Nejčastěji hlášenými NÚ byly nauzea, zvracení, flatulence, zácpa, bolest hlavy a sucho v ústech. Hypoglykémie byla hlášena v kombinaci s SU a inzulínem. Po uvedení přípravku na trh byly hlášeny následující nežádoucí účinky (četnost není známa): reakce přecitlivlosti včetně anafylaxe, intersticiální plicní nemoc, angioedém, vyrážka, kopřivka, kožní vaskulitida a exfoliativní kožní stavy včetně Stevens-Johnsonova syndromu, pankreatitida, artralgie, myalgie, bolesti v končetinách a zádech, zhoršení renálních funkcí včetně akutního selhání ledvin, pruritus, bulózní pemfigoid a atropatie. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Při řízení nebo obsluze strojů je třeba mít na paměti, že při použití sitagliptinu byly hlášeny případy závratí a somnolence. Pacienti mají být upozorněni na možnost hypoglykémie při kombinaci s SU či inzulínem. **Druh obalu a velikost balení:** Nepřerušitelné blistry (PVC/PE/PVDC a hliník). V ČR je k dispozici balení po 56 a 196 potahovaných tabletách. **Uchování:** Neuchovávejte při teplotě nad 30 °C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Merck Sharp & Dohme Ltd., Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Velká Británie. **Reg. čísla:** EU/1/08/455/001 – 22. **Datum první registrace:** 16. 7. 2008. **Poslední revize textu:** 28. 1. 2016. Tento přípravek je vázán na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Dříve než přípravek předepíšete, seznámte se, prosím, s úplným Souhrnem údajů o přípravku, který naleznete na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky (EMA) <http://ema.europa.eu> nebo na adrese zástupce držitele rozhodnutí o registraci v ČR: Merck Sharp & Dohme s. r. o., Hadovka Office Park, Evropská 2588/33a, 160 00, www.msdd.cz.

POUŽE PRO ODBORNOU VEŘEJNOST.

Reference: 1. SPC Janumet. **2.** Green JB, Bethel MA, Armstrong PW, et al. Effect of sitagliptin on cardiovascular outcomes in type 2 diabetes [published online ahead of print June 8, 2015]. *N Engl J Med*. 2015;1–11. doi:10.1056/NEJMoa1501352.



© Copyright Merck Sharp & Dohme s.r.o., 2016. Všechna práva vyhrazena.
Merck Sharp & Dohme s.r.o., Evropská 2588/33a, 160 00 Praha 6, Česká republika
Tel.: +420 233 010 111, e-mail: dproc_czechsllovak@merck.com
www.msdd.cz

03-2017- DIAB-1165685-0003

20%SNÍŽENÍ RIZIKA
KARDIOVASKULÁRNÍHO
ÚMRTÍ OPROTI ENALAPRILU¹
($p < 0,001$)**21%**SNÍŽENÍ RIZIKA
HOSPITALIZACE KVŮLI
SRDEČNÍMU SELHÁNÍ
OPROTI ENALAPRILU¹
($p < 0,001$)SKUTEČNÝ
PŘELOM V LÉČBĚ
SRDEČNÍHO SELHÁNÍ

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. Podrobnosti o hlášení nežádoucích účinků viz bod 4.8.

ZKRÁCENÁ INFORMACE ENTRESTO™ 24 MG/26 MG POTAHOVANÉ TABLETY, ENTRESTO™ 49 MG/51 MG POTAHOVANÉ TABLETY, ENTRESTO™ 97 MG/103 MG POTAHOVANÉ TABLETY

