

# XXV. kongres České internistické společnosti ČLS J. E. Purkyně



**19. – 22. 9. 2018**

VÝSTAVIŠTĚ BRNO, PAVILON E

**PROGRAM • SBORNÍK ABSTRAKT**

# Betaloc® ZOK

Metoprolol succinate



## Dávkování 1x denně<sup>1</sup>

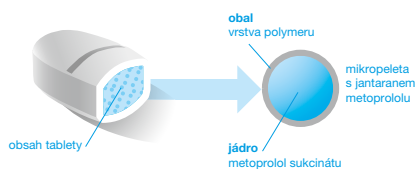
Podávání léku 1x denně zlepšuje compliance pacientů.



## Řízené uvolňování<sup>1</sup>

Každá peleta je obalena vrstvou polymeru, která řídí rychlost uvolňování. Tak je dosaženo rovnoměrné plazmatické koncentrace metoprololu po dobu 24 hodin.<sup>1</sup>

### Stavba tablety Betaloc® ZOK<sup>1</sup>



## ŘÍZENĚ A ÚČINNĚ V 7 INDIKACÍCH<sup>1</sup>



### Chronické srdeční selhání<sup>1</sup>

12,5 mg 1x denně počáteční dávka pro NYHA II-IV, 25 mg 1x denně počáteční dávka pro NYHA I-II, po 14 dnech titrace na dvojnásobnou dávku. Cílová dávka je 200 mg 1x denně.



### Hypertenze<sup>1</sup>

50 mg 1x denně mírná až středně těžká hypertenze, 100–200 mg 1x denně při potřebě zvýšení dávky.



### Léčba po infarktu myokardu<sup>1</sup>

200 mg 1x denně



### Angina pectoris<sup>1</sup>

100–200 mg 1x denně



### Srdeční arytmie<sup>1</sup>

100–200 mg 1x denně



### Palpitace<sup>1</sup>

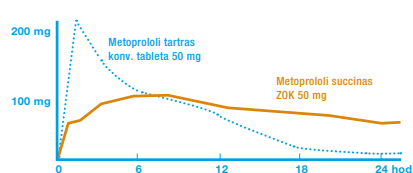
100 mg 1x denně



### Profylaxe migrény<sup>1</sup>

100 mg 1x denně

### Dávkování 1x denně Stabilní sérová koncentrace 24 hodin<sup>2,3</sup>



1. SPC Betaloc ZOK.

2. Plosker GL, Clissold SP. Drugs 1992;43:382-414.

3. Wieselgren I et al. J Clin Pharmacol 1990;30:S28-32.

### Zkrácená informace o přípravku Betaloc® ZOK

**NÁZEV:** Betaloc ZOK 25 mg, Betaloc ZOK 50 mg, Betaloc ZOK 100 mg, Betaloc ZOK 200 mg tablety s prodlouženým uvolňováním. **SLOŽENÍ:** Jedna potahovaná tableta obsahuje metoprolol succinas 23,75 mg, resp. 47,5 mg, resp. 95 mg, resp. 190 mg (odp. metoprolol tartras 25 mg, 50 mg, resp. 100 mg, resp. 200 mg). **DRŽITEL:** AstraZeneca UK Limited, 1 Francis Crick Avenue, Cambridge Biomedical Campus, Cambridge CB2 0AA, Velká Británie. **INDIKACE:** Léčba hypertenze, anginy pectoris; poruch srdečního rytmu zahrnující zejména supraventrikulární tachykardii; po infarktu myokardu; funkčních srdečních poruch s palpitacemi; profylaxe migrény; léčba hyperthyreózy. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ:** Doporučené dávkování je 100–200 mg jednou denně. **KONTRAINDIKACE:** A-V blok druhého a třetího stupně, dekompenzovaná srdeční nedostatečnost, sinusová bradykardie (< 50 tepů/min.), sick-sinus syndrom, sinoatriální blok, kardiogenní šok a těžká periferní arteriální cirkulační insuficience, hypotenze (systolický TK nižší než 100 mm Hg), astma bronchiale a chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) těžkého stupně, neléčený feochromocytom, metabolická acidóza. Metoprolol se nesmí podávat pacientům se suspektním akutním infarktem myokardu, pokud je tepová frekvence nižší než 50 tepů/min., P-Q interval je delší než 0,24 s nebo je systolický krevní tlak menší než 100 mm Hg (13,33 kPa). **UPOZORNĚNÍ:** U pacientů, kteří jsou léčeni betablokátory; při léčbě pacientů s astmatem, nebo chronickou obstrukční plicní nemocí; u pacientů s A-V blokem; riziko ovlivnění metabolismu cukrů nebo maskování hypoglykémie; pokud je metoprolol podáván pacientům s feochromocytomem, mělo by být

současné podáváno též alfa- sympatolytikum. **INTERAKCE:** Beta1- sympatolytika (např. oční kapky) a ganglioplegika; inhibitory monoaminoxidázy; betablokátory; blokátory kalciového kanálu; inhibitory CYP2D6; současná léčba indometacinem a jinými inhibitory prostaglandin syntetázy může snižovat účinek betablokátorů; při současném užívání s dalšími antihypertenzivy, tricycklickými antidepresivy, barbituráty nebo fenothiazinem dochází k prohloubení hypotenzního účinku; současně užívání se sympatomimetiky a xantiny vede ke vzájemné inhibici účinku; užívání betablokátorů vede k zesílení hypoglykemického účinku. **FERTILITA, TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Metoprolol se nedoporučuje podávat během těhotenství a kojení. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** Mezi časté nežádoucí účinky patří bradykardie, posturální poruchy (velmi vzácné doprovázené synkopou), studené končetiny, palpitace. **ZVLÁŠTNÍ OPATŘENÍ PRO UCHOVÁVÁNÍ:** Uchovávejte při teplotě do 30 °C. **DATUM PRVNÍ REGISTRACE:** Betaloc ZOK 25 mg: 21. 3.2001; Betaloc ZOK 50 mg: 20.12.2000; Betaloc ZOK 100 mg: 15. 4. 1998; Betaloc ZOK 200 mg: 20.12.2000. **REGISTRAČNÍ ČÍSLA:** Betaloc ZOK 25 mg: 58/117/01-C.; Betaloc ZOK 50 mg: 58/628/00-C; Betaloc ZOK 100 mg: 58/015/98-C; Betaloc ZOK 200 mg: 58/629/00-C. Před předepsáním léku se seznamte se souhrnem údajů o přípravku. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE TEXTU:** září 2017. Lék je vázán na lékařský předpis. Lék je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním léku Betaloc ZOK se prosím seznamte se Souhrnem charakteristických vlastností (SPC).

**DISTRIBUTOR PRO ČR:**

Herbacos Recordati s.r.o.

Štrossova 239, 530 03 Pardubice

 **RECORDATI**

---

# Obsah

ÚVODNÍ SLOVO .....	2
VÝBOR ČESKÉ INTERNISTICKÉ SPOLEČNOSTI .....	3
ORGANIZAČNÍ A PROGRAMOVÝ VÝBOR KONGRESU .....	3
ODBORNÉ SPOLEČNOSTI .....	5
ODBORNÍ GARANTI KONGRESU .....	6
VŠEOBECNÉ INFORMACE .....	7
INFORMACE K AKTIVNÍ ÚČASTI .....	10
SCHÉMA ODBORNÉHO PROGRAMU .....	12
PODROBNÝ PROGRAM .....	16
POSTERY .....	33
SPOLEČENSKÝ PROGRAM .....	35
PLÁNKY BRNĚNSKÉHO VÝSTAVIŠTĚ .....	36
ABSTRAKTA – LÉKAŘI – PŘEDNÁŠKY .....	37
ABSTRAKTA – LÉKAŘI – POSTERY .....	45
ABSTRAKTA – SESTRY – PŘEDNÁŠKY .....	57
ABECEDNÍ REJSTŘÍK AUTORŮ .....	64
PŘEHLED SPONZORŮ A VYSTAVOVATELŮ .....	83

## Úvodní slovo

Vážené kolegyně, vážení kolegové,



již XXV. kongres České internistické společnosti je důkazem toho, že interna si stále udržuje zásadní postavení ve zdravotnickém systému a její nezbytný komplexní pohled na člověka jako celek ji opět posouvá do centra péče o pacienty. Jednotlivé podobory, které se

postupně vyvíjely z interny, s ní nyní opět úzce spolupracují, na úrovni vzdělání, a na úrovni diagnostické i léčebné. Interna doprovází pacienty od urgentních či nízkoprahových příjmů, přes hospitalizaci až k následné či hospicové péči a zpět k péči ambulantní. Pro lékaře na všech těchto úrovních je připraven nadcházející sjezd. Rozsah sjezdu, zastoupení jednotlivých podoborů, mezioborová témata, účast sester a mladých lékařů, mi dovoluje říct, že o budoucnost interny se nemusíme bát. Doufám, že bude pro mladé lékaře úžasná tak, jak jsem ji zažíval já.

Potěšující je, že každým rokem se zvyšuje účast na internistických kongresech, především mladších kolegů, roste zájem a úroveň nejen odborných společnosti, 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.

Výbor České internistické společnosti v uplynulém roce věnoval pozornost především přípravě postgraduálního vzdělávání. Ve spolupráci s akreditační komisí jsme připravili návrh základního interního kmene, kam nyní patří 17 oborů. Sjednotit požadavky jednotlivých oborů a zlepšit a zjednodušit náplň kmene, především s ohledem na menší nemocnice, nebylo vůbec lehké. Kmen se prodloužil na 30 měsíců a bude ukončen zkouškou. Nyní jsme zahájili diskusi k specializovanému výcviku ve vnitřním lékařství po kmenech. Pro budoucnost mladých lékařů je důležité již nyní budovat duální vzdělávání s výsledným dvojím zaměřením lékaře internisty. Jde nám o udržení představy široce vzdělaného internisty, navíc v kombinaci se specializací v některém z interních oborů. Význam interny z hlediska vzdělávání roste, vracíme se k tomu, že každý lékař by měl získat kvalitní a komplexní znalost interní medicíny bez ohledu na to, v jakém oboru pracuje. Interna nyní představuje "kmenový obor".

V letošním roce byl zvolen nový výbor ČIS, jehož složení je součástí programu konference, předsedou se stal opět prof. Češka. Přejeme celému výboru, aby ještě dále posunul význam interny, abychom byli schopni udržet kvalitní lékaře a sestry v našich nemocnicích, pro naše pacienty.

Organizací kongresu byla 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 nich by se tato setkání nemohla uskutečnit.

S přáním úspěšného XXV. kongresu České internistické společnosti a spokojeností v práci i v osobním životě,

*Mirek Souček*

**XXV. kongres České internistické společnosti ČLS J. E. Purkyně  
19. – 22. 9. 2018**

**POŘADATEL**

Česká internistická společnost ČLS JEP

**VÝBOR ČESKÉ INTERNISTICKÉ SPOLEČNOSTI  
VE FUNKČNÍM OBDOBÍ 2018 - 2022**

**PŘEDSEDA**

- prof. MUDr. Richard Češka, CSc., FACP, FEFIM

**MÍSTOPŘEDSEDOVÉ**

- prof. MUDr. Jiří Widimský jr., CSc.
- prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.
- prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc.

**VĚDECKÝ SEKRETÁŘ**

- MUDr. Luboš Kotík, CSc.

**POKLADNÍK**

- prim. MUDr. Petr Svačina

**ČLENOVÉ**

- prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc.
- MUDr. Jana Lacinová
- prim. MUDr. Zdeněk Monhart, Ph.D.
- prim. MUDr. Jan Nedvídek
- prof. MUDr. Hana Rosolová, DrSc.
- prof. MUDr. Jan Škrha, DrSc.
- doc. MUDr. Jan Václavík, Ph.D.
- prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc.
- doc. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.

**REVIZNÍ KOMISE**

- MUDr. Jiří Orság – předseda
- prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA
- MUDr. Milan Tržil

**Organizační a programový výbor kongresu**

**PŘEDSEDA**

- prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

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

**ČLENOVÉ**

- prim. MUDr. Zdeněk Monhart, Ph.D.
- Ilona Růžičková
- prim. MUDr. Petr Svačina
- prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc.
- MUDr. Milan Tržil
- prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc.

Pekařská 53  
659 91 Brno

tel.: 543 182 253  
fax: 543 182 307

## Organizační zajištění kongresu

### Meritis s.r.o.

Obrovského 644  
141 00 Praha 4

e-mail: [kongrescis2018@meritis.cz](mailto:kongrescis2018@meritis.cz)

tel.: 272 774 065

fax: 272 767 597

[www.meritis.cz/kongrescis2018](http://www.meritis.cz/kongrescis2018)

Tereza Hoffmannová  
*organizace kongresu*

tel.: 737 287 518

Jan Bílek  
*sponzoři, vystavovatelé*

tel. 737 287 508

Tereza Donátová  
*registrace, ubytování*

tel.: 737 282 842

## MOBILNÍ KONGRESOVÁ APLIKACE XXV. KONGRESU ČESKÉ INTERNISTICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP 2018

Jako novinku pro letošní kongres jsme pro Vás připravili mobilní kongresovou aplikaci **ČIS 2018**, kde naleznete celý program kongresu včetně abstrakt, full-textové vyhledávání, možnost naplánování vlastního programu, seznam autorů a účastníků, seznam okruhů, mapu kongresu a mnoho dalšího. Mobilní aplikaci instalujte ze svého mobilního telefonu či tabletu pomocí stránky <http://cis.smartcongress.cz> nebo vyhledejte na AppStore či Android Marketu. V prostorách kongresu Vám s instalací pomohou k tomuto účelu vyškolené hostesky a kontaktní stánek.

Aplikace bude dostupná přibližně týden před konferencí.

Dostupnost aplikace zjistíte na stránce <http://cis.smartcongress.cz>



## Odborné společnosti

### ODBORNÝ PROGRAM XXV. 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 XXV. KONGRESU ČESKÉ INTERNISTICKÉ SPOLEČNOSTI ČESKÉ LÉKAŘSKÉ SPOLEČNOSTI J. E. PURKYNĚ**

**Česká internistická společnost:** R. Češka, L. Kotík, M. Souček, J. Widimský jr.  
**Slovenská internistická spoločnosť:** S. Kiňová, I. Lazúrová, J. Payer  
**Ambulantní internisté:** J. Lacinová, M. Tržil  
**Angiologie:** D. Karetová, J. Matuška  
**Ateroskleróza:** J. Pítha, M. Vrablík  
**Bolest:** M. Hák, J. Kozák, R. Rokyta  
**Česká internistická společnost – diferenciální diagnostika:** L. Kotík, J. Nedvídek  
**Diabetologie:** Z. Rušavý, T. Pelikánová  
**Endokrinologie:** J. Jiskra, M. Kršek  
**Gastroenterologie:** J. Cyraný, M. Lukáš  
**Geriatric:** I. Holmerová, B. Jurašková  
**Hematologie a koagulace:** J. Čermák, J. Starý  
**Hepatologie:** J. Šperl, P. Urbánek  
**Hypertenze:** J. Filipovský, M. Souček, J. Widimský jr.  
**Kardiologie invazivní:** A. Linhart, M. Táborský  
**Kardiologie neinvazivní:** J. Hradec, J. Špinar, J. Vítovec  
**Klinická výživa a metabolická péče:** F. Novák, P. Těšínský  
**Mladí internisté:** J. Orság, J. Václavík  
**Nefrologie:** M. Havrda, V. Tesař  
**Obezitologie:** M. Fried, M. Matoulek  
**Onkologie:** T. Büchler, J. Prausová  
**Pneumologie:** V. Kolek, M. Marel  
**Revmatologie:** K. Pavelka, J. Vencovský  
**Sesterská sekce:** I. Růžičková



## Všeobecné informace

### MÍSTO KONÁNÍ KONGRESU

Výstaviště Brno, Výstaviště 1, Pavilon E, vchod u brány č. 4

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

### REGISTRACE

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

středa	19. 9. 2018	16.00 – 20.00 hodin
čtvrtek	20. 9. 2018	7.30 – 18.00 hodin
pátek	21. 9. 2018	7.30 – 18.00 hodin
sobota	22. 9. 2018	8.00 – 12.00 hodin

#### Registrační poplatky na místě:

členové ČIS	1.100 Kč
nečlenové ČIS	1.400 Kč
čestní členové ČIS, výbor	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, studenti	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 20. 9. a v pátek 21. 9. od 13.00 do 14.00 hodin.**

*Každý registrovaný účastník obdrží v obálce 2 obědové lístky.*

## CERTIFIKÁTY

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

**Sestry (SZP)**

**pátek 21. 9. 2018 od 13.00 – 18.00 hodin**

**Lékaři**

**sobota 22. 9. 2018 od 8.00 – 12.00 hodin**

Vzdělávací akce je pořádána dle Stavovského předpisu ČLK č.16.

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:

<b>ČERVENÁ</b>	celokongresová registrace (lékaři)
<b>MODRÁ</b>	jednodenní registrace (s vyznačením konkrétního dne)
<b>ŽLUTÁ</b>	VIP, čestní členové ČIS, hosté kongresu
<b>ZELENÁ</b>	SZP, sestry
<b>ŠEDÁ</b>	vystavovatelé
<b>FIALOVÁ</b>	organizační tým

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

## VSTUP DO AREÁLU VÝSTAVIŠTĚ BRNO

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

### Parkování

Expoparking – krytá garážová stání naproti vstupu do pavilonu E. (Cena parkingu: 20 Kč/hod.).

## ZASEDÁNÍ VÝBORŮ A REDAKČNÍCH RAD

### 19. 9. 2018

- 12.00 - 13.00 Zasedání Redakční rady časopisu Vnitřní lékařství (sál E3, 1. patro)
- 13.00 - 14.00 oběd
- 14.00 - 16.30 Schůze výboru České internistické společnosti ČLS JEP (sál E3, 1. patro)

### 20. 9. 2018

- 19.00 - 21.00 Setkání ambulantních internistů (sál S2 - 1. 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 ve slide roomu nebo v sále, ve kterém budete přednášet: od čtvrtka 20. 9. 2018 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 ve foyer sálu E1 v 1. patře.**

### POSTERY

Postery budou umístěny na panelech o rozměru: **90 cm (šířka) x 180 cm (výška), v 1. patře pavilonu E (ve foyer sálu E1).**

Posterová sdělení budou vystavena 20. a 21. 9. 2018 po celou dobu konání odborného programu.

**Instalace posterů je možná od středy 19. 9. 2018 od 16.00 hodin.**

Pomůcky k instalaci budou k dispozici.

**Pro posterovou sekci bude organizovaná diskuze ve čtvrtek 20. 9. 2018 od 13.00 – 14.00 hodin.**

**POSTERY 1 – 12**



## Schéma odborného programu

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



### STŘEDA 19. 9. 2018

#### Sál E1

17.00–18.00	Symposium - Herbacos Recordati s.r.o.
18.00	<b>SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ KONGRESU</b> Slavnostní přednáška <i>J. Kvasnička (Praha)</i>
19.30	Otevření výstavy firem Uvítací recepce

## ČTVRTEK 20. 9. 2018

	Sekce A sál E1	Sekce B sál E2	Sekce C sál E3
8.30–9.30	<b>A1</b> Česká internistická společnost	<b>B1</b> Kardiologie invazivní	<b>C1</b> Hepatologie
9.30–10.30	<b>Symposium</b> Merck Sharp & Dohme s.r.o.	<b>Symposium</b> Boehringer Ingelheim, spol. s r.o.	<b>Symposium</b> sanofi-aventis, s.r.o. Sponzorovaná přednáška Gedeon Richter Marketing ČR, s.r.o.
10.30–11.00	<i>coffee break</i>		
11.00–12.00	<b>Symposium</b> SERVIER s.r.o.	<b>B3</b> Diabetologie	<b>C3</b> Obezitologie
12.00–13.00	<b>Symposium</b> Novartis s.r.o.	<b>B4</b> Endokrinologie	<b>C4</b> Slovenská internistická společnost
13.00–14.00	<i>oběd</i>		
14.00–15.00	<b>A5</b> ČIS - Blok urgentních příjmů	<b>Symposium</b> MYLAN PHARMACEUTICALS s.r.o. <b>Symposium</b> Novo Nordisk s.r.o.	<b>C5</b> Geriatric
15.00–16.00	<b>Symposium</b> AstraZeneca Czech Republic s.r.o.	<b>Symposium</b> Pfizer, spol. s r.o.	<b>C6</b> Ateroskleróza
16.00–16.15	<i>coffee break</i>		
16.15–17.15	<b>A7</b> Gastroenterologie	<b>Symposium</b> EGIS Praha, spol. s r.o.	<b>C7</b> Ambulantní internisté
17.15–18.15	<b>A8</b> Nefrologie	<b>B8</b> Varia I	<b>C8</b> Bolest

**PÁTEK 21. 9. 2018**

	<b>Sekce A sál E1</b>	<b>Sekce B sál E2</b>	<b>Sekce C sál E3</b>
8.30–9.30	<b>Symposium</b> Boehringer Ingelheim, spol. s r.o.	<b>B9</b> Angiologie	<b>C9</b> Sestry I
9.30–10.30	<b>A10</b> Hypertenze	<b>Symposium</b> Novo Nordisk s.r.o.	<b>C10</b> Sestry II
10.30–11.00	<i>coffee break</i>		
11.00–12.00	<b>Symposium</b> SERVIER s.r.o.	<b>B11</b> Pneumologie	<b>C11</b> Sestry III
12.00–13.00	<b>Symposium</b> PRO.MED.CS PRAHA a.s.	<b>B12</b> ČIS - Infekce na interním oddělení	<b>C12</b> Hematologie
13.00–14.00	<i>oběd</i>		
14.00–15.00	<b>Symposium</b> Bayer s.r.o.	<b>Symposium</b> Amgen s.r.o.	<b>C13</b> Onkologie
15.00–16.00	<b>Symposium</b> Krka ČR, s.r.o.	<b>B14</b> ČIS - Blok interních konziliářů	<b>Symposium</b> PRO.MED.CS PRAHA a.s.
16.00–16.15	<i>coffee break</i>		
16.15–17.15	<b>A15</b> Kardiologie neinvazivní	<b>B15</b> Symposium III. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze	<b>C15</b> Klinická výživa



# Schéma odborného programu

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

## SOBOTA 22. 9. 2018

Sekce A sál E1	
8.30–9.30	<b>A16</b> Varia II
9.30–10.30	<b>A17</b> Revmatologie
10.30–11.00	<i>coffee break</i>
11.00–12.00	<b>A18</b> Mladí internisté

