

# SBORNÍK

6. ročník multioborové konference

## ORTOPEDIE PRO REVMATOLOGY A REVMATOLOGIE PRO ORTOPEDY

27. – 28. srpna 2021  
Hotel VINAŘ, Kurdějov

Odborný garant konference:  
as. MUDr. Marta Olejárová, CSc.  
Revmatologický ústav Praha

Téma konference 2021:

### „Ruka“

**Spolupořadatel konference –  
spolupořadatelství spočívá v odborné garanci programu:**  
Revmatologický ústav Praha

Hlavní partner:



Partner:



Mediální partner:

Brain4vision s.r.o.

**Pořadatel a organizátor akce:**

T.E.O. Consulting s.r.o., IČ 28746 17, [www.teoconsulting.cz](http://www.teoconsulting.cz)



JEDNOU DENNĚ

# arixtra

fondaparinuxum natrium

SYNTECKÝ A SELEKTIVNÍ INHIBITOR  
AKTIVOVANÉHO FAKTORU X (Xa),  
INJEKČNÍ ANTITROMBOTIKUM  
POUŽÍVANÉ PRO ŠIROKÉ  
SPEKTRUM INDIKACÍ



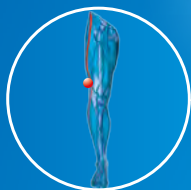
**AKS**  
AKUTNÍ KORONÁRNÍ  
SYNDROM

2,5 mg



**VTE**  
PREVENCE ŽILNÍCH  
TROMBOEMBOLICKÝCH  
PŘÍHOD

2,5 mg



**SVT**  
POVRCHOVÁ ŽILNÍ  
TROMBÓZA

2,5 mg

Reference: 1. Arixtra 2,5 mg/0,5 ml, datum poslední revize textu: 17. 3. 2021.

## Arixtra 2,5 mg/0,5 ml injekční roztok, předplněná injekční stříkačka

**Složení:** Jedna předplněná injekční stříkačka (0,5 ml) obsahuje 2,5 mg fondaparinuxum natrium. **Indikace:** *Prevence žilních tromboembolických příhod (VTE)* u dospělých pacientů podstupujících závažnější ortopedický zákrok na dolních končetinách, jako např. zlomenina kyčle, závažnější operace kolena nebo náhrada kyčelního kloubu. *Prevence žilních tromboembolických příhod (VTE)* u dospělých pacientů podstupujících břišní operaci, u kterých se předpokládá vysoké riziko tromboembolických komplikací, jako jsou např. pacienti podstupující operaci zhoubného nádoru v břišní dutině. *Prevence žilních tromboembolických příhod (VTE)* u dospělých pacientů s interním onemocněním, u kterých se usuzuje na vysoké riziko VTE a kteří jsou nepohybliví kvůli akutní chorobě jako např. srdeční nedostatečnost a/nebo akutní respirační onemocnění, a/nebo akutní infekce nebo zánětlivé onemocnění. *Léčba nestabilní anginy pectoris nebo infarktu myokardu bez elevace úseku ST (UA/NSTEMI)* u dospělých pacientů, u kterých není indikována urgentní (< 120 minut) invazivní léčba (PCI). *Léčba infarktu myokardu s elevací úseku ST (STEMI)* u dospělých pacientů, kteří jsou léčeni trombolitiky nebo u pacientů, kteří zpočátku nejsou léčeni žádnou jinou formou reperúzní terapie. *Léčba akutní symptomatické spontánní tromboflebitidy dolních končetin bez současné flebotomie* u dospělých. **Dávkování a způsob podání:** Doporučená dávka fondaparinuxu je 2,5 mg jedenkrát denně ve formě subkutánní injekce. Výjimkou je pouze první dávka u pacientů se STEMI, která se aplikuje intravenózně. Délku podávání a další specifiky pro jednotlivé indikace, včetně způsobu podávání u zvláštních skupin pacientů naleznete v aktuálním SPC. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku; aktivní klinicky významné krvácení; akutní bakteriální endokarditida; těžké poškození ledvin definované clearancí kreatininu < 20 ml/min. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Opatrnost u pacientů se zvýšeným rizikem krvácení, u pacientů podstupujících operační výkon, míšní/epidurální anestézi nebo míšní punkci, u starších pacientů a u pacientů s clearancí kreatininu < 50 ml/min (tj. < 0,83 ml/s). Opatrnost u pacientů s HIT (vzácně byly u pacientů léčených Arixtrou hlášeny případy HIT. Kausální souvislost dosud nebyla stanovena). Podání nedoporučeno u STEMI pacientů před/v průběhu primární PCI a pacientů s UA/NSTEMI podstupujících urgentní revaskularizaci. **Interakce:** Při podávání Arixtry v prevenci VTE nepodávat současně látky zvyšující riziko krvácení (např. desirudin, fibrinolytika; antagonisté GP IIb/IIIa, UFH, LMWH, heparinoidy). Ostatní antiagregancia a NSAID s opatrností. Při nutném současném podávání pacienta pečlivě sledujte. Fondaparinux užívat s opatrností u pacientů současně léčených dalšími přípravky zvyšujícími riziko krvácení. Ochraný kryt jehly předplněné stříkačky obsahuje suchou přírodní latexovou gumu, která může vyvolat alergickou reakci. **Nežádoucí účinky:** Časté: pooperační krvácení, anémie, krvácení (hematomy, hematurie, hemoptýza, krvácení z dásní). **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávejte při teplotě do 25 °C. Chraňte před mrazem. **Balení:** 2,5 mg/0,5 ml x 10 předplněných injekčních stříkaček. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Mylan IRE Healthcare Limited, Unit 35/36 Grange Parade, Baldoye Industrial Estate, Dublin 13, Irsko. **Registrační číslo:** EU/1/02/006/003. **Datum poslední revize textu:** 17. 3. 2021. **Způsob výdeje:** Vázaný na lékařský předpis. **Způsob úhrady:** Hrazený z veřejného zdravotního pojištění. **Drive, než přípravek předepíšete, seznámte se, prosím, s úplnou informací o přípravku (SPC).**

