



ABSTRAKTA

23. kongres Medicíny pro praxi v Olomouci

10.–11. dubna 2025

Clarion Congress Hotel Olomouc



23.
kongres
Medicíny
pro praxi

10.–11. 4. 2025
OLOMOUC

Společnost SOLEN, s. r. o.,
ve spolupráci s II. interní klinikou FN u sv. Anny Brno

 **SOLEN**
let s vámi

Čtvrtstoletí zkušeností se vzděláváním lékařů

Při **on-line** vzdělávání
jsme zaregistrovali
31 960 lékařů

Počet **zobrazení**
webových stránek
našich časopisů je
959 120 za měsíc

Spustili jsme
podcasty
**Hovory
o medicíně**



Uspořádali jsme
**1 140 kongresů
a seminářů**



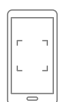
V našich časopisech
jsme vydali **16 523**
odborných článků

Nevěnujeme
se jen práci.
V Solenu se
narodilo **45 dětí**

Řekli o nás...

Podívejte se na krátká videa
se zkušenostmi těch, kteří s námi
spolupracují od samého začátku →

www.solen.cz



 **SOLEN**
let s vámi

PROGRAM – čtvrtek 10. dubna 2025

- 9.00 ZAHÁJENÍ ODBORNÉHO PROGRAMU**
prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.
- 9.05–10.05 IP CESTOVNÍ MEDICÍNA – JAK SE SPRÁVNĚ POSTARAT O CESTOVATELE PŘED CESTOU A PO NÁVRATU**
MUDr. Milan Trojánek, Ph.D.
- 10.05–10.35 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE I**
- **Podezření na HIV? Kde, kdo a jak? Nové centrum v Olomouci** – Augustínová M. (15')
(Přednáška podpořená společností Gilead Sciences s. r. o.)
 - **Infekce močových cest – nekomplikovaná cystitida u žen – doporučená strategie antibiotické a neantibiotické léčby** – Matušková J. (15')
- 10.35–11.05 PŘESTÁVKA**
- 11.05–12.05 KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ**
odborná garantka MUDr. Markéta Kaletová
- **Začít správně a včas se vyplatí** – Plíva M. (20')
 - **Hypertenze jako nejsnáze ovlivnitelný rizikový faktor kardiovaskulární morbidity a mortality?** – Fikrle M. (20')
 - **Sekundární žilní onemocnění v praxi** – Kaletová M. (20')
- 12.05–12.30 POKROKY V LÉČBĚ SRDEČNÍCH ONEMOCNĚNÍ: PRAKTICKÉ ZKUŠENOSTI**
- **Hypertrofická kardiomyopatie prakticky; nové možnosti farmakoterapie** – Borová J. (20')
(Přednáška podporovaná společností Bristol Myers Squibb, spol. s r. o.)
- 12.30–13.00 KAZUISTIKY Z INTERNÍ KLINIKY**
odborný garant MUDr. Jiří Orság, Ph.D.
- **Katastrofický antifosfolipidový syndrom** – Skácelová M. (15')
 - **Pacient s bolestmi zad a břicha – co může být příčinou?** – Kurašová E. (15')
- 13.00–14.00 OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA**
- 14.00–15.30 GERIATRICKÝ PACIENT**
odborná garantka MUDr. Milena Bretšnajdrová, Ph.D.
- **Geriatrický pacient napříč lékařskými obory** – Bretšnajdrová M. (30')
 - **Křehký senior v klinické praxi** – Javorčeková L. (30')
 - **IP Sdílený lékový záznam: (ne)známý pomocník** – Pecha M. (30')
- 15.30–16.05 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE II**
- **Jak na bolest aneb co víc můžeme pro pacienta udělat** – Marko A. (15')
 - **Chronické žilní onemocnění – chirurgie vs. konzervativní léčba: Kdy je čas na skalpel?** – Vlachovský R. (15')
 - **Cholesterol pod kontrolou: moderní bezpečné řešení** – Borková M. (5')
(Přednáška podpořená společností NATUREVIA)
- 16.05–16.30 PŘESTÁVKA**
- 16.30–17.00 IP JAK OPTIMALIZOVAT DECHOVÝ VZOR A JAK VYUŽÍT TECHNIKY RESPIRAČNÍ FYZIOTERAPIE PŘI LÉČBĚ GERD A EERD?**
doc. Mgr. Kateřina Raisová, Ph.D.
- 17.00–18.00 ŽILNÍ HYPERTENZE A JEJÍ LÉČBA**
odborný garant MUDr. Patrik Tošenovský, CSc., FRACS, FEBVS
- **Chronická pánevní bolest žen z pohledu cévního chirurga** – Tošenovský P. (20')
 - **Efektivní terapeutické možnosti u pacientů s chronickými uzávěry hlubokých žil** – Tošenovský P. (20')
 - **Co dělat, když léčba varixů selhala?** – Tošenovský P. (20')
- 18.00 PŘEDPOKLÁDANÝ KONEC ODBORNÉHO PROGRAMU PRVNÍHO DNE**

PROGRAM – pátek 11. dubna 2025

9.00–10.00 FOTODOKUMENTACE RAN V KLINICKÉ PRAXI

odborná garantka Mgr. Lenka Šeflová

- Fotodokumentace ran v klinické praxi – Tichá J., Šeflová L. (15')
- Mobilní aplikace ZUNI – Vantara M. (15')
- Právní otázky k fotodokumentaci ran – Zahálka J. (30')

10.00–10.40 DOBRÁ RADA DO VAŠÍ ORDINACE

- Management MASLD – diagnostika rizika jaterní fibrózy v primární péči – Vašura A. (15')
- Deficit vitamínu D a nové možnosti léčby – Schovánek J. (20')

10.40–11.10 PŘESTÁVKA

11.10–12.10 MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE

- Osud probiotik v našem těle – Emmer J. (15')
- Systémová enzymoterapie (SET): Terapeutické využití systémové enzymoterapie při léčbě bolesti a zánětu. Současná situace na trhu v kategorii SET – Matušková J. (10')
- Broncho-Vaxom v prevenci opakovaných respiračních infekcí – Račanský M. (15')
- Imunitní trénink v dospělé populaci – má svoje opodstatnění? – Pinček M. (15')
- Využití patentovaných probiotických kmenů a bakteriálních metabolitů v praxi – Vagnerová H. (5')
(Přednáška podpořena společností FAVEA plus, a. s.)