## Podrobný program

### STŘEDA 19. září 2018

#### Sál E1

##### 17.00 – 18.00 Symposium – Herbacos Recordati s.r.o.

*Předsedající: M. Souček (Brno)*

##### **Betablokátory stále na špici kardiovaskulární terapie**

J. Špínar (Brno)

##### **Betablokátory v klinické praxi I**

R. Česka (Praha)

##### **Betablokátory v klinické praxi II**

J. Bultas (Praha)

##### **Metoprolol - význam lékové formy pro dosažení optimálního efektu**

##### 18.00 SLAVNOSTNÍ ZAHÁJENÍ KONGRESU

##### **Slavnostní přednáška**

J. Kvasnička (Praha)

##### **Antikoagulancia a vnitřní lékařství v roce 2018**

##### 19.30 **Otevření výstavy firem Uvítací recepce**

## ČTVRTEK 20. září 2018

### Sekce A – sál E1

#### 8.30 – 9.30 Blok A1 – Česká internistická společnost – Aktuální otázky interny

*Předsedající: R. Češka (Praha), M. Souček (Brno), J. Widimský jr. (Praha)*

R. Češka (Praha)

**Interna ve 21. století**

Z. Monhart (Znojmo)

**Nový vzdělávací program v oboru vnitřní lékařství**

D. Mářzová (Karlovy Vary)

**Úloha a význam „Emergency“ ve zdravotnickém zařízení**

#### 9.30 – 10.30 Symposium – Merck Sharp & Dohme s.r.o.

*Předsedající: H. Rosolová (Plzeň)*

K. Urbancová (Ostrava)

**Časná inzulinoterapie v kombinaci s PAD u diabetiků 2. typu**

H. Rosolová (Plzeň)

**Výhody fixních kombinací v léčbě dyslipidemií**

J. Kořínek (Praha)

**Edoxaban u pacientů s fibrilací síní**

10.30 – 11.00 *Coffee break*

#### 11.00 – 12.00 Symposium – SERVIER s.r.o.

*Předsedající: M. Souček (Brno)*

**Inhibitor ACE a beta-blokátor jako silný partner internisty**

A. Linhart (Praha)

**Využíváme ty správné ACEI skutečně vždy, kde je potřeba?**

E. Kociánová (Olomouc)

**U koho současné podávání ACEI a BB podle současných guidelines?**

#### 12.00 – 13.00 Symposium – Novartis s.r.o.

*Předsedající: M. Táborský (Olomouc)*

**Sakubitril/valsartan - kdy, jak a komu u symptomatických pacientů s HFrEF**

M. Táborský (Olomouc)

**Úvod**

J. Krejčí (Brno)

**Je „lehčí“ pacient skutečně lehčí?**

ČTVRTEK 20. září 2018

M. Lazárová (Olomouc)

**Je „těžší“ pacient skutečně těžší?**

J. Veselý (Náchod)

**Praktické aspekty léčby sakubitril/valsartanem u pacientů s HFrEF a komorbiditami**

13.00 – 14.00 *Oběd*

**Diskuze k posterům** (viz posterová sekce)

**14.00 – 15.00 Blok A5 – ČIS – Blok urgentních příjmů**

*Předsedající: Z. Monhart (Znojmo), M. Polák (Příbram), H. Rosolová (Plzeň)*

M. Polák (Příbram)

**Triáž pacientů a skórovací systémy na oddělení emergency**

J. Zika (Praha)

**POCT a bedside metody v diagnostice na oddělení emergency**

J. Nový (Jičín)

**Vybrané akutní stavy a jejich řešení na oddělení emergency**

M. Polák (Příbram)

**Ekonomické a logistické dopady existence emergency na chod zdravotnického zařízení v ČR**

**15.00 – 16.00 Symposium – AstraZeneca Czech Republic, s.r.o.**

*Předsedající: M. Souček (Brno)*

**Now or never: Společná role diabetologa a kardiologa ve zlepšení KV prognózy u pacientů s diabetem 2. typu**

J. Olšovský (Brno)

**Přínos gliflozinů v léčbě diabetu 2. typu**

J. Bělohávek (Praha)

**Srdeční selhání u diabetiků**

O. Hlinomaz (Brno)

**Specifika IM u pacientů s DM a doporučené postupy pro léčbu**

16.00 – 16.15 *Coffee break*

ČTVRTEK 20. září 2018

**16.15 – 17.15 Blok A7 – Gastroenterologie**  
**Digestivní endoskopie ve službách vnitřního lékařství**

*Předsedající: J. Cyrany (Jičín), B. Kianička (Brno)*

J. Cyrany (Jičín)

**Gastroskopie**

P. Falt (Olomouc)

**Koloskopie**

B. Kianička (Brno)

**ERCP**

I. Novotný (Brno)

**EUS**

**17.15 – 18.15 Blok A8 – Nefrologie**

*Předsedající: P. Táborský (Praha)*

P. Táborský (Praha)

**Fosfor - ze zapomenutého prvku rizikovým faktorem kardiovaskulárních komplikací**

A. Paříková (Praha)

**Postižení ledvin u diabetiků**

V. Čertíková Chábová (Praha)

**Nové poznatky o intersticiálních nefritidách**

**Sekce B – sál E2**

**8.30 – 9.30 Blok B1 – Kardiologie invazivní**

*Předsedající: J. Štásek (Hradec Králové), M. Želízko (Praha)*

M. Želízko (Praha)

**Má PCI místo v péči o nemocné se stabilní ICHS?**

M. Branny (Třinec)

**TAVI je standardní metodou v léčbě významné aortální stenózy**

I. Varvařovský (Pardubice)

**Různé kombinace antitrombotické léčby po implantaci koronárního stentu**

J. Štásek (Hradec Králové)

**Katetrizační uzávěr PFO: Léčba kryptogenní CMP podpořená daty**

ČTVRTEK 20. září 2018

**9.30 – 10.30 Symposium – Boehringer Ingelheim, spol. s r.o.**

*Předsedající: M. Vrablík (Praha)*

**Antikoagulační léčba v kazuistikách aneb kdo má pravdu?**

T. Hauer (České Budějovice)

J. Veselý (Broumov)

M. Polák (Příbram)

10.30 – 11.00 *Coffee break*

**11.00 – 12.00 Blok B3 – Diabetologie**

*Předsedající: T. Pelikánová (Praha)*

T. Pelikánová (Praha)

**Hypoglykémie a její rizika**

Z. Rušavý (Plzeň)

**Nové léky v diabetologii**

M. Kvapil (Praha)

**Diabetik v ambulanci internisty**

**12.00 – 13.00 Blok B4 – Endokrinologie**

**Subklinické poruchy**

*Předsedající: M. Kršek (Praha), V. Olšovská (Brno)*

P. Broulík (Praha)

**Normokalcemická primární hyperparathyreóza**

F. Gabalec (Hradec Králové)

**Subklinická hypothyreóza**

M. Kršek (Praha)

**Subklinický hyperkortizolismus**

13.00 – 14.00 *Oběd*

**Diskuze k posterům** (*viz posterová sekce*)

**14.00 – 14.30 Symposium – MYLAN PHARMACEUTICALS s.r.o.**

*Předsedající: R. Češka (Praha)*

**Hypertenze a dyslipidémie ruku v ruce**

R. Češka (Praha)

**Nezapomínejme na aterogenní dyslipidémii a její léčbu**

**ČTVRTEK 20. září 2018**

J. Widimský jr. (Praha)

**Dlouhodobá mortalita u nemocných s hypertenzí a ICHS**

**14.30 - 15.00 Symposium – Novo Nordisk s.r.o.**

*Předsedající: M. Haluzík (Praha)*

**Semaglutid - tři dimenze úspěšné léčby diabetu**

M. Haluzík (Praha)

**Překvapující léčebné výsledky na kompenzaci diabetu**

A. Linhart (Praha)

**Výrazný pokles kardiovaskulárních komplikací**

**15.00 – 16.00 Symposium – Pfizer, spol. s r.o.**

*Předsedající: A. Linhart (Praha)*

**Jak, kdy a čím...**

**...antikoagulovat v nemocniční i ambulantní praxi?**

A. Linhart (Praha)

**Kam nás posouvají NOAC v péči o pacienty s tromboembolismem**

Z. Monhart (Znojmo)

**Spolehlivě pro pacienta, jednoduše pro Vás - jak zahajovat antikoagulaci u TEN**

J. Václavík (Olomouc)

**Jak zvládat složité situace v antikoagulační léčbě**

16.00 – 16.15 *Coffee break*

**16.15 – 17.15 Symposium – EGIS Praha, spol. s r.o.**

*Předsedající: M. Souček (Brno)*

**Ještě níže, ještě lépe - využití fixní kombinace rosuvastatin + ezetimib v léčbě dyslipidemií**

R. Češka (Praha)

**Přínos fixní kombinace rosuvastatin + ezetimib v léčbě dyslipidemií**

T. Pelikánová (Praha)

**Praktické aspekty fixní kombinace rosuvastatin + ezetimib v léčbě dyslipidemií z pohledu diabetologa**

H. Rosolová (Plzeň)

**Klinické zkušenosti s léčbou pacientů fixní kombinací rosuvastatin + ezetimib**

Odborné sympozium Egis bylo připraveno ve spolupráci s Českou internistickou společností.

ČTVRTEK 20. září 2018

### 17.15 – 18.15 Blok B8 – Varia I

#### Varia I

*Předsedající: Z. Monhart (Znojmo), J. Nedvídek (Liberec)*

I. Hofírek (Brno)

**Volba antikoagulace u žilní trombózy u polymorbidních interních pacientů**

J. Novák (Brno)

**Hoenoch Schönlein purpura vyžaduje internistickou diferenciální diagnostiku**

J. Václavík (Olomouc)

**Mění se adherence pacientů k antihypertenzní léčbě s časem?**

V. Zikán (Praha)

**Primární a sekundární osteoporóza: klíčová role internisty v její včasné diagnostice, prevenci a léčbě**

### Sekce C – sál E3

#### 8.30 – 9.30 Blok C1 – Hepatologie

*Předsedající: P. Husa (Brno), L. Husová (Brno)*

P. Trunečka (Praha)

**Genetické faktory vzniku a vývoje nealkoholické tukové tvorby jater**

P. Husa (Brno)

**Pangenotypová léčba hepatitidy C**

L. Husová (Brno)

**Chronické jaterní selhání - správný čas pro transplantaci jater**

#### 9.30 – 10.00 Symposium sanofi-aventis, s.r.o.

**Snižování LDL-C a KV rizika: jaké máme nové možnosti a kteří pacienti z nich budou nejvíce profitovat?**

*Předsedající: M. Souček (Brno)*

M. Souček (Brno)

**Kombinační léčba statinu s ezetimibem: co přináší nová fixní kombinace?**

V. Soška (Brno)

**Inhibitory PCSK9: kdy myslet na tuto možnost léčby a jak správně identifikovat pacienta?**

#### 10.00 - 10.15 Sponzorovaná přednáška: Gedeon Richter Marketing ČR, s.r.o.

J. Václavík (Olomouc)

**Spirolakton v léčbě arteriální hypertenze**



ČTVRTEK 20. září 2018

10.15 - 10.30

M. Táborský (Olomouc)

**Nová léčba pacientů se stabilní ischemickou chorobou srdeční nebo s onemocněním periferních tepen**

10.30 – 11.00 *Coffee break*

11.00 – 12.00 Blok C3 – Obezitologie

*Předsedající: Š. Svačina (Praha)*

M. Matoulek (Praha)

**Obezita se dá i zaspat...**

Š. Svačina (Praha)

**Současnost a perspektivy farmakoterapie obezity**

I. Málková (Praha)

**Psychologický přístup k terapii obezity aneb jak neprohubnout život**

12.00 – 13.00 Blok C4 - Slovenská internistická spoločnosť

*Předsedající: I. Lazúrová (Bratislava)*

I. Lazúrová (Bratislava)

**Robiť viac neznamená robiť lepšie, alebo choosing wisely v SR**

M. Koreň (Bratislava)

**Závažná komplikácia užívania allopurinolu - DRESS syndróm**

M. Babčák (Prešov)

**Tromboembolická choroba - úskalí diagnostiky**

13.00 – 14.00 *Oběd*

**Diskuze k posterům** (viz posterová sekce)

14.00 – 15.00 Blok C5 – Geriatrie

*Předsedající: E. Topinková (Praha)*

E. Topinková (Praha)

**Riziko diuretiky indukované hyponatrémie ve stáří**

B. Jurašková (Hradec Králové)

**Význam antioxidantní rovnováhy v procesu stárnutí**

K. Bielaková (Brno)

**Malnutrice u geriatrických pacientů**

ČTVRTEK 20. září 2018

**15.00 – 16.00 Blok C6 – Ateroskleróza**  
**Současný vývoj v terapii asymptomatických stenóz karotických tepen**

*Předsedající: M. Vrablík (Praha), J. Piřha (Praha)*

J. Piřha (Praha)

**Vývoj léčby asymptomatických stenóz karotických tepen**

T. Štulc (Praha)

**Optimální terpaie rizikových faktorů při stenóze karotické tepny, současnost**

M. Vrablík (Praha)

**Optimální terpaie rizikových faktorů při stenóze karotické tepny, (Blízka) budoucnost**

16.00 – 16.15 *Coffee break*

**16.15 – 17.15 Blok C7 – Ambulantní internisté**

*Předsedající: Z. Monhart (Znojmo), J. Lacinová (Praha)*

Z. Monhart (Znojmo)

**Screening okultní malignity u pacientů s TEN. Jak má postupovat internista**

J. Špínar (Brno)

**Perspektivy - možné cesty - v léčbě srdečního selhání**

J. Bruthans (Praha)

**Kardiometabolismus - aneb jak léčit pacienty s ICHS a poruchou glycidového metabolismu**

**17.15 – 18.15 Blok C8 – Bolest**

*Předsedající: M. Hakl (Brno)*

R. Hřib (Brno)

**Léčebné konopí v algeziologii**

M. Hakl (Brno)

**Novinky v léčbě bolesti**

## PÁTEK 21. září 2018

### Sekce A – sál E1

#### 8.30 – 9.30 Symposium – Boehringer Ingelheim, spol. s r.o. Diabetik v rukou internisty

*Předsedající: R. Češka (Praha)*

R. Češka (Praha)

J. Widimský jr. (Praha)

T. Hauer (České Budějovice)

M. Prázný (Praha)

#### 9.30 – 10.30 Blok A10 – Hypertenze

*Předsedající: H. Rosolová (Plzeň), J. Widimský jr. (Praha)*

J. Filipovský (Plzeň)

**Nová evropská doporučení diagnostiky a léčby hypertenze: odlišnosti od českých?**

J. Ceral (Hradec Králové)

**Paroxysmální hypertenze**

J. Widimský jr. (Praha)

**Hypertenzní krize**

10.30 – 11.00 *Coffee break*

#### 11.00 – 12.00 Symposium – SERVIER s.r.o.

*Předsedající: R. Češka (Praha)*

**Hasme, co nás pálí**

J. Václavík (Olomouc)

**Pálí nás skutečně nekontrovaná dyslipidémie tak, jako nekontrovaná hypertenze?**

J. Ceral (Hradec Králové)

**Kdy je rezistentní hypertenze opravdu rezistentní?**

#### 12.00 – 13.00 Symposium – PRO.MED.CS Praha a.s.

*Předsedající: R. Brůha (Praha)*

**Metabolický syndrom, kardiovaskulární onemocnění a NAFLD/NASH v souvislostech**

J. Piřha (Praha)

**Játra a kardiovaskulární onemocnění/ateroskleróza (nevinný viník)**

P. Hůlek (Hradec Králové)

**Jsou játra součástí metabolického syndromu a umíme s tím pracovat?**

**PÁTEK 21. září 2018**

L. Vítek (Praha)

**Metabolické účinky žlučových kyselin**

13.00 – 14.00 *Oběd*

**14.00 – 15.00 Symposium – Bayer s.r.o.**

*Předsedající: M. Souček (Brno)*

**Mýty a fakta antikoagulační léčby u pacientů s fibrilací síní**

K. Urbánek (Olomouc)

**Mýty a fakta farmakologie antikoagulační léčby**

J. Vachek (Praha)

**Dávkování u pacienta s fibrilací síní a renální insufiencí**

T. Kvasnička (Praha)

**Prevence rekurence VTE - nové pohledy**

**15.00 – 16.00 Symposium – KRKA ČR, s.r.o.**

*Předsedající: M. Souček (Brno)*

T. Kovárník (Praha)

**Arteriální hypertenze a hyperlipidémie - kdy jeden znamená více než dva**

M. Anders (Praha)

**Deprese u pacientů s kardiovaskulárním onemocněním - lze řešit bezpečně?**

16.00 – 16.15 *Coffee break*

**16.15 – 17.15 Blok A15 – Kardiologie neinvazivní**

*Předsedající: L. Špinarová (Brno), J. Vítovec (Brno)*

J. Špinar (Brno)

**Novinky v léčbě dyslipidemií**

L. Špinarová (Brno)

**Novinky v léčbě srdečního selhání**

P. Jánský (Praha)

**Novinky v antitrombotické léčbě**

**PÁTEK 21. září 2018**

## Sekce B – sál E2

### 8.30 – 9.30 **Blok B9 – Angiologie** **Léčba periferních tepenných onemocnění ve světle nových doporučení (ESC/ESVS 2017)**

*Předsedající: K. Roztočil (Praha), D. Karetová (Praha)*

D. Karetová (Praha)

**Mění nová doporučení pohled na léčbu stenóz karotických tepen?**

J. Matuška (Hodonín)

**Klaudikace v každodenní praxi - kdy stačí konzervativní léčba a kdy je nutná revaskularizace**

M. Chochola (Praha)

**Kritická, končetinu ohrožující ischemie**

### 9.30 – 10.30 **Symposium – Novo Nordisk s.r.o.**

*Předsedající: M. Souček (Brno)*

**Obezita - problém mysli nebo těla?**

M. Anders (Praha)

**Za vše může mozek**

P. Šrámková (Praha)

**Obezita jako chronické onemocnění, nové poznatky o obezitě, obezita v ČR**

M. Haluzík (Praha)

**Nový směr v léčbě obezity**

D. Karásek (Olomouc)

**Klinický program SCALE**

M. Souček (Brno)

**Kardiometabolické benefity léčby pohledem internisty**

10.30 – 11.00 *Coffee break*

### 11.00 – 12.00 **Blok B11 – Pneumologie**

*Předsedající: V. Kolek (Olomouc), M. Marel (Praha)*

V. Koblížek (Hradec Králové)

**Časný záchyt chronické obstrukční plicní nemoci v rizikové populaci České republiky**

M. Vašáková (Praha)

**Možnosti časné diagnostiky idiopatické plicní fibrózy**

L. Fila (Praha)

**Jak provádět skríníng cystické fibrózy**

PÁTEK 21. září 2018

### 12.00 – 13.00 Blok B12 – ČIS – Infekce na interním oddělení

*Předsedající: J. Cyrany (Jičín), Z. Monhart (Znojmo), H. Rosolová (Plzeň)*

M. Štefan (Praha)

**Pacient se spondylodiscitidou na interním oddělení**

J. Cyrany (Jičín)

**Spontánní bakteriální peritonitida**

P. Jakubec (Olomouc)

**Účinná léčba těžké pneumologie**

V. Mejzlík (Brno)

**Pacient po orgánové transplantaci s teplotami - co dělat a co určitě nedělat s těmito pacienty**

13.00 – 14.00 *Oběd*

### 14.00 – 15.00 Symposium – Amgen s.r.o.

*Předsedající: R. Češka (Praha)*

**Měníme status Quo**

A. Jabor (Praha)

**Cholesterol v historii: učíme se od géníů**

H. Rosolová (Plzeň)

**Proč jsme umírali na infarkt a jak jsme s tím bojovali?**

M. Vrablík (Praha)

**Co způsobilo vyhynutí infarktů?**

### 15.00 – 16.00 Blok B14 – Blok interních konziliáňů

*Předsedající: R. Češka (Praha), J. Widimský jr. (Praha)*

J. Vítovec (Brno)

**Příprava kardiaka před operací**

J. Olšovský (Brno)

**Příprava diabetika před operací**

E. Havel (Hradec Králové)

**Co doporučovat stran nutriční přípravy u chirurgických (a onkologických) pacientů**

16.00 – 16.15 *Coffee break*

**PÁTEK 21. září 2018**

**16.15 – 17.15 Blok B15 – Symposium - III. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze**

*Předsedající: Š. Svačina (Praha), T. Štulc (Praha)*

Doc. MUDr. Zdeňka Límanová, CSc. - jubileum

Z. Límanová (Praha)

**Subklinická hypotyreóza**

T. Štulc (Praha), J. Škrha ml. (Praha)

**Léčba diabetiků na standardním interním oddělení**

J. Hradec (Praha)

**Novinky v diagnostice a léčbě srdečního selhání**

**Sekce C – sál E3**

**8.30 – 9.30 Blok C9 – Sestry I**

*Předsedající: I. Růžičková (Brno), S. Krutská (Praha)*

**Zahájení sesterské sekce XXV. kongresu České lékařské společnosti J. E. Purkyně**

N. Prokešová (Brno)

**Směnný provoz a obezita**

M. Šenkyříková, J. Malčicová (Brno)

**Ovlivnění kvality života pacientů s fibrilací síní na Marcoumar a Warfarinu po přechodu na nová perorální antikoagulantia**

S. Janíčková (Brno)

**Možnost záchytu méně frekvenčních arytmií v ambulantní péči**

I. Černá, P. Němec (Brno)

**Biologická léčba ankylozující spondylitidy**

V. Gargošová, P. Němec (Brno)

**Biologická léčba revmatoidní artritidy**

**9.30 – 10.30 Blok C10 – Sestry II**

*Předsedající: A. Janoušková (Brno), B. Břegová (Ostrava)*

J. Havránková (Brno)

**Diabetická obuv**

J. Tvrdíková (Praha)

**Jak může sestra ovlivnit compliance pacienta**

B. Břegová (Ostrava)

**Potřeby geriatrického pacienta**

I. Buriánková, I. Benušová, P. Doupalová, J. Václavík (Olomouc)

**Dodržuj se zásady měření krevního tlaku v ordinacích?**

**PÁTEK 21. září 2018**

P. Doupalová, I. Benušová, I. Buriánková, J. Václavík (Olomouc)  
**Umí si pacient správně měřit tlak v domácím prostředí?**

10.30 – 11.00 *Coffee break*

### **11.00–12.00 Blok C11 – Sestry III**

*Předsedající: J. Vošterová (Brno), H. Musilová (Brno)*

J. Pernicová, L. Hoffmannová a kolektiv (Brno)  
**Diagnostika onemocnění ledvin, péče o klienta po biopsii ledvin**

M. Rajnochová (Ostrava)  
**Diagnostika onemocnění ledvin, péče o klienta po biopsii ledvin**

A. Mottlová (Brno)  
**Nutriční intervence u pacienta s neurologickým onemocněním**

I. Folprechtová a kolektiv sester (Brno)  
**Akutní endoskopie - poďte s námi strávit den...**

M. Kadlecová, L. Krystková (Brno)  
**Péče o pacienta s hyperglykemií v intenzivní péči**

**Zakončení sesterské sekce XXV. kongresu České internistické společnosti  
České lékařské společnosti J. E. Purkyně**

### **12.00–13.00 Blok C12 – Hematologie**

*Předsedající: T. Kozák (Praha)*

P. Dulíček (Hradec Králové)  
**Poruchy hemostázy v ambulanci internisty**

A. Hluší (Olomouc)  
**Hematologické projevy onemocnění jater a ledvin**

T. Kozák (Praha)  
**Diferenciální diagnostika cytopenie - konzultace hematologa**

13.00–14.00 *Oběd*



**PÁTEK 21. září 2018**

**14.00–15.00 Blok C 13 – Onkologie**

*Předsedající: P. Šlampa (Brno)*

V. Rak, A. Dvořák (Brno)

**Radiační onkologie - vše co by měl internista znát**

L. Bobek (Brno)

**Radioterapie u pacientů s kardiostimulátorem či verterem**

P. Šlampa (Brno)

**Protonová vs. fotonová radioterapie**

**15.00 – 16.00 Symposium – PRO.MED.CZ PRAHA a.s.**

*Předsedající: J. Gumulec (Ostrava)*

**Intervenční výkony u pacientů s peronální antikoagulací warfarinem: vysazovat či nevysazovat, to je otázka...**

P. Kessler (Pelhřimov)

**Perioperační péče o pacienta na antikoagulační léčbě warfarinem**

R. Čihák (Praha)

**Intervenční výkony v kardiologii a warfarin**

B. Pipek (Ostrava)

**Endoskopické výkony v gastroenterologii a warfarin**

K. Klimo Kaňovská (Brno)

**Stomatologické výkony a warfarin**

16.00 – 16.15 *Coffee break*

**16.15 – 17.15 Blok C15 – Klinická výživa**

**Výživa pacientů v různých klinických situacích**

*Předsedající: P. Těšínský (Praha), F. Novák (Praha)*

E. Havel (Hradec Králové)

**Pacient před, během a po chirurgickém výkonu**

M. Šenkyřík (Brno)

**Obézní pacient**

P. Těšínský (Praha)

**Septický pacient**

F. Novák (Praha)

**Pacient po cévní mozkové příhodě**

## SOBOTA 22. září 2018

### Sekce A – sál E1

#### 8.30 – 9.30 Blok A16 – Varia II

*Předsedající: M. Tržil (Znojmo), P. Svačina (Brno)*

M. Ječmenová (Olomouc)

**Možnosti diagnostiky léčby análních potíží pacienta**

J. Řehořová (Brno)

**Anurické selhání ledvin - kazuistika**

Š. Soták (Košice)

**Mikrobiální flóra trávicího traktu a diabetes mellitus**

R. Stebel (Brno)

**Novinky v léčbě a prevenci kolitidy vyvolané Clostridium difficile**

#### 9.30 – 10.30 Blok A17 – Revmatologie

*Předsedající: P. Horák (Olomouc), J. Vencovský (Praha)*

P. Horák (Olomouc)

**Časná diagnostika a léčba systémového lupus erythematoses**

L. Šenolt (Praha)

**Diferenciální diagnostika artritidy**

Š. Forejtová (Praha)