# PROGRAM

- **Klinicky suspektní artralgie a časná fáze revmatoidní artritidy** | 20 min.  
doc. MUDr. Mária Filková (Revmatologický ústav Praha)
- **Pyrofosfátová artropatie** | 20 min.  
MUDr. Veronika Balajková (Revmatologický ústav Praha)
- **Revmatochirurgie ruky** | 20 min.  
as. MUDr. David Veigl, Ph.D. (1. ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol)
- **Syndrom karpálního tunelu** | 20 min.  
MUDr. Tomáš Kalous (Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Neurologická klinika 1. LF UK a VFN)
- **Osteoartróza rukou** | 20. min.  
as. MUDr. Marta Olejárová, CSc. (Revmatologický ústav Praha)
- **Trombóza a její profylaxe v éře COVID-19** | 30 min.  
doc. MUDr. Debora Karetová, CSc. (II. interní klinika kardiologie a angiologie VFN a 1. LF UK)
- **Komunikace jako předpoklad úspěchu aneb nikdy nedostanete druhou šanci udělat první dojem** | 120 min.  
Lektoři: herec a moderátor Jan Čenský a lektorka Lenka Bernardes

\*Změna programu vyhrazena

Odborná konference je určena lékařům.

## ODBORNÝ GARANT KONFERENCE

as. MUDr. Marta Olejárová, CSc. (Revmatologický ústav Praha)

## KREDITNÍ OHODNOCENÍ – 7 KREDITNÍCH BODŮ

dle Stavovského předpisu č. 16

Certifikáty budou rozesílány elektronicky po skončení konference.



Foto: T.E.O. Consulting s.r.o.

