Korespondence ke článku

Charvát J. Kardiorenální syndrom – biomarkery a mediátory

Vnitř Lék 2016; 62(9, Suppl 3): 3S73–3S76

Dopis MUDr. Pavla Jerieho

Kardiorenální syndrom a metolazon

Autor dobře shrnuje otázky geneze kardiorenálního syndromu (KRS). Upozorňuje na jeho klinickou závažnost, důležitost včasné diagnózy a bezodkladné léčby. Příznivý účinek metolazonu (M) v kombinaci s furosemidem při KRS a srdečním selhání rezistentním na léčbu kličkovými diuretiky i neseritidem je prokázán [1–3]. Jeho užití v praxi je opominuto, téměř se nepředepisuje – poslední publikace vyšly roku 2005 [4,5]. Je však stále na trhu (Metolazon Galepharm, tablety 5 mg, dělitelné). Metolazon, registrovaný jako ^{14}C-Zaroxolyn, je chemicky podobný benzotiazidovým diuretikům. Nástup účinku je po 1 hodině, maximum po 2 hodinách a doba trvání účinku je 10–24 hodin; maximální denní dávka 5 mg [6,7] při kombinaci s furosemidem 2,5 mg před podáním furosemidu. Nemocný má být hospitalizován za soustavné klinické a laboratorní kontroly; M snižuje hladinu kalia a magnezia a zvyšuje hladinu kyseliny močové [3]. Tato doporučení jsou závazná a vždy je nutné přihlédnout ke konkomitantní medikaci a klinickému stavu pacienta. Efekt prvního podání kombinace metolazonu s kličkovým diuretikem je podle naší zkušenosti shodný s účinkem triamterenu a spironolaktonu – diuréza asi 14 litrů za 24 hodin [8], což odpovídá literárním údajům [9].

Metolazon je zmíněn v posledním návrhu směrnic pro léčbu srdečního selhání bez bližších údajů o indikaci a dávkování; je nejvyšší čas k oživení zájmu o něj a revizi směrnic (doporučené postupy).

Literatura

1. Braunwald E Heart disease. IV. Edition. Philadelphia: W. B. Saunders Comp. 1992, 471–475.
2. Hurst´s The Heart. 11. Edition. New York: Mc Graw-Hill 2004, 737–739.
3. USP DI. 17. Edition. Volum I. US Pharmacop. Conv. Inc. 1997, 1265–1266.
4. Komaja M, Folath F, Swedberg K et al. The EuroHeart Failure Survey program – a survey on quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 2: treatment. Eur Heart J 2003; 24: 464–474.
5. Rosenberg J, Gustafsson F, Galatius S et al.: Cardiovas Drugs Ther 2005; 15: 301. Doi: 10.1007/s10557–005–3350–2. August 2005; 19: 301–306.
6. Ascher AW Treatment of furosemide resistant oedema with metolazone. Clin Trials J 1974; 4: 134–139.
7. Bamford JM Synergistic action of metazolane with "loop" diuretics. Brit Med J 1981; 283: 618.
8. Jerie P, Pátek F Užití triamterene při léčbě městnavé srdeční slabosti. Vnitř Lék 1969; 15: 1105–1112.
9. Jerie P Behandlung der terapieresistenten Herzinsuffizienz. Schweiz Rundschau Med (PRAXIS) 1983; 72: 15–21.
10. Špinar J, Hradec J, Špinarová L et al. Souhrn Doporučených postupů ESC pro diagnostiku a léčbu akutního a chronického srdečního selhání z roku 2016. Cor Vasa 2016; 58: 597–636.

MUDr. Pavel Jerie

Leymenstrasse 49, CH 4153 Reinach/BL, Schweiz

Doručeno do redakce 7. 11. 2016

Odpověď prof. MUDr. Jiřího Charváta, CSc.

Velice mne potěšil zájem pana MUDr. Pavla Jerieho o můj článek ve Vnitřním lékařství. Už i proto, že si stále dobře vzpomínám na jeho knihu Praktická kardiologie, kterou jsem četl jako lékař po promoci a která ovlivnila můj zájem o kardiologii. Děkuji za jeho pozitivní posouzení mého příspěvku a za jeho komentář týkající se metazolonu. Nepochybně každý postup, který příznivě ovlivní symptomatologii kardiorenálního syndromu, je důležitý. Dle mého názoru se s nemocnými, kteří mohou příznivě reagovat na kombinaci diuretické léčby, kterou doporučuje MUDr. Pavel Jerie, setkáváme nezřídka v naší klinické praxi.

prof. MUDr. Jiří Charvát, CSc.

✉ **jiri.charvat@fnmotol.cz**

Interní klinika 2. LF UK a FN v Motole, Praha

www.fnmotol.cz

Doručeno do redakce 15. 11. 2016