11.00–12.30 INTERAKTIVNÍ SEMINÁŘ: V LABYRINTU DEPRESE

SALONEK PLATO Bartečková E., Hořínková J.

12.10–13.10 OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA

13.10–13.40 APLIKOVATELNOST GENETIKY V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

odborná garantka Mgr. Dagmar Riegert Bystřická, Ph.D.

- Detoxikace organismu v kontextu genetiky – Riegert Bystřická D. (15')
- Alzheimerova choroba a možnosti včasné prevence z pohledu praktického lékaře – Riegert Bystřická D. (15')

13.40–14.30 SLADKÝ ŽIVOT DIABETIKA: JAK UDRŽET PACIENTA NA SPRÁVNÉ CESTĚ

MUDr. Jaromír Ožana

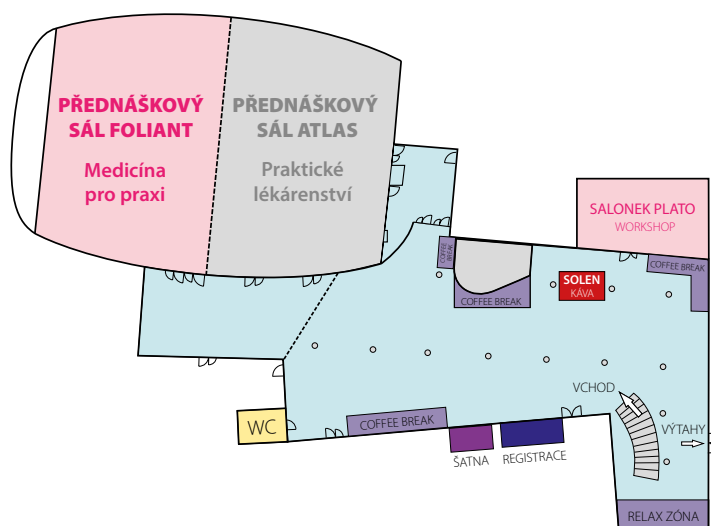
14.30–15.30 JE LÉKAŘSKÉ TAJEMSTVÍ OPRAVDU TAJEMSTVÍM?

JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

15.30 ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY

IP interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena



- LEGENDA:**
- PŘEDNÁŠKOVÝ SÁL
Medicína pro praxi
 - SALONEK PLATO
WORKSHOP
 - Výstava firem
 - REGISTRACE
 - SOLEN – káva
 - COFFEE BREAK
 - Šatna
 - WC



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

MUDr. Milan Trojánek, Ph.D.

čtvrtek / 10. dubna / 9.05–10.05

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 přenášených 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.



Stáhněte si PDF prezentace
Cestovní medicína

Aktuality do vaší ordinace I

čtvrtek / 10. dubna / 10.05–10.35

Podezření na HIV? Kde, kdo a jak? Nové centrum v Olomouci

MUDr. Marianna Augustínová

Infekční oddělení, Fakultní nemocnice Olomouc

I v roce 2025 je infekce HIV stále aktuální téma. I přesto, že ji lze v dnešní době považovat za dobře zvladatelné onemocnění, které se při řádné léčbě svým charakterem podobá jiným chronickým onemocněním, zůstává neměnným faktem, že neodhalená a neléčená infekce vede postupně ke zhoršování funkce imunitního systému. To je spojeno s rozvojem oportunních infekcí a nádorů, a v terminální fázi k jeho úplnému selhání. I přes současné pokročilosti medicíny zůstává infekce virem HIV nadále opředena řadou mýtů a iracionální stigmatizací, a to i mezi zdravotníky. Nyní je k dispozici vysoce účinná antiretrovirová léčba, která pacientům umožňuje žít plnohodnotný život bez výrazných omezení, a to včetně založení rodiny. Stěžejní je zahájení léčby v časném stadiu onemocnění, což jde ruku v ruce s brzkým stanovením diagnózy. Zatím se stále setkáváme se zdravotníky, kteří mají obavy pečovat o HIV pozitivní

pacienty. Je třeba podotknout, že diagnostikovaný a léčený pacient je výrazně méně infekční oproti pacientovi, který o své nemoci zatím neví. K ovlivnění epidemiologické situace výskytu HIV v ČR je nutné používat všechny nástroje, které máme k dispozici, tedy osvětu a prevenci, preexpozici a postexpozici profylaxi, diagnostiku a léčbu již infikovaných pacientů. Role praktického lékaře je nezastupitelná jak v prevenci, tak ve vyhledávání HIV pozitivních pacientů.


(Přednáška podpořená společností Gilead Sciences, s. r. o.)

Více informací naleznete na webu testujsevcas.cz.

CS-UNB-0272

HIV CENTRUM

Infekční oddělení - budova G
Ordinační doba
úterý, středa, čtvrtek 9:00 - 14:00





FAKULTNÍ NEMOCNICE[†]
OLOMOUC


Zdravotníků 248/7
779 00 Olomouc

(+420) 588 445 620

www.fnol.cz







NEPŘIPADÁM SI NIČÍM VÝJIMEČNÁ

Rozhodně ne tím,
že jsem HIV pozitivní

**Moderní léčba dokáže snížit
množství viru HIV v krvi pacienta
na nezjistitelnou úroveň.**

Takový člověk může žít zcela
plnohodnotný život a dokonce
může počít a porodit zdravé dítě.