**Pořadatel a organizátor akce:**

T.E.O. Consulting s.r.o., IČ 28746 17, [www.teoconsulting.cz](http://www.teoconsulting.cz)

Autor: <b>doc. MUDr. Mária Filková, Ph.D.</b>	Počet minut: 20
Spoluautor:	
Název přednášky: Klinicky suspektní artralgie a časná fáze revmatoidní artritidy	
Název vzdělávací akce: Ortopedie pro revmatology a revmatologie pro ortopedy	
Oblast soustavného vzdělávání: Revmatologie	
Cíl přednášky: Cílem sdělení je přehled současných poznatků o fázi onemocnění předcházející manifestaci RA (tzv. preklinická fáze, pre-RA) a důkazů o prevenci vzniku RA zásahem do této časné fáze patogeneze.	
Teoretické základy přednášky: Vývoj revmatoidní artritidy (RA) se nyní považuje za několikastupňový proces, který podmiňuje přítomnost genetických a environmentálních rizikových faktorů, pokračuje prolomením imunitní tolerance a vznikem autoimunitních procesů spojených s RA, objevením prvních symptomů bez klinické artritidy, nastartováním subklinické aktivity s finální manifestací artritidy.	
<p>Jádro a základní výsledky přednášky: I přes typické kloubní postižení u pacientů s RA jsou prvopočátky „vzniku“ RA daleko od kloubních struktur- první procesy pravděpodobně začínají v plicích, v dutině ústní- periodonciu, střední mikroflóře či v tukové tkáni, což podporuje i normální nález v kloubní výstelce (synovii) u pacientů s bolestmi kloubů a s pozitivními protilátkami proti citrulinovaným proteinům (ACPA). Přítomnost ACPA můžeme zjistit již několik měsíců až let před první manifestací RA. Kombinace ACPA a revmatoidních faktorů až 10x zvyšuje riziko vzniku RA v porovnání s jedinci bez přítomnosti těchto autoprotilátek. S vývojem poznatků o průběhu RA se posouvají nejenom hranice pro její diagnostiku, což dokazuje použití klasifikačních kritérií pro RA z. r. 2010, které lze uplatnit u pacientů s minimálně 1 oteklým kloubem, ale i hranice časné léčby s cílem zabránit nezvratnému kloubnímu postižení. V současnosti se zájem diagnostiky a potenciální léčby posouvá již do stadií předcházejícím manifestaci RA- do tzv. preklinického stadia RA. Vytvoření definice jedinců v riziku vývoje RA (clinically suspect arthralgia, CSA) umožňuje sjednocení klinické charakteristiky těchto jedinců (a potenciálních pacientů), zatím zejména pro účely výzkumu a klinických hodnocení. Tento převrat v pohledu na pre-RA dokazují i četná probíhající klinická hodnocení, jejichž primárním cílem je oddálení manifestace resp. úplné zabránění vzniku RA pomocí různých forem léčby a tím i posunutí „okna příležitosti“ do fáze předcházející manifestaci RA.</p>	
Klíčová slova: ACPA, artralgie, revmatoidní artritida	

Autor: <b>MUDr. Veronika Balajková</b>	Počet minut: 20
Spoluautor:	
Název přednášky: Pyrofosfátová artropatie	
Název vzdělávací akce: Ortopedie pro revmatology a revmatologie pro ortopedy	
Oblast soustavného vzdělávání: Revmatologie	
Cíl přednášky: Seznámení se se základními znaky nemoci z ukládání kalcium-pyrofosfát-dihydrátu.	
<p>Teoretické základy přednášky: Mezi často opomíjené krystaly indukované artropatie, patří nemoc z ukládání krystalů kalcium-pyrofosfát-dihydrátu (CaPPD). Nejčastěji forma tohoto onemocnění je sporadická, jejíž prevalence stoupá s věkem. Vzácně se vyskytuje i hereditární varianta s familiárním výskytem. Existují však i sekundární formy sdružené s jiným onemocněním (hyperparathyreóza, hemosideróza, hypomagnezémie, osteoartróza aj.). V klinickém obrazu se CaPPD může projevit jako akutně vzniklá mono- až oligoartritida (typicky postižující kolenní kloub či zápěstí), manifestující se proteplením, zarudnutím a otokem postiženého kloubu. Tento klinický obraz bývá často zaměňován za dnavý záchvat, a proto se pro akutní formu CaPPD vžil i výraz "pseudodna". Na rozdíl od dnave artritidy může však akutní ataka CaPPD trvat i několik týdnů. Chronická artritida může pak kromě velkých kloubů afektovat i klouby malé (typicky metacarpophalangeální či metatarsophalangeální) a napodobovat tak osteoartrózu či revmatoidní artritidu. Chronická CaPPD je často spojena s destrukcí kloubních struktur. V asymptomatickém stadiu tohoto onemocnění, označovaném jako chondrokalcinóza, dochází pouze k ukládání RTG kontrastních mikrokystalů do postižených vazivových a hyalinních chrupavek. Rentgenový nález kromě kalcifikací zahrnuje i zúžení kloubní štěrbiny, sklerózu, subchondrální cysty či formaci osteofytů. V diagnostice CaPPD má pak velký význam vyšetření synoviální tekutiny, která bývá většinou zánětlivá s průkazem krystalů kalcium-pyrofosfát-dihydrátu rhomboidního tvaru, vykazujících pozitivní dvojlomnost v polarizačním mikroskopu. V terapii akutní CaPPD artritidy se uplatňuje především intra artikulární aplikace dlouhodobě působících kortikoidů. Při polyartikulárním postižení pak nesteroidní antiflogistika či systémové kortikoidy, je možno podávat i kolchicin. Terapie pokročilých stádií s rozvojem artrotických změn je obdobná jako obecné postupy terapie primární osteoartrózy. Při selhání konzervativní terapie je posledním řešením totální náhrada kloubu.</p>	

