

13. — 24. zří

20
20

VIRTUÁLNÍ **XXVIII.**
VÝROČNÍ SJEZD ČESKÉ
KARDIOLOGICKÉ
SPOLEČNOSTI

ODBORNÝ PROGRAM



ČESKÁ
KARDIOLOGICKÁ
SPOLEČNOST



Generální partner XXVIII. výročního sjezdu České kardiologické společnosti



ČESKÁ
KARDIOLOGICKÁ
SPOLEČNOST

Odborný program
virtuálního XXVIII. výročního sjezdu České kardiologické společnosti

Zvolte si datum:

13. 9.

14. 9.

15. 9.

16. 9.

17. 9.

18. 9.

21. 9.

22. 9.

23. 9.

24. 9.

SCHÉMA ODBORNÉHO PROGRAMU

NEDĚLE 13. 9. 2020

18:00 Slavnostní zahájení XXVIII. výročního sjezdu
19:00 Konec programu

PONDĚLÍ 14. 9. 2020

8:00 Komplexní přístup k léčbě srdečního selhání ve třetím tisíciletí: jak na to?
9:00 Česká asociace akutní kardiologie
Rapid Fire: Novinky v léčbě pacientů po mimonemocniční zástavě
10:00 Přestávka
10:05 Česká asociace srdečního selhání
Novinky v terapii srdečního selhání – ESC Heart Failure Guidelines update
11:05 Přestávka
11:10 PS Kardiiovaskulární farmakoterapie
HOT lines
12:10 Přestávka
13:30 Sympozium AstraZeneca Czech Republic s.r.o.
Kolikrát darujete život pacientovi po infarktu myokardu?
15:00 Přestávka
15:05 Sympozium Boehringer Ingelheim RCV GmbH
Co KG, o. z.
Nerozluční bratři - fibrilace síní &
16:05 Přestávka
16:10 Sympozium Pfizer, spol. s r. o.
Jak bezpečně kombinovat antitrombotika a minimalizovat rizika krvácení...
17:10 Přestávka
17:15 Sympozium SERVIER s.r.o.
Čas, klíčový hráč v prevenci KV onemocnění
18:15 Přestávka
18:20 Soutěž mladých kardiologů
19:20 Konec programu

ÚTERÝ 15. 9. 2020

9:00 Česká společnost pro aterosklerózu
Co pro kardiologii znamenají nová lipidová guideliney?
10:00 Přestávka
10:05 Česká asociace ambulantních kardiologů
Co nás trápí v přípravě pacienta k operačním výkonům
11:05 Přestávka
11:10 Blok zahraničních hostů – strana 11
12:10 Přestávka
13:30 Sympozium Amgen s.r.o.
Patří hypolipidemická terapie i do akutní kardiologie?
14:30 Přestávka
14:35 Sympozium AstraZeneca Czech Republic s.r.o.
Začnou diabetologové léčit srdeční selhání?
15:35 Přestávka
15:40 Sympozium Pfizer, spol. s r. o.
Naše budoucnost bez iktu. Mladí nám to poví!
spolupráce: PS Kardio 35, Nemocnice Na Homolce
17:10 Přestávka
17:15 Sympozium BAYER s. r. o.
Je sex srdeční záležitostí? (talkshow)
18:15 Přestávka
18:20 Slovenská kardiologická společnost
Od prevence k arteficiální náhradě srdce
19:20 Konec programu

STŘEDA 16. 9. 2020

8:00 HOT LINES
nezávislý blok podpořený edukačním grantem
9:00 Česká internistická společnost
Blok České internistické společnosti ČLS JEP
10:00 Přestávka
10:05 Česká asociace intervenční kardiologie
Co byste měli vědět o TAVI
11:05 Přestávka
11:10 Česká asociace pro srdeční rytmus
Katetrizační ablace arytmií – od skepse k naději
12:10 Přestávka
14:00 Sympozium Philips Česká republika s.r.o.
Aktuální osvědčené postupy a budoucí trendy v diagnostice a léčbě
15:00 Přestávka
15:05 Sympozium SERVIER s.r.o.
Hypertenze aktuálně v době covidové
16:05 Přestávka
16:10 Sympozium Novartis s.r.o.
Management chronického srdečního selhání v post-akutní fázi
17:10 Přestávka
17:15 Sympozium BAYER s. r. o.
Příběh opravdového člověka - léčba a intervence očima kardiologů a pacienta
18:15 Přestávka
18:20 PS Chlopenní a vrozené srdeční vady v dospělosti
Srdeční vady a sport
19:20 Konec programu

SCHÉMA ODBORNÉHO PROGRAMU

ČTVRTEK 17. 9. 2020

- 9:00 Česká asociace kardiovaskulárních zobrazovacích metod
Zobrazovací metody v nových ESC doporučeních pro plicní embolií
- 10:00 Přestávka
- 10:05 PS Pediatrická kardiologie
spolupráce: PS Chlopenní a vrozené srdeční vady v dospělosti
Defekt síňového septa od narození do dospělosti
- 12:05 Přestávka
- 12:55 Symposium Zentiva, k.s.
Efektivní léčba dyslipidemie u rizikového pacienta - co nám až dosud chybělo?
- 13:55 Přestávka
- 14:00 Symposium BIOTRONIK Praha, spol. s r. o.
From Home Monitoring to Digitalisation
- 15:00 Přestávka
- 15:05 Symposium sanofi-aventis, s.r.o.
Jak zahájit léčbu PCSK9i - tři příběhy ze života - interaktivní workshop
- 16:05 Přestávka
- 16:10 Symposium Novartis s.r.o.
Léčba pacienta se srdečním selháním – začínáme včas?
- 17:10 Přestávka
- 17:15 Symposium BAYER s. r. o.
COMPASS – nové poznatky z praxe. Léčba tepenného a žilního tromboembolizmu rivaroxabanem.
- 18:15 Konec programu

PÁTEK 18. 9. 2020

- 9:00 PS Kardiovaskulární rehabilitace
I kardiorehabilitace může být "cool" - kazuistiky z praxe
- 10:00 Přestávka
- 10:05 PS Kardiovaskulární farmakoterapie
HOT lines II.
- 11:05 Přestávka
- 11:10 Česká asociace akutní kardiologie
spolupráce: Česká asociace preventivní kardiologie
Nové výzvy v sekundární prevenci po AIM
- 12:10 Přestávka
- 14:00 Symposium Merck Sharp & Dohme s.r.o.
Fibrilace síní očima expertů
- 15:00 Přestávka
- 15:05 Symposium Amgen s.r.o.
Kardio 35 o tom, co způsobuje infarkt myokardu
- 16:05 Přestávka
- 16:10 Symposium SERVIER s.r.o.
Chronické žilní onemocnění ve světle kardiologických diagnóz
- 17:10 Přestávka
- 17:15 Symposium PRO.MED.CS Praha a.s.
Co by měl každý kardiolog vědět o arytmiích? spolupráce: Klinika kardiologie IKEM
- 18:15 Konec programu

PONDĚLÍ 21. 9. 2020

- 9:00 Česká asociace intervenční kardiologie
Chronické koronární syndromy - Jak na to?
- 10:00 Přestávka
- 10:05 Česká asociace kardiovaskulárních zobrazovacích metod
Echokardiografie: těžké věci jednoduše
- 11:05 Přestávka
- 11:10 PS Plicní cirkulace
spolupráce: Česká asociace akutní kardiologie
Plicní embolie
- 12:10 Přestávka
- 14:00 Symposium Boehringer Ingelheim RCV GmbH
Co KG, o. z.
Antikoagulace - 4 příběhy z reálné praxe
- 15:00 Přestávka
- 15:05 Symposium CARDION s.r.o.
Multioborové využití telemedicíny - praktické a ekonomické využití
- 16:05 Přestávka
- 16:10 Symposium Pfizer, spol. s r. o.
Klinické situace v prevenci CMP u pacientů s FS (panelová diskuse)
- 17:10 Přestávka
- 17:15 Symposium sanofi-aventis, s.r.o.
Optimalizace managementu pacienta po AKS
- 17:45 Přestávka
- 17:50 Symposium Teva Pharmaceuticals CR s.r.o.
Adherence trochu jinak: proč, co a jak? Připojte se k diskusi...
- 18:50 Konec programu

ÚTERÝ 22. 9. 2020

- 8:00 Česká společnost pro trombozu a hemostázu
Tromboembolické komplikace u onko pacientů
- 9:00 PS Plicní cirkulace
Těhotenství u pacientek s onemocněním plicní cirkulace
- 10:00 Přestávka
- 10:05 Česká asociace akutní kardiologie
Interaktivní kvíz
- 11:05 Přestávka
- 11:10 Česká společnost pro hypertenzi
Hypertenze a hypokalemie
- 12:10 Přestávka
- 14:00 Symposium Edwards Lifesciences Czech Republic s.r.o.
Nové trendy v léčbě onemocnění srdečních chlopní
- 15:00 Přestávka
- 15:05 Symposium Herbacos Recordati, s.r.o.
Použití Ca antagonistů v klinické praxi
- 16:05 Přestávka
- 16:10 Symposium Pfizer, spol. s r. o.
Transthyretinová kardiomyopatie - vzácné onemocnění v klinické praxi
- 17:10 Přestávka
- 17:15 Symposium Boehringer Ingelheim RCV GmbH Co KG, o. z.
Jak snížit kardiovaskulární riziko diabetiků 2. typu?
- 18:15 Přestávka
- 18:20 Česká asociace preventivní kardiologie
Káva, alkohol a čokoláda v kardiovaskulární prevenci: ano či ne?
- 19:20 Konec programu

SCHÉMA ODBORNÉHO PROGRAMU

STŘEDA 23. 9. 2020

- 9:00 PS Kardio 35
Diagnóza krok za krokem
- 10:00 Přestávka
- 10:05 PS Chorob myokardu a perikardu
spolupráce: Česká asociace srdečního selhání
Diferenciální diagnóza onemocnění levé komory
- 11:05 Přestávka
- 11:10 Česká asociace ambulantních kardiologů
Kazuistiky v ambulantní praxi
- 12:10 Přestávka
- 14:00 Sympozium Merck Sharp & Dohme s.r.o.
CTEPH včera, dnes a zítra
- 15:00 Přestávka
- 15:05 Sympozium Roche s.r.o., Diagnostics Division
Trendy v laboratorní diagnostice
kardiovaskulárních onemocnění
spolupráce: Česká kardiologická společnost & Česká internistická společnost
- 16:05 Přestávka
- 16:10 Sympozium Herbacos Recordati, s.r.o.
Otazníky v kardiovaskulární léčbě
- 17:10 Přestávka
- 17:15 Sympozium Novartis s.r.o.
Reverzní remodelace lk u hřřef
- 18:15 Přestávka
- 18:20 Česká asociace akutní kardiologie
Antitrombotika – kontroverze
- 19:20 Konec programu

ČTVRTEK 24. 9. 2020

- 9:00 Česká angiologická společnost
Systémové embolizace stále hrozbou
- 10:00 Přestávka
- 10:05 PS Kardiologických sester a spřizněných profesi
Ošetřovatelství v kardiologii
- 11:05 Přestávka
- 11:10 PS KardioTech
Vyzvaný blok PS KardioTech
- 12:10 Přestávka
- 14:00 Sympozium Medtronic Czechia s.r.o.
Fibrilace síní & stroke v diagnostice
- 15:00 Přestávka
- 15:05 Sympozium Amgen s.r.o.
Cesta ke zlepšení kardiovaskulárního rizika
nemusí být tak dlouhá
- 16:05 Přestávka
- 16:10 Česká asociace pro srdeční rytmus
spolupráce: Kardiogenetika
Náhla smrt u mladých lidí
- 17:10 Přestávka
- 17:15 Česká diabetologická společnost
Aktuální poznatky v diabetologii
- 18:15 Konec programu

NEDĚLE 13. 9. 2020

18:00-19:00 Slavnostní zahájení XXVIII. výročního sjezdu

Předsedající: A. Linhart, M. Táborský, M. Hutýra (Praha, Olomouc)

- 18:00 1. SLAVNOSTNÍ UVÍTÁNÍ**
A. Linhart, M. Táborský (Praha, Olomouc)
- 18:10 2. VIRTUÁLNÍ PŘEDÁNÍ ČESTNÝCH ČLENSTVÍ, MEDAILONKY OCENĚNÝCH**
I. Bernat, R. Cífková, H. Grünfeldová, L. Zaviačič, M. Želízko (Plzeň, Praha, Kutná Hora, Hodonín)
- 18:35 3. VIRTUÁLNÍ PŘEDÁNÍ LIBENSKÉHO ZLATÉ MEDAILE ČKS, MEDAILONKY OCENĚNÝCH**
S. Priori, V. Chaloupecký, J. Špinar (Pavia, Italy, Praha, Brno)
- 18:50 4. VIRTUÁLNÍ PŘEDÁNÍ CENY ANEŽKY ČESKÉ, MEDAILONEK OCENĚNÉ**
A. Kmoníčková (Olomouc)

19:00 KONEC PROGRAMU

PONDĚLÍ 14. 9. 2020

8:00-9:00 Komplexní přístup k léčbě srdečního selhání ve třetím tisíciletí: jak na to?

Předsedající: M. Táborský (Olomouc)

- 8:00 5. SRDEČNÍ SELHÁNÍ - EPIDEMIE, KTEROU BEZ SPOLUPRÁCE KARDIOLOGŮ, INTERNISTŮ A ŘADY DALŠÍCH OBORŮ NEZVLÁDNEME**
R. Češka (Praha)
- 8:15 6. LIPIDY A SRDEČNÍ SELHÁNÍ: JAKÝ JE NÁŠ CÍL A KDE JE MOŽNÁ BUDOUCNOST**
M. Vrablík (Praha)
- 8:30 7. DIABETES A SRDEČNÍ SELHÁNÍ: DVĚ PROLÍNÁJÍCÍ SE ENTITY - JAK NA NĚ?**
M. Táborský (Olomouc)

Česká asociace akutní kardiologie

9:00-10:00 Rapid Fire: Novinky v léčbě pacientů po mimonemocniční zástavě

Předsedající: J. Bělohávek, M. Želízko (Praha)

- 9:00 8. HYPOTERMIE**
P. Ošťádal (Praha)

- 9:08 9. **KORONAROGRAFIE VŠEM?**
P. Kala (Brno)
- 9:16 10. **MECHANICKÉ PODPORY U MIMONEMOCNÍČNÍ ZÁSTAVY**
J. Bělohávek (Praha)
- 9:24 11. **ASISTOVANÁ RESUSCITACE – SKUTEČNĚ MRTVÁ MYŠLENKA?**
J. Přechek (Olomouc)
- 9:32 12. **FARMAKOTERAPIE PO ZÁSTAVĚ OBĚHU – NOVÉ PŘÍSTUPY?**
A. Krüger (Praha)

10:00 **PŘESTÁVKA****Česká asociace srdečního selhání**10:05-11:05 **Novinky v terapii srdečního selhání – ESC Heart Failure Guidelines update**

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

- 10:05 13. **SGLT2 INHIBITORY**
J. Špinar (Brno)
- 10:17 14. **SACUBITRIL VALSARTAN A LÉČBA HFMR**
L. Špinarová (Brno)
- 10:29 15. **TAFAMIDIS, RIVAROXABAN A FIXNÍ KOMBINACE**
J. Vítovec (Brno)
- 10:41 16. **ICD, ABLACE FISI, MITRA KLIP**
F. Málek (Praha)

- 10:53 17. **SPÁNKOVÁ APNOE A ŽIVOTNÍ STYL**
O. Ludka (Brno)

11:05 **PŘESTÁVKA****PS Kardiovaskulární farmakoterapie**11:10-12:10 **HOT lines**

Předsedající: L. Špinarová, J. Špinar (Brno)

- 11:10 18. **STUDIE COLCOT**
L. Špinarová (Brno)
- 11:20 19. **STUDIE LODOCO2 LOW-DOSE COLCHICINE IN CORONARY DISEASE**
O. Ludka (Brno)
- 11:30 20. **STUDIE ISAR REACT 5**
J. Vítovec (Brno)
- 11:40 21. **STUDIE VICTORIA**
V. Melenovský (Praha)
- 11:50 22. **STUDIE EMPEROR REDUCED**
J. Špinar (Brno)
- 12:00 23. **STUDIE PARAGON**
J. Widimský jr. (Praha)

12:10 **PŘESTÁVKA**

13:30-15:00 **Symposium AstraZeneca Czech Republic s.r.o.**
Kolikrát darujete život pacientovi po infarktu myokardu?

Předsedající: J. Bělohávek (Praha)

- 13:30 24. **KDYŽ O ŽIVOTĚ ROZHODUJE KAŽDÁ MINUTA...**
J. Karásek (Liberec)
- 13:50 25. **PŘI INFARKTU MÁME V RUKOU STENT A ŽIVOT**
P. Kala (Brno)
- 14:10 26. **ROK PO INFARKTU: MŮŽE DAPT JEŠTĚ OVLIVNIT OSUD?**
I. Varvařovský (Pardubice)
- 14:30 27. **PŘÍBĚH JEŠTĚ NEKONČÍ ANEB HF JAKO OČEKÁVANÁ KOMPLIKACE IM?**
J. Bělohávek (Praha)

15:00 PŘESTÁVKA

15:05-16:05 **Symposium Boehringer Ingelheim RCV GmbH Co KG, o. z.**
Nerozluční bratři - fibrilace síní &

Předsedající: A. Linhart (Praha)

- 15:05 28. & ISCHEMICKÁ CHOROBA SRDEČNÍ
A. Linhart (Praha)

- 15:17 29. & CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA
A. Tomek (Praha)
- 15:29 30. & INVAZIVNÍ VÝKONY
J. Kautzner (Praha)
- 15:41 31. & ANTIKOAGULACE
M. Penka (Brno)

16:05 PŘESTÁVKA

16:10-17:10 **Symposium Pfizer, spol. s r. o.**
Jak bezpečně kombinovat antitrombotika a minimalizovat rizika krvácení...

Předsedající: A. Linhart (Praha)

- 16:10 32. ... VE 21. STOLETÍ – „PRIMUM NON NOCERE“?
A. Linhart (Praha)
- 16:25 33. ... U PACIENTŮ S FS A AKS
P. Kala (Brno)
- 16:40 34. ... U PACIENTŮ S ŽILNÍM TROMBOEMBOLISMEM
R. Malý (Hradec Králové)
- 16:55 35. ... U PACIENTŮ S ONEMOCNĚNÍM GI TRAKTU
P. Falt (Olomouc)

17:10 PŘESTÁVKA

17:15-18:15 **Symposium SERVIER s.r.o.**
Čas, klíčový hráč v prevenci KV onemocnění

Předsedající: A. Linhart (Praha)

17:15 **36. JAK PRODLOUŽIT ŽIVOTY NAŠICH PACIENTŮ VE ZDRAVÍ? A LZE TO?**
A. Linhart (Praha)

17:45 **37. EFEKTIVNÍ KOMUNIKACE LÉKAŘ-PACIENT FORMOU DIALOGU**
M. Vráblík, L. Brunerová (Praha, Praha 10)

18:15 **PŘESTÁVKA**

18:20-19:30 **Soutěž mladých kardiologů**

Předsedající: A. Linhart, M. Táborský (Praha, Olomouc)

18:20 **38. HODNOCENÍ EXPANZE A APOZICE STENTU A DETEKCE PROLAPSU PLÁTU PŘI KAROTICKÉM STENTINGU POMOCÍ ANGIOGRAFIE VE SROVNÁNÍ S INTRAVASKULÁRNÍM ULTRAZVUKEM A OPTICKOU KOHERENČNÍ TOMOGRAFIÍ.**
R. Roland, C. Štěchovský, J. Veselka (Praha)

18:30 **39. HODNOCENÍ FUNKCE LEVÉ KOMORY S VYUŽITÍM METODY FEATURE TRACKING U NOSIČEK GENŮ PRO DUCHENNOVOU MUSKULÁRNÍ DYSTROFII**
L. Masárová, M. Piscioti, R. Panovský, V. Kincl, M. Pesl, L. Opatřil, J. Novák, J. Máchal (Brno)

18:40 **40. FAMILIÁRNÍ SCREENING U PACIENTŮ S DIAGNÓZOU NONKOMPAKTNÍ KARDIOMYOPATIE**
T. Schimerová, M. Kubánek, A. Krebsová, L. Piherová, T. Paleček, R. Kočková, F. Málek, P. Solařová, M. Solař, T. Roubíček, V. Vančura, J. Petřková, V. Stará, M. Lukášová, V. Melenovský, J. Kautzner (Praha, Hradec Králové, Liberec, Plzeň, Olomouc)

18:50 **41. NEFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA FIBRILACE SÍNÍ A SÍŇOVÝCH TACHYKARDIÍ U PACIENTŮ PO ENDARTEREKTOMII PLICNICE PRO CHRONICKOU TROMBOEMBOLICKOU PLICNÍ HYPERTENZI**
M. Dušík, Z. Fingrová, Š. Havránek, D. Ambrož, P. Jansa, J. Lindner, J. Kunstýř, D. Wichterle, A. Linhart (Praha)

19:00 **42. EFEKT BLOKÁDY ENDOTELINOVÉHO RECEPTORU TYPU A NA PRŮBĚH CHRONICKÉHO SRDEČNÍHO SELHÁNÍ: PREKLINICKÁ STUDIE NA REN-2 TRANSGENNÍCH HYPERTENZNÍCH POTKANECH S AORTO-KAVÁLNÍ PÍŠTĚLÍ**
P. Kala, Z. Honetschlagerová, P. Škaroupková, Z. Husková, V. Melenovský, J. Sadowski, J. Veselka, L. Červenka (Praha, Varšava)

19:10 **43. ROLE MARKERŮ ZÁNĚTU A OXIDAČNÍHO STRESU U PACIENTŮ S CHRONICKÝMSRDEČNÍM SELHÁNÍM S OHLEDEM NA KOMORBIDITU (DATA Z REGISTRU FAR NHL)**
M. Špinarová, J. Pařenica, J. Špinar, O. Ludka, K. Lábr, J. Krejčí, F. Málek, P. Ošťádal, J. Tomandl, K. Benešová, J. Jarkovský, L. Špinarová (Brno, Praha)

19:20 **44. VÝBĚR A VYHLÁŠENÍ TŘÍ NEJLEPŠÍCH PRACÍ PŘEDSEDÁJÍCÍMI**

19:30 **KONEC PROGRAMU**

ÚTERÝ 15. 9. 2020

**9:00-10:00 Česká společnost pro aterosklerózu
Co pro kardiologii znamenají nová lipidová guidelines?**

Předsedající: R. Cífková, M. Vrablík (Praha)

- 9:00 45. **JAKÁ KARDIOVASKULÁRNÍ RIZIKA PŘINÁŠÍ LP(A) A JAK JE LZE OVLIVNIT?**
V. Blaha (Hradec Králové)
- 9:20 46. **POTŘEBUJE KARDIOLOG VYŠETŘENÍ APOLIPOPROTEINU B?**
V. Soška (Brno)
- 9:40 47. **KDY A JAK MODIFIKUJEME LIPIDY U PACIENTA S AKUTNÍM KORONÁRNÍM SYNDROMEM?**
H. Rosolová (Plzeň)

10:00 PŘESTÁVKA
**10:05-11:05 Česká asociace ambulantních kardiologů
Co nás trápí v přípravě pacienta k operačním výkonům**

Předsedající: H. Skalická (Praha)

- 10:05 48. **CO MUSÍME ZNÁT PRO RYCHLÉ A SPRÁVNÉ ROZHODNUTÍ V PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVĚ**
H. Skalická (Praha)

- 10:15 49. **„TESTOVÁNÍ“ (NOVÝ PŘÍSTUP K POSOUZENÍ) ÚNOSNOSTI OPERAČNÍHO ŘEŠENÍ U PACIENTA S TĚŽKÝM KOMBINOVANÝM ONEMOCNĚNÍM (POHLED KARDIOLOGA)**
I. Karel (Praha)
- 10:30 50. **„TESTOVÁNÍ“ (NOVÝ PŘÍSTUP K POSOUZENÍ) ÚNOSNOSTI OPERAČNÍHO ŘEŠENÍ U PACIENTA S TĚŽKÝM KOMBINOVANÝM ONEMOCNĚNÍM (POHLED PNEUMOLOGA)**
M. Švarc (Hradec Králové)
- 10:45 51. **CO TRÁPÍ V PŘÍPRAVĚ PACIENTA K OPERACI ANESTEZIOLOGA?**
M. Horáček (Praha)

11:05 PŘESTÁVKA**11:10-12:10 Invited honorary lectures**

Předsedající: A. Linhart, M. Táborský (Praha, Olomouc)

- 11:10 52. **CHANGE OF PERCEPTION OF SUDDEN CARDIAC DEATH**
S. Priori (Pavia)
- 11:30 53. **TARGETED PROTEOMIC APPROACH TO IDENTIFY INFORMATIVE BIOMARKERS INPATIENTS TREATED WITH SGLT-2 INHIBITORS**
P. Jarolim (Boston)
- 11:50 54. **CARDIAC IMAGING: NO NEED FOR DOCTORS, MACHINES DO EVERYTHING?!**
J. Marek (London)

12:10 PŘESTÁVKA

Symposium Amgen s.r.o.**13:30-14:30 Hypolipidemická léčba napříč kardiologií**

Předsedající: I. Karel (Praha)

13:30 55. **PATŘÍ HYPOLIPIDEMICKÁ TERAPIE DO AKUTNÍ KARDIOLOGIE?**
P. Ošťádal (Praha)13:45 56. **PATŘÍ HYPOLIPIDEMICKÁ TERAPIE DO INTERVENČNÍ KARDIOLOGIE?**
T. Kovárník (Praha)14:00 57. **URGENTNOST HYPOLIPIDEMICKÉ LÉČBY V AMBULANCI KARDIOLOGA**
J. Veselý (Broumov)14:15 **DISKUZE**14:30 **PŘESTÁVKA****Symposium AstraZeneca Czech Republic s.r.o.****14:35-15:35 Začnou diabetologové léčit srdeční selhání?**

