

7. Krishnan J, Chu WS, Elrod JP et al. Tumoral presentation of amyloidosis (amyloidomas) in soft tissue. A report of 14 cases. Am J Clin Pathol. 1993;100(2):135–44.
8. Buadi F. Localized Amyloidosis. In: MA, Gertz a Rajkumar SV. Amyloidosis: Diagnosis and Treatment. Humana Press. 2010, s. 95–106. ISBN 978–1-61779–692–0.
9. Basset M, Hummedah K, Kimmich C et al. Localized immunoglobulin light chain amyloidosis: Novel insights including prognostic factors for local progression. Am J Hematol. 2020; 95: 1158– 1169.
10. Lesser A. Ein Fall von Enchondroma osteioides mixtum der Lunge mit partieller amyloid Entotung. Virchows Arch (Pathol Anat) 1877; 69: 404–408.
11. Clark JM, Weissler MC. Localized tracheobronchial amyloidosis: case report and review of the literature. Ear Nose Throat J. 2001; 80: 635–636.
12. Chung MJ, Lee KS, Franquet T. et al. Metabolic lung disease: imaging and histopathologic findings. Eur J Radiol. 2005; 54(2): 233–45.
13. Brandelik SC, Heussel CP, Kauczor HU et al. CT features in amyloidosis of the respiratory system – Comprehensive analysis in a tertiary referral center cohort. Eur J Radiol. 2020; 129: 109123.
14. Marchiori E, Escuissato DL, Souza AS Jr et al. Computed tomography findings in patients with tracheal paracoccidioidomycosis. J Comput Assist Tomogr. 2008; 32(5): 788–91.
15. Marchiori E, Pozes AS, Souza AS Jr et al. Diffuse abnormalities of the trachea: computed tomography findings. J Bras Pneumol. 2008; 34: 47–54.
16. Milani P, Basset M, Russo F et al. The lung in amyloidosis. Eur Respir Rev. 2017; 26(145): 170046.
17. Moore A., Kramer MR, Silvern D et al. Endobronchial brachytherapy-A novel approach for the management of airway amyloidosis. Brachytherapy. 2018 Nov-Dec;17(6): 966–972.
18. Neben-Wittich MA, Foote RL, Kalra S. External beam radiation therapy for tracheobronchial amyloidosis. Chest. 2007 Jul;132(1): 262–7.
19. Lim JK, Lacy MQ, Kurtin PJ et al. Pulmonary margine zone lymphoma of MALT type as a cause of localised pulmonary amyloidosis. Journal of Clinical Pathology. 2001; 54: 642–646.
20. Baumgart JV, Stuhlmann-Laeisz C, Hegenbart U et al. Local vs. systemic pulmonary amyloidosis-impact on diagnostics and clinical management. Virchows Arch. 2018; 473(5): 627–637.
21. Clark CM, Schneider JA, Bedell BJ et al. Use of Florbetapir-PET for Imaging β -Amyloid Pathology. JAMA. 2011; 305(3): 275–283.
22. Dorbala S, Vangala D, Semer J et al. Imaging cardiac amyloidosis: a pilot study using 18 F-florbetapir positron emission tomography. Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2014;41(9):1652–62.