Jádro a základní výsledky přednášky: Základní znaky pyrofosfátové artropatie prezentujeme na klinickém případě pacientky, která se několik týdnů potýkala s otoky a bolestmi P zápěstí a kolenních kloubů, které byly doprovázené výrazným omezením pohybu v kloubech. Na RTG byla popsána kalcifikace triangulárního disku a chrupavek kolenních kloubů. Laboratoř ukázala elevaci zánětlivých parametrů při negativní imunologii a serologii artritogenních agens. Punkce zánětlivého výpotku pak odhalila krystaly CaPP v synoviální tekutině. Po opichu kloubů kortikosteroidy a přechodném užívání nesteroidních antiflogistik, došlo k úplnému ústupu obtíží pacientky.

**Klíčová slova:** Pyrofosfátová artropatie, Chondrokalcinóza, CaPPD.



Autor: <b>as. MUDr. David Veigl, Ph.D.</b>	Počet minut: 20
Spoluautor:	
Název přednášky: Endoprotetika zápěstí, ruky a lokte	
Název vzdělávací akce: Ortopedie pro revmatology a revmatologie pro ortopedy	
Oblast soustavného vzdělávání: Revmatologie	
Cíl přednášky: Cílem je seznámit posluchače se současnými možnostmi náhrad zápěstí, MCP a PIP kloubů a s možnostmi endoprotetiky v oblasti kořenového kloubu palce ruky a lokte.	
Teoretické základy přednášky: Polyartikulární a monoartikulární postižení ruky vede ke vzniku tvarových a funkčních změn. Etiologie těchto onemocnění je nejčastěji zánětlivé kloubní onemocnění, artróza nebo postraumatického původu. Úvahy o chirurgickém léčení vycházejí ze znalostí anatomie a fyziologie ruky, z její biomechaniky a závisí nejen na charakteru a stupni postižení, ale i na osobnosti nemocného, na jeho představě o výsledné funkci a schopnosti zátěže operované ruky.	
Jádro a základní výsledky přednášky: Léčba pacienta s postižením ruky často vyžaduje interdisciplinární přístup, který zahrnuje jak revmatologa, ortopeda tak i rehabilitačního odborníka. Při rozhodování o nutnosti operačního zákroku a při výběru vhodného typu výkonu je vždy užitečné mít představu o aktuální léčbě, o vývoji onemocnění, o zázemí pacienta a jeho funkčních potřebách. Ačkoliv incidence revmatického postižení zápěstí a ruky má klesající tendenci díky lepším výsledkům farmakologické léčby, revmatochirurgie ruky má stále své významné postavení. Důvodem je fakt, že ne všichni pacienti na konzervativní léčbu dobře reagují a dochází u nich k další progresi deformit. Další pacienti v remisi sice zpočátku nemají obtíže, nicméně po proběhlém ataku onemocnění došlo k mírnému poškození kloubů a při plném zatížení dochází k progresi degenerativních změn. Navíc se zvyšujícím se věkem se setkáváme stále se zvyšující incidencí degenerativních postižení jak v oblasti kořenového kloubu palce ruky, tak i v oblasti interfalangeálních kloubů. Náhrady zápěstního kloubu, karpálních kostí a kloubů prstů ruky jsou ve světě užívány ve stále větším měřítku a v posledních deseti letech dochází k výraznému posunu od klasických silastikových náhrad směrem k náhradám fixovaných v kosti necementovou technikou a s klasickým artikulačními povrchy kov – polyetylen známých z náhrad velkých nosných kloubů dolních končetin.	
Klíčová slova: Revmatochirurgie, endoproteza zápěstí, endoproteza lokte.	