O diagnostice a léčbě HIV se vždy poraďte se zdravotnickým odborníkem.

testujsevcas.cz

Gilead Sciences s.r.o., Pujmanové 1753/10a, Nusle, 140 00 Praha 4, IČO: 242 68 551
CS-UNB-0648



GILEAD

Infekce močových cest – nekomplikovaná cystitida u žen – doporučená strategie antibiotické a neantibiotické léčby**PharmDr. Jana Matušková**

lékárník, lektor a odborný konzultant v oblasti farmacie

V etiologii zánětů močového měchýře u žen se téměř výlučně uplatňují bakterie gastrointestinálního traktu, které migrují do močových cest z konečníku tzv. ascendentní cestou. Dominuje uropatogenní *E. coli* (UPEC).

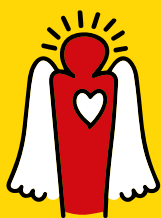
Antibiotickou (ATB) léčbu této bakteriální infekce zvažuje lékař individuálně: na základě anamnézy a klinického stavu pacientky s ohledem na přítomnost tzv. rizikových faktorů. ATB léčba se pak, v souladu s doporučeným postupem, nasazuje „okamžitě“ nebo „opožděně“. Opožděná ATB léčba se zahájí až v případech, že příznaky cystitidy do 48 hodin neustoupí, nebo když dojde k jejich zhoršení.

V případě akutní nekomplikované cystitidy u žen se tedy můžeme vyhnout nasazení ATB a snažíme se využít neantibiotické možnosti léčby tam, kde je to možné.

Alespoň jedna epizoda akutní cystitidy postihne až 50 % žen bez ohledu na věk. Recidivující infekce močových cest (RIMC) jsou přítomny u žen časté. Jednodávková nebo dlouhodobá ATB profylaxe RIMC by měla být zvažována taktéž individuálně. V prvním kroku se doporučuje odstranit ovlivnitelné rizikové faktory a využít potenciální neantibiotický přístup. Teprve v druhém kroku se uvažuje o zahájení ATB profylaxe.

Cílem přednášky je:

1. podat přehled doporučených antibiotik pro léčbu a profylaxi nekomplikované cystitidy u žen,
2. doporučit a vysvětlit možnosti neantibiotické léčby a profylaxe z pohledu uznávaných medicínských postupů.

**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 použitywww.dobryandel.cz**V roce 2024 jsme díky vám
přispěli částkou 30 000 Kč
na provoz Dětského centra Topolany.****Kardiovaskulární onemocnění**

odborná garantka MUDr. Markéta Kaletová

čtvrtek / 10. dubna / 11.05–12.05

Začít správně a včas se vyplatí**MUDr. Milan Plíva**

Kardiologické centrum Agel Pardubice

Interní klinika, Kardiologické oddělení Nemocnice Pardubice

Arteriální hypertenze je hlavním ovlivnitelným rizikovým faktorem kardiovaskulárních chorob a celosvětově jednou z nejčastějších příčin úmrtí. V České republice postihuje asi 40 % dospělé populace. Cílových hodnot krevního tlaku dosahuje v ČR stále pouze menšina léčených pacientů. Základem farmakologické léčby arteriální hypertenze jsou fixní kombinace antihipertenziv. První volbou by měla být fixní dvojkombinace inhibitoru ACE a blokátoru kalciového kanálu, která disponuje daty o dlouhodobém pozitivním efektu na ovlivnění kardiovaskulární prognózy. Hlavním cílem léčby arteriální hypertenze je kromě kontroly TK především snížení celkového kardiovaskulárního rizika.

Hypertenze jako nejsnáze ovlivnitelný rizikový faktor kardiovaskulární morbidity a mortality?**MUDr. Michal Fikrle, Ph.D.**

Kardiologické oddělení, Nemocnice Jihlava, p. o.

Přednáška v úvodu rozebírá hlavní novinky v posledních guidelines evropské kardiologické společnosti pro arteriální hypertenzi a přináší některá data odůvodňující přísné cílové hodnoty

2 g D-MANÓZY

Pro zdravé močové cesty¹



- Jedinečná kombinace d-manózy, artyčku a lyzátu Escherichia coli
- 2 g d-manózy
- Jen jeden sáček denně³

1 Artyčok přispívá ke zdravému fungování močových cest a ledvin.

2 Hodnotové prodeje do lékáren od IQVIA, říjen 2024: hodnotový tržní podíl

Blokurima URO+ na českém trhu (segment 12C1C), MAT říjen 2024: 16,45 %.

3 Platí pro dlouhodobý režim užívání.

blokurima

Doplněk stravy ID707700/2024/12

www.blokurima.cz

Určeno pro
odbornou veřejnost

ZENTIVA

krevního tlaku, jež mají být terapií dosahovány. Dále popisuje regionální rozdíly v epidemiologii diagnostiky, léčby a úspěšné léčby hypertoniků. Zdůrazňuje snadnost diagnostiky a léčby arteriální hypertenze před ostatními rizikovými faktory kardiovaskulárních onemocnění. Závěr přednášky popisuje doporučený algoritmus zahajování terapie arteriální hypertenze.

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 demonstrovuje patofyziologii, typický klinický obraz, diagnostiku a možnosti léčby.

Pokroky v léčbě srdečních onemocnění: Praktické zkušenosti

čtvrtek / 10. dubna / 12.05–12.30

Hypertrofická kardiomyopatie prakticky; nové možnosti farmakoterapie

MUDr. Júlia Borová

Ambulance pro choroby myokardu a perikardu, Nemocnice AGEL – Třinec Podlesí

Hypertrofická kardiomyopatie (HCM) je onemocnění, se kterým se v kardiologické praxi setkáváme relativně často. Jedná se o nejčastější typ kardiomyopatie, u většiny pacientů spojený s přítomností klidové nebo zátěžové obstrukce ve výtokovém traktu levé komory (LVOTO). Přítomnost obstrukce je klíčová v rozvoji příznaků srdečního selhání a funkční mitrální regurgitace. Prognóza pacientů může být nepříznivě ovlivněna i výskytem komorových arytmií, a s tím spojeným rizikem náhlé srdeční smrti.

