



ABSTRAKTA

10. kongres Medicíny pro praxi v Hradci Králové

30.–31. května 2025
Kongresové centrum Aldis



kongres
Medicíny
pro praxi

30.–31. 5. 2025
HRADEC KRÁLOVÉ

Společnost SOLEN, s. r. o., ve spolupráci
s I. interní kardiologickou klinikou FN Hradec Králové





TRIPLIXAM®

perindopril arginin / indapamid / amlodipin

NEČEKEJTE, AŽ BUDE PŘÍLIŠ POZDĚ

Zkrácená informace o přípravku TRIPLIXAM®: SLOŽENÍ: Triplixam 5 mg/1,25 mg/5 mg obsahuje 5 mg perindopril-argininu/1,25 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplixam 5 mg/1,25 mg/10 mg obsahuje 5 mg perindopril-argininu/1,25 mg indapamidu/10 mg amlodipinu; Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg obsahuje 10 mg perindopril-argininu/2,5 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplixam 10 mg/2,5 mg/10 mg obsahuje 10 mg perindopril-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, podáványmi současně v téže dávce. **DÁVKOVÁNÍ A PODÁVÁNÍ:** Jedna tableta denně, nejlépe ráno a před jídlem. Fixní 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. **KONTRAINDIKACE:** Dialyzovaní pacienti. Pacienti s neléčeným dekompenzovaným srdečním selháním. Závažná porucha funkce ledvin (Cl_{cr} < 30 ml/min). Středně závažná 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, jiné sulfonamidy, deriváty dihydropyridinu, jakýkoli jiný inhibitor ACE nebo na kteroukoli pomocnou látku. Anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edému) souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE (viz bod Upozornění). Dědičný/idiopatický angioedém. Druhý a třetí trimestr těhotenství (viz body Upozornění a Těhotenství a kojení). Hepatální encefalopatie. Závažná porucha funkce jater. Hypokalemie. Závažná hypotenze. Šok, včetně kardiogenního šoku. Obstrukce výtokového traktu levé komory (např. vysoký stupeň stenózy 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 (GRF < 60 ml/min/1,73 m²) (viz bod Interakce). Současné užívání se sacubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu** (viz body Upozornění a Interakce). **Mimotělní léčba** vedoucí ke kontaktu krve se záporně nabitým povrchem (viz Interakce). Signifikantní bilaterální stenóza renální arterie nebo stenóza renální arterie u jedné fungující ledviny (viz Upozornění). **UPOZORNĚNÍ:** **Zvláštní upozornění:** **Duální blokáda systému renin-angiotenzin-aldosteron (RAAS):** duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu se nedoporučuje. Inhibitory ACE a blokátorů receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anémie:** postupujte opatrně v případě kolagenového vaskulárního onemocnění, imunopresní léčby, léčby 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 fungující ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze 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. **Hypersenzitivita/angioedém, intestinální angioedém:** přerušete léčbu a sledujte pacienta až do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený 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 nelze zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitrilu/valsartanu. Současné užívání inhibitorů ACE s rasekadotriem, 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 poruchy dýchání) (viz bod Interakce). U pacientů, kteří již užívají inhibitor ACE, je třeba opatrnosti při počátečním podání rasekadotriem, mTOR inhibitorů (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin**). **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** postupujte opatrně u alergických pacientů léčených desenzibilizací a nepoužívejte v případě imunoterapie jedem blanketických. Alespoň 24 hodin před desenzibilizací dočasné vysadte inhibitor ACE. **Anafylaktoidní reakce během LDL-aférey:** před každou aférou dočasné vysadte inhibitor ACE. **Hemodialyzovaní pacienti:** zvažte použití jiného typu dialyzační membrány nebo jiné skupiny antihypertenziv. **Přímá hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. **Těhotenství:** nezaahajujte užívání během těhotenství, v případě potřeby zastavte léčbu a zahájte vhodnou alternativní léčbu. **Hepatální encefalopatie, která může vyvolat jaterní kóma:** ukončte léčbu. **Fotosenzitivita:** ukončte léčbu. **Opatření pro použití:** **Renální funkce:** U některých hypertenzních s existujícími zjevnými renálními lézemi, u nichž renální krevní testy ukazují funkční renální insuficienci, by měla být léčba ukončena a je možno ji znovu zahájit v nižší dávce nebo pouze s jednou složkou. Monitorujte draslík 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 fungující ledviny: nedoporučuje se. Riziko arteriální hypotenze a/nebo renální insuficience (v případech srdeční insuficience, deplece vody a elektrolytů, u pacientů s nízkým krevním tlakem, stenózou renální arterie, městnavým srdečním selháním nebo cirkúzí s edémy a ascitem): zahajte léčbu dávkami nižší dříve a postupně je zvyšujte. **Hypotenze a deplece vody a sodíku:** nízká hypotenze 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 nižší sníženou dávkou nebo pouze jednou složkou přípravku. **Hladina sodíku:** kontrolovat častěji u starších a cirkulových pacientů. Jakákoli diuretika léčba může vyvolat hyponatremii, někdy s velice závažnými následky. Hyponatremie s hypovolémií mohou způsobit dehydrataci a ortostatickou hypotenzi. Současná ztráta chloridových iontů může vést k sekundární kompenzační metabolické alkalóze: vyskyt a stupeň tohoto jevu je malý. **Hladina draslíku:** hyperkalemie: kontrolovat plazmatickou hladinu draslíku v případě renální insuficience, zhoršení funkce ledvin, vyššího věku (> 70 let), diabetes mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, aktuální srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současné užívání kalium-šetřících diuretik, doplňků draslíku nebo doplňků solí obsahujících draslík nebo jiných léků spojených se zvýšením hladiny draslíku v séru a zejména antagonistů aldosteronu nebo blokátorů receptorů angiotensinu** u pacientů užívajících ACE inhibitory mají být proto kalium šetřící diuretika a blokátorů receptorů angiotensinu užívány opatrně a má být kontrolována hladina draslíku v séru a funkce ledvin. **Hypokalemie:** Hypokalemie může způsobit svalové poruchy, zejména v souvislosti se závažnou hypokalemií, byly hlášeny případy rhabdomyolýzy; vysoké riziko u starších a/nebo podvýživných osob, cirkulových pacientů s edémem a ascitem, koronárních pacientů, u pacientů se selháním ledvin nebo srdečním selháním, dlouhým intervalem QT: sledovat plazmatickou hladinu draslíku. Může napomoci rozvoj torsades de pointes, které mohou být fatální. Hypokalemie zjištěná v souvislosti s nízkou koncentrací hořčiky v séru může být na léčbu neodpovídající, pokud není korigován sérový hořčík**. **Hladina vápníku:** hyperkalcemie: před vyšetřením funkce příštích tělesk ukončete léčbu. **Hladina hořčiky:** bylo prokázáno, že thiazydy a podobná diuretika včetně indapamidu zvyšují vylučování hořčiky močí, což může mít za následek hypomagnezémii**. **Renovaskulární hypertenze:** v případě stenózy renální arterie: zahajte léčbu v nemocnici v nízké dávce; sledujte funkci ledvin a hladinu draslíku. **Suchy/kašel:** Ateroskleróza: u pacientů s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulární ischemií zahajte léčbu nízkou dávkou. **Hypertenze a nízká dávka:** nízká hypotenze v přítomnosti preexistující deplece sodíku (zejména, je-li přítomna stenóza renální arterie): sledujte renální funkci postupně opatrně. **Těžká srdeční nedostatečnost (stupeň IV):** zahajte léčbu nižšími iniciačními dávkami pod lékařským dohledem. **Stenóza aortální nebo mitrální chlopně/hypertroická kardiomyopatie:** v případě obstrukce průtoku krve levou komorou postupujte opatrně. **Diabetici:** V případě inzulín-dependenčního diabetes mellitus zahajte léčbu iniciační nižší dávkou pod lékařským dohledem; během prvního měsíce a/nebo v případě hypokalemie 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 mělo vzácně souvislosti se syndromem počínajícího cholestatického žloutenou a progredujícím až v náhlou hepatickou nekrózu a (někdy) úmrtí. V případě žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů ukončete léčbu. **Kyselina močová:** hyperurikémie: zvýšená tendence k začatým dry. **Starší pacienti:** před zahájením léčby vyšetřte renální funkci a hladinu draslíku. Dávku zvyšovat opatrně. **Hladina sodíku:** v podstatě bez sodíku. **Choroidální efuze, aktuální myopie a sekundární glaukom s uzavřeným úhlem:** Sulfonamidy mohou dernatv sulfonamidy mohou způsobit idiosynkratickou reakci vedoucí k choroidální efuzi s defektem zorného pole, přechodné myopie a akutnímu glaukomu s uzavřeným úhlem. Příznaky zahrnují náhlý pokles zrakové ostrosti nebo bolesti očí a obvykle se objevují během hodin až týdnů po zahájení léčby. Neléčený akutní glaukom s uzavřeným úhlem může vést k trvalé ztrátě zraku. Primární léčba spočívá v co nejrychlejší výsazní léčbě. Pokud se nitroční tlak nepodaří dostat pod kontrolu, je třeba zvažt rychlou medikamentózní nebo chirurgickou léčbu. Rizikové faktory pro rozvoj akutního glaukomu s uzavřeným úhlem mohou zahrnovat alergii na sulfonamidy nebo peniciliny v anamnéze. **Spotovci:** tento léčivý přípravek obsahuje léčivou látku, která může vyvolat pozitivitu dopingových testů. **INTERAKCE:** **Kontraindikován:** Aliskiren u diabetických pacientů nebo pacientů s poruchou funkce ledvin. **Mimotělní léčba.** **Nedoporučuje se:** Lithium, aliskiren u jiných pacientů než léčbou funkce ledvin, souběžná léčba inhibitorem ACE a blokáteorem receptorů pro angiotenzin, estramustin, kalium-šetřící léky (např. triamteren, amilorid, ...), soli draslíku, dantrolen (infuze), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Výžadující zvláštní opatrnost:** bakoferon, nesteroidní antiflogistika (včetně kyseliny acetylsalicylové ve vysokých dávkách), antiadibetika (inzulín, perorální antidiabetika), kalium-nešetřící diuretika (např. furosemid, spironolakton), rasekadotriem, inhibitory ACE, antagonisté receptorů pro angiotenzin II, NSAID, hepariny, imunopresiva jako cyklosporin nebo takrolimus, trimethoprim a kotrimoxazol (trimethoprim/sulfamethoxazol). Proto není kombinace přípravku Triplixam s výše zmíněnými přípravky doporučena. Pokud je současné podávání indikováno, je třeba je podávat s opatrností a s pravidelnými kontrolami hladin draslíku v séru. **TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Kontraindikován během druhého a třetího trimestru těhotenství Nedoporučuje se během prvního trimestru těhotenství a při kojení. **FERTILITA:** Reverzibilní biochemické změny na hlavové části spermatozoidů u některých pacientů léčených blokátorů kalciového kanálu. **SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Může být narušena v důsledku nízkého krevního tlaku, který se může vyskytnout u některých pacientů, zejména na začátku léčby. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** **Velmi časté:** otoky. **Časté:** závrať, bolest hlavy, parestezie, vertigo, somnolence, dysgeusie, zhoršení zraku, tinitus, palpitace, zrudnutí, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), kašel, dušnost, bolest břicha, zácpa, průjem, dyspepsie, nauzea, zvracení, změny ve vyprazdňování střeva, pruritus, vyrážka, makulopapulární vyrážka, svalové křeče, otok kotníků, astenie, únava, hypokalemie**. **Méně časté:** rinitida, ezofinofie, hypersenzitivita, hypoglykemie, hypokalemie vratná po přerušení léčby, hyponatremie, insomnie, změny nálad (včetně úzkosti), deprese, poruchy spánku, hyposteazie, třes, synkopa, diplopie, tachykardie, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní), vaskulitida, bronchospasmus, suchu v ústech, kopřivka, angioedém, alopecie, purpura, změna zabarvení kůže, hyperhidróza, exantém, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, ankylozující spondylitida, pancytopenie, periferní neuropatie, cévní mozková příhoda, možná sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů, angina pectoris, infarkt myokardu, možná sekundárně k nadměrné hypotenzí u vysoce rizikových pacientů; ezofinofie pneumonie, gingivální hyperplazie, pankreatitida, gastritida, hepatitida, žloutenka, abnormální hepatální funkce, erythema multiforme, Stevens-Johnsonův syndrom, exfoliativní dermatitida, toxická epidermální nekrolýza, Quinckeho edém, snížení hemoglobinu a hematokritu. **Není známo:** Deplece draslíku s hypokalemií, u určitých rizikových populací zvláště závažná, extrapyramidové poruchy (extrapyramidový syndrom), akutní glaukom s uzavřeným úhlem, choroidální efuze, myopie, rozmazané vidění, torsades de pointes (potenciálně fatální), možný rozvoj hepatální encefalopatie v případě jaterní insuficience, svalová slabost, rhabdomyolýza, možnost zhoršení stávajícího systémový lupus erythematosus, EKG: prodloužený interval QT, zvýšená hladina glukózy v krvi, Raynaudův fenomén. **PŘEDÁVKOVÁNÍ:** Nekardiogenní pilní edém byl vzácně hlášen v důsledku předávkování amlodipinem, nástup se může projevit až opožděně (24-48 hodin po požití) a může vyžadovat ventilací podpory. Vzácná resuscitací opatření (včetně hyperventilace) k udržení periferu a středního výdeje mohou být spouštějící faktory**. **VLASTNOSTI:** Perindopril je inhibitor angiotenzin-konvertujícího enzymu (inhibitor ACE), který konvertuje angiotenzin I na vazokonstriktor angiotenzin II. Indapamid je derivát sulfonamidu s indolovým křehem, farmakologicky příbuzný thiazidovým diuretikům. Amlodipin je inhibitorem transportu kalciových iontů (blokátor pomalých kanálů nebo antagonista kalciových iontů), který inhibuje transmembránový transport kalciových iontů do srdečních buněk a buněk hladkého svalstva cévních stěn. **BALENÍ:** 30 a 90 tablet. Uchovávaní: nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávaní. Doba použitelnosti: 3 roky. Doba použitelnosti po prvním otevření je 30 dní. Držitel rozhodnutí o registraci: Les Laboratoires Servier, Sio, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, France. Registrační číslo: 58/100/14-C, 58/101/14-C, 58/102/14-C, 58/103/14-C. Datum poslední revize textu: 5. 5. 2023. Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravek je k dispozici v lékárnách. Přípravek je na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <https://suik.gov.cz/prehledy-cen-a-uhrad-leciv/senznam-leciv-a-pzh-hrazenych-ze-zdravotniho-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 přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku ** všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku Triplixam