Předsedající: M. Haluzík (Praha)

14:35 58. **UŽ JSME ZAČALI!**
M. Haluzík (Praha)14:55 59. **SRDEČNÍ SELHÁNÍ V RUKOU KARDIOLOGA – VČERA,****DNES A ZÍTRA.**

O. Hlinomaz (Brno)

15:15 60. **SRDCE A LEDVINY – PŘÁTELÉ NA ŽIVOT A NA SMRT.**
R. Ryšavá (Praha)15:35 **PŘESTÁVKA****Symposium Pfizer, spol. s r. o.****15:40-17:10 Naše budoucnost bez iktu. Mladí nám to poví!**

ve spolupráci s PS Kardio 35 a Nemocnicí Na Homolce

Předsedající: P. Neužil (Praha)

15:40 61. **ÚVODNÍ SLOVO**
P. Neužil (Praha)15:45 62. **ANTITROMBOTICKÁ LÉČBA U PACIENTŮ S FS A PCI**
M. Mates, K. Molnárová (Praha)16:05 63. **NEFARMAKOLOGICKÁ PREVENCE CMP U PACIENTŮ S FS**
P. Neužil, V. Lekešová, L. Dujka (Praha)16:30 64. **PERIOPERAČNÍ MANAGEMENT ANTIKOAGULOVANÝCH PACIENTŮ**
L. Šedivá, P. Hála (Praha)16:50 **DISKUZE**17:10 **PŘESTÁVKA**

Symposium BAYER s. r. o.**17:15-18:15 Je sex srdeční záležitostí? (talkshow)**

Předsedající: L. Janáčková, R. Hatala, J. Kautzner, R. Miklík,
M. Vrablík (Praha, Bratislava, SR, Brno)

18:15 **PŘESTÁVKA**

Slovenská kardiologická společnost**18:20-19:20 Od prevence k arteficiální náhradě srdca**

Předsedající: P. Hlivák, A. Linhart (Bratislava, SR, Praha)

- 18:20 65. **STATÍNY - NA ZAČIATKU KONCA ALEBO NA KONCI ZAČIATKU?**
D. Pella (Košice, SR)
- 18:40 66. **VYBRANÉ EPIDEMIOLOGICKÉ ÚDAJE O AKÚTNÝCH KORONÁRNYCH SYNDRÓMOCH V SR**
R. Hatala (Bratislava, SR)
- 19:00 67. **TOTAL ARTIFICIAL HEART AKO NÁHRADA SRDCA**
P. Lesný (Bratislava, SR)

19:20 **KONEC PROGRAMU**

STŘEDA 16.9.2020**8:00-9:00 HOT LINES****NEZÁVISLÝ BLOK PODPOŘENÝ EDUKAČNÍM GRANTEM**

Předsedající: Z. Moťovská (Praha)

- 8:00 68. **TWILIGHT**
Z. Moťovská (Praha)
- 8:20 69. **THEMIS, THEMIS-PCI**
P. Červinka (Ústí nad Labem)
- 8:40 70. **DAPA-HF**
J. Bělohávek (Praha)

Česká internistická společnost**9:00-10:00 Blok České internistické společnosti ČLS JEP**

Předsedající: R. Češka, P. Kala (Praha, Brno)

- 9:00 71. **KARDIORENÁLNÍ SYNDROM**
J. Orság (Olomouc)
- 9:20 72. **KARDIOHEPATÁLNÍ SYNDROM**
J. Piňha (Praha)
- 9:40 73. **KARDIOENDOKRINOLOGIE – SRDCE A ENDOKRINNÍ ONEMOCNĚNÍ**
M. Kršek (Praha)

10:00 **PŘESTÁVKA**

Česká asociace intervenční kardiologie

10:05-11:05 Co byste měli vědět o TAVI

Předsedající: M. Branny, J. Štásek, P. Kala, P. Červinka, I. Bernat, P. Kmoníček, M. Želízko (Ostrava, Hradec Králové, Brno, Ústí nad Labem, Plzeň, Praha)

10:05 74. VYVARUJME SE ZBYTEČNÉ TAVI.
M. Mates (Praha)

10:12 DISKUZE

10:20 75. KDY INDIKOVAT K TAVI NEMOCNÉ S LF/LG AS
J. Bis (Hradec Králové)

10:27 DISKUZE

10:35 76. KDY INDIKOVAT K TAVI PACIENTY ASYMPTOMATICKÉ NEMOCNÉ
M. Branny (Ostrava)

10:42 DISKUZE

10:50 77. JAKOU ANTITROMBOTICKOU LÉČBU POTŘEBUJE NEMOCNÝ PO TAVI
V. Kočka (Praha)

10:57 DISKUZE

11:05 PŘESTÁVKA

Česká asociace pro srdeční rytmus

11:10-12:10 Katetrizační ablace arytmií – od skepse k naději

Předsedající: M. Fiala, L. Šedivá (Brno, Praha)

11:10 78. PROČ SELHÁVÁ ABLACE FS A JAKÁ JSOU ŘEŠENÍ?
M. Fiala (Brno)

11:24 79. PROČ SELHÁVÁ ABLACE KT A JAKÁ JSOU ŘEŠENÍ?
J. Kautzner (Praha)

11:38 80. JAK LÉČIT SYMPTOMATICKÉ BRADYARYTMIE – PACEMAKER NEBO KARDIONEUROABLACE?
D. Wichterle (Praha)

11:52 81. CO JE NOVÉHO V TECHNOLOGIÍCH PRO KATETRIZAČNÍ ABLACE?
P. Neužil (Praha)

12:06 DISKUZE

12:10 PŘESTÁVKA

Symposium Philips Česká republika s.r.o.

14:00-15:00 Aktuální osvědčené postupy a budoucí trendy v diagnostice a léčbě

Předsedající: M. Táborský (Olomouc)

14:00 82. SOUČASNÉ MOŽNOSTI VYUŽITÍ MAGNETICKÉ REZONANCE SRDCE V KARDIOLOGII
R. Panovský (Brno)

- 14:20 83. MODERNÍ RTG TECHNOLOGIE V INTERVENČNÍ KARDIOLOGII - POMOC NEBO KOMPLIKACE?
V. Kočka (Praha)
- 14:40 84. FUTURE TRENDS IN DIAGNOSIS AND TREATMENT TECHNOLOGY
C. Schlager (Praha)

15:00 PŘESTÁVKA

Symposium SERVIER s.r.o.

15:05-16:05 Hypertenze aktuálně v době covidové

Předsedající: R. Češka (Praha)

- 15:05 85. BLOKÁDA RAAS A COVID-19
J. Widimský jr. (Praha)
- 15:35 86. PROČ NEČEKAT A JEDNAT
E. Kociánová (Olomouc)

16:05 PŘESTÁVKA

Symposium Novartis s.r.o.

16:10-17:10 MANAGEMENT CHRONICKÉHO SRDEČNÍHO SELHÁNÍ V POST-AKUTNÍ FÁZI

Předsedající: M. Táborický (Olomouc)

16:10 87. JAK NA OPTIMALIZACI FARMAKOTERAPIE PŘI DIMISI CHSS PACIENTŮ?

J. Bělohávek (Praha)

16:25 88. MANAGEMENT CHSS PACIENTŮ V POST-AKUTNÍ FÁZI
M. Táborický (Olomouc)

16:40 89. PRAKTICKÉ ASPEKTY PÉČE O PACIENTY V POST-AKUTNÍ FÁZI CHSS

E. Goncalvesová (Bratislava, SR)

16:55 90. PANELOVÁ DISKUZE

17:10 PŘESTÁVKA

Symposium BAYER s. r. o.

17:15-18:15 Příběh opravdového člověka - léčba a intervence očima kardiologů a pacienta

Předsedající: P. Widimský, M. Fiala, J. Veselý, P. Hlivák, A. Linhart, K. Fox, M. Mates, J. Orsák, I. Varvařovský (Praha, Brno, Broumov, Bratislava, SR, Edinburgh, United Kingdom, Olomouc, Pardubice)

18:15 PŘESTÁVKA

18:20-19:20 PS Chlopenní a vrozené srdeční vady v dospělosti Srdeční vady a sport

Předsedající: D. Marek (Přerov)

- 18:20 91. **DOPORUČENÍ PRO SPORT U PACIENTŮ SE SRDEČNÍ VADOU**
K. Linhartová (Plzeň)
- 18:35 92. **ROK PROFESIONÁLNÍHO CYKLISTY**
A. Kroužecký (Plzeň)
- 18:50 93. **POTÁPĚNÍ, HEMODYNAMIKA A PFO**
J. Honěk (Praha)
- 19:05 94. **TRAUMATA AORTY U SPORTOVNÍCH DISCIPLÍN**
P. Žáček (Hradec Králové)

19:20 **KONEC PROGRAMU**

ČTVRTEK 17.9.2020

9:00-10:00 Česká asociace kardiiovaskulárních zobrazovacích metod Zobrazovací metody v nových ESC doporučeníh pro plicní embolii

Předsedající: M. Hutýra (Olomouc)

- 9:00 95. **ECHOKARDIOGRAFIE**
J. Lhotský (Plzeň)
- 9:20 96. **CT DIAGNOSTIKA**
S. Richter (Brno)
- 9:40 97. **RADIONUKLIDOVÁ DIAGNOSTIKA**
O. Lang (Praha)

10:00 **PŘESTÁVKA**

10:05-12:05 PS Pediatrická kardiologie Defekt síňového septa od narození do dospělosti ve spolupráci s PS Chlopenní a vrozené srdeční vady v dospělosti

Předsedající: E. Klásková, T. Zatočil (Olomouc, Brno)

- 10:05 98. **PATOFYZIOLOGIE DEFEKTU SÍŇOVÉHO SEPTA**
D. Marek (Přerov)

10:19		DISKUZE
10:22	99.	DIAGNOSTIKA DEFEKTU SÍŇOVÉHO SEPTA U DĚTÍ V. Tomek (Praha)
10:36		DISKUZE
10:39	100.	DIAGNOSTIKA DEFEKTU SÍŇOVÉHO SEPTA U DOSPĚLÝCH J. Rubáčková Popelová (Praha)
10:53		DISKUZE
10:56	101.	ARYTMIE KOMPLIKUJÍCÍ DEFEKTY SÍŇOVÉHO SEPTA U DĚTÍ A DOSPĚLÝCH R. Gebauer (Leipzig, Germany)
11:10		DISKUZE
11:13	102.	INTERVENČNÍ A JINÁ ŘEŠENÍ ZKRATŮ NA ÚROVNI SÍŇOVÉHO SEPTA M. Mates (Praha)
11:27		DISKUZE
11:30	103.	CHIRURGICKÁ LÉČBA DEFEKTŮ SÍŇOVÉHO SEPTA TYPU SECUNDUM MINIINVAZIVNÍM PŘÍSTUPEM R. Poruban (Praha)
11:44		DISKUZE
11:47	104.	DLOUHODOBÉ VÝSLEDKY UZÁVĚRU DEFEKTU SÍŇOVÉHO SEPTA A INKOMPETNÍHO DEFEKTU AV SEPTA V. Chaloupecký (Praha)
12:01		DISKUZE
12:05		PŘESTÁVKA

Symposium Zentiva, k.s.

12:55-13:55 Efektivní léčba dyslipidemie u rizikového
pacienta - co nám až dosud chybělo?

Předsedající: M. Vrablík (Praha)

- | | | |
|-------|------|---|
| 12:55 | 105. | PROČ A JAK RYCHLE S LDL CHOLESTEROLEM K CÍLI?
M. Vrablík (Praha) |
| 13:25 | 106. | DOKÁŽEME SPRÁVNĚ LÉČIT VÍCE NEŽ 20 % NAŠICH
PACIENTŮ?
J. Veselý (Broumov) |

13:55 PŘESTÁVKA

Symposium BIOTRONIK Praha, spol. s r. o.

14:00-15:00 From Home Monitoring to Digitalisation

Předsedající: M. Tábořský (Olomouc)

- | | | |
|-------|------|---|
| 14:00 | 107. | OPINION/OUTLOOK (ON DIGITALISATION) FROM
CLINICAL POINT OF VIEW
G. Hindricks (Leipzig, Germany) |
| 14:15 | 108. | TECHNOLOGY INTRODUCTION
O. Rehermann (Freiburg, Germany) |

14:30 109. INTRODUCTION OF A PILOT PROJECT IN THE
TELEMEDICINE CENTER OLOMOC
M. Táborský (Olomouc)

15:00 PŘESTÁVKA

Symposium sanofi-aventis, s.r.o.

15:05-16:05 Jak zahájit léčbu PCSK9i - tři příběhy ze života -
interaktivní workshop

Předsedající: M. Táborský (Olomouc)

15:05 110. PŘÍBĚH Z AMBULANCE KARDIOLOGA: PACIENT PO
AKUTNÍM KORONÁRNÍM SYNDROMU
P. Ošťádal, P. Telekeš (Praha, Liberec)

15:25 111. PŘÍBĚH Z MEDPED CENTRA: PACIENT V PRIMÁRNÍ
PREVENCI S FAMILIÁRNÍ HYPERCHOLESTEROLÉMIÍ
M. Vrablík, R. Urbánek (Praha, Zlín)

15:45 112. PŘÍBĚH PACIENTA S KOMBINOVANOU DIAGNÓZOU:
PACIENT V SEKUNDÁRNÍ PREVENCI PO AKUTNÍM
KORONÁRNÍM SYNDROMU A S FAMILIÁRNÍ
HYPERCHOLESTEROLÉMIÍ
R. Češka, J. Veselý (Praha, Broumov)

16:05 PŘESTÁVKA

Symposium Novartis s.r.o.

16:10-17:10 LÉČBA PACIENTA SE SRDEČNÍM SELHÁNÍM –
ZAČÍNÁME VČAS?

Předsedající: J. Pařenica (Brno)

16:10 113. KDE TI PACIENTI JSOU?
M. Lazárová (Olomouc)

16:25 114. ZRYCHLIT ČI NEZRYCHLIT LÉČBU SRDEČNÍHO SELHÁNÍ?
– NATRIURETICKÉ PEPTIDY
J. Pařenica (Brno)

16:40 115. BOJÍME SE DOSTATEČNĚ NÁHLÉ SRDEČNÍ SMRTI?
V. Vančura (Plzeň)

16:55 116. PANELOVÁ DISKUZE

17:10 PŘESTÁVKA

Symposium BAYER s. r. o.**17:15-18:15 COMPASS – nové poznatky z praxe.**

Léčba tepenného a žilního tromboembolizmu rivaroxabanem.

Předsedající: M. Hutyra (Olomouc)

17:15 117. COMPASS NA POZADÍ KAZUISTIK

T. Hauer (České Budějovice)

17:25 118. VASKULÁRNÍ DÁVKA RIVAROXABANU – PRŮLOM V KONZERVATIVNÍ LÉČBĚ KRITICKÉ KONČETINOVÉ ISCHEMIE A DIABETICKÉ NOHY

S. Heller (Praha)

17:35 119. AKUTNÍ PLICNÍ EMBOLIE - NOVÉ STRATEGIE LÉČBY

M. Hutyra (Olomouc)

17:45 120. RIVAROXABAN V LÉČBĚ ŽILNÍHO TROMBOEMBOLIZMU – NOVÁ DATA, NOVÉ ZKUŠENOSTI

J. Hirmerová (Plzeň)

18:15 KONEC PROGRAMU**PÁTEK 18.9.2020****PS Kardiovaskulární rehabilitace****9:00-10:00 I kardiorehabilitace může být „cool“- kazuistiky z praxe**

Předsedající: E. Sovová, H. Skalická (Olomouc, Praha)

9:00 121. KARDIOVASKULÁRNÍ REHABILITACE U VRCHOLOVÉHO SPORTOVCE PO PLASTICE AORTÁLNÍ CHLOPNĚ.

I. Karel (Praha)

9:15 122. KLIDOVÁ NEBO MAXIMÁLNÍ SRDEČNÍ FREKVENCE U PACIENTKY S CHRONICKÝM KORONÁRNÍM SYNDROMEM

V. Tuka (Praha)

9:30 123. KARDIOVASKULÁRNÍ REHABILITACE U PACIENTA S KOMPLIKOVANÝM PRŮBĚHEM MYOKARDITIDY

M. Sovová (Olomouc)

9:45 124. KARDIOREHABILITACE NENÍ JEN „CVIČENÍ“

K. Moravcová (Olomouc)

10:00 PŘESTÁVKA

PS Kardiovaskulární farmakoterapie**10:05-11:05 HOT lines II.**

Předsedající: Z. Moťovská, P. Janský (Praha)

10:05 125. STUDIE THEMIS

P. Widimský (Praha)

10:15 126. STUDIE ORION

J. Václavík (Olomouc)

10:25 127. STUDIE VOYAGER PAD

P. Janský (Praha)

10:35 128. STUDIE ISCHEMIA

Z. Moťovská (Praha)

10:45 129. STUDIE DAPA-HF

J. Bělohávek (Praha)

10:55 130. STUDIE BPLTTC (BLOOD PRESSURE LOWERING FOR PREVENTION OF CARDIOVASCULAR EVENTS ACROSS DIFFERENT LEVELS OF BLOOD PRESSURE)

J. Václavík (Olomouc)

11:05 PŘESTÁVKA**Česká asociace akutní kardiologie****11:10-12:10 Nové výzvy v sekundární prevenci po AIM ve spolupráci s Českou asociací preventivní kardiologie**

Předsedající: M. Vrablík, P. Ošťádal (Praha)

11:10 131. MANAGEMENT PACIENTA V SEKUNDÁRNÍ PREVENCI: PROČ, JAK A KDO.

M. Vrablík (Praha)

11:25 132. CÍLOVÝ LDL-CHOLESTEROL PO INFARKTU: ČIM NÍŽE, TÍM LÉPE?

P. Ošťádal (Praha)

11:40 133. DUÁLNÍ ANTITROMBOTICKÁ LÉČBA S RIVAROXABANEM NEBO TICAGRELOREM VÍC NEŽ ROK PO INFARKTU

P. Kala (Brno)

11:55 134. BETABLOKÁTORY - RUTINNÍ SOUČÁST SEKUNDÁRNÍ PREVENCE INFARKTU MYOKARDU?

J. Filipovský (Plzeň)

12:10 PŘESTÁVKA**Symposium Merck Sharp & Dohme s.r.o.****14:00-15:00 Fibrilace síní očima expertů**

Předsedající: J. Kautzner (Praha)

14:00 135. JAK MOC JE NEBEZPEČNÁ FIBRILACE SÍNÍ?

J. Kautzner (Praha)

14:30 136. PANELOVÁ DISKUSE NA TÉMA: ČASTO DISKUTOVANÉ OTÁZKY

M. Šramko, R. Čihák, P. Peichl (Praha)

15:00 PŘESTÁVKA

Symposium Amgen s.r.o.

15:05-16:05 KARDIO 35 O TOM, CO ZPŮSOBUJE INFARKT MYOKARDU

Předsedající: J. Pařenica (Brno)

- 15:05 137. **NEJNOVĚJŠÍ KLASIFIKACE IM**
J. Pařenica (Brno)
- 15:15 138. **KOURENÍ JE PŘÍČINOU INFARKTU MYOKARDU**
D. Rob (Praha)
- 15:20 139. **KLIMATICKÉ ZMĚNY JSOU PŘÍČINOU INFARKTU MYOKARDU**
L. Jelínek (Olomouc)
- 15:25 140. **TROMBÓZA JE PŘÍČINOU INFARKTU MYOKARDU**
P. Kala (Praha)
- 15:30 141. **SOCIO-EKONOMICKÝ STATUS JE PŘÍČINOU INFARKTU MYOKARDU**
T. Ondrůš (Brno)
- 15:35 142. **LDL CHOLESTEROL JE PŘÍČINOU INFARKTU MYOKARDU**
M. Kamasová (Olomouc)
- 15:40 143. **GENETIKA JE PŘÍČINOU INFARKTU MYOKARDU**
Š. Macháček (Praha)
- 15:45 **DISKUZE**

16:05 PŘESTÁVKA

Symposium SERVIER s.r.o.

16:10-17:10 Chronické žilní onemocnění ve světle kardiologických diagnóz

Předsedající: D. Karetová (Praha)

- 16:10 144. **REFLUX A PATOFYZIOLOGIE CHRONICKÉHO ŽILNÍHO ONEMOCNĚNÍ**
D. Musil (Olomouc)
- 16:40 145. **OTOKY PŘI ŽILNÍM ONEMOCNĚNÍ V KARDIOLOGII**
D. Ambrož (Praha)

17:10 PŘESTÁVKA

Symposium PRO.MED.CS Praha a.s.

17:15-18:15 Co by měl každý kardiolog vědět o arytmiích?

ve spolupráci s Klinikou kardiologie IKEM

Předsedající: J. Kautzner (Praha)

- | | |
|------|--|
| 1:00 | 146. BRADYARYTMIE A CO S NIMI?
H. Wünschová (Praha) |
| 1:00 | 147. DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA PAROXYZMÁLNÍCH SUPRAVENTRIKULÁRNÍCH TACHYKARDIÍ A JEJICH LÉČBA.
P. Peichl (Praha) |
| 1:00 | 148. FIBRILACE SÍNÍ – ARYTMIE NEBO MARKER KARDIOVASKULÁRNÍCH ONEMOCNĚNÍ?
J. Kautzner (Praha) |
| 1:00 | 149. KOMOROVÉ ARYTMIE – JE POSTUP JEJICH LÉČENÍ OPRAVDU TAK SLOŽITÝ?
R. Čihák (Praha) |

18:15 **KONEC PROGRAMU**

PONDĚLÍ 21.9.2020

		Česká asociace intervenční kardiologie	
9:00-10:00		Chronické koronární syndromy - Jak na to?	
		Předsedající: M. Želízko, P. Kala, D. Horák, L. Pešl, M. Mates (Praha, Brno, Liberec, České Budějovice)	
9:00	150.	CO JE ŠPATNĚ? NOVÁ GUIDELINES PRO CHRONICKOU AP	T. Kovárník (Praha)
9:09		DISKUZE	
9:12	151.	REVASKULARIZACE PO STUDII ISCHAEMIA	V. Kočka (Praha)
9:21		DISKUZE	
9:24	152.	KRVÁČEJÍCÍ PACIENT PO IMPLANTACI KORONÁRNÍHO STENTU	O. Hlinomaz (Brno)
9:33		DISKUZE	
9:36	153.	PREVENTIVNÍ DLOUHODOBÁ ANTIKOAGULAČNÍ / ANTITROMBOTICKÁ LÉČBA	I. Varvařovský (Pardubice)
9:45		DISKUZE	
9:48	154.	KOMU INTENZIVNÍ HYPOLIPIDEMICKÁ LÉČBA	P. Kala (Brno)
9:57		DISKUZE	
10:00		PŘESTÁVKA	

		Česká asociace kardiologických zobrazovacích metod	
10:05-11:05		Echokardiografie: těžké věci jednoduše	
		Předsedající: R. Kočková (Praha)	
10:05	155.	HODNOCENÍ CHLOPENNÍCH PROTÉZ	J. Nečas (Brno)
10:25	156.	AORTÁLNÍ STENÓZA	R. Kočková (Praha)
10:45	157.	DIASTOLICKÁ FUNKCE LEVÉ KOMORY	E. Kociánová (Olomouc)
11:05		PŘESTÁVKA	

		PS Plicní cirkulace	
11:10-12:10		Plicní embolie	
		ve spolupráci s Českou asociací akutní kardiologie	
		Předsedající: M. Hutýra, R. Rokyta (Olomouc, Plzeň)	
11:10	158.	KAZUISTIKA VE SVĚTLE NOVÝCH DOPORUČENÝCH POSTUPŮ	R. Rokyta (Plzeň)
11:22	159.	DIAGNOSTICKÉ ALGORITMY	J. Pařenica (Brno)

11:34 160. **FARMAKOMECHANICKÁ TROMBEKTOMIA AKÚTNEJ PLÚCNEJ EMBÓLIE**
I. Vulev (Bratislava, SR)

11:46 161. **PLICNÍ EMBOLIE U MALIGNITY**
Z. Moťovská (Praha)

11:58 162. **CTEPH JAKO CHRONICKÝ NÁSLEDEK AKUTNÍ PLICNÍ EMBOLIE**
P. Jansa (Praha)

12:10 **PŘESTÁVKA**

Symposium Boehringer Ingelheim RCV GmbH Co KG, o. z.

14:00-15:00 **Antikoagulace - 4 příběhy z reálné praxe**

Předsedající: M. Tábořský (Olomouc)

14:00 163. **KOMBINACE MODERNÍ A VYSOCE ÚČINNÉ ANTIKOAGULAČNÍ LÉČBY DABIGATRANEM S UZÁVĚREM OUŠKA LEVÉ SÍŇE IMPLANTACÍ MECHANICKÉHO OKLUDERU WATCHMAN**
M. Bambuch (Otrokovice)

14:12 164. **INTRACEREBRÁLNÍ HEMATOM PŘI LÉČBĚ DABIGATRANEM LÉČENÝ IDARUCIZUMABEM**
P. Štěpán (Náchod)

14:24 165. **JSOU LÉKOVÉ INTERAKCE DABIGATRANU PROBLÉM?**
J. Gumulec, Z. Kořístek, M. Navrátil, P. Richterová, B. Dluhošová, D. Buffa (Ostrava)

14:36 166. **PACIENT S TROMBOHEMORAGICKÝM RIZIKEM – VOLBA ANTIKOAGULANCIA**
J. Hirmerová (Plzeň)

15:00 **PŘESTÁVKA**

Symposium CARDION s.r.o.