**Nová koncepce axiálních spondyloartritid**

J. Vencovský (Praha)

**Autoprotilátky u systémových revmatických onemocnění**

10.30 – 11.00 *Coffee break*

#### 11.00 – 12.00 Blok A18 – Mladí internisté

*Předsedající: J. Václavík (Olomouc), J. Orság (Olomouc)*

J. Václavík (Olomouc)

**Novinky ve vnitřním lékařství**

J. Orság (Olomouc)

**Tipy a triky při hodnocení laboratorních vyšetření 4 - acidobazická rovnováha**

J. Škrha ml. (Praha)

**Největší lékařské úspěchy Jára Cimrmana ml.**

#### 12.00 Zakončení kongresu

# Postery

## ČTVRTEK 20. září 2018

Řízená diskuze k posterům 1–12

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

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

1.	L. Cibičková, J. Dygrýn, J. Mitáš, R. Ditmar, D. Goldmannová, D. Karásek a N. Cibiček (Olomouc) <b>Význam akcelerometrie pro studium vztahů mezi pohybovou aktivitou, antropometrií, složením těla a vybranými parametry lipidového spektra u obézních diabetiků 2. typu – pilotní studie</b>
2.	E. Cimburová, K. Zachařová (Písek) <b>Extrémní hodnoty KO - hemoglobin 14g/l /aneb co ženy vydrží/</b>
3.	J. Cyrany, M. Bičíšťa, L. Karbanová, V. Chovanec, (Jičín, Hradec Králové) <b>Implementace katétrů typu midline zaváděných pod sonografickou kontrolou na interním oddělení okresní nemocnice</b>
4.	V. Gloger, M. Slabák (Zlín) <b>Koincidence infarktu myokardu a stresové kardiomyopatie</b>
5.	J. M. Horacek, T. Kupsa, J. Vanek, L. Jebavy, P. Zak (Hradec Králové) <b>Serum levels of cytokines and adhesion molecules and their association with overall survival in acute lymphoblastic leukemia</b>
6.	M. Ječmenová, R. Kroupa, J. Václavík, M. Táborský (Olomouc, Brno) <b>Nadužívání inhibitorů protonové pumpy v praxi</b>
7.	L. Jelínek, J. Václavík, Z. Ramík, L. Pavlů, K. Benešová, J. Jarkovský, M. Kamasová, E. Kociánová, M. Lazárová, J. Pyszko, M. Táborský (Olomouc, Brno) <b>Adherence k léčbě chronického srdečního selhání: časné výsledky registru LEVEL-CHF</b>
8.	M. Kalčíková, Z. Monhart (Znojmo) <b>Léčba srdečního selhání na interním oddělení nefakultní nemocnice</b>
9.	J. Schovánek, L. Cibičková, M. Karhanová, D. Kovářová, D. Goldmannová, Z. Fryšák, D. Karásek (Olomouc) <b>Retrospektivní analýza pacientů s endokrinní orbitopatií léčených pulzy metylprednisolonu se zaměřením na nežádoucí účinky</b>
10.	E. Trčková, D. Pražák (Hradec Králové) <b>Úskalí farmakoterapie interních onemocnění u seniorů - kasuistiky</b>
11.	J. Šmíd, T. Varady, E. Čubová, J. Kraus, L. Koláčková (Ostrava) <b>Případ těžké sebevražedné otravy lithiem - kasuistika</b>
12.	P. Vilímek, L. Gergely, M. Kodým (Písek) <b>Oklíkou k trombóze</b>



## Společenský program

### Středa 19. září 2018

18.00	<b>Slavnostní zahájení kongresu</b> ( <i>sál E1, 1. patro, pavilon E</i> )
	<b>Slavnostní přednáška</b>
	<b>Vystoupení pěveckého sboru Gaudeamus Brno</b>
19.30	<b>Slavnostní otevření výstavy firem</b> <b>Uvítací recepce</b>

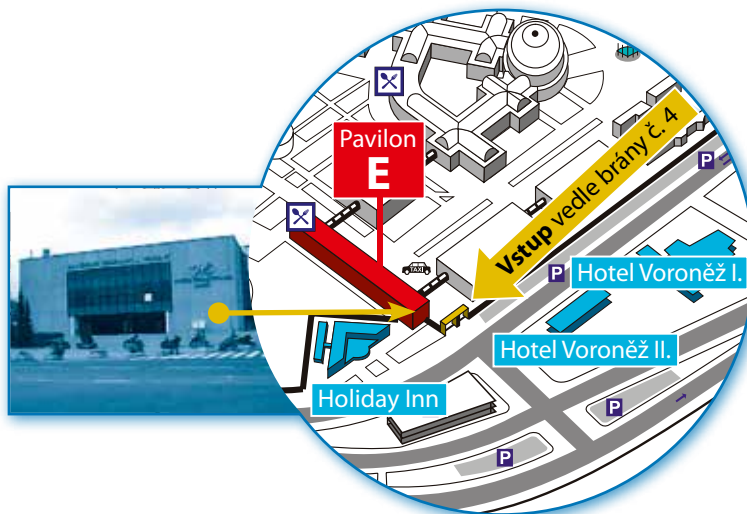
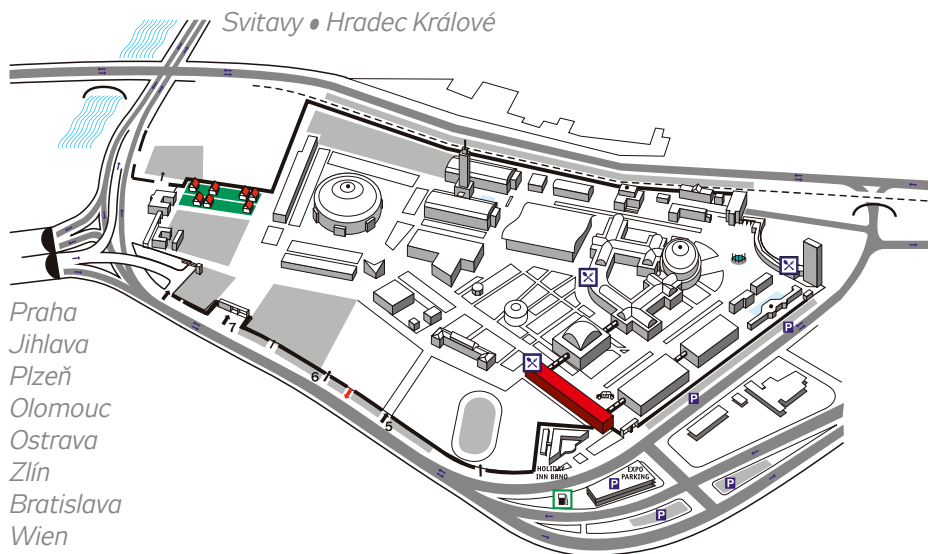
### Čtvrtek 20. září 2018

19.00	<b>Divadelní představení TEROR</b>
	<i>(Divadlo Reduta, Zelný trh 313/4, Brno)</i>
	<i>Cena vstupenky 270 Kč na osobu.</i>
	<i>Vstupenky k zakoupení u registrace.</i>
	<i>Počet vstupenek je limitován kapacitou divadla.</i>

### Pátek 21. září 2018

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

## Plánky Výstaviště Brno



XXV. KONGRES ČESKÉ INTERNISTICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS J. E. PURKYNĚ

19.–22. 9. 2018 VÝSTAVIŠTĚ BRNO, PAVILON E

# Sborník abstrakt

**ABSTRAKTA – LÉKAŘI – PŘEDNÁŠKY**

## Jak pacientovi nezničit budíka dělem lineárního urychlovače: management pacientů s implantovanými elektronickými přístroji podstupujících radioterapii

L. Bobek<sup>1</sup>, A. Odložilková<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinika radiační onkologie Masarykova onkologického ústavu Brno

<sup>2</sup>Oddělení radiologické fyziky Masarykova onkologického ústavu Brno

Problematika zajištění bezpečnosti pacientů s implantovanými přístrojem (kardiostimulátorem nebo defibrilátorem) je stále aktuálnější. Ve snaze o identifikaci rizikových faktorů poruch přístrojů se již dlouhodobě provádějí různé studie, které jako rizikové prokázali vícero faktorů, zejména celkovou dávku aplikovanou na přístroj, energii použitých svazků záření, dále blízkost ozařovacích polí k přístroji, stáří implantovaného přístroje, resp. životnost jeho baterie a další. Studie ale mnohdy nabízejí nejednoznačné závěry, co se týče pravděpodobnosti poruchy přístrojů na základě těchto faktorů, proto dosud neexistuje jednotný postup k eliminaci poruch implantovaných přístrojů. Většina opatření se tak zaměřuje na snižování co

největšího množství rizikových faktorů. Poslední dobou se ale jako zřejmě nejvýraznější příčina poruch ukazuje vliv neutronů na RAM paměť a CMOS obvody přístrojů. Kontaminující příměs neutronů v ozařovacím svazku je přitom závislá na použité energii svazku záření lineárního urychlovače, a lze tedy jednoduše snížit riziko poruch použitím nižších energií ozařovacích svazků. Naopak některé běžně zaužívané postupy budou zřejmě s dalším výzkumem ztrácet na významu. V přednášce se budeme věnovat obecným principům konfliktu implantovaných přístrojů a radioterapie, a dále praktickým aspektům managementu pacientů s implantovanými elektronickými přístroji.



## Volba antikoagulace u žilní trombózy u polymorbidních interních pacientů

I. Hofírek, J. Novák

*II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně*

Nemalé množství pacientů léčených pro venózní tromboembolismus (VTE) má více onemocnění, a proto může u nich být obtížné zvolit vhodný postup k léčení tohoto onemocnění. V současnosti existuje řada možných terapeutických postupů a řada různých doporučení a schémat, jak v terapii postupovat. Mezi faktory rozhodovacího procesu mohou hrát roli typ VTE, angiologické vyšetření se stanovením rozsahu postižení žilního řečiště a charakteru trombózy. Věk, rizika krvácení, posouzení ostatních onemocnění pacienta, jejich závažnost a možný vývoj, podávané léky, obecně plán dalších pacientových vyšetření a ošetření. Čas věnovaný vyšetřením. V případě

možností (technických a časových) provedení laboratorních vyšetření, která mohou být přínosná pro zpřesnění volby terapie. Dostupnost jednotlivých terapeutických prostředků. Předpokládaná délka antikoagulační terapie. A svůj význam mají i ekonomické faktory. Prezentace přináší praxí podložený pohled z rozboru 230 případů a literárních údajů na rozhodování o způsobu terapie žilního tromboembolizmu. K jakému nejučelnějšímu algoritmu a posloupnosti analyzovaných faktorů se v konkrétním případě přiklonit. V praxi se např. ukázal jedním z významných faktorů rozhodování předpoklad délky terapie v době diagnózy onemocnění.

## Henochova-Schönleininova purpura vyžaduje internistickou diferenciální diagnostiku

J. Novák, I. Hofírek

*II. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně*

Henochova-Schönleinova purpura je u dospělých pacientů častěji než u dětí doprovázena častěji komplikacemi a má delší průběh. Dalším nepříznivým faktorem jsou déleodobější kortikoterapie a její vedlejší účinky. Pacienti mnohdy vyžadují dispenzarizaci u internisty. Přednáška na 13 případech dospělých pacientů (mezi 19 a 35 lety věku) s Henochovou-Schönleinovou purpurou z let 2016-2018 přináší přehled dalších onemocnění a v některých případech i jejich obtížnou diagnostiku vyžadující zejména internistický přístup. Ve všech případech se jednalo o hypertenzi, až hypertenzní stavy

s postižením oční sítnice, ledvinné onemocnění a širokou škálu vedlejších účinků kortikoterapie. Diferenciální diagnostiku bolestí břicha, např. s hematodem ve střevní stěně, diferenciální diagnostiku infekcí a fokusů, obě s někdy obtížným pátráním i méně obvyklými nálezy, např. hepatitidy C. Komplexní pohled na pacienty s Henochovou-Schönleinovou purpurou může včasnou diagnostikou a léčením zmenšit rizika komplikací. Vyžaduje internistický přístup včetně schopnosti volby a vyhodnocení vhodných vyšetřovacích metod.

## Anurické selhání ledvin - kazuistika

J. Řehořová<sup>1</sup>, P. Divácká<sup>1</sup>, Z. Lichá<sup>1</sup>, M. Šenkyřík<sup>1</sup>, J. Hustý<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Interní gastroenterologická klinika LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

<sup>2</sup>Klinika radiologie a nukleární medicíny LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

**Úvod:** Diferenciální diagnostika anurického selhání ledvin může být komplikovaná. Je nutné odlišení etiologie (pre-renalní, renální, postrenální), protože se liší způsob léčby. Incidence prerenálního je 40-80%. Pokud je vyvolávající příčina včas korigována, zvyšuje se možnost navození reverzibility ASL. Anurie je projevem, nikoliv diagnózou, je podezřelá z obstrukce vývodných močových cest, uzávěru renálních tepen nebo akutní a těžké glomerulonefritidy. Akutní uzávěr renální arterie je provázen bolestí břicha, nauzeou, často známky paralytického ileu. Diagnózu lze stanovit pomocí CT-angio, MRA. **Klinický případ:** Autoři popisují případ 52leté ženy s anurickým selháním ledvin. Pacientka v srpnu roku 2016 přijata na chirurgické oddělení pro bolesti břicha. Zjištěn uzávěr levé renální tepny, volen konzervativní postup, propuštěna domů. Za 3 dny rehospitalizace pro nové bolesti břicha, CT vyšetřením zjištěn uzávěr pravé renální tepny + nástěnná trombóza abdominální aorty subrenálně. Cévní chirurg nadále doporučuje konzervativní postup. Pacientka anurická, přeložena na naše pracoviště. Pacientce podáván kontinuálně heparin. Provedena lokální trombolýza renálních tepen. Kontrolní doppler s částečnou rekanalizací pravé renální

tepny, přesto pacientka zůstává anurická. Zahájeny akutní iHD. Vyloučena hematologická příčina (trepanobiopsie negativní), hematologická (nižší PS, vysoký F VIII - odběr v době HAK, kontrolní v normě, vstupně pozitivita antiB2GP1 IgM, kontrolní v normě). Vyloučena systémová AI onemocnění, bez průkazu vaskulitidy, PET/CT negativní, TU markery negativní, gynekologické vyšetření negativní, TEE - zachovalá funkce LK, bez průkazu zdroje embolizace. U pacientky arteriální hypertenze, sanace chrupu s extrakcí 15 zubů pro chronickou periapikální periodontitidu. Pacientka volí peritoneální dialýzu. Kontrolní CT v září roku 2016 s částečnou rekanalizací obou renálních tepen. Nadále antiagregační a antikoagulační terapie. V říjnu roku 2016 rozvoj diurézy. V lednu roku 2017 dle dopplera na renálních tepnách bilaterálně toky přítomné, vlevo na 1/2. V lednu roku 2018 úspěšná transplantace ledviny. **Závěr:** Autoři se ve své kazuistice snaží ukázat na složitost diferenciální diagnostiky etiologie bilaterální trombózy renálních tepen. Nutnost úzké rychlé mezioborové spolupráce. Trombóza renální tepny vede k rychlé ztrátě funkce, která včasným intervenčním zákrokem může být reverzibilní.

## Mikrobiálna flóra tráviaceho traktu a diabetes mellitus

Š. Sotak

*I. interná klinika LF UPJŠ a UN L. Pasteura Košice, Slovenská republika*

Mikrobiálna flóra tráviaceho traktu je v ostatnej dobe skúmaná vo vzťahu k diabetes mellitus (DM). Črevná flóra je ovplyvňovaná stravou, fyzickou aktivitou a výrazne sa mení po bariatrických chirurgických výkonoch. Pôrod cisárskym rezom ovplyvňuje vývoj črevnej flóry a zvyšuje v ďalšom živote riziko DM 1. typu. Pacientom s obezitou a DM 2. typu môžu chýbať mikróby protektívne, ktoré experimentálne zlepšujú glykoreguláciu, alebo naopak

pribúdať mikróby patogénne, o ktorých bolo dokázané, že môžu prenikať do abdominálneho tukového tkaniva. Zvažovaná je i vakcinácia proti týmto mikróbom. Pozitívne môže mikrobióm ovplyvňovať i liečba metformínom. Prenos črevnej flóry tzv. transplantáciou stolice môže zlepšovať glykoreguláciu. Je pravdepodobné, že ovplyvnenie črevnej flóry sa stane novým mechanizmom liečby diabetu.

## Novinky v léčbě a prevenci kolitidy vyvolané *Clostridium difficile*

R. Stebel, L. Vojtilová, M. Freibergarová, P. Husa

*Klinik infekčních chorob LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice*

**Úvod:** Jedním z nejvýznamnějších nežádoucích účinků širokospektré antibiotické (ATB) terapie je narušení mikrobioty tlustého střeva. Zhruba 20% postantibiotických průjmů je způsobeno přemnožením toxigenních kmenů *Clostridium difficile*. I přes všechny úspěchy moderní medicíny stále pozorujeme celosvětově u klostridiové kolitidy (CDI) vzestupný trend incidence, závažnosti případů, mortality a zejména počtu léčebných selhání. Právě časté rekurence pacienta dramaticky vyčerpávají a významně zhoršují jeho kvalitu života i prognózu quoad vitam. **Cíle:** Na základě retrospektivní analýzy případů CDI u hospitalizovaných pacientů v období od roku 2014 do roku 2017 determinovat nejvýznamnější rizikové faktory rozvoje CDI. Dále vyhodnotit účinnost jednotlivých terapeutických a preventivních postupů s důrazem na sekundárně preventivní opatření. **Metodika a výsledky:** Ve sledované období bylo léčeno pro diagnózu CDI celkem 981 pacientů. Mezi sledované parametry patřila mortalita, průměrná délka hospitalizace, počet rehospitalizací (odrážející počet rekurencí) a počet pacientů s vysokou náročností ošetrovatelské péče. Dále bylo sledováno, jaká ATB terapie předcházela rozvoji CDI a zda nemocní užívali léky

snížující žaludeční aciditu. V rámci analýzy sekundárně preventivních opatření byla hodnocena účinnosti postupů, které mají za cíl zabránit rekurencím kolitidy. Jednalo se zejména o použití ATB selektivně účinkujících proti *Clostridium difficile* a o využití fekální bakterioterapie (FBT). Celková úspěšnost FBT (absence recidivy CDI v intervalu osmi týdnů od FBT) dosahovala k 76% a vykazovala statisticky nevýznamný pokles u opakovaných rekurencí. **Závěry:** Kolitida vyvolaná bakterií *Clostridium difficile* představuje v současnosti jedno z nejvýznamnějších infekčních onemocnění, které je kauzálně spojeno s poskytováním zdravotní péče. Jen na základě pečlivé analýzy rizikových faktorů rozvoje CDI lze realizovat v praxi účinná a racionální opatření omezující šíření této nemoci. FBT představuje unikátní terapeutickou metodu, která obnovením přirozeného ekosystému tlustého střeva dokáže zastavit pomyslný circulus vitiosus relabující CDI. Do budoucna lze předpokládat zdokonalování způsobu podání fekálního transplantátu (včetně perorální formy), širší využití selektivně účinkujících ATB a zavedení do praxe pasivní a aktivní imunizace.

## **Primární a sekundární osteoporóza: klíčová role internisty v její včasné diagnostice, prevenci a léčbě**

V. Zikán

*Osteocentrum II. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha*

Osteoporotické zlomeniny představují významnou a rostoucí zdravotní, sociální a ekonomickou zátěž. Osteoporóza by měla být aktivně diagnostikována ještě dříve, než se projeví zlomeninou. Včas léčení mají být pacienti s významným rizikem zlomeniny a potvrzenou klinickou diagnózou osteoporózy. Nicméně, i přes dostupnost spolehlivé diagnostiky a účinné farmakoterapie není 70-80% pacientů s osteoporotickou zlomeninou včas vyšetřeno a nedostává adekvátní léčbu. Úkolem lékařů primární péče i specialistů, zejména interních oborů je klinicky rozpoznat individuální rizikové faktory primární osteoporózy a onemocnění, která vedou k sekundární

osteoporóze. Klíčovou kompetencí vnitřního lékařství je jak oblast diagnostiky a diferenciální diagnostiky, tak prevence a léčba chorob, které vedou k sekundární osteoporóze. Včasné rozpoznání a léčba těchto chorob je nejlepší prevencí zlomenin. U pacientů s vysokým rizikem zlomenin, zejména v případech již prodělané osteoporotické zlomeniny, je nezbytným opatřením farmakologická antiresorpční nebo osteoanabolická léčba, které může snížit nejen výskyt zlomenin a s nimi spojené zdravotní a sociální důsledky, ale i celkové náklady na léčbu zlomenin.

XXV. KONGRES ČESKÉ INTERNISTICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS J. E. PURKYNĚ

19.–22. 9. 2018 VÝSTAVIŠTĚ BRNO, PAVILON E

# Sborník abstrakt

**ABSTRAKTA – LÉKAŘI – POSTERY**

## Extrémní hodnoty KO - hemoglobin 14 g/l (aneb co ženy vydrží)

E. Cimburová, K. Zacharová

*Interní oddělení Nemocnice Písek a.s.*

**Kazuistika:** 49letá žena, volá si RZP pro dušnost, celkovou slabost. Doma 2 týdny ležící, nemůže dýchat. Při přesunu ze sedačky na lehátko bezvědomí, bezdeší, asystolie. Zahájena KPR, intraosseální aplikace, UPV, transport na ARO, kam přijata v kritickém stavu dne 27. 11. 2017. OA: Hypotyreóza - bez medikace. Dlouhodobě hypermenorea. Sideropenická anémie - v roce 2013 - 48 g/l, v roce 2016 - 60 a 37 g/l, Fe 2,9 µmol/l, ferritin 1,3 µg/l. Opakovaně odesílána k hospitalizaci, ale výzvám nevyhověla, bála se. FA: léky neužívala. AA: mandle. GA: UPT v roce 2015, porody O, prevence O. Abúzus - do března roku 2017 kuřačka, občasné ataky nadměrné konzumace alkoholu. Laboratoř při příjmu na ARO: Hb 14 g/l, MCV 60,40 fl, leukocyty  $10,79 \times 10^9/l$ , trombocyty  $450 \times 10^9/l$ , INR 6,19, pH 6,98, saturace 82,60%, laktát 17,21 mmol/l (!), urea 13,20 mmol/l, kreatinin 219 µmol/l, K 4,33 mmol/l, TSH 14,35 mU/l, Fe 14,80 µg/l. Zobrazovací metody: CT

- enormně zvětšená, susp. prokrváčená děloha s centrální kulovitou partií o průměru asi 75 mm, zvětšené lymfatické uzliny v retroperitoneu. Gynekol. vyšetření - UZ - vs. myom 80 mm, 2 cysty P ovaria. Aplikováno: 7krát TU EBRD, 7krát plazma, 2krát Protromplex, podpora oběhu, volumexpanze. Další den odtlumení, extubace, podpora oběhu. Výrazné zlepšení stavu. Přeložena na interní oddělení ke stabilizaci a přípravě na gynekologickou operaci.

14. 12. 2017 (17. den od příjmu) operační výkon - hysterektomie + adnexektomie bilat. Histologie - hyalinizované benigní leiomyomy o průměru 3 a 7 cm. Při propuštění z gynekologického oddělení Hb 115 g/l. Nemocná odchází sama domů, bez dalších obtíží (21. 12. 2017, necelý 1 měsíc od příjmu).

**Závěr:** rezervy lidského organismu jsou obdivuhodné. Celé léčení mělo výborný konec a nemocná odcházela bez následků domů.



## Implementace katétrů typu midline zaváděných pod sonografickou kontrolou na interním oddělení okresní nemocnice

J. Cyrany<sup>1</sup>, M. Bičičtěl<sup>1</sup>, L. Karbanová<sup>1</sup>, V. Chovanec<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Interní oddělení Oblastní nemocnice Jičín a.s.

<sup>2</sup>Radiologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

**Cíl:** Popis implementace midline katétrů zaváděných pod ultrazukovou kontrolou v reálném provozu interního oddělení nemocnice okresního typu. **Metodika:** Prospektivní studie na pracovišti interního oddělení okresní nemocnice (82 lůžek, z toho 12 JIP). Pod kontrolou ultrazukovým přístrojem VIVID 3 (GE HealthCare) s lineární sondou 8 MHz byly zaváděny 20 cm midline katétrů Arrow 4 Fr a 3 Fr (Teleflex Medical) a Certofix Mono S 220 18G (4Fr) (B. Braun). Katétrů zaváděli lékaři internisté a zdravotní sestra s kvalifikací ARIP a to po absolvování certifikovaného kurzu pořádaného Radiologickou klinikou LF UK a FN Hradec Králové včetně praktického nácviku. Indikací zavedení byla nejčastěji předpokládaná potřeba periferního žilního vstupu déle než 6 dnů (hlavně déletrvajících antibiotická a/nebo diuretická terapie) a vyčerpaný povrchový žilní systém na horních končetinách. Úspěšnost zavedení vyjádřena formou křivky kumulativní úspěšnosti a úspěšnosti na počet konsektivních výkonů. **Výsledky:** V období únor roku 2017 až květen roku 2018 (16 měsíců) bylo na pracovišti učiněno celkem 72 pokusů o zavedení

katétru typu midline. Katétrů zavádělo 5 lékařů (31, 19, 4, 3 a 2 výkony) a 1 sestra (13 výkonů). Ve sledovaném období přesáhla úspěšnost zavedení 90 % po 20 výkonech u lékaře s největším objemem kanylací a po 40 výkonech v případě týmu jako celku (časově po 12 měsících od zavedení metody). Průběh křivky úspěšnosti sestry předpokládá dosažení nejméně stejných výsledků. Ve více než polovině případů byl ke kanylaci použit katétr Certofix Mono S 220; kanylovanou žilou byly ve stejném počtu v. brachialis a v. basilica. **Závěry:** Techniku sonograficky naváděných periferních cévních katétrů typu midline lze efektivně zavést v reálných podmínkách interního oddělení okresní nemocnice přibližně v průběhu 12 měsíců. Podmínkou je dostupný kvalitní certifikovaný kurz s praktickým nácvikem. Dosažení úspěšnosti nad 90 % lze předpokládat u jednotlivého lékaře po asi 20 výkonech; v případě týmu po asi 40 procedurách (v závislosti na jeho velikosti a struktuře). Za vhodné považujeme zaškolení kvalifikovaných sester, nezbytná je všeobecná kultivace péče o cévní vstupy na pracovišti.