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

SERVIER
moved by you

25G1TPW2464

PROGRAM – pátek 30. května 2025

9.00–9.05 ZAHÁJENÍ ODBORNÉHO PROGRAMU

prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D.

9.05–10.35 KARDIOLOGIE PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE

odborný garant prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D.

- **Nové možnosti katetrizační léčby získaných chlopenních vad** – Červinka P. (15')
- **Diagnostika a léčba hypertrofické obstrukční kardiomyopatie v praxi** – Pudil R. (15')
- **Ambulance srdečního selhání** – Pelouch R. (15')
- **Novinky v diagnostice a léčbě ischemické choroby dolních končetin** – Malý R. (15')
- **Fibrilace síní – update pro praxi** – Tomko T. (15')
- **CT koronární angiografie** – Bánszky R. (15')

10.35–11.05 PŘESTÁVKA

11.05–11.40 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE

- **Perorální suplementace sukrosomálním železem** – Doležal T. (15')
- **Management MASLD – diagnostika rizika jaterní fibrózy v primární péči** – Šembera Š. (15')
(Přednáška je podpořena společností PRO.MED.CS Praha a. s.)

11.40–12.40 KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ

odborná garantka MUDr. Markéta Kaletová

- **Když kila tlačí na tlak** – Ožana J. (20')
- **Jsou betablokátory obsoletní léčbou v léčbě hypertenze?** – Gelžinský J. (20')
- **Sekundární žilní onemocnění v praxi** – Kaletová M. (20')

12.40–13.45 OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA

13.45–14.30 SLADKÝ ŽIVOT DIABETIKA: JAK UDRŽET PACIENTA NA SPRÁVNÉ CESTĚ

MUDr. Jaromír Ožana

14.30–14.50 TÝMOVÉ PRAXE V PRIMÁRNÍ PÉČI PRAKTICKY

Mgr. Michal Opatřil, MHA

14.50–15.50 NOVÉ VÝZVY V DIAGNOSTICE A LÉČBĚ

- **Chronické žilní onemocnění – chirurgie vs. konzervativní léčba: Kdy je čas na skalpel?** – Vlachovský R. (15')
- **Podpora imunity u pacientů s onemocněním dýchacích a močových cest: Prevence a moderní přístupy** – Šrotová A. (15')
- **Jak na bolest aneb co víc můžeme pro pacienta udělat** – Kozák Š. (15')
- **Využití patentovaných probiotických kmenů a bakteriálních metabolitů v praxi** – Vagnerová H. (5')
(Přednáška je podpořena společností FAVEA Plus, a. s.)

15.50–16.20 PŘESTÁVKA

16.20–17.50 LYMFADENOPATIE – ZDUŘENÍ NA KRKU

odborný garant MUDr. Jan Vodička, Ph.D.

- **Jak postupuje praktický lékař a co když je všechno jinak?** – Matějková A. (15')
- **Základní vyšetřovací postup u zduření na krku** – Vodička J. (15')
- **Úloha ultrazvuku a indikace dalších zobrazovacích metod** – Dědková J. (15')
- **Úskalí diagnostiky, pohled patologa** – Stejskal V. (15')
- **Zánětlivá etiologie lymfadenitid, specifika dětského věku** – Koblášová N. (15')
+ diskuze

17.50 PŘEDPOKLÁDANÉ ZAKONČENÍ ODBORNÉHO PROGRAMU PRVNÍHO DNE KONGRESU

Změna programu vyhrazena

PROGRAM

10. KONGRES MEDICÍNY PRO PRAXI V HRADCI KRÁLOVÉ / PROGRAM – SOBOTA 31. KVĚTNA 2025

PROGRAM – sobota 31. května 2025

9.00–10.00 TÝKÁ SE LÉKAŘE TRESTNÍ PRÁVO? POKUD ANO, JAK?

JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

11.00–12.30 INTERAKTIVNÍ SEMINÁŘ: V LABYRINTU DEPRESE

Bartečková E., Hořínková J.

10.00–10.50 MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE I

- **Nová galenická forma – nové možnosti** – Kuniaková R. (15')
(Přednáška je podpořena společností Imunoglukan, s. r. o.)
- **Deficit vitamínu D a nové možnosti léčby** – Jiskra J. (20')
- **Osud probiotik v našem těle** – Emmer J. (15')

10.50–11.20 PŘESTÁVKA

11.20–12.20 IP CESTOVNÍ MEDICÍNA – JAK SE SPRÁVNĚ POSTARAT O CESTOVATELE PŘED CESTOU A PO NÁVRATU

MUDr. Milan Trojánek, Ph.D.

12.20–13.10 MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE II

- **Efektivní léčba respiračních infekcí** – Gregora M. (15')
- **Trifaroten – novinka v léčbě akné** – Mrázik M. (15')
- **Vliv konzumace doplňku stravy rybího tuku na index omega 3 a vybrané kognitivní funkce u aktivně sportujících žáků 2. stupně ZŠ** – Suchánek P. (15')
- **Cholesterol pod kontrolou: moderní bezpečné řešení** – Borková M. (5')
(Přednáška je podpořena společností NATUREVIA)

13.10–14.10 OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA

14.10–15.40 DERMATOLOGIE

odborná garantka doc. MUDr. Jarmila Čelakovská, Ph.D.

- **Melanom** – Čáková L. (20')
- **Onychomadéza nejen u dětí** – Vachátová S. (25')
- **Atopická dermatitida, psoriáza a význam obezity u těchto onemocnění** – Čelakovská J. (20')
(Prezentace je podpořena společností ELI LILLY ČR, s. r. o.)
- **DABP (Drug Associated Bullous Pemphigoid) – s léky asociovaný bulózní pemphigoid** – Salavec M. (20')

15.40 ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

TIRÁŽ

10. kongres Medicíny pro praxi v Hradci Králové 30.–31. května 2025 | Kongresové centrum Aldis

Pořadatel

Společnost SOLEN, s. r. o., ve spolupráci s I. interní kardioangiologickou klinikou FN HK

Odborný garant

prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D.

Mediální partner

časopis Medicína pro praxi

Organizátor

SOLEN, s. r. o., Lazická 297/51, 779 00 Olomouc
Organizační zajištění: Rostislav Reininger, 778 775 664, reininger@solen.cz
Zajištění výstavních ploch a firemních symposií: Mgr. Martin Jiša, 734 567 855, jisa@solen.cz
Programové zajištění: Mgr. Helena Zedníčková, 778 976 986, zednickova@solen.cz
Grafické zpracování a sazba: Lucie Šilberská, silberska@solen.cz

Ohodnocení

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena 12 kredity pro lékaře.