Stratifikace rizika náhlé srdeční smrti a identifikace LVOTO je klíčová pro terapeutický management.

Cílem terapie je odstranění nebo alespoň zmírnění subaortální obstrukce, ať už pomocí léků nebo provedením alkoholové septální ablace či chirurgické myektomie. Dosud dostupná farmakoterapie beta-blokátory a blokátory kalciových kanálů je terapií nespecifickou a v řadě případů limitovaná horší tolerancí léčby, výskytem nežadoucích účinků nebo kontraindikacemi.

Mavacamten představuje novou terapeutickou možnost pro symptomatické pacienty s LVOTO a jeho použití je etablované v aktuálních evropských guidelines. Jedná se o lék ze skupiny inhibitorů srdečního myozinu, který cílí na primární patofyziologii onemocnění. Tato

» ABSTRAKTA

KAZUISTIKY Z INTERNÍ KLINIKY

specifická terapie je schopna redukovat hyperkontraktilitu, subaortální obstrukci a zlepšit kvalitu života pacientů.

Sdělení je zaměřeno na praktické aspekty diagnostiky a diferenciální diagnostiky HCM a je doplněné názornou obrazovou dokumentací z magnetické rezonance, která je v této indikaci stěžejní zobrazovací metodou. V druhé části se věnuje novým možnostem léčby, na příkladě kazuistiky z klinické praxe dokumentuje naše zkušenosti s léčbou mavacamtenem.

(Přednáška podporovaná společností Bristol Myers Squibb, spol. s r. o.)

Kazuistiky z interní kliniky

odborný garant MUDr. Jiří Orság, Ph.D.

čtvrtek / 10. dubna / 12.30–13.00

Katastrofický antifosfolipidový syndrom

MUDr. Martina Skácelová, Ph.D., prof. MUDr. Pavel Horák, CSc.,
MUDr. Andrea Smržová, Ph.D.

III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická,

Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařská fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci

Antifosfolipidový syndrom (APS) je autoimunní onemocnění charakterizované výskytem trombotických manifestací ve venózním nebo arteriálním řečišti nebo specifických komplikací gravidity současně s perzistující přítomností antifosfolipidových protilátek (lupus antikoagulans, antikardiolipinové protilátky, protilátky proti β_2 glykoproteinu). Katastrofický antifosfolipidový syndrom (CAPS) je vzácnou, život ohrožující manifestací APS s prudkým rozvojem trombotického postižení predominantně drobných cév tří a více orgánů či tkání během jednoho týdne s možným rozvojem MODS (syndrom mnohočetného orgánového/multiorgánového selhání), typicky bez trombóz velkých cév. Nejčastěji postiženými orgány jsou ledviny, CNS, plíce a srdce, časté je i kožní postižení charakteru livedo reticularis/racemosa, kožní purpury či nekroz. U části pacientů se manifestuje mikroangiopatická hemolytická anémie (MAHA) a trombocytopenie. CAPS se objevuje u cca 1 % pacientů s diagnózou APS a až ve 40 % může být jeho první manifestací. Spouštěcím faktorem CAPS mohou být zejména léky nebo infekty, dále pak gravidita, nádorové či autoimunní onemocnění nebo chirurgický zákrok. Podezření na CAPS by mělo být vysloveno zejména u pacientů s nevysvětlitelným rychlým rozvojem multiorgánového selhání, často se současnou přítomností MAHA, trombocytopenií a anamnézou žilních/tepenných trombóz nebo s již známou diagnózou APS. Diagnostika je založena na kombinaci průkazu trombózy, antifosfolipidových protilátek a spouštěcího faktoru. Diferenciální diagnóza je široká, zahrnuje zejména jiné trombotické mikroangiopatie (TMA), trombotickou trombocytopenickou purpuru (TTP), diseminovanou intravaskulární koagulaci (DIC), heparinem indukovanou trombocytopenií (HIT), sepsi, vaskulitidy a těhotenské komplikace. Léčba CAPS (či vysoce suspektního CAPS) spočívá v eliminaci vyvolávajících faktorů, zahájení antikoagulační terapie v kombinaci s vysokodávkovanými glukokortikoidy, v případě MAHA je indikováno zahájení plazmaferéz; u pacientů s trombocytopenií bez známek mikroangiopatie mohou být použity intravenózní imunoglobuliny (IVIG). U rezistentních stavů se tyto postupy doplňují o podání rituximabu či eculizumabu, u pacientů se systémovým lupus erytematoses (SLE) by měla být zvážena léčba cyklofosfamidem. CAPS je zatížen vysokou mortalitou (více než 30 % případů), příčinou úmrtí je nejčastěji multiorgánové selhání nebo cerebrovaskulární, kardiální či infekční komplikace. Až u 1/3 nemocných může dojít k recidivě CAPS, důležitá je tedy zejména prevence spouštěcích faktorů a důsledná antikoagulační terapie.

„Kvalita přednášky často závisí na kvalitě kávy.“

Viktor Frankl
lékař a filozof

Užijte si čas přednášek s kávou od SOLENU

SOLENUMEDICAL EDUCATION

ESSENTIALE®

PODPORUJE REGENERACI JATER BUŇKU PO BUŇCE¹

Významná úleva od příznaků dosažena po 6 měsících doplňkové léčby ESSENTIALE®⁶

**1 TOBOLKA S VYSOKOU KONCENTRACÍ
ESENCIÁLNÍCH FOSFOLIPIDŮ^{1,2}**

3-KRÁT DENNĚ 1 TOBOLKA

**DÉLKA LÉČBY:
ALESPOŇ 1 - 3 MĚSÍCE¹**



3 mechanismy podpory funkce jaterních buněk¹

1. Urychlení obnovy
2. Zlepšení funkce
3. Podpora regenerace



Hepatoprotektivum, u něhož bylo v klinických studiích prokázáno snížení steatózy jater

u > 2 600 pacientů⁴⁻¹⁰



Léky značky Essentiale jsou jediné volně prodejné léky s obsahem esenciálních fosfolipidů v České republice^{1,3,11}



ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVČÍCH

Essentiale 300 mg tvrdé tobolky

Essentiale forte 600 mg tvrdé tobolky

LÉČIVÁ LÁTKA: Essentiale 300 mg: Phospholipida sojae praeparata 300 mg v 1 tvrdé tobolce. Essentiale forte 600 mg: Phospholipida sojae desoleata 600 mg v 1 tobolce. **INDIKACE:** Pro zlepšení subjektivních obtíží, jako je ztráta chuti k jídlu, pocit tlaku v pravém epigastriu v důsledku toxicko-metabolického poškození jater a při hepatitidě. Přípravek je určen pro dospělé a mladistvé od 12 let (s těl. hm. přibližně 43 kg a vyšší). Přípravek nemají užívat děti do 12 let. **DÁVKOVÁNÍ:** Essentiale 300 mg: Jednorázová dávka: 2 tvrdé tobolky. Celk. denní dávka: 3 × denně 2 tvrdé tobolky. Essentiale forte 600 mg: Jednotlivá dávka: 1 tvrdá tobolka. Celk. denní dávka: 3 × denně 1 tvrdá tobolka. Essentiale 300 mg a Essentiale forte 600 mg: Neexistují žádná omezení na trvání užívání, ale doporuč. délka léčby by měla být nejméně 1-3 měs. Délku léčby může též určit individuálně lékař. **KONTRAINDIKACE:** Hypersenzitivita na léčivou látku, sóju, arašidy nebo na kteroukoli pomoc. látku přípravku. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ:** Léčba přípravkem nemůže zabránit poškození jater v důsledku užívání škodlivých látek (např. alkoholu). Pokud je při léčbě pozorováno zlepšení subj. známek stavu, je podpůrná léčba fosfolipidy ze sójových bobů opodstatněná. Pac. má být upozorněn, aby v případě zhoršení příznaků nebo výskytu jiných nejasných příznaků konzultoval lékaře. Sójový olej obsažený v přípravku může vyvolat závaž. alerg. reakci. 1 tobolka Essentiale 300 mg obsahuje 10 mg alkoholu (ethanol 96% (V/V)), resp. 1 tobolka Essentiale forte 600 mg obsahuje 20 mg alkoholu (ethanol 96% (V/V)). Takto malá množství alkoholu nemají žádné znatelné účinky. **INTERAKCE:** Nelze vyloučit interakce s antikoagulanty, dle nutnosti upravit dávku antikoagulanty. **TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Užívání během těhotenství se nedoporučuje bez lékař. dohledu. Nedoporučuje se užívat v období kojení. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Přípravek nemá žádný vliv. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** Neznámá frekvence: Alerg. reakce, jako je exantém nebo rash a kopřivka. Pruritus. Nausea, zvracení, průjem a výskyt měkké stolice. Palpitace. Závrat. Zvýš. krev. tlak. **PŘEDÁVKOVÁNÍ:** Užití vyšší než doporuč. dávky může vyvolat nežád. účinky s vyšší mírou intenzity. **VELIKOST BALENÍ:** Essentiale 300 mg: 30, 50, 90 nebo 100 tobolek. Na trhu nemusí být všechny velikosti balení. Essentiale forte 600 mg: 30 tobolek. **DOBA POUŽITELNOSTI:** 2 roky. **UCHOVÁVÁNÍ:** Při teplotě do 25 °C, ve vnitř. obalu. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** Opella Healthcare Czech s.r.o., Generála Píky 430/26, 160 00 Praha 6, Česká republika. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** Essentiale 300 mg: 80/054/98-C. Essentiale forte 600 mg: 80/308/13-C. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE TEXTU:** 6. 11. 2023. Přípravky jsou volně prodejné a nejsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před výdejem či podáním se seznamte s úplnou informací o přípravku.

REFERENCE:

1. SPC přípravku Essentiale® forte 600mg tvrdé tobolky [online]. SÚKL [cit. 01-08-2024]; www.sukl.cz. 2. Lüchtenborg C, et al. Lipids. 2020;55:271-278. 3. SÚKL [cit. 01-08-2024]; www.sukl.cz. 4. Wu Y, J Tradit Chin Med HNU. 2009;29:41-42. 5. Sun C, et al. Clin Focus. 2008;23(17):1272-1273. 6. Dajani AIM, et al. Arab J Gastroenterol. 2015;16(3-4):99-104. 7. Li Z. Inner Mongol J Tradit Chin Med. 2013;31:10-11. 8. Yin D & Kong L. Med J Q Ilu. 2000;15:277-278. 9. Maev IV, et al. BMJ Open Gastroenterol. 2020;7(1):e000341. 10. Gonciarz Z, et al. Med Chir Digest. 1988;17:61-85. 11. SPC přípravku Essentiale® 300mg tvrdé tobolky [online]. SÚKL [cit. 01-08-2024]; www.sukl.cz.

Určeno pro odbornou veřejnost.
MAT-CZ-2400715 - 1.0 - 08/2024

Opella.

Generála Píky 430/26, Dejvice,
160 00 Praha 6, Česká republika

Tel.: (+420) 233 086 111
E-mail: cz-info@sanofi.com

Pacient s bolestmi zad a břicha – co může být příčinou?**MUDr. Ester Kurašová, MUDr. Miroslav Hrubý, prof. MUDr. Karel Krejčí, Ph.D.,
prof. MUDr. Pavel Horák, CSc.**III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická,
Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařská fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci

V kazuistice popisujeme případ 65letého pacienta vyšetřovaného na chirurgické ambulanci pro bolesti břicha v pravém podžebří a pravé bederní krajině. Laboratorní nález vykazoval mírnou elevaci zánětlivých parametrů a rapidní progresi renální insuficience s nárůstem kreatinemie ze 150 na 430 $\mu\text{mol/l}$ během 24 hodin. Po vyloučení biliární etiologie bolesti směřovalo podezření na akutní pyelonefritidu vpravo, které vyvrátilo dopplerovské měření s oboustranným nálezem velmi chudého prokrvení v periférii. Příčinou obtíží se ukázal být uzávěr renálních stentgraftů větvené aortální náhrady při neúčinnosti antiagregační terapie (zjištěna rezistence na kyselinu acetylsalicylovou, částečně i na clopidogrel), na angiografii s patrnými defekty v náplni. Nemocnému byla provedena aspirační trombektomie bilaterálně, v levé renální tepně se zavedením stentu pro patrný nástěnný defekt. Vzhledem k trvající anurii, dalšímu vzestupu kreatininu a rozvoji hyperkalemie bylo přechodně přistoupeno k intermitentní dialýze s následným příznivým rozvojem diurézy při parciální reparaci renální funkce, která zůstává nadále stacionární na úrovni kreatininu 213 $\mu\text{mol/l}$.