## Koincidence infarktu myokardu a stressové kardiomyopatie

V. Gloger, M. Slabák

*Kardiologické oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati, a.s., Zlín*

**Úvod:** Sdělení popisuje případ nemocné s proběhlým infarktem myokardu spodní stěny a poruchou kinetiky levé komory, která svým rozsahem, charakterem a nekorepondencí s povodím infarktové tepny ukazuje na možnost koincidence se stresovou kardiomyopatií. **Popis případu:** 74letá žena byla přivezena na angiosál pro bolesti na hrudi a elevace ST ve svodech I, II, III, aVF, V<sub>2-6</sub> s podezřením na akutní infarkt myokardu. Provedená koronarografie prokázala v povodí ACD uzávěr RVP, který byl ošetřen PCI s implantací stentu. Při ventrikulografii i echokardiograficky se však zobrazila rozsáhlá akinéza až dyskineza („ballooning“) apikálních 2/3 levé komory s EF LK 20%. Troponin I byl 17,4 µg/l. V léčbě byla zavedena duální antiagregace, statin, betablokátor a ACEi. Při následném ambulantním sledování došlo postupně k nárůstu EF LK na 45%. Magnetická rezonance potvrdila přítomnost jizvy v oblasti dolní stěny, jiné segmenty však

postíženy ve smyslu ischemie nebo případného zánětu nebyly. Porucha kinetiky hrotové části přední stěny odezněla. **Diskuse:** Pokud je porucha kinetiky při infarktu myokardu aspoň částečně způsobena omráčením myokardu, očekáváme po včasné reperfuzi její postupné zlepšení. Tento mechanismus se u nemocné pravděpodobně uplatnil jen částečně. Rozsah poruchy kinetiky a následné zlepšení neodpovídalo povodí intervenované RVP. Soudíme, že se mohlo jednat o koincenci akutního infarktu myokardu a stressové kardiomyopatie, pro kterou svědčí nálezy z ventrikulografie, echokardiografie a cMRI. Bolest při infarktu myokardu nepochybně vyvolává stressovou reakci, aktivuje sympatikus a vyplavení katecholaminů. Touto cestou si vysvětlujeme vznik obrazu TakoTsubo kardiomyopatie. Jiný stressový faktor jsme neidentifikovali.

## Serum levels of cytokines and adhesion molecules and their association with overall survival in acute lymphoblastic leukemia

J. M. Horacek<sup>1,2</sup>, T. Kupsa<sup>1,2</sup>, J. Vanek<sup>3</sup>, L. Jebavy<sup>1,2</sup>, P. Zak<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Military Internal Medicine and Military Hygiene, University of Defence, Faculty of Military Health Sciences, Hradec Kralove

<sup>2</sup>Department of Internal Medicine IV - Hematology, University Hospital and Charles University, Faculty of Medicine, Hradec Kralove

<sup>3</sup>Department of Informatics and Quantitative Methods, University of Hradec Kralove, Faculty of Informatics and Management, Hradec Kralove

**Aim:** To evaluate serum levels of selected cytokines and adhesion molecules in newly diagnosed B-cell precursor acute lymphoblastic leukemia (B-ALL) and in complete remission (CR), and their association with overall survival (OS). **Methods:** A total of 40 B-ALL patients (median age 49, range 19-75 years, 27 males) were studied. Serum samples were taken at diagnosis and in CR. The following analytes were evaluated: Interleukins (IL-1, IL-2, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10), IFN- $\gamma$ , TNF- $\alpha$ , EGF, VEGF, MCP-1, Selectins (E-SEL, L-SEL, P-SEL), ICAM-1 and VCAM-1. All analytes were measured by biochip array technology on Evidence Investigator analyzer (Randox). Correlations between analytes and OS were evaluated separately in both clinical situations. Statistical evaluation was done by a professional statistician using software R 3.4.3 (R Core Team 2017). Probability values ( $p < 0.01$ ) were considered statistically significant. **Results:** At diagnosis of B-ALL, we found significantly higher levels of IL-6, IL-8, IL-10, TNF- $\alpha$ , E-SEL, L-SEL, ICAM-1, VCAM-1 ( $p < 0.01$ )

and significantly lower levels of EGF, P-SEL ( $p < 0.01$ ) in comparison with CR. In CR, EGF correlated with P-SEL ( $r = 0.755$ ;  $p < 0.001$ ) and IL-1 with IL-4 ( $r = 0.612$ ;  $p = 0.007$ ). Other correlations between analytes did not reach statistical significance. Inferior OS was associated with higher IL-2 levels at diagnosis ( $r = 0.448$ ;  $p = 0.003$ ) and higher L-SEL levels in CR ( $r = 0.410$ ;  $p = 0.001$ ). **Conclusion:** Our results show that serum levels of some cytokines and adhesion molecules are significantly altered in newly diagnosed B-ALL, reflecting activity of the disease. In our cohort of B-ALL patients, we found statistically significant correlations between inferior OS and higher IL-2 levels at diagnosis and higher L-SEL levels in CR. Better understanding of leukemia microenvironment is essential for development of new treatment approaches. Further studies in this field are warranted.

*Supported by a long-term organization development plan 1011 (FMHS) and by program PROGRES Q40/08.*

## Nadužívání inhibitorů protonové pumpy v praxi

M. Ječmenová, A. Kodytková

I. interní klinika - kardiologická LF UP a FN Olomouc

**Úvod:** Inhibitory protonové pumpy (PPI) jsou revoluční léky v léčbě acidopeptických onemocnění a jejich uvedení do praxe redukovalo chirurgické zákroky pro vředovou chorobu. Avšak i přes jasné doporučení ohledně jejich užívání se stále více v praxi setkáváme s jejich nadužíváním, což vede jednak k potenciálním lékovým interakcím a dále k stále diskutovaným nežádoucím účinkům při jejich dlouhodobém užívání (osteoporotické fraktury, infekční kolitidy). **Cíl:** Cílem naší práce bylo zmapovat počty pacientů užívajících PPI a zjistit důvody jejich nasazení, a zda tyto důvody trvají. Dále jsme u obou skupin sledovali komorbidity, které přispívají k polypragmazonii. **Metodika:** Byla vytvořena observační studie u neselektovaných interních pacientů. Data byla získána z dokumentace hospitalizovaných pacientů a přímo formou dotazníků u ambulantních pacientů. Sběr dat byl realizován v období 14 měsíců na interní klinice. **Výsledky:** Studie zahrnovala 1 684 pacientů: 742 PPI uživatelů ( $63,3 \pm 17,7$  let, 46% mužů) a 942 kontrol ( $61,9 \pm 20,9$  let, 49% mužů). Základní charakteristiky populací PPI a kontrol (věk, BMI,

rozložení pohlaví) byly u uživatelů PPI přibližně stejné jako u kontrol. PPI uživatelé měli více komorbidit (diabetes mellitus, chronická renální insuficience), častější nutnost užívání antikoagulace či antiagregace. Průměrný počet léků na jednoho pacienta byl ve skupině PPI 7,84, v kontrolní skupině 6,0 léků. Při hledání důvodů k indikaci užívání PPI 80,7% uživatelů mělo adekvátní důvod k užívání PPI (acidopeptické onemocnění, gastroprotektice, eradikace HP případně jiná onemocnění GIT), u 6,7% pacientů již důvod k užívání PPI nebyl aktuální, 4,39% užívalo PPI jako symptomatickou léčbu dyspepsie a 8,22% nemělo důvod k nasazení PPI. **Závěr:** Během několika posledních let narůstá užívání PPI a to zejména díky jejich nízké ceně, vysoké efektivitě a poměrně vzácným nežádoucím účinkům. Vzhledem k narůstající polypragmazonii by měl lékař nasazující léčbu zhodnotit indikaci a při kontrolách důvod trvání nasazení PPI. A v případě, že již netrvá důvod k užívání PPI, užívání tohoto léku přerušit.

## Adherence k léčbě chronického srdečního selhání: časně výsledky registru LEVEL-CHF

L. Jelínek<sup>1</sup>, J. Václavík<sup>1</sup>, Z. Ramík<sup>2</sup>, L. Pavlů<sup>1</sup>, K. Benešová<sup>3</sup>, J. Jarkovský<sup>3</sup>, M. Kamasová<sup>1</sup>, E. Kociánová<sup>1</sup>, M. Lazárová<sup>1</sup>, J. Pyszko<sup>1</sup>, M. Táborský<sup>1</sup>

<sup>1</sup>I. Interní klinika - kardiologická LF UP a FN Olomouc

<sup>2</sup>LF UP Olomouc

<sup>3</sup>Ústav biostatistiky a analýz MU Brno

**Úvod:** S rozvojem terapie akutních kardiovaskulárních onemocnění se zvyšuje prevalence chronických forem. Mezi hlavní lékové skupiny, které snižují mortalitu pacientů s chronickým srdečním selháním, patří hlavně ACE inhibitory, sartany, betablokátory a blokátory mineralokortikoidních receptorů. V současné době máme jen omezená data ohledně adherence pacientů k jejich terapii. Non-compliance pacientů k léčbě může vést k častějším dekompenzacím a k vyšší mortalitě. **Metodika:** Změřili jsme hladiny výše zmíněných léků v krvi pacientů (s již nasazenou medikací při předchozích kontrolách) v Poradně pro srdeční selhání naší kliniky. Pacienty jsme považovali za non-adherentní v případě, kdy neměli měřitelnou hladinu alespoň jednoho z předepsaných léků. Za adherentní jsme označili ty, kteří měli v krvi detekovatelné hladiny všech předepsaných léků (nebo některý

z nich nebyl našimi metodami měřitelný). **Výsledky:** Naš soubor zahrnoval 188 pacientů (149 mužů a 39 žen), průměrný věk byl 62,3 roku, 33,5% byli diabetici. 80,9% pacientů bylo adherentních, 17% neadherentních a 2,1% mělo kombinaci, kterou nemůžeme měřit. Testovali jsme, zda se skupiny adherentních a neadherentních pacientů liší v klinických parametrech - NYHA klasifikaci, diabetu, ejekční frakci a hladině NT-proBNP v krvi, vše vyšlo statisticky nevýznamně. **Závěr:** Úroveň adherence k léčbě byla u našich pacientů poměrně vysoká, vyšší, než jsme očekávali při zahájení našeho projektu. Adherence je vyšší, než bývá publikována u pacientů s hypertenzí užívajících obdobnou medikaci. Skupina adherentních a neadherentních se dle našich dat klinicky významně neliší. *Podpora projektu: projekt byl podpořen grantem Univerzity Palackého v Olomouci IGA\_LF\_2018\_040.*

## Léčba srdečního selhání na interním oddělení nefakultní nemocnice

M. Kalčíková, Z. Monhart

*Interní oddělení Nemocnice Znojmo*

**Cíl:** Zhodnotit léčbu doporučenou při propuštění pacientů hospitalizovaných na interním oddělení s diagnózou srdečního selhání (I 50.x). **Metodika:** Soubor za první 4 měsíce sledování (leden až duben roku 2018) činil 115 pacientů (z toho 57% mužů). U 53% pacientů se jednalo o HFpEF, u 16,5% o HFmrEF, u 25,2% o HFrEF a u 5,3% nebyla EF zjištěna. Průměrný věk byl 77,4 roků a lišil se dle typu srdečního selhání (HFpRF 80,4 let; HFmrEF 75 let; HFrEF 71,2 let). V souboru sledujeme výskyt přidružených chorob a medikaci při propuštění. **Výsledky:** 82,6% pacientů mělo hypertenzi, 57,4% diabetes, 55,7% fibrilaci síní a 39,1% CRI  $\geq$  CKD III. Hypertenze byla nejčastěji u pacientů s HFpEF a nejméně s HFrEF (60% vs 55%), diabetes nejčastěji u pacientů s HFmrEF a nejméně s HFrEF (68% vs 55%), fibrilace síní nejčastěji u pacientů s HFpEF a nejméně s HFrEF (72% vs 27%) a CRI nejčastěji u pacientů s HFrEF a nejméně s HFpEF (48% vs 36%). Při propuštění bylo 64% pacientů léčeno

BB, 57% ACEI/ARB, 27,8% MRA, 15,6% digoxinem a 100% diuretiky (jedná se o soubor pacientů s klinicky manifestním srdečním selháním). BB, ACEI/ARB a digoxin měla nejčastěji v medikaci skupina pacientů s HFmrEF (BB 87,5%, ACEI/ARB 68,75%, digoxin 25%), MRA nejčastěji skupina s HFrEF (43%). **Závěr:** Zastoupení doporučené medikace v daném souboru není optimální. ACEI/ARB a BB jsou dle doporučených postupů základní farmakoterapií HFrEF a proto nás překvapilo relativně nízké zastoupení především ACEI/ARB v doporučené medikaci (pouze u 57,14% pacientů s HFrEF). Musíme však vzít v úvahu, že právě u pacientů s HFrEF byla častěji přítomna CRI a nejméně se vyskytovala hypertenze, což může být jedním z důvodů pro nenasazení této lékové skupiny. Nejčastějším důvodem pro nenasazení BB byla bradykardie. V souboru byla také řada polymorbidních pacientů s omezenou prognózou, jejichž léčba byla zaměřena převážně na symptomy onemocnění.

## Případ těžké sebevražedné otravy lithiem - kasuistika

J. Šmíd, T. Varady, E. Čubová, J. Kraus, L. Koláčková  
*Metabolická JIP, interna, Městská nemocnice Ostrava*

**Kazuistika:** 30letý muž, cizinec, dlouhodobě léčený lithiem pro bipolární poruchu, požil v alkoholové ebrietě v sebevražedném úmyslu asi 200 tablet lithia s prodlouženým uvolňováním po 450 mg. Při přijetí somnolentní, agresivní, bránil se vyšetření, jevil známky opilosti, GCS 14. Byl proveden výplach žaludku, podáno aktivní uhlí, objemová nálož. V dalším průběhu se prohlubovala kvantitativní porucha vědomí do kómatu, GCS 3, objevily se fascikulace a erytém, pacient byl intubován a podpůrně ventilován. Následně jsme zahájili gastrointestinální laváž makrogolem a kontinuální i. v. podávání aminofylinu. Při klinice závažné smíšené otravy alkoholem a lithiem byla indikována extrakorporální eliminace. Prováděli jsme prodloužené intermitentní hemodialýzy v den přijetí a ve 2 následujících dnech v trvání 8, 8 a 6 hod. Terapeutické hladiny lithia v séru jsou 0,27-1,30 mmol/l. Sérové koncentrace lithia jsme stanovovali při přijetí a pak denně v ranních odběrech s výsledky: 2,27, 6,26, 2,36, 1,29, 0,625, 0,308, 0,149 mmol/l. Postupně regredovaly fascikulace a porucha vědomí, což

umožnilo odpojovat pacienta od ventilátoru a čtvrtý den hospitalizace pacienta extubovat. V dalším průběhu byl pacient motoricky i slovně agresivní, desorientovaný, nespolupracující. Tyto projevy postupně regredovaly, přetrvávaly však desorientace a halucinace. Přivolaný psychiatrický konsiliář hodnotil pacienta jako aktuálně psychoticky agitovaného s halucinatorními prožitky a dezorientací a doporučil další léčbu na psychiatrickém oddělení, kam byl pacient přeložen. Při překladu měl pacient normální hodnoty volného tyroxinu a TSH, za hospitalizace jsme nezaznamenali změny na EKG ani projevy nefrogenního diabetes insipidus. Pacient je t. č. v ambulantní péči psychiatrů, pokračuje v léčbě lithiem. **Závěr:** Otrava lithiem je nebezpečnější u pacientů dlouhodobě užívajících lithium, protože se tkáňová depozita lithia snadno navyšují a dochází k projevům toxicity. Depozita lithia se z cílových orgánů obtížně mobilizují, je popisován rebound fenomén sérových koncentrací lithia, který jsme také zaznamenali, a proto je potřeba opakované extrakorporální eliminace.

## Úskalí farmakoterapie interních onemocnění u seniorů - kazuistiky

E. Trčková, D. Pražák

*III. interní gerontometabolická klinika LF UK a FN Hradec Králové*

Farmakoterapie geriatrických pacientů má řadu specifík. Polymorbidita a s ní často spojená polypragmatie mohou být příčinou závažných nežádoucích účinků léčiv. I proto je nutné eliminovat vedlejší účinky spojené s nesprávným užíváním a nadužíváním léčiv, a při zavádění nového léčiva do terapie pomýšlet na možné interakce. V první kazuistice prezentujeme případ, kde byla nesprávným užíváním kapslí nového antikoagulancia zvýšena biologická

dostupnost léčiva. V druhé kazuistice představíme případ nesprávné indikace a následného nadužívání inhalačních bronchodilatancí. V poslední kazuistice poukazujeme na nezvyklou krvácivou komplikaci vzniklou při současném užívání warfarinu a klaritromycinu.

*Podporováno projektem Nadace pro rozvoj v oblasti umělé výživy, metabolismu a gerontologie.*



## Oklikou k trombóze

P. Vilímeček, L. Gergely, M. Kodým  
*Interní oddělení Nemocnice Písek, a.s.*

Kazuistika 54leté pacientky (roku 2015 st.p. mastektomii a extirpaci LU pro duktální karcinom mammae l. dx., v květnu roku 2017 de novo zjištěna metastáza do plic, v červnu roku 2017 provedena lobektomie, v červenci roku 2017 neoadjuvantí CHT), která přijata pro nález hluboké žilní trombózy v. iliaca comunis a externa na plánovaném CT hrudníku a břicha v rámci dispenzarizace onkologem. Vzhledem k absenci klinického nálezu na LDK provedena duplexní sonografie LDK, kde objeveny četné kolateralizace oběhu z LHK. Po podrobnějším

prostudování CT dokumentace nalezeny tytéž kolaterály, přítékající kontrastní látka z LHK. Následně zjištěna objemná sekundární trombóza po zavedeném PICC ve v. subclavia l. sin, v. axilaris l. sin a v. brachialis. Po 3 měsících antikoagulace NOAC proveden kontrolní DUS LHK s negativním nálezem, předána do péče onkologa. Vzhledem k vytvoření kolaterál z LHK jsme měli, shodou okolností, možnost diagnostikovat jedním CT vyšetřením hlubokou žilní trombózu LHK a LDK, přičemž oba nálezy byly vedlejšími.



XXV. KONGRES ČESKÉ INTERNISTICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS J. E. PURKYNĚ

19.–22. 9. 2018 VÝSTAVIŠTĚ BRNO, PAVILON E

# Sborník abstrakt

**ABSTRAKTA – SESTRY – PŘEDNÁŠKY**

## DODRŽUJÍ SE ZÁSADY MĚŘENÍ KREVNÍHO TLAKU V LÉKAŘSKÝCH ORDINACÍCH?

I. Buriánková, I. Benušová, P. Doupalová, J. Václavík

*Centrum pro hypertenzi, I. interní klinika – kardiologická, Fakultní nemocnice Olomouc*

**Úvod:** Pro správnou diagnostiku hypertenze a kontrolu její léčby má dodržování správných zásad měření krevního tlaku v ordinaci zásadní vliv. Dle současných doporučení pro diagnostiku a léčbu hypertenze by měl být krevní tlak při kontrole v ordinaci změřen dvakrát nebo třikrát. Cílem naší práce bylo zmapování dodržování zásad správného měření TK v ordinaci u lékaře.

**Metodika:** Při první návštěvě pacienta v našem Centru pro diagnostiku a léčbu hypertenze jsme se pacientů dotazovali, zda jim u dispenzarizujícího lékaře byl v ordinaci měřen krevní tlak jednou či vícekrát.

**Výsledky:** Do souboru bylo zařazeno celkem 79 pacientů. 15 pacientů (19%) uvedlo, že krevní tlak v ordinaci byl měřen alespoň 2x nebo 3x. Zbývajících 64 pacientů (81%) uvedlo, že jim byl krevní tlak změřen pouze 1x.

**Závěr:** V praxi nejsou dodržována doporučení pro diagnostiku hypertenze. U většiny pacientů bývá krevní tlak v ordinaci měřen pouze 1x, což může vést k falešnému nadhodnocení zjištěných hodnot krevního tlaku.

## UMÍ SI PACIENTI SPRÁVNĚ MĚŘIT KREVŇÍ TLAK V DOMÁČÍM PROSTŘEDÍ?

P. Doupalová, I. Benušová, I. Buriánková, J. Václavík

*Centrum pro hypertenzi, I. interní klinika – kardiologická, Fakultní nemocnice Olomouc*

**Úvod:** Jelikož je domácí monitorace krevního tlaku zásadním ukazatelem kontroly léčby hypertenze, je nutné, aby pacientem naměřené hodnoty byly validní. Cílem naší práce bylo zhodnotit, do jaké míry si pacienti sami dokáží správně měřit krevní tlak v domácím prostředí.

**Metodika:** Při návštěvě v našem Centru pro hypertenzi pacienty instruujeme o správné metodice domácího měření tlaku a vydáváme jim informační brožuru s přiloženou tabulkou k zápisu naměřených hodnot a výpočtu průměrného domácího tlaku. Pacienty žádáme o přinesení záznamu naměřených hodnot a domácího tlakoměru na příští klinickou kontrolu k ověření správnosti fungování přístroje a metodiky měření. Při zjištění, že pacient provádí měření nesprávně, je ihned proškolen a poučen a vše je mu řádně vysvětleno.

**Výsledky:** 91% pacientů (72 ze 79 dotazovaných) při první kontrole udalo, že mají doma vlastní tlakoměr (93% pažní a 7% zápěstní). Tlaky před poučením si zapisovalo jen 29 pacientů (40%). Z 244 pacientů, přicházejících na kontrolu, přineslo výsledky měření krevního tlaku 146 (60%) pacientů, z nichž 136 (93%) mělo naměřené hodnoty zapsáno správně. Průměrný domácí tlak si správně dokázalo vypočítat 124 pacientů (85%). Správnou techniku měření jsme ověřili u všech 36 pacientů (100%), kteří si přinesli domácí tlakoměr na klinickou kontrolu.

**Závěr:** Ověření techniky měření krevního tlaku pacientem samotným nám dává možnost kontroly validity naměřených hodnot. Po edukaci je většina pacientů schopna správně měřit a zapsat svůj krevní tlak v domácím prostředí.

## Diabetická obuv

J. Havránková

*FN u sv. Anny v Brně*

Každý diabetik, který má prokázanou neuropatii, má jednou za 2 roky nárok na diabetickou obuv částečně hrazenou pojišťovnamy. Obuv dělíme na celoroční a zimní. Bota pro diabetiky musí splňovat jistá kritéria. Měla by být dostatečně široká, nejlépe ve tvaru H, ušitá z přírodních materiálů. Dále by měla mít kulatou špičku, skýtající dostatečný prostor pro prsty. Samozřejmostí je zvýšená pevná podrážka, která brání propíchnutí či proříznutí boty ostrým předmětem. Obuv je bez výrazně zvýšeného

podpatku. Bota by také neměla mít uvnitř prošité švy, které by mohly způsobit otlaky nebo jiná poranění. Důležitá je vyměnitelná vložka, která brání posunu nohy v botě. Boty doporučujeme šněrovací nebo na suchý zip. Zcela nevhodné jsou boty s úzkou špičkou, vysokými podpatky a z umělých materiálů. Správná diabetická obuv má velký preventivní význam před tvorbou ulcerací, otlaků a různých deformit.

## Možnosti záchytu méně frekventních arytmií v ambulantní praxi

S. Janíčková

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

Poruchy srdečního rytmu zahrnují celou škálu patologií od zcela nevýznamných dysrytmií až po život ohrožující. Jejich úspěšný záchyt je základem pro další diagnostický i terapeutický postup. Problematickou se stává situace, kdy se subjektivně vnímané projevy poruchy srdečního rytmu objevují pouze sporadicky. V těchto případech je důležité podle typu potíží indikovat vhodný záznamník,

kterým zvýšíme pravděpodobnost záchytu dysrytmie. Autorka uvede možnosti záchytu poruch srdečního rytmu a přístrojové vybavení svého pracoviště - typy EKG Holterů a epizodních záznamníků. Ambulantní vyšetřování poruch srdečního rytmu má nezastupitelné místo v komplexní diagnostice nemocných.

---

## Nutriční intervence u pacienta s neurologickým onemocněním

A. Mottlová

*Oddělení léčebné výživy FN u sv. Anny v Brně*

Sdělení popíše ve formě kazuistik možnosti různých nutričních intervencí u pacienta s neurologickým onemocněním.