Vydal: Solen, s. r. o., IČ 25553933
ISBN 978-80-7471-539-6

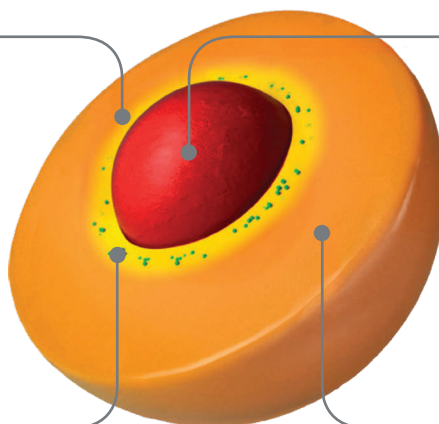
Lehce vstřebatelné železo SUCROSOMIAL®

FOSFOLIPIDOVÁ
MEMBRÁNA

PYROFOSFÁT
ŽELEZA

FOSFOREČNAN
VÁPENATÝ

OBAL Z ESTERŮ
SACHARÓZY



SiderAL® FORTE INT.



Vysoký obsah železa
v denní dávce (30mg)



Vysoká míra absorpce
až ve střevě



Vysoká biologická
dostupnost



Šetrný k trávicímu
traktu



Doplněk stravy
Určeno pro odbornou veřejnost

ID718823/2025/01

www.sideral.cz

ZENTIVA

Kardiologie pro praktické lékaře

odborný garant prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D.

pátek / 30. května / 9.05–10.35

Diagnostika a léčba hypertrofické obstrukční kardiomyopatie v praxi

prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D.

1. interní kardiologická klinika LF UK a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Hypertrofická obstrukční kardiomyopatie (HCM) patří mezi závažná onemocnění myokardu. Patří mezi nejčastější geneticky podmíněná kardiovaskulární onemocnění s výskytem 1 : 500; u mladých sportovců má největší podíl na náhlém úmrtí.

HCM je definována tloušťkou stěny levé komory ≥ 15 mm v jakémkoli segmentu myokardu při absenci objemového či tlakového přetížení LK. Při ztlustění stěny 13–14 mm je vyžadováno zhodnocení dalších znaků (rodinné anamnézy, genetických nálezů a abnormalit EKG).

Klinický průběh HCM může být dlouhou dobu asymptomatický, jindy se mohou objevit známky srdečního selhání či arytmie (synkopy i náhlá úmrtí).

Diagnostika je založena na rozboru anamnézy pacienta (náhlé úmrtí v rodině, neobjasněné poruchy vědomí anamnesticky, palpitace), fyzikálním vyšetření (někdy systolický šelest), elektrokardiogramu (známky hypertrofie stěny levé komory srdeční s repolarizačními změnami), vyšetření zobrazovacími metodami (echokardiografie a magnetická rezonance; k vyloučení transthyretinové amyloidózy je na místě provedení DPD skanu). Zobrazovací metody (echokardiografie) patří mezi základní metody pro průkaz a kvantifikaci klidové či dynamické obstrukce výtokového traktu levé komory. Biochemické vyšetření je významné pro diagnostiku fenokopii hypertrofické kardiomyopatie (např. kappa a lambda řetězce k vyloučení AL amyloidózy myokardu, průkaz deficitu alfa 3 galaktosidázy k vyloučení Fabryho choroby). V případě potvrzení diagnózy je vhodné provést genetické vyšetření pacienta a jeho rodiny.

Terapie hypertrofické kardiomyopatie zaznamenala v posledních letech podstatný rozvoj. Je založena na několika pilířích: 1) prevence náhlé smrti (na základě stratifikace rizika je v některých případech indikována implantace ICD), 2) terapie srdečního selhávání, 3) terapie obstrukce. Zde je kromě alkoholové septální ablace, případně myektomie, na místě zvažování terapie mavacamtenem, selektivním allosterickým inhibitorem srdečního myozinu, který reverzibilně blokuje srdeční myozin, a tím přerušuje interakci myozin–aktin. Výsledkem je snížení gradientu ve výtokovém traktu levé komory. Tato terapie vyžaduje zkušenosti komplexně vybaveného centra, kterým se stává i 1. interní kardiologická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové.

Ambulace srdečního selhání

MUDr. Radek Pelouch

I. interní kardiologická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové

Srdeční selhání je závažným zdravotním problémem a je považováno za novodobou epidemii. Podle literatury jím trpí 1–2 % populace, u jedinců starších 70 let je prevalence onemocnění ≥ 10 %. Prognóza onemocnění je přirovnávána k prognóze pacientů s onkologickými diagnózami, protože 30–40 % nemocných umírá do jednoho roku po stanovení diagnózy s následnou roční mortalitou okolo 10 %. Srdeční selhání je příčinou přibližně 5 % všech akutních hospitalizací a odhaduje se, že v průběhu 25 let dojde k nárůstu hospitalizací až o 50 %. Opakované hospitalizace jsou časté – 25 % pacientů je rehospitalizováno do 3 měsíců, 50 % do jednoho roku. Na léčbu pacientů se srdečním selháním jsou vynakládána přibližně 2 % nákladů na zdravotní péči, z toho 70 % připadá na hospitalizace.



DOBRÝ ANDĚL

**BUĎTE s námi
DOBRÝM
ANDĚLEM**

**Vraťte, prosím,
při odchodu z této
akce visačku.**



**Za každou visačku
věnuje SOLEN 10 Kč
nadaci Dobrý anděl.**

Vrácené visačky jsou recyklovány
a opět použity

www.dobryandel.cz

V roce 2024 jsme díky vám
přispěli částkou 30 000 Kč
na provoz Dětského centra Topolany.

Pro většinu pacientů se srdečním selháním dnes máme k dispozici léčbu, která prokazatelně zlepšuje jejich prognózu a snižuje riziko rehospitalizací. V reálném životě ale jen menší část z nich tuto léčbu užívá v cílových dávkách. Na základě vědeckých výzkumů bylo opakovaně prokázáno, že zavedení specializovaných poraden pro srdeční selhání významně zvyšuje adherenci k léčbě, snižuje počet rehospitalizací i mortalitu na srdeční selhání. Sledování v nich umožňuje lepší titraci léků a kontrolu jejich nežádoucích účinků, podrobnou edukaci o selfmonitoringu příznaků zhoršení srdečního selhání umožňující časnou intervenci, zlepšuje adherenci pacientů k dietním opatřením a dodržování tekutinového režimu. Ve spolupráci s paliativním týmem také významně zvyšuje psychologickou i léčebnou podporu v terminální fázi onemocnění.

V současnosti se díky aktivitě České kardiologické společnosti a programu zdravotních pojišťoven také v České republice rozšiřuje síť ambulancí pro srdeční selhání, která pacientům i lékařům v primární i specializované péči přináší významnou pomoc a lepší prognózu.

Fibrilace síní – update pro praxi

MUDr. Tomáš Tomko

I. interní kardiologická klinika Fakultní nemocnice Hradec Králové

Fibrilace síní je nejčastější tachyarytmií v naší populaci, s narůstající incidencí v čase. Zlepšení diagnostiky této závažné arytmie je dáno především větší dostupností dlouhodobých EKG monitorovacích systémů. Ve světle nových doporučení dochází k mírné úpravě rizikové stratifikace systémového tromboembolismu. K standardům léčby dnes, včetně farmakoterapie antikoagulanty a antiarytmiky, patří také katéetrová ablace. Zde nově k zaužívané ablaci využívající radiofrekvenční energii přibyla nová modalita ablace pomocí pulzního pole, což přináší příslib většího množství ošetřených pacientů.

Aktuality do vaší ordinace

pátek / 30. května / 11.05–11.40

Perorální suplementace sukrosomálním železem

MUDr. Tomáš Doležal, Ph.D.

Institut pro zdravotní ekonomiku, iHETA, Praha

Deficit železa má mnoho příčin. Vedle těhotenství a kojení patří mezi nejohroženější skupiny chronicky nemocní a senioři. Deficit železa doprovází a zhoršuje projevy srdečního selhání, chronického onemocnění ledvin, chronických střevní zánětů, autoimunitních onemocnění nebo onkologických diagnóz. Anémií trpí podle studií 20–30 % seniorů, prevalence roste s věkem. Doporučené rozmezí hemoglobinu ve věku na 65 let je 12,6–14,4 g/dL u žen a 13,7–15,6 g/dL u mužů. První linií prevence a řešení deficitu železa je perorální suplementace. Standardní formy železa (železnaté/železité soli) mají omezenou míru vstřebatelnosti a saturační mechanismus transportu střevní stěnou. Proto zvyšování dávek nevede k vyšší biologické dostupnosti, ale navyšuje nežádoucí účinky. Na tuto překážku odpovídají speciálně upravené komplexy železa a k nejmodernějším patří obalení pyrofosfátu železitého do částice zvané sukrosom (proto sukrosomální železo). Výhodami této formy je gastrorezistence a schopnost transcelulárního a paracelulárního průchodu střevní stěnou. Tím se zvyšuje 2–3× biologická dostupnost a dochází k rychlejšímu a vyššímu zvýšení plazmatických hladin hemoglobinu a feritinu. K dispozici je mnoho klinických dat, která ukazují příznivý benefit suplementace u různých rizikových skupin pacientů.

Management MASLD – diagnostika rizika jaterní fibrózy v primární péči

MUDr. Štěpán Šembera, Ph.D.

II. interní gastroenterologická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Nealkoholovou tukovou chorobu jater (NAFLD) po změně nomenklatury v květnu roku 2023 nyní nazýváme jako s metabolismem asociovanou steatotickou chorobu jater (MASLD) a její podjednotku spojenou se zánětlivým procesem v játrech jako s metabolismem asociovanou steatohepatitidu (MASH). MASLD nabývá velkého významu, jelikož se jedná o nejčastější jaterní chorobu na světě s přibližnou četností výskytu kolem 30 %, což je důsledek jejího provázání s metabolickým syndromem, kdy nárůst MASLD kopíruje vzestup počtu obézních pacientů ve všech světových regionech. Diagnóza MASLD je postavená na průkazu jaterní steatózy na zobrazovacím vyšetření a přítomnosti alespoň jednoho kardiometabolického rizikového faktoru z 5 (obezita, porucha glukózového metabolismu, hypertenze, dyslipidemie s vyššími triacylglyceroly či snížením HDL). Stran užívání alkoholu není nezbytně nutné pro správnou diagnózu MASLD jeho příjem vyloučit, ale dochází ke stratifikaci pacientů, kdy u těch se středně významným příjmem (muži 30–60 g/den, ženy 20–50 g/den) pak chorobu označujeme tzv. MetALD (MASLD se středně významným příjmem alkoholu).