23. Wagner T., Page J., Burniston M et al. Extracardiac 18F-florbetapir imaging in patients with systemic amyloidosis: more than hearts and minds. Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2018;45(7):1129–1138.
24. Urban BA, Fishman EK, Goldman SM et al. CT evaluation of amyloidosis: spectrum of disease. Radiographics. 1993;13:1295–1308.
25. Kaplan B, Martin BM, Boykov O et al. Co-deposition of amyloidogenic immunoglobulin light and heavy chains in localized pulmonary amyloidosis. Virchows Arch. 2005;447:754–761.
26. Calatayud J, Candelas G, Gómez A et al. Nodular pulmonary amyloidosis in a patient with rheumatoid arthritis. Clin Rheumatol. 2007; 26(10): 1797–8.
27. Yang MC, Blutreich A, Das K. Nodular pulmonary amyloidosis with an unusual protein composition diagnosed by fine-needle aspiration biopsy: a case report. Diagn Cytopathol. 2009; 37(4): 286–9.
28. Roden AC, Aubry MC, Zhang K et al. Nodular senile pulmonary amyloidosis: a unique case confirmed by immunohistochemistry, mass spectrometry, and genetic study. Hum Pathol. 2010; 41(7): 1040–5.
29. Ikeda SI, Hineno A, Yoshinaga T et al. Sjögren syndrome-related plasma cell disorder and multifocal nodular AL amyloidosis: clinical picture and pathological findings. Amyloid. 2019; 26(4): 225–233.
30. Gillmore JD, Hawkins PN. Amyloidosis and the respiratory tract. Thorax. 1999; 54: 444–451.
31. Howard S, Jagannathan J, Krajewski K et al. Multimodality imaging in amyloidosis. Cancer Imaging. 2012;12:109–117.
32. Marchiori E, Souza AS Jr, Franquet T et al. Diffuse high-attenuation pulmonary abnormalities: a pattern-oriented diagnostic approach on high-resolution CT. Am J Roentgenol. 2005; 184: 273–282.
33. Jeong YJ, Lee KS, Chung MP et al. Amyloidosis and lymphoproliferative disease in Sjögren syndrome: thin-section computed tomography findings and histopathologic comparisons. J Comput Assist Tomogr. 2004; 28: 776–781.
34. Westermarck P. Localized AL amyloidosis: a suicidal neoplasm? Ups J Med Sci. 2012; 117(2): 244–50.
35. Adam S, Elleder M, Moulis M et al. Přínos PET-CT vyšetření pro rozhodování o léčbě lokalizované nodulární formy plicní AL-amyloidózy. Vnitř Lék 2012; 58(3): 241–252.
36. Koukalová R, Szturz P, Svobodová I et al. Ložisková amyloidóza v dutině nosní. Klin Onkol. 2016; 29(3): 216–9.
37. Glaudemans AW, Slart RH, Noordzij W et al. Utility of 18F-FDG PET/CT in patients with systemic and localized amyloidosis. Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2013 Jul; 40(7): 1095–101.
38. Mekinian A, Jaccard A, Soussan M et al. 18F-FDG PET/CT in patients with amyloid light-chain amyloidosis: case-series and literature review. Amyloid. 2012 Jun;19(2): 94–8.

KNIŽNÍ NOVINKA



Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci

Hana Ptáčková, Radek Ptáček a kolektiv

Stáří a nemoc jsou integrální součástí našeho života, a týkají se tedy nás všech. Velmi často ovšem zapomínáme, že se nejedná o izolované fenomény, které lze vždy nějakým způsobem řešit a vyřešit. Naopak v řadě případů jde o stavy dlouhodobé a někdy i celoživotní.

Zcela ústřední otázkou pak zde je, jakým způsobem ovlivní negativní zdravotní stav jedince jeho celý život, tedy jaká je jeho schopnost přijmout skutečnost svého změněného zdravotního stavu, ale i fungovat v osobním a pracovním životě. O kvalitě života nemusí nutně rozhodovat charakter nemoci, ale naše schopnost poprat se s ní a psychicky se adaptovat. Pacientům s dlouhodobými zdravotními problémy často věnujeme maximální zdravotní péči, zanedbáváme nicméně péči psychosociální, přestože právě ta může rozhodovat o průběhu nemoci a kvalitě života.

Psychosociální adaptaci lze definovat jako schopnost integrace onemocnění nebo zdravotního postižení do jednotlivých oblastí života, identity, sebepojetí a vnímání těla. Předkládaná publikace systematicky shrnuje problematiku psychosociální adaptace ve stáří a nemoci. Věnuje se širším teoretickým souvislostem, popisuje současné modely psychosociální adaptace, ale poskytuje též konkrétní postupy v oblasti komunikace a hodnocení psychosociální adaptace. Obsahuje rovněž původní data ze studie o psychosociální adaptaci seniorů v ČR. Jedná se o první publikaci k tématu psychosociální adaptace ve stáří a nemoci v ČR.