## Slasti a strasti dialyzační sestry

J. Pernicová, L. Hoffmannová a kolektiv

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

Obecný pohled na práci dialyzační sestry je velmi zkreslený. Nejedná jen se o tzv. „napojení a odpojení“ nemocných od přístroje provádějícího extrakorporální eliminační metodu očišťování krve. Naším úkolem je důsledné sledování laboratorních parametrů, sledování suché váhy vs váhové přírůstky, vitálních funkcí, zajištění správného HD roztoku, filtru, antikoagulace, jehel, péče o kanyly, objednávání odborných vyšetření, péče o akutní i chronické ošetrovatelské problémy a vedení přehledné dokumentace. Klienty

hemodialyzačního střediska jsou často polymorbidní lidé. Z toho vyplývá spolupráce s rodinou, ale i lůžkovými odděleními, odbornými pracovišti a jinými HD středisky. Hemodialýza a následná transplantace ledvin, je jediný možný způsob, jak uchovat nemocného s terminálním selháním ledvin při životě. Nejde nám však jen o přežívání, ale také o jeho kvalitu. Řešením jsou tedy i Vaše znalosti a předávání informací.

## Směnný provoz a obezita

N. Prokešová

*Obezitologické pracoviště II. interní kliniky LF MU a FN u sv. Anny v Brně*

**Úvod:** V Evropě na směnný režim, zahrnující noční směny, střídavé směny a nepravidelnou pracovní dobu, pracuje asi 1/5 pracovníků. Lidé pracující ve směnném provozu jsou ohroženi především nadváhou a obezitou, ale také mnoha souvisejícími poruchami jako je např. diabetes mellitus, hypertenze či porucha lipidového metabolismu. Dále ve větší míře hrozí kardiovaskulární onemocnění, zažívací problémy, poruchy spánku, nádorové onemocnění, deprese a nedostatek vitamínu D (z důvodu nedostatku slunečního záření). Lidé spící přes den místo v noci mají také změny v produkci některých hormonů. Dalšími možnými negativními faktory na zvýšení tělesné hmotnosti je pracovní stres, delší pracovní doba a odlišné stravovací a pohybové zvyklosti. Příčina vzniku obezity či nadváhy a zvýšeného rizika dalších zdravotních komplikací je zdůvodněna vyšším příjmem energie a sníženou fyzickou aktivitou pracovníků ve směnném provozu z důvodu únavy během dne. Problematické se ukazuje konzumace

jídel v netradiční denní dobu, příjem v nočních hodinách a rozdělení energie v průběhu dne. Pracovníci ve směnných provozech často vynechávají hlavní jídla, ale více svačí. Příjem celkové energie je tím ovlivněn. Pracovníci také mají narušené prostředí, ve kterém jedí. Často konzumují potravu o samotě a nevěnují stravování dostatečnou pozornost. **Metodika:** Metodika daného šetření je formou kazuistik pacientů z ambulance nutričního terapeuta na obezitologii II. interní kliniky LF MU a FN u sv. Anny v Brně. Ukázka celého procesu nutriční péče u pacientů pracujících ve směnném provozu a nastavení individuálního stravovacího režimu. **Výsledky a závěr:** Směnná práce má vliv na zvýšení tělesné hmotnosti. Důvodem, jak bylo zmíněno, je primárně porucha biologických rytmů a spánkových cyklů, ale také nárůst přijaté energie a snížení tělesné aktivity u jednotlivců. Doporučení pro stravování musí být vytvářeno vždy individuálně.





## Abecední rejstřík autorů

Babčák, M.	23	Gargošová, V.	29	Kianička, B.	19
Benešová, K.	33, 51	Gergely, L.	33, 55	Koblížek, V.	27
Benušová, I.	29, 30, 58, 59	Gloger, V.	33, 48	Kociánová, E.	33, 51
Bičičtš, M.	33, 47	Goldmannová, D.	33	Kodým, M.	33, 55
Bielaková, K.	23	Hakl, M.	24	Kodytková, A.	50
Bobek, L.	31, 38	Havel, E.	28, 31	Koláčková, L.	33, 53
Branny, M.	19	Havránková, J.	29, 59	Koreň, M.	23
Broulík, P.	20	Hluší, A.	30	Kovářová, D.	33
Bruthans, J.	24	Hoffmannová, L.	30, 61	Kozák, T.	30
Břegová, B.	29	Hofírek, I.	22, 39, 40	Kraus, J.	33, 53
Buriánková, I.	29, 30, 58, 59	Horacek, J. M.	33, 49	Kroupa, R.	33
Ceral, J.	25	Horák, P.	32	Kršek, M.	20
Cibiček, N.	33	Hradec, J.	29	Krystková, L.	30
Cibičková, L.	33	Hřib, R.	24	Kupsa, T.	33, 49
Cimburová, E.	33, 46	Husa, P.	22, 43	Kvapil, M.	20
Cyrany, J.	19, 28, 33, 47	Husová, L.	22	Kvasnička, J.	16
Černá, I.	29	Hustý, J.	41	Lazárová, M.	33, 51
Čertíková Chábová, V.	19	Chochola, M.	27	Lazúrová, I.	23
Češka, R.	17	Chovanec, V.	33, 47	Lichá, Z.	41
Čubová, E.	33, 53	Jakubec, P.	28	Límanová, Z.	29
Ditmar, R.	33	Janíčková, S.	29, 60	Malčicová, J.	29
Divácká, P.	41	Jánský, P.	26	Málková, I.	23
Doupalová, P.	29, 30, 58, 59	Jarkovský, J.	33, 51	Märzová, D.	17
Dulíček, P.	30	Jebavy, L.	33, 49	Matoulek, M.	23
Dvořák, A.	30	Ječmenová, M.	32, 33, 50	Matuška, J.	27
Dygrýn, J.	33	Jelínek, L.	33, 51	Mejzlík, V.	28
Falt, P.	19	Jurašková, B.	23	Mitáš, J.	33
Fila, L.	27	Kadlecová, M.	30	Monhart, Z.	17, 24, 33, 52
Filipovský, J.	25	Kalčíková, M.	33, 52	Mottlová, A.	30, 60
Folprechtová, I.	30	Kamasová, M.	33, 51	Němec, P.	29
Forejtová, Š.	32	Karásek, D.	33	Novák, F.	31
Freibergerová, M.	43	Karbanová, L.	33, 47	Novák, J.	22, 39, 40
Fryšák, Z.	33	Karetová, D.	27	Novotný, I.	19
Gabalec, F.	20	Karhanová, M.	33	Nový, J.	18

Odložilíková, A	38	Táborský, P.	19
Olšovský, J.	28	Těšínský, P.	31
Orság, J.	32	Topinková, E.	23
Paříková, A.	19	Trčková, E.	33, 54
Pavů, L.	33, 51	Trunečka, P.	22
Pelikánová, T.	20	Tvrdíková, J.	29
Pernicová, J.	30, 61	Václavík, J.	22, 29, 30, 32, 33, 51, 58, 59
Pítha, J.	24	Vanek, J.	33, 49
Polák, M.	18	Varady, T.	33, 53
Pražák, D.	33, 54	Varvařovský, I.	19
Prokešová, N.	29, 62	Vašáková, M.	27
Pyszko, J.	33, 51	Vencovský, J.	32
Rak, V.	31	Vilímek, P.	33, 55
Rajnochová, M.	30	Vítovec, J.	28
Ramík, Z.	33, 51	Vojtilová, L.	43
Rušavý, Z.	20	Vrablík, M.	24
Řehořová, J.	32, 41	Widimský jr., J.	25
Schovánek, J.	33	Zachařová, K.	33, 46
Slabák, M.	33, 48	Zak, P.	33, 49
Soták, Š.	32, 42	Zika, J.	18
Stebel, R.	32, 43	Zikán, V.	22, 44
Svačina, Š.	23	Želízko, M.	19
Šenkyřík, M.	31, 41		
Šenkyříková, M.	29		
Šenolt, L.	32		
Škrha ml., J.	29, 32		
Šlampa, P.	31		
Šmíd, J.	33, 53		
Špínar, J.	24, 26		
Špínarová, L.	26		
Štásek, J.	19		
Štefan, M.	28		
Štulc, T.	24, 29		
Táborský, M.	23, 33, 51		





# ZVÝŠENÝ LDL-C JE JIŽ MINULOSTÍ

## PŘIDÁNÍM PŘÍPRAVKU REPATHA® MAXIMALIZUJTE ÚČINNOST OD ZAČÁTKU<sup>1</sup>



### Zkrácená informace o léčivém přípravku REPATHA

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychle získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky.

**Název léčivého přípravku:** Repatha 140 mg injekční roztok v předplněném peru. **Kvalitativní a kvantitativní složení:** Jedno předplněné pero obsahuje evolocumabum 140 mg v 1 ml roztoku. **Léková forma:** Injekční roztok. **Terapeutické indikace:** Léčba primární hypercholesterolemie (heterozygotní familiární a nefamiliární) nebo smíšené dyslipidemie u dospělých jako přídavek k dietě, a to: 1. v kombinaci se statinem nebo statinem a s dalšími hypolipidemiky u pacientů, u kterých není dosaženo cílových hladin LDL-C maximální tolerovanou dávkou statinu, nebo 2. v monoterapii nebo v kombinaci s dalšími hypolipidemiky u pacientů, kteří netolerují statin nebo u kterých je statin kontraindikován. Léčba homozygotní familiární hypercholesterolemie v kombinaci s dalšími hypolipidemiky u dospělých a dospívajících pacientů ve věku 12 let a starších. Léčba prokázaneho aterosklerotického kardiovaskulárního onemocnění u dospělých ke snížení kardiovaskulárního rizika, a to 1. v kombinaci s maximální tolerovanou dávkou statinu s dalšími hypolipidemiky nebo bez nich, nebo 2. samostatně nebo v kombinaci s dalšími hypolipidemiky u pacientů, kteří netolerují statin nebo u kterých je statin kontraindikován. Dávkování a způsob podání: Přípravek Repatha se podává subkutánně do břicha, stehna nebo do horní oblasti paže. Přípravek Repatha je určen pro podávání samotnými pacienty po řádném vyškolení, případně vyškolenou osobou k podávání tohoto přípravku. **Primární hypercholesterolemie a smíšená dyslipidemie u dospělých:** Doporučená dávka je 140 mg 1x za dva týdny nebo 420 mg 1x měsíčně. Obě dávky jsou klinicky ekvivalentní. **Homozygotní familiární hypercholesterolemie u dospělých a dospívajících pacientů ve věku 12 let a starších:** Úvodní doporučená dávka je 420 mg 1x měsíčně. Pokud nebylo po 12 týdnech dosaženo klinicky významné odpovědi na léčbu, frekvenci dávek je možné zvýšit na 420 mg 1x za 2 týdny. Pacienti na ateroskleróze mohou zahájit léčbu dávkou 420 mg 1x za 2 týdny, aby toto schéma odpovídalo cyklu aterosklerózy. **Prokázané aterosklerotické kardiovaskulární onemocnění u dospělých:** Doporučená dávka přípravku Repatha je buď 140 mg 1x za dva týdny nebo 420 mg 1x měsíčně. Obě dávky jsou klinicky ekvivalentní. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** **Porucha funkce ledvin:** U pacientů s těžkou poruchou funkce ledvin (definovanou jako glomerulární filtrace < 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) jsou zkušenosti omezené a přípravek Repatha se má používat s opatrností. **Porucha funkce jater:** Pacienti s těžkou poruchou funkce jater (Child-Pugh C) nebyli studováni a přípravek Repatha se má používat s opatrností. **Suchoý přírodní kaučuk:** Knyt skleněné předplněné injekční stříkačky je vyroben ze suchého přírodního kaučuku (derivat latexu), který může vyvolávat alergické reakce. **Interakce s jinými léčivými přípravky**

**a jiné formy interakce:** S přípravkem Repatha nebyly provedeny žádné formální lékové studie interakcí. V klinických studiích s přípravkem Repatha byla hodnocena farmakokinetická interakce mezi statiny a evolocumabem. Při použití kombinace statinu a přípravku Repatha není nutná úprava dávky statinu. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Údaje o podávání přípravku Repatha těhotným ženám jsou omezené nebo nejsou k dispozici. Přípravek Repatha lze v těhotenství použít pouze tehdy, když klinický stav ženy vyžaduje léčbu evolocumabem. Není známo, zda se evolocumab vylučuje do lidského mateřského mléka. Riziko pro kojené novorozence/kojence netze vyloučit. Na základě posouzení prospěšnosti kojení pro dítě a prospěšnosti léčby pro matku je nutno rozhodnout, zda přerušit kojení nebo ukončit/přerušit podávání přípravku Repatha. Nejsou k dispozici žádné údaje o vlivu evolocumabu na fertilitu u člověka. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášené nežádoucí účinky v hlavních klinických kontrolovaných studiích při podávání doporučených dávek byly nasopharyngitis (7,4 %), infekce horních cest dýchacích (4,6 %), bolest zad (4,4 %), artralgie (3,9 %), chřipka (3,2 %) a reakce v místě vpichu injekce (2,2 %). **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. Po vyjmutí z chladničky může být přípravek Repatha uchovávan při pokojové teplotě (do 25 °C) v původním obalu a musí se použít do 1 měsíce. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Amgen Europe B.V., Minervum 7061, NL-4817 ZK Breda, Nizozemsko **Registrační číslo EU/1/15/1016/003 Datum revize textu:** květen 2018

Před předepsáním přípravku se, prosím, seznámte s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění u indikací primární hypercholesterolemie nebo smíšené dyslipidemie u pacientů adhečních k dietním opatření i ke stávající hypolipidemické léčbě v kombinaci s vysoce intenzivní hypolipidemickou terapií.\*

\* Všimněte si, prosím, změn v informacích o léčivém přípravku.

SC-CZ-AMG145-00035  
URČENO PRO ODBORNOU VĚŘEJNOST.

Amgen s.r.o., Klimentská 46, 11002 Praha 1  
Tel.: +420 221 773 500, www.amgen.cz

1. SPC Repatha, květen 2018.

**AMGEN**<sup>®</sup>  
Cardiovascular

Amgen s.r.o.  
Klimentská 1216/46,  
110 02 Praha 1, Česká republika  
Tel.: +420 221 773 500  
www.amgen.cz

Date of preparation: May 2018 – CZ-P-145-1116-040642(3)

**Repatha**<sup>®</sup>  
(evolocumab)

# Verospiron®

Spironolactonum

## Umění léčby hypertenze

# Ověřená klasika



Zkrácená informace o přípravcích: **VEROSPIRON 25 mg tablety**; **VEROSPIRON 50 mg, 100 mg tvrdé tobolky**;

**Složení:** Spironolactonum 25 mg v jedné tabletě; Spironolactonum 50 mg nebo 100 mg v jedné tobolce. **Indikace:** Primární hyperaldosteronismus (diagnóza a léčba), Přidatná léčba srdečního selhání (NYHA třída III-IV a EF  $\leq$  35%) a arteriální hypertenze, Edémy při nefrotickém syndromu, Ascites a edémy v případě jaterní cirhózy, Ascites způsobený maligním nádorem. Hypokalemie, pokud jiná opatření jsou považována za nedostatečná nebo nevhodná. Také jako profylaxe hypokalemie u léčby digitalisem, kdy jiná opatření jsou považována za nedostatečná nebo nevhodná. **Dávkování a způsob podání:** Obvykle se denní dávka Verospironu podává po jídle v jedné nebo ve dvou dílčích dávkách. Užití jedné denní dávky nebo první denní dávky se doporučuje ráno. **Primární hyperaldosteronismus:** Pro stanovení diagnózy: Dlouhý test: spironolacton se podává v denní dávce 400 mg po dobu 3 až 4 týdnů. Korekce hypokalemie a hypertenze dokazuje předpoklad primárního hyperaldosteronismu. Krátký test: Spironolacton se podává v denní dávce 400 mg po dobu 4 dnů. Pokud se hladina draslíku v séru zvyšuje během podávání spironolactonu a snižuje při přerušení jeho podávání, je třeba vzít v úvahu podezření na diagnózu primárního hyperaldosteronismu. **Léčba:** V předoperační přípravě se podává spironolacton v dávce 100 - 400 mg denně. U pacientů, kteří nejsou schopni podstoupit operaci, se má spironolacton podávat ve formě dlouhodobé udržovací léčby, a to v nejnižších účinných dávkách. Při dlouhodobé terapii je vhodné kombinovat spironolacton s dalšími diuretiky, aby se snížil výskyt nežádoucích účinků. **Edémy (mésinané srdeční selhání, nefrotický syndrom):** Dospělí: úvodní denní dávka je obvykle 100 mg (25 – 200 mg) v jedné nebo ve dvou dílčích dávkách. **Ascites při maligním nádoru:** Úvodní dávka je obvykle 100 – 200 mg denně. V závažných případech je možné dávku postupně zvyšovat až na 400 mg/den. **Ascites a edémy při jaterní cirhóze:** Dávka 100 mg/den, pokud je poměr Na<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> v moči vyšší než 1,0. Pokud je nižší než 1,0, pak 200–400 mg/den. Udržovací dávku je třeba individuálně stanovit. **Přidatná léčba srdečního selhání (NYHA třída III-IV a EF  $\leq$  35%):** léčba má být ve spojení se standardní terapií započata dávkou spironolactonu 25 mg jednou denně, pokud je hladina sérového draslíku  $\leq$  5,0 mEq/l a sérového kreatininu  $\leq$  2,5 mg/dl. **Přidatná léčba při arteriální hypertenzi:** Počáteční dávka je 25 mg denně v jedné dávce v kombinaci s dalšími antihypertenzivy. Pokud není dosaženo po 2 týdnech léčby cílové hodnoty krevního tlaku, má být dávka zdvojnásobena. U pacientů léčených inhibitory ACE nebo blokátory receptoru pro angiotenzin mají být před nasazením spironolactonu zhodnoceny hladiny draslíku v krvi a kreatininu. **Hypokalemie:** Pokud suplementace draslíku nebo jiné draslík šetřící metody nejsou dostačující, podává se 25-100 mg denně. **Kontraindikace:** Anurie, akutní renální insuficience, akutní renální selhání, závažná porucha funkce ledvin (glomerulární filtrace  $<$ 10 ml/min), hyperkalemie, hyponatremie, Addisonova choroba, souběžné užívání eplerenonu nebo kalium šetřících diuretik. **Zvláštní upozornění:** Spironolacton je třeba podávat s velkou opatrností, pokud základní onemocnění zvyšuje náchylnost ke vzniku acidózy a/nebo hyperkalemie. Léčba spironolactonem může způsobit přechodné zvýšení močovinny. Spironolacton může způsobit reverzibilní hyperchloremickou metabolickou acidózu. **Interakce:** Léčba spironolactonem může ovlivnit stanovení digoxinu v séru a plasmatické hladiny kortizonu a epinefrinu. Během léčby spironolactonem je zakázána konzumace alkoholických nápojů. Současné podávání spironolactonu s jinými kalium šetřícími diuretiky, ACE inhibitory, antagonisty receptoru angiotenzinu II, blokátory aldosteronu, doplňky draslíku a dietou bohatou na draslík nebo náhradami soli s obsahem draslíku nebo kotrimoxazolem může vést k závažné hyperkalemii. Imunosupresivní léky (cyklosporin a takrolimus), cholestyramin mohou zvýšit riziko hyperkalemie. Tricyklická antidepresiva, glycerol-trinitrát a ostatní nitráty, vazodilatancia, antipsychotika, antihypertenziva, alkohol, barbituráty, narkotika mohou zvýšit hypotenзивní efekt spironolactonu. Nesteroidní antiřevmatika snižují antihypertenzní, natriuretický a diuretický účinek spironolactonu. Spironolacton může snížit antikoagulační účinek kumarinových derivátů a analogů GnRH, cévní odpověď na norepinefrin. Spironolacton může zvýšit biologický poločas digoxinu. Při současném užití s lithiem se zvyšuje nebezpečí lithiové toxicity. Možnost snížení pozornosti při řízení vozidel a při obsluze strojů. **Těhotenství a kojení:** U těhotné ženy je třeba posoudit předpokládaný přínos a možné riziko pro matku a plod. Pokud je použití spironolactonu u kojící ženy nezbytné, je třeba přerušit kojení. **Nežádoucí účinky:** **Velmi časté:** hyperkalemie, arytmie, snížení libida, gynekomastie, erektilní dysfunkce, poruchy menstruace. **Časté:** nauzea, zvracení, infertilita, nežádoucí účinky obvykle vymizí po přerušení terapie. **Balení:** Verospiron 25 mg tablety – blistry 20 nebo 100 tbl., lahvička 100 tbl., Verospiron 50, 100 mg blistry 30 tbl. **Registrační číslo:** Verospiron 25 mg tablety 50/512/92-S/C Verospiron 50 mg, tvrdé tobolky: 50/029/00-C, Verospiron 100 mg, tvrdé tobolky: 50/028/00-C. **Držitel registračního rozhodnutí:** Gedeon Richter Plc, H-1103 Budapešť Gyömrői út 19-21 Maďarsko. **Datum poslední revize textu:** 30.11.2016. **Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis.** Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Dříve, než přípravek předepíšete, seznamte se, prosím, se Souhnnem informací o přípravku.**

Podrobnější informace získáte u regionálního zástupce nebo na adrese: Gedeon Richter Marketing ČR, s.r.o.; Na Strži 65, Praha 4, 140 00; tel. recepce: +420 261 141 200; www.richtergedeon.cz, e-mail: safety.cz@richtergedeon.cz; Lékařský informační servis: 261 141 215. Tato zkrácená informace je platná ke dni tisku materiálu: 7. 8. 2018