Po této chorobě je potřebné aktivně pátrat a využívat dostupných diagnostických nástrojů, jež tuto nemoc nejen odhalí, ale pomůžou i vyselektovat rizikové pacienty, u kterých hrozí progresi onemocnění do významné jaterní fibrózy a cirhózy. V primární péči hrají prim především jednoduché skórovací systémy zapojené do vícestupňového vyšetřování, na které pak navazují především metody jaterní elastografie. S ohledem na fakt, že pacienti s MASLD nejsou ohroženi jen jaterními komorbiditami, ale mají vyšší výskyt jednotlivých komponent metabolického syndromu s dominancí kardiovaskulárních komplikací, je potřeba hledat účinnou a spolehlivou terapii, především dietní a pohybová opatření, ale také vhodnou farmakoterapii a u obézních pacientů, kde selžou konzervativní metody, má své místo bariatrická chirurgie a endoskopie.

(Přednáška je podpořena společností PRO.MED.CS Praha a. s.)

Kardiovaskulární onemocnění odborná garantka MUDr. Markéta Kaletová pátek / 30. května / 11.40–12.40

Když kila tlačí na tlak

MUDr. Jaromír Ožana

Diabetologická a endokrinologická ambulance OzanaMed, s. r. o., Zábřeh

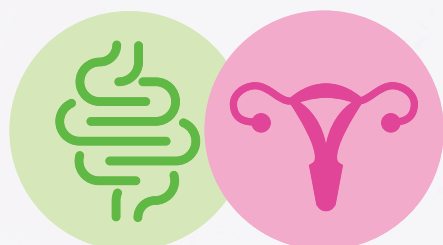
Obezita představuje významný zdravotní i společenský problém, přičemž až 75 % hypertoniků trpí současně nadváhou či obezitou, zejména rizikovou abdominální. Zvýšená hmotnost přispívá k aktivaci renin–angiotensin–aldosteronového systému, inzulinové rezistenci a zánětlivým procesům, které urychlují aterosogenezi a zvyšují kardiovaskulární riziko.

V ordinaci praktického lékaře bývá komplikované nejen správné měření krevního tlaku, ale také zvládání polypragmazie, komorbidit a nízké adherence pacientů k nefarmakologické intervenci. Přesto je klíčové pacienty podporovat ve snaze o redukci hmotnosti – i malý pokles váhy přináší měřitelné zlepšení krevního tlaku a kardiometabolických parametrů.

Farmakologická léčba by měla vycházet z patofyziologie obezity. Lékem první volby jsou inhibitory RAAS, ideálně v kombinaci s diuretikem (např. indapamidem), které mají příznivý metabolický profil. Fixní kombinace perindoprilu a indapamidu se osvědčily jako efektivní i u obézních pacientů s dobrou tolerancí a příznivým vlivem na TK kontrolu i adherenci.

PROBIOTIKUM PRO KAŽDOU ŽENU

GYNIMUN[®]



DUAL



Vítěz kategorie
probiotikum pro ženu



Jsou betablokátory obsoletní léčbou v léčbě hypertenze?**MUDr. Július Gelžinský, Ph.D.**

Interní ambulance, EUC Klinika Plzeň

Česká republika je z pohledu kardiovaskulárního (KV) rizika zařazena mezi vysoce rizikové země. Hlavní příčinou úmrtí jsou u nás stále nemoci oběhové soustavy, přičemž největší podíl na nich má ateroskleróza. Nejdůležitějším ovlivnitelným rizikovým faktorem aterosklerózy je hypertenze. Jak ukazují dostupná data, v dosahování cílových hodnot krevního tlaku máme stále rezervy. Na otázku, jak správně léčit vysoký krevní tlak podle nejnovějších poznatků, nabízejí odpověď doporučené postupy jak Evropské, tak České hypertenzní společnosti. Léčba by měla být nasazena časně, měla by vést k rychlému dosažení cílového krevního tlaku a měla by být individualizovaná podle daného pacienta.

Novinkou je kromě zpřísnění cílových hodnot u mladých jedinců do 65 let i to, že nové guidelines připomínají význam betablokátorů (BB), které mohou být přidány do léčby hypertenze v jakémkoliv kroku, v závislosti na komorbiditách a tepové frekvenci. V současné době se tepová frekvence ukazuje být významným kardiovaskulárním rizikovým faktorem, přičemž betablokátory jsou při jejím snižování lékem první volby. Až 30 % hypertoniků má současně zvýšenou tepovou frekvenci, přičemž hlavním patofyziologickým mechanismem bývá hyperaktivace sympatického nervového systému. Tito pacienti můžou významně profitovat z přidání BB do jejich léčby. Hlavně kombinace BB s inhibítorem ACE – vzhledem k jejich synergistickému efektu – může přinést snížení TK a TF nad očekávaný rámec ve srovnání s monoterapií.

V posledních letech byl preferován ústup od preskripce betablokátorů v léčbě arteriální hypertenze. Nové poznatky stran jejich účinnosti a bezpečnosti, ale taky významu tepové frekvence jako KV rizikového faktoru, ukazují, že BB jsou pořád relevantní volbou v terapii vysokého krevního tlaku.

Sekundární žilní onemocnění v praxi**MUDr. Markéta Kaletová**

Cordesora s. r. o., Olomouc

Klinika tělovýchovného lékařství a kardiovaskulární rehabilitace Fakultní nemocnice Olomouc

Primární žilní onemocnění vzniká na podkladě vrozené slabosti žilní stěny s dysfunkcí žilních chlopní. Sekundární žilní onemocnění vzniká na základě jiné primární příčiny. Patofyziologicky se u sekundárního žilního onemocnění uplatňuje narušení tlakového spádu mezi žilním tlakem na periférii a centrálním žilním tlakem. Konkrétní příčinou je zevní či vnitřní překážka toku žilní krve a může být na jakékoliv úrovni žilního řečiště. Centrálně se uplatňuje onemocnění srdce, plic a obezita. Typickým příkladem sekundární žilní insuficience týkající se žilní stěny je posttrombotický syndrom. Významnou úlohu pro změnu tlakového spádu má narušení žilně-svalové pumpy. Léčba sekundární žilní insuficience je odstranění primární příčiny, pokud je možné. Další léčebné postupy jsou pak stejné jako u primárního žilního onemocnění: režimová opatření, kompresní terapie, venotonika, operace. Autorka přednášky předkládá typické a zajímavé kazuistiky z praxe týkající se sekundární žilní insuficience, na kterých demonstroe patofyziologii, typický klinický obraz, diagnostiku a možnosti léčby.

detralex[®]

MPFF[®] – mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce



DETRALEX[®] – JEDINÝ S MPFF[®] 1-3



Chronické žilní onemocnění
2 tbl denně

Hemoroidální onemocnění
až 6 tbl denně

ČÍSLO 1

v mezinárodních i národních doporučeních⁴⁻⁶

Zkrácená informace o přípravku Detralex[®]

SLOŽENÍ*: Flavonoidum fractio purificata micronisata 500 mg (mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce - MPFF): Diosminum 450 mg, Flavonoida 50 mg vyjádřené jako Hesperidinum v jedné potahované tabletě. **INDIKACE*:** Léčba příznaků a projevů chronické žilní insuficience dolních končetin, funkčních nebo organických: pocit tíhy, bolest, noční křeče, edém, trofické změny, včetně bércevého vředu. Léčba akutní ataky hemoroidálního onemocnění, základní léčba subjektivních příznaků a funkčních objektivních projevů hemoroidálního onemocnění. Přípravek je indikován k léčbě dospělých. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ*:** Venolymfatická insuficience: 2 tablety denně. Hemoroidální onemocnění: Akutní ataka: 6 tablet denně během 4 dnů, poté 4 tablety denně další 3 dny. Udržovací dávka: 2 tablety denně. **KONTRAINDIKACE*:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ*:** Podávání přípravku Detralex v symptomatické léčbě akutních hemoroidů nevyklučuje léčbu dalších onemocnění konečníku. Pokud symptomy brzy neodezní, je nutné provést proktologické vyšetření a léčba by měla být přehodnocena. Hladina sodíku: bez sodíku. **INTERAKCE*:** FERTILITA*. TĚHOTENSTVÍ/KOJENÍ*: Údaje o podávání těhotným ženám jsou omezené nebo nejsou k dispozici. Podávání v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. Není známo, zda se léčivá látka/metabolity vylučují do lidského mateřského mléka. Riziko pro kojené novorozence /dítě nelze vyloučit. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE*:** Žádný vliv. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY*:** Časté: průjem, dyspepsie, nauzea, vomitus. Vzácné: závratě, bolesti hlavy, pocit neklidu, vyrážka, svědění, kopřivka. Méně časté: kolitida. Frekvence neznámá: abdominální bolest, ojedinělý otok obličeje, rtů, víček, výjimečně Quinckeho edém. **PŘEDÁVKOVÁNÍ*:** FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI*: Venotonikum (venofarmakum) a vazoprotektivum. Detralex působí na zpětný návrat krve ve vaskulárním systému: snižuje venózní distenzibilitu a redukuje venostázu, na úrovni mikrocirkulace normalizuje kapilární permeabilitu a zvyšuje kapilární rezistenci; zvyšuje lymfatický průtok. **UCHOVÁVÁNÍ*:** Při teplotě do 30 °C. **VELIKOST BALENÍ*:** 30, 60, 120 a 180 potahovaných tablet. Datum revize textu: 16. 12. 2022. Přípravek je k dispozici v lékárnách na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: <https://sukl.gov.cz/prehledy-cen-a-uhrad-leciv/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdravotniho-pojisteni>. Registrační číslo: 85/392/91-C. Držitel rozhodnutí o registraci: LES LABORATOIRES SERVIER 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Florentinum, Na Florenci 2116/15, 110 00 Praha 1, tel.: 222 118 111, www.servier.cz.