Stožení: Jedna potahovaná tableta obsahuje 24,3 mg, 48,6 mg nebo 97,2 mg sacubitrilumu a 25,7 mg, 51,4 mg nebo 102,8 mg valsartanu (jako komplex sodné soli sakubitril-valsartan). **Indikace:** K léčbě symptomatického chronického srdečního selhání s redukovanou ejekční frakcí u dospělých pacientů. **Dávkování:** Doporučená zahajovací dávka přípravku Entresto je jedna tableta 49 mg/51 mg dvakrát denně. Dávka by měla být zdvojnásobena za 2-4 týdny do dosažení cílové dávky jedna tableta 97 mg/103 mg dvakrát denně, podle tolerance pacienta. Při problémech s tolerancí (systolický krevní tlak ≤ 95 mmHg, symptomatická hypotenze, hyperkalemie, renální dysfunkce) se doporučuje úprava dávek souběžných léčivých přípravků, přechodná titrace dávek přípravku Entresto směrem dolů nebo jeho vysazení. **Kontraindikace:** Současné užívání s ACE inhibitory. Přípravek Entresto nesmí být podán do 36 hodin po ukončení léčby ACE inhibitory. Angioedém související s předchozí léčbou ACE inhibitory nebo s léčbou ARB v anamnéze. Dědičný nebo idiopatický angioedém. Současné užívání s léčivými přípravky obsahujícími aiskiren u pacientů s diabetes mellitus nebo u pacientů s poruchou funkce ledvin ($eGFR < 60$ ml/min/1,73 m²). Závažná porucha funkce jater, bilární cirhóza a cholestáza. Druhý a třetí trimestr těhotenství. Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění/varování:** **Duální blokáda RAAS.** • Léčba přípravkem Entresto nesmí být zahájena do 36 hodin po užití poslední dávky ACE inhibitoru. Pokud je léčba přípravkem Entresto ukončena, léčba ACE inhibitory nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky přípravku Entresto. • Kombinace přípravku Entresto s přímými inhibitory reninu jako je aiskiren se nedoporučuje. • Přípravek Entresto obsahuje valsartan, a proto nemá být podáván současně s jiným přípravkem obsahujícím ARB. **Hypotenze.** Léčba nemá být zahájena, dokud STK není ≥ 100 mmHg. U pacientů léčených přípravkem Entresto byly hlášeny případy symptomatické hypotenze, zejména u pacientů ve věku ≥ 65 let, pacientů s renálním onemocněním a pacientů s nízkým STK (< 112 mmHg). Při zahajování léčby přípravkem Entresto nebo během titrace dávky je třeba rutinně monitorovat krevní tlak. Symptomatická hypotenze se objeví pravděpodobněji, pokud byl pacient v objemové deplerci, např. při léčbě diuretiky, dietním omezení soli, průjmu nebo zvracení. Deplece sodíku a/nebo objemová deplece mají být korigovány před zahájením léčby přípravkem Entresto, ale tato korektivní akce musí být pečlivě vyvážena oproti riziku objemového přetížení. **Porucha funkce ledvin:** Pacienti s lehkou a středně těžkou a těžkou poruchou funkce ledvin podléhají většímu riziku rozvoje hypotenze. U pacientů v terminálním stádiu renálního onemocnění se podávání přípravku Entresto nedoporučuje. Užívání přípravku Entresto může být spojeno se sníženou funkcí ledvin. Riziko může být dále zvýšeno dehydrací nebo současným užíváním nesteroidních protizánětlivých léků (NSAID). **Hyperkalemie.** Léčba nemá být zahájena, pokud je sérová hladina draslíku $> 5,4$ mmol/l. Užívání přípravku Entresto může být spojeno se zvýšeným rizikem hyperkalemie, i když hypokalemie se může také vyskytnout. Pokud je sérová hladina draslíku $> 5,4$ mmol/l, je třeba zvážit vysazení. **Angioedém:** U pacientů léčených přípravkem Entresto byl hlášen angioedém. Pokud se objeví angioedém, má být podávání přípravku Entresto ihned ukončeno a má být poskytnuta vhodná léčba a sledování až do doby kompletního a trvalého ústupu známek a příznaků. Přípravek nesmí být znovu podán. **Angioedém spojený s otokem laryngu** může být fatální. Pokud je pravděpodobné, že je obstrukce dýchacího cesty způsobena otokem jazyka, glottis nebo hrtanu, je třeba nasadit rychle vhodnou terapii, např. roztok adrenalinu 1 mg/1 ml (0,3 0,5 ml) a/nebo přijmout opatření nutná k zajištění průchodnosti dýchacích cest. Pacienti černé/šedé rasy mají zvýšenou výskyt rozvoje angioedému. **Pacienti se stenózou renální arterie:** Přípravek Entresto může zvyšovat hladinu urey v krvi a kreatininu v séru u pacientů s bilaterálními nebo unilaterálními stenózami renální arterie. U pacientů se stenózou renální arterie je třeba dbát opatrnosti a doporučuje se sledovat renální funkce. **Pacienti s poruchou funkce jater:** U pacientů se středně těžkou poruchou funkce jater (Child-Pugh klasifikace B) nebo s hodnotami AST/ALT více než dvojnásobek horní hranice normálního rozmezí je k dispozici omezená klinická zkušenost. U těchto pacientů může být expozice zvýšena a bezpečnost není stanovena. Pokud se přípravek používá u těchto pacientů, doporučuje se dbát opatrnosti. **Interakce:** Opatrnosti je zapotřebí při současném podání se statiny, sildenafilem, lithiem, kalium šetřícími diuretiky včetně antagonistů mineralokortikoidů (např. spironolakton, triamteren, amilorid), náhradami draslíku nebo solemi s obsahem draslíku, nesteroidními antirevmatiky včetně selektivních COX-2 inhibitorů, inhibitorů OATP1B1, OATP1B3, OAT3 (např. rifampin, cyclosporine) nebo MPR2 (např. ritonavir). **Těhotenství a kojení:** Užívání přípravku Entresto se nedoporučuje během prvního trimestru těhotenství a je kontraindikováno během druhého a třetího trimestru těhotenství. Kvůli možnému riziku nežádoucích reakcí u kojencích novorozenci/děti se přípravek nedoporučuje během kojení. **Nežádoucí účinky:** **Velmi časté** Hyperkalemie, hypotenze, porucha funkce ledvin. **Časté:** Kašel, anémie, hypokalemie, hypoglykemie, závrať, bolest hlavy, synkopa, ortostatická hypotenze, průjem, nauzea, gastritida, selhání ledvin, únava, astenie. **Podmínky uchovávání:** Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. Dostupné léčivé formy/velikosti balení: PVC/PVDC/Al blistry v balení obsahující 14, 20, 28 nebo 56 potahovaných tablet nebo vícenásobná balení obsahující 168 (3 balení po 56) nebo 196 (7x28) potahovaných tablet (pouze dvě nejvyšší síly). **Poznámka:** Dříve než lék předepíšete, přečtěte si pečlivě úplnou informaci o přípravku. **Reg. č.:** EU/1/15/1058/001 016. **Datum registrace:** 19.11.2015. **Datum poslední revize textu SPČ:** 16.6.2016. **Dřítel rozhodnutí o registraci:** Novartis Europharm Limited, Frimley Business Park, Camberley GU16 7SR, Velká Británie. **Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek není dosud hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.** ENTRESTO™ je ochranná známka společnosti Novartis AG.