15:05-16:05 **Multioborové využití telemedicíny - praktické a ekonomické využití**

15:05 167. **TELEMEDICÍNA U IMPLANTABILNÍCH PŘÍSTROJŮ**
J. Střítecký (Hradec Králové)

15:20 168. **TELEMEDICÍNA V DIABETOLOGII**
R. Bém (Praha)

15:35 169. **TELEMEDICÍNA V ORDINACI KARDIOLOGA A NEUROLOGA**
V. Bulková (Brno)

15:50 170. **TELEMEDICÍNA V REHABILITACI**
J. Pětiočský (Kladruhy)

16:05 **PŘESTÁVKA**

Symposium Pfizer, spol. s r. o.

16:10-17:10 Klinické situace v prevenci CMP u pacientů s FS (panelová diskuse)

Předsedající: R. Miklík (Brno)

16:10 171. – POHLEDEM KARDIOLOGA

R. Miklík (Brno)

16:25 172. – POHLEDEM INTERNISTY

J. Orság (Olomouc)

16:40 173. – POHLEDEM NEUROLOGA

M. Škorňa (Brno)

17:10 PŘESTÁVKA

Symposium sanofi-aventis, s.r.o.

17:15-17:45 Optimalizace managementu pacienta po AKS

Předsedající: P. Ošťádal (Praha)

17:15 174. OPTIMALIZACE HYPOLIPIDEMICKÉ LÉČBY U PACIENTŮ PO AKS

P. Ošťádal (Praha)

17:45 PŘESTÁVKA

Symposium Teva Pharmaceuticals CR s.r.o.

17:50-18:50 Adherence trochu jinak: proč, co a jak? Připojte se k diskusi...

Předsedající: M. Vrablík, R. Češka, B. Vohnout (Praha, Bratislava, SR)

18:50 KONEC PROGRAMU

ÚTERÝ 22.9.2020

8:00-9:00 Česká společnost pro trombózu a hemostázu Tromboembolické komplikace u onko pacientů

Předsedající: T. Kvasnička (Praha)

- 8:00 175. **DOPORUČENÉ POSTUPY PRO PREVENCI A LÉČBU TROMBOEMBOLICKÝCH KOMPLIKACÍ**
T. Kvasnička (Praha)
- 8:15 176. **ANTITROMBOTICKÁ LÉČBA U PACIENTŮ S KARDIOVASKULÁRNÍMI ONEMOCNĚNÍMI A MALIGNITOU**
R. Pudil (Hradec Králové)
- 8:30 177. **PREVENCE A LÉČBA VTE U PACIENTŮ S MALIGNITOU**
J. Hirmerová (Plzeň)
- 8:45 **DISKUZE**

9:00-10:00 PS Plicní cirkulace Těhotenství u pacientek s onemocněním plicní cirkulace

Předsedající: M. Aschermann, P. Jansa (Praha)

- 9:00 178. **TĚHOTENSTVÍ A PERIPARTÁLNÍ PÉČE U KARDIOVASKULÁRNĚ KOMPLIKOVANÝCH PACIENTEK**
Z. Motovská (Praha)

- 9:15 179. **TĚHOTENSTVÍ A PERIPARTÁLNÍ PÉČE U PACIENTEK S ONEMOCNĚNÍM PLICNÍ CIRKULACE Z POHLEDU ANESTEZIOLOGA**
J. Bláha (Praha)
- 9:30 180. **GRAVIDITA U NEMOCNÝCH S PAH A CTEPH**
P. Jansa (Praha)
- 9:45 181. **PLICNÍ ARTERIÁLNÍ HYPERTENZE DIAGNOSTIKOVANÁ V TĚHOTENSTVÍ**
J. Látal (Olomouc)

10:00 PŘESTÁVKA

10:05-11:05 Česká asociace akutní kardiologie Interaktivní kvíz

Předsedající: T. Janota, T. Kovárník (Praha)

- 10:05 182. **KAZUISTIKA 1**
T. Janota (Praha)
- 10:17 183. **KAZUISTIKA 2**
M. Kozel (Praha)
- 10:29 184. **KAZUISTIKA 3**
V. Pechman (Plzeň)
- 10:41 185. **KAZUISTIKA 4**
T. Hnátek (Praha)

10:53 186. KAZUISTIKA 5
M. Špaček (Olomouc)

11:05 PŘESTÁVKA

Česká společnost pro hypertenzi
11:10-12:10 Hypertenze a hypokalemie

Předsedající: R. Cífková, M. Souček (Praha, Brno)

11:10 186. HYPOKALÉMIE U HYPERTENZE: MÁME MYSLET NA LIDDLŮV SYNDROM?
J. Filipovský (Plzeň)

11:30 188. PRIMÁRNÍ ALDOSTERONISMUS: STANOVISKO ESH
J. Widimský jr. (Praha)

11:50 189. FEOCHROMOCYTOM A PARAGANGLIOM: STANOVISKO ESH
T. Zelinka (Praha)

12:10 PŘESTÁVKA

Symposium Edwards Lifesciences Czech Republic s.r.o.
14:00-15:00 Nové trendy v léčbě onemocnění srdečních chlopní

Předsedající: P. Kala, J. Štásek (Brno, Hradec Králové)

14:00 190. KAM JSME SE POSUNULI V KATETROVÉ LÉČBĚ PACIENTŮ

S AORTÁLNÍ STENÓZOU V ČR - CZECH TAVI REGISTRY
P. Kala (Brno)

14:15 191. OPTIMALIZACE LÉČBY AORTÁLNÍ STENÓZY S VYUŽITÍM TAVI CHLOPNĚ SAPIEN 3
M. Želízko (Praha)

14:30 192. MINIINVAZIVNÍ PŘÍSTUP K NÁHRADĚ AORTÁLNÍ CHLOPNĚ S VYUŽITÍM CHLOPNĚ INSPIRIS RESILIA
P. Němec (Brno)

14:45 193. POKROKY V KOREKCI MITRÁLNÍCH VAD – KATETRIZAČNÍ SYSTÉM PASCAL
D. Zemánek (Praha)

15:00 PŘESTÁVKA

Symposium Herbacos Recordati, s.r.o.
15:05-16:05 Použití Ca antagonistů v klinické praxi

Předsedající: V. Danzig (Praha)

15:05 194. SOUČASNÉ UŽITÍ CA BLOKÁTORŮ V KARDIOLOGICKÉ PRAXI
R. Pudil (Hradec Králové)

15:30 195. LERKANIDIPIN – KLINICKÁ DATA CA ANTAGONISTY S DOKUMENTOVANÝM ORGANOPROTEKTIVNÍM ÚČINKEM
M. Šnejdrová (Praha)

16:05 PŘESTÁVKA

16:10-17:10 **Symposium Pfizer, spol. s r. o.**
Transthyretinová kardiomyopatie - vzácné onemocnění v klinické praxi
Předsedající: A. Linhart (Praha)

16:10 196. **EPIDEMIOLOGIE A KLINICKÝ OBRAZ SRDEČNÍ AMYLOIDÓZY**
M. Kubánek (Praha)

16:25 197. **DIAGNOSTIKA AMYLOIDNÍ KARDIOMYOPATIE**
T. Paleček (Praha)

16:40 198. **LÉČBA AMYLOIDNÍ KARDIOMYOPATIE**
J. Krejčí (Brno)

16:55 199. **DISKUZE**

17:10 **PŘESTÁVKA**

17:15-18:15 **Symposium Boehringer Ingelheim RCV GmbH Co KG, o. z.**
Jak snížit kardiovaskulární riziko diabetiků 2. typu?

Předsedající: M. Vrablík (Praha)

17:15 200. **CO NA TO ŘÍKÁ KARDIOLOG**
T. Hauer (České Budějovice)

17:30 201. **CO NA TO ŘÍKÁ DIABETOLOG**
J. Šoupal (Praha)

17:45 202. **VE DVOU SE TO LÉPE TÁHNE**
M. Vrablík (Praha)

18:00 **DISKUZE**

18:15 **PŘESTÁVKA**

Česká asociace preventivní kardiologie
18:20-19:20 Káva, alkohol a čokoláda v kardiovaskulární prevenci: ano či ne?

Předsedající: J. Malík, M. Vrablík (Praha)

18:20 203. **KÁVA HORKÁ JAKO PEKLO, ČERNÁ JAKO ĎÁBEL A SLADKÁ JAKO LÁSKA....**
E. Sovová (Olomouc)

18:40 204. **POJÍDÁNÍ JAKÉ ČOKOLÁDY MŮŽE SNÍŽIT RIZIKO ATERTROMBOTICKÝCH PŘÍHOD?**
H. Rosolová (Plzeň)

19:00 205. **ALKOHOL A KARDIOVASKULÁRNÍ PREVENCE: ZTRACENÝ PŘÍPAD?**
R. Cífková (Praha)

19:20 **KONEC PROGRAMU**

STŘEDA 23.9.2020

		PS Kardio 35
		Diagnóza krok za krokem
		Předsedající: Z. Mořovská, J. Veselka (Praha)
9:00	206.	JAK (NE)ČÍST KARDIOLOGICKÉ STUDIE J. Veselka (Praha)
9:18		DISKUZE
9:20	207.	AKUTNÍ KORONÁRNÍ SYNDROM - BANÁLNÍ DIAGNÓZA NEBO PŘÍČINA NEJČASTĚJŠÍCH DIAGNOSTICKÝCH CHYB Z. Mořovská (Praha)
9:38		DISKUZE
9:40	208.	DIAGNOSTIKA SRDEČNÍ AMYLOIDÓZY KROK ZA KROKEM T. Paleček (Praha)
9:58		DISKUZE
10:00		PŘESTÁVKA

PS Chorob myokardu a perikardu

10:05-11:05 Diferenciální diagnóza onemocnění levé komory

ve spolupráci s Českou asociací srdečního selhání

Předsedající: D. Zemánek, V. Melenovský (Praha)

10:05	209.	DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA HYPERTROFIE MYOKARDU D. Zemánek (Praha)
10:24		DISKUZE
10:25	210.	DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA PORUCHY SYSTOLICKÉ FUNKCE P. Kuchynka (Praha)
10:44		DISKUZE
10:45	211.	DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA PORUCHY DIASTOLICKÉ FUNKCE V. Melenovský (Praha)
11:04		DISKUZE
11:05		PŘESTÁVKA

Česká asociace ambulantních kardiologů

11:10-12:10 Kazuistiky v ambulantní praxi

Předsedající: I. Karel, Z. Jojko, V. Danzig (Praha)

11:10	212.	ASYMPTOMATICKÝ IM A DRESSLERŮV SYNDROM L. Goláš (Praha)
-------	------	--

- 11:21 213. **ŘIDIČÁK V AMBULANCI**
M. Krutský (Praha)
- 11:32 214. **V PĚTATŘICETI INFARKT, PŘED PADESÁTKOU MRTVICE -
DÁ SE Z TOHOTO VLAKU JEŠTĚ VYSTOUPIT?**
J. Veselý (Broumov)
- 11:43 215. **V DEVĚT DIAGNÓZA, V JEDNU VYLÉČENA -
ČARODĚJNICKÝ PŘÍBĚH**
V. Danzig (Praha)
- 11:54 216. **A PŘECE CHODÍ PO TŘECH...**
M. Jedlička, Z. Klimsa (Jihlava)

12:10 PŘESTÁVKA

Symposium Merck Sharp & Dohme s.r.o.

14:00-15:00 CTEPH včera, dnes a zítra

Předsedající: A. Linhart (Praha)

- 14:00 217. **ÚSPĚCHY POSLEDNÍ DEKÁDY**
P. Jansa (Praha)
- 14:30 218. **PANELOVÁ DISKUZE NA TÉMA „CESTA PACIENTA ANEB
NENÍ NÁS MÁLO“**
J. Lindner, P. Jansa, D. Ambrož, J. Mrózek (Praha, Ostrava)

15:00 PŘESTÁVKA

Symposium Roche s.r.o., Diagnostics Division

15:05-16:05 Trendy v laboratorní diagnostice

kardiovaskulárních onemocnění

ve spolupráci s Českou kardiologickou společností a Českou
internistickou společností

Předsedající: M. Hutýra (Olomouc)

- 15:05 219. **ISCHÉMIE MYOKARDU**
D. Rajdl (Plzeň)
- 15:20 220. **DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA SRDEČNÍHO SELHÁNÍ**
M. Hutýra (Olomouc)
- 15:35 221. **IDENTIFIKACE RIZIKOVÉHO PACIENTA**
J. Pařenica (Brno)
- 15:50 222. **DISKUZE**
M. Hutýra, D. Rajdl, J. Pařenica (Olomouc, Plzeň, Brno)

16:05 PŘESTÁVKA

Symposium Herbacos Recordati, s.r.o.

16:10-17:10 Otazníky v kardiovaskulární léčbě

Předsedající: M. Táborický (Olomouc)

- 16:10 223. **BETABLOKÁTORY V TĚHOTENSTVÍ**
R. Cífková (Praha)

16:35 224. **BETABLOKÁTORY V SEKUNDÁRNÍ PREVENCI INFARKTU MYOKARDU**
P. Janský (Praha)

16:55 225. **KOMBINOVANÁ LÉČBA HYPERTENZE – KAZUISTIKA**
R. Kratochvílová (Praha)

17:10 **PŘESTÁVKA**

Symposium Novartis s.r.o.

17:15-18:15 **REVERZNÍ REMODELACE LK U HFrEF**

Předsedající: A. Linhart (Praha)

17:15 226. **CHARAKTERISTIKA A PROBLEMATIKA REVERZNÍ REMODELACE LK**
A. Linhart (Praha)

17:30 227. **NOVINKY Z ESC – ARNI A REVERZNÍ REMODELACE LK**
F. Málek (Praha)

17:45 228. **PŘÍNOS MONITORACE NT – PROBNP PŘI LÉČBĚ CHSS**
J. Krejčí (Brno)

18:00 229. **KAZUISTICKÉ PŘÍKLADY REVERZNÍ REMODELACE LK**
T. Paleček (Praha)

18:15 **PŘESTÁVKA**

Česká asociace akutní kardiologie

18:20-19:20 **Antitrombotika – kontroverze**

Předsedající: Z. Mořovská, R. Rokyta (Praha, Plzeň)

18:20 230. **PRASUGREL VŠEM S PCI PRO AKUTNÍ KORONÁRNÍ SYNDROM: PRO**
I. Varvařovský (Pardubice)

18:30 231. **PRASUGREL VŠEM S PCI PRO AKUTNÍ KORONÁRNÍ SYNDROM: PROTI**
Z. Mořovská (Praha)

18:40 **DISKUZE**

18:50 232. **MONOTERAPIE TICAGRELOREM PO PCI JE LEPŠÍ NEŽ DUÁLNÍ PROTIDESTIČKOVÁ LÉČBA: PRO**
T. Kovárník (Praha)

19:00 233. **MONOTERAPIE TICAGRELOREM PO PCI JE LEPŠÍ NEŽ DUÁLNÍ PROTIDESTIČKOVÁ LÉČBA: PROTI**
R. Rokyta (Plzeň)

19:10 **DISKUZE**

19:20 **KONEC PROGRAMU**

ČTVRTEK 24.9.2020

**9:00-10:00 Česká angiologická společnost
Systémové embolizace stále hrozbou**

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

9:00 234. **FIBRILACE SÍŇÍ A RIZIKO SYSTÉMOVÉ EMBOLIZACE**
A. Linhart (Praha)

9:15 235. **FARMAKOMECHANICKÁ LÉČBA AKUTNÍHO ISCHEMICKÉHO IKTU**
P. Vařejka (Praha)

9:30 236. **AKUTNÍ MEZENTERIÁLNÍ ISCHÉMIE**
S. Heller (Praha)

9:45 237. **TAKTIKA LÉČBY AKUTNÍ TEPENNÉ KONČETINOVÉ EMBOLIE**
P. Procházka (Praha)

10:00 PŘESTÁVKA
**10:05-11:05 PS Kardiologických sester a sprízněných profesí
Ošetřovatelství v kardiologii**

Předsedající: L. Šedová, D. Pospíšil (České Budějovice, Brno)

10:05 238. **FARMAKOLOGIE PRO KARDIOLOGICKÉ SESTRY – CO JE DOBRÉ ZNÁT**
P. Škarková, D. Hetcllová (Olomouc)

10:15 239. **PROBLEMATIKA ZDRAVOTNÍ GRAMOTNOSTI VE VZTAHU K CMP**
L. Šedová (České Budějovice)

10:30 240. **ZKUŠENOSTI S ODPOROVÝM TRÉNINKEM U OSOB NAD 70 LET SE SARKOPENIÍ A KARDIOVASKULÁRNÍM ONEMOCNĚNÍM**
H. Michálková, E. Topinková, T. Vágnerová (Praha)

10:50 241. **BIOMEDICÍNSTÍ INŽENÝŘI V KARDIOLOGII - KDO JSME A PROČ JSME PRÁVĚ TADY**
D. Pospíšil (Brno)

11:05 PŘESTÁVKA
PS KardioTech
11:10-12:10 Vyzvaný blok PS KardioTech

Předsedající: D. Pospíšil, V. Bulková (Brno)

11:10 242. **VYUŽITÍ UMĚLÉ INTELIGENCE V KARDIOLOGII**
F. Plešinger (Brno)

11:25 243. **RADIOTERAPIE U PACIENTŮ S IMPLANTOVANÝMI KARDIOSTIMULÁTORY A KARDIOVERTERY-DEFIBRILÁTORY.**
I. Koniarová (Praha)

11:40 244. **BUDOUCNOST ECHOKARDIOGRAFIE V ČESKÉ REPUBLICE**
A. Linhart (Praha)

11:55 **NAVAZUJÍCÍ MODEROVANÁ DISKUZE NAD ZAPOJENÍM NOVÝCH PROFESÍ DO ČESKÉ ECHOKARDIOGRAFIE ZA ÚČASTI PŘEDSEDY ČKS PROF. LINHARTA**

12:10 PŘESTÁVKA

14:00-15:00 **Symposium Medtronic Czechia s.r.o.** **FIBRILACE SÍNÍ & STROKE v DIAGNOSTICE**

Předsedající: M. Škorňa (Brno)

14:00 245. **SYNKOPA CENTRUM NEMOCNICE NA HOMOLCE – MULTIDISCIPLINÁRNÍ PŘÍSTUP**
L. Dujka (Praha)

14:20 246. **FN BRNO BOHUNICE – SPOLUPRÁCE KARDIOLOGA A NEUROLOGA U STROKE PACIENTŮ**
J. Vlašínová, M. Škorňa (Brno)

14:40 **DISKUZE**

15:00 **PŘESTÁVKA**

15:05-16:05 **Symposium Amgen s.r.o.** **CESTA KE ZLEPŠENÍ KARDIOVASKULÁRNÍHO RIZIKA NEMUSÍ BÝT TAK DLOUHÁ**

Předsedající: M. Vrablík (Praha)

15:05 247. **SOUČASNÁ SITUACE HOSPITALIZAČNÍ A POSTHOSPITALIZAČNÍ PÉČE O PACIENTY S AKS**
A. Linhart (Praha)

15:15 248. **PRAKTICKÉ POSTUPY PŘI INDIKACI PCSK9 INHIBITORŮ V THOMAYEROVĚ NEMOCNICI**
R. Cífková (Praha)

15:25 249. **ZKUŠENOSTI S INDIKACÍ PCSK9 INHIBITORŮ VE FN OLOMOUC**

M. Hutýra (Olomouc)

15:35 250. **ČÍM NÍŽE, TÍM LÉPE. ČÍM DŘÍVE, TÍM LÉPE?**
M. Vrablík (Praha)

15:45 **DISKUZE**

16:05 **PŘESTÁVKA**

Česká asociace pro srdeční rytmus **16:10-17:10 Náhlá smrt u mladých lidí**

Kardiogenetika

Předsedající: J. Kautzner, J. Petřková (Praha, Olomouc)

16:10 251. **GENETICKY PODMÍNĚNÁ STRUKTURÁLNÍ ONEMOCNĚNÍ SRDCE**

A. Krebsová (Praha)

16:24 252. **DIAGNOSTIKA PŘÍČIN NSS U PACIENTŮ BEZ ZJEVNÉHO ARYTMOGENNÍHO ZDROJE**
R. Čihák (Praha)

16:38 253. **KATETRIZAČNÍ ABLACE U GENETICKY PODMÍNĚNÝCH STRUKTURÁLNÍCH ONEMOCNĚNÍ SRDCE**
P. Peichl (Praha)

16:52 254. **MOŽNOSTI PREVENCE NSS U MLADÝCH PACIENTŮ**
V. Vančura (Plzeň)

17:06 **DISKUZE**

17:10 **PŘESTÁVKA**

Česká diabetologická společnost

17:15-18:15 Aktuální poznatky v diabetologii

Předsedající: J. Škrha, M. Prázný (Praha)

17:15 255. **POSTAVENÍ METFORMINU V LÉČBĚ DIABETES MELLITUS
2. TYPU V R. 2020**
J. Olšovský (Brno)

17:35 256. **POZICE AGONISTŮ GLP-1 A INHIBITORŮ SGLT2
V SOUČASNÉ MEDICÍNĚ Z POHLEDU DIABETOLOGA**
M. Prázný (Praha)

17:55 257. **NEKARDIOVASKULÁRNÍ ÚČINKY NIKOTINU
A GLYKOREGULACE**
J. Škrha (Praha)

18:15 **KONEC PROGRAMU**

Abecední seznam prvních autorů (jméno / číslo přednášky)

Ambrož D.	145	Horáček M.	51	Lazárová M.	113	Pechman V.	184	Šnejdrová M.	195
Bambuch M.	163	Hutyra M.	119, 249, 220,	Látal J.	181	Peichl P.	253, 147	Šoupal J.	201
Bernat I.	2		222	Lesný P.	67	Pella D.	65	Špaček M.	186
Bém R.	168	Janota T.	182	Lhotský J.	95	Penka M.	31	Špinar J.	13, 22
Bělohávek J.	10, 27, 70, 87,	Jansa P.	162, 180, 217	Lindner J.	218	Pětioký J.	170	Špinarová M.	43
	129	Janský P.	127, 224	Linhart A.	1, 32, 226, 234,	Piřha J.	72	Špinarová L.	18, 14
Bis J.	75	Jarolim P.	53		247, 36, 244, 28	Plešinger F.	242	Šramko M.	136
Blaha V.	45	Jedlička M.	216	Linhartová K.	91	Poruban R.	103	Štěpán P.	164
Bláha J.	179	Jelínek L.	139	Ludka O.	17, 19	Pospíšil D.	241	Švarc M.	50
Branny M.	76	Kala P.	154, 9, 25, 33,	Macháček Š.	143	Prázný M.	256	Taborský M.	7, 88, 109
Bulková V.	169		133, 190	Malý R.	34	Priori S.	3, 52	Tomek V.	99
Chaloupecký V.	104	Kala P.	42, 140	Marek D.	98	Procházka P.	237	Tomek A.	29
Čífková R.	205, 223, 248	Kamasová M.	142	Marek J.	54	Přeček J.	11	Tuka V.	122
Červinka P.	69	Karásek J.	24	Masárová L.	39	Pudil R.	176, 194	Vančura V.	115, 254
Česka R.	5, 112	Karel I.	121, 49	Mates M.	62, 74, 102	Rajdl D.	219	Varvařovský I.	26, 230, 153
Čihák R.	252, 149	Kautzner J.	79, 135, 148,	Málek F.	227, 16	Rehermann O.	108	Vařečka P.	235
Danzig V.	215		30	Melenovský V.	21, 211	Richter S.	96	Václavík J.	126, 130
Dujka L.	245	Kmoníčková A.	4	Michálková H.	240	Rob D.	138	Veselka J.	206
Dusík M.	41	Kociánová E.	86, 157	Miklík R.	171	Rokyta R.	158, 233	Veselý J.	57, 106
Falt P.	35	Kočka V.	77, 151, 83	Moravcová K.	124	Roland R.	38	Veselý J.	214
Fiala M.	78	Kočková R.	156	Motfovská Z.	68, 128, 161,	Rosolová H.	204, 47	Vítovec J.	20, 15
Filipovský J.	134, 187	Koniarová I.	243		178, 231, 207	Rubáčková Popelová J.	100	Vlašínová J.	246
Gebauer R.	101	Kovárník T.	56, 232, 150	Musil D.	144	Ryšavá R.	60	Vrablík M.	6, 105, 111,
Goláň L.	212	Kozel M.	183	Nečas J.	155	Schimeroová T.	40		131, 202, 250,
Goncalvesová E.	89	Kratochvílová R.	225	Neužil P.	81, 61, 63	Schlager C.	84		37
Gumulec J.	165	Krebsová A.	251	Němec P.	192	Skalická H.	48	Vulev I.	160
Haluzík M.	58	Krejčí J.	198, 228	Olšovský J.	255	Soška V.	46	Wichterle D.	80
Hatala R.	66	Kroužek A.	92	Ondruš T.	141	Sovová E.	203	Widimský P.	125
Hauer T.	117, 200	Kršek M.	73	Orság J.	71, 172	Sovová M.	123	Widimský jr. J.	23, 85, 188
Heller S.	118, 236	Krutský M.	213	Ošťádal P.	8, 55, 110,	Střítecký J.	167	Wünschová H.	146
Hindricks G.	107	Krüger A.	12		132, 174	Šedivá L.	64	Zelinka T.	189
Hirmerová J.	120, 177, 166	Kubánek M.	196	Paleček T.	197, 229, 208	Šedová L.	239	Zemánek D.	193, 209
Hlinomaz O.	152, 59	Kuchynka P.	210	Panovský R.	82	Škarková P.	238	Žáček P.	94
Hnátek T.	185	Kvasnička T.	175	Pařenica J.	114, 137, 159,	Škorňa M.	173	Želízko M.	191
Honěk J.	93	Lang O.	97		221	Škrha J.	257		

Generální partner:



Všem partnerům děkujeme
za podporu virtuálního
sjezdu ČKS.

Zlatí partneři:



Partneři:



KDYBYSTE LÉČILI SAMI SEBE, CO ZVOLÍTE?