*Pro úplnou informaci si prosím přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku

** Všímněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku Detralex

25C2DEMA589

1. Žádost o poskytnutí informací ze dne 30. 9. 2019, Státní ústav pro kontrolu léčiv (<http://sukl.cz>). 2. Žádost o poskytnutí informací ze dne 9. 1. 2023, Státní ústav pro kontrolu léčiv (<http://sukl.cz>). 3. Rozsudek Městského soudu v Praze ze dne 18. 11. 2024. 4. Nicolaides AN. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines according to scientific evidence. Int Angiol 2018 June; 37(3):181-254. 5. Karetová D. et al. Léčba chronického žilního onemocnění. Doporučený postup ČAS ČLS JEP 2023. ISBN 978-80-11-03348-4. 6. Karetová D. a spol. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře – chronická žilní onemocnění. Novelizace 2024. Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře. SVL ČLS JEP. 2024.

SERVIER
moved by you

Sladký život diabetika

pátek / 30. května / 13.45–14.30

Sladký život diabetika: Jak udržet pacienta na správné cestě

MUDr. Jaromír Ožana

Diabetologická a endokrinologická ambulance OzanaMed, s. r. o., Zábřeh

Diabetes mellitus 2. typu patří k nejčastějším chronickým onemocněním současné populace a ovlivňuje miliony pacientů po celém světě. Jeho komplexní charakter se neomezuje pouze na poruchu metabolismu cukrů, ale zasahuje i do řady dalších oblastí lidského zdraví a života. Efektivní terapie diabetu proto vyžaduje mnohem více než pouhé sledování glykemie. Přestože moderní léčebné metody, včetně inovativních perorálních a injekčních přípravků, přinášejí značný pokrok v kontrole hladiny cukru v krvi, samotná farmakoterapie často nestačí ke zlepšení celkového stavu pacienta. Klíčovou úlohu hraje trvalá edukace a motivace pacienta, změna životního stylu, pravidelná fyzická aktivita a systematické řešení komplikací.

Mezi nejvýznamnější komplikace diabetu patří kardiovaskulární onemocnění, neuropatie, retinopatie a nefropatie, které mohou vést až k trvalému poškození orgánů. Nedílnou součástí péče o pacienta s diabetem jsou však i méně zjevné, avšak stejně závažné problémy, mezi něž patří například spánková apnoe. U mužů s diabetem se navíc často setkáváme s erektilní dysfunkcí, která je nejen zdrojem fyzického diskomfortu, ale také psychické zátěže, především v souvislosti s poruchami sebevědomí a intimity. S tím může souviset i nízká hladina testosteronu, která ovlivňuje plodnost, libido a celkovou kvalitu života.

Další významnou složkou, kterou nelze opomíjet, jsou psychologické aspekty onemocnění. Chronický charakter diabetu, nezbytnost pravidelných kontrol a obavy z pozdních komplikací mohou vést k dlouhodobému stresu, depresi či syndromu vyhoření. Velkým paradoxem je, že odměnou za veškerou snahu je „nic“ – tedy absence komplikací. Tyto faktory negativně ovlivňují adherenci k léčbě a zhoršují prognózu onemocnění.

Týmové praxe v primární péči prakticky

pátek / 30. května / 14.30–14.50

Týmové praxe v primární péči prakticky

Mgr. Michal Opatřil, MHA

Specialista zdravotnických procesů, UMBRELLATEAM.cz, Ostrava

Týmové praxe, označované také jako sdružené praxe, představují inovativní přístup k poskytování primární zdravotní péče, který reaguje na současné výzvy v českém zdravotnictví. Tento model spočívá ve spolupráci více lékařů v rámci jedné ordinace či zdravotnického zařízení. Cílem je zvýšit dostupnost a kvalitu péče pro pacienty, zefektivnit provoz ordinací a vytvořit atraktivní pracovní prostředí pro zdravotnický personál.

Zásadním benefitem týmových praxí je jejich zařazení do úhradového mechanismu zdravotních pojišťoven a možnost získání bonifikace, což výrazně podporuje ekonomickou udržitelnost tohoto modelu.

Přednáška se zaměří na klíčové aspekty týmových praxí, včetně organizační struktury, právních a ekonomických otázek a možností financování. Prakticky budou vysvětlena úskalí i podmínky fungování týmových praxí a představena jejich vhodná právní forma. Diskutovány budou výhody tohoto modelu, jako je sdílení nákladů, lepší pracovní podmínky a širší spektrum poskytovaných služeb, stejně jako potenciální výzvy, například koordinace týmu a zajištění kontinuity péče.

„Kvalita
přednášky
často závisí na
kvalitě kávy.“

Viktor Frankl
lékař a filozof

Užijte si
čas přednášek
s kávou od
SOLENu

SOLEN MEDICAL EDUCATION

Účastníci se dále seznámí s praktickými zkušenostmi z implementace týmových praxí v České republice i inspirativními příklady ze zahraničí. Přednáška poskytne ucelený pohled na tuto novinku v primární péči a nabídne konkrétní doporučení pro lékaře, kteří zvažují přechod na týmový model praxe.

Nové výzvy v diagnostice a léčbě

pátek / 30. května / 14.50–15.50

Jak na bolest aneb co víc můžeme pro pacienta udělat

MUDr. Šimon Kozák

Centrum léčby bolesti, Klinika anesteziologie a resuscitace,
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

Aceklofenak je nesteroidní antiflogistikum (NSAID) patřící do skupiny derivátů kyseliny fenylacetové, známé pro své analgetické a protizánětlivé účinky. Používá se zejména při léčbě bolesti a zánětů spojených s osteoartritidou a akutními záněty. Díky selektivní inhibici COX-2 vykazuje nižší riziko gastrointestinálních komplikací než tradiční NSAID, což jej činí vhodným pro dlouhodobé použití.

Recentní metaanalýzy ukazují, že aceklofenak poskytuje účinnou úlevu od bolesti a zánětů, srovnatelnou s jinými NSAID, a zároveň vykazuje lepší bezpečnostní profil, především co se týče gastrointestinálních nežádoucích účinků. Jeho účinnost byla potvrzena v léčbě osteoartrózy, kde pozitivně ovlivňuje funkci kloubů a zmírňuje bolest.

V rámci přednášky bude prezentována kazuistika pacienta s osteoartritidou, kde použití aceklofenaku vedlo k výraznému zlepšení symptomů a kvalitě života pacienta. Tento případ ukáže klinické výhody a bezpečnostní profil aceklofenaku v reálné praxi.

Přednáška bude zaměřena na přehled současných vědeckých důkazů a doporučení pro použití aceklofenaku v každodenní klinické praxi.

Využití patentovaných probiotických kmenů a bakteriálních metabolitů v praxi

Hana Vagnerová

FAVEA Plus, a. s.

V posledních letech se stále více setkáváme s recidivujícími streptokokovými tonzilitidami nejen u dětské, ale i dospělé populace. Možnosti léčby těchto recidiv mají za cíl jim zamezit a pokusit se snížit preskripci antibiotik. Jak je možné bojovat proti patogenům jejich vlastními zbraněmi? Přehled několika patentovaných probiotických kmenů a jejich využití včetně kazuistik.

(Přednáška společnosti FAVEA Plus, a. s.)

Lymfadenopatie – zduření na krku

odborný garant MUDr. Jan Vodička, Ph.D.

pátek / 30. května / 16.20–17.50

Jak postupuje praktický lékař a co když je všechno jinak?

MUDr. Astrid Matějková

praktická lékařka AM-MED s. r. o., Pardubice

Geriatrické centrum, Pardubická nemocnice

Úvod

Krční lymfadenopatie je častým nálezem v ordinaci praktického lékaře, nejčastěji v souvislosti s banální infekcí. Praktik zajišťuje základní diferenciální diagnostiku podle trvání, charakteru zduření, doprovodných příznaků a laboratorních hodnot. V případě nejasného nebo přetrvávajícího nálezu je nezbytné doplnit ultrazvukové vyšetření a případně indikovat specializovaná vyšetření – nejčastěji ve spolupráci s ORL lékařem. I když většina nálezů u mladých pacientů má benigní původ, nelze rezignovat na pečlivé došetření. Akutní nález může překrývat jiné závažné onemocnění – a infekční diagnóza nemusí být konečná.

Kazuistika: Když je všechno jinak

Třiačtyřicetiletý muž přišel do mé ambulance na přeočkování proti tetanu, na cílený dotaz stran kontraindikací udával neurčité bolesti zad a únavu. Orientační CRP (64 mg/l) vedlo k provedení sonografie ledvin, při níž byla náhodně zjištěna **intraabdominální lymfadenopatie**. Uzliny byly následně detekovány i na krku. Na základě nálezu byl pacient odeslán na ORL, kde byla indikována **extirpace krční uzliny**. Paralelně probíhající vyšetření infektologem ale ještě před zákrokem **sérologicky potvrdilo infekci *Bartonella henselae* (CSD)** a extirpace byla zrušena s tím, že po antibiotické léčbě se pacient dostaví ke kontrolnímu vyšetření. Na kontrolu se však již nedostavil – krátce poté odcestoval na roční stáž do USA. Dva měsíce po odletu byl v USA hospitalizován pro **plicní embolii, trombózu dolní duté žíly a fluidotorax** a následně mu byl diagnostikován **generalizovaný nemalobuněčný karcinom plic (NSCLC)**. V současnosti je léčen cílenou terapií **alectinibem**.

Závěr

Ani u mladého pacienta nelze podcenit význam důsledného došetření a plánované kontroly lymfadenopatií. I přes infekční nález zdánlivě vysvětlující obtíže může být v pozadí jiné závažné základní onemocnění.

Základní vyšetřovací postup u zduření na krku

MUDr. Jan Vodička, Ph.D.

Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Pardubická nemocnice, NPK, a. s.

Fakulta zdravotnických studií Univerzity Pardubice

Úvod

Pacienti se zduřením na krku jsou vyšetřováni na ORL ambulancích čteně. Klíčová role ORL lékaře spočívá ve vyloučení patologie v oblasti hlavy a krku. V diferenciální diagnostice se jedná nejčastěji o zánětlivou etiologii (infekční i neinfekční), důležité je vyloučit nádorová onemocnění, setkat se nicméně můžeme i s vrozeným onemocněním, případně úrazovou etiologií.

Obsah

Cílem je názorně ukázat nálezy v ORL oblasti, které souvisejí s lymfadenitidou, tedy nejen záněty patrových mandlí, ale také např. obraz retronazální anginy. Zobrazení sliznice poly-

kacích a horních dýchacích cest může příčinu zduření na krku odhalit i ve smyslu maligního nádorového onemocnění. Stručně budou zmíněny také jednotlivé lokality zduření na krku a možnosti odběru vzorků z uzlin.

Závěr

Sdělení má sloužit jako základní diagnostický postup u zduření na krku.