Trombóza renální tepny vede k akutnímu renálnímu poškození, pokud není včas diagnostikována a léčena. Rychlá a správná léčba je zásadní vzhledem k nedostatečné specifičnosti klinických projevů. Komplikací bývá rozvoj renální hypertenze, která vzniká na podkladě rozvinutých ireverzibilních infarktů při přerušení arteriálního toku v ledvině.

Podpořeno MZ ČR RVO FNOL-0098892 a IGA_LF_2025_003.

Geriatrický pacient

odborná garantka MUDr. Milena Bretšnajdrová, Ph.D.

čtvrtek / 10. dubna / 14.00–15.30

Geriatrický pacient napříč lékařskými obory**MUDr. Milena Bretšnajdrová, Ph.D.**2. interní klinika – gastroenterologie a geriatricie, Lékařská fakulta Univerzity Palackého
Olomouc a Fakultní nemocnice Olomouc

Světová zdravotnická organizace, WHO, vyhlásila v odpověď na demografický vývoj světové populace Dekádu zdravého stárnutí pro léta 2021–2030. Již nyní žije na planetě více než miliarda lidí starších šedesáti let. Dle demografických predikcí je na konci této dekády očekáván nárůst populace 60+ o třetinu, na 1,4 miliardy. Aktivní podpora zdravého stárnutí se stává naléhavou prioritou i v České republice.

Demografická data České republiky přináší informace o příznivém trendu, že se dožíváme vyššího věku, ne však ve zdraví, ale v nemoci a v disabilitě. Senior je velmi často geriatrický pacient vstupující do zdravotního systému – téměř do všech lékařských oborů, můžeme jej charakterizovat:

Biologicky starší nemocný (zvláště nad 75 roků), polymorbidní, disabilní s funkční limitací (křehkost s poklesem potenciálu zdraví, zdatnosti, odolnosti s poklesem funkčních rezerv) v riziku či existenci geriatrických syndromů a v riziku polyfarmakoterapie.

Věk není jedinou charakteristikou stáří, více se do popředí dostává a nabývá na významu funkční věk, funkční zdatnost jedince a resilience.

Narůstající polymorbidita a chronický průběh chorob provází nemocné po celý zbytek jejich života. Involuční změny, akutní dekompenzace a komorbidity mohou měnit a skrývat klasickou symptomatologii nemocí, vytvářet tzv. atypický obraz nemocí. Komunikace se seniorem může být náročnější pro senzory, kognitivní deficit a vyšetření tak vyžaduje delší čas. Všechny tyto faktory významně ztěžují diagnostiku a návazně složitosti v nastavení adekvátní terapie. Často i přidružené řešení sociálních faktorů.

Management polyfarmakoterapie spočívá ve „skloubení“ léčby a intervencí doporučených jednotlivými odborníky. Velkým uměním je vytvoření koncentru „zlaté střední cesty“ a implementace tohoto přístupu zejména u velmi rizikových a fragilních seniorů. Tito pacienti jsou významně ohroženi důsledky nežádoucích účinků léčby, často i rehospitalizací. Farmakoterapie cíleně nastavená a upravovaná dle stavu pacienta je obranným štítem proti nežádoucím důsledkům léčiv a lékovým interakcím.

Aktivní intervence podporující funkční stav geriatrického pacienta tvoří součást léčby a je prevencí disability, neboť každou zdravotní dekompenzaci geriatrického pacienta doprovází riziko zhoršení jeho funkčního stavu během „putování“ seniora nemocničním systémem.

Zásadní je systematická spolupráce napříč obory se záměrem kvalitní péče o seniory – geriatrické pacienty ve všech segmentech a specifických situacích.

Křehký senior v klinické praxi

MUDr. Lucia Javorčková

II. interní klinika – gastroenterologická a geriatrická, Fakultní nemocnice Olomouc

Frailty neboli křehkost je komplexní stav charakterizovaný poklesem funkční kapacity a zvýšenou zranitelností vůči stresorům. V klinické praxi je křehkost spojena s vyšším rizikem nepříznivých zdravotních výsledků, jako jsou pády, hospitalizace a mortalita. Prezentace se zaměří na aktuální trendy v identifikaci a managementu křehkosti u seniorů v primární péči.

Hlavní body:

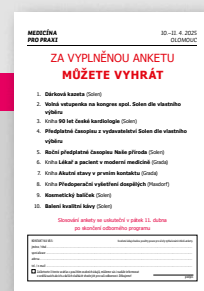
- Identifikace křehkosti: Použití validovaných screeningových nástrojů, jako je Clinical Frailty Scale (CFS) a FRAIL scale, pro rychlou identifikaci pacientů s křehkostí.
- Komplexní geriatrická evaluace (CGA): Zlatý standard pro komplexní posouzení a management křehkých pacientů, zahrnující medicínské, psychologické, sociální a funkční domény.
- Intervence: Fyzická aktivita, nutriční intervence, management polyfarmacie a individuálně přizpůsobené péče jako klíčové prvky v prevenci a léčbě křehkosti.
- Praktické aplikace: Case finding přístup pro identifikaci pacientů s křehkostí, kteří vyžadují zvláštní péči, a zapojení komunitních zdrojů pro podporu pacientů a jejich pečovateli.
- Prezentace bude poskytovat praktickým lékařům přehled o strategiích pro identifikaci a management křehkých pacientů, s cílem zlepšit jejich zdravotní výsledky a kvalitu života.