184 stran, 595 Kč, ISBN: 978-80-271-0876-3, vydáno 2021, www.gradac.cz

PRESTANCE®

perindopril arginin / amlodipin

DRŽÍ HYPERTENZI POD KONTROLOU



Zkrácená informace o přípravku PRESTANCE® • **SLOŽENÍ***: Tablety Prestance 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg obsahují 5 mg perindoprilu argininu (per)/5 mg amlodipinu (amo), 5 mg per/10 mg amo, 10 mg per/5 mg amo, 10 mg per/10 mg amo. Pomocná látka se známým účinkem: monohydrát laktózy. **INDIKACE***: Substituční terapie k léčbě esenciální hypertenze a/nebo k léčbě stabilní ischemické choroby srdeční u pacientů, kteří jsou již kontrolováni perindoprilem a amlodipinem, podáváním současně v téže dávce. **DAVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ***: Jedna tableta denně v jedné dávce, ráno před jídlem. Prestance není vhodná pro iniciační léčbu. Je-li nutná změna dávkování, může být dávka přípravku upravena nebo lze zvážit individuální titraci s kombinací obou látek samostatně. **Porucha funkce ledvin a starší pacienti***: Časté monitorování kreatininu a draslíku. Přípravek není vhodný pro pacienty s clearancem kreatininu < 60 ml/min. **Porucha funkce jater***: individuální titrace volně kombinace amlodipinu a perindoprilu. **Pediatrická populace***: použití u dětí a dospívajících se nedoporučuje. **KONTRAINDIKACE***: Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na jiný inhibitor ACE či dihydropryridonové deriváty, nebo na kteroukoli pomocnou látku, anamnéza angioedému související s předchozí terapií inhibitory ACE, dědičný nebo idiopatický angioedém (viz body Upozornění 2, a 3, trimestr těhotenství a kojení), současné užívání přípravku Prestance s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo s poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m²) (viz body Interakce " a Farmakodynamické vlastnosti"), závažná hypertenze, šok včetně kardiogenního šoku, obstrukce výtokového traktu levé komory (např. vysoký stupeň stenózy aorty), hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu, současné užívání se sakubitrilem/valsartanem, přípravek Prestance nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu ** (viz body Interakce " a Zvláštní upozornění"), mimolehňová léčba vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz bod Interakce "), signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné fungující ledviny (viz bod Zvláštní upozornění). **UPOZORNĚNÍ***: **Zvláštní upozornění***: **Hypersenzitivita/angioedém/intestinační angioedém***: vsadit a zahájit monitorování až do úplného vymizení symptomů. Angioedém související s otokem hrtanu může být smrtelný. Současné užívání perindoprilu a sakubitrilu/valsartanu je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Léčbu sakubitrilem/valsartanem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčbu perindoprilem nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání inhibitorů ACE s rasekadotrilem, mTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin) může vést ke zvýšenému riziku angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka spolu s poruchou dýchání nebo bez ní). **Anafylaktoidní reakce během aterydy nízkodenzitních lipoproteinů (LDL)**: vzácné, u pacientů s předchozími život ohrožujícími anafylaktoidními reakcemi, dočasně vsadit léčbu před vyšetřeními. **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace***: dočasně vsadit léčbu před vyšetřeními. Tyto reakce se znovu objevily po náhodném opětovném vystavení. **Souběžné užívání inhibitorů mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus)**: zvýšené riziko angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka s poruchou dýchání nebo bez ní). **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anemie***: extrémní opatnost u pacientů s kolagenovou vaskulárním onemocněním, s imunosupresivní léčbou, léčbou aloprurinemem nebo prokainamidem, doporučuje se periodické monitorování počtu leukocytů. **Fenovaskulární hypertenze***: Pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné fungující 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 sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. **Dualní blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS)**: zvýšení rizika hypertenze, hyperkalemie a snížení