## MUDr. Tomáš Kalous

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Neurologická klinika 1. LF UK a VFN

Autor: <b>MUDr. Tomáš Kalous</b>	Počet minut: 20
Spoluautor:	
Název přednášky: Syndrom karpálního tunelu – bolest ruky z pohledu neurologa	
Název vzdělávací akce: Ortopedie pro revmatology a revmatologie pro ortopedy	
Oblast soustavného vzdělávání: Revmatologie	
Cíl přednášky: Seznámení ortopedů a revmatologů s neurologickou problematikou týkající se ruky.	
Teoretické základy přednášky: Neurologická příčina bolestí ruky se týká hlavně dvou skupin onemocnění a to úžinových syndromů a krčních radikulopatií. Z úžinových syndromů se jedná o postižení n.medianus v oblasti karpálního tunelu a n.ulnaris v oblasti lokte, méně často v zápěstí. Z kořenových syndromů se oblasti ruky týká radikulopatie C6,C7 a C8.	
Jádro a základní výsledky přednášky: Přednáška obsahuje základní přehled problematiky zahrnující etiologii, klinický obraz, diferenciální diagnostiku a léčebné možnosti.	
Klíčová slova:	

Autor: <b>as. MUDr. Marta Olejárová, CSc.</b>	Počet minut: 20
Spoluautor:	
Název přednášky: Osteoartróza rukou	
Název vzdělávací akce: Ortopedie pro revmatology a revmatologie pro ortopedy	
Oblast soustavného vzdělávání: Revmatologie	
Cíl přednášky: Seznámit účastníky s danou problematikou, interaktivní diskuse.	
<p>Teoretické základy přednášky: Osteoartróza (OA) rukou je třetí nejčastější lokalizací tohoto degenerativního onemocnění. Rozlišujeme dvě základní formy – rizartrózu, jež postihuje kořenové klouby palců, a formu nodální, při níž se vyvíjejí na drobných ručních kloubech vlivem růstu osteofytů tuhé uzly (Bouchardovy uzly na proximálních, Heberdenovy uzly na distálních interfalangeálních kloubech). Zvláštní formou nodální OA rukou je tzv. erozivní osteoartróza, při níž vznikají mimo typické degenerativní změny i kloubní destrukce, které se na RTG projevují jako centrálně uložené eroze. Erozivní OA se vyznačuje silnější bolestivostí, výraznějšími projevy zánětu i rychlejším vývojem osteofytů a deformit, přesto však nepředstavuje zvýšené riziko vzniku revmatoidní artritidy či jiného zánětlivého revmatického onemocnění. Diagnóza OA rukou je založena na typických klinických projevech a nálezů degenerativních změn na RTG. Klinické obtíže se mohou objevit dříve než typické změny na RTG, na druhou stranu relativně často nacházíme klinické či rentgenové degenerativní změny na kloubech rukou, které jsou nebolestivé nebo zcela asymptomatické. Léčba OA rukou je svízelná, není znám zatím žádný spolehlivý způsob, který by zastavil růst osteofytů a morfológickou progresi artrózy, často se nedaří ani dostatečně zmírnit obtíže pacienta. Kvalitních klinických studií u OA je málo, většina z nich navíc přinesla negativní výsledky. Podle posledních doporučení Americké revmatologické koleje (ACR) se doporučují u OA rukou nefarmakologické způsoby léčby (cvičení, ergoterapie, taping, ortézy, akupunktura, parafínové zábaly a další formy termoterapie). Doporučená farmakoterapie zahrnuje nesteroidní antirevmatika (lokálně, event. celkově), i.a. glukokortikoidy, paracetamol, duloxetin, tramadol a chondroitin sulfát. Byly provedeny i klinické studie s bisfosfonáty, methotrexátem, hydroxychlorochinem, i.a. kyselinou hyaluronovou i některými biologiky, avšak se slabými nebo zcela negativními výsledky, proto se žádné z těchto léčiv v léčbě OA rukou nedoporučuje.</p>	
Jádro a základní výsledky přednášky:	
Klíčová slova:	