Účinnost a bezpečnost
s přípravkem ELIQUIS®¹

Eliquis®
apixaban

- Superiorita v prevenci CMP a SE vs. warfarin¹
- Superiorita ve snížení rizika výskytu závažného krvácení vs. warfarin¹

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; pomocné látky se známým účinkem: 102,86/51,43 mg laktosy (tableta 5/2,5 mg); 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 nevalvulární fibrilací síní (NVAF) a s jedním nebo více rizikovými faktory, jako jsou předchozí cévní mozková příhoda nebo tranzitorní ischemická ataka (TIA); věk > 75 let; hypertenze; diabetes mellitus; symptomatické srdeční selhání (třída NYHA > 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 redukci dávky dle SPC. Pacienti podstupující kardioverzi mohou užit jednorázovou nasycovací dávku 10 mg 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 rozdrcené a rozmíchané v tekutině či v jablčném protlaku. Podrobnosti viz SPC. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli 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 antikoagulancií výjima 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. Eliquis není doporučen u pacientů s trombózou v anamnéze, u nichž byl diagnostikován antifosfolipidový syndrom. **Interakce:** Užívání se nedoporučuje u pacientů, kteří současně užívají systémové silné inhibitory CYP3A4 a P-gp, jakými jsou např. azolové antimykotika a inhibitory HIV proteázy. Při současném podávání se slabšími inhibitory CYP3A4 a/nebo P-gp není nutná úprava dávky apixabanu. Při současném podávání apixabanu se silnými induktory CYP3A4 a P-gp není nutná žádná úprava dávky apixabanu, avšak silné induktory CYP3A4 a P-gp by se měly současně podávat s opatrností. **Fertilita, 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 gamaglutamyltransferázy a alaninaminotransferázy. **Předávkování:** Předávkování apixabanem může způsobit vyšší riziko krvácení. Je k dispozici látka ke zvrácení aktivity apixabanu proti faktoru Xa. **Uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Balení:** Eliquis 2,5 mg: mimo jiné - 20, 60, 60x1 nebo 168 potahovaných tablet v blistru. Eliquis 5 mg: 28, 60 nebo 168 potahovaných tablet v blistru. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEIG, Plaza 254, Blanchardstown Corporate Park 2, Dublin 15, D15 T867, Irsko. **Registrační číslo:** mj. EU/1/11/691/002-4, 9, 11, 13, 14. **Datum poslední revize textu:** 30.3.2020. 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.

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

CMP – cévní mozková příhoda,
SE – systémová embolie

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

ELQ-2020.01137



Průlomové léky, které mění život pacientů™

SPOLEČNĚ K DOSAŽENÍ CÍLOVÝCH HODNOT LDL CHOLESTEROLU

ZENON
Rosuvastatin + Ezetimibe

PŘÍPRAVEK ZENON OBSAHUJE FIXNÍ KOMBINACI DVOU AKTIVNÍCH LÁTEK: ROSUVASTATIN A EZETIMIB, KTERÉ SIGNIFIKANTNĚ SNIŽUJÍ HLADINU LDL CHOLESTEROLU O 69,8 %, v porovnání s monoterapií rosuvastatinem.^{1,2}

Zkrácené informace o přípravku

NÁZEV PŘÍPRAVKU: Zenon 10 mg/10 mg potahované tablety, Zenon 10 mg/20 mg potahované tablety, Zenon 10 mg/40 mg potahované tablety.

LÉČNÁ LÁTKA: Jedna tableta obsahuje ezetimibum 10 mg a rosuvastatinum 10 mg (jako rosuvastatinum calcium), ezetimibum 10 mg a rosuvastatinum 40 mg (jako rosuvastatinum calcium).

INDIKACE: Přípravek Zenon je indikován k substituční terapii u dospělých pacientů, kteří jsou adekvátně kontrolováni kombinací rosuvastatinu a ezetimibu podávanou současně ve stejné dávce jako ve fixní kombinaci, avšak jako samostatná přípravek, jako doplněk diety k léčbě primární hypercholesterolemie (heterozygotní familiární a nefamiliární) nebo homozygotní familiární hypercholesterolemie a ke snížení rizika kardiovaskulárních příhod u pacientů s ischemickou chorobou srdeční (ICHS) a anamnézou akutního koronárního syndromu (AKS). **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. Pacienti by měli užívat dávky odpovídající jejich předchozí léčbě. Doporučená denní dávka je jedna tableta přípravku Zenon denně, nezávisle na jídle. Tablety se polykají celé a zapíjejí se vodou. **Pediatrická populace:** Bezpečnost a účinnost přípravku Zenon u dětí do 18 let nebyla dosud stanovena. Podávání není nevyváženo. **kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo kteroukoliv pomocnou látku přípravku, aktivní onemocnění jater včetně nevyváženo 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 inhibitory HMG-CoA reduktázy nebo fibrátch, abuzu alkoholu, asistém plovu, 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 kreatininofosfokinázy (CPK) > 10násobek horní hranice normy (ULN), je nutno přípravek Zenon, všechny státní a všechny ostatní léky, které pacient současně užívá, okamžitě vysadit. Kreatininofosfokináza (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 kreatininofosfokinázy výrazně zvýšeny (> 5 ULN) léčba by se neměla zahajovat. V průběhu léčby je třeba pacienty požádat, aby okamžitě hlásili nevyvážitelné bolesti svalů, svalovou slabost nebo křeče, zvláště pokud jsou spojeny s malátností nebo norečkou. 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 rosuvastatinu je vhodné zvážit zražení sledování funkce ledvin do rutinních kontrol. U pacientů s mírnou poruchou funkce ledvin není nutná úprava dávkování. U pacientů se středně těžkou poruchou funkce ledvin (clearance kreatininu < 60 ml/min) je doporučeno úvodní dávka 5 mg rosuvastatinu. Pacienti se zvýšeným rizikem pro vznik diabetu mají být klinicky a biochemicky monitorováni. Pokud je u pacienta podezření na rozvoj intersticiálního plicního onemocnění, terapie státní 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 flutidionu, je nutno odpovídajícím způsobem sledovat mezinárodní normalizační poměr. Přípravek Zenon se nesmí podávat současně se systémem léčbu kyselou kyselinou fusidovou nebo přípravem 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 svazujícími/miděčnými problémy s intolerancí galaktosy, vrozeným deficitem laktasy nebo s malabsorpcí glukosy a galaktosy nesmí tento lék užívat. **INTERAKCE:** Kontraindikováno je současné podávání s cyklosporinem. U pacientů užívajících fenofibrát a ezetimib je možné riziko cholelitiázy a onemocnění žlučníku. Současné podávání rosuvastatinu s léčivými přípravky, které mohou zvýšit plazmatické koncentrace rosuvastatinu, jako např. některé inhibitory proteáz včetně kombinací ritonavir a atazanavir, lopinavir a/nebo tipranavir, dále gemfibrozil, regorafenil nebo simvastatin, může vést ke zvýšenému riziku myopatie. Pokud je systémová léčba kyselinou fusidovou nezbytná, musí se po dobu léčby kyselou fusidovou vysadit léčba rosuvastatinem. Současné podávání antacid snižilo rychlost absorpce ezetimibu, ale na biologickou dostupnost ezetimibu nemělo žádný vliv. Současné podávání rosuvastatinu a suspenze antacid s obsahem hydroxidu lithného 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 kolestiraminu snížilo průměrnou velikost plochy pod křivkou (AUC) celkového ezetimibu (ezetimib + ezetimib-glukuronid) přibližně o 55 %. Pokud je ezetimib přidán k warfarinu, jiným kumarinovým antikoagulantům nebo flutidionu, 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_{max} rosuvastatinu. Souběžné podávání rosuvastatinu a peroralních kontraceptiv vedlo ke zvětšení AUC ethinylestradiolu o 26 % a noregestoru o 34 %. Neocekává se žádná klinicky významná interakce s digoxinem, dapsonem, dextromethorlanem, peroralními kontraceptivy (ethinylestradiol a levonorgestrel), glipizidem, tolbutamidem nebo midazolamem. Címedin 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 vozidla nebo obsluze stroje je třeba vzít v úvahu, že se během léčby může objevit závrať. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** časté: bolesti hlavy, závrať, zácpa, nauzea, bolesti břicha, průjem, flatulencia, myalgie, astenie, únava, zvýšení ALT a/nebo AST, diabetes mellitus. **PŘEDÁVÁNÍ:** Symptomatická a podpráhová léčba s kontrolou jaterních funkcí a hladiny kreatininofosfokinázy. 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 blister, papírová krabička. Velikost balení: 30, 90 potahovaných tablet. **DŘÍŽEL 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:** 13.9.2019. **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.

Reference: 1. SPC Zenon, poslední revize textu 13. 09. 2019. 2. Efficacy and safety of rosuvastatin 40 mg alone or in combination with ezetimibe in patients at high risk of cardiovascular disease (results from the EXPLORER study). Am J Cardiol. 2007 Mar 1; 99(5): 673-80. Pro podrobné informace čtěte SPC, které obdržíte na adrese: 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

URČENO PRO DOBROU VĚŘEJNOST. Datum schválení materiálu 01/2020.



Dávkování 1× denně¹

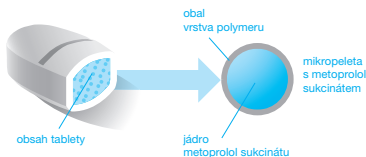
Podávání léku 1× denně zlepšuje compliance pacientů.



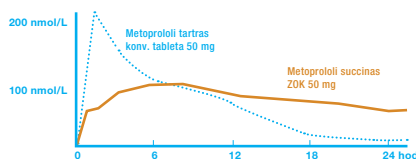
Řízené uvolňování¹

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

Stavba tablety Betaloc® ZOK¹



Dávkování 1× denně Stabilní sérová koncentrace 24 hodin^{2,3}



Betaloc® ZOK

Metoprolol succinate



Chronické srdeční selhání¹

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



Hypertenze¹

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



Léčba po infarktu myokardu¹

200 mg 1× denně



Angina pectoris¹

100–200 mg 1× denně



Srdeční arytmie¹

100–200 mg 1× denně



Palpitace¹

100 mg 1× denně



Profylaxe migrény¹

100 mg 1× denně

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 potažovaná tableta obsahuje metoprolol succinát 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 syndrome, 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 betablockátory; 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 současně podáváno též alfa-sympatolytikum. **INTERAKCE:** Beta1-sympatolytika (např. oční kapky) a ganglioplegika; inhibitory monoaminooxidázy; betablockátory; blokátory kalciového kanálu; inhibitory CYP2D6; současná léčba indometacinem a jinými inhibitory prostaglandin syntetázy může snižovat účinek betablockátorů; při současném užívání s dalšími antihypertenzivy, tricyklickými antidepresivy, barbituráty nebo fenothiazinem dochází k prohloubení hypotenzního účinku; současně užívání se sympatomimetiky a xantiny vede ke vzájemné inhibici účinku; užívání betablockátorů 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 vzácně 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 ČÍSLO:** 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 seznáme 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:** 27. 6. 2018. Lék je vázán na lékařský předpis. Lék je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním léku Betaloc ZOK se prosím seznáme se Souhrnem charakteristických vlastností (SPC).

1. SPC Betaloc ZOK, dat. posl. revize textu 27. 6. 2018.
2. Plosker GL, Clissold SP. Drugs 1992;43:382-414.
3. Wieselgren I et al, J Clin Pharmacol 1990;30:S28-32.

DISTRIBUTOR PRO ČR:
Herbacos Recordati s.r.o.
Štrossova 239, 530 03 Pardubice





SAFE FOLLOW-UP REDUCTION
FDA & CE
approved*

EARLY DETECTION
FDA & CE
approved*

MORTALITY REDUCTION
CE
approved*

BIOTRONIK Home Monitoring®

Continuity of Care | 



Událost u pacienta
s implantátem



Pacientská jednotka
Cardio Messenger



Mobilní bezdrátová
sít



Platforma
Home Monitoring



Klinické rozhodnutí
lékaře

www.biotronik.com

* Detailní popis je uveden v návodu k použití pro servisní středisko služby Home Monitoring.



BIOTRONIK

excellence for life

► **Pro léčbu idiopatické nebo dědičné plicní arteriální hypertenze (PAH)**

► **Pacienti klasifikovaní podle New York Heart Association (NYHA) jako funkční III. třída**

► **10 ml injekční lahvičky pro individuální léčbu**

► **Flexibilní dávkování**

► **Možnost rychlé úpravy dávkování**



* Tresuvi® je vyroben v Evropě.

Zkrácená informace o přípravku:

Tresuvi® 2,5 mg/ml infuzní roztok; Tresuvi® 5,0 mg/ml infuzní roztok, Tresuvi® 10,0 mg/ml infuzní roztok

Složení: 1 ml infuzního roztoku obsahuje 2,5 mg; 5 mg; resp. 10 mg treprostinilu jako treprostinilum natrium. Čirý, bezbarvý až lehce nažloutlý izotonický roztok bez viditelných částic s hodnotou pH mezi 6,0 a 7,2. Pomocné látky: Sodík. **Terapeutické indikace:** Léčba idiopatické nebo dědičné plicní arteriální hypertenze (PAH) pro zlepšení srdečnosti vůči tělesné námaze a příznaků choroby u pacientů klasifikovaných podle NYHA jako III. třída. **Dávkování a způsob podání:** TRESUVI se podává kontinuální podkožní nebo intravenózní infuzí. Kvůli rizikům spojeným s chronickým zavedením centrálních žilních katetrů, včetně závažných infekcí krevního řečiště, se upřednostňuje jako cesta podání subkutánní infuze (neředěná). Kontinuální intravenózní infuze (je třeba naředit) má být vyhrazena pro pacienty stabilizované subkutánní infuzí treprostinilu, pro ty, kteří subkutánní cestu nesnáší, a dále pro ty, u nichž lze tato rizika považovat za přijatelná. Léčba má být zahájena pod přísným lékařským dohledem ve zdravotnickém zařízení, způsobem k poskytnutí intenzivní péče.

Doporučená počáteční rychlost infuze je 1,25 ng/kg/min (při špatné srdečnosti snížit na 0,625 ng/kg/min). Rychlost infuze se zvyšuje pod lékařským dohledem o 1,25 ng/kg/min týdně po dobu prvních čtyř týdnů léčby a poté o 2,5 ng/kg/min týdně. Dávku je třeba upravit podle individuálních potřeb pacienta k dosažení udržovací dávky, při které se příznaky zlepšují a kterou pacient snáší. **Pediatrická populace:** U pacientů mladších 18 let existuje jen málo údajů. Dostupné klinické studie nestaví, zda se účinnost a bezpečnost doporučeného dávkování pro děti vztahuje i na děti a mladší. **Rizikové populace:** U lehké až středně těžké poruchy funkce jater odpovědi třídám A a B dle Child-Puga vzrůstají plazmatické hladiny treprostinilu. U těchto pacientů existuje riziko zvýšeného působení na organismus, které může snížit toleranci a vést k nárůstu nežádoucích účinků závažných na dávce. Počáteční dávka treprostinilu se má snížit na 0,625 ng/kg/min a postupně zvyšování dávky se má provádět opatrně. U pacientů s poruchou funkce ledvin nebyly provedeny žádné klinické studie, nejsou pro ně stanovena žádná léčebná doporučení. Jelikož se treprostinil a jeho metabolity vylučují převážně močí, je při léčbě pacientů s prudce výrazně sníženou dávkou treprostinilu může způsobit opětovný návrh PAH. Proto se doporučuje vyhnout se přerušení terapie treprostinilem i když pacientův stav se zlepšuje. Pokud se u pacienta v průběhu léčby treprostinilem vyvine plicní edém, je třeba uvážit možnost přidružené plicní vaskulární choroby. Léčba má být nutně dávkou opatrně titrovat tak jako při zahájení terapie. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na treprostinil nebo na kteroukoli z pomocných látek. PAH související s vaskulárními chorobami. Měštavé srdeční selhání vyvolané těžkou dysfunkcí levé komory. Těžká porucha funkce jater (Child-Pugh, třída C). Aktivní gastrointestinální vřed, intrakraniální krvácení, zranění či jiné krvácivé stavy. Vrocné nebo získané defekty chlopi s klinicky relevantní myokardiální dysfunkcí, která nesouvisí s plicní hypertenzí. Závažná ischemická choroba srdeční nebo nestabilní angina pectoris, infarkt myokardu u pacientů podávajících trombolitiku. 10 ml injekční lahvička s přípravkem TRESUVI 2,5 mg/ml, 5,0 mg/ml a 10,0 mg/ml obsahuje 37,3 mg; 39,1 mg a 37,4 mg sodíku. Infuze krevního řečiště a sepe spojené s centrálním žilním katetrem by měly být nahrazeny u pacientů dostávající treprostinil i.v. infuzí. **Věštvení a kognice:** Nespou k dispozici adekvátní údaje pro podávání treprostinilu u těhotenství. Treprostinil se má podávat u těhotenství pouze tehdy, jestliže potenciální přínos pro matku převládá potenciální riziko pro plod. Neví mámo, zda se treprostinil vylučuje do mateřského mléka. Kojení ženy během podávání treprostinilu mají přestat kojit. Během podávání treprostinilu je doporučeno používat antikoncepci u žen ve fertilním věku. **Vzájemné interakce s jinými léčivými přípravky:** Současné podávání treprostinilu s diuretiky, antihypertenzivy či jinými vazodilatátory zvyšuje riziko systémové hypotenze. Současné podávání treprostinilu s inhibitory agregace trombocytů, včetně NSAID, donory oxidu dusnatého nebo antikoagulanty může zvýšit riziko krvácení. U pacientů užívajících antikoagulanty je třeba se vyhnout současnému podávání jiných inhibitorů trombocytů. Plazmatická clearance treprostinilu může být lehce snížena u pacientů léčených furosemidem. Společné podávání inhibitoru enzymu cytochromu P450 (CYP) 2C8 (např. gemfibrozil) může zvýšit expozici treprostinilu (jak Cmax, tak AUC). Společné podávání induktoru enzymu CYP2C8 (např. rifampicin) může snížit expozici treprostinilu. **Nežádoucí účinky:** Bolest hlavy, vazodilatace a zrudnutí, průjem, nauzea, zvracení, vyrážka, bolest čelistí, bolest v končetinách, myalgie, ataxie, bolest v místě vpichu, reakce v místě vpichu, krvácení nebo hematom, závrat, hypotenze, přírůdky plicní, pruritus, edém. Hlášení podezření na nežádoucí účinky pro registraci léčivého přípravku je důležité. Závažné zdravotnické pracovníky, aby hlásili podezření na nežádoucí účinky na adresu: SUKL, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10, Webové stránky: <https://www.sukl.cz/nahlasit-nejzaduci-ucinky>. **Uchování:** Nevýžaduje zvláštní podmínky uchování. **Doba použitelnosti:** U originálního balení - 3 roky; po prvním otevření - 30 dnů při 30 stupních Celsia. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Amomed Pharma GmbH, Storchengasse 1, 1150 Viede Rakousko. **Registrační čísla:** 834/45/14-C, 834/46/14-C, 834/47/14-C. **Datum revize textu:** 25.9.2019. **Způsob úhrady ZP:** Léčivý přípravek je hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Dříve, než přípravek předepíše, seznámte se s úplným souhrnem údajů o přípravku.

PRALUENT VÝZNAMNĚ SNÍŽIL ZÁVAŽNÉ

NEŽÁDOUCÍ KV PŘÍHODY (MACE).^{+1,2}



PRALUENT v kombinaci s maximálně tolerovanou dávkou statinu pomáhá snižovat riziko kardiovaskulárních příhod u pacientů s prokázaným aterosklerotickým KV onemocněním.¹

PRALUENT je jediný inhibitor PCSK9, který je spojen se snížením úmrtnosti z jakékoliv příčiny v KV studiích.^{*1,3,4}

Zkrácená informace o přípravku

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

Název přípravku: Praluent 75 mg injekční roztok v předplněném peru, Praluent 150 mg injekční roztok v předplněném peru. **Složení:** alirocumabum 75 mg nebo 150 mg v 1 ml roztoku. **Indikace:** Primární hypercholesterolemie a smíšená dyslipidémie: Přípravek Praluent je indikován k léčbě dospělých pacientů s primární hypercholesterolemí (heterozygotní familiární a nefamiliární) nebo se smíšenou dyslipidemií jako doplněk k dietním opatřením; v kombinaci se statinem nebo se statinem a jinou hypolipidemickou léčbou u pacientů, u kterých nelze dosáhnout cílových hodnot LDL cholesterolu maximální tolerovanou dávkou statinu, samostatně nebo v kombinaci s jinou hypolipidemickou léčbou u pacientů, kteří netolerují statiny nebo u kterých je podávání statinů kontraindikováno. **Prokázané aterosklerotické kardiovaskulární onemocnění:** Přípravek Praluent je indikován k léčbě dospělých s prokázaným aterosklerotickým kardiovaskulárním onemocněním ke snížení kardiovaskulárního rizika snížením hladin LDL-C, jako doplněk korigující další rizikové faktory: v kombinaci s maximální tolerovanou dávkou statinu a jinou hypolipidemickou léčbou či bez ní, nebo samostatně nebo v kombinaci s jinou hypolipidemickou léčbou u pacientů, kteří netolerují statiny nebo u kterých je podávání statinů kontraindikováno. **Dávkování a způsob podání:** Obvyklá počáteční dávka alirocumabu je 75 mg podaných subkutánně jednou za 2 týdny. U pacientů, u kterých je zapotřebí výraznější snížení LDL cholesterolu (> 60 %), může být počáteční dávka 150 mg podávána jednou za 2 týdny nebo dávka 300 mg jednou za 4 týdny podávána subkutánně. Pro podání dávky 300 mg je zapotřebí podat následně 2 injekce s obsahem 150 mg do dvou rozdílných míst aplikace. Subkutánní podání do stehna, břicha nebo horní části paže. Bezpečnost a účinnost přípravku Praluent u dětí a dospívajících ve věku do 18 let nebyla dosud stanovena. U starších pacientů není nutná úprava dávky. U pacientů s mírnou nebo se středně závažnou poruchou funkce jater nebo ledvin není nutná úprava dávky. Každé předplněné pero nebo předplněná injekční stříkačka je pouze pro jednorázové použití. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Před zahájením léčby je nutno vyloučit sekundární příčiny hyperlipidemie nebo smíšené dyslipidemie. Alirocumab má být u pacientů se závažnou poruchou funkce ledvin a jater používán s opatrností. Pokud se vyskytnou známky a příznaky závažných alergických reakcí, léčba alirocumabem musí být ukončena a musí být zahájena vhodná symptomatická léčba. Aby se zlepšila sledovatelnost biologických léčivých přípravků má se přehledně zaznamenat název podané dávky a číslo šarže. **Interakce:** Alirocumab je biologický léčivý přípravek, nepředpokládá se jeho farmakokinetický vliv na jiné léčivé přípravky a na izoenzymy cytochromu P450. Statiny a jiná hypolipidemická terapie zvyšují produkci PCSK9, což vede ke zvýšení clearance touto cestou a ke snížení systémové expozice alirocumabu.

Fertilita, těhotenství a kojení: Používání alirocumabu se nedoporučuje během těhotenství, pokud klinický stav ženy nevyžaduje léčbu alirocumabem. Není známo, zda se alirocumab vylučuje do lidského mateřského mléka, je nutné rozhodnout, zda v tomto období přerušit kojení nebo přerušit používání alirocumabu. Nejsou k dispozici žádné údaje o nepříznivých účincích na plodnost u lidí. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Nežádoucí účinky: Časté: známky a příznaky onemocnění horních cest dýchacích, svědění, reakce v místě injekce (erytém/zčervenání, svědění, otoky, bolest/citlivost). **Vzácné:** hypersenzitivita, hypersenzitivní vaskulitida, kopivka, numulární ekzém. **Předávkování:** Nutná symptomatická léčba. **Zvláštní opatření pro uchování:** uchovávat v chladničce (2 °C–8 °C). Chránit před mrazem. Mimo chladničku max. 30 dní, chránit před světlem, při teplotě do 25 °C. **Balení:** 1, 2 nebo 6 předplněných per. **Držitel rozhodnutí o registraci:** sanofi-aventis groupe 54, rue La Boétie; F – 75008 Paris; Francie. **Registrační číslo:** EU/1/15/1031/001-12. **Datum revize textu:** 2. 6. 2020.

Před použitím přípravku se seznámte s úplnou informací o přípravku. Použití léčivého přípravku je s ohledem na veřejný zájem koncentrováno do specializovaných pracovišť, které jej účtují jako zvlášť účtovaný přípravek zdravotní pojišťovně na základě smlouvy uzavřené mezi ním a zdravotní pojišťovnou. V takovém případě je plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Souhrn údajů o přípravku obdržíte na adrese: sanofi-aventis, s.r.o., Evropská 846/176a, 160 00 Praha 6, tel. 233 086 111, fax 233 086 222, www.sanofi-aventis.cz.

[†]Závažná nežádoucí kardiovaskulární příhoda (MACE) = primární cílový ukazatel je složený a zahrnuje ICHS úmrtí, nefatální infarkt myokardu, fatální a nefatální ischemickou cévní mozkovou příhodu nebo nestabilní anginu vyžadující hospitalizaci.

[‡]Pouze nominální statistická významnost podle hierarchické shlukové analýzy (HR 0,85, 95% CI: 0,73, 0,98).

AKS = akutní koronární syndrom; **KV** = kardiovaskulární; **LDL-C** = cholesterol v lipoproteinech s nízkou hustotou; **PCSK9I** = inhibitor proprotein konvertázy subtilisin/kexin typu 9.

Literatura:

1. Souhrn údajů o přípravku PRALUENT, datum poslední revize textu 2. 6. 2020.
2. Schwartz et al. *N Engl J Med* 2018;379:2097-107.
3. SPC přípravku Repatha.
4. Sabatine S. M. et al. Evolocumab and Clinical Outcomes in Patients with Cardiovascular Disease *N Engl J Med* 2017;376:1713-22.