funkce ledvin (včetně akutního selhání ledvin). Dualní blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se nedoporučuje. Pokud je léčba dualní blokádou považována za naprosto nezbytnou, má k ní docházet pouze pod dohledem specializovaného lékaře a za častého pečlivého sledování funkce ledvin, elektrolytů a krevního tlaku. Inhibitory ACE a blokátorů receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Těhotenství***: zastavit léčbu. V případě nutnosti zahájit alternativní léčbu. **Přimární hyperaldosteronismus***: Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. **Opatření pro použití***: **Hypotenze***: u pacientů se zvýšeným rizikem symptomatické hypotenze sledovat krevní tlak, renální funkci, hladinu draslíku (se sníženým objemem nebo se závažnou renální renin-dependenční hypotenzí) nebo s ischemickou chorobou srdeční nebo s cerebrovaskulárním onemocněním. Přechodná hypotenze odpověď není kontraindikací pro podávání dalších dávek, jakmile krevní tlak stoupá po zvýšení objemu. **Aortální a mitrální stenóza/hypertroická kardiomyopatie***: podávat s opatrností. **Srdeční selhání***: opatnost u pacientů s měštnavým srdečním selháním. **Renální poškození***: monitorování draslíku a kreatininu; individuální titrace dávky jednotlivých složek přípravku, pokud Cl_{CR} < 60 ml/min). U pacientů se stenózou renální arterie může dojít ke zvýšení urey v krvi a kreatininu; v případě renovaskulární hypertenze existuje riziko závažné hypertenze a renálního selhání. **Renální selhání***: amlodipin není dialyzovatelný. **Hepatální selhání***: vzácné, podání inhibitorů ACE mělo vzácné souvislost se syndromem počínajícím cholestatickou žloutenkou a progresujícím až v náhlou hepatickou nekrózu a (někdy) úmrtí; ukončit léčbu v případě rozvoje žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů. **Porucha funkce jater***: při závažném poškození jater pomalu titrovat dávku a pečlivě monitorovat hodnoty pacienta. **Černáská populace***: perindopril může být méně účinný a způsobit vyšší procento angioedému ve srovnání s jinými rasami. **Neproductivní kašel***: Operace/anestezie: vsadit léčbu den před zákrokem. **Hyperkalemie***: časté monitorování koncentrace draslíku v krvi v případě renálního selhání, zhoršení renálních funkcí, věk > 70 let, diabetes mellitus, dehydratace, akutní kardiální dekompenzace, metabolická acidoza a současné užívání kalium-šetrných diuretik a soli obsahujících draslík a zejména antagonistů aldosteronu nebo blokátorů receptorů angiotenzinu **. U pacientů užívajících ACE inhibitory mají být proto kalium šetrní diuretika a blokátorů receptorů angiotenzinu užívány opatrně a má být kontrolována hladina draslíku v séru a funkce ledvin **. **Diabetici***: během prvního měsíce monitorovat glykémii. **Hypertenzní krize***: bezpečnost a účinnost nebyla stanovena. **Starší pacienti***: dávku zvyšovat s opatrností. **Intolerance galaktózy/malabsorpce glukózy-galaktózy***: vrozený deficit laktázy: lék nemá být užíván. **INTERAKCE***: **Kontraindikace***: aliskiren a diabetiků nebo u pacientů s poruchou funkce ledvin, mimolehňová léčba, sakubitril/valsartan. **Současné užívání se nedoporučuje**: draslík-šetrní diuretika (např. triamteren, amilorid), doplňky draslíku nebo doplňky obsahující soli draslíku, lithium, estramustin, dantrolen (infuze), grapefruit nebo grapefruitový džus, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskiren (u jiných pacientů, než diabetiků nebo s poruchou funkce ledvin). **Současné užívání, které vyžaduje zvláštní opatnost***: nesteroidní antiflogistika (NSAD) včetně kyseliny acetylsalicylové ≥ 3 g/den, antiabektika (inzulin, perorální antiabektika), draslík nešetrící diuretika, glykolické diuretika (epiloren, spironolaktón), rasekadotril, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus), gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), induktoři CYP3A4 (rifampicin, třezalka tečkovaná), inhibitory CYP3A4, baklofen. **Současné užívání, které vyžaduje určitou opatnost***: sympatomimetika, data, takrolimus, antihypertenziva, vazodilatancia, kortikosteroidy, tetrakosaklid, alfa-blokátory (prazosin, alifuzosin, doxazosin, tamsulosin, terazosin), amifostin, tricyklická antidepresiva, antipsychotika, anestetika, cyklosporin, simvastatin, další