CZ1609521668/09/2016

REFERENCE: 1. McMurray JJ, Packer M, Desai AS, et al. Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure. *N Engl J Med* 2014; 371: 993–1004. 2. Roverai S, Tonelli R, Fabbri L M. Breakthroughs in internal and respiratory medicine. *The Lancet Respiratory Medicine*. Vol. 3; 2015: 600–602.Novartis s. r. o., Gemini, budova B
Na Pankráci 1724/129, 140 00 Praha 4
tel.: 225 775 111, fax: 225 775 222, www.novartis.cz

NOVINKA



DVOJÍ SÍLA NA TLAK DLOUHODOBÝ ÚČINEK¹

Fixní kombinace telmisartan + amlodipin

Zkrácená informace o přípravku Tezefort 80 mg/5 mg, Tezefort 80 mg/10 mg

Léčivá látka: Telmisartanum 80 mg a amlodipinum 5 mg (ve formě amlodipini besilas) nebo telmisartanum 80 mg a amlodipinum 10 mg (ve formě amlodipini besilas) v 1 tabletě. **Indikace:** Substituční léčba u dospělých pacientů s esenciální hypertenzí, jejichž krevní tlak je odpovídajícím způsobem kontrolován kombinací amlodipinu a telmisartanu podávaných současně ve stejných dávkách. **Dávkování:** Pacienti léčení samostatnými tabletami amlodipinu a telmisartanu mohou místo těchto tablet užívat jednou denně tablety přípravku Tezefort, které obsahují stejné dávky jednotlivých složek. Pacienti mají užívat stejnou sílu léku jako v jejich předchozí léčbě. Doporučená dávka je jedna tableta denně. Maximální doporučená dávka je 80 mg/10 mg. U pacientů s těžkou poruchou funkce ledvin nebo podstupujících hemodialýzu jsou omezené zkušenosti. U pacientů s lehkou až středně těžkou poruchou funkce jater nebylo určeno doporučené dávkování. U telmisartanu nemá překročit 40 mg jednou denně. Bezpečnost a účinnost přípravku u dětí ve věku do 18 let nebyla dosud stanovena. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky, na deriváty dihydropyridinu nebo na kteroukoliv pomocnou látku v přípravku. Druhy a třetí trimestr těhotenství. Obstrukce žlučovýchů. Těžká porucha funkce jater. Závažná hypotenze. Šok (včetně kardiogenního šoku). Obstrukce výtokové části levé komory (např. vysoký stupeň aortální stenózy). Hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu. Současné užívání s přípravky obsahujícími aliskiren je kontraindikováno u pacientů s diabetem mellitus nebo s poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²). **Zvláštní upozornění:** Pacientům s oboustrannou stenózou renálních arterií nebo se stenózou arterie zásobující jedinou funkční ledvinu, kteří jsou léčení přípravky ovlivňujícími renin-angiotenzin-aldosteronový systém (RAAS), hrozí zvýšené riziko závažné hypotenze a renální insuficience. U pacientů s poruchou funkce ledvin, kteří užívají telmisartan, se doporučuje pravidelné sledování sérových hladin draslíku a kreatininu. Objem a/nebo snížení koncentrace sodíku se mají před podáním telmisartanu korigovat. Duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se nedoporučuje, je spojena s vyšší frekvencí nežádoucích účinků. Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle nereagují na antihypertenziva působící mechanismem inhibice RAAS. Je nutná zvýšená opatrnost u pacientů se stenózou aortální nebo mitrální chlopně nebo u pacientů s hypertrofickou obstrukční kardiomyopatií. U diabetických pacientů léčených inzulinem nebo antidiabetiky se může při léčbě telmisartanem objevit hypoglykemie. Podávání léčivých přípravků, které ovlivňují RAAS, může vést k hyperkalemii. Přípravek obsahuje sorbitol. Nadměrné snížení krevního tlaku může u pacientů s ischemickým poškozením srdce kardiomyopatií nebo s ischemickým kardiovaskulárním onemocněním vyvolat infarkt myokardu nebo cévní mozkovou příhodu. Pacienti se srdečním selháním mají být léčení s opatrností kvůli riziku budoucích kardiovaskulárních příhod a mortality. **Interakce:** **Telmisartan:** Při zahájení léčby, při úpravách dávky a při ukončení léčby je nutno monitorovat hladinu digoxinu, aby se udržela v terapeutickém rozmezí. Riziko hyperkalemie se může zvýšit v případě kombinované léčby s dalšími léčivými přípravky, které mohou rovněž vyvolat hyperkalemii. Reverzibilní zvýšení koncentrací lithia v séru a jeho toxicita byly hlášeny při současném podávání lithia spolu s ACEI a s antagonisty receptoru angiotenzinu II. NSAID mohou snižovat antihypertenzní účinek antagonistů receptoru angiotenzinu II. Vysoké dávky diuretik (furosemid a hydrochlorothiazid) mohou vést k volumové deplaci a k riziku hypotenze. Účinek na snížení krevního tlaku může být zvýšen současným podáním dalších antihypertenziv nebo baktofenu, amifostinu. Orotostatická hypotenze může být zhoršena alkoholem, barbituráty, narkotiky nebo antidepressivy. Systémové podání kortikosteroidů snižuje antihypertenzní