Autor: <b>doc. MUDr. Debora Karetová, CSc.</b>	Počet minut: 30
Spoluautor:	
Název přednášky: Trombóza a její profylaxe v éře COVID-19	
Název vzdělávací akce: Ortopedie pro revmatology a revmatologie pro ortopedy	
Oblast soustavného vzdělávání: Prevence trombembolické nemoci	
Cíl přednášky: Podat přehled rizik trombogeneze při koronavirové infekci a seznámit s principy farmakologické profylaxe u jednotlivých skupin pacientů.	
<p>Teoretické základy přednášky: Koronavirová infekce způsobující onemocnění COVID-19 má plejádu klinických manifestací. Těžší průběh bývá provázen hyperkoagulačním stavem, nazývaným COVID-19 asociovaná koagulopatie (CAC), která je přítomna až u čtvrtiny hospitalizovaných osob. V etiopatogenezi TEN se účastní vlastní virem poškozený endotel (endotelitis) s aktivací řady prokoagulačních faktorů, uvolněním cytokinů, interleukinů a prokoagulačních působků, následná aktivace koagulační kaskády i trombocytů. Stav je komplikován imobilizací nemocných, nutností invazivních cévních přístupů. Adekvátně tomuto je u hospitalizovaných nutno zahájit podávání minimálně preventivních dávek nízkomolekulárních heparinů nebo pentasacharidu fondaparinuxu. Při podezření na TEN či při potvrzení diagnózy je indikována plná léčebná antikoagulační dávka. U nemocných v ambulantní léčbě je antikoagulační profylaxe indikována jen při anamnéze již prodělané TEN či při celkově vyšším riziku trombózy. Stejně tak u vysoce rizikových nemocných (pozitivní anamnéza TEN, obezita, komorbidita s prokoagulačním potenciálem apod.) je vhodné individuálně posoudit vhodnost perivakcinační farmakologické tromboprofylaxe.</p>	
Jádro a základní výsledky přednášky:	
Klíčová slova: COVID-19 asociovaná koagulopatie – trombembolismus – tromboprofylaxe – antikoagulační medikace.	

## POZNÁMKY

[illegible]

## POZNÁMKY

This image shows a single page of white paper with horizontal blue lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, typical of notebook paper or a form designed for handwritten entries. There are no margins, text, or other markings on the page.

## POZNÁMKY

This image shows a single page of white paper with horizontal blue lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, typical of notebook paper or a form designed for handwritten entries. There are no margins, text, or other markings on the page.

# Calcium/Vitamin D3 Mylan

500 mg/800 IU **žvýkáci tablety** calcii carbonas/colecalciferolum (vitamin D3)

## DUÁLNÍ EFEKT PRO LÉČBU OSTEOPORÓZY\*

\*Vitamin D zvyšuje intestinální absorpci kalcia.

Podávání kalcia a vitaminu D3 působí proti  
zvýšené resorpci kostí.

### Indikace:†

- Prevence a léčba deficitu vitaminu D a kalcia u starších osob.
- Suplementace vitaminu D a kalcia **při specifické léčbě osteoporózy** u pacientů, u nichž existuje vysoké riziko takového deficitu.

### Dávkování:†

- Jedna **žvýkáci tableta** (500 mg/800 IU) **1x denně**.