Úloha ultrazvuku a indikace dalších zobrazovacích metod

MUDr. Jana Dědková

Radiologická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Ultrazvuk (UZ) je velmi efektivní, levnou zobrazovací metodou první volby při klinickém nález zduření na krku. Výhodou je snadná dostupnost této metody, bez ionizační zátěže pro pacienta. Nevýhodou je nemožnost zobrazení hlubokých struktur krku pro artefakty vzduchu a kostěných struktur. UZ obvykle spolehlivě zobrazí, zda je léze cystická nebo solidní. Nejčastější příčinou solidní léze na krku je zvětšená lymfatická uzlina. Hlavní otázkou potom je, jestli je zvětšená uzlina infiltrovaná patologickým (tumorózním) procesem nebo se jedná o prostou hyperplázii uzliny. V případě ultrazvukového vyšetření se můžeme rozhodnout na základě tvaru, velikosti a vnitřní struktury uzliny. Parenchym uzlin bývá normálně hypoechogenní se zvýšenou echogenitou tuku v hilu. Maligní infiltrace zvýrazňuje hypoechogenitu parenchymu a normálně oválné uzliny se také stávají kulovitými. Cystické léze s hladkou stěnou bez reaktivních změn v okolí jsou většinou benigní léze, nejčastěji jde o cystu ductus thyreoglossus, branichiální cystu, lymfangiom, dermoidní a epidermoidní cysty. Diferenciální diagnostiku cystických lézí lze často stanovit na základě topografické lokalizace zduření.

K co nejpresnější diferenciální diagnóze, a tím i zahájení včasné adekvátní léčby, je také důležité znát věk pacienta, anamnézu a výsledek klinického vyšetření.

UZ vyšetření je také možné kombinovat s bioptickou punkcí tenkou jehlou. Výhodou ultrazvukové navigace je kontrola lokalizace hrotu jehly, což vede ke snížení incidence falešně negativních nálezů.

Úskalí diagnostiky, pohled patologa

MUDr. Václav Stejskal, Ph.D.

Fingerlandův ústav patologie, Fakultní nemocnice Hradec Králové a Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové

Krční lymfadenopatie patří k nejčastěji vyšetřovaným zvětšeným uzlinám zasílaným k patologickému vyšetření. Vlastní histopatologická diagnostika začíná již anamnézou a klinickými projevy, které mohou urychlit a usnadnit celý diagnostický proces. Jako screeningová metoda může posloužit tenkojehlová aspirační cytologie (FNAC), která je rychlou prebiptickou metodou, neumožňující však posouzení celkové architektiky uzliny. Závěry z takového vyšetření jsou často jen orientační, rámcově zařazující určité onemocnění (benigní versus maligní). O něco přesnější metodou je jehlová biopsie, představující odběr válečku tkáně, avšak i tato metoda přináší svá úskalí v rámci heterogenity změn. Pokud to stav pacienta dovolí, nejlepší volbou je excize celé uzliny, s výhodou zaslanou nativně. Z nativní lymfatické uzliny je možné rychlou biptickou metodou ze zmrazeného řezu vyhotovit vzorek do několik minut a pomoci v základním diagnostickém rozstřelu. Při podezření na maligní lymfoproliferaci je možné část uzliny odeslat na vyšetření průtokovou cytometrií, odběr nativního vzorku k molekulárně genetickému vyšetření, případně při podezření na infekci doplnit odběr k mikrobiologickému vyšetření. Zbytek uzliny je posléze zpracován standardní biptickou metodou, která začíná fixací ve formaldehydu, pokračuje zpracováním v autotechnikonech, krájením parafinových bločků a barvením. Patolog se tak ke vzorku, který vyšetřuje pod světelným mikroskopem,

ANKETA

Zajímá nás váš názor

- Byl pro vás program přínosný?
- Jaká další témata by vás zajímala?
- Chybí vám něco na kongrese?
- Využíváte on-line vzdělávání od Solenu?

Vyplněním naší ankety můžete ovlivnit podobu dalších ročníků kongresu a časopisu. Anketu najdete na našem stánku Solen a za vyplnění můžete obdržet praktické ceny.

dostane většinou 3. den od přijetí materiálu. Nedílnou součástí vyšetření jsou pomocné metody jako imunohistochemie, speciální barvení, fluorescenční in situ hybridizace apod. Z histologického pohledu lze rozdělit lymfadenopatie na nádorové a nenádorové, z nádorových jde o buď metastázy, nejčastěji z oblasti hlavy a krku, nebo lymfomy. Nenádorové lymfadenopatie mají často překryvný histopatologický obraz a bez pečlivé korelace s klinicko-laboratorními nálezy nelze afekci jednoznačně zařadit. Patří sem především obraz folikulární a parakortikální hyperplázie s širokou diferenciální diagnostikou, od infekčních příčin, po autoimunitní procesy či polékové reakce.

Specifika lymfonoditid zánětlivé etiologie v dětském věku

MUDr. Nikol Koblášová, doc. MUDr. Lukáš Školoudík, Ph.D.,

doc. MUDr. Jan Mejzlík, Ph.D., prof. MUDr. Viktor Chrobok, CSc., Ph.D.

Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, Fakultní nemocnice Hradec Králové
Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Hradci Králové

Krční uzlinový syndrom (KUS) označuje patologické změny ve velikosti, tvaru, struktuře či seskupení lymfatických uzlin v oblasti zevního krku. Změny mohou být doprovázeny dalšími symptomy nebo mohou být asymptomatické. Nejčastějšími příčinami KUS jsou zánětlivá onemocnění a nádorové procesy v oblasti hlavy a krku. U dětí převažují infekční příčiny, které jsou častým důvodem návštěvy dětského lékaře. Ačkoliv oblast zevního krku spadá do kompetence otorinolaryngologie, primární péče o dětského pacienta s krční lymfonoditidou je v rukou praktického lékaře pro děti a dorost, který by měl být schopen provést základní diagnosticko-terapeutický postup.

Znalost diagnostických a terapeutických možností a postupů. Zdravá lymfatická uzlina má ledvinovitý tvar a velikost do 1 cm v oblasti krku a axilách, do 1,5 cm v oblasti třísel. U dětí jsou i fyziologické uzliny často palpovatelné a někdy i viditelné. Pro komunikaci mezi lékaři se používá mezinárodní klasifikace dle Robbinse, která rozděluje krk na šest oblastí odpovídajících lokalizaci jednotlivých skupin krčních uzlin. Jednotlivé skupiny uzlin charakteristicky drénují určitou oblast hlavy a krku, což lze využít při hledání příčiny lymfonoditidy.

Prezentace poskytuje přehled základních diagnostických a terapeutických postupů při KUS, zdůrazňuje význam správné diferenciální diagnostiky a spolupráce mezi dětskými praktickými lékaři a otorinolaryngology.

Týká se lékaře trestní právo? Pokud ano, jak?

sobota / 31. května / 9.00–10.00

Týká se lékaře trestní právo? Pokud ano, jak?

JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

AK PRUDIL a spol., s. r. o., Brno

Cílem prezentace je vysvětlit posluchačům skutkové podstaty trestných činů, pro které bývají lékaři nejčastěji trestně stíháni, včetně uvedení kazuistik. Dále pak budou posluchači stručně seznámeni s jednotlivými fázemi trestního řízení i s tím, jaká práva v rámci té které části trestního řízení mají, pakliže mají podávat vysvětlení či jsou podezřelí (obvinění, obžalování).

Mezioborová spolupráce I

sobota / 31. května / 10.00–10.50

Nová galenická forma – nové možnosti

RNDr. Renáta Kuniaková

Imunoglukan, s. r. o., Bratislava

Respirační infekce představují nejčastější formu infekcí v každé věkové kategorii, přičemž důvodem pro jejich manifestaci bývá zvyčajne oslabený imunitní systém. Většina těchto infekcí, nie je závažná a vyžaduje iba domácu starostlivosť bez použitia antibiotík. Dôležité je správne a včas nastaviť symptomatickú a komplementárnu imunomodulačnú liečbu.

Správne fungujúci **imunitný systém** udržiava organizmus v rovnováhe a dokáže ho ochrániť pred rôznymi vonkajšími aj vnútornými činiteľmi. Predstavuje veľmi zložitý mechanizmus buniek, orgánov a tkanív, ktoré spolu intenzívne komunikujú pomocou rôznych molekúl a zlúčenín. Jednou z najdôležitejších funkcií imunitného systému je antiinfekčná obrana, ktorú zabezpečujú mechanizmy vrodenej (nešpecifickej) a získanej (špecifickej) imunity, ktorej typickou vlastnosťou je imunitná pamäť a tvorba protilátok.

Najnovšie poznatky v oblasti imunológie ale potvrdili, že aj vrodená imunita má schopnosť istej formy pamäte, nazvanej termínom „**trénovaná imunita**“. Tento „imunitný tréning“ vedie k rýchlejšej a intenzívnejšej obrane organizmu pri následnej infekcii spôsobenej rôznymi patogénmi ale aj k zlepšeniu prezentácie antigénu a stimulácii špecifickej imunity.

Biologicky aktívne polysacharidy (BAP – napr. beta-glukán) predstavujú v súčasnosti prvú skupinu prírodných imunomodulancií s dokázanou schopnosťou „trénovať“ bunky vrodenej imunity. Medzi BAP s klinicky preukázaným imunomodulačným účinkom patrí aj IMG® (komplex BAP na báze β -(1,3/1,6)-D-glukánu pleuran) izolovaný patentovanou technológiou z *Pleurotus ostreatus*, ktorý zabezpečuje komplexnú imunomoduláciu celého organizmu.

Otvorené aj dvojito zaslepené, placebo kontrolované štúdie u detí a dospelých s opakovanými respiračnými infekciami potvrdili preventívny účinok aktívnej látky IMG® na výskyt a intenzitu recidivujúcich vírusových a bakteriálnych infekcií.

Nová galenická forma cmúľacích tabliet prináša so sebou nové možnosti mechanizmu účinku. Vďaka dlhšiemu pôsobeniu v ústnej dutine rozširuje štandardný mechanizmus účinku aktívnej látky IMG® o možnosť pôsobenia už v ústnej dutine na ústnej sliznici.

Jednou z najdôležitejších látok produkovaných imunitnými (plazmatickými) bunkami na sliznici v ústnej dutine je **sekrečné IgA**. Patrí medzi látky, ktoré pôsobia v prvej línii pri obrane proti patogénom. Produkciou slgA (do slín) zabraňujú vstupu mikroorganizmov cez sliznicu do organizmu. Preto je ústna sliznica, ako prvé miesto pre vstup patogénu, vhodným primárnym miestom imunomodulácie.