účinek. **Amlodipin:** Současné podávání se silnými nebo středně silnými inhibitory CYP3A4 (inhibitory proteáz, azolová antimykotika, makrolidová antibiotika jako erythromycin nebo klaritromycin, verapamil nebo diltiazem) může významně zvyšovat expozici amlodipinu vedoucí k zvýšenému riziku hypotenze. Současné podávání induktorů CYP3A4 (např. rifampicinu, teřazky tekčované) může vést ke snížení plazmatické koncentrace amlodipinu. Současné podávání grapefruity nebo grapefruitové šťávy není doporučováno. Vzhledem k riziku hyperkalemie je doporučováno vyhnout se kombinaci s blokátory kalciových kanálů u pacientů s podozřením na maligní hypertermii a při léčbě maligní hypertermie. Účinky na snížení krevního tlaku zesilují účinky na snížení krevního tlaku dalších léčivých přípravků s antihypertenzními vlastnostmi. Existuje riziko zvýšené hladiny takrolimu v krvi. Pozornost má být věnována monitorování hladin cyklosporinu u pacientů po transplantaci ledvin. Dávka simvastatinu má být omezena na 20 mg denně. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Přípravek není doporučen v průběhu prvního trimestru těhotenství a je kontraindikován v průběhu druhého a třetího trimestru, expozice vůči antagonistům receptoru angiotenzinu II v této době vede u lidí k fetotoxicitě. Podávání přípravku během kojení se nedoporučuje. V předklinických studiích nebyly pozorovány žádné účinky telmisartanu na samci a samiči plodnost. U některých pacientů léčených blokátory kalciových kanálů byly hlášeny reverzibilní biochemické změny v hlavičkách spermií. Klinická data nejsou dostatečná, pokud jde o potenciální vliv amlodipinu na fertilitu. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Přípravek má mírný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroj, schopnost reakce může být zpomalená. **Nežádoucí účinky:** **Telmisartan:** Infekce močových cest včetně zánětu močového měchýře, infekce horních cest dýchacích včetně faryngitidy a sinusitidy, anemie, hyperkalemie, insomnie, deprese, synkopa, závrat, bradykardie, hypotenze, ortostatická hypotenze, dyspnoe, kašel, bolest břicha, průjem, dyspepsie, nadýmání, zvracení, pruritus, hyperhidróza, vyrážka, bolest zad, svalové křeče, bolesti svalů, porucha funkce ledvin včetně akutního selhání, bolest na hrudi, astenie, zvýšení kreatininu v krvi. **Amlodipin:** Insomnie, změny nálady (včetně úzkosti), deprese, somnolence, závrat, bolest hlavy (zejména při zahájení léčby), třes, dyspezie, synkopa, hypotenze, parestezie, poruchy zraku (včetně diplopie), tinitus, palpitace, arytmie, návaly, hypotenze, dyspnoe, kašel, rinitida, bolest břicha, nauzea, dyspepsie, poruchy vyprazdňování (včetně průjmu a zácpy), zvracení, sucho v ústech, alopecie, purpura, změna barvy kůže, hyperhidróza, svědění, vyrážka, exantém, urtikarie, otoky kotníků, svalové křeče, artralgie, myalgie, bolest zad, poruchy močení, nysturie, zvýšená frekvence močení, impotence, gynekomastie, otoky, únava, astenie, bolest na hrudi, bolest, malátnost, zvýšení tělesné hmotnosti, snížení tělesné hmotnosti. **Předávkování:** Pacient musí být pečlivě monitorován a je nutná symptomatická a podpůrná léčba. Postup závisí na době od požití a na závažnosti příznaků. Navrhovaná opatření zahrnují vyvolání zvracení a/nebo výplach žaludku. Aktivní uhlí může být užitečné při léčbě předávkování telmisartanem i amlodipinem. Je třeba často sledovat sérové elektrolyty a kreatinin. Pokud se objeví hypotenze, pacient musí být umístěn do polohy vleže naznak s elevací končetin a rychle je třeba podat náhradu soli a objemu. Vazokonstriktor může být užitečný pro obnovu cévního tonu a krevního tlaku za předpokladu, že jeho užití není kontraindikováno. Nitrožilní podání kalcium-glukonátu může být přínosem při snaze zvrátit účinek blokády kalciového kanálu. Je nepravděpodobné, že by telmisartan a amlodipin byly odstranovány hemodialýzou. **Uchovávání:** Při teplotě do 25 °C v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Balení:** OPA/Al/PVC/Al blister, krabička. **Velikost balení:** 28 a 90 tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Zentiva, k.s., U Kabelovny 130, 102 37 Praha 10, Česká republika. **Registrační čísla:** Tezefort 80 mg/5 mg: 58/410/15-C, Tezefort 80 mg/10 mg: 58/411/15-C. **Datum revize textu:** 17. 7. 2016. Vydej je vázán na lékařský předpis. Daným léčivým přípravkům byly stanoveny podmínky a výše úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Před použitím přípravků se seznamte s úplnou informací o přípravcích, kterou obdržíte na adrese:** sanofi-aventis, s.r.o., Evropská 846/176a, 160 00 Praha 6, tel. 233 086 111, fax 233 086 222, www.sanofi-aventis.cz

