



kou srdeční slabostí. Pokud je theophyllin užíván současně s ciprofloxacinem, má být dávka theophyllinu snížena na maximálně 60 % doporučené dávky (9).

Urologický pacient s arteriální hypertenzí

Docela často se setkáváme v praxi, že při nasazení léků na léčbu benigní hypertrofie prostaty ze skupiny alfa-blokátoru (např. tamsulosin) urologem, dochází k významnému poklesu krevního tlaku (10). Lékař na to musí pacienta upozornit a eventuálně i redukovat antihypertenzní medikaci, aby nedošlo k nebezpečné hypotenzi a synkopě.

Další nebezpečí představuje současné užívání inhibitoru CYP3A4 klarithromycinu a blokátoru kalciových kanálů amlodipinu. Výsledkem může být těžká hypotenze (11).

Urologický pacient s ICHS

Pacienti s ICHS skoro vždy mají statiny v chronické medikaci, což znamená riziko myalgií a rhabdomyolýzy, které je vyšší při souběžném podání některých antibiotik a antimykotik. Makrolidy významně interagují se simvastatinem, lovastatinem a atorvastatinem. Léková interakce azithromycinu se simvastatinem i atorvastatinem je velice slabá, klinicky nevýznamná. Pokud je tedy pacientům léčeným uvedenými statiny nezbytné podat některý z makrolidů, je vhodné zvážit podání azithromycinu. Alternativnou by bylo statiny na několik dní vysadit (12, 14).

Urologický pacient se stenokardií

Nitráty nebo alfa-blokátory při užívání s PDE-5 inhibitory mohou vyvolat těžkou prolongovanou hypotenzi. Kombinace sildenafilu s nitráty je považována za potenciálně fatální (3).

Urologický pacient s diabetes mellitus 2. typu

Deriváty sulfonilurey (glibenclamid, glimeperid a glipizid) jsou metabolizovány CYP2C9 a CYP3A4, to znamená, že jejich současné užívání s amiodaronem, trimetoprimem, flukonazolem, ketokonazolem, metronidazolem, klarithromycinem může vyvolat těžkou hypoglykémii. U takových pacientů bude nutno kontrolovat glykemický profil a včas redukovat dávku antidiabetik (13).

Závěr

Urolog se často setkává s pacientem, který užívá více léků z různých důvodů. Lékové interakce jsou přitom často podceněné a stávají se příčinou řady nežádoucích a občas i fatálních následků. Perioperační období je v tomto směru rizikovější, protože pacient dostává ke svojí chronické medikaci řadu dalších léčiv. Lékař musí vždy pomýšlet na možnost interakcí, zejména při nasazení antibiotik, antiarytmik, antikoagulantů, psychotropních léčiv a chránit pacienta před nekontrolovanými kombinacemi různých medikamentů.

Autorka prohlašuje, že zpracování článku nebylo podpořeno žádnou společností.