Správne zvolená a načasovaná **imunomodulácia** založená na trénovaní imunity je teda vhodnou prevenciou nielen u opakovaných respiračných infekcií ale aj u celkovo oslabeného organizmu z dôvodu pôsobenia rôznych rizikových faktorov (alergie, psychický a fyzický stres a pod.).

(Prednáška je podpořena spoločnosťou Imunoglukan, s. r. o.)

Deficit vitamínu D a nové možnosti léčby

doc. MUDr. Jan Jiskra, Ph.D.

III. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Odhaduje se, že nedostatkem vitamínu D trpí 30–50 % světové populace. Nedostatek vitamínu D je jednou z hlavních příčin osteopenie a osteoporózy a jeho suplementace kostní rizika prokazatelně snižuje. Kromě toho může mít vitamin D řadu extraskeletálních efektů a v observačních studiích byl jeho nedostatek spojen se sníženou svalovou silou s rizikem pádů, vyšším rizikem kardiovaskulárních, nádorových, respiračních, autoimunitních a infekčních

(např. covid-19) chorob a cukrovky. Výsledky randomizovaných studií s podáváním vitamínu D těmto pacientům sice primární benefity neprokázaly, v post hoc analýzách však byly některé benefity v určitých skupinách populace patrné.

Mezi rizikové skupiny, u který se má zvážit stanovení koncentrace vitamínu D v séru, jsou pacienti s osteoporózou, osteomalácií, svalovou slabostí a muskuloskeletální bolestí, chronickým selháním ledvin a jater, malabsorbčními syndromy, hyperparatyreózou, chronickými autoimunitními nemocemi, diabetes mellitus, kardiovaskulárními a nádorovými chorobami, těhotné a kojící ženy, dlouhodobě hospitalizovaní, osoby > 65 let, pacienti s opakovanými pády a netraumatickými frakturami, obézní s BMI ≥ 30 kg/m², osoby s hyperpigmentací kůže a pacienti užívající některé léky (antikonvulziva, glukokortikoidy, antivirotika, antimykotika, cholestyramin).

Hlavním přirozeným zdrojem vitamínu D je neenzymatická konverze 7-dehydrocholesterolu v kůži pod vlivem UV složky slunečního záření (80 % – cholekalciferol). Pouze 20 % vitamínu D je přijímáno v potravě, a to převážně živočišného původu – mořské ryby, maso, mléko, vaječný žloutek, máslo (cholekalciferol) a méně rostlinného původu (ergokalciferol). U rizikových osob přirozené zdroje nestačí a je nutná suplementace formou léčivých přípravků nebo doplňků stravy. Nejvíce se používá cholekalciferol, méně ergokalciferol, který má menší účinnost. Ve specifických situacích (hypoparatyreóza, chronická renální insuficience) se využívají 1alfa-hydroxylované formy (alfakalcidiol, nebo kalcitriol). Nově se ukazuje, že u řady pacientů může být výhodné využít 25-hydroxylovanou formu kalcifediol (kalcidiol), u které odpadá nutnost jaterní hydroxylace. Kalcifediol má oproti cholekalciferolu rychlejší nástup účinku díky lepší absorpci ve střevě (je hydrofilní), má delší cirkulující poločas v krvi (2–3 týdny), ale kratší efektivní biologický poločas (méně se ukládá v tukách), díky čemuž je snadnější management toxicity při event. předávkování, a lze jím lépe dosáhnout cílových hladin u pacientů s předpokládanou poruchou jaterní hydroxylace (hepatopatie, obezita, DM 2. typu, vrozený či získaný deficit CYP2R1 apod.) nebo u pacientů s malabsorbčními syndromy.

Cestovní medicína – jak se správně postarat o cestovatele před cestou a po návratu

sobota / 31. května / 11.20–12.20

Cestovní medicína – jak se správně postarat o cestovatele před cestou a po návratu

MUDr. Milan Trojánek, Ph.D.

Klinika infekčních nemocí a cestovní medicíny 2. LF UK a FN Motol, Praha

Cílem sdělení je seznámit posluchače s tím, jak správně připravit cestovatele na pobyt v tropických a rizikových oblastech a s nejčastějšími zdravotními obtížemi, které souvisí s cestováním.

Posluchač se dozví, jak správně určit rizika související s cestou, jaké vakcíny je vhodné aplikovat cestovatelům před odjezdem do rizikových oblastí, jak racionálně indikovat antimalarickou profylaxi, jaké jsou zásady bezpečného stravování, jak zabránit infekcím přenášitelných komáry a jaké zdroje odborných informací jsou vhodné pro užití v klinické praxi.

V druhé části sdělení se posluchač dozví, jaké zdravotní obtíže u cestovatelů jsou nejčastější, jak správně postupovat v terapii cestovatelského průjmu a jak poznat a nepodcenit nejčastější tropické infekce (malárie, horečka dengue, Zika, chikungunya a břišní tyfus). Informace budou prezentovány ve formě kazuistik a klinických scénářů.

Mezioborová spolupráce II

sobota / 31. května / 12.20–13.10

Efektivní léčba respiračních infekcí

MUDr. Martin Gregora

Dětské oddělení Nemocnice Strakonice, a. s.

Respirační onemocnění patří mezi nejčastější důvod návštěvy praktického lékaře. Běžné nachlazení či chřipka se vyskytuje napříč všemi věkovými kategoriemi. Viry za respiračními infekcemi stojí až v 90 %. Pro virový původ svědčí vícesliziční/víceetážové postižení – tzn. rýma, kašel, bolest v krku. Hledáme proto jiné způsoby léčby než antibiotika, a to i s ohledem na rostoucí antibiotickou rezistenci.

Cílem sdělení je připomenout sílu přírodních extraktů, které právě u virových onemocnění dýchacích cest mohou pacientům pomoci. Mezi takové patří i 1,8 cineol, výtažek z eukalyptu, s protizánětlivým, expektoračním a bronchodilatačním účinkem. 1,8 cineol je registrován jako lék (Soledum®) a je jednou z možností efektivní léčby respiračních infekcí.

Vliv konzumace potravinového doplňku rybího tuku na index omega 3 a vybrané kognitivní funkce u aktivně sportujících žáků 2. stupně ZŠ

RNDr. Pavel Suchánek

IKEM, Praha

Tuky z mořských ryb a v nich obsažené omega 3 polynenasycené dlouhořetězcové mastné kyseliny (EPA a DHA) mají zásadní vliv nejen na riziko srdečně cévních onemocnění, ale také na kognitivní funkce. V rámci studie Omega jsme testovali účinek do stravy přidávaných 800 mg EPA a 1 200 mg DHA na den, obsažených v oleji z tresčích jater, na kognitivní funkce (paměť, memorování, koordinaci, soustředění, rychlost a přesnost práce) intenzivně sportujících chlapců (N = 169, věk 10–15 let). Intervenovaná skupina konzumovala po dobu 6 měsíců 2 čajové lžičky oleje denně. Studii dokončilo celkem 121 chlapců (82 v intervenované a 39 v kontrolní skupině). Přidání definovaného množství EPA a DHA do stravy bylo verifikováno stanovením omega 3 indexu z kapilární krve. Změny v omega 3 indexu korelovaly s výsledky psychologického Bourdonova testu. Výsledky testu potvrdily statisticky významnou souvislost mezi hodnotou omega 3 indexu s úrovní kognitivních funkcí mladých sportovců (zlepšení o 63 % v intervenované vs. o 43 % u kontrolní skupiny $P = 0,0001$; $P = 0,007$ po adjustaci na věk).

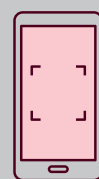
Cholesterol pod kontrolou: moderní bezpečné řešení

Ing. Michaela Borková

Biovit Impex s. r. o., Praha

Léčba dyslipidemií představuje významnou prevenci v rozvoji aterosklerózy a kardiovaskulárních onemocnění. Základem léčby by mělo být dodržování režimových opatření spočívajících zejména v zanechání kouření a v dostatečné pohybové aktivitě. Vhodným doplňkem při řešení hypercholesterolemie jsou specifické doplňky stravy obsahující tzv. rostlinné steroly, pro které platí legislativní výjimka v rámci zdravotních tvrzení EFSA. Jsou doporučeny EFSA, mezinárodní i českou Společností pro aterosklerózu, jsou účinné, zcela bez vedlejších účinků a jsou vhodné i pro děti od 5 let.

(Přednáška je podpořená společností NATUREVIA)



MATERIÁLY KE STAŽENÍ:

- abstrakta
- handout Cestovní medicíny
- ostatní kongresy pro praktické lékaře
- on-line kurzy
- podcasty

Předplatte si ted' a tady

CO ZÍSKÁTE?

20% slevu na další kongresy* pořádané společností SOLEN

5x Medicína pro praxi ve své schránce

Tematická suplementa

Přístup do archivu časopisu on-line



Kongresová cena předplatného (20% sleva) na rok 2025

~~1 300 Kč~~

1 040 Kč



↑
* platí pro kongresy uvedené v seznamu



Objednávejte na stánku Solen



ABSTRAKTA

DERMATOLOGIE

Dermatologie

odborná garantka doc. MUDr. Jarmila Čelakovská, Ph.D.

sobota / 31. května / 14.10–15.40

Melanom

MUDr. Lenka Čáková

Klinika nemocí kožních a pohlavních, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Melanom je maligní nádor z melanocytů, nejčastěji kožních.

Melanom tvoří pouze 4 % všech kožních nádorů, je ale zodpovědný za 70 % úmrtí na kožní nádory. Mezi nejčastější typy melanomu patří superficiálně se šířící melanom, nodulární melanom, lentigo maligna melanom a akrolentiginózní melanom.

Mezi rizikové faktory melanomu patří zejména opakované spálení sluncem, fototyp I, četné dysplastické pigmentové névy. Léčba je primárně chirurgická, u pokročilejších nádorů indikována i adjuvantní léčba na onkologii.

Pacienti by měli být po excizi pravidelně dispenzarizováni na dermatologii.

Onychomadéza nejen u dětí

MUDr. Simona Vachatová, Ph.D.

Klinika nemocí kožních a pohlavních, Fakultní nemocnice a Lékařská fakulta v Hradci Králové

Nehet je keratinová rohová ploténka na dorzální straně posledních článků prstů na nohou i rukou. Funkcí nehtů je ochrana měkkých tkání distálních částí prstů před poškozením. Změny na nehtech mohou indikovat infekční onemocnění, nebo dokonce systémovou chorobu. Bez včasné léčby se mohou nemoci nehtů nadále zhoršovat a omezovat provádění každodenních činností a snižovat kvalitu života. Vyšetření nehtů je nezbytné při každém klinickém vyšetření pacienta.