GEDEON RICHTER

# PREVENCE KARDIOVASKULÁRNÍCH PŘÍHOD<sup>1</sup> DVOJITÁ SÍLA VE SNIŽOVÁNÍ LDL-CHOLESTEROLU<sup>2, 3</sup>



## Zoletorv<sup>®</sup>

ezetimibum a atorvastatinum

### Zkrácená informace o léčivém přípravku

#### Zoletorv<sup>®</sup> 10 mg / 10 mg, 10 mg / 20 mg, 10 mg / 40 mg, 10 mg / 80 mg potahované tablety

(Jedna tableta obsahuje ezetimibum 10 mg a atorvastatinum 10, 20, 40 nebo 80 mg). **Indikace:** Prevence kardiovaskulárních příhod – přípravek Zoletorv je indikován ke snížení rizika kardiovaskulárních příhod u pacientů s ischemickou chorobou srdeční (IChS) a s anamnézou akutního koronárního syndromu (AKS), bez ohledu na to, zda předtím byli léčeni statinem. **Hypercholesterolemie** – jako přídatná terapie k dietě u pacientů s primární hypercholesterolemií nebo smíšenou hyperlipidémií, kde je vhodné použití kombinovaného přípravku: u pacientů, kteří nejsou samotným statinem dostatečně kontrolováni a u pacientů, kteří se již léčí statinem a ezetimibem. Dále jako přídatná terapie k dietě u homozygotní familiární hypercholesterolemie (HoFH). **Dávkování a způsob podání:** Tablety se podávají jednou denně perorálně, kdykoliv během dne, s jídlem nebo bez něj. **Hypercholesterolemie a/nebo ischemická choroba srdeční (s AKS v anamnéze)** – 10/10 mg/den až 10/80 mg/den. Obvyklá dávka je 10/10 mg jednou denně. Dávku přípravku Zoletorv je nutno individuálně upravit. Úprava dávky, pokud je zapotřebí, se musí provádět s odstupem minimálně 4 týdnů. **Homozygotní familiární hypercholesterolemie** – dávka přípravku Zoletorv je 10/10 až 10/80 mg denně. **Současné podávání s jinými léčivými přípravky:** Zoletorv je nutno podávat  $\geq 2$  hodiny před nebo  $\geq 4$  hodiny po podání sekvstrantu žlučových kyselin. U pacientů užívajících současně s přípravkem Zoletorv antiivirotika na hepatitidu C obsahující elbasvir nebo grazoprevir nemá dávka přípravku Zoletorv přesáhnout 10/20 mg denně. U starších pacientů není nutno dávku upravovat. **Bezpečnost a účinnost přípravku Zoletorv u dětí** nebyla stanovena. Přípravek Zoletorv se u pacientů s poruchou funkce jater musí podávat opatrně. U pacientů s poruchou funkce ledvin není nutno dávku upravovat. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku(y) nebo na kteroukoli pomocnou látku. Těhotenství a kojení. Aktivní onemocnění jater nebo nevysvětlené přetrvávající zvýšení sérových transamináz přesahující 3násobek horního limitu normálu. Přípravek Zoletorv je kontraindikován u žen ve fertilním věku, pokud nepoužívají účinnou antikoncepci. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** **Myopatie/rhabdomyolýza:** V rámci zkušeností s ezetimibem po jeho uvedení na trh byly hlášeny případy myopatie a rhabdomyolýzy. Většina pacientů, u nichž došlo k rozvoji rhabdomyolýzy, užívala statin současně s ezetimibem. U pacientů s predispozicí k rhabdomyolýze je nutno předepisovat přípravek Zoletorv opatrně. Všechny pacienty, u nichž se zahájí léčba přípravkem Zoletorv nebo se dávka zvyšuje, je nutno poučit o riziku myopatie a upozornit je na nutnost okamžitě ohlásit jakoukoli nevysvětlenou svalovou bolest nebo slabost. Pokud jsou koncentrace CK zvýšeny nad 5násobek ULN, nelze léčbu zahájit. Pacienty je nutno požádat, aby neprodleně hlásili svalovou bolest, křeče nebo svalovou slabost, zvláště pokud jsou doprovázeny malátností nebo horečkou nebo pokud svalové známky a příznaky přetrvávají po vysazení přípravku Zoletorv. Přípravek Zoletorv se musí vysadit, pokud dojde ke klinicky významnému zvýšení hladin CK ( $>10$ násobek horního limitu normálu) nebo pokud je diagnostikována rhabdomyolýza nebo je na ni podezření. **Jaterní enzymy:** v kontrolovaných studiích souběžného podávání u pacientů léčených ezetimibem a atorvastatinem byla pozorována po sobě jdoucí zvýšení transamináz. Testy jaterních funkcí je nutno provést před zahájením léčby a poté je nutno je provádět pravidelně. Pokud zvýšení transamináz o více než 3násobek horní hranice normálu přetrvává, doporučuje se snížení dávky nebo vysazení přípravku Zoletorv. U pacientů se středně závažnou nebo závažnou jaterní nedostatečností se přípravek Zoletorv nedoporučuje. U pacientů s předchozí hemoragickou cévní mozkovou příhodou nebo lakunárním infarktem je poměr rizik a přínosů atorvastatinu v dávce 80 mg nejistý, přičemž potenciální riziko hemoragické cévní mozkové příhody je nutno před zahájením léčby pečlivě uvážit. V případě podezření, že se u pacienta vyvinula intersticiální plicní nemoc, musí být léčba statinem vysazena. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** K potenciálním interakcím s inhibitory HMG CoA reduktázy může přispívat několik mechanismů. Léčivé přípravky nebo rostlinné přípravky, které inhibují určité enzymy (např. CYP3A4) a/nebo cesty transportéřů (např. OATP1B), mohou zvyšovat plazmatické koncentrace atorvastatinu a mohou vést ke zvýšenému riziku myopatie/rhabdomyolýzy. Více informací o potenciálních interakcích s atorvastatinem a/nebo potenciálů k ovlivnění enzymů nebo transportéřů a možných úpravách dávky a léčebných režimů naleznete v souhrnu údajů o přípravku všech současně používaných léků. **Současné podávání přípravku Zoletorv a fibrátů** se nedoporučuje. Při zahájení léčby přípravkem Zoletorv u pacientů léčených cyklosporinem je nutno postupovat opatrně a během léčby je nutno sledovat koncentrace cyklosporinu. V případech, kdy se přípravek Zoletorv přidá k warfarínu, jinému kumarinovému antikoagulantu nebo fludionu, je nutno sledovat INR. Atorvastatin se nesmí podávat současně se systémem léčbu kyselou fusidovou nebo během 7 dnů po ukončení léčby kyselou fusidovou. Riziko myopatie může rovněž být zvýšeno při současném podávání gemfibrozilu a dalších derivátů kyseliny fibrové, erythromycinu, niacinu, antiivirotik na hepatitidu C bocepreviru, telapreviru, elbasviru, grazopreviru nebo kombinace tipranavir/ritonavir. Atorvastatin je substrát efluxního transportéru BCRP (Breast Cancer Resistant Protein). Dále viz úplné znění SPC. **Nežádoucí účinky:** Jako časté byly hlášeny příjem a myalgie. Pro úplnou informaci se seznamte s plným zněním SPC. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před kyslíkem. **Druh obalu a velikost balení:** Zoletorv 10 mg/10 mg, 10 mg/20 mg, 10 mg/40 mg a 10 mg/80 mg. Balení po 10, 30, 90 a 100 potahovaných tabletách v dusíkem profouknutých Al/Al blístrech (dutina z oPA-Al-PVC s víčkem z Al). Balení po 30 x 1 a 45 x 1 potahovaných tabletách v jednodávkových dusíkem profouknutých Al/Al blístrech (dutina z oPA-Al-PVC s víčkem z Al). Na trhu nemusí být všechny velikosti balení. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Merck Sharp & Dohme Ltd, Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Velká Británie. **Registrační čísla:** 31/403 - 406/14-C **Poslední revize textu:** 3.10.2017. Dříve než přípravek předepíšete, seznámte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku. Tento přípravek je vázán na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. POUZE PRO ODBORNOU VĚŘEJNOST.

**Důležité:** 1. Souhrn údajů o přípravku ZOLETORV, 3.10.2017. 2. Shepherd J. The role of the exogenous pathway in hypercholesterolemia. Eur Heart J Suppl.2001;3 (suppl E): E2-E5. 3. Bays H. Ezetimibe. Expert Opin Investig Drugs. 2002;11:1587-1604.



© Copyright Merck Sharp & Dohme s.r.o., 2018. Všechna práva vyhrazena.  
Merck Sharp & Dohme s.r.o., Na Valentinech 3336/4, 150 00 Praha 5, Česká republika  
Tel.: +420 233 010 111, e-mail: dpoc\_czechslovak@merck.com, www.msd.cz

04-2019-CARD-1253004-0000





Společnost **MYLAN** si Vás dovoluje pozvat na satelitní symposium v rámci **XXV. kongresu České internistické společnosti ČLS JEP**, které se bude konat **20. 9. 2018 v Brně. BVV, pavilon E, sál E2, 14:00 – 14:30 hodin.**

# Hypertenze a dyslipidémie ruku v ruce



Přednášky:

Prof. MUDr. Richard Češka, CSc.  
**Nezapomínejme na aterogenní  
dyslipidémii a její léčbu**

Prof. MUDr. Jiří Widimský, CSc.  
**Dlouhodobá mortalita u nemocných  
s hypertenzí a ICHS**



MYL-0918-632

**Mylan Pharmaceuticals s.r.o.**  
Průběžná 1108/77, 100 00 Praha 10, tel.: +420 222 004 400  
e-mail: officecz@mylan.com, www.mylancz.cz



**Mylan**

Better Health  
for a Better World

Vážená paní doktorko, vážený pane doktore,  
přijměte srdečné pozvání na sympozia společnosti Novo Nordisk.

## „Léčba diabetu udělala za posledních pár let veliký krok kupředu a další pokrok nás ještě čeká...“

**Čtvrtek 20. 9. 2018**

Kongres ČIS 2018 v Brně, sál E2, od 14:30 – 15:00 hod.

**Nový GLP-1 agonista – tři dimenze úspěšné léčby diabetu**

Předsedající: prof. MUDr. Martin Haluzík, DrSc.

- 1. Překvapující léčebné výsledky na kompenzaci diabetu**  
prof. MUDr. Martin Haluzík, DrSc.
- 2. Výrazný pokles kardiovaskulárních komplikací**  
prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc.

## „Češi jsou nejtlustší v historii. Děti nevyjímaje.“<sup>1</sup>

Takto dne 6. 2. 2018 upozorňoval server [www.denik.cz](http://www.denik.cz) na problematiku obezity v ČR. Jak vidí situaci přední odborníci, proč konzervativní léčba selhává a jak dál?

**Pátek 21. 9. 2018**

Kongres ČIS 2018 v Brně, sál E2, od 9:30 – 10:30 hod.

**Obezita – problém mysli nebo těla?**

Předsedající: prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

- 1. Za vše může mozek**  
doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D.
- 2. Obezita jako chronické onemocnění, nové poznatky o obezitě, obezita v ČR**  
MUDr. Petra Šrámková
- 3. Nový směr v léčbě obezity**  
prof. MUDr. Martin Haluzík, DrSc.
- 4. Klinický program SCALE**  
doc. MUDr. David Karásek, Ph.D.
- 5. Kardiometabolické benefity léčby pohledem internisty**  
prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.



# KDYBYSTE LÉČILI SAMI SEBE, CO ZVOLÍTE? ÚČINNOST NEBO BEZPEČNOST?



## Volte obojí!

Účinnost a bezpečnost s přípravkem ELIQUIS®<sup>1</sup>

- Superiorita v prevenci CMP a SE vs. warfarin<sup>1</sup>
- Superiorita ve snížení rizika výskytu závažného krvácení vs. warfarin<sup>1</sup>

**Eliquis®**  
apixaban

**ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU ELIQUIS® 2,5 mg a 5 mg potahované tablety.** • **Složení:** Léčivá látka apixabanum 2,5 mg nebo 5 mg v jedné potahované tabletě a další pomocné látky. **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 nevalulární fibrilací síní (NVAF) a s jedním nebo více rizikovými faktory, jako jsou předchozí cévní mozková příhoda nebo tranzitorní ischemická ataka (TIA); věk  $\geq 75$  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 VTE: 2,5 mg perorálně 2x denně. Počáteční dávka by měla být užitá 12 až 24 hod po operaci. Doporučená délka léčby je 32 až 38 dní (náhrada kyčelního kloubu) a 10 až 14 dní (náhrada kolenního kloubu). Prevence CMP a SE u dospělých pacientů s NVAF: 5 mg perorálně 2x denně, snížená dávka 2,5 mg perorálně 2x denně při splnění kritérií pro redukcí dávky dle SPC. Pacienti podstupující kardioverzi mohou užít jednorázovou nasycovací dávku 10mg nejméně 2 hod před výkonem. 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 antikoagulanciem. Tablety přípravku Eliquis se zapíjejí vodou, užívají se bez závislosti na jídle a lze je také podat rozdrobené a rozmíchané v tekutině či v jablčném protlaku. 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 antikoagulancii vyjma specifických případů viz SPC. **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. Podrobnosti vysazení před elektivním výkonem viz SPC. Souběžné užívání přípravku Eliquis s antiagregancií zvyšuje riziko krvácení; při souběžné léčbě NSAID (včetně ASA) a SSRI/SNRI\* 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 systémově silné inhibitory CYP3A4 a P-gp, jakými jsou např. azolová antimykotika a inhibitory HIV proteázy. Při současném podávání se slabšími inhibitory CYP3A4 a 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, z dásní, z úst, gastrointestinální, rektální, abnormální vaginální a urogenitální), hematomy, epistaxe, hematurie, kontuze, anémie, nauzea, kožní vyrážka, trombocytopenie, hypotenze, zvýšení gama-glutamyltransferázy a alaninaminotransferázy. **Předávkování:** Neexistuje antidotum přípravku Eliquis. Předávkování apixabanem může způsobit vyšší riziko krvácení. **Uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Balení: Eliquis 2,5 mg:** 20, 60, 60x1 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 EEC, Uxbridge Business Park, Sanderson Road, Uxbridge, Middlesex UB8 1DH, Velká Británie. **Registrační číslo:** EU/1/11/691/002-4.9.11.13.14. **Datum poslední revize textu:** 14.6.2018 **Výdej léčivého přípravku** je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se prosím seznámejte s úplnou informací o přípravku. \* Všímáte si, prosím, změn v informacích o léčivém přípravku.

CMP – cévní mozková příhoda, SE – systémová embolie

Reference: 1. Granger CB et al. N Engl J Med. 2011; 365: 981–992

ELQ-2018.01.116

Rosuvastatin



Ezetimibe

**ZENON**  
 Rosuvastatin + Ezetimibe

# SPOLEČNĚ K DOSAŽENÍ CÍLOVÝCH HODNOT LDL CHOLESTEROLU

**ZENON 10mg/10mg**  
 (10mg ezetimibu/  
 10mg rosuvastatinu)

**ZENON 10mg/20mg**  
 (10mg ezetimibu/  
 20mg rosuvastatinu)

**ZENON 10mg/40mg**  
 (10mg ezetimibu/  
 40mg rosuvastatinu)

**ZENON OBSAHUJE INOVATIVNÍ FIXNÍ KOMBINACI DVOU LÁTEK, KTERÉ SPOLEČNĚ ÚČINNĚJI POMÁHAJÍ K DOSAHOVÁNÍ CÍLOVÝCH HODNOT LDL CHOLESTEROLU.!**

**ZKRÁCENÁ INFORMACE O LÉČIVÉM PŘÍPRAVKU ZENON 10 MG/10 MG POTAHOVANÉ TABLETY, ZENON 10 MG/20 MG POTAHOVANÉ TABLETY, ZENON 10 MG/40 MG POTAHOVANÉ TABLETY, LÉČIVÁ LÁTKA:** Jedna tableta obsahuje ezetimibu 10 mg a rosuvastatinu 10 mg (jako rosuvastatinu calciu), ezetimibu 10 mg a rosuvastatinu 20 mg (jako rosuvastatinu calciu), ezetimibu 10 mg a rosuvastatinu 40 mg (jako rosuvastatinu calciu). **INDIKACE:** Přípravek Zenon je indikován jako substituční léčba u dospělých pacientů s primární hypercholesterolemii (heterozygotní familiální nebo nefamiliární) nebo homozygotní familiální hypercholesterolemii jako doplněk k dietním opatřením a nefarmakologické léčbě (např. cvičení, redukce tělesné hmotnosti). Přípravek je určen pro pacienty, kteří jsou již dostatečně léčeni kombinací ezetimibu a rosuvastatinu. **DÁVKOVÁNÍ:** Přípravek Zenon není vhodný pro počáteční léčbu. Zahájení léčby nebo úprava dávkování, pokud je třeba, by měla být prováděna s jednosložkovými přípravky a teprve po nastavení vhodných dávek lze přejít na fixní kombinaci odpovídajících sil. Pacient by měl být na odpovídající hypolipidemické dietě a v průběhu léčby přípravkem Zenon musí v dietě pokračovat. Doporučená denní dávka je jedna tableta přípravku Zenon denně. Tablety se užívají perorálně. Přípravek Zenon se může užívat kdykoliv během dne s jídlem i bez něj. Rosuvastatin je substrátem pro různé transportní proteiny. V případech, kdy je současná léčba těmito přípravky s rosuvastatinem nevyhnutelná, je nutné pečlivě zvažovat poměr prospěchu a rizika současné léčby a úpravy dávkování rosuvastatinu. Přípravek Roscard lze podávat kdykoliv v průběhu dne, s jídlem nebo bez jídla. **KONTRAINDIKACE:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo kteroukoliv pomocnou látku přípravku, aktivní onemocnění jater včetně nevysvětleného přetrvávajícího zvýšení jaterních transamináz, zvýšení transamináz nad trojnásobek hranice normálních hodnot, těžká porucha funkce ledvin, myopatie, souběžná léčba cyklosporinem, těhotenství, kojení, podávání ženám ve fertilním věku bez účinné kontracepce. Dávka 10 mg/40 mg je kontraindikována u pacientů s predispozicí k myopatii/rhabdomyolýze (např. při středně těžké poruše funkce ledvin, hypothyreóze, osobní či rodinné anamnéze dědičných muskulárních poruch, anamnéze muskulární toxicity po inhibitech HMG-CoA reduktázy nebo fibrátch, abúzu alkoholu, asijského původu, souběžné léčbě s fibráty). **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ A OPATŘENÍ PRO POUŽITÍ:** U pacientů léčených rosuvastatinem ve všech dávkách, zvláště pak v dávkách > 20 mg, byly hlášeny nežádoucí účinky na kosterní sval, např. myalgie, myopatie a vzácně rhabdomyolýza. Velmi vzácně byl hlášen výskyt rhabdomyolýzy při užívání ezetimibu v kombinaci s inhibitory HMG-CoA reduktázy. Pokud existuje podezření na myopatii na základě svalových příznaků nebo je diagnóza myopatie potvrzena zvýšením hladiny kreatinfosfokinázy (CPK) > 10násobek horní hranice normálu (ULN), je nutno přípravek Zenon, všechny statiny a veškeré ostatní léky, které pacient současně užívá, okamžitě vysadit. Kreatininkináza (CK) se nemá stanovovat po fyzické námaze nebo za přítomnosti jiné možné příčiny. S opatrností je třeba přistupovat k pacientům s predispozičními faktory k myopatii/rhabdomyolýze. U těchto pacientů pokud jsou hladiny kreatininkinázy výrazně zvýšeny (> 5 ULN) léčba by se neměla zahajovat. V průběhu léčby je třeba pacienty požádat, aby okamžitě hlásili nevysvětlitelné bolesti svalů, svalovou slabost nebo křeče, zvláště pokud jsou spojeny s malátností nebo horečkou. Před začátkem a tři měsíce po nasazení léčby se doporučuje provést jaterní testy. Vzhledem k neznámým účinkům zvýšené expozice ezetimibu u pacientů se středně těžkou nebo těžkou jaterní nedostatečností se nedoporučuje těmto jedincům přípravek Zenon podávat. U pacientů léčených dávkou 40 mg je vhodné zvlášť zařazení sledování funkce ledvin do rutinních kontrol. Pacienti se zvýšeným rizikem pro vznik diabetu (glukóza nalačno 5,6 až 6,9 mmol/l, BMI>30kg/m<sup>2</sup>, zvýšení triglyceridů v krvi, hypertenze) mají být klinicky a biochemicky monitorováni v souladu s národními doporučeními. Pokud je u pacienta podezření na rozvoj intersticiálního plicního onemocnění, terapie statiny má být ukončena. Současné užívání s některými inhibitory proteáz se nedoporučuje, pokud nedojde k úpravě dávky rosuvastatinu. Bezpečnost a účinnost ezetimibu podávaného spolu s fibráty nebyla stanovena. Pokud se přípravek Zenon přidává k warfarinu, jiným kumarinovým antikoagulantům nebo fludionu, je nutno odpovídajícím způsobem sledovat mezinárodní normalizovaný poměr. Přípravek Zenon se nesmí podávat současně se systémovou léčbou kyselinou fusidovou nebo během 7 dnů po ukončení léčby kyselinou fusidovou. Výsledky farmakokinetických studií ukazují zvýšenou expozici u asijské populace ve srovnání s příslušníky bělošské populace. Přípravek Zenon se nedoporučuje užívat dětem a dospívajícím do 18 let věku. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí galaktosy, vrozeným deficitem laktasy nebo s malabsorpcí glukosy a galaktosy nesmí tento lék užívat. **INTERAKCE:** Kontraindikováno je současné podávání s cyklosporinem, které vede ke zvýšení plazmatické koncentrace rosuvastatinu. U pacientů užívajících fenofibrát a ezetimibu je možné riziko cholelitiázy a onemocnění žlučníku. Současné podávání rosuvastatinu a gemfibrozilu vedlo ke zdvojnásobení hodnot C<sub>max</sub> a AUC rosuvastatinu. Současné užívání rosuvastatinu a inhibitoru proteázy může značně zvýšit expozici rosuvastatinu. Současné podávání rosuvastatinu s léčivými přípravky, které inhibují transportní proteiny (OATP1B1 a BCRP), může vést ke zvýšeným plazmatickým koncentracím rosuvastatinu a zvýšenému riziku myopatie. Pokud je systémová léčba kyselinou fusidovou nezbytná, musí se po dobu léčby kyselinou fusidovou vysadit léčba rosuvastatinem. Rosuvastatin není ani inhibítor, ani induktoem isoenzymů cytochromu P450, kromě toho je rosuvastatin slabým substrátem pro tyto isoenzymy. Lékové interakce v souvislosti s metabolismem zprostředkovaným cytochromem P450 se proto neočekávají. Současné podávání antacid snižuje rychlost absorpce ezetimibu, ale na biologickou dostupnost ezetimibu nemělo žádný vliv. Současné podávání rosuvastatinu a suspenze antacid s obsahem hydroxidu hliníového a hydroxidu hořečnatého vedlo k poklesu plazmatických koncentrací rosuvastatinu asi o 50 %. Tento vliv byl menší, pokud se antacidum podalo 2 hodiny po podání rosuvastatinu. Současné podávání kolestyraminu snížilo průměrnou velikost plochy pod křivkou (AUC) celkové ezetimibu (ezetimib + ezetimib-glukuronid) přibližně o 55 %. Pokud je ezetimibu přidán k warfarinu, jiným kumarinovým antikoagulantům nebo fludionu, musí být INR patřičně sledován. Zahájení léčby přípravkem či zvýšení dávky rosuvastatinu u pacientů souběžně léčených antagonisty vitamínu K (např. warfarin nebo jiná kumarinová antikoagulantia) může vést ke zvýšení protrombinového času. Souběžné podávání rosuvastatinu a erythromycinu vedlo ke 20 % zmenšení AUC (0-4) a 30% snížení hodnoty C<sub>max</sub> rosuvastatinu. Souběžné podávání rosuvastatinu a perorálních kontraceptiv vedlo ke zvýšení AUC etinylestradiolu o 26 % a norgestrelu o 34 %. Neočekává se žádná klinicky významná interakce s digoxinem, dapsonem, dextromethorfanem, perorálními kontraceptivy (ethinylestradiol a levonorgestrel), glipizidem, tolbutamidem nebo midazolamem. Cimetidin neměl na biologickou dostupnost ezetimibu žádný vliv. Pokud je nutné současně podávat rosuvastatin s jinými léčivými přípravky známými, že zvyšují expozici rosuvastatinu, dávkování rosuvastatinu musí být upraveno. **FERTILITA, TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Přípravek Zenon je kontraindikován v průběhu těhotenství a kojení. Ženy ve fertilním věku by měly během léčby používat vhodné antikoncepční metody. O vlivu ezetimibu na lidskou fertilitu nejsou k dispozici žádné údaje z klinických studií. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Při řízení vozidel nebo obsluze strojů je třeba vzít v úvahu, že se během léčby může objevit závrať. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** časté: bolesti hlavy, závrať, zácpa, nauzea, bolesti břicha, průjem, flatulence, myalgie, astenie, únava, zvýšení ALT a/nebo AST, diabetes mellitus. **PŘEDÁVKOVÁNÍ:** Symptomatická a poddává léčba s kontrolou jaterních funkcí a hladiny kreatininkinázy. Hemodialýza pravděpodobně nemá význam. **ZVLÁŠTNÍ OPATŘENÍ PRO UCHOVÁVÁNÍ:** Uchovávejte při teplotě do 30 °C v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem a vlhkostí. **DRUH OBALU A VELIKOST BALENÍ:** OPA/Al/PVC/Al blistr, papírová krabička. Velikost balení: 30, 90 potahovaných tablet. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** sanofi-aventis, s.r.o., Evropská 846/176a, 160 00 Praha 6, Česká republika **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** Zenon 10 mg/10 mg potahované tablety: 31/321/14-C, Zenon 10 mg/20 mg potahované tablety: 31/322/14-C, Zenon 10 mg/40 mg potahované tablety: 31/323/14-C. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE TEXTU:** 20. 12. 2017 **VÝDEJ:** Léčivé přípravky jsou vázány na lékařský předpis. Léčivé přípravky Zenon 10 mg/10 mg potahované tablety, Zenon 10 mg/20 mg potahované tablety, Zenon 10 mg/40 mg potahované tablety jsou plně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním přípravku se seznámte s úplnou informací o přípravcích, sanofi aventis, s.r.o., Evropská 846/176a, Praha 6, 160 00, Česká republika. Tel.: 233 086 111, fax:233 086 222, www.sanofi.cz

**REFERENCE:** 1. SPC ZENON, poslední revize textu 20.12.2017

SACS.GEZERZ.18.04.0397

URČENO PRO ODBORNOU VĚRNEJST

**SANOFI**

# COSYREL®

bisoprolol fumarát / perindopril arginin

## Jediná fixní kombinace $\beta$ -blokátoru a ACEi

*pro snadnější ochranu srdce před IM*



**3 INDIKACE Hypertenze | Stabilní ICHS | Srdeční selhání#**

**1x denně**

# Cosyrel je u srdečního selhání indikován pouze v dávkách 5 mg bis/5 mg per a 10 mg bis/5 mg per

## Zkrácené informace o přípravku COSYREL®

**Složení\*:** Cosyrel 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, potahované tablety, obsahují bisoprolol fumaras (bis) 5 mg perindoprilum argininum (per) 5 mg, 5 mg bis/10 mg per, 10 mg bis/5 mg per, 10 mg bis/10 mg per.