1) SPC přípravku Tezefort, datum revize textu 17. 7. 2016

Určeno pro odbornou veřejnost.
SACS.TEAM.16.06.0608


Tezefort
TELMISARTAN + AMLODIPIN

ZENTIVA
SPOLČNOST SKUPINY SANOFI

Prevence cévní mozkové příhody/systemové embolie
u pacientů s nevalvulární fibrilací síní

ELIQUIS® SPOJUJE OBOJÍ

Volte přípravek ELIQUIS®, perorální přímý inhibitor faktoru Xa s prokázanou superioritou ve snížení rizika vzniku cévní mozkové příhody/systemové embolie, a zároveň významně nižším výskytem závažného krvácení oproti warfarinu.²

Od 1. 11. 2015
všechny
indikace s úhradou^{1,3}

SUPERIORITA
v prevenci
**CÉVNÍ MOZKOVÉ
PŘÍHODY/
SYSTÉMOVÉ
EMBOIE**
vs. warfarin²

SUPERIORITA
ve snížení
rizika výskytu
**ZÁVAŽNÉHO
KRVÁCENÍ**
vs. warfarin²

ELIQUIS®

perorální přímý inhibitor faktoru Xa indikovaný:

- v prevenci cévní mozkové příhody a systémové embolie u dospělých pacientů s nevalvulární fibrilací síní a jedním nebo více rizikovými faktory:
 - předchozí CMP nebo TIA
 - věk ≥ 75 let
 - hypertenze
 - diabetes mellitus
 - symptomatické srdeční selhání (třída NYHA \geq II)¹
- v léčbě hluboké žilní trombózy (HŽT) a plicní embolie (PE) a prevenci rekurentní HŽT a PE u dospělých pacientů¹
- v prevenci tromboembolické nemoci (TEN) u dospělých pacientů po elektivní náhradě kolenního nebo kyčelního kloubu¹

Eliquis®
apixaban

Podrobnější informace naleznete v Souhrnu údajů o přípravku Eliquis®.

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU ELIQUIS® 2,5 mg a 5 mg potahované tablety. Léčivá látka: Apixabanum 2,5 mg nebo 5 mg v jedné potahované tabletě. **Indikace:** Prevence žilních tromboembolických příhod (VTE) u dospělých pacientů, kteří podstoupili elektivní náhradu kyčelního nebo kolenního kloubu. Prevence cévní mozkové příhody (CMP) a systémové embolie (SE) u dospělých pacientů s nevalvulární fibrilací síní (NVAF) a s jedním nebo více rizikovými faktory, jako jsou předchozí cévní mozková příhoda nebo tranzitorní ischemická ataka (TIA); věk ≥ 75 let; hypertenze; diabetes mellitus; symptomatické srdeční selhání (třída NYHA \geq II). Léčba hluboké žilní trombózy (DVT) a plicní embolie (PE) a prevence rekurentní DVT a PE u dospělých. **Dávkování a způsob podání:** Prevence žilních tromboembolických příhod (VTE): 2,5 mg perorálně 2x denně. Počáteční dávka by měla být užitá 12 až 24 hodin po operaci. Doporučená délka léčby je 32 až 38 dní (náhrada kyčelního kloubu) a 10 až 14 dní (náhrada kolenního kloubu). Prevence cévní mozkové příhody (CMP) a systémové embolie (SE) u dospělých pacientů s nevalvulární fibrilací síní (NVAF): 5 mg perorálně 2x denně, snížená dávka 2,5 mg perorálně 2x denně. **Léčba akutní DVT a léčba PE:** 10 mg perorálně 2x denně prvních 7 dní, poté 5 mg perorálně 2x denně. **Prevence rekurentní DVT a PE:** 2,5 mg perorálně 2x denně po dokončení 6-ti měsíční léčby apixabanem nebo jiným antikoagulantem. Tablety přípravku Eliquis se zapíjejí vodou bez závislosti na jídle a lze je také podat rozdrcené a rozmíchané v tekutině. Podrobnosti viz SPC. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku. Klinicky významné aktivní krvácení, jaterní onemocnění spojené s koagulopatií a klinicky relevantním rizikem krvácení, léze nebo stav s významným rizikem závažného krvácení, souběžná léčba jinými antikoagulanty. **Zvláštní upozornění:** Doporučuje se, aby byl přípravek Eliquis používán s opatrností v podmínkách vyššího rizika krvácení. Podávání přípravku Eliquis se musí přerušit, jestliže se vyskytne závažné krvácení. Přípravek Eliquis by měl být vysazen nejméně 48 hodin před elektivní operací nebo invazivními výkonů se středním nebo vysokým rizikem krvácení a nejméně 24 hodin před výkonem s nízkým rizikem krvácení. Permanентní epidurální nebo intrathekální katetry musí být odstraněny nejméně 5 hodin před podáním první dávky přípravku Eliquis. Souběžné užívání přípravku Eliquis s antiagregancí zvyšuje riziko krvácení; při souběžné léčbě NSAID včetně ASA, je třeba dbát zvýšené opatrnosti. Podrobnosti k podání u poruch ledvin a jater a hemodynamicky nestabilních pacientů viz SPC. **Interakce:** Užívání se nedoporučuje u pacientů, kteří současně užívají systémové silné inhibitory CYP3A4 a P-gp, jakými jsou například azolová antimykotika a inhibitory HIV proteázy. Při současném podávání se slabšími inhibitory CYP3A4 a/nebo P-gp není nutná úprava dávky apixabanu. Při současném podávání apixabanu se silnými induktory CYP3A4 a P-gp není nutná žádná úprava dávky apixabanu, avšak silné induktory CYP3A4 a P-gp by se měly současně podávat s opatrností. **Těhotenství a kojení:** Užívání apixabanu v průběhu těhotenství se nedoporučuje. **Nežádoucí účinky:** Časté: krvácení (oční, epistaxe, z dásní, gastrointestinální, rektální, hematurie, hematomy), kontuze, u prevence VTE po ortopedických výkonech také anémie a nauzea. **Předávkování:** Neexistuje antidotum přípravku Eliquis. Předávkování apixabanem může způsobit vyšší riziko krvácení. **Uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Balení:** Eliquis 2,5 mg: 20, 60, 80x1 nebo 168 potahovaných tablet v blistru. Eliquis 5 mg: 28, 60 nebo 168 potahovaných tablet v blistru. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEIG, Bristol-Myers Squibb House, Uxbridge Business Park, Sanderson Road, Uxbridge, Middlesex UB8 3DH, Velká Británie. **Registrační číslo:** EU/1/11/691/002-4,9,11,13,14. **Datum první registrace:** 18.05.2011. **Datum poslední revize textu:** 23.03.2016. **Výdej léčivého přípravku** je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se prosím seznámte s úplnou informací o přípravku.