1 MILLION PATIENTS. CONTINUED INNOVATION.

20+
YEARS OF
REVEAL™ ICM

**INDUSTRY-
LEADING AF
DETECTION
ACCURACY**
8X FEWER FALSE
POSITIVE AF
EPISODES^{1,2}

700+
PUBLISHED
CLINICAL
ARTICLES AND
ABSTRACTS³

1998



Reveal™ ICM

2000



Reveal™ Plus ICM

2007



Reveal™ DX ICM

2009



Reveal™ XT ICM

2014



Reveal LINQ™ ICM

2017



TruRhythm™ Detection
Inside Reveal LINQ™ ICM

2018

**1 Million
Patients
Monitored⁴**

Today — the world's
smallest, most
accurate Insertable
Cardiac Monitor^{1,2,5}

References

¹ Purerfellner H, Sanders P, Sarkar S, et al. Adapting detection sensitivity based on evidence of irregular sinus arrhythmia to improve atrial fibrillation detection in insertable cardiac monitors. *Europace*. November 1, 2018;20(F1_3):f321-f328. ² Nolkner G, Mayer J, Boldt LH, et al. Performance of an Implantable Cardiac Monitor to Detect Atrial Fibrillation: Results of the DETECT AF Study. *J Cardiovasc Electrophysiol*. December 2016;27(12):1403-1410. ³ Medtronic Reveal™ publications. Data on file. 2018. ⁴ Medtronic Reveal™ ICM family data. Data on file. 2018. ⁵ Reveal LINQ Comparison Guide. 2018.

Indications, Safety, and Warnings

See the device manual for detailed information regarding the instructions for use, the implant procedure, indications, contraindications, warnings, precautions, and potential adverse events. If using an MRI SureScan™ device, see the MRI SureScan technical manual before performing an MRI. For further information, contact your local Medtronic representative and/or consult the Medtronic website at www.medtronic.com.

Consult instructions for use at this website. Manuals can be viewed using a current version of any major internet browser. For best results, use Adobe Acrobat Reader® with the browser.



www.medtronic.com/manuals

Important Reminder

This information is intended only for users in markets where Medtronic products and therapies are approved or available for use as indicated within the respective product manuals. Content on specific Medtronic products and therapies is not intended for users in markets that do not have authorization for use.

Brief Statement:

See the device manual for detailed information regarding the implant procedure, indications, contraindications, warnings, precautions, and potential adverse events.

Learn More at: Medtronic.com/1MillionRevealPatients

Medtronic
Further, Together

Your Partner in

**VALVE REPAIR
(MITRACLIP)**



**LAA OCCLUSION
(AMULET)**



**TAVI
(PORTICO)**





ZVÝŠENÝ LDL-C JE JIŽ MINULOSTÍ

PŘIDÁNÍM PŘÍPRAVKU REPATHA® MAXIMALIZUJTE ÚČINNOST OD ZAČÁTKU¹

1. SPC Repatha, 14. dubna 2020.

AMGEN

Cardiovascular

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

 **Repatha®**
(evolokumab)

Zkrácená informace o léčivém přípravku REPATHA

Název léčivého přípravku: Repatha 140 mg injekční roztok v předplněném peru. **Kvalitativní a kvantitativní složení:** Jedno předplněné pero obsahuje evolokumabum 140 mg v 1 ml roztoku. **Léková forma:** Injekční roztok (injekce) v předplněném peru (SureClick). **Terapeutické indikace:** Léčba primární hypercholesterolemie (heterozygotní familiární a nefamiliární) nebo smíšené dyslipidemie u dospělých jako přídatek 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 prokázaného 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. v monoterapii nebo v kombinaci s dalšími hypolipidemiky u pacientů, kteří netolerují statin nebo u kterých je statin kontraindikován. **Dávkování a způsob podání:** Podává se subkutánně do břicha, stehna nebo do horní oblasti paže. **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 aferézě mohou zahájit léčbu dávkou 420 mg 1x za 2 týdny, aby toto schéma odpovídalo cyklu aferéz. **Prokázané aterosklerotické kardiovaskulární onemocnění u dospělých:** Doporučená dávka 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:** * Sledovatelnost. Má se přehledně zaznamenat název podaného léčivého přípravku a číslo sáře. **Buřinka funkce jater (Child-Pugh C)** nebyl studován a evolokumab se má používat s opatrností. Suchý přírodní kaučuk. Kytí skleněné předplněné injekční stříkačky je vyroben ze suchého přírodního kaučuku (derivát latexu), který může vyvolávat závažné alergické reakce. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Nebyly provedeny žádné studie interakcí. V klinických studiích byla hodnocena farmakokinetická interakce mezi statiny a evolokumabem. Při použití kombinace statinu a evolokumabu není nutná úprava dávek statinu. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Údaje o podávání těhotným ženám jsou omezené nebo nejsou k dispozici. V těhotenství lze použít pouze tehdy, když klinický stav ženy vyžaduje léčbu evolokumabem. Není známo, zda se evolokumab vylučuje do lidského mateřského mléka. Riziko pro kojené novorozence/kojenice nelze vyloučit. Na základě posouzení prospěšnosti kojení pro dítě a prospěšnosti léčby pro matku je nutno rozhodnout, zda přerušit kojení nebo ukončit podávání přípravku Repatha. Nejsou k dispozici žádné údaje o vlivu evolokumabu na fertilitu u člověka. **Nežádoucí účinky:** * Nejčastěji hlášené nežádoucí účinky při podávání doporučených dávek jsou 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 uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Amgen Europe B.V., Minervum 7061, 4817 ZK Breda, Nizozemsko. **Registrační číslo EU/1/15/1016/003 Datum revize textu:** 14. dubna 2020.

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

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

URČENO PRO ODBORNOU VEŘEJNOST.

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

SC-CZ-AMG145-00035

Date of preparation: July 2020 – CZ-P-145-1116-040642(8)a(1)

ADEMPAS[®] (riociguatum)

Pomáhá pacientům s CTEPH.* Udělejme krok vpřed.^{1, 3}

Adempas[®] je první a jediný lék určený k léčbě dospělých pacientů s WHO funkční třídou II až III s inoperabilní CTEPH (chronickou tromboembolickou plicní hypertenzí) a perzistentní nebo rekurentní CTEPH po chirurgické léčbě, pro zlepšení funkční zdatnosti.^{1, 2, 3}



Adempas[®]
riociguatum



Zkrácená informace o přípravku Adempas® 0,5 mg, 1,0 mg, 1,5 mg, 2,0 mg, 2,5 mg.

Složení: Jedna potahovaná tableta obsahuje riociguatam 0,5 mg, 1,0 mg, 1,5 mg, 2,0 mg nebo 2,5 mg. **Indikace:** 1. K léčbě dospělých pacientů s WHO funkční třídou II až III s inoperabilní CTEPH (chronickou tromboembolickou plicní hypertenzí), perzistentní nebo rekurentní CTEPH po chirurgické léčbě, po zlepení funkční zdatnosti. 2. V monoterapii nebo v kombinaci s antagonisty receptoru pro endotelin, k léčbě dospělých pacientů s PAH s WHO funkční třídou II až III ke zlepšení funkční zdatnosti. Účinnost byla prokázána u pacientů s PAH včetně pacientů s idiopatickou nebo vrozenou PAH nebo PAH způsobenou onemocněním pojivové tkáně. **Dávkování:** Doporučená úvodní dávka je 1 mg třikrát denně po dobu 2 týdnů. Dávka se má zvyšovat po 0,5 mg třikrát denně každé dva týdny na maximální dávku 2,5 mg třikrát denně, pokud je systolický krevní tlak ≥ 95 mmHg a pacient nemá žádné známky nebo příznaky hypotenze. Pokud klesne systolický krevní tlak pod 95 mmHg, dávka má být udržována za předpokladu, že pacient nemá žádné známky nebo příznaky hypotenze. Pokud klesne systolický krevní tlak pod 95 mmHg a pacient má známky nebo příznaky hypotenze, má být aktuální dávka snížena o 0,5 mg třikrát denně. Maximální celková denní dávka je 7,5 mg (to je 2,5 mg 3x denně). V případě přechodu mezi inhibitory PDES a riociguátem, užívání sildenafilu (resp. tadalafilu) musí být přerušeno nejméně 24 (resp. 48) hodin před podáním riociguátu. Užívání riociguátu musí být přerušeno alespoň 24 hodin před podáním inhibitory PDES. **Zvláštní upozornění:** Bezpečnost a účinnost u dětí a dospívajících ve věku do 18 let nebyla stanovena. Preklinické údaje prokázaly nežádoucí účinek na růst kostí. Dokud nebude známo více o důsledcích těchto zjištění, je třeba se použití riociguátu u dětí a u dospívajících v období růstu vyvarovat. U pacientů ve věku 65 let nebo starších je vyšší riziko hypotenze, a proto je třeba zvláštní opatrnost v průběhu individuální titrace dávky. Údaje u pacientů se závažnou poruchou funkce ledvin (clearance kreatininu < 30 ml/min) jsou omezené a u dialyzovaných pacientů nejsou dostupné žádné údaje. Proto se preparát Adempas u těchto pacientů nedoporučuje. Studie s riociguátem byly provedeny především u forem plicní arteriální hypertenze souvisejících s idiopatickou nebo vrozenou PAH a PAH související s onemocněním pojivové tkáně. Použití riociguátu u jiných forem PAH, které nebyly hodnoceny, se nedoporučuje. Plicní venookluzivní choroba: Podávání riociguátu se takovým pacientům nedoporučuje pro možné zhoršení kardiovaskulárního stavu působením vazodilatační látky. Krvácení z dýchacího traktu: U pacientů s plicní hypertenzí je zvýšená pravděpodobnost krvácení z dýchacího traktu, zvláště u pacientů, kteří dostávají antikoagulační léčbu. Při léčbě riociguátem může být riziko závažného a fatálního krvácení z dýchacího traktu zvýšené. Podávání riociguátu je třeba se vyvarovat u pacientů s anamnézou závažné hemoptýzy včetně případů léčených bronchiální arteriální embolizací. V případě krvácení z dýchacího traktu má předepisující lékař pravidelně vyhodnocovat poměr přínosu a rizika pokračování v léčbě. **Kontraindikace:** Současné podávání s inhibitory PDES (např. sildenafil, tadalafil, vardenafil). Závažná porucha funkce jater (Child-Pugh C). Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Těhotenství. Současné podávání s nitráty nebo donory oxidu dusnatého (např. amylnitrit) v jakékoli formě. Pacienti se systolickým krevním tlakem < 95 mmHg při zahájení léčby. Pacienti s plicní hypertenzí asociovanou s idiopatickými intersticiálními pneumoniemi (HIP-IIH). **Současné užívání s dalšími léčivými přípravky:** Riociguát a jeho hlavní metabolit jsou silnými inhibitory CYP1A1 *in vitro*. Proto není možné vyloučit klinicky významné lékové interakce se současně užívanými léky, které podstupují významnou biotransformaci zprostředkovanou CYP1A1, jako je erlotinib nebo granisetron. Současné použití riociguátu se silnými inhibitory cytochromu P450 (CYP) a P-glykoproteinu Pgp/BCRP (proteinu rezistence karcinomu prsu), jako jsou azolová antymykotika (např. ketokonazol, posakonazol, itraconazol) nebo inhibitory H1V proteázy (např. ritonavir), vede ke zvýšené expozici riociguátu. Před podáním přípravku Adempas pacientům na stabilních dávkách silných inhibitorů CYP a P-gp/BCRP by se měl zhodnotit poměr přínosu a rizika individuálně u každého pacienta a ke zmírnění rizika hypotenze by se mělo zvážit snížení dávky a monitorování známek a příznaků hypotenze. Ke zmírnění rizika hypotenze v případě zahájení léčby přípravkem Adempas u pacientů na stabilních dávkách silných inhibitorů CYP a P-gp/BCRP, jako jsou například obsaženy v HAART léčbě, by se mělo zvážit snížení počáteční dávky. Doporučuje se u těchto pacientů monitorovat známky a příznaky hypotenze. U pacientů na stabilních dávkách přípravku Adempas se nedoporučuje zahájení léčby silnými inhibitory CYP a P-gp/BCRP, protože vzhledem k omezeným údajům nelze přesně doporučit dávkování. Současné použití riociguátu se silnými inhibitory CYP1A1, jako je inhibitor tyrosinkinázy erlotinib a silné inhibitory P-glykoproteinu Pgp/BCRP, jako je imunosupresivum cyklosporin A, může zvyšovat expozici riociguátu. Tyto léčivé přípravky by se měly používat s opatrností. Krevní tlak by měl být monitorován a mělo by být zváženo snížení dávky riociguátu. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Závráté byly hlášeny jako nežádoucí účinek a mohou ovlivnit schopnost řídit a obsluhovat stroje. Před řízením nebo obsluhou strojů by si pacienti měli být vědomi, jak reagují na tento přípravek. **Těhotenství a kojení:** Adempas je v těhotenství kontraindikován. Doporučuje se provádět každý měsíc těhotenský test. Ženy ve fertilním věku musí během léčby přípravkem Adempas používat účinnou antikoncepci. Vzhledem k možným závažným nežádoucím účinkům u kojenců dětí se přípravek Adempas během kojení nemá podávat. **Nežádoucí účinky:** Většina nežádoucích účinků je způsobena relaxací buněk hladké svalstva cév nebo gastrointestinálního traktu. Nejčastěji hlášené nežádoucí účinky vyskytující se u ≥ 10 % pacientů léčených přípravkem Adempas (až do dávky 2,5 mg třikrát denně) byly bolest hlavy, závrate, dyspepsie, periferní edém, nauzea, průjem a zvracení. Závažná hemoptýza a plicní krvácení, včetně případů vedoucích k úmrtí, byly pozorovány u pacientů s diagnózou CTEPH nebo PAH léčených přípravkem Adempas. Podrobnější informace najdete v úplném souhrnu informací o přípravku Adempas. **Doba použitelnosti:** 3 roky. **Druh obalu a velikost balení:** PP/Al blistr. 42, 84, 90 nebo 294 potahovaných tablet. Na trhu nemusí být všechny velikosti balení. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Bayer AG, 51368 Leverkusen, Německo. **Registrační čísla:** EU/1/13/907/001 až 020. **Datum první registrace:** 27. března 2014. **Poslední revize textu:** 28. 2. 2019. Přípravek je vázán na lékařský předpis. V indikaci CTEPH je přípravek hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, není hrazen v indikaci PAH. Dříve než přípravek předepíšete, seznámte se, prosím, s úplným souhrnem údajů o přípravku, který naleznete na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky (EMA) <http://ema.europa.eu> nebo na adrese zástupce držitele rozhodnutí o registraci v ČR: Merck Sharp & Dohme s.r.o., Na Valentíně 4, 150 00 Praha 5, www.msd.cz. POUZE PRO ODBORNOU VĚŘEJNOST.

* CTEPH = chronická tromboembolická plicní hypertenze

** Byla provedena randomizovaná, dvojitě zaslepená, mezinárodní, placebem kontrolovaná studie fáze III (CHEST 1) u 261 dospělých pacientů s inoperabilní chronickou tromboembolickou plicní hypertenzí (CTEPH) (72 %) nebo perzistentní či rekurentní CTEPH po plicní endarterektomii (PEA; 28 %). Primárním cílovým parametrem studie byl rozdíl v šestiminutovém testu chůzí (6MWD), který byl hodnocen při poslední návštěvě (týden 16) vůči výchozímu stavu, ve srovnání s pacienty užívajícími placebo.

Reference: 1. SPC přípravku Adempas® (riociguatam). 2. www.sukl.cz. 3. Ghofrani HA, D'Armini A, Grimminger F et al. Riociguat for the treatment of chronic thromboembolic pulmonary hypertension. *N Engl J Med* 2013;369:3129-29.



© Copyright Merck Sharp & Dohme s.r.o., 2020. Všechna práva vyhrazena.
Merck Sharp & Dohme s.r.o., Na Valentíně 3336/4, 150 00 Praha 5, Česká republika.
Tel.: +420 233 010 111, e-mail: dpoc_czechslovak@merck.com, www.msd.cz

CZ-ADE-00022 (1.0.)



Entresto™

sacubitril/valsartan

Entresto™ pomáhá pacientům se symptomatickým chronickým srdečním selháním se sníženou ejekční frakcí **žít déle, s nižším rizikem hospitalizací a cítit se lépe.**¹⁻⁵

20%

snížení rizika kardiovaskulárního úmrtí
oproti enalaprilu ($p < 0,001$)^{1,2}

21%

snížení rizika hospitalizace kvůli srdečnímu selhání
oproti enalaprilu ($p < 0,001$)^{1,2}



Lepší kvalita života
ve srovnání s enalapilem²⁻⁵



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.

Entresto 24 mg/26 mg potahované tablety • Entresto 49 mg/51 mg potahované tablety • Entresto 97 mg/103 mg potahované tablety

Zkrácená informace • **Stožení:** Jedna potahovaná tableta obsahuje 24,3 mg, 48,6 mg nebo 97,2 mg sacubitrilu a 25,7 mg, 51,4 mg nebo 102,8 mg valsartanu (jako komplex sodné soli sacubitril-valsartan). **Indikace:** K léčbě symptomatického chronického srdečního selhání s redukcí ejekční frakcí u dospělých pacientů. **Dávkování:** Doporučená zahajovací dávka přípravku Entresto je jedna tableta 49 mg/51 mg dvakrát denně. Dávka by měla být zvojnásobena za 2-4 týdny do dosažení cílové dávky jedna tableta 97 mg/103 mg dvakrát denně, podle tolerance pacienta. Při problémech s tolerancí (systolický krevní tlak ≤ 95 mmHg, symptomatická hypotenze, hyperkalemie, renální dysfunkce) se doporučuje úprava dávek souběžných léčivých přípravků, přechodná titrace dávek přípravku Entresto směrem dolů nebo jeho vysazení. **Kontraindikace:** Současné užívání s ACE inhibitory. Přípravek Entresto nesmí být podán do 36 hodin po ukončení léčby ACE inhibitory, angioedém související s předchozí léčbou ACE inhibitory nebo s léčbou ARB v anamnéze. Dědičný nebo idiopatický angioedém. Současné užívání s léčivými přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo u pacientů s poruchou funkce ledvin (eGFR < 60 ml/min/1,73 m²). Závažná porucha funkce jater, biliární cirhóza a cholestáza. Druhý a třetí trimestr těhotenství. Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění/varování:** Duální blokáda RAAS • Léčba přípravkem Entresto nesmí být zahájena do 36 hodin po užití poslední dávky ACE inhibitoru. Pokud je léčba přípravkem Entresto ukončena, léčba ACE inhibitorem 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 jiným přípravkem obsahujícím ARB. **Hypotenze** • Léčba nemá být zahájena, pokud STK není ≥ 100 mmHg. U pacientů léčených přípravkem Entresto byly hlášeny případy symptomatické hypotenze, zejména u pacientů ve věku ≥ 65 let, pacientů s renálním onemocněním a pacientů s nízkým STK (< 112 mmHg). Při zahajování léčby přípravkem Entresto nebo během titrace jeho dávky je třeba rutinně monitorovat krevní tlak. Symptomatická hypotenze se objeví pravděpodobněji, pokud by pacient v objemové deplaci, např. při léčbě diuretiky, dietním omezení soli, příjmu nebo zvracení. Deplece sodíku a/nebo objemové deplece mají být korigovány před zahájením léčby přípravkem Entresto, ale tato korektivní akce musí být pečlivě vyvážena oproti riziku objemového přetížení. **Porucha funkce ledvin** • Pacienti s lehkou a středně těžkou a těžkou poruchou funkce ledvin podléhají většímu riziku rozvoje hypotenze. U pacientů v terminálním stádiu renálního onemocnění se podávání přípravku Entresto nedoporučuje. Užívání přípravku Entresto může být spojeno se sníženou funkcí ledvin. Riziko může být dále zvýšeno 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 známk 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, glottis nebo hrtanu, je třeba nasadit rychlou vhodnou terapii, například 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 vnímavost k rozvoji angioedému. **Že se stenozy renální arterie** • Přípravek Entresto může zvyšovat hladinu urey v krvi a kreatininu v séru u pacientů s bilaterální nebo unilaterální stenozy renální arterie. U pacientů se stenozy 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 šetrnými diuretiky včetně antagonistů mineralokortikoidů (např. spironolakton, triamteren, amilorid), náhradami draslíku nebo solmi s obsahem draslíku, nesteroidními antirevmatiky včetně selektivních COX-2 inhibitorů, inhibitory OATP1B1, OATP1B3, OAT3 (např. rifampin, cyklosporin) nebo MP22 (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 kojenců novorozenci/děti se přípravek nedoporučuje během kojení. **Nežádoucí účinky: Velmi časté:** Hyperkalemie, hypotenze, porucha funkce ledvin. **Časté:** Kašel, anémie, hypokalemie, hypoglykémie, závrat, bolest hlavy, synkopa, ortostatická hypotenze, průjem, nauzea, gastitida, 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, 56, 168 nebo 196 potahovaných tablet nebo vícenásobná balení obsahující 168 (3 balení po 56) nebo 196 (7x28) potahovaných tablet (pouze dvě nejvyšší síly). **Poznámka:** Dříve než lék předepíšete, přečtěte si pečlivě úplnou informaci o přípravku. **Reg. č.:** EU/1/15/1058/001-016. **Datum registrace:** 19.11.2015. **Datum poslední revize textu SPC:** 27.11.2019. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novartis Europharm Limited, Vista Building Elm Park, Merlion Road, Dublin 4, Irsko. **Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.**

REFERENCE: 1. SPC přípravku Entresto. Poslední verze textu 27.11.2019. 2. McMurray JJV et al. NEJM 2014;371:993-1004. 3. Packer et al. Circulation 2015;131:54-61. 4. Lewis EF et al. Circ Heart Fail 2017;10:e003430. 5. Chandra A et al. JAMA Cardiol 2018;3(6):498-505.

ENTRESTO™
je ochranná známka
společnosti Novartis AG.

Novartis s.r.o., Na Pankrázi 1724/129
140 00 Praha 4, tel.: +420 225 775 111
www.novartis.cz, info.cz@novartis.com

CZ1912781265/12/2019



NOVARTIS | Reimagining Medicine

PRVNÍ PERORÁLNÍ
ANTIKOAGULANS SE
SPECIFICKÝM ANTIDOTEM¹

VAŠE PŘEDVÍDAVOST, JEHO BUDOUCNOST.

PRADAXA[®]



Bezpečnostní profil
ověřený reálnou praxí²⁻¹³



Bezpečnost ještě umocněna
možností okamžitého zvrácení
účinku¹

Pradaxa[®]
dabigatran-etexilát

Praxbind[®]
idarucizumab

Closing the Circle

PC-CZ-100363

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

*Všimněte si prosím změny v informacích o léčivém přípravku.