léky s antihypertenzními vlastnostmi. **Léky vyvolávající hyperkalemii****: aliskiren, soli draslíku, draslík šetrící diuretika (např. spironolaktón, triamteren nebo amilorid), inhibitory ACE, antagonisté receptorů pro angiotenzin II, NSAID, hepariny, imunosupresiva jako cyklosporin nebo takrolimus, trimethoprim a kotrimoxazol (trimethoprim/sulfamethoxazol). Proto není kombinace přípravku Prestance s výše zmíněnými přípravky doporučena. Pokud je současně podávání indikováno, je třeba je podávat s opatrností a s pravidelnými kontrolami hladin draslíku v séru **. **TEHOTENSTVÍ A KOJENÍ***: Podávání není doporučeno v prvním trimestru těhotenství a během kojení. Podávání je kontraindikováno ve 2. a 3. trimestru těhotenství. **FERTILITA***: U některých pacientů léčených blokátorů kalciových kanálů zaznamenány reverzibilní biochemické změny v hlavičce spermií. **ÚČINNOST NA SCHOPNOST ŘIDIT A OSLUHOVAT STROJE***: Může být zhoršena v případě závratí, bolesti hlavy, únavy, malátnosti nebo nevolnosti. **NEZÁBOUCÍ ÚČINKY***: **Velmi časté***: otok. **Časté***: somnolence, závratě, bolest hlavy, dyspnoe, parestezie, vertigo, postižení zraku, diplopie, tinitus, palpatace, nábvaly, hypotenze, dyspnoe, kašel, bolest břicha, nauzea, zvracení, dyspepsie, změna způsobu vprazdrořování stolice, průjem, zácpa, svědění, vyrážka, exantém, otoky kloubů (otoky kotníků), svalové křeče, únava, astenie. **Méně časté***: ezoinflie, tachykardie, vaskulitida, hypersenzitivita, hypoglykemie, hyperkalemie, nespavost, poruchy náldady (včetně úzkosti), deprese, porucha spánku, třes, hypestezie, synkopa, rinidita, bronchospasmus, kašel, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a atrální fibrilace), synko u vstech, angioedém tváře, končetin, rtů, sliznic, glottis a/nebo hrtanu, alopecie, purpura, zabarvení kůže, hyperhidróza, kopřivka, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, artralgie, myalgie, bolest v zádech, poruchy močení, noční močení, polykuriurie, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynekomastie, penilní otok, bolest na hrudi, bolest, malátnost, pyrexie, zvýšení tělesné hmotnosti, snížení tělesné hmotnosti, zvýšení hladiny urey a kreatininu v krvi, pád. **Vzácné***: stav zmatenosti, zhoršení spánkůzy, zvýšená hladina bilirubinu v krvi, zvýšení hladin jaterních enzymů. **Velmi vzácné***: leukopenie/neutropenie, agranulocytóza nebo pancytopenie, tromboticypenie, hemolytická anemie z defektu enzymů u pacientů s vrozenou nedostatečností G-6PDH, snížení hemoglobinu a hematokritu, hyperglykemie, hypertonie, hypertonie, angina pectoris, infarkt myokardu, arytmie, cévní mozková příhoda - pravděpodobně sekundárně v důsledku snížení viskozity a cholelstatiky, ezoinflie pneumonie, gingivální hyperplazie, pankreatitida, gastritida, hepatitida, žloutenka, hepatitida bled cytolytická nebo cholelstatická, zvýšení jaterních enzymů (v souvislosti s cholelstatikou), Quinkeho edém, erythema multiforme, Stevens-Johnsonův syndrom, exfoliativní dermatitida, akutní renální selhání. **Není známa***: Raynaudův fenomén, extrapyramidová porucha (extrapyramidový syndrom), toxická epidermální nekrolýza. U jiných inhibitorů ACE byly hlášeny případy SJAHD (syndrom nepřiměřené sekrece antiidiuretického hormonu). **BALENI***: Balení 30, 90 a 120 tablet Prestance 5 mg/5 mg, 5 mg/10 mg, 10 mg/5 mg, 10 mg/10 mg. **Uchovávání***: Uchovávejte v dobře uzavřené tubě, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní teplotní podmínky uchovávání. **Držitel rozhodnutí o registraci***: LES LABORATOIRES SERVIER, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Registrční číslo: 58/203-206/OB-C. **Datum poslední revize textu***: 11.6.2021. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhnm údajů o přípravku. Přípravek je k dispozici v lékárnách a je na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <http://www.sukl.cz/sukl/sznm-levic-a-pzu-hrazenych-z-zdrav-pojisteni>. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel: 222 118 111, www.servier.cz

*pro úplnou informaci si prosím přečtete celý Souhnm údajů o přípravku ** všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku Prestance

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