Sdílený lékový záznam: (ne)známý pomocník

MUDr. Marek Pecha

Ústav farmakologie, Lékařská fakulta Univerzity Palackého a Fakultní nemocnice Olomouc

Sdílený lékový záznam představuje moderní nástroj pro zlepšení koordinace zdravotní péče a zajištění bezpečnosti pacientů. Tento systém umožňuje zdravotníkům přístup k aktuálnímu přehledu léků, které pacient užívá, což snižuje riziko nežádoucích interakcí a zvyšuje efektivitu léčby. Přestože sdílený lékový záznam nabízí řadu výhod, jeho využívání je často limitováno nedostatkem povědomí mezi pacienty a zdravotníky. Tento příspěvek se zabývá současným stavem implementace sdílených lékových záznamů, jejich přínosy a výzvami, a diskutuje o tom, jak lze zvýšit jejich využívání pro lepší péči o pacienty.



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.

Aktuality do vaší ordinace II

čtvrtek / 10. dubna / 15.30–16.05

Jak na bolest aneb co víc můžeme pro pacienta udělat

MUDr. Adam Marko

Ortopedicko-traumatologické oddělení, Nemocnice AGEL Nový Jičín

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.

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 podpořená společností NATUREVIA)

Jak optimalizovat dechový vzor a jak využít techniky respirační fyzioterapie při léčbě GERD a EERD?

doc. Mgr. Kateřina Raisová, Ph.D.

čtvrtek / 10. dubna / 16.30–17.00

Katedra fyzioterapie, Fakulta tělesné kultury, Univerzita Palackého, Olomouc

K dýchání je důležité přistupovat nejen z pohledu výměny plynů a průchodnosti dýchacích cest, ale také nezapomínat na pohybovou složku dýchání, neboť dechová práce, která je nezbytná pro každý dechový cyklus, je zabezpečována dýchacími svaly. Je-li u pacienta přítomna dysfunkce pohybové složky dýchání, tak může docházet k výskytu či zvýraznění symptomů poruch dýchání, jako je obtížené dýchání až dušnost, bolest či nepříjemný tlak nebo tah během dýchání, bolest či nepříjemný tlak nebo tah během kašle, pocit staženého hrudníku či hrudního krunýře. Pečlivé vyšetření a zhodnocení pohybové složky dýchání včetně vyšetření síly dýchacích svalů tak může napomoci ke stanovení cílené a individualizované rehabilitační

léčby, která může následně ovlivnit výskyt a tíži jednotlivých symptomů poruch dýchání a zlepšit inhalační techniku pacienta. Pohybová složka dýchání může být také porušena u pacientů s gastroezofageálním (GERD) nebo extraezofageálním (EERD) refluxem. Nejčastější příčinou GERD je totiž porucha antirefluxní bariéry, která je tvořena dolním jícnovým svěračem a krurální částí bránice, která bývá často oslabena u pacientů s refluxním onemocněním vlivem neoptimálního dechového vzoru a vadného držení těla. U pacientů s EERD je navíc přítomna i porucha horního jícnového svěrače. Pokud se u pacienta vyskytnou poruchy dýchání či GERD/EERD, tak je vhodné po stanovení diagnózy ošetřujícím lékařem odeslat pacienta na rehabilitační léčbu, jejíž součástí je i komplexní kineziologické vyšetření, během kterého se podrobně zhodnotí také pohybová složka dýchání včetně dechové a posturální funkce bránice. V rámci plicní rehabilitace jsou využívány pro ovlivnění pohybové složky dýchání především techniky respirační fyzioterapie a pohybový trénink s cílem zlepšení dechové mechaniky i během pohybových aktivit. Z komplexních rehabilitačních metod se nejčastěji ještě přidávají fyzioterapeutické postupy k podpoře vzpřímeného držení těla, aktivace hlubokého stabilizačního systému páteře a techniky měkkých tkání. Respirační fyzioterapie pro podporu pohybové složky dýchání je zaměřena na reedukaci dechového vzoru, aktivaci bránice v dechové a posturální funkci (čímž se ovlivní i její funkce svěračová), zvýšení síly dýchacích svalů a podporu dostatečného rozvíjení hrudníku. Mezi nejčastěji využívané techniky respirační fyzioterapie patří neurofyziologická facilitace dýchání, dechová gymnastika statická, dynamická i mobilizační, aktivace bráničního dýchání, trénink dýchacích svalů (např. např. POWERbreathe Medic, POWERbreathe EX1 Medic, Threshold PEP, EMST 75 lite, Airofit PRO), nácvik efektivní expektorace a posturálně dechový trénink včetně využití labilních pomůcek. Ambulantní rehabilitační léčbu pro ovlivnění pohybové složky dýchání může pacient absolvovat na podkladě indikace této léčby ošetřujícím lékařem, který pacientovi vystaví poukaz na vyšetření/ošetření FT.

LITERATURA

1. Bitnar P, Hlava Š, Štoviček J, et al. Diaphragm in the role of esophageal sphincter and possibilities of treatment of esophageal reflux disease using physiotherapeutic procedures. *Eur Respir J.* 2018;52(Suppl 62):2446.
2. Neumannová K, Zatloukal J, Koblížek V. Doporučený postup plicní rehabilitace. In V. Kolek (Ed.) a kol. *Doporučené postupy v pneumologii* (3rd ed., pp. 564-606). Praha: Maxdorf; 2019.
3. Horová P, Dvořáček M, Zatloukal J, et al. 2024. Vliv programu respirační fyzioterapie na projevy extraezofageálního refluxu. *Rehabilitace a fyzikální lékařství.* 2024;31:108-115.