Zkrácená informace o přípravku Pradaxa 150 mg tvrdé tobolky, Pradaxa 110 mg tvrdé tobolky

Sození: Jedna tvrdá tobolka obsahuje 110/150 mg dabigatranu elexilatum. **Indikace:** Prevence cévní mozkové příhody a systémové embolie u dospělých pacientů s nevalvulární fibrilací síní s jedním nebo více rizikovými faktory jako je cévní mozková příhoda nebo tranzitorní ischemická ataka (TIA) v anamnéze; věk ≥ 75 let; srdeční selhání (NYHA třída $\geq$ II); diabetes mellitus; hypertenze (SPAF). Léčba hluboké žilní trombózy (DVT) a plicní embolie (PE) a prevence rekurence DVT a PE u dospělých pacientů. **Dávkování a způsob podání:** SPAF: Doporučená denní dávka je 300 mg (1 tob. po 150 mg 2 x denně). Léčba musí být dlouhodobá. DVT/PE: Doporučená denní dávka je 300 mg (1 tob. po 150 mg 2 x denně) po léčbě parentálními antikoagulanty $\geq$ 5 dní. Délka léčby je individuální po posouzení přínosu vs. rizika léčby. Tobolku polykat celou, neotvírat, protože tím může být zvýšeno riziko krvácení. Dávka 220 mg (1 tob. po 110 mg 2 x denně) – věk 80 let a vyšší, současné užívání verapamilu. Pro následující pacienty by měla být zvolena denní dávka přípravku 300 mg nebo 220 mg dle individuálního posouzení rizika tromboembolie nebo rizika krvácení: věk 75–80 let; stří. těžká porucha funkce ledvin; gastritida, ezofagitida nebo gastroezofageální reflux; ostatní se zvýšeným rizikem krvácení. Funkce ledvin by měla být zhodnocena výpočtem CrCl před zahájením léčby, aby byli vyloučeni pacienti s těžkou poruchou funkce ledvin (tj. CrCl < 30 ml/min). U pacientů léčených přípravkem Pradaxa by měla být funkce ledvin posuzována nejméně 1 x ročně nebo častěji podle potřeby. ***Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou nebo pomocnou látku přípravku; těžká porucha funkce ledvin (CrCl < 30 ml/min); klinicky významné aktivní krvácení; organické léze nebo stavy, jestliže jsou považovány za významné rizikové faktory závažného krvácení. Mohou to být nedávne gastrointestinální ulcerace, přítomnost maligních nádorů s vysokým rizikem krvácení, nedávne poranění mozku nebo páteře, nedávny chirurgický výkon v oblasti mozku, páteře nebo oka, nedávne intrakraniální krvácení, známá přítomnost nebo podezření na jícnové varixy, arteriovenózní malformace, cévní aneurysmata nebo závažné intraspinnální či intracerebrální cévní anomálie; souběžná léčba jinými antikoagulanty např. nefrakcionovaný heparin, nízkomolekulární hepariny, deriváty heparinu, perorální antikoagulantia kromě zvláštních situací, kdy dochází ke změně antikoagulační léčby nebo je nefrakcionovaný heparin podáván v dávkách nutných k udržení průchodnosti centrálních žilních nebo arteriálních katetrů; porucha funkce jater nebo jaterní onemocnění ovlivňující přejití; souběžná léčba systémově podávaným ketokonazolem, cyklosporinem, itraconazolem, dronedaronem a fixní kombinací dávek glekapreviru/pibrentaviru, *umělá náhrada srdeční chlopně vyžadující antikoagulační léčbu. **Zvláštní upozornění:** Nedoporučuje se podávat pacientům s dvojnásobným zvýšením hodnot jaterních testů nad horní hranici normy. Dabigatran 150 mg 2x denně byl spojen s vyšším výskytem závažných gastrointestinálních krvácení. Pozorováno u pacientů 75 let a starších. K prevenci možno podat PPI. Opatrně podávat u pacientů se zvýšeným rizikem krvácení. Faktory zvyšující riziko krvácení: věk ≥ 75 let, CrCl 30–60 ml/min., současné podávání inhibitorů glykoproteinu P (např. amiodaronu, chinidinu, verapamilu), hmotnost < 50 kg, ASA, klopidoagrel, *tikagrelor, NSAID, SSRI, SNRI, jiné léky ovlivňující hemostázu, poruchy koagule, trombocytopenie, poruchy funkce trombocytů, nedávna biopsie, závažné zranění, bakteriální endokarditida. Aktuální chirurgický a jiný výkon: léčbu dočasně přerušit; pokud je to možné, výkon odložit nejméně o 12 hod. Nedoporučuje se podávat u pacientů podstupujících anestezii s pooperačním ponecháním epidurálně zavedeného katetru. **Interakce:** Nefrakcionovaný heparin, nízkomolekulární heparin a deriváty heparinu, (fondaparinux, desirudin), trombolitika, antagonisté vitamínu K, rivaroxaban nebo jiná perorální antikoagulantia, látky ovlivňující agregaci krevních destiček (GPIIb/IIIa, tiklopidin, prasugrel, tikagrelor, dextran a silyfingyrazin) – žádná nebo omezené zkušenosti a může být zvýšené riziko krvácení. Současné podávání ASA, klopidoagrelu, NSAID zvyšuje riziko krvácení. Dabigatran elexilat a dabigatran nejsou metabolizovány v systému cytochromu P450, proto nejsou předpokládány související lékové interakce. Inhibitory glykoproteinu P: amiodaron, verapamil, chinidin, ketokonazol, dronedaron, kloritrimycin a tikagrelor – pečlivé sledování, k identifikaci zvýšeného rizika krvácení možno použít aPTT a dTT testy. Vyhnuť se současnému podávání se silnými induktory glykoproteinu P (fexofadina, letečková, karbamazepin, rifampicin). **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášeným je krvácení. Cílené, bolest hlavy, průjem, nauzea (SPAF); epistaxe, dyspepsie, gastrointestinální krvácení, kožní krvácení, urogenitální krvácení (SPAF, DVT/PE); rektální krvácení (DVT/PE). **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávat v původním obalu, chránit před vlhkostí. **Datum poslední revize textu:** 14. 5. 2020. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Ingelheim am Rhein, Německo **Registrační č.:** Pradaxa 110 mg EU/1/08/442/005-007; Pradaxa 150 mg EU/1/08/442/011. Přípravek schválen i v indikaci Primární prevence žilních tromboembolií u dospělých pacientů po elektivní náhradě kyčelního nebo kolenního kloubu. **Výdej pouze na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před podáním se seznáme s úplnou informací o přípravku.**

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. Na toto sledování je žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. Podrobnosti o hlášení nežádoucích účinků viz bod 4.8. SPC přípravku.

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

Sození: 1 ml injekčního/infuzního roztoku obsahuje idarucizumabum 50 mg. Jedna injekční lahvička obsahuje idarucizumabum 2,5 g v 50 ml. **Léková forma:** Injekční/infuzní roztok **Indikace:** Specifický přípravek k reverzi účinku dabigatranu. Je indikován u dospělých pacientů léčených přípravkem Pradaxa (dabigatran-elexilat) v situacích, kdy je třeba urychleně zvrátit jeho antikoagulační účinky: při naléhavých chirurgických/urgentních výkonech, při život ohrožujícím nebo nekontrolovaném krvácení. **Dávkování a způsob podání:** Omezeno pouze pro použití v nemocnici. Doporučená dávka je 5 g (2 x 2,5 g/50 ml). Podání druhé 5 g dávky lze zvážit v situacích: rekurence klinicky významného krvácení spolu s prodloužením doby srážení krve; pokud by potenciální obnovení krvácení bylo život ohrožující a zůstane se prodloužená doba srážení krve; pokud pacienti vyžadují další naléhavý chirurgický/urgentní výkon a vykazují prodlouženou dobu srážení krve. Relevarantními koagulačními parametry jsou aktivovaný parciální tromboplastinový čas (aPTT), diluovaný trombinový čas (dTT) nebo ekarinový koagulační čas (ECT). Praxbind (2 x 2,5 g/50 ml) se podává intravenózně jako dvě po sobě následující infuze, každá v délce 5 až 10 minut, nebo jako bolusová injekce. Pacienti s poruchou funkce ledvin, jater nebo ve věku ≥ 65 let nevyžadují žádnou úpravu dávky. Léčbu přípravkem Pradaxa (dabigatran-elexilat) lze znovu zahájit 24 hod. po podání přípravku Praxbind, pokud je pacient klinicky stabilní a bylo dosaženo odpovídající hemostázy. Po podání přípravku lze kdykoli zahájit jinou antitrombotickou terapii (např. nízkomolekulární heparin), pokud je pacient klinicky stabilní a bylo dosaženo odpovídající hemostázy. **Kontraindikace:** Žádné **Zvláštní upozornění:** Idarucizumab nezruší účinky jiných antikoagulantů, lze kombinovat se standardními podpůrnými opatřeními. Obsahuje 4 g sorbitolu, riziko léčby přípravkem Praxbind se u pacientů s hereditární intolerancí fruktózy musí zvážet oproti potenciálnímu přínosu léčby. Způsobuje přechodnou proteinurii jako fyziologickou reakci na nadbytek bílkovin procházejících ledvinami. Proteinurie nesvědčí o poškození ledvin. **Interakce:** Klinicky relevantní interakce s jinými léčivými přípravky se považují za nepravděpodobné. **Nežádoucí účinky:** Žádné nebyly zjištěny. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** V chladničce (2 °C – 8 °C), v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem, po otevření injekční lahvičky stabilita prokázána na dobu 6 hodin při pokojové teplotě. Neotevřenou injekční lahvičku lze před použitím uchovávat při pokojové teplotě (až do 30 °C) po dobu až 48 hodin, v původním obalu, chráněnou před světlem. Roztok nemá být vystaven světlu po dobu delší než 6 hodin. **Datum poslední revize textu:** 27. 7. 2020. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Ingelheim am Rhein, Německo **Registrační č.:** EU/1/15/1056/001 **Výdej pouze na lékařský předpis. Léčivý přípravek Praxbind je hrazen z veřejného zdravotního pojištění jako nemocniční léčivý přípravek na základě zařazení do seznamů Nléky (VZP) a NHVP (SZP). Před podáním se seznáme s úplnou informací o přípravku.**

SNIŽTE GLYKÉMII A CHRAŇTE SRDCE A LEDVINY - JIŽ DNES¹

xigduo
(dapagliflozin
a metformin HCl)

Potvrzeno ve studii DECLARE a daty z reálné praxe CVD-REAL:

DAPAGLIFLOZIN VÝZNAMNĚ SNIŽUJE RIZIKO KARDIORENÁLNÍCH KOMPLIKACÍ VAŠICH PACIENTŮ S DM 2. TYPU^{1,2}



FOR TODAY FOR TOMORROW LÉČBA DNES OVLIVNÍ BUDOUČNOST



Významné a dlouhodobé snížení
HbA_{1c}, hmotnosti a krevního tlaku¹



27% snížení hospitalizací
pro srdeční selhání¹



47% snížení rizika
progrese nefropatie¹

Zkrácená informace o léčivém přípravku XIGDUO® 5 mg/850 mg potahované tablety, XIGDUO® 5 mg/1 000 mg potahované tablety | Kvalitativní a kvantitativní složení: Dapagliflozinum 5 mg a metformini hydrochloridum 850 mg nebo 1000 mg v potahované tabletě. **Terapeutické indikace:** Přípravek Xigduo je indikován k léčbě diabetu 2. typu (DM2) jako doplněk k dietní a režimovým opatřením u pacientů, u kterých není glykémie dostatečně upravena maximální tolerovanou dávkou samotného metforminu, v kombinaci s dalšími léčivými přípravky, k léčbě diabetu u pacientů, u kterých není glykémie dostatečně upravena metforminem a těmito léčivými přípravky, u pacientů, kteří jsou již léčeni kombinací dapagliflozinu a metforminu v jednotlivých tabletách. Výsledky studií ve vztahu ke kombinované léčbě s jinými léčivými přípravky, vlivy na kontrolu glykémie a kardiovaskulární příhody a studované populace viz. SPC. **Dávkování a způsob podání:** Dospělí s normální funkcí ledvin (GFR ≥ 90 ml/min): jedna tableta dvakrát denně. U pacientů převáděných ze samostatných tablet s dapagliflozinem a metforminem má být celková denní dávka dapagliflozinu 10 mg a dávka metforminu stejná nebo co nejvíce podobná, jako dávka dosud užívaná. GFR má být vyšetřena před zahájením léčby přípravky s obsahem metforminu. Dávkování u pacientů s poruchou funkce ledvin: Maximální denní dávka metforminu je 3000 mg a má být rozdělena do 2-3 denních dávek. Maximální denní dávka dapagliflozinu je 10 mg. Léčba nemá být zahájena u pacientů s GFR < 60 ml/min a má být ukončena, pokud je hodnota GFR trvale nižší než 45 ml/min. Maximální dávka dapagliflozinu při GFR 45-59 ml/min je 10 mg, maximální denní dávka metforminu je 2000 mg. Zvláště u starších pacientů je nezbytné monitorovat funkci ledvin jako preventivní opatření metforminem navozené laktátové acidózy. Přípravek Xigduo se nesmí podávat pacientům s poruchou funkce jater. Přípravek Xigduo se podává dvakrát denně v průběhu jídla. **Kontraindikace:** Přípravek Xigduo je kontraindikován u pacientů s hypersenzitivitou na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku, s jakýmkoliv typem akutní metabolické acidózy (laktátové, diabetické ketacidózy), diabetickým předkomatózním stavem; závažným renálním selháním (GFR < 30 ml/min); akutními stavy, které potenciálně predisponují k alteraci funkce ledvin (dehydratace, závažná infekce, šok); akutním nebo chronickým onemocněním, které může vyvolat tkáňovou hypoxii; poruchou funkce jater; akutní intoxikací alkoholem, alkoholismem. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Laktátová acidóza je velmi vzácná, ale závažná metabolická komplikace v důsledku kumulace metforminu, složky Xigduo. Doporučuje se monitorovat funkci ledvin před zahájením léčby a následně v pravidelných intervalech. V důsledku mechanismu účinku zvyšuje dapagliflozin diurézu, která může vést k mimikmu snížení krevního tlaku. Opatrnosti je zapotřebí u pacientů, u kterých může pokles krevního tlaku vyvolat dapagliflozinem představit riziko. U pacientů léčených inhibitory sympathetického transportu pro sodík a glukózu (SGLT2) u rizikových pacientů je nutno užívat SGLT2 opatrně. Před zahájením léčby mají být pacienti vyšetřeni s ohledem na riziko DKA. Více informací viz SPC. Pokud se vyskytnou známky nebo symptomy ketacidózy, mají být pacienti poučeni, aby si změnil hladiny ketonů. Léčba má být přerušena u pacientů, kteří jsou hospitalizováni z důvodu velkých chirurgických výkonů nebo závažného akutního onemocnění a je doporučeno u nich monitorovat ketony (přednostně z krve). U pacientů užívajících SGLT2, včetně dapagliflozinu, byly velmi vzácně hlášeny případy Fourmeryovy gangrény. Vylučování glukosy močí může být spojeno se zvýšeným rizikem infekcí močových cest. Ve studiích s jiným SGLT2 byl pozorován zvýšený výskyt amputací na dolních končetinách a není známo, zda jde o skupinový účinek. Je důležité poučit pacienty o pravidelné preventivní péči o nohy. Metformin má být vysazen před nebo v době provedení operace či zobrazovacího vyšetření a jeho podávání nesmí být znovu zahájeno nejméně 48 hodin po provedení vyšetření a za předpokladu, že byla znovu vyhodnocena renální funkce a bylo zjištěno, že je stabilní. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Souběžné opakované podávání dávek dapagliflozinu a metforminu zdravým dobrovolníkům nemělo zásadně farmakokinetiku dapagliflozinu nebo metforminu. Dapagliflozin - může zvyšovat diuretický účinek thiazidů a kličkových diuretik a může zvyšovat riziko dehydratace a hypotenze. Pokud je dapagliflozin podáván v kombinaci s inzulinem nebo inzulinovými sekretagogy, je vhodné zvážit snížení dávek těchto přípravků, aby se snížilo riziko hypoglykémie. Metformin - konzumace alkoholu a přípravků s alkoholem se má vyloučit. Doporučuje se pečlivě monitorovat glykemické kontroly, pokud se souběžně podávají kationtové léčivé přípravky, které se eliminují renální tubulární sekrecí. Je třeba provádět častější kontroly krevní glukózy při léčbě glukokortikoidy, diuretiky a beta-2-agonisty. **Těhotenství a kojení:** Přípravek se nedoporučuje podávat v průběhu těhotenství ani kojení. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Pacienti mají být upozorněni na riziko hypoglykémie, pokud je dapagliflozin podáván souběžně s přípravky, které způsobují hypoglykémii. **Nežádoucí účinky:** S přípravkem Xigduo nebyly provedeny žádné terapeutické klinické studie, ale byla prokázána bioekvivalence přípravku Xigduo s dapagliflozinem a metforminem podávanými současně. Nejčastěji hlášeným nežádoucím účinkem byla hypoglykémie, závažná příklombovaná léčba se sulfonilmočovinou či přidáním k inzulinu, dále gastrointestinální symptomy. Častěji hlášenými nežádoucími účinky byly dále infekce pohlavních orgánů (vulvovaginitida, balanitida) a močových cest, poruchy chuti, závrat, dysurie, polyurie, bolest zad, zvýšený hematokrit, snížená renální clearance kreatininu během zahájení léčby, dyslipidémie a vyrážka. **Zvláštní opatření pro uchování:** Nevyžaduje se. **Druh obalu a velikost balení:** PVC/Alar/Al bariér. 60, resp. 196 potahovaných tablet v neperforovaných blistrech. **Držitel rozhodnutí o registraci:** AstraZeneca AB, SE 151 85 Södertälje, Švédsko. **Registrací číslo:** EU/113/900/04, EU/113/900/010, EU/113/900/012. **Datum revize textu:** 19. 11. 2019. © AstraZeneca 2019. Registrovaná ochranná známka XIGDUO je majetkem AstraZeneca plc. Referenční číslo dokumentu: 19112019APl. Přípravek Xigduo je v ČR částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přetiskněte si pozorně úplnou informaci o přípravku, kterou naleznete na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky (EMA) <http://ema.europa.eu> nebo na adrese zástupce držitele rozhodnutí o registraci v ČR: AstraZeneca Czech Republic s.r.o., U Trezorky 921/2, 158 00 Praha 5 - Jinonice, tel.: +420 222 807 111, www.astrazeneca.cz.

¹LP Forxiga, Xigduo prokázaly signifikantní snížení hospitalizací pro srdeční selhání, progresi chronického onemocnění ledvin a vzniku a progresi albuminurie

²Reference: 1. SmpC přípravku Forxiga, Xigduo. 2. Persson F et al., CVD-REAL Nordic, Diabetes Obesity and Metabolism 2017. DOI: 10.1111/domi.13077. 3. SÚKL, www.sukl.cz

AstraZeneca Czech Republic s. r. o., U Trezorky 921/2, 158 00 Praha 5 - Jinonice, tel.: +420 22 807 111, www.astrazeneca.cz

AstraZeneca



BRILIQUE™
ticagrelor

**MŮŽE
UDĚLAT
ROZDÍL**

**BRILIQUE® 90 mg SNIŽUJE KV MORTALITU
VS. CLOPIDOGREL PO 12 MĚSÍCÍCH¹**

-21%

PRODLOUŽENÉ PODÁVÁNÍ
BRILIQUE® 60 mg + ASA SNIŽUJE
U RIZIKOVÝCH PACIENTŮ PO IM
KV MORTALITU VS. ASA SAMOTNÁ³

-29%

AKS – akutní koronární syndrom / KV – kardiovaskulární / IM – infarkt myokardu

Zkrácená informace o přípravku BRILIQUE®

[illegible][illegible]

* Všechné údaje o nových informacích o přípravku, výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis a přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Předtím, než přípravek předepíše, pečlivě prostudujte Souhrn údajů o přípravku (SPC). Podrobné informace o tomto přípravku jsou k dispozici na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky (<http://www.ema.europa.eu>) nebo na adrese zástupce držitele rozhodnutí o registraci v ČR: AstraZeneca Czech Republic s.r.o., U Trezorky 921/2, 158 00 Praha 5 – Jirónice, tel.: +420 226 207 111, www.astrazeneca.cz.

© AstraZeneca 2019 Registrovaná ochranná známka BRILIQUE je majetkem AstraZeneca plc.
Referenční číslo dokumentu: 12092019API | POUŽÍTE PRO ODBORNOU UŽITELNOST

Reference: 1. Walentin L, Becker RC, Budaj AE, et al. Ticagrelor versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. *N Engl J Med* 2009; 361: 1045–1057. 2. Bonaca MP, Bhatt DL, Cohen M, et al.; PEGASUS-TIMI 54 Steering Committee and Investigators. Long-term use of ticagrelor in patients with prior myocardial infarction. *N Engl J Med* 2015; 372: 1791–800. 3. Deliborg M et al. *Eur Heart J* 2017; 38(suppl):794–795. Abs P3670. Presented at ESC 2017.

AstraZeneca 

KDYBYSTE LÉČILI SAMI SEBE, CO ZVOLÍTE?



Účinnost a bezpečnost
s přípravkem ELIQUIS®¹

Eliquis®
apixaban

- Superiorita v prevenci CMP a SE vs. warfarin¹
- Superiorita ve snížení rizika výskytu závažného krvácení vs. warfarin¹

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; pomocné látky se známým účinkem: 102,86/51,43 mg laktosy (tableta 5/2,5 mg); 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 nevalvulární fibrilací síní (NVAF) a s jedním nebo více rizikovými faktory, jako jsou předchozí cévní mozková příhoda nebo tranzitorní ischemická ataka (TIA); věk > 75 let; hypertenze; diabetes mellitus; symptomatické srdeční selhání (třída NYHA > 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 redukci dávky dle SPC. Pacienti podstupující kardioverzi mohou užit jednorázovou nasycovací dávku 10 mg 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 rozdrcené a rozmíchané v tekutině či v jablčném protlaku. Podrobnosti viz SPC. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku, klinicky významné aktivní krvácení, kontrastní onemocnění spojené s koagulopatií a klinicky relevantním rizikem krvácení, léze nebo stav s významným rizikem závažného krvácení, souběžná léčba jinými antikoagulancií výjima 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. Eliquis není doporučen u pacientů s trombózou v anamnéze, u nichž byl diagnostikován antifosfolipidový syndrom. **Interakce:** Užívání se nedoporučuje u pacientů, kteří současně užívají systémové silné inhibitory CYP3A4 a P-gp, jakými jsou např. azolové antimykotika a inhibitory HIV proteázy. Při současném podávání se slabšími inhibitory CYP3A4 a/nebo P-gp není nutná úprava dávky apixabanu. Při současném podávání apixabanu se silnými induktory CYP3A4 a P-gp není nutná žádná úprava dávky apixabanu, avšak silné induktory CYP3A4 a P-gp by se měly současně podávat s opatrností. **Fertilita, 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 gamaglutamyltransferázy a alaninaminotransferázy. **Předávkování:** Předávkování apixabanem může způsobit vyšší riziko krvácení. Je k dispozici látka ke zvrácení aktivity apixabanu proti faktoru Xa. **Uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Balení:** Eliquis 2,5 mg: mimo jiné - 20, 60, 60x1 nebo 168 potahovaných tablet v blistru. Eliquis 5 mg: 28, 60 nebo 168 potahovaných tablet v blistru. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEIG, Plaza 254, Blanchardstown Corporate Park 2, Dublin 15, D15 T867, Irsko. **Registrační číslo:** mj. EU/1/11/691/002-4, 9, 11, 13, 14. **Datum poslední revize textu:** 30.3.2020. 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.

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

CMP – cévní mozková příhoda,
SE – systémová embolie

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

ELQ-2020.01138



Průlomové léky, které mění život pacientů™

EUVASCOR®

atorvastatin / perindopril arginin



POLOVIČNÍ
OCHRANA
NESTAČÍ

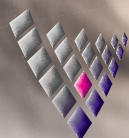
TLAK A CHOLESTEROL POD KONTROLOU V JEDNÉ KAPSLI



Zkrácené informace o přípravku EUVASCOR 10 mg/5 mg, 20 mg/5 mg, 40 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, 20 mg/10 mg, 40 mg/10 mg:

Složení: EUVASCOR 10 mg/5 mg, 20 mg/5 mg, 40 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, 20 mg/10 mg, 40 mg/10 mg tvrdé tobolky obsahují 10 mg atorvastatinu (ator)/5 mg perindoprilu arginine (per), 20 mg ator/5 mg per, 40 mg ator/5 mg per, 10 mg ator/10 mg per, 20 mg ator/10 mg per, 40 mg ator/10 mg per. Obsahuje sacharózu jako pomocnou látku. **Indikace:** Evascor je indikován v rámci léčby ke snížení kardiovaskulárního rizika jako substituční terapie u dospělých pacientů adekvátně kontrolovaných atorvastatinem a perindoprilem podáváných současně ve stejné dávce, ale jako samostatné přípravky. **Dávkování a způsob podání:** Obvyklá dávka je jedna tobolka denně ráno před jídlem. Evascor není vhodný pro iniciální léčbu. Je-li nutná změna dávkování, atorstatce se má provádět s jednotlivými složkami. Během léčby přípravkem Evascor má pacient pokračovat v běžné dietě snižující hladinu cholesterolu. Souběžné podávání s jinými léčivými přípravky: U pacientů, kteří současně užívají tipranivir, ritonavir, telaprevir nebo cyklospirin, nesmí dávka atorvastatinu překročit 10 mg/den. U pacientů, kteří současně užívají bocoprevir, elbasvir/grazoprevir, nesmí dávka atorvastatinu překročit 20 mg/den. **** Starší pacienti a pacienti s poruchou funkce ledvin:** Led: Podávat pacientům s clearance kreatininu ≥ 60 ml/min, není vhodný pro pacienty s clearance kreatininu < 60 ml/min, u těchto pacientů se doporučuje individuální útlace dávky s jednotlivými složkami. **Pacienti s poruchou funkce jater:** Přípravek má být podáván s opatrností a je u kontraindikován u pacientů s jaterním onemocněním v aktivním stadiu. **Pediatrická populace:** Použití u dětí a dospívajících do 18 let se nedoporučuje. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky, nebo na jiné ACE inhibitory nebo statiny, nebo na kteroukoli pomocnou látku, onemocnění jater v aktivním stadiu nebo neobjasněné přetrvávající zvýšení sérových aminotransferáz převyšující 5násobek horní hranice normálních hodnot, během těhotenství, kojenci a u žen ve fertilním věku, které nepoužívají vhodné antikoncepční prostředky (viz bod Těhotenství a kojenci).**** současně užívání s antivirovými glekaprevir/pibrentasvir pro hepatitidu C **, současně angioedémem souvisejícím s předchozí terapií inhibitory ACE, hereditární nebo idiopatické angioneurotické edémy, současně užívání s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) (viz bod Interakce).**** současně užívání se sakubitrilem/valsartanem (viz bod Zvláštní 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 funkční ledviny (viz bod Zvláštní upozornění).**** Upozornění: Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Vliv na játra: Vzhledem k obsahu atorvastatinu v přípravku Evascor mají být pravidelně prováděny jaterní funkční testy. Pacientům, u kterých se zjistí jakýchkoli známky nebo příznaky jaterních 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 nebo nejsou dostatečně zvýšené hodnoty aminotransferáz nad horní hranici normálních hodnot, doporučuje se snížit dávku atorvastatinu pomocí jednotlivých složek nebo léčbu atorvastatinem ukončit. Pacientům, kteří konzumují velké množství alkoholu a/nebo mají v anamnéze jaterní onemocnění, je nutno podávat přípravek Evascor s opatrností. **Vliv na kosterní svalstvo:** Jsou-li hladiny CK významně zvýšené ($> 5 \times$ ULN) oproti normálním hodnotám, léčba nemá být zahájena. Léčba má být přerušena, objeví-li se významné zvýšení hladin CK ($> 10 \times$ ULN), nebo je-li diagnostikována, případně předpokládána rhabdomyolýza. Souběžná léčba s jinými léčivými přípravky: Riziko rhabdomyolýzy je zvýšené při současném podávání přípravku Evascor s dalšími deriváty kyseliny fibrové, antivirovými k léčbě hepatitidy C (bocopreviru, telapreviru, elbasviru/grazopreviru) **, erythromycinu, niacinu nebo ezetimibu. (Přípravek Evascor se nesmí podávat současně se systémovou léčbou kyseliny fusidové nebo během 7 dní po ukončení léčby kyseliny fusidové vzhledem k obsahu atorvastatinu. U pacientů, u kterých je systémové podání kyseliny fusidové považováno za nezbytné, se musí po dobu léčby kyseliny fusidové přerušit léčba statinem. Během léčby nebo po léčbě některými statiny byly velmi vzácně hlášeny případy imunitně zprostředkované nekrotizující myopatie (IMM). Intersticiální plicní onemocnění: Při podezření na vznik intersticiálního plicního onemocnění u pacienta musí být terapie přípravkem Evascor přerušena. **Diabetes mellitus:** U diabetiků léčených perorálními antidiabetiky nebo inzulinem má být v průběhu prvních měsíců léčby pečlivě sledována glykemie. **Hypotenze:** monitorováni tlak krve, renálních funkcí, a draslíku je nutné u pacientů s vysokým rizikem symptomatické hypotenze (voluvná deplece nebo závažná renální renální dependentní hypertenze) nebo se symptomatickým středním selháním (se současnou renální insuficiencí nebo bez ní) nebo s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulárními chorobami. Předchozí hypotenzi odpověď není kontraindikací pro podání dalších dávek, které mohou být obvykle užity bez obtíží, jakmile po doplnění objemu stoupne krevní tlak. Stenóza aortální a mitrální chlopně: Přípravek se má podávat s opatrností. **Transplantace ledvin:** Nejsou zkušenosti s podáváním přípravku pacientům po nedávno prodělané transplantaci ledvin. **Renovaskulární hypertenze:** Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné funkční ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypertenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérové kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. **Porucha funkce ledvin:** Monitorováni hladiny kreatininu u draslíku, individuální útlace dávky s jednotlivými složkami u pacientů s clearance kreatininu < 60 ml/min, u pacientů se stenózou renální arterie být pozorováno zvýšení sérových koncentrací urey a kreatininu, u renovaskulární hypertenze je riziko závažné hypotenze a renální insuficience zvýšené. **U pacientů na hemodialýze:** U pacientů dialyzovaných pomocí vysoce propustných membrán byly zaznamenány alaskatoidní reakce, má být zváženo použití jinych membrán. **Hypersenzitivita/angioedém:** Okamžitě vysazení léčby a zahájení monitorování do úplného vymizení příznaků. 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. Současné užívání jinych inhibitorů NEP (např. rabeceadotrilu) a inhibitorů ACE může také zvýšit riziko angioedému. Souběžné užívání mTOR inhibitorů: Zvýšení rizika angioedému. **Anafylaktoidní reakce během atérny nízkodenního lipoproteinu (LDL):** Vzácný výskyt život ohrožujících anafylaktoidních reakcí, kterým lze předjít dočasným vysazením léčby před každou aferézou. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** Byly zaznamenány během desenzibilizační léčby (např. jedním blankových), reakcí je možné se vyhnout dočasným vysazením léčby, nicméně se znovu objevily po neúmyslné expozici. **Neutropenie/agranulocytóza/thrombocytopenie/aneémie:** Přípravek Evascor má být používán s extrémní opatrností u pacientů se systémovým onemocněním pojiva (collagen vascular disease), u pacientů užívajících imunosupresivní léčbu, léčbu allopurinolem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů u pacientů mají být poučeni, aby hlásili jakékoli známky infekce (např. bolest v krku, horečku). **Rasa:** Perindopril může být méně účinný na snížení krevního tlaku a může vést k vyššímu výskytu angioedému u černochských pacientů ve srovnání s jinými rasami. **Kašel:** neproduktivní, ustupuje po ukončení léčby. **Operace/anestezie:** Léčba by měla být přerušena jeden den před výkonem. **Hypokalcémie:** Pravidelné monitorování sérových koncentrací draslíku u pacientů s renální insuficiencí, zhoršené renální funkce, věku (> 70 let), diabetes mellitus, dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidozy a u současného užívání diuretik seřifikých draslíků a draslíkových doplňků nebo náhrad soli s obsahem draslíku, nebo u pacientů užívajících jiné léčivé přípravky, které mohou způsobovat vzestup sérových koncentrací draslíku (např. heparin, kotrimoxazol), **Kombinace s lithiem:** Nedoporučuje se. **Duální blokáda systému renin-angiotensin-aldosteron (RAAS):** Současné užívání ACE inhibitorů, blokátorů receptorů pro angiotensin II nebo aliskirenu zvyšuje riziko hypotenze, 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 antihypertenzivní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotensin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. Pacienti se vzácnými diabetickými problémy s intolerancí fruktosy, malabsorpce glukosy a galaktosy nebo nedostatek sacharózy-somalasy by přípravek Evascor neměli užívat. **Hladina sodíku:** Evascor obsahuje méně než 1 mmol sodíku (23 mg) v tobolce, to znamená, že je v podstatě „bez sodíku“. **Interakce:** **** Kontraindikace:** Aliskiren, mimotělní léčba, sakubitril/valsartan, glekaprevir/pibrentasvir **, **Nedoporučované kombinace:** Silné inhibitory CYP3A4, inhibitory proteinu reaktace karioninu prou (BCRP), aliskiren (u jinych pacientů, než jsou diabetici a pacienti s poruchou funkce ledvin), kotrimoxazol (trimetoprim/sulfametoxazol), současná léčba ACE inhibitorem a blokátorem receptorů angiotensinu, estramulin, lithium, draslíkové diuretika (např. triamteren, amilorid, eplerenon, spironolacton), soli draslíku, grapefruitu nebo grapefruitová šťáva. **Kombinace vyžadující zvláštní opatrnost:** Induktory a středně silné inhibitory CYP3A4, digoxin, ezetimib, kyselina fusidová, gemfibrozil / deriváty kyseliny fibrové, inhibitory transportérů, warfarin, antidiabetika (inzuliny, perorální antidiabetika), baklofen, dexametazon, seřifiké draslíky, rabeceadotril, imTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus), nesteroidní antiflogistika (NSAID) (včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den). **Kombinace vyžadující určitou opatrnost:** Kolchicin, kolestipol, perorální kontraceptiva, glyptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), sympatomimetika, tricyklická antidepresiva/antipsychotika/anestetika, zláto, antihypertenziva a vasodilatanta. **Těhotenství a kojenci:** **** Přípravek Evascor je kontraindikován během těhotenství, kojenci a u žen plánujících těhotenství, které nepoužívají vhodné antikoncepční prostředky. **Fertilita** **** Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** U některých pacientů se mohou vyskytnout individuální reakce související s nízkým krevním tlakem, zejména na začátku léčby. **Nedáždoucí účinky:** **** Časté:** Nafazolyngitida, hypersenzitivita, hyperglykemie, závrat, bolest hlavy, dyspepsie, parastésie, porucha zraku, tinitus, vertigo, hypotenze (u účinků spojené s hypotenzí), faryngolaryngitida, bolest epistaxe, kašel, dusivost, nauzea, zvracení, bolest horní a dolní části břicha, dyspepsie, průjem, zácpa, flatulence, vyrážka, pruritus, otok kloubů, bolest končetin, artralgie, svalové spazmy, myalgie, bolest zad, astenie, abnormální výsledky testů jaterních funkcí, zvýšená hladina kreatinofosfokinázy v krvi. **Méně časté:** Ezofagitida, hyperglykemie, hypoglykemie, hypotenzie, hyperkalemie reverzibilní při ukončení léčby, anorexie, insomnie, zvracení nálad, poruchy spánku, noční můry, somnolence, synkopa, hypostezie, amnezie, rozmanité vidění, tachykardie, palpitace, vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, pankreatitida, říhání, hepatitida cytotyčká nebo cholestatická, kopřivka, hyperhidróza, alopecie, angioedém, pemfigoid, fotosenzitivní reakce, bolest šíje, svalová slabost, renální selhání, erektilní dysfunkce, únava, bolest na hrudi, malátnost, periferní edém, pyrexie, zvýšená hladina urey a kreatininu v krvi, zvýšení tělesné hmotnosti, pozitivní nálezy leukocytů v moči, pád. **Vzácné:** Trombocytopenie, periferní neuropatie, cholestáza, zhoršení psoriázy, Stevens-Johnsonův syndrom, toxická epidermální nekrolýza, erythema multiforme, myopatie, myozitida, rhabdomyolýza, ruptura svalů **, tendinopatie (někdy komplikovaná rupturou), vzestup jaterních enzymů, zvýšená hladina bilirubinu v krvi. **Velmi vzácné:** Rinitida, leukopenie/neutropenie, agranulocytóza nebo pancytopenie, hemolytická anémie u pacientů s vrozejným deficitem G-6PDH, anafylaxe, stav zmatenosti, očividná mizivka příhoda možná sekundárně k nadměrné hypertenzi, zvýšení rizikových pacientů, angina pectoris, arytmie, eosinofilní pneumonie, jaterní selhání, lupus-like syndrom **, akutní renální selhání, glykoneasmie, snížení hladiny hemoglobinu a snížení hematokritu. **Není známé:** Imunitně zprostředkovaná nekrotizující myopatie. U jinych inhibitorů ACE byly hlášeny případy SDAH (syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu). SDAH lze považovat za velmi vzácné, ale možnou komplikací spojenou s léčbou inhibitory ACE, včetně perindoprilu, Raynaudův jev. **** Předávající účinky:** 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. **Uchovávání:** Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Velikost balení:** 30 nebo 90 (30 obalů na tvrdé tobolky po 30 tobolkách) tvrdých tobolek Evascor 10 mg/5 mg, 20 mg/5 mg, 40 mg/5 mg, 10 mg/10 mg, 20 mg/10 mg, 40 mg/10 mg. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Les Laboratoires Servier, 05, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. **Veřejnostní číslo:** Evascor 10 mg/5 mg, 31/985/16-C, Evascor 20 mg/5 mg, 31/986/16-C, Evascor 40 mg/5 mg, 31/987/16-C, Evascor 10 mg/10 mg, 31/988/16-C, Evascor 20 mg/10 mg, 31/989/16-C, Evascor 40 mg/10 mg, 31/990/16-C. **Datum poslední revize textu:** 1. 11. 2019. **Výdej:** Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravky jsou k dispozici v lékárnách na lékařský předpis, od 10/2019. Přípravky jsou částečně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/skz/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-z-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 110, www.servier.cz **** pro úplnou informaci si prosím přečtete celý Souhrn údajů o přípravku. **** všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku********

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



Xarelto®
rivaroxaban

2,5 mg 2× denně
+ ASA 100 mg 1× denně^{1,f}

↓ 26 %
RRR
v porovnání se samotnou ASA

Významné **snížení** rizika úmrtí z KV příčin, IM nebo CMP^b u pacientů s chronickou ICHS¹

↓ 23 %
RRR
v porovnání se samotnou ASA^a

Významné **snížení** rizika mortality^c u pacientů s chronickou ICHS¹

V celkové populaci studie COMPASS (Xarelto® + ASA vs. ASA samotná) bylo pozorováno významné snížení rizika úmrtí z KV příčin, IM nebo CMP (24 % RRR^d) a rizika mortality za všech příčin (18 % RRR^e).²

^a Sekundární ukazatel u populace s ICHS; ^b (HR: 0,74; 95% CI, 0,65–0,86; p<0,0001); ^c (HR: 0,77; 95% CI, 0,65–0,90; p=0,0012); ^d HR: 0,76; 95 % CI, 0,66–0,86; p < 0,001); ^e (HR: 0,82; 95% CI, 0,71–0,96; p=0,01); ^f 75–100 mg

Riziko závažného krvácení (dle modifikované ISTH definice) v celkové populaci ve studii COMPASS (Xarelto® + ASA vs. ASA samotná): 3,9 % vs. 2,5 % (HR: 1,70; 95% CI, 1,40–2,05; p<0,001)²

ASA, kyselina acetylsalicylová; **ICHS**, ischemická choroba srdeční; **PAD**, symptomatické onemocnění periferních tepen; **RRR** relativní snížení rizika, RRR = 1 – HR (výpočet společnosti Bayer); **HR**, poměr rizik; **CI**, konfidenční interval; **KV**, kardiovaskulární; **IM**, infarkt myokardu; **CMP**, cévní mozková příhoda; **ESC**, European Society of Cardiology

Literatura: Souhrn údajů o přípravku Xarelto 2,5 mg potahované tablety. **1.** Connolly S.J., Eikelboom J.W., Bosch J. et al. Rivaroxaban with or without aspirin in patients with stable

INDIKOVÁNO PRO ICHS NEBO
SYMPTOMATICKÉ PAD

HRAZENO OD 1. 11. 2019
PRO PACIENTY S ICHS

ZAHRNUTO V ESC
GUIDELINES

PRO LÉČBU ICHS

coronary artery disease: an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet 2017. **2.** Eikelboom J.W., Connolly S.J., Bosch J. et al. Rivaroxaban with or without aspirin in stable cardiovascular disease. N Engl J Med. 2017;377(14):1319–30.

Zkrácené informace o léčivém přípravku Xarelto® potahované tablety 2,5 mg naleznete na následující straně.

Zkrácené informace o léčivém přípravku

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

Název přípravku: Xarelto® 2,5 mg potahované tablety.

Složení: Jedna potahovaná tableta obsahuje rivaroxabanum 2,5 mg. **Indikace:** Přípravek Xarelto®, podávaný společně s kyselinou acetylsalicylovou (ASA) samotnou nebo s kombinací ASA plus klopidoogrel nebo tiklopidin, je indikován k prevenci aterotrombotických příhod u dospělých pacientů po akutním koronárním syndromu (AKS) se zvýšenými hladinami srdečních biomarkerů. Přípravek Xarelto®, podávaný společně s kyselinou acetylsalicylovou (ASA), je indikován k prevenci aterotrombotických příhod u dospělých pacientů s vysokým rizikem ischemických příhod, kteří mají ischemickou chorobu srdeční (ICHs) nebo symptomatické onemocnění periferních tepen (PAD).*

Dávkování a způsob podání: AKS: Doporučená dávka je 2,5 mg dvakrát denně. Pacienti by měli rovněž užívat denní dávku 75–100 mg ASA nebo denní dávku 75–100 mg ASA současně s denní dávkou 75 mg klopidoogrelu nebo se standardní denní dávkou tiklopidinu. Léčba by měla být u jednotlivých pacientů pravidelně hodnocena zvážením rizika ischemické příhody oproti riziku krvácení. Rozhodnutí o prodloužení léčby nad 12 měsíců by mělo být provedeno individuálně u každého jednotlivého pacienta, protože zkušenosti s léčbou trvající déle než 24 měsíců jsou omezené. Léčbu přípravkem Xarelto® je třeba zahájit co nejdříve po stabilizaci AKS (včetně revaskularizačních zákroků); nejdříve za 24 hodin po přijetí do nemocnice a v době, kdy by normálně byla ukončena parenterální antikoagulační léčba. ICHs/PAD: Pacienti užívající Xarelto® 2,5 mg dvakrát denně mají také užívat denní dávku 75–100 mg ASA. Doba trvání léčby má být stanovena pro každého jednotlivého

pacienta na základě pravidelných hodnocení a má být zváženo riziko trombotických příhod oproti riziku krvácení. U pacientů s akutní trombotickou příhodou nebo výkonem na cévách a potřebou duální protidestičkové léčby má být vyhodnoceno pokračování podávání přípravku Xarelto® 2,5 mg dvakrát denně v závislosti na typu příhody nebo výkonu a protidestičkovém režimu. Bezpečnost a účinnost přípravku Xarelto® 2,5 mg dvakrát denně v kombinaci s ASA plus klopidoogrel/tiklopidin byla hodnocena pouze u pacientů s nedáváním AKS. Duální protidestičková léčba nebyla hodnocena v kombinaci s přípravkem Xarelto® 2,5 mg dvakrát denně u pacientů s ICHs/PAD.* Pokud dojde k vynechání dávky, měl by pacient pokračovat užitím příští pravidelné dávky dle doporučeného dávkovacího schématu. Dávka se nezdvójnasobuje, aby se nahradila vynechaná dávka. Dávka se neupravuje s ohledem na věk, hmotnost a pohlaví. Podávání přípravku Xarelto® dětem do 18 let se nedoporučuje. Pacientům, kteří nejsou schopni polykat celé tablety, může být tableta přípravku Xarelto® těsně před užitím rozdrcena a smíchána s vodou nebo s jablečným pyré a poté podána perorálně. Informace o převodech z antagonistů vitamínu K a parenterálních antikoagancií na Xarelto® a naopak – viz plné znění SPC.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou nebo pomocnou látku. Klinicky významné aktivní krvácení. Léze nebo stavy s významným rizikem závažného krvácení jako např.: současné nebo nedávno prodělané ulcerace GIT, přítomnost maligních nádorů s vysokým rizikem krvácení, nedávno prodělané poranění mozku nebo míchy, operace mozku, míchy nebo oka v nedávné době, intrakraniální krvácení v nedávné době, jicnové varixy nebo podezření na ně, arteriovenózní malformace, cévní aneurysma nebo významné cévní abnormality v míše nebo mozku. Souběžná léčba jiným antikoagulačním přípravkem se nedoporučuje (výjimky – viz plné znění SPC). Souběžná léčba AKS protidestičkovou léčbou u pacientů s anamnézou cévní mozkové příhody a/nebo tranzitorní ischemické ataky (TIA). Souběžná léčba ICHs/PAD s ASA u pacientů s předchozím hemoragickým

nebo lakunárním typem cévní mozkové příhody nebo souběžná léčba ICHs/PAD s ASA u pacientů s jakoukoli cévní mozkovou příhodou během minulého měsíce.* Jaterní onemocnění spojené s koagulopatií a klinicky relevantním rizikem krvácení včetně cirhotiků stupně Child-Pugh B a C. Těhotenství a kojení. **Zvláštní upozornění a opatření:** U pacientů s AKS byla účinnost a bezpečnost přípravku Xarelto® 2,5 mg hodnocena v kombinaci s protidestičkovými látkami: ASA v monoterapii nebo ASA plus klopidoogrel/tiklopidin. Léčba v kombinaci s jinými protidestičkovými látkami, např. prasugrelem nebo tikagrelorem, nebyla studována a nedoporučuje se. U pacientů s vysokým rizikem ischemických příhod s ICHs/PAD byla účinnost a bezpečnost přípravku Xarelto® 2,5 mg hodnocena pouze v kombinaci s ASA.* Pacienti, kteří při léčbě trpí závratěmi či prodělali synkopu, by neměli řídit a obsluhovat stroje. Pokud se objeví závažné krvácení, podávání přípravku Xarelto® je třeba přerušit. Častěji bylo pozorováno slizniční krvácení a anémie. Doporučuje se sledování a event. vyšetření hemoglobinu/hematokritu, zvláště u rizikových skupin pacientů.* Se zvyšujícím se věkem se může zvyšovat riziko krvácení. Ledvinová nedostatečnost: Xarelto® je u pacientů s clearance kreatininu (CrCl) 15–29 ml/min nutno používat s opatrností, použití se nedoporučuje u pacientů s CrCl nižší než 15 ml/min. U pacientů se středně závažnou renální nedostatečností (CrCl 30–49 ml/min) užívajících současně léky zvyšující plazmatické koncentrace rivaroxabanu musí být přípravek Xarelto® používán s opatrností. Podávání s opatrností při současném podávání přípravků ovlivňujících krevní srážlivost (např. NSAID, kys. acetylsalicylová, antiagregancia nebo selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) či inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (SNRI)*). U pacientů s rizikem věroved gastrointestinální choroby lze zvážit profylaktickou léčbu. Pacienti léčení přípravkem Xarelto® a ASA nebo kombinací Xarelto® a ASA plus klopidoogrel/tiklopidin by měli užívat souběžnou léčbu NSAID pouze tehdy, jestliže výhody převáží riziko krvácení.

Jiné rizikové faktory krvácení: rivaroxaban je nutno používat s opatrností u pacientů se zvýšeným rizikem krvácení, například v těchto situacích: krvavé poruchy, léčbou neupravená těžká arteriální hypertenze, gastrointestinální onemocnění bez aktivní ulcerace, které může potenciálně vést ke krvavým komplikacím, cévní retinopatie, bronchiektázie nebo plicní krvácení v anamnéze. Přípravek musí být používán s opatrností u pacientů s AKS a ICHS/PAD ve věku > 75 let, pokud je podáván společně s kyselinou acetylsalicylovou (ASA) samotnou nebo s kombinací ASA plus klopido-grel nebo tiklopidin, dále u pacientů s nižší tělesnou hmotností (< 60 kg), pokud je podáván společně s kyselinou acetylsalicylovou (ASA) samotnou nebo s kombinací ASA plus klopido-grel nebo tiklopidin, dále u pacientů s ICHS se závažným symptomatickým srdečním selháním*. Pacienti s chlopenními náhradami: Léčba přípravkem Xarelto® se u těchto pacientů nedoporučuje. Rivaroxaban by se neměl používat k tromboprotekci u pacientů, kteří nedávno podstoupili transkatetovou náhradu aortální chlopně (TAVR). * Pacienti s antifosfolipidovým syndromem: Přímo působící perorální antikoagulační (DOAC) zahrnující rivaroxaban nejsou doporučena u pacientů s trombózou v anamnéze, u nichž byl diagnostikován antifosfolipidový syndrom. Zvláště u pacientů s trojí pozitivitou (na lupus antikoagulanty, antikardiolipinové protilátky a protilátky proti beta 2-glykoproteinu I) by mohla být léčba DOAC spojena se zvýšeným výskytem recidivujících trombotických příhod v porovnání s léčbou antagonisty vitamínu K. * Spinální/epidurální anestezie nebo punkce: S použitím v těchto situacích nejsou klinické zkušenosti. Více informací – viz plné znění SPC. Pokud je nutná invazivní procedura nebo chirurgický zákrok, měl by být přípravek Xarelto® 2,5 mg vysazen minimálně 12 hodin před zákrokem, pokud je to možné a na základě klinického posouzení lékařem. Pokud má pacient podstoupit elektivní operaci a antiagregační účinek není žádoucí, je třeba inhibitory agregace krevních destiček vysadit podle pokynů výrobce k předepisování přípravku. Pokud není možné výkon odložit, je třeba

posoudit zvýšené riziko krvácení oproti neodkladnosti zákroku. Léčba má být znovu zahájena co nejdříve, pokud to situace umožní a je nastolena hemostáza. Hladiny rivaroxabanu měřené kalibrovanou kvantitativní analýzou anti-faktoru Xa mohou být užitečné ve výjimečných situacích, kdy znalost expozice rivaroxabanu může pomoci při klinických rozhodnutích. Pacienti s intolerancí galaktózy, vrozeným nedostatkem laktázy nebo malabsorpcí glukózy a galaktózy by tento přípravek neměli užívat. V případě krvácení lze zvážit podávání buď specifické reverzní látky inhibitoru faktoru Xa (andexanet alfa) nebo specifické prokoagulační reverzní látky. * **Fertilita, těhotenství a kojení:** Přípravek je kontraindikován během těhotenství a kojení. Účinky na fertilitu nejsou známy. **Interakce:** Současné podání se silnými inhibitory CYP3A4 a současně P-gp (např. azolová antimykotika a inhibitory proteáz HIV) se nedoporučuje. Je potřeba se vyhnout současnému podávání silných induktorů CYP 3A4 (např. rifampicin) pokud není pacient pozorně sledován kvůli známým a příznakům trombózy. Interakce s klaritromycinem, erythromycinem a flukonazolem pravděpodobně není u většiny pacientů klinicky významná, ale může být potenciálně významná u vysoce rizikových pacientů. * Dronedaron by neměl být podáván spolu s rivaroxabanem, vzhledem k omezeným klinickým údajům. Opatrnost je nutná při podání jiných přípravků ovlivňujících krevní srážlivost. SSRI/SNRI: Stejně jako u jiných antikoagulačních přípravků je možné, že pacienti budou v případě současného užívání s přípravky SSRI nebo SNRI v důsledku jejich hlášeného účinku na krevní destičky vystaveni zvýšenému riziku krvácení. **Nežádoucí účinky:** Časté: anémie, závratě, bolest hlavy, oční krvácení vč. spojivkového, hypotenze, hematom, epistaxe, hemoptýza, gingivální krvácení, krvácení z GIT, bolesti břicha, dyspepsie, nauzea, zvracení, zácpa, průjem, zvýšení transamináz*, pruritus, vyrážka, ekchymóza, kožní a podkožní krvácení, bolest v končetinách, urogenitální krvácení, porucha funkce ledvin, horečka, periferní edém, pokles celkové síly a energie*, pooperační krvácení, kontuze, sekrece z ran.

Méně časté: trombocytóza, trombocytopenie*, alergické reakce, alergická dermatitida, angioedém a alergický edém*, mozkové a intrakraniální krvácení, synkopa, tachykardie, sucho v ústech, porucha jater, zvýšení hladiny bilirubinu, ALP, GGT*, kopřivka, hemartróza, pocit indispozice, zvýšení hladiny LDH, lipázy, amylázy. *Vzácné:* žloutenka, zvýšení hladiny konjugovaného bilirubinu*, cholestáza*, hepatitida*, krvácení do svalů, lokalizovaný edém, cévní pseudoaneuryzma. *Velmi vzácné:* anafylaktické reakce včetně anafylaktického šoku, Stevens-Johnsonův syndrom/toxická epidermální nekrolýza*, DRESS syndrom*. *Není známo:* kompartment syndrom sekundárně po krvácení, renální selhání/akutní renální selhání sekundárně po krvácení. **Podmínky uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Bayer AG, 51368 Leverkusen, Německo. **Registrační číslo:** EU/1/08/472/025-035, EU/1/08/472/041, EU/11/08/472/046-047. **Datum posledního revize textu:** 28. listopadu 2019.

Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Aktuální výši a podmínky úhrady naleznete na www.sukl.cz.

Před předepsáním léčivého přípravku si pečlivě přečtěte úplnou informaci o přípravku. Souhrn údajů o přípravku i s informacemi, jak hlásit nežádoucí účinky najdete na www.bayer.cz nebo obdržíte na adrese BAYER s.r.o., Siemensova 2717/4, 155 00 Praha 5, Česká republika.

MA-XAR-CZ-0034-1
01/2020

* Všímněte si, prosím, změny (změn) v informacích o léčivém přípravku.