ELQ-2016.01.109

Reference: 1. SPC přípravku Eliquis®. 2. Granger CB et al. N Engl J Med. 2011; 365: 981-992. 3. Podmínky úhrady přípravku Eliquis dle www.sukl.cz.

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

Pfizer

Pracujeme společně pro zdravější svět™



LIPERTANCE[®]

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

DVĚ DIAGNÓZY – JEDNO ŘEŠENÍ



DOSTUPNÉ OD 5. 10. 2016

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



1× DENNĚ

Přehled sponzorů a vystavovatelů

Generální sponzor:



Zlatí hlavní sponzoři:



Hlavní sponzoři:



Sponzoři:

Amgen s. r. o. • Teva Pharmaceuticals CR, s. r. o.

Vystavovatelé:

AbbVie s. r. o. • Alfa Wassermann Czech s. r. o. • Aspen Europe GmbH • Berlin-Chemie/A.Menarini Ceska republika s. r. o.
BTL zdravotnická technika, a.s. • Egis Praha spol. s r.o. • Fresenius Medical Care - ČR, s. r. o. • Kardio - Line spol. s r. o. • KRKA ČR, s. r. o.
Mylan Pharmaceuticals s. r. o. • Orphan Europe • PRO.MED.CS Praha a.s. • Richter Gedeon ČR, s. r. o. • WöRWAG PHARMA GmbH&Co.KG

Mediální partneři



Všem sponzorům a vystavovatelům děkujeme za podporu a účast!

XXIV. kongres České internistické společnosti ČLS J. E. Purkyně

ve spolupráci
s dalšími odbornými
společnostmi a s Interní
sekcí České asociace sester

29. 10. – 1. 11. 2017

Kongresové centrum Praha , 5. května 1640/65, Praha 4



ČESKÁ
INTERNISTICKÁ
SPOLEČNOST



NADAČNÍ
FOND
ČESKÉ
INTERNY



www.kongrescis2017.cz

Poloviční riziko závažného krvácení u pacientů s plicní embolií a hlubokou žilní trombózou*¹



Zkrácená informace o přípravku Xarelto 20 mg potahované tablety a o přípravku Xarelto 15 mg potahované tablety

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. Podrobnosti o hlášení nežádoucích účinků viz bod 4.8 SPC