**BEZ DOPLATKU\*\***

### Základní informace o přípravku: Calcium/Vitamin D3 Mylan 500 mg / 800 IU žvýkáci tablety

**Složení:** 1 žvýkáci tableta obsahuje calcii carbonas odpovídající 500 mg calcium a colecalciferolum (vitamin D3) 800 IU (20 mikrogramů). Přípravek dále obsahuje glukózu a sacharózu. **Indikace:** Prevence a léčba deficitu vitaminu D a kalcia u starších osob. Suplementace vitaminu D a kalcia při specifické léčbě osteoporózy u pacientů, u nichž existuje vysoké riziko takového deficitu. Přípravek je určen pro pacienty od 18 let. **Dávkování a způsob podání:** 1x denně 1 žvýkáci tableta. Pacient by při užívání přípravku měl mít denní příjem kalcia ve stravě 500 mg – 1000 mg. Tableta se rozzývá nebo se nechá pomalu rozpustit v ústech. **Kontraindikace:** Hyperkalcémie, hyperkalcémie a onemocnění a/nebo stavy vedoucí k hyperkalcémii nebo hyperkalcii, nefrolitiáza, nefrokalcinóza, hypervitaminóza D, těžká porucha funkce ledvin a renální selhání, hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Opatrnosti je třeba u pacientů se sarkoidózou. V případě dlouhodobé léčby je zapotřebí kontrola kalcémie a funkce ledvin stanovením hladiny kreatininu v séru. Při nadměrném příjmu vápníku a vstřebatelné alkalie může vzniknout Milk-alkali syndrom. Více viz platné SPC. **Interakce:** Thiazidová diuretika snižují vylučování kalcia do moči. Systémové kortikosteroidy snižují absorpci kalcia. Hyperkalcémie může zvyšovat toxicitu srdečních glykosidů v případě současného podávání s kalcem a vitaminem D. Účinnost levothyroxinu může být při souběžném podávání kalcia snížena vzhledem ke sníženému vstřebávání levothyroxinu (odstup nejméně 4 hodin). Soli vápníku mohou snižovat vstřebávání železa, zinku a stroncium-ranelátu (odstup nejméně 2 hodin), přípravek snižuje vstřebávání bisfosfonátů (odstup nejméně 1 hodina) a fluoridu sodného (odstup nejméně 3 hodiny). Přípravek dále narušuje vstřebávání tetracyklinů a chinolonů. Více viz platné SPC. **Nežádoucí účinky:** Hyperkalcémie, hyperkalcémie, zácpa, nadýmání, nauzea, bolesti břicha a průjem a jiné. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. Uchovávejte lahvičku pevně zavřenou, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Balení:** 30 žvýkácích tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Mylan IRE Healthcare Limited, Unit 35/36, Grange Parade, Baldoyle Industrial Estate, Dublin 13, Irsko. **Registrační číslo:** 39/552/12-C. **Datum poslední revize textu:** 9. 8. 2019. **Způsob výdeje:** Vázaný na lékařský předpis. **Způsob úhrady:** Hrazený z veřejného zdravotního pojištění. **Dříve, než přípravek předepíšete, seznamte se, prosím, s úplnou informací o přípravku (SPC).**

**Literatura:** 1. SPC Calcium/Vitamin D3 Mylan 500 mg/800 IU, datum poslední revize textu: 9. 8. 2019.

\*\*Doporučený doplatek dle ceníku spol. Mylan ke dni 1. 3. 2021

MYLAN HEALTHCARE CZ s.r.o.

Evropská 2590/33C, 160 00 Praha 6, tel.: +420 222 004 400

e-mail: officecz@viatris.com, www.viatris.cz





**dona®**

# Aktivní pohyb ... bez bolesti

✓ *Originální a patentovaný krystalický glukosamin sulfát*

✓ *Významná úleva od bolesti<sup>1</sup>*

*U pacientů s artrózou kolene, kteří přípravek DONA® užívají po dobu delší než 4 měsíce, se snižuje riziko potřeby záchranné léčby bolesti pomocí NSA až o 48 %.<sup>1</sup>*

✓ *Dobrá snášenlivost v průběhu krátkodobé i dlouhodobé léčby<sup>2</sup>*

## Účinná léčba osteoartrózy



### Základní informace o přípravcích: Dona 1500 mg prášek pro perorální roztok, Dona 400 mg injekční roztok

**Složení:** *Dona, prášek:* 1 sáček obsahuje glukosaminu sulfas cristallicus 1884,0 mg (odpovídá glukosaminu 1500,0 mg et natrii chloridum 384,0 mg), to odpovídá glukosaminu 11 78,0 mg. Přípravek dále obsahuje aspartam a sorbitol. *Dona, injekce:* 1 ampule obsahuje glukosaminu sulphas cristallicus 502,5 mg ve 2 ml (odpovídá glukosaminu sulfas 400,0 mg et natrii chloridum 102,5 mg). **Indikace:** Léčba osteoartrózy.