NEČEKEJTE, AŽ BUDE PŘÍLIŠ POZDĚ

I mírně zvýšený krevní tlak výrazně zhoršuje
kardiovaskulární prognózu pacienta.¹

TRIPLIXAM[®]
perindopril arginin | indapamid | amlodipin

Zkrácená informace o přípravku TRIPLIXAM® • SLOŽENÍ: Triplixam 5 mg/125 mg/5 mg obsahuje 5 mg perindoprilu argininu/125 mg indapamidu/5 mg amlodipinu. Triplixam 5 mg/125 mg/10 mg obsahuje 5 mg perindoprilu argininu/125 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 perindopril/indapamid a amlodipinu, podávánými současně v téže dávce. **DAVKOVÁNÍ A PODÁVÁNÍ:** Jedna tableta denně, nejlépe ráno a před jídlem. Fini kombinace není vhodná pro iniciální 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 neléčeným dekompenzovaným srdečním selháním. Vážná porucha funkce ledvin (Cl_{cr} < 30 ml/min). Středně vážná porucha funkce ledvin (Cl_{cr} 30-60 ml/min) pro Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg a 10 mg/2,5 mg/10 mg. Hypersenzitivita na léčivé látky, její sulfonamidy, deriváty dihydrokalcia, jakýkoli jiný inhibitor ACE nebo na keratoliku pomocnou látku. Anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edému) souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE (viz bod Upozornění). Dědičný/diagnostický angioedém. Druhý a třetí trimestr těhotenství (viz body Upozornění a Těhotenství a kojenci). Kojení (viz bod Těhotenství a kojenci). Hepatální encefalopatie. Vážná porucha funkce jater. Hypokalcémie. Vážná hypertenze. Sot, včetně kardiopulmonálního šoku. Obstrukce žylkového traktu levé komory (např. výstup šlepy stěny aorty). Hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu. Současné užívání přípravku Triplixam s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²) (viz bod Interakce). Současné užívání se sakubitril/valsartanem (viz body Upozornění a Interakce). Mimosňální léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné funkční ledviny (viz bod Upozornění). UPozORNĚNÍ • **Zvláštní upozornění:** **Dvojnásobná blokáda systému renin-angiotenzin-albosteron (RAAS):** zvýšení rizika hypertenze, hyperkalcémie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Dvojnásobná blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se nedoporučuje. Pokud je léčba dvojnásobnou považována za naprosto nezbytnou, má k ní docházet pouze pod dohledem specializovaného lékaře a za účasti 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/thrombocytenie:** postupujte opatrně v případě kolagenového vaskulárního onemocnění, imunopresivní léčby, léby 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 funkční ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypertenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být přispívajícím faktorem. Zdravě renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. **Hypersenzitivita/angioedém, intestinální angioedém:** přerušete léčbu a sledujte pacienta až do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem brzo, může být smrtelný. Současně užívání inhibitorů ACE (např. sirolimus, everolimus, temsrolimus). Pacienti užívající současně s H2O inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsrolimus) mohou mít zvýšené riziko výskytu angioedému (např. otok dyshachic nebo jazyka s poruchou dýchání bez bodu n). Současné užívání perindoprilu se sakubitril/valsartanem je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Podávání sakubitrilu/valsartanu nesmí být zahájeno do 36 hodin po užiti poslední dávky perindoprilu. Pokud je léčba sakubitril/valsartanem ukončena, léčba perindopriem nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky sakubitrilu/valsartanu. 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 nutné pečlivě zhodnotit přínos a rizika. **Anafylaktická reakce během desenzibilizace:** postupujte opatrně u alergických pacientů léčených desenzibilizací a nepoužívejte v případě imunitopatie jedné blankodrilky. Alespoň 24 hodin před desenzibilizací dříve vyšetřte inhibitor ACE. **Anafylaktická reakce během LDL-aterie:** před každou aterosklerotickou vyšetřte inhibitor ACE. **Hemodialyzovaní pacienti:** použít pouze jednoho typu dialyzovaných membrán nebo jiné skupiny antihypertenziv. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primární hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzivní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. **Těhotenství:** nezhajovat užívání během těhotenství. V případě potřeby zastavte léčbu a zahajte vhodnou alternativní léčbu. **Hepatální encefalopatie:** ukončit léčbu. **Fotosenzitivita:** ukončit léčbu. **Opatrnosti pro použití:** **Opatrnosti:** U některých hypertenziků s existujícími zjevnými renálními lézemi, u nichž renální funkce předtím testy ukazují funkční renální insuficienci, by měla být léčba ukončena a je možno ji znovu zahájit v nízké dávce nebo pouze jednou sávkou. Monitorujte dráslak 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 insuficiencie (v případech srdeční insuficiencie, deplece vody a elektrolytů, u pacientů s nízkým krevním tlakem, stenózou renální arterie, měštravým srdečním selháním nebo ohrůžou z edémy a ascitem): zahajte léčbu dávkami nižší dříve a postupně je zvyšujte. **Hypotenze a deplece vody a sodíku:** riziko náhlé hypertenze 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 sávkami nebo pouze jednou sávkou přípravku. **Hladina sodíku:** kontrolovat častěji u starších a cirkulárních pacientů. Jakákoli diuretika léčba může vyvolat hyponatriemii, někdy s velice závažnými následky. Hyponatriemie s hypovolemí mohou způsobit dehydrataci a ortostatickou hypotenzi. Současná ztráta chloridových iontů může vést k sekundární kompenzaci metabolické alkalózy: vyskyt a stupeň tohoto jevu je **malý. Hladina dráslaku:** hyperkalcémie: kontrolovat plazmatickou hladinu dráslaku v případě renální insuficiencie, zhoršení funkce ledvin, vyššího věku (> 70 let), diabetés mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současné užívání kalium-šetrných diuretik, doplnků dráslaku nebo doplnků soli obsahující dráslak nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny dráslaku v séru. Hypokalcémie: vysoké riziko u starších a nebo podvyživených osob, cirkulárních pacientů s edémem a ascitem, koronárních pacientů, u pacientů se selháním ledvin nebo srdečním selháním, dlouhým intervalem QT: sledovat plazmatickou hladinu dráslaku. Může napomoci rozvoji torsades de pointes. Které mohou být fatální. **Hladina vápníku:** hyperkalcémie: před vyšetřením funkce příštích třílet ukončete léčbu. **Renovaskulární hypertenze:** v případě stenózy renální arterie: zahajte léčbu v nemocnici v nízké dávce; sledujte funkci ledvin a hladinu dráslaku. **Suší kašel. Astenizace:** u pacientů s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulární ischemií zahajte léčbu nízkou dávkou. **Hypertenze krize. Srdceční selhání/těžká srdeční insuficiencie:** v případě srdečního selhání postupujte opatrně. Těžká srdeční nedostatečnost (stupeň IV) zahajte léčbu nižšími iniciálními dávkami pod lékařským dohledem. **Stenóza aortální nebo mitrální chlopně/hypertrofická kardiomyopatie:** v případě obstrukce průtoku krve levou komorou postupujte opatrně. **Diabetici:** v případě inzulin-dependenčního diabetés mellitus zahajte léčbu iniciálními nižšími dávkou pod lékařským dohledem; během prvního měsíce a/nebo v případě hyperkalcémie sledujte hladinu glukózy v krvi. **Cernost:** vyšší incidence angioedému a zjevně menší účinnost při snižování krevního tlaku ve srovnání s jinými rasami. **Operace/anestezie:** přerušete léčbu jeden den před operací. **Porucha funkce jater:** mírná až středně závažná: postupujte opatrně. Podání inhibitorů ACE má vzácné souvislost se syndromem počínajícího cholestatického žloutenku a progresujícím až v náhlou hepatickou nekrózu a (někdy) úmrtí. V případě žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů ukončete léčbu. **Kyselina močová:** hyperurikémie: zvýšená tendence k záchratvám dny. **Starší pacienti:** před zahájením léčby vyšetřte renální funkci a hladinu dráslaku. Dávka zvyšovat opatrně. **Hladina sodíku:** Triplixam obsahuje méně než 1 mmol sodíku (23 mg) v tablete, to znamená, že je podstatně „bez sodíku“. **INTERAKCE:** • **Kontraindikace:** aliskiren u diabetických pacientů nebo pacientů s poruchou funkce ledvin. Mimosňální léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz bod Interakce). Současné užívání inhibitorů ACE a blokátorem receptorů pro angiotenzin, estramstín, kalium-šetrné léky (např. triamteren, amilorid...), soli dráslaku, kotrimoxolu (trimethoprim-sulfamethoxazol), danrolinu (nifedipin), grapefruitu nebo grapefruitové šťávy. **Vzádující zvláštní opatrnost:** baklofen, nesteroidní antilgistika (včetně kyseliny acetylsalicylové ve vysokých dávkách), antiaritmika (inzulin, perorální antiaritmika), kalium-šetrní diuretika a kalium-šetrní diuretika (epitrenon, spironolacton), racekadotrilu inhibitory mrt (např. sirolimus, everolimus, temsrolimus) léky vyvolávající „Torsades de pointes“, amfetolam B (v. podání), glukokortikoidy a mineralkortikoidy (systémové podání), tetraakosid, stimulant lázeň, srdeční glykosidy, antiparkinsonika (současná léčba s indapamidem může zvýšit výsledek hypersenzitivitu na allopurinol), induktoy CYP3A4, inhibitory CYP3A4 klaritromycin (existuje zvýšené riziko hypertenze). **Vzádující úroveň opatrnosti:** antidepresiva imipraminového typu (tricyklická), neuroleptika, jiná antihypertenziva a vazodilatantia, tetraakosid, allopurinol (současné podávání s inhibitory ACE), cytostatika nebo imunopresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid, adrenergika, diuretika (hlážd nebo křiková diuretika), glyptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), symptomatická zátěž, tremor, jodované kontrastní látky, vápník (soli), cyklosporin, atrovastatin, digoxin nebo warfarin, takrolimus, působení inhibitorů rapamycinu (mTOR), cyklosporin, simvastatin, TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ: • Kontraindikace: během druhého a třetího trimestru těhotenství a při kojenci. Nedoporučuje se během prvního trimestru těhotenství. **FERTILITA:** Reverzibilní biochemické změny na hlavě částe spermatozojů u některých pacientů léčených blokátory kalioveho kanálu. **SCHOPNOST RIDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Může být narušena v důsledku nízkého krevního tlaku, který se může vyskytnout u některých pacientů, zejména na začátku léčby. **NEZÁDOUCÍ ÚČINKY:** • **Velmi časté: otoky. Časté: závratě,** bolest hlavy, parestezie, vertigo, somnolence, dyspnoe, zhoršení zraku, tinitus, palpitace, zrudnutí, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), kašel, dušnost, bolest břicha, zácpa, průjem, dyspepsie, nausea, zvracení, změny ve vyprazdňování střev, pruritus, vyrážka, makulopapulární vyrážka, svalové křeče, otok kotníků, astenie, únava. **Méně časté:** malá, ezofagitida, hypersenzitivita, hypokalcémie, hyperkalcémie vrátit po přerušení léčby, hyponatriemie, insomnie, změny náhlé (včetně úzkosti), deprese, poruchy spánku, hyposteozie, žízeň, synkopa, diople, tachykardie, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní), vaskulitida, bronchospasmus, suchý v ústech, kopřivka, angioedém, alergie, purpura, změna zbarvení kůže, hyperhidróza, exantém, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, artralgie, myalgie, bolest v zádech, poruchy moči, noční močení, poklesnutí, renální selhání, erektilní dysfunkce, glykemická nestabilita, bolest, bolest na hrudi, nevolnost, periferní edém, horečka, zvýšená tělesná hmotnost, snížená tělesná hmotnost, zvýšení sérové hladiny urey, zvýšení sérové hladiny kreatininu, plá. **Vzácné:** zá zmatenosti, zvýšení sérové hladiny bilirubinu, zvýšení hladiny jaterních enzymů, zhoršení srdeční funkce. **Velmi vzácné:** agranulocytóza, aplastická anémie, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, hemolytická anémie, trombocytopenie, hypergkalcémie, hyperkalcémie, hypertonie, periferní neuropatie, periferní motorová příhoda, možná sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoké rizikových pacientů, angina pectoris, infarkt myokardu, možná sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoké 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. **Není známo:** Deprese dráslaku s hypokalcémií, u určitých rizikových populací zvláště závažná, extrapyramidové poruchy (extrapyramidový syndrom), myopie, rozmanité vidění, torsades de pointes (potenciálně fatální), možný rozvoj hepatální encefalopatie v případě jaterní insuficiencie, možnost zhoršení stávajícího systémového lupus erythematosus. EKG: prodloužený interval QT, zvýšená hladina glukózy v krvi, zvýšená hladina kyseliny močové v krvi, Raynaudův fenomén***. • U jiných indikací ACE byly hlášeny příznaky SADH (syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu). SADH lze považovat za velmi vzácnou, ale možnou komplikaci spojenou s léčbou inhibitory ACE, včetně perindoprilu. **PŘEDÁVKOVÁNÍ • VLASTNOSTI:** • Perindopril je inhibitor angiotenzin-konvertovního enzymu (inhibitor ACE), který konvertuje angiotenzin I na vazokonstrikční angiotenzin II. Indapamid je derivát sulfonamidu s indolovým křídlem, farmakologicky příbuzný thiazidovým diuretikům. Amlodipin je inhibitor transportu kalioveho iontu (blokátor pomalých kanálů nebo antagonistu kalioveho iontu), který inhibuje transmembránový transport kalioveho iontu do srdečních buněk a krevního lúdu svalstva cévních stěn. **BALENÍ:** 30 a 90 tableť. Uchovávat nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávaní. Doba použitelnosti: 3 roky. Doba použitelnosti po prvním otevření: 30 dní. Dřítel rozhodnutí o registraci: Les Laboratoires Servier, 50, rue Camot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Registrční číslo: 58/100/14-C, 58/101/14-C, 58/102/14-C, 58/103/14-C, 58/104/14-C, 58/105/14-C, 58/106/14-C, 58/107/14-C, 58/108/14-C, 58/109/14-C, 58/110/14-C, 58/111/14-C, 58/112/14-C, 58/113/14-C, 58/114/14-C, 58/115/14-C, 58/116/14-C, 58/117/14-C, 58/118/14-C, 58/119/14-C, 58/120/14-C, 58/121/14-C, 58/122/14-C, 58/123/14-C, 58/124/14-C, 58/125/14-C, 58/126/14-C, 58/127/14-C, 58/128/14-C, 58/129/14-C, 58/130/14-C, 58/131/14-C, 58/132/14-C, 58/133/14-C, 58/134/14-C, 58/135/14-C, 58/136/14-C, 58/137/14-C, 58/138/14-C, 58/139/14-C, 58/140/14-C, 58/141/14-C, 58/142/14-C, 58/143/14-C, 58/144/14-C, 58/145/14-C, 58/146/14-C, 58/147/14-C, 58/148/14-C, 58/149/14-C, 58/150/14-C, 58/151/14-C, 58/152/14-C, 58/153/14-C, 58/154/14-C, 58/155/14-C, 58/156/14-C, 58/157/14-C, 58/158/14-C, 58/159/14-C, 58/160/14-C, 58/161/14-C, 58/162/14-C, 58/163/14-C, 58/164/14-C, 58/165/14-C, 58/166/14-C, 58/167/14-C, 58/168/14-C, 58/169/14-C, 58/170/14-C, 58/171/14-C, 58/172/14-C, 58/173/14-C, 58/174/14-C, 58/175/14-C, 58/176/14-C, 58/177/14-C, 58/178/14-C, 58/179/14-C, 58/180/14-C, 58/181/14-C, 58/182/14-C, 58/183/14-C, 58/184/14-C, 58/185/14-C, 58/186/14-C, 58/187/14-C, 58/188/14-C, 58/189/14-C, 58/190/14-C, 58/191/14-C, 58/192/14-C, 58/193/14-C, 58/194/14-C, 58/195/14-C, 58/196/14-C, 58/197/14-C, 58/198/14-C, 58/199/14-C, 58/200/14-C, 58/201/14-C, 58/202/14-C, 58/203/14-C, 58/204/14-C, 58/205/14-C, 58/206/14-C, 58/207/14-C, 58/208/14-C, 58/209/14-C, 58/210/14-C, 58/211/14-C, 58/212/14-C, 58/213/14-C, 58/214/14-C, 58/215/14-C, 58/216/14-C, 58/217/14-C, 58/218/14-C, 58/219/14-C, 58/220/14-C, 58/221/14-C, 58/222/14-C, 58/223/14-C, 58/224/14-C, 58/225/14-C, 58/226/14-C, 58/227/14-C, 58/228/14-C, 58/229/14-C, 58/230/14-C, 58/231/14-C, 58/232/14-C, 58/233/14-C, 58/234/14-C, 58/235/14-C, 58/236/14-C, 58/237/14-C, 58/238/14-C, 58/239/14-C, 58/240/14-C, 58/241/14-C, 58/242/14-C, 58/243/14-C, 58/244/14-C, 58/245/14-C, 58/246/14-C, 58/247/14-C, 58/248/14-C, 58/249/14-C, 58/250/14-C, 58/251/14-C, 58/252/14-C, 58/253/14-C, 58/254/14-C, 58/255/14-C, 58/256/14-C, 58/257/14-C, 58/258/14-C, 58/259/14-C, 58/260/14-C, 58/261/14-C, 58/262/14-C, 58/263/14-C, 58/264/14-C, 58/265/14-C, 58/266/14-C, 58/267/14-C, 58/268/14-C, 58/269/14-C, 58/270/14-C, 58/271/14-C, 58/272/14-C, 58/273/14-C, 58/274/14-C, 58/275/14-C, 58/276/14-C, 58/277/14-C, 58/278/14-C, 58/279/14-C, 58/280/14-C, 58/281/14-C, 58/282/14-C, 58/283/14-C, 58/284/14-C, 58/285/14-C, 58/286/14-C, 58/287/14-C, 58/288/14-C, 58/289/14-C, 58/290/14-C, 58/291/14-C, 58/292/14-C, 58/293/14-C, 58/294/14-C, 58/295/14-C, 58/296/14-C, 58/297/14-C, 58/298/14-C, 58/299/14-C, 58/300/14-C, 58/301/14-C, 58/302/14-C, 58/303/14-C, 58/304/14-C, 58/305/14-C, 58/306/14-C, 58/307/14-C, 58/308/14-C, 58/309/14-C, 58/310/14-C, 58/311/14-C, 58/312/14-C, 58/313/14-C, 58/314/14-C, 58/315/14-C, 58/316/14-C, 58/317/14-C, 58/318/14-C, 58/319/14-C, 58/320/14-C, 58/321/14-C, 58/322/14-C, 58/323/14-C, 58/324/14-C, 58/325/14-C, 58/326/14-C, 58/327/14-C, 58/328/14-C, 58/329/14-C, 58/330/14-C, 58/331/14-C, 58/332/14-C, 58/333/14-C, 58/334/14-C, 58/335/14-C, 58/336/14-C, 58/337/14-C, 58/338/14-C, 58/339/14-C, 58/340/14-C, 58/341/14-C, 58/342/14-C, 58/343/14-C, 58/344/14-C, 58/345/14-C, 58/346/14-C, 58/347/14-C, 58/348/14-C, 58/349/14-C, 58/350/14-C, 58/351/14-C, 58/352/14-C, 58/353/14-C, 58/354/14-C, 58/355/14-C, 58/356/14-C, 58/357/14-C, 58/358/14-C, 58/359/14-C, 58/360/14-C, 58/361/14-C, 58/362/14-C, 58/363/14-C, 58/364/14-C, 58/365/14-C, 58/366/14-C, 58/367/14-C, 58/368/14-C, 58/369/14-C, 58/370/14-C, 58/371/14-C, 58/372/14-C, 58/373/14-C, 58/374/14-C, 58/375/14-C, 58/376/14-C, 58/377/14-C, 58/378/14-C, 58/379/14-C, 58/380/14-C, 58/381/14-C, 58/382/14-C, 58/383/14-C, 58/384/14-C, 58/385/14-C, 58/386/14-C, 58/387/14-C, 58/388/14-C, 58/389/14-C, 58/390/14-C, 58/391/14-C, 58/392/14-C, 58/393/14-C, 58/394/14-C, 58/395/14-C, 58/396/14-C, 58/397/14-C, 58/398/14-C, 58/399/14-C, 58/400/14-C, 58/401/14-C, 58/402/14-C, 58/403/14-C, 58/404/14-C, 58/405/14-C, 58/406/14-C, 58/407/14-C, 58/408/14-C, 58/409/14-C, 58/410/14-C, 58/411/14-C, 58/412/14-C, 58/413/14-C, 58/414/14-C, 58/415/14-C, 58/416/14-C, 58/417/14-C, 58/418/14-C, 58/419/14-C, 58/420/14-C, 58/421/14-C, 58/422/14-C, 58/423/14-C, 58/424/14-C, 58/425/14-C, 58/426/14-C, 58/427/14-C, 58/428/14-C, 58/429/14-C, 58/430/14-C, 58/431/14-C, 58/432/14-C, 58/433/14-C, 58/434/14-C, 58/435/14-C, 58/436/14-C, 58/437/14-C, 58/438/14-C, 58/439/14-C, 58/440/14-C, 58/441/14-C, 58/442/14-C, 58/443/14-C, 58/444/14-C, 58/445/14-C, 58/446/14-C, 58/447/14-C, 58/448/14-C, 58/449/14-C, 58/450/14-C, 58/451/14-C, 58/452/14-C, 58/453/14-C, 58/454/14-C, 58/455/14-C, 58/456/14-C, 58/457/14-C, 58/458/14-C, 58/459/14-C, 58/460/14-C, 58/461/14-C, 58/462/14-C, 58/463/14-C, 58/464/14-C, 58/465/14-C, 58/466/14-C, 58/467/14-C, 58/468/14-C, 58/469/14-C, 58/470/14-C, 58/471/14-C, 58/472/14-C, 58/473/14-C, 58/474/14-C, 58/475/14-C, 58/476/14-C, 58/477/14-C, 58/478/14-C, 58/479/14-C, 58/480/14-C, 58/481/14-C, 58/482/14-C, 58/483/14-C, 58/484/14-C, 58/485/14-C, 58/486/14-C, 58/487/14-C, 58/488/14-C, 58/489/14-C, 58/490/14-C, 58/491/14-C, 58/492/14-C, 58/493/14-C, 58/494/14-C, 58/495/14-C, 58/496/14-C, 58/497/14-C, 58/498/14-C, 58/499/14-C, 58/500/14-C, 58/501/14-C, 58/502/14-C, 58/503/14-C, 58/504/14-C, 58/505/14-C, 58/506/14-C, 58/507/14-C, 58/508/14-C, 58/509/14-C, 58/510/14-C, 58/511/14-C, 58/512/14-C, 58/513/14-C, 58/514/14-C, 58/515/14-C, 58/516/14-C, 58/517/14-C, 58/518/14-C, 58/519/14-C, 58/520/14-C, 58/521/14-C, 58/522/14-C, 58/523/14-C, 58/524/14-C, 58/525/14-C, 58/526/14-C, 58/527/14-C, 58/528/14-C, 58/529/14-C, 58/530/14-C, 58/531/14-C, 58/532/14-C, 58/533/14-C, 58/534/14-C, 58/535/14-C, 58/536/14-C, 58/537/14-C, 58/538/14-C, 58/539/14-C, 58/540/14-C, 58/541/14-C, 58/542/14-C, 58/543/14-C, 58/544/14-C, 58/545/14-C, 58/546/14-C, 58/547/14-C, 58/548/14-C, 58/549/14-C, 58/550/14-C, 58/551/14-C, 58/552/14-C, 58/553/14-C, 58/554/14-C, 58/555/14-C, 58/556/14-C, 58/557/14-C, 58/558/14-C, 58/559/14-C, 58/560/14-C, 58/561/14-C, 58/562/14-C, 58/563/14-C, 58/564/14-C, 58/565/14-C, 58/566/14-C, 58/567/14-C, 58/568/14-C, 58/569/14-C, 58/570/14-C, 58/571/14-C, 58/572/14-C, 58/573/14-C, 58/574/14-C, 58/575/14-C, 58/576/14-C, 58/577/14-C, 58/578/14-C, 58/579/14-C, 58/580/14-C, 58/581/14-C, 58/582/14-C, 58/583/14-C, 58/584/14-C, 58/585/14-C, 58/586/14-C, 58/587/14-C, 58/588/14-C, 58/589/14-C, 58/590/14-C, 58/591/14-C, 58/592/14-C, 58/593/14-C, 58/594/14-C, 58/595/14-C, 58/596/14-C, 58/597/14-C, 58/598/14-C, 58/599/14-C, 58/600/14-C, 58/601/14-C, 58/602/14-C, 58/603/14-C, 58/604/14-C, 58/605/14-C, 58/606/14-C, 58/607/14-C, 58/608/14-C, 58/609/14-C, 58/610/14-C, 58/611/14-C, 58/612/14-C, 58/613/14-C, 58/614/14-C, 58/615/14-C, 58/616/14-C, 58/617/14-C, 58/618/14-C, 58/619/14-C, 58/620/14-C, 58/621/14-C, 58/622/14-C, 58/623/14-C, 58/624/14-C, 58/625/14-C, 58/626/14-C, 58/627/14-C, 58/628/14-C, 58/629/14-C, 58/630/14-C, 58/631/14-C, 58/632/14-C, 58/633/14-C, 58/634/14-C, 58/635/14-C, 58/636/14-C, 58/637/14-C, 58/638/14-C, 58/639/14-C, 58/640/14-C, 58/641/14-C, 58/642/14-C, 58/643/14-C, 58/644/14-C, 58/645/14-C, 58/646/14-C, 58/647/14-C, 58/648/14-C, 58/649/14-C, 58/650/14-C, 58/651/14-C, 58/652/14-C, 58/653/14-C, 58/654/14-C, 58/655/14-C, 58/656/14-C, 58/657/14-C, 58/658/14-C, 58/659/14-C, 58/660/14-C, 58/661/14-C, 58/662/14-C, 58/663/14-C, 58/664/14-C, 58/665/14-C, 58/666/14-C, 58/667/14-C, 58/668/14-C, 58/669/14-C, 58/670/