**Indikace\*:** Cosyrel je indikován k léčbě hypertenze a/nebo stabilní ischemické choroby srdeční (u pacientů s infarktem myokardu a/nebo revaskularizací v anamnéze) a/nebo stabilního chronického srdečního selhání se sníženou systolickou funkcí levé komory (pouze Cosyrel 5 mg/5 mg a Cosyrel 10 mg/5 mg) jako substituční léčba u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných bisoprololem a perindoprilem podávanými současně ve stejné dávce. **Dávkování a způsob podání\*:** Obvyklá dávka je jedna tableta jednou denně, nejlépe ráno a před jídlem. Pacienti musí být stabilizováni na léčbě bisoprololem a perindoprilem ve stejné dávce po dobu nejméně 4 týdnů. Fixní kombinace není vhodná k iniciální léčbě. U pacientů stabilizovaných na dávce bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 2,5 mg nebo bisoprololu 2,5 mg a perindoprilu 5 mg: půl tablety obsahující 5 mg/5 mg nebo 5 mg/10 mg jednou denně. Je-li nutné změna dávkování, titraci je nutno provádět za použití jednotlivých složek samostatně. **Porucha funkce ledvin:** Doporučené dávkování podle clearance kreatininu: 5 mg/5 mg;  $Cl_{CR} \geq 60$  (ml/min): 1 tableta;  $30 < Cl_{CR} < 60$ : ½ tablety;  $Cl_{CR} < 30$ : přípravek není vhodný; doporučená titrace dávky za použití jednotlivých složek samostatně: 5 mg/10 mg;  $Cl_{CR} \geq 60$ : ½ tablety;  $Cl_{CR} < 60$ : přípravek není vhodný; 10 mg/5 mg;  $Cl_{CR} \geq 60$ : 1 tableta;  $Cl_{CR} < 60$ : přípravek není vhodný; 10 mg/10 mg; přípravek není vhodný. **Porucha funkce jater:** není nutná úprava dávkování. **Starší pacienti:** podávání podle renální funkce. **Pediatrická populace:** Bezpečnost a účinnost nebyla stanovena, použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **Kontraindikace\*:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoliv pomocnou látku nebo na jiné inhibitory angiotenzin-konvertujícího enzymu (ACE); akutní srdeční selhání nebo probíhající epizody srdeční dekompenzace vyžadující i.v. inotropní terapii; kardiogenní šok; AV blok druhého nebo třetího stupně (bez pacemaku); sick sinus syndrom; sinoatriální blokáda; symptomatická bradykardie, symptomatická hypotenze; závažné bronchiální astma nebo chronická obstrukční plicní nemoc; závažné formy periferního arteriálního okluzivního onemocnění nebo Raynaudova syndromu; neléčený feochromocytom (viz bod Upozornění\*); metabolická acidóza; anamnéza angioneurotického edému souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE; dědičný nebo idiopatický angioneurotický edém; 2. a 3. trimestr těhotenství (viz body Upozornění\*, Těhotenství a kojení\*), současně užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetes mellitus nebo s poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) (viz body Upozornění\*, Interakce\* a Farmakodynamické vlastnosti\*), současně užívání se sakubitrilem/valsartanem (viz bod Upozornění\* a Interakce\*\*); mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz bod Interakce\*\*); signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné fungující ledviny (viz bod Upozornění\*\*). **Upozornění\*:** **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Hypotenze u pacientů s poklesem objemu tělních tekutin, zejména u pacientů s symptomatickým srdečním selháním se současnou renální insuficiencí nebo bez ní, s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárními chorobami je při zahájení léčby a změně dávky zapotřebí pečlivě monitorování. Některá hypotenzní odpověď není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou pacienti obvykle užívat bez obtíží, jakmile jim po doplnění objemu stoupne krevní tlak. **Hypersenzitivita/angioedém/intestinální angioedém:** vysadit a zahájit monitorování až do úplného vymizení symptomů. Léčba betablockátorem musí pokračovat. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Současné užívání perindoprilu se sakubitrilem/valsartanem je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Podávání sakubitrilu/valsartanu nesmí být zahájeno do 36 hodin po užití poslední dávky perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčba perindoprilem nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky sakubitrilu/valsartanu (viz body Kontraindikace a Interakce). Současné užívání jiných inhibitorů NEP (např. racekadotrilu) a inhibitorů ACE může také zvýšit riziko angioedému. Před zahájením léčby inhibitory NEP (např. racekadotrilu) u pacientů užívajících perindopril je proto nutno pečlivě zhodnotit přínosu a rizika\*. Pacienti souběžně užívající terapii inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) mohou mít zvýšené riziko angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka s poruchou dýchání nebo bez ní)\*. **Selhání jater:** vzácně byly inhibitory ACE spojovány se syndromem, který začíná cholestatickou žloutenkou a progreduje ve fulminantní jaterní nekrózu a (někdy) v úmrtí; ukončit léčbu v případě rozvoje žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů. **Černošská populace:** perindopril může být méně účinný a způsobí vyšší procento angioedému ve srovnání s jinými rasami. **Neproductivní kašel:** Hyperkalemie: časté monitorování koncentrace draslíku v krvi v případě renální insuficience, zhoršení renálních funkcí, věk > 70 let, diabetes mellitus, dehydratace, akutní srdeční nedostatečnost, metabolická acidóza a současně užívání draslík-šetřících diuretik, draslíkových doplňků, náhrad soli s obsahem draslíku, léčivých přípravků, které mohou způsobovat vzestup sérových koncentrací draslíku. **Kombinace s lithiem, s draslík-šetřícími diuretiky, draslíkovými doplňky nebo náhradami soli obsahujícími draslík, kalciovými antagonisty, antiarytmiky třídy I a centrálně působícími antihypertenzivy:** se obecně nedoporučuje. **Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS):** zvýšení rizika hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskiren se proto nedoporučuje. Pokud je léčba duální blokádou považována za naprosto nezbytnou, má k ní docházet pouze pod dohledem specializovaného lékaře a za častého pečlivého sledování funkce ledvin, elektrolytů a krevního tlaku. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Ukončení léčby:** nesmí být provedeno náhle ukončení léčby betablockátorem. Dávkování má být snižováno postupně pomocí jednotlivých složek, ideálně po dobu dvou týdnů. **Bradykardie:** při poklesu srdeční frekvence pod 50–55 tepů za minutu v průběhu léčby a pacient pociťuje symptomy související s bradykardií, dávka má být snižována za použití jednotlivých složek s vhodnou dávkou bisoprololu. **AV blok prvního stupně, stenóza aortální a mitrální chlopně/hypertrofická kardiomyopatie, diabetici, striktní půst:** podávat s opatrností. **Prinzmetolium angina:** betablockátory mohou zvýšit počet a délku trvání epizod anginy pectoris. **Porucha funkce ledvin:** denní dávka má být upravena na základě clearance kreatininu. Monitorování draslíku a kreatininu. U pacientů s bilaterální stenózou renálních arterií nebo stenózou arterie solitární ledviny může dojít ke zvýšení sérových koncentrací urey a kreatininu; v případě renovaskulární hypertenze je riziko těžké hypotenze a renální insuficience zvýšené. **Renovaskulární hypertenze:** Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné fungující ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání (viz bod Kontraindikace). Léčba diuretiky může být přispívajícím faktorem. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie\*). **Transplantace ledvin, srdeční selhání s inzulin dependentním diabetes mellitus (typ I), těžkou poruchou funkce ledvin, těžkou poruchou funkce jater, restriktivní kardiomyopatií, vrozeným srdečním onemocněním, hemodynamicky signifikantním organickým onemocněním chlopní, infarktem myokardu v předchozích 3 měsících:** nejsou zkušenosti s podáváním. **Anafylaktoidní reakce během aferézy nízkodenzitních lipoproteinů (LDL):** vzácná, lze předejít dočasným vysazením léčby inhibitory ACE před každou aferézou. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** dočasně vysadit léčbu před vyšetřením. Tyto reakce se znovu objevily po náhodném opětovném vystavení. Bisoprolol může zvýšit senzitivitu vůči alergenům i závažnost anafylaktických reakcí. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anemie:** extrémní opatrnost u pacientů s kolagenovým vaskulárním onemocněním, s imunosupresivní léčbou, léčbou alopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů. **Bronchospasmus (bronchiální astma, obstrukční onemocnění dýchacích cest):** souběžně podávání bronchodilatační terapie. **Anestezie:** pokud je nutné betablockátory vysadit, je třeba to provádět postupně a ukončit 48 hodin před anestezii. **Psoriáza:** podání po zvládnutí přínosu a rizika. **Feochromocytom:** podávání bisoprololu vždy s blokátorem alfa-receptorů. **Tyretotoxikóza:** symptomy mohou být maskovány. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje\*. **Těhotenství:** zastavit léčbu. V případě nutnosti zahájit alternativní léčbu. **Interakce\*:** **Kombinace kontraindikované:** aliskiren u pacientů s diabetes mellitus nebo poruchou funkce ledvin, mimotělní léčba\*\*, sakubitril/valsartan\*\*. **Nedoporučuje se současně užívat:** centrálně působící antihypertenziva, např. klonidin a další (methylodopa, moxonidin, rilmenidin); antiarytmika třídy I (chinidin, disopyramid, lidokain, fenytoin, flekainid, propafenon); antagonisté kalcia typu verapamilu a v menší míře diltiazem; aliskiren a blokátory receptorů pro angiotenzin II, estramustin, kotrimoxazol (trimethoprim-sulfamethoxazol)\*\*; draslík šetřící diuretika (triamteren, amilorid), draslík (soli); lithium. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** antiidiabetika (inzulin, perorální antiidiabetika); nesteroidní antiflogistika (NSAID) včetně kyseliny acetylsalicylové > 3 g/den; antihypertenziva a vasodilatancia; triicyklická antidepresiva/antipsychotika/anestetika; sympatomimetika; antagonisté kalcia dihydropyridinového typu (felodipin, amlodipin); antiarytmika třídy III (amiodaron); parasympatomimetika; lokální betablockátory (např. oční kapky k léčbě glaukomu); digitalisové glykosidy; baklofen; draslík-šetřící diuretika; draslík šetřící diuretika (epleron, spironolakton); racekadotril\*\*. **Inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus)\*\*.** **Kombinace vyžadující určitou opatrnost:** mellochin, inhibitory monoaminooxidázy (kromě inhibitorů MAO-B), gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), zlato. **Těhotenství a kojení\*:** Podávání není doporučováno v prvním trimestru těhotenství a během kojení. Podávání je kontraindikováno ve 2. a 3. trimestru těhotenství. **Fertilita\*.** **Účinnost na schopnost řídit a obsluhovat stroje\*:** u některých pacientů se mohou vyskytnout individuální reakce související s nízkým krevním tlakem. V důsledku toho může být schopnost řídit a obsluhovat stroje narušena. **Nežádoucí účinky\*:** **Velmi časté:** bradykardie. **Časté:** bolest hlavy, závrať, vertigo, dysgeuzie, parestezie, porucha zraku, tinitus, zhoršení srdečního selhání, hypotenze a účinky související s hypotenzí, pocit chladu nebo znečištění končetin, kašel, dyspnoe, bolest břicha, zácpa, průjem, nauzea, zvracení, vyrážka, pruritus, svalové křeče, astenie, únavy. **Méně časté:** eozinofilie, hypoglykemie, hyperkalemie, reverzibilní při vysazení léčby, hyponatremie, změny náldy, poruchy spánku, deprese, somnolence, synkopa, palpatace, tachykardie, poruchy AV vedení, ortostatická hypotenze, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, angioedém obličje, končetin, rtů, sliznic, jazyka, glottis a/po nebo hrtanu, kopřivka, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, hyperhidróza, svalová slabost, artralgie, myalgie, renální insuficience, erektilní dysfunkce, bolest na hrudi, malátnost, periferní edém, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, páb. **Vzácné:** rinitida, noční můry, halucinace, snížená tvorba slz, poruchy sluchu, hepatitida cytolytická nebo cholestatická, hypersenzitivní reakce (svědění, zčervenání, vyrážka), zhoršení psoriázy\*, poruchy potence, vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi, zvýšená hladina triglyceridů. **Velmi vzácné:** agranulocytóza, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, trombocytopenie, hemolytická anemie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, zmatenost, konjunktivitida, arytmie, angina pectoris, infarkt myokardu a oční mozková příhoda, možné sekundárně k nadměrné hypotenzii u vysoké rizikových pacientů, eosinofilní pneumonie, pankreatitida, erythema multiforme, alopecie, betablockátory mohou způsobit nebo zhoršit psoriázu nebo způsobit vyrážku připomínající psoriázu, akutní renální selhání, snížená hladina hemoglobinu a snížený hematokrit. U jiných inhibitorů ACE byly hlášeny případy SIADH (syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu). SIADH lze považovat za velmi vzácnou, ale možnou komplikaci spojenou s léčbou inhibitory ACE. **Předávkování\*:** **vlastnosti\*:** Bisoprolol je vysoce beta, -selektivní blokátor adrenoreceptorů bez vnitřní sympatomimetické a membrány stabilizující aktivity. Perindopril je inhibitor enzymu, který konvertuje angiotenzin I na vazokonstriktor angiotenzin II (ACE). **Balení\*:** Balení 90, 92B4 Suresnes cedex, Francie. Registrační čísla: 58/563-566/15-C. **Datum poslední revize textu:** 26. 1. 2018. Před předepsáním přípravku si přečtěte informace z laboratorní údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách a jsou na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-levic-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, [www.servier.cz](http://www.servier.cz).

\* pro úplnou informaci si prosím přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku; \*\* všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku Cosyrel



 **LIPERTANCE**<sup>®</sup>  
ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

**DVA RIZIKOVÉ FAKTORY – JEDNO ŘEŠENÍ**



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



**1× DENNĚ**



# LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

**ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU LIPERTANCE®** 10 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/10 mg, 40 mg/10 mg/10 mg:

**SLOŽENÍ:** Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/10 mg, 40 mg/10 mg/10 mg potahované tablety obsahují 10 mg atorvastatinu (ator/5 mg perindopril arginine (per/5 mg amlodipine (amol), 20 mg ator/5 mg per/5 mg amlo, 20 mg ator/10 mg per/5 mg amlo, 20 mg ator/10 mg per/10 mg amlo, 40 mg ator/10 mg per/10 mg amlo. Obsahuje laktózu jako pomocnou látku. **INDIKACE:** Léčba esenciální hypertenze a/nebo stabilní ischemické choroby srdeční ve spojení s primární hypercholesterolemií nebo smíšenou (kombinovanou) hyperlipidemií, jako substituční terapie u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných atorvastatinem, perindoprilem a amlodipinem podávaných současně ve stejné dávce, jaká je obsažena v této kombinaci. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ:** Obvyklá dávka je jedna tableta denně. Fixní kombinace není vhodná pro iniciační léčbu. Je-li nutná změna dávkování, titrace se má provádět s jednotlivými složkami. *Starší pacienti a pacienti s poruchou funkce ledvin:* lze podávat pacientům s clearance kreatininu  $\geq 60$  ml/min, není vhodný pro pacienty s clearance kreatininu  $< 60$  ml/min, u těchto pacientů se doporučuje individuální titrace dávky s jednotlivými složkami. *Pacienti s poruchou funkce jater:* Přípravek má být podáván s opatrností a je kontraindikován u pacientů s jaterním onemocněním v aktivním stavu. *Pediatrická populace:* Použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **KONTRAIKACE:** Hypersenzitivita na léčivé látky, nebo na jiné ACE inhibitory, nebo deriváty dihydropyridinu, nebo na statiny nebo na teroukolní pomocnou látku, onemocnění jater v aktivním stavu nebo neobnásně přetrvávající zvýšení sérových aminotransferáz převyšující 3násobek horní hranice normálních hodnot, během těhotenství, kojení a u žen ve fertilním věku, které nepoužívají vhodné antikoncepční prostředky (viz bod Těhotenství a kojení), závažná hypotenze, šok (včetně kardiogenního šoku), obstrukce výtokového traktu levé komory (např. hypertrofická obstrukční kardiomyopatie a vysoký stupeň stenózy aorty), hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu, anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edém) souvisejícího s předchozí terapií ACE inhibitory, dědičný nebo idiopatický angioneurotický edém, současné užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo poruchou funkce ledvin (GFR  $< 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>), současné užívání se sakubitrilem/valsartanem\*\*, mimotělní léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz bod Interakce)\*\*\*, signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné funkční ledviny (viz bod Zvláštní upozornění)\*\*. **UPOZORNĚNÍ: Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Vliv na játra: Vzhledem k obsahu atorvastatinu v přípravku Lipertance mají být pravidelně prováděny jaterní testy. Pacientům, u kterých se zjistí jakékoliv známky nebo příznaky jaterního poškození, mají být provedeny jaterní testy. Pacienti, u kterých se objeví zvýšení aminotransferáz, musí být sledováni až do doby, než se hodnoty opět normalizují. Pokud přetrvávají více než trojnásobně zvýšené hodnoty aminotransferáz nad horní hranici normálních hodnot, doporučuje se snížit dávku atorvastatinu pomocí jednotlivých složek nebo léčbu atorvastatinem ukončit. Pacienti, kteří konzumují velké množství alkoholu a/nebo mají v anamnéze jaterní onemocnění, je nutné léčit přípravek Lipertance s opatrností. Vliv na kosterní svalstvo: Jsou-li hladiny CK významně zvýšené ( $> 5 \times$  ULN) oproti normálním hodnotám, léčba nemá být zahájena. Léčba má být přerušena, objeví-li se významně zvýšené hladiny CK ( $> 10 \times$  ULN), nebo je-li diagnostikována, případně předpokládána rhabdomyolýza. Riziko rhabdomyolýzy je zvýšené při současném podávání přípravku Lipertance s určitými léky, které mohou zvyšovat plazmatickou koncentraci atorvastatinu, např. se silnými inhibitory CYP3A4 nebo transportních proteinů (např. cyklosporin, telitromycin, klaritromycin, delavirdin, stírpirantol, ketokonazol, atd.). Přípravek Lipertance se nesmí podávat současně se systémovou léčbou kyselinou fusidovou nebo během 7 dnů po ukončení léčby kyselinou fusidovou vzhledem k obsahu atorvastatinu. U pacientů, u kterých je systémové podání kyseliny fusidové považováno za nezbytné, se musí po dobu léčby kyselinou fusidovou přerušit léčba statinem. Intersticiální plicní onemocnění: Při podezření na vznik intersticiálního plicního onemocnění u pacienta musí být terapie přípravkem Lipertance přerušena. Diabetes mellitus: U diabetiků léčených perorálními anti-diabetiky nebo inzulinem má být v průběhu prvníh měsíců léčby pečlivě sledována glykemie. Pacienti se srdečním selháním: mají být léčeni s opatrností. Hypotenze: monitorování tlaku krve, renálních funkcí, a draslíku je nutné u pacientů s vysokým rizikem symptomatické hypotenze (volumová deplece nebo závažná renin dependentní hypertenze) nebo se symptomatickým srdečním selháním (se současnou renální insuficiencí nebo bez ní) nebo s ischemickým chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárními chorobami. Předchozí hypotenzi odpovídá není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou být obvykle užity bez omezení, jakmile po doplnění objemu stoupne krevní tlak. Stenóza aortální a mitrální chlopně: Přípravek je kontraindikován u pacientů se závažnou obstrukcí v oblasti výtokového traktu levé komory. Transplantace ledvin: Nejsou zkušenosti s podáváním přípravku pacientům po nedávno prodělané transplantaci ledvin. Benoyaskulární hypertenze: Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné funkční ledviny léčeni s inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. **\*\* Porucha funkce ledvin:** monitorování hladiny kreatininu a draslíku, individuální titrace dávky s jednotlivými složkami u pacientů s clearance kreatininu  $< 60$  ml/min, u pacientů se stenózou renální arterie bylo pozorováno zvýšení sérových koncentrací urye a kreatininu, u renoskulinární hypertenze je riziko závažné hypotenze a renální insuficience zvýšené. Amlodipin lze používat u pacientů se selháním ledvin v normálních dávkách. Amlodipin není dialyzovatelný. U pacientů na hemodialýze: dialyzovaných pomocí vycpávaných membrán by byly zaznamenány anafylaktoidní reakce. Hypersenzitivita/angioedém: okamžité vysazení léčby a zahájení monitorování do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Současné užívání s inhibitory mTOR: zvýšení rizika angioedému. Současné užívání perindoprilu se sakubitrilem/valsartanem je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Podávání sakubitrilu/valsartanu nesmí být zahájeno do 36 hodin po užití poslední dávky perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčba perindoprilem nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání jiných inhibitorů NEP (např. rasekadotrilu) a inhibitorů ACE může také zvýšit riziko angioedému. Před zahájením léčby inhibitory NEP (např. rasekadotrilu) u pacientů užívajících perindopril je proto nutné pečlivě zhodnotit přítomnost a rizika. **\*\* Anafylaktoidní reakce během aferézy nízkodenzitních lipoproteinů (LDL):** vzácný výskyt život ohrožujících anafylaktoidních reakcí, kterým lze předjít dočasným vysazením léčby před každou aferézou. Anafylaktoidní reakce během deszenzibilizace: během deszenzibilizační léčby jedem blanokřídlých (včely, vosy), reakcím je možné se vyhnout dočasným vysazením léčby, nicméně se znovu objevily po neúmyslné expozici. Neutropenie/agranulocytóza/thrombocytopenie/anémie: Přípravek Lipertance má být používán s extrémní opatrností u pacientů se systémovým onemocněním pojiva (collagen vascular disease), u pacientů užívajících imunosupresivní léčbu, léčbu aluprinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů a pacientů mají být poučeni, aby hlásili jakékoliv známky infekce (např. bolest v krku, horečku). Rasa: perindopril může být méně účinný na snížení krevního tlaku a může vést k vyššímu výskytu angioedému u černochských pacientů ve srovnání s jinými rasami. Kašel: ustupuje po ukončení léčby. Operace/anestezie: léčba by měla být přerušena jeden den před výkonem. Hyperkalemie: pravidelné monitorování sérových koncentrací draslíku u renální insuficience, zhoršené renální funkce, věku  $> 70$  let, diabetes mellitus, dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidozy a u současného užívání diuretik šetřících draslík a draslíkových doplňků nebo náhrad solí s obsahem draslíku. Kombinace s lithiem: nedoporučuje se. Duální blokáda systému renin-angiotensin-aldosteron (RAAS): současná užívání ACE inhibitorů, blokátů receptorů pro angiotensin II nebo aliskirenu zvyšuje riziko hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutní selhání ledvin). Duální blokáda RAAS se proto nedoporučuje. ACE inhibitory a blokátory receptorů pro angiotensin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. Primární hyperaldosteronismus: Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. **\*\* Dědičné problémy s intolerancí galaktosy, vrozený nedostatek laktázy nebo malabsorpce glukosy a galaktosy:** přípravek by neměl být užíván. **INTERAKCE:** Kontraindikace: Aliskiren, mimotělní léčba\*\*, sakubitril/valsartan\*\*. Nedoporučované kombinace: Silné inhibitory CYP3A4, současná léčba ACE inhibitorem a blokátorem receptoru angiotensinu, estramustin, lithium, kotrimoxazol (trimethoprim-sulfamethoxazol)\*\*\*, draslík-šetřící diuretika (např. triamteren, amilorid, eplerenon, spironolakton), soli draslíku, dantrolen (infúze), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost: Induktory a středně silné inhibitory CYP3A4, digoxin, ezetimib, kyselina fusidová, gemfibrozil / deriváty kyseliny fibrové, inhibitory transportních proteinů, warfarin, anti-diabetika (inzuliny, perorální anti-diabetika), baklofen, nesteroidní antiflogistika (NSAID) (včetně kyseliny acetylsalicylové  $\geq 3$  g/den), rasekadotril, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus). Kombinace vyžadující určitou opatrnost: kolchicin, kolestipol, perorální kontraceptiva, glyficyly, symtomimetika, tricicycká antidepressiva/antipsychotika/anestetika, zláto, digoxin, atorvastatin, warfarin, cyklosporin, takrolimus, antihypertenziva a vasodilatancia. **FERTILITA, TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Přípravek Lipertance je kontraindikován během těhotenství a kojení. **FERTILITA:** u některých pacientů léčených blokátory kalciových kanálů byly zaznamenány reverzibilní biochemické změny na hlavové části spermatozy. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Schopnost reagovat může být narušena při závratí, bolesti hlavy, únavě nebo nauze. Opatrnost je zapotřebí zejména na začátku léčby. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** Velmi časté: edém. Časté: nazofaryngitida, hypersenzitivita, hyperglykemie, somnolence, závrat, bolest hlavy, dysgeuzie, parestezie, vertigo, porucha zraku, diplopie, tinitus, palpitace, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), zčervenání, faryngolaryngeální bolest, epistaxe, kašel, dyspnoe, nauzea, zvracení, bolest horní a dolní části břicha, dyspepsie, průjem, zácpa, změny způsobu ve vyzprázdňování stolice, flatulence, vyrážka, pruritus, otok kůže, otok kotníků, bolest končetin, artralgie, svalové spazmy, myalgie, bolest zad, astenie, únavy, periferní edém, abnormální výsledky testů jaterních funkcí, zvýšená hladina kreatinfosfokinázy v krvi. Méně časté: rinítida, ezofinitida, hypoglykemie, hypernatremie, hyperkalemie reverzibilní při ukončení léčby, anorexie, insomnie, změny nálad (včetně úzkosti), poruchy spánku, deprese, noční můry, třes, synkopa, hypostezie, amnezie, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní) rozmanité vidění, tachykardie, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, pankreatitida, říhání, hepatitida cytolytická nebo cholestatická, kopřivka, purpura, změna zbarvení kůže, hyperhidróza, exantém, alopecie, angioedém, pemfigoid, fotosenzitivní reakce, bolest šíje, svalová slabost, poruchy močení, noční močení, polakurie, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynomekstase, bolest na hrudi, bolest, malátnost, periferní otok, pyrexie, zvýšená hladina urye a kreatininu v krvi, zvýšení tělesné hmotnosti, pozitivní výsledky leukocytů v moči, snížení tělesné hmotnosti, pád. Vzácné: thrombocytopenie, stav zmatenosti, periferní neuropatie, cholestatická, zhoršení psoriázy, Stevens-Johnsonův syndrom, toxická epidermální nekrolýza, erythema multiforme, myalgie, myozitida, rhabdomyolýza, tendonopatie (někdy komplikovaný rupturou), vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi. Velmi vzácné: leukopenie/neutropenie, agranulocytóza nebo pancytopenie, hemolytická anemie u pacientů s vrozeným deficitem G-6PDH, snížení hladiny hemoglobinu a hematokritu, anafylaxe, hypertenze, ztráta sluchu, infarkt myokardu, sekundární k nadměrné hypotenzí u vysoké rizikové pacientů, zprosta pectoris, cévní mozková příhoda možná sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoké rizikové pacientů, eosinofilní pneumonie, gastritida, gingivální hyperplazie, zloutnutí, jaterní selhání, exfoliativní dermatitida, akutní renální selhání. Není známo: imunitně zprostředkovaná nekrotizující myopatie, extrapyramidový porucha (extrapyramidový syndrom). U jiných inhibitorů ACE byly hlášeny případy SILDH (syndrom nepřiměřené sekrece anti-diuretického hormonu). SILDH lze považovat za velmi vzácnou, ale možnou komplikaci spojenou s léčbou inhibitory ACE, včetně perindoprilu. **\*\* PŘEDÁVKOVÁNÍ - FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI:** Atorvastatin je selektivním a kompetitivním inhibitorem HMG-CoA reduktázy. Perindopril je inhibitor angiotensin-konvertujícího enzymu (ACE inhibitor), který konvertuje angiotensin I na vazokonstriktor angiotensin II. Amlodipin je inhibitor transportu kalciových kanálů (blokátory pomalých kanálů nebo antagonistů kalciových iontů), který inhibuje transmembránový transport kalciových iontů do středních buněk a buněk hladké svalstva cévních stěn. **UCHOVÁVÁNÍ:** Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **VELIKOST BALENÍ:** Krabička obsahuje 10 (pouze pro silu 10/5/5 mg), 30, 90 (3 obaly na tablety po 30 tabletech) nebo 100 potahovaných tablet Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/5 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg/10 mg, 40 mg/10 mg/10 mg. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI: LABORATOIRES SERVIER**, 50 rue Carnot, 92284 Suresnes cedex France. Registrační číslo: Lipertance 10 mg/5 mg/5 mg: 58/428/15-C, Lipertance 20 mg/5 mg/5 mg: 58/429/15-C, Lipertance 20 mg/10 mg/5 mg: 58/430/15-C, Lipertance 20 mg/10 mg/10 mg: 58/431/15-C, Lipertance 40 mg/10 mg/10 mg: 58/432/15-C. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE TEXTU:** 26. 1. 2018. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách na lékařský předpis. Přípravky jsou částečně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-levy-a-pzu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