**Dávkování a způsob podání:** *Dona, prášek:* Obsah 1 sáčku se rozpustí ve sklenici vody a užívá se 1x denně obvykle v době jídla po dobu 3 měsíců. *Dona, injekce:* Doporučená dávka je 1 až 2 injekce 3x týdně po dobu 4-6 týdnů. Přípravek se podává intramuskulárně. Více viz platná SPC. **Kontraindikace:** *Dona, prášek:* Hypersenzitivita na léčivou látku glukosamin nebo na kteroukoli pomocnou látku. Přípravek nesmí být podáván pacientům s alergií na koryše. *Dona, injekce:* Přecitlivělost na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku, 1. trimestr těhotenství, i.v. podání, pacienti s převodními poruchami srdce, akutní srdeční nedostatečnost, u pacientů s přecitlivělostí na lidokain a u pacientů s fenylketonií.

**Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Prášek pro přípravu perorálního roztoku obsahuje aspartam, který je zdrojem fenylationu. Přípravek obsahuje sorbitol. Obsah sorbitolu v léčivých přípravcích pro perorální podání může ovlivnit biologickou dostupnost jiných současně podávaných léčivých přípravků užívaných perorálně. Pacienti s hereditární intolerancí fruktózy nemají tento léčivý přípravek užívat. Přípravek určen pouze pro dospělé. Více viz platná SPC. **Interakce:** Při současně léčbě s perorálními antagonisty vitamínu K bylo zaznamenáno zvýšení hodnot INR. Perorální podávání může zvýšit gastrointestinální vstřebávání tetracyklinů. Steroidní nebo nesteroidní analgetika nebo protizánětlivé látky mohou být s glukosaminem podávány současně. **Nežádoucí účinky:** *Dona, prášek:* Bolest hlavy, ospalost, průjem, zácpa, nevolnost, flatulence, bolest břicha, dyspepsie, únava. *Dona, injekce:* Ojedinelé nevolnost a lokální reakce v místě vpichu. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** *Dona, prášek:* Nvyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. *Dona, injekce:* Uchovávejte při teplotě do 25°C. **Balení:** *Dona, prášek:* 30 sáčků, *Dona, injekce:* 6 ampulí A po 2 ml a 6 ampulí B po 1 ml. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Mylan IRE Healthcare Limited, Unit 35/36, Grange Parade, Baldoyle Industrial Estate, Dublin 13, Irsko. **Registrační čísla:** *Dona, prášek:* 29/118/97-C, *Dona, injekce:* 29/110/00-C. **Datum poslední revize textu:** *Dona, prášek:* 16. 5. 2019, *Dona, injekce:* 11. 7. 2018. **Způsob výdeje:** Vázáný na lékařský předpis. **Způsob úhrady:** *Dona, prášek:* Hrazený z veřejného zdravotního pojištění, *Dona, injekce:* Není hrazen z veřejného zdravotního pojištění. **Dříve, než přípravky předepíšete, seznamte se, prosím, s úplnou informací o přípravku (SPC).**

**Reference:** 1. Rovati LC et al. Effects of glucosamine sulfate on the use of rescue non-steroidal anti-inflammatory drugs in knee osteoarthritis: Results from the Pharmac-Epidemiology of GonArthroSis (PEGAStus) study. Semin Arthritis Rheum. 2016; 45(4 Suppl): S34-41. 2. SPC přípravku DONA 1500 mg prášek pro perorální roztok, datum poslední revize textu: 16. 5. 2019.

MYL\_0421\_328

MYLAN HEALTHCARE CZ s.r.o.

Evropská 2590/33C, 160 00 Praha 6, tel.: +420 222 004 400

e-mail: officecz@viatris.com, www.viatris.cz

**VIATRIS**