Složení a léková forma: Jedna potahovaná tableta obsahuje rivaroxabanum 20 mg nebo 15 mg. **Indikace:** Prevence cévní mozkové příhody (CMP) a systémové embolizace u dospělých pacientů s nevalvulární fibrilací síní s jedním nebo více rizikovými faktory, jako jsou měrná srdeční selhání, hypertenze, věk \geq 75 let, diabetes mellitus, anamnéza CMP nebo tranzitní ischemická ataka. Léčba hluboké žilní trombózy (HŽT) a plicní embolie (PE) a prevence recidivující hluboké žilní trombózy a plicní embolie u dospělých. **Dávkování a způsob podání:** Tablety se mají užívat s jídlem. Pacientům, kteří nejsou schopni polykat celé tablety, může být tableta přípravku Xarelto těsně před užitím rozdrcena a smíchána s vodou nebo s jablečným pyré a poté podána perorálně. Po podání rozdrcené potahované tablety Xarelto 15 mg nebo 20 mg musí být dávka okamžitě následována jídlem. Rozdrcená tableta přípravku Xarelto může být také podána gastrickou sondou poté, co je potvrzeno správné umístění sondy v žaludku. Rozdrcená tableta by měla být podána žaludeční sondou v malém množství vody a sonda by poté měla být propláchnuta vodou. Po podání rozdrcené potahované tablety Xarelto 15 mg nebo 20 mg musí být poté dávka okamžitě následována enterální výživou. **Prevence cévní mozkové příhody a systémové embolizace (SPAF):** 20 mg jednou denně. **Léčba HŽT a PE:** První tři týdny se podává 15 mg dvakrát denně a dále 20 mg jednou denně. Krátkodobá léčba (nejméně 3 měsíce) je indikována při přechodných rizikových faktorech a dlouhodobá léčba při trvalých rizikových faktorech nebo idiopatické HŽT nebo PE. Délka léčby je individuální po zvážení přínosu léčby a rizika krvácení. S podáváním nad 12 měsíců jsou zkušenosti omezené. Podávání přípravku Xarelto dětem do 18 let se nedoporučuje. **Vynechání dávky:** Při vynechání dávky při podávání 15 mg dvakrát denně by měl pacient užívat dávku co nejdříve, aby byla zajištěna denní dávka 30 mg denně. Při vynechání dávky při podávání jednou denně by dávka neměla být tentýž den zdvojnásobena, vynechaná dávka by měla být užitá co nejdříve a dále se pokračuje jednou denně. **Převod z VKA na přípravek Xarelto:** Léčba VKA má být ukončena. Xarelto má být podáno, pokud je INR \leq 3,0 (SPAF), nebo INR \leq 2,5 (léčba HŽT a PE a pro prevenci recidiv HŽT a PE). INR nelze použít na monitoraci léčby přípravkem Xarelto. **Převod z přípravku Xarelto na VKA:** Xarelto zvyšuje INR. Je možná neadekvátní antikoagulace. Xarelto lze podávat současně až do hladiny INR \geq 2,0, oběť INR se ale musí provádět nejdříve za 24 hodin po podání dávky přípravku Xarelto. **Převod z parenterálních antikoagulantů na Xarelto:** První dávka se podává 0 až 2 hodiny před dalším plánovaným podáním parenterálního přípravku nebo při vysazení kontinuálního podávaného antikoagulantu. **Převod z přípravku Xarelto na parenterální antikoagulanty:** První dávka parenterálního antikoagulantu se podává v době, kdy by měla být užitá další dávka Xarelto. Speciální populace: **Levdinová nedostatečnost:** Při clearance kreatininu 15–29 ml/min se doporučuje opatnost. Použití se nedoporučuje u pacientů s clearance kreatininu nižší než 15 ml/min. **SPAF:** Clearance kreatininu 50–80 ml/min: dávka se neupravuje. Clearance kreatininu 15–49 ml/min: dávka se snižuje na 15 mg jednou denně. **Léčba HŽT a PE:** Úvodní ani následná dávka se neupravuje (15 mg 2x denně 3 týdny a potom 20 mg jednou denně). Clearance kreatininu 15–49 ml/min: Snižte dávky z 20 mg jednou denně na 15 mg jednou denně je třeba zvážit, pokud u pacienta riziko krvácení převládá riziko vzniku recidivující HŽT a PE. Doporučení pro použití dávky 15 mg je založeno na farmakokinetickém modelu a nebylo v těchto klinických podmínkách studováno. **Pacienti podstupující kardioverzi:** Léčba přípravkem Xarelto může být zahájena nebo v ní lze pokračovat u pacientů, jejichž stav vyžaduje provedení kardioverze. * **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou nebo pomocnou látku. Klinicky významné aktivní krvácení. Léze nebo stavy s významným rizikem závažného krvácení jako jsou: současné nebo nedávno prodělané ulcerace gastrointestinálního traktu, přítomnost maligních nádorů s vysokým rizikem krvácení, nedávno prodělané poranění mozku nebo míchy, operace mozku, míchy nebo oka v nedávné době, intrakraniální krvácení v nedávné době, jinové varny nebo poodezení na ně, arteriovenózní malformace, cévní aneurysma nebo významné cévní abnormality v míše nebo mozku. Souběžná léčba jinými antikoagulačními přípravky, např. nefrakcionovaným heparinem (UFH), nízkomolekulárními hepariny (enoxaparin, dalteparin atd.), heparinovými deriváty (fondaparinux atd.), orálními antikoagulanty (warfarin, apixaban, dabigatran atd.), se nedoporučuje s výjimkou situace, kdy je pacient převáděn z jiné léčby na léčbu rivaroxabanem nebo naopak nebo když je podáván UFH v dávkách nezbytných pro udržení průchodnosti centrálního žilního