Celosvětově nejčastější infekcí nehtů je onychomykóza, která je způsobena převážně dermatofyty. Jde o nejčastější nemoc nehtů s celosvětovou prevalencí 5,5 % a tvořící 50 % všech chorob nehtů pozorovaných v klinické praxi. Onychomykóza je běžná u starších jedinců s 20 % prevalencí ve věkové skupině 60 let. Existuje několik možností léčby, včetně perorálních antimykotik, topických přípravků a slibné laseroterapie. Perorální antimykotika mají rychlejší léčebnou odpověď, ale pro četné lékové interakce a hepatotoxicitu nejsou vhodná pro polymorbidní pacienty. Nejčastěji se používá terbinafin, itraconazol a flukonazol. Topické přípravky, jakými jsou ciklopirox a amorolfín, jsou při rozsáhlejšímu postižení nehtové ploténky méně účinné.

Kromě mykotického postižení nehtové ploténky musíme rozeznat poruchy nehtů, které jsou příznakem jiného systémového onemocnění. Dolíčkování nehtů a pozitivní příznak olejové skvrny jsou typické pro psoriázu. Příčina zvýšené lámavosti nehtů může být idiopatická, ale pomýšlet musíme i na lichen planus, alopetia areata, Morbus Darier, ekzém, na nedostatek vitaminů A, B, C, D a E, anémii. V případě longitudinální melanonychie je vždy nutné vyloučit subunguální melanom.

Výskyt onemocnění nehtů u kojenců a dětí není častý. Klinické vyšetření nehtů u dětí je opomíjeno, přičemž asi 75 % vrozených syndromů je spojeno s abnormalitami nehtové ploténky. Přesná prevalence onemocnění nehtů v dětské populaci není známa, ale literatura odhaduje přibližně od 3 do 11 %. Na rozdíl od dospělé populace není onychomykóza u dětí obvyklá. Častou příčinou onychomadézy je onemocnění způsobené Cocksackie viry. Změny na nehtech se objevují po čtyřech až osmi týdnech od odeznění sedmé nemoci a přetrvávají přibližně 35 dní. Dalšími poruchami nehtové ploténky u dětí jsou koilonychie, paličkovité prsty, syndrom nehet patella a jiné.

Tato přednáška věnuje pozornost nejběžnějším poruchám nehtové ploténky, které pozorujeme v klinické praxi u dospělých a v pediatrické populaci. Zdůrazní klíčové klinické projevy a možnosti léčby pro každou poruchu nehtové ploténky.

Atopická dermatitida, psoriáza a význam obezity u těchto onemocnění doc. MUDr. Jarmila Čelakovská, Ph.D.

Klinika nemocí kožních a pohlavních, LF UK a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Přednáška shrnuje význam obezity u pacientů s chronickými kožními chorobami, jako jsou psoriáza a atopická dermatitida. Obezita je důležitým rizikovým faktorem pro rozvoj psoriázy a souvisejících kardiovaskulárních komorbidit. Tuková tkáň, zejména viscerální tuk, funguje jako aktivní imunitní a endokrinní orgán, který produkuje prozánětlivé cytokiny, což může zhoršovat psoriázu. Navíc obézní pacienti s psoriázou mají vyšší riziko rozvoje dalších metabolických poruch, jako je inzulinová rezistence a aterogenní dyslipidemie.

U pacientů s atopickou dermatitidou (AD) může obezita také hrát významnou roli. AD je chronické zánětlivé onemocnění kůže, které je ovlivněno genetickými a environmentálními faktory. Obezita může zhoršovat zánětlivý stav kůže a přispívat k častějším a závažnějším projevům AD. Navíc obézní pacienti s těmito kožními onemocněními mohou mít horší odpověď na léčbu a vyšší riziko rozvoje dalších komorbidit, jako jsou kardiovaskulární onemocnění a metabolický syndrom.

Obézní pacienti tedy představují závažnější a rizikovější populaci, u které bychom měli klást důraz na včasné nasazení systémové a/nebo biologické léčby, a současně motivovat pacienty ke zdravějšímu životnímu stylu a ke včasné a efektivní léčbě obezity.

(Prezentace je podpořena společností ELI LILLY ČR, s. r. o.)

DABP (Drug Associated Bullous Pemphigoid) – s léky asociovaný bulózní pemphigoid

doc. MUDr. Miloslav Salavec, CSc.

Klinika nemocí kožních a pohlavních, LF UK a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Bulózní pemphigoid (BP) je definován jako chronické, relativně benigní puchýřnaté onemocnění, s výsevy napjatých puchýřů na normální nebo zánětlivě změněné kůži.

V patogenezi jde o autoimunitní reakce s tvorbou **autoprotilátek proti proteinu 230 kD** v bazální membráně / hemidesmosomy bazálních buněk / (**BPA 1 antigen**), někdy i **proti proteinu 160–180 kD (BPA 2 antigen)**.

Dle systematické review identifikováno 89 léků ve spojení s případy BP, do roku 2020 popsáno 250 kazuistických případů v odborné literatuře.

Podkladem ke vzniku BP je genetická vnímavost – asociace s MHC II alelami (major histocompatibility complex), zvl. signifikantně HLA antigen-DQβ1*0301 alela u Evropské populace, alternativně pak HLADRB1*04, HLA-DRβ1*1101 a HLA-BDB1*0302 alely u Japonců.

Jde o **usnadnění prezentace antigenů zóny bazální membrány (BMZ) T lymfocytům**. HLA alely jsou asociovány s rozpoznáním epitopů antigenů BMZ, což přispěje k iniciaci autoimunitního procesu u pacientů s BP.

Navíc mohou léky působit jako spouštěče u jedinců s genetickou vnímavostí a vést k zesílení imunitní odpovědi nebo k alteraci antigenních vlastností epidermální BMZ. **Léčiva mohou změnit antigenní vlastnosti** vazbou na molekuly v lamina lucida BMZ a takto **účinkovat jako neoantigeny** indukující tvorbu anti BMZ protilátek. Alternativně mohou **strukturálně modifikovat molekuly a odhalit původně skryté epitopy s následnou stimulací imunitní odpovědi**.

Tyto léky jsou kategorizovány dle funkčních skupin obsažených v jejich chemických strukturách: **thiolová** léčiva (sulfhydryl skupiny; penicillamine), **fenolová** léčiva (inkorporují fenyl skupiny s vazbou na hydroxy skupinu; aspirin, cefalosporiny) a **non thiol – non fenolové** léky.

Klinická manifestace DABP je na rozdíl od idiopatických forem značně heterogenní.

Signifikantně vyšší riziko vývoje BP je zjišťováno u pacientů s terapií:

- Antikoagulanty
- Inhibitory protonové pumpy
- Selektivními inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (citalopram, fluoxetin)

Signifikantně nižší riziko vývoje BP pak u pacientů s DM 2. typu na statinech.

GLP-1 analoga (tzv. inkretinová mimetika: exenatid – Byetta®, liraglutid – Saxenda® a Victoza®, lixisenatid – Lyxumia®, dulaglutid – Trulicity® a semaglutid – Ozempic®, Rybelsus®) a **SGLT2 inhibitory** (dapagliflozin – Forxiga® v terapii DM) **nejsou asociovány se zvýšeným rizikem vývoje BP.**

Výskyt DABD je spojován s mladšími věkovými skupinami, bývá přítomno postižení sliznic. Léze vznikají i na normální kůži, postiženy mohou být i dlaně a plosky. Charakteristicky vykazují prominentní eozinofilní infiltráty, mohou být přítomny nekrotické keratinocyty a intraepidermálně lokalizované puchýřky a v séru prokazujeme výraznou eozinofilii. Je obvyklá promptní odpověď na léčbu lokálními či systémovými kortikoidy. Nález se zlepšuje při vysazení příčinného léčiva.

Autoprotilátkový profil je rozdílný u tzv. zánětlivého a nezánětlivého BP.

U non-inflamatorního fenotypu jsou autoprotilátky namířeny proti centrální části kolagenu XVII, nikoliv proti NC16A doméně antigenu BP 180. Tento typ klinicky vykazuje signifikantně nižší stupeň erytému asociovaný s nízkou infiltrací eozinofilů v lezích. Tento nezánětlivý typ BP je signifikantně asociován s dipeptidyl peptidase-IV inhibitory.

GLIPTINY – vildagliptin (Galvus®), sitagliptin (Januvia®), linagliptin (Tradjenta®), anagliptin (Suiny®) a alogliptin (Vipidia®) jsou nejčastěji popisovány jako induktory onemocnění. Studie Kridina a Bergmana prokázaly, že zejména **vildagliptin** a v menším rozsahu linagliptin jsou asociovány se zvýšeným rizikem BP. Asociace gliptinu probíhá nezávisle na expozici metforminu. Izumi et al. předpokládali, že inhibice tvorby plasminu inhibitoru DPP4 je zodpovědná za **nepřiměřený rozštěp antigenu BP 180 s teoretickými abnormalitami ve funkci a antigenicitě výsledného produktu.**

Další možné mechanismy zahrnují modifikaci imunitní odpovědi, alteraci antigenních vlastností BMZ či modifikující aktivitu proteáz („highly homologous separase enzyme“), což vyústí v odchýlné zpracování a degradaci antigenu BP180.

Nejvyšší pravděpodobnost vývoje BP jsou 1–2 roky po nasazení gliptinů (OR, 2,66; 95 % CI, 1,97–3,59; P < 0,001). Pravděpodobnost vývoje BP zvýšena u všech časových period a udržela statistickou signifikanci dokonce po intervalu ≥ 6 roků od zahájení léčby gliptiny.

Další velkou skupinou léčiv indukujících vznik BP jsou tzv. check-point inhibitory (onkologické užití). Jde o **PD-1/PD-L1 inhibitory**: **PD1/PD-L1: inhibitory** cílící na „programmed cell death protein-1“ (PD-1) a na „programmed death ligand-1“ (PD-L1); patologické pochody jsou **schopny zesílit kontrolu inhibice imunitního systému, zvl. pak supresi T buněk** (nivolumab, pembrolizumab, atezolizumab a durvalumab).

Existuje ale celá řada dalších typů léků, které byly popsány jako léčiva indukujících vznik BP. Prezentace zahrnuje i 2 kazuistiky pacientů s léky indukovaným BP.



POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

GENERÁLNÍ
PARTNER

SERVIER
moved by you

HLAVNÍ
PARTNER

zENTIVA

PARTNEŘI



AIDIAN



Her'o czech and slovakia



MEDIÁLNÍ
PARTNEŘI