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

\*\* všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku Lipertance





síla | prověřenost | flexibilita

# TRIPLEXAM®

perindopril arginin | indapamid | amlodipin



až o  
**730**  
tablet za rok  
méně



## ZJEDNODUŠTE LÉČBU HYPERTENZE

Před předepsáním léku si, prosím, prostudujte informace o léčivém přípravku.  
Informace o léčivém přípravku naleznete na druhé straně listu.

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



**Zkrácené informace o přípravku TRIPLIXAM®** • SLOŽENÍ: Triplixam 5 mg/1,25 mg/5 mg obsahuje 5 mg perindoprilu argininu/1,25 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplixam 5 mg/1,25 mg/10 mg obsahuje 5 mg perindoprilu argininu/1,25 mg indapamidu/10 mg amlodipinu; Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg obsahuje 10 mg perindoprilu argininu/2,5 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplixam 10 mg/2,5 mg/10 mg obsahuje 10 mg perindoprilu argininu/2,5 mg indapamidu/10 mg amlodipinu. **INDIKACE:** Substituční terapie pro léčbu esenciální hypertenze u pacientů, kteří již dobře odpovídají na léčbu kombinací perindoprilu/indapamid a amlodipinu, podáványi současně v téže dávce. **DÁVKOVÁNÍ A PODÁVÁNÍ:** Jedna tableta denně, nejlépe ráno a před jídlem. Fixní kombinace není vhodná pro iniciační léčbu. Je-li nutná změna dávkování, dávka jednotlivých složek by měla být titrována samostatně. **Pediatrická populace:** přípravek by se neměl podávat. **KONTRAIKACE:** Dialyzovaní pacienti. Pacienti s neléčebným dekompenzovaným srdečním selháním. Závažná porucha funkce ledvin (Cl<sub>cr</sub> < 30 ml/min). Středně závažná porucha funkce ledvin (Cl<sub>cr</sub> 30-60 ml/min) pro Triplixam 10 mg/2,5 mg/10 mg a 10 mg/2,5 mg/10 mg. Hypersenzitivita na léčivé látky, jiné sulfonamidy, deriváty dihydropyridinu, jakýkoli jiný inhibitor ACE nebo na kteroukoliv pomocnou látku. Anamnéza angioneurotické edému (Quinckeho edému) souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE (viz bod Upozornění). Dědičný/idiopatický angioedém. Druhý a třetí trimestr těhotenství (viz body Upozornění a Těhotenství a kojení). Kojení (viz bod Těhotenství a kojení). Hepatální encefalopatie. Závažná porucha funkce jater. Hypokalemie. Závažná hypotenze. Šok, včetně kardiogenního šoku. Obstrukce výtokového traktu levé komory (např. vysoký stupeň stenózy aorty). Hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu. Současné užívání přípravku Triplixam s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) (viz bod Interakce). Současné užívání se sacubitril/valsartanem (viz bod Upozornění a Interakce) \*\*. Mimosložení léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce) \*\*. Signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné fungující ledviny (viz Upozornění) \*\*. **UPOZORNĚNÍ:** **Zvláštní upozornění:** **Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS):** zvýšení rizika hypotenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se nedoporučuje. Pokud je léčba duální blokádu považována za naprosto nezbytnou, má k ní docházet pouze pod dohledem specializovaného lékaře a za častého pečlivého sledování funkce ledvin, elektrolytů a krevního tlaku. Inhibitory ACE a blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anemie:** postupujte opatrně v případě kolagenového vaskulárního onemocnění, imunosupresivní léčby, léčby allopurinolem nebo prokainamidem, nebo kombinace těchto komplikujících faktorů, zvláště při existující poruše funkce ledvin. Monitorování počtu leukocytů. **Renovaskulární hypertenze:** pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné fungující ledviny léčení inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie \*\*. **Hypersenzitivita/angioedém, instabilní angioedém:** přerušete léčbu a sledujte pacienta až do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Souběžné užívání inhibitorů mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus). Pacienti užívající současně mTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) mohou mít zvýšené riziko výskytu angioedému. (např. otok dýchacích cest nebo jazyka s poruchou dýchání nebo bez něj) \*\*. **Současné užívání perindoprilu se sakubitril/valsartanem:** kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Podávání sakubitril/valsartanu nesmí být zahájeno do 36 hodin po užití poslední dávky perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčba perindoprilem nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky sakubitril/valsartanu. Současné užívání jiných inhibitorů NEP (např. kacetadotrilu) a inhibitorů ACE může také zvýšit riziko angioedému. Před zahájením léčby inhibitory NEP (např. kacetadotrilu) u pacientů užívajících perindopril je proto nutné pečlivě zhodnotit výslovně renální léze. **Analytikoindin reakce během desenzibilizace:** postupujte opatrně u alergických pacientů léčených desenzibilizací a nepoužívejte v případě imunitopaterie jedem blankořídků. Alespoň 24 hodin před desenzibilizací dočasně vysaďte inhibitor ACE. **Analýza klinické reakce během LDL-aférez:** před každou aférezou dočasně vysaďte inhibitor ACE. **Hemodialyzovaní pacienti:** zvažte použití jiného typu dialyzační membrány nebo jiné skupiny antihypertenziv. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzivní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje \*\*. **Těhotenství:** nezahajovat užívání během těhotenství, v případě potřeby zastavte léčbu a zahájte vhodnou alternativní léčbu. **Hepatální encefalopatie:** ukončit léčbu. **Fotosenzitivita:** ukončit léčbu. **Opalnění po použití: Renální funkce:** U některých hypertoniků s existujícími zjevnými renálními lézemi, u nichž renální krevní testy ukazují funkční renální insuficienci, by měla být léčba ukončena a je možno ji znovu zahájit v nízké dávce nebo pouze s jednou složkou. Monitorujte draslík a kreatinin, a to po dvou týdnech léčby a dále každé dva měsíce během období stabilní léčby. V případě bilaterální stenózy renální arterie nebo jedné funkční ledviny: nedoporučuje se. Riziko arteriální hypertenze a/nebo renální insuficience (v případech srdeční insuficience, deplece vody a elektrolytů, u pacientů s nízkým krevním tlakem, stenózou renální arterie, místvým srdečním selháním nebo cirhózou s edémy a ascitem): zahajte léčbu dávkami nižší dávkou a postupně je zvyšujte. **Hypotenze a deplece vody a sodíku:** riziko náhle hypotenze v přítomnosti preexistující deplece sodíku (zejména, je-li přítomna stenóza renální arterie); sledujte hladinu elektrolytů v plazmě, obnovte objem krve a krevní tlak, znovu zahajte léčbu nižšími dávkami nebo pouze jedinou složkou přípravku. Hladina sodíku: kontrolovat častěji u starších a cirhotických pacientů. Jakákoli diuretika léčba může vyvolat hyponatremii, někdy s velice závažnými následky. Hyponatremie s hypovolémií mohou způsobit dehydrataci a ortostatickou hypotenzi. Současné ztráta chloridových iontů může vést k sekundárně kompenzační metabolické alkalóze: výskyt a stupeň tohoto jevu je malý \*\*. **Hladina draslíku:** hyperkalemie; kontrolovat plazmatickou hladinu draslíku v případech renální insuficience, zhoršení funkce ledvin, vyššího věku (> 70 let), diabetem mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současně užívání kalium-šetrných diuretik, doplňků draslíku nebo doplňků soli obsahující draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v séru. Hypokalemie: vysoké riziko u starších a/ nebo podvyživených osob, cirhotických pacientů s edémem a ascitem, koronárních pacientů, u pacientů se selháním ledvin nebo srdečním selháním, dlouhým intervalem QT: sledovat plazmatickou hladinu draslíku. Může napomoci rozvoji torsades de pointes, které mohou být fatální. **Hladina vápníku:** hyperkalemie; před vyšetřením funkce příštích tělísk ukončete léčbu. **Renovaskulární hypertenze:** v případě stenózy renální arterie: zahajte léčbu v nemocnici v nízké dávce; sledujte funkci ledvin a hladinu draslíku. **Ušatí kachexie, Ateroskleróza:** u pacientů s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulární ischemií zahajte léčbu nízkou dávkou. Hypertenzní krize. **Srdeční selhání/těžká srdeční insuficience:** v případě srdečního selhání postupujte opatrně. Těžká srdeční nedostatečnost (stupeň IV): zahajte léčbu nižšími iniciačními dávkami pod lékařským dohledem. **Stenóza aortální nebo mitrální chlopně/hypertrofičká kardiomyopatie:** v případě obstrukce průtoku krve levou komorou postupujte opatrně. **Diabetici:** v případě inzulín-dependentního diabetem mellitus zahajte léčbu iniciační nižší dávkou pod lékařským dohledem; během prvního měsíce a/ nebo v případě hypokalemie sledujte hladinu glukózy v krvi. **Černost:** vyšší incidence angioedému a zjevně menší účinnost při snižování krevního tlaku ve srovnání s jinými rasami. **Operace/anestezie:** přerušete léčbu jeden den před operaci. **Porucha funkce jater:** mírná až středně závažná: postupujte opatrně. Podání inhibitorů ACE mělo vzácně souvislosti se syndromem počínajícího cholestatičtému žloutenkou a progredující až v náhlu hepatickou nekrózu a (někdy) úmrtí. V případě žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů ukončete léčbu. **Kyselina močová:** hyperurikemie; zvýšená tendence k záchvatům dny. **Starší pacienti:** před zahájením léčby vyšetřte renální funkci a hladiny draslíku. Dávku zvyšovat opatrně. **INTERAKCE:** **Kontraindikace:** Aliskiren u diabetických pacientů nebo pacientů s poruchou funkce ledvin. Mimosložení léčba \*\*. Sakubitril/valsartan \*\*. **Nedoporučuje se:** lithium, aliskiren u jiných pacientů než diabetických nebo pacientů s poruchou funkce ledvin, souběžná léčba inhibitory ACE a blokátorem receptorů pro angiotenzin, estramustin, kalium-šetrní léky (např. triamteren, amilorid,...), soli draslíku, kolrimoxazol (trimethoprim-sulfamethoxazol) \*\*, dantrolen (infuze), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Výžadující zvláštní opatrnost:** baklofen, nesteroidní antiflogistika (včetně kyseliny acetylsalicylové ve vysokých dávkách), antiidiabetika (inzulín, perorální antiidiabetika), kalium-šetrní diuretika a kalium-šetrní diuretika (epireloneon, spironolaktón), rasekadotril \*\*, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) \*\*, léky vyvolávající Torsades de pointes, amfetobin B (i.v. podání), glukokortikoidy a mineralkortikoidy (systémové podání), tetraksoaktid, stimulační laxativa, srdeční glykosidy, alopurinol (současná léčba s indapamidem může zvýšit výskyt reakcí hypersenzitivní na alopurinol), induktoři CYP3A4, inhibitory CYP3A4 klarithromycin (existuje zvýšené riziko hypotenze) \*\*, **Výžadující určitou opatrnost:** antidepresiva imipraminového typu (tricyklická), neuroleptika, jiná antihypertenziva a vazodilatační, tetraksoaktid, alopurinol (současně podávání s inhibitory ACE), cytostatika nebo imunosupresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid, anestetika, diuretika (thiazid nebo kličková diuretika), gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, zlato, metformin, jodované kontrastní látky, vápník (soli), cyklosporin, atorvastatin, digoxin nebo warfarin, takrolimus \*\*, cyklosporin, simvastatin. **TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Kontraindikováno během druhého a třetího trimestru těhotenství a při kojení. Nedoporučuje se během prvního trimestru těhotenství. **FERTILITA:** Reverzibilní biochemické změny na hlavové části spermatozoi u některých pacientů léčených blokátory kalciového kanálu. **SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Může být narušena v důsledku nízkého krevního tlaku, který se může vyskytnout u některých pacientů, zejména na začátku léčby. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** **Velmi časté:** otoky. **Časté:** bolest hlavy, parestezie, vertigo, somnolence, dysgeusie, zhoršení zraku, tinitus, palpitace, zrudnutí, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), kašel, dušnost, bolest břicha, zácpa, průjem, dyspepsie, nauzea, zvracení, změny ve vyprázdnování střeva, pruritus, vyrážka, makulopapulární vyrážka, svalové křeče, otok kotníku, astenie, únava. **Méně časté:** rinitida, ezofagitida, hypersenzitivita, hyperglykemie, hyperkalemie vrátan po přerušení léčby, hyponatremie, insomnie, změny nálady (včetně úzkosti), deprese, poruchy spánku, hypostezie, třes, synkopa, diplopie, tachykardie, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní), vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, kopřivka, angioedém, alopecie, purpura, anamnéza zbarvení kůže, hyperhidróza, exantém, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, artralgie, myalgie, bolesti v zádech, poruchy močení, noční močení, palokisurie, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynekomastie, bolest, bolest na hrudi, nevolnost, periferní edém, horečka, zvýšená tělesná hmotnost, snížená tělesná hmotnost, zvýšení sérové hladiny urey, zvýšení sérové hladiny kreatininu, pád. **Vzácné:** stav zmatenosti, zvýšení sérové hladiny bilirubinu, zvýšení hladiny jaterních enzymů, zhoršení psoriázy \*\*. **Velmi vzácné:** agranulocytóza, aplastická anemie, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, hemolytická anemie, trombocytopenie, hyperglykemie, hyperkalcemie, hypertonie, periferní neuropatie, cévní mozková příhoda, možná sekundárně k nadměrné hypotenzii u vysoce rizikových pacientů, angina pectoris, infarkt myokardu, možná sekundárně k nadměrné hypotenzii u vysoce rizikových pacientů; ezofagitida pneumonie, gingivální hyperplazie, pankreatitida, gastritida, hepatitida, žloutenka, abnormální hepatální funkce, erythema multiforme, Stevens-Johnsonův syndrom, exfoliativní dermatitida, toxická epidermální nekrolýza, Quinckeho edém, akutní renální selhání, snížení hemoglobinu a hematokritu. **Frekvence neznámá:** Deplece draslíku u určitých rizikových populací zvláště závažná, extrapyramidové poruchy (extrapyramidový syndrom), myopie, rozmazané vidění, torsades de pointes (potenciálně fatální), možný rozvoj hepatální encefalopatie v případě jaterní insuficience, možnost zhoršení stávajícího systémového syndromu erythematodes, CKG; prodloužený interval QT, zvýšená hladina glukózy v krvi, zvýšená hladina kyseliny močové v krvi, U jiných inhibitorů ACE byly hlášeny případy SIADH (syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu). SIADH lze považovat za velmi vzácnou, ale možnou komplikaci spojenou s léčbou inhibitory ACE, včetně perindoprilu \*\*. **PŘEDÁVKOVÁNÍ. VLASTNOSTI:** Perindopril je inhibitor angiotenzin-konvertujícího enzymu (inhibitor ACE), který koriguje angiotenzin I na vazokonstriktor angiotenzin II. Indapamid je derivát sulfonamidů s indolovým kruhem, farmakologicky příbuzný thiazidovým diuretikům. Amlodipin je inhibitor transportu kalciových iontů (blokátor pomalých kanálů nebo antagonistas kalciových iontů), který inhibuje transmembránový transport kalciových iontů do srdečních buněk a buněk hladké svalstva cévních stěn. **BALENÍ:** 30 a 90 tablet. Uchovávaní: nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávaní. Doba použitelnosti: 2 roky. Doba použitelnosti po prvním otevření je 30 dní. Držitel rozhodnutí o registraci: Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, France. Registrační čísla: 58/100/14-C, 58/101/14-C, 58/102/14-C, 58/103/14-C. Datum poslední revize textu: 26. 1. 2018. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravek je k dispozici v lékárnách. Přípravek je na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/seznam-levic-a-pzlu-hrazenych-levic-z-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, [www.servier.cz](http://www.servier.cz) \* pro úplnou informaci si prosím přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku \*\* všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku Triplixam

Servier s.r.o.

Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, [www.servier.cz](http://www.servier.cz)







# Přehled sponzorů a vystavovatelů

## Zlatí hlavní sponzoři:



## Hlavní sponzoři:



## Sponzoři:



## Vystavovatelé:

Adamed Czech Republic s.r.o. • Berlin-Chemie/A.Menarini Ceska republika s.r.o.  
Egis Praha spol. s r.o. • Gedeon Richter Marketing ČR, s.r.o. • MedPed, Česká společnost pro aterosklerózu  
Merck spol. s r.o. • ResMed CZ s.r.o. • STADA PHARMA CZ, s.r.o. • Takeda Pharmaceuticals Czech Republic s.r.o.  
Mundipharma GesmbH. Austria - organizační složka ČR • Wörwag Pharma GmbH - organizační složka

## Mediální partneři:



Všem sponzorům a vystavovatelům děkujeme za podporu a účast!



REZERVUJTE SI TERMÍN PRO



ČESKÁ  
INTERNISTICKÁ  
SPOLEČNOST



NADAČNÍ  
FOND  
ČESKÉ  
INTERNY



ČESKÁ ASOCIACE SESTER  
ČAS

# XXVI. KONGRES

ČESKÉ INTERNISTICKÉ SPOLEČNOSTI  
ČLS J. E. PURKYNĚ

VE SPOLUPRÁCI  
S DALŠÍMI ODBORNÝMI SPOLEČNOSTMI  
A S INTERNÍ SEKCI ČESKÉ ASOCIACE SESTER

**17. - 20. 11. 2019**

KONGRESOVÉ CENTRUM PRAHA  
5. KVĚTNA 1640/65, PRAHA 4

[WWW.KONGRESCIS.CZ](http://WWW.KONGRESCIS.CZ)



**TĚŠÍME SE NA SETKÁNÍ S VÁMI!**

20%

**SNÍŽENÍ RIZIKA  
KARDIOVASKULÁRNÍHO  
ÚMRTÍ OPROTI ENALAPRILU<sup>1</sup>**  
( $p < 0,001$ )

21%

**SNÍŽENÍ RIZIKA  
HOSPITALIZACE KVŮLI  
SRDEČNÍMU SELHÁNÍ  
OPROTI ENALAPRILU<sup>1</sup>**  
( $p < 0,001$ )

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**

**Složení:** Jedna potahovaná tableta obsahuje 24,3 mg, 48,6 mg nebo 97,2 mg sacubitrilum a 25,7 mg, 51,4 mg nebo 102,8 mg valsartanum (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  $\leq 95$  mmHg, symptomatická hypotenze, hyperkalemie, renální dysfunkce) se doporučuje úprava dávek souběžných léčebných přípravků, přechodná titrace 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 nebo s léčbou ARB v anamnéze. Dědičný nebo idiopatický angioedém. Současné užívání s léčivými přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo u pacientů s poruchou funkce ledvin (eGFR  $< 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>). Závažná porucha funkce jater, biliární cirhóza a cholelitiáza. Druhý a třetí trimestr těhotenství. Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na teraokoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění/varování:** **Důležitá 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 aliskiren se nedoporučuje. • Přípravek Entresto obsahuje valsartan, a proto nemá být podáván současně s jinými přípravky obsahujícími ARB. **Hypotenze:** Léčba nemá být zahájena, dokud STK není  $\geq 100$  mmHg. U pacientů léčených přípravkem Entresto byly hlášeny případy symptomatické hypotenze, zejména u pacientů ve věku  $\geq 65$  let, pacientů s renálním onemocněním a pacientů s nízkým STK ( $< 112$  mmHg). Při zahajování léčby přípravkem Entresto nebo během titrace jeho dávek je třeba rutinně monitorovat krevní tlak. Symptomatická hypotenze se objeví pravděpodobněji, pokud byl pacient v objemově deplecti, např. při léčbě diuretiky, dietním omezení soli, průjmu nebo zvracení. Deprece sodíku a/nebo objemová deplece mají být korigovány před zahájením léčby přípravkem Entresto, ale tato korektivní akce musí být pečlivě vyvážena oproti riziku objemového přeplnění. **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 dehydratací 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 dýchacích cest způsobena otokem jazyka, glottisu 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 průchodných dýchacích cest. Pacienti černošské rasy mají zvýšenou výskyt angioedému. **Pacienti se stenózou renální arterie:** Přípravek Entresto může zvyšovat hladinu urey v krvi a kreatininu v séru u pacientů s bilaterální nebo unilaterální stenózou 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 šelčícími diuretiky včetně antagonistů mineralokortikoidů (např. spironolakton, triamterem, amilorid), náhradami draslíku nebo solemi s obsahem draslíku, nesteroidními antirevmatiky včetně selektivních COX-2 inhibitorů, inhibitory DATP1B1, DATP1B3, 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 Entresto nedoporučuje během kojení. **Nežádoucí účinky:** *Velmi časté:* Hyperkalemie, hypotenze, porucha funkce ledvin. *Časté:* Kašel, anemie, hypokalemie, hypoglykemie, závrať, bolest hlavy, synkopa, ortostatická hypotenze, průjem, nauzea, gastritida, selhání ledvin, únava, astenie. **Podmínky uchování:** Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Dostupné lékové formy/velikosti balení:** PVC/PVDC/Al blistry v balení obsahujícím 14, 20, 28 nebo 56 potahovaných tablet nebo vícenásobná balení obsahující 168 (3 balení po 56) nebo 198 (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 SPC:** 30.4.2018. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novartis Europharm Limited, Vista Building Elm Park, Merrion Road, Dublin 4, Irsko. *Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.*

**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. Roversi S, Tonelli R, Fabbri L M. Breakthroughs in internal and respiratory medicine. The Lancet Respiratory Medicine; Vol. 3; 2015; 600–602.

\*HFrEF = srdeční selhání se sníženou ejekční frakcí levé komory