nebo arteriálního katetru. Jaterní onemocnění spojené s koagulopatií a klinicky relevantním rizikem krvácení včetně cirhotiky stupně Child Pugh B a C. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Přípravek je kontraindikován během těhotenství a kojení. Účinky na fertilitu nejsou známy. **Zvláštní upozornění a opatření:** Pacienti, kteří při léčbě trpí závratemi či prodělali synkopu, by neměli řídit a obsluhovat stroje. Častěji bylo pozorováno silnější krvácení a anémie. Doporučuje se sledování a event. vyšetření hemoglobinu/hematokritu, zvláště u rizikových skupin pacientů. **Podávání s opatnostmi:** Pacienti s renální insuficiencí, zvláště při současném podávání silných inhibitorů CYP 3A4 (klaritromycin, erythromycin). Účinek erythromycinu je aditivní k renálnímu poškození. Použití se nedoporučuje u pacientů s clearance kreatininu nižší než 15 ml/min. Podávání s opatnostmi při současném podávání přípravků ovlivňujících krevní srážlivost (např. steroidní antiinflammata, kys.acetylsalicylová, antiagregancia). Při riziku vědové choroby gastroduodena lze zvážit profylaktickou léčbu. **Podávání se nedoporučuje:** Krvácivé poruchy, léčbu neupravená těžká arteriální hypertenze, gastrointestinální onemocnění bez aktivní ulcerace, které může potenciálně vést ke krvácivým komplikacím (např. zánětlivé stěvni onemocnění, esofagitida, gastritida a gastroesofageální refluxní choroba), cévní retinopatie, bronchiektázie nebo plicní krvácení v anamnéze, pacienti s chlopněními náhradami, při intoleranci nebo malabsorpci glukózy a galaktózy, při podávání azolových antimykotik nebo inhibitorů proteáz HIV, pacientům léčeným dronedarone. **Imvizivní procedura a chirurgický výkon:** Xarelto se vysazuje nejméně 24 hodin předem, lze použít kalibrovanou kvantitativní analýzu anti-faktoru Xa. Pokud není výkon možné odložit, musí se zvážit zvýšené riziko krvácení. Léčba má být znovu zahájena pokud to situace umožní a je nastolena hemostáza. **Hemodynamicky nestabilní pacienti s plicní embolií nebo pacienti, kteří vyžadují trombolýzu nebo plicní embolektomii:** Přípravek Xarelto se nedoporučuje používat jako alternativní léčbu k nefrakcionovanému heparinu u pacientů s plicní embolií, kteří jsou hemodynamicky nestabilní nebo kteří mohou podstoupit trombolýzu nebo plicní embolektomii, protože bezpečnost a účinnost přípravku Xarelto nebyla pro tyto klinické situace stanovena. **Spinalní / epidurální anestezie nebo punkce:** * S použitím rivaroxabanu v těchto situacích nejsou klinické zkušenosti. Odstranění epidurálního katetru by mělo být na základě farmakokinetických vlastností nejméně za dobu představující 2x polčas; to je nejméně 18 hodin u mladých pacientů a 26 hodin u starších pacientů po posledním podání rivaroxabanu. Další dávka rivaroxabanu se nepodává dříve než 6 hodin po vymezení katetru. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Současné podání se silnými inhibitory CYP3A4 a současně P-gp (např. azolová antimykotika a inhibitory proteáz HIV) se nedoporučuje. Je potřeba se vyhnout současnému podávání silných induktorů CYP 3A4 (např. rifampicin) pokud není pacient pozorně sledován kvůli známákům a příznakům trombózy. Opatnost je nutná při podání jiných přípravků ovlivňujících krevní srážlivost. **Nežádoucí účinky:** Časté: anémie, závrať, bolesti hlavy, oční krvácení vč. spojivkové, hypotenze, hematomy, epistaxe, hemoptýza, krvácení z dásní, krvácení z gastrointestinálního traktu, bolesti břicha, dyspepsie, nauzea, zvracení, zácpa, průjem, pruritus, vyrážka, ekchymóza, kožní a podkožní krvácení, bolesti v končetinách, urogenitální krvácení, poškození ledvin, horečka, periferní edém, slabost, zvýšená hladina transamináz, pooperační krvácení, kontuze, sekrece z ran. Méně časté: trombocytémie, alergická reakce, alergická dermatitida, cerebrální a intrakraniální krvácení, synkopa, tachykardie, sucho v ústech, abnormality jaterní funkce, kopřivka, hemartróza, pocit indispozice, zvýšená hladina bilirubinu, ALP, LDH, lipaz, amyláza, GMT. Vzácné: žloutenka, krvácení do svalů, lokalizovaný edém, zvýšení konjugovaného bilirubinu, cévní pseudoaneurysma. Není známo: kompartment syndrom, akutní renální selhání sekundárně ke krvácení. V postmarketingovém sledování byly hlášeny následující nežádoucí účinky-angioedém, alergický edém, poruchy jater a žlučových cest, trombocytopenie. * **Zvláštní opatření pro uchování:** Žádné zvláštní podmínky. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Bayer Pharma AG, 13342 Berlin, Německo. **Registrační čísla:** Xarelto 15 mg: EU/1/08/472/011-016, EU/1/08/472/023, EU/1/08/472/036. Xarelto 20 mg: EU/1/08/472/017-021, EU/1/08/472/024, EU/1/08/472/037. **Datum posledního revize textu:** 6. července 2015. Před použitím přípravku se seznámejte s úplnou informací o přípravku. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek Xarelto 20 mg potahované tablety a Xarelto 15 mg potahované tablety je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění ve všech schválených indikacích. Souhm údajů o přípravku a s informacemi, jak hlásit nežádoucí účinky naleznete na www.bayer.cz nebo obdržíte na adrese BAYER s.r.o., Siemensova 271/74, 155 00 Praha 5, Česká republika.

* Visměte si, prosím, změn v informacích o léčivém přípravku.
 L.F.C.MKT.GM.12.2015.0469

Literatura: 1. Prins M.H., Lensing A.W.A. Bauersachs R. et al. Oral rivaroxaban versus standard therapy for the treatment of symptomatic venous thromboembolism: a pooled analysis of the EINSTEIN-DVT and PE randomized studies. *Thrombosis J.* 2013;11(1):21.

*oproti standardní terapii