Žilní hypertenze a její léčba

odborný garant MUDr. Patrik Tošenovský, CSc., FRACS, FEBVS

čtvrtek / 10. dubna / 17.00–18.00

Chronická pánevní bolest žen z pohledu cévního chirurga

MUDr. Patrik Tošenovský, CSc., FRACS, FEBVS

Klinika Angiologie a kardiologie VFN Praha

Ženy typicky mezi 16–55 lety mohou trpět chronickou bolestí v pánvi a břiše.

Diferenciální diagnostika může být obtížná. Mezi možné diagnózy patří tato onemocnění:

- Pánevní kongesce
- Endometrióza, adenomyóza
- Ovariální cysty
- Syndrom podrážděného střeva
- Chronické záněty močového traktu a pochvy
- Tumory v pánevní oblasti

Pacientky s pánevní kongescí se většinou prezentují některými z těchto příznaků (často v kombinaci):

- Chronická bolest pánve a dolní části břicha (více vlevo) se zhoršením v období menstruace

- Bolestivý sex
- Nucení na močení
- Varixy v oblasti vulvy
- Hemoroidy
- Bolesti v levém třísele a v levé dolní končetině
- Nafouklé břicho po delším stání

(Symptomy jsou patrné zejména odpoledne a večer, jsou závislé na aktivitě ženy a mohou se zlepšovat v poloze na zádech se zvednutými dolními končetinami.)

Diagnostika: Je nutno vyloučit zánětlivé příčiny a tumory a první cesta žen většinou vede ke gynekologovi. I když gynekolog uzavírá stav ženy jako normální, přesto jde velmi často o pánevní kongesci, poněvadž gynekologové nutně nemusí vyšetřovat žilní systém nemocné. Mohou však při zobrazovacích metodách uvést poznámku, že při laparoskopii byly patrné dilatované žíly v oblasti pánve. Dalším krokem praktického lékaře je mít na paměti přítomnost pánevní kongesce a odeslat pacientku k vyšetření buď k vyšetření:

- transvaginálním ultrazvukem (vyšetřující může vidět žilní městky), CT angiografie břicha a pánve,
- vaskulárním chirurgem nebo angiologem zabývajícím se touto problematikou (pánevní UZ a CTV jsou nutné a odborník si je vyžádá sám).

Léčba: Endovaskulární vyšetření je nezbytné v každém případě – provádí se intravaskulární ultrazvuk (IVUS), který jediný ozřejmí pánevní žilní cirkulaci. V jedné době se pak provádí angioplastika žil se stentem, a nebo embolizace ovariální žíly, pokud je nutná. Jde o jednodenní výkon. Výsledky jsou vynikající ve většině případů. Do třiceti dnů většina žen pocítí dramatické zlepšení.

Efektivní terapeutické možnosti u pacientů s chronickými uzávěry hlubokých žil

MUDr. Patrik Tošenovský, CSc., FRACS, FEBVS

Klinika Angiologie a kardiologie VFN Praha

Kdo jsou postižení jedinci?

Všichni, kteří prodělali DVT kdykoliv ve svém životě, byť byli adekvátně léčeni antikoagulanciemi.

Všichni, kteří nikdy neměli DVT, ale trpí některým z typických příznaků uvedených níže (existuje mylná představa, že postižení bez historie DVT nemohou mít chronickou žilní nedostatečnost).

Typické potíže nemocných

- Otok jedné dolní končetiny
- Bolest při chůzi v lýtku, stehně, třísele a hýždí na jedné straně (častěji vlevo) – tzv. žilní klaudikace
- Hyperpigmentace kůže jedné dolní končetiny s otokem i bez otoku
- Chronické „žilní“ defekty bérce, nohy (i stavy, kdy se defekt zhojí po bandáži – časté recidivy)
- Pánevní kongesce (viz přednáška ve stejném bloku)

Proč tyto nemocné odeslat k odbornému vyšetření vaskulárním chirurgem, angiologem?

- Ve většině případů lze úspěšně hluboký systém léčit pomocí angioplastiky se stentem a v mnoha případech pacient nemusí doživotně užívat antikoagulancia.
- Výsledky jsou velmi dobré a ve většině případů dochází ke zlepšení kvality života nemocných.
- Mnoho z úspěšně léčených nemocných perkutánním výkonem nemusí nosit bandáže a klesá recidiva defektů.
- Výkony jsou jednodenní a nejsou zatíženy významnými komplikacemi.
- Je dobře známo, že u nemocných po proběhlé DVT a úspěšném perkutánním výkonu nedochází k recidivě DVT v tak vysokém měřítku jako bez výkonu, neboť se odstraní překážka v žíle, která recidivu způsobovala.
- Konzervativní léčba nepřináší úspěch ve srovnání s perkutánní revaskularizací.
- Bandáže nejsou pacienty tolerovány a jsou tudíž neefektivní.

Jak postupovat při odesílání těchto nemocných?

Nemocný s sebou vždy ideálně přináší všechna předchozí vyšetření, zejména výsledek žilního ultrazvuku. Odborník si potom sám ordinuje CT venografii (pokud již CTV bylo provedeno, je nejlepší s nemocným odeslat i obrázky, nejen popis CT vyšetření).

Kdo léčí tyto nemocné?

Každý specialista, který má zkušenost s perkutánní intervencí hlubokých žil jako je venoplastika dolní duté žíly, ilických a femorálních žil. Otevřená chirurgická léčba není úspěšná a není doporučována. Naopak perkutánní výkony na hlubokém žilním řečišti mají výsledky stejně dobré nebo lepší, než na řečišti tepenném, zejména pokud jde o netrombotické obstrukce.

Co dělat, když léčba varixů selhala?

MUDr. Patrik Tošenovský, CSc., FRACS, FEBVS

Klinika Angiologie a kardiologie VFN Praha

Jak se nemocní mohou prezentovat po operaci křečových žil?

- Typicky jde o stížnost, že končetina otéká i přes úspěšnou léčbu varixů.
- Varixy se navrátily příliš rychle (řádově po roce či dvou).
- Varixy přetrvávají navzdory úspěšné operaci (nejde o metličky a drobné křečové žilky, které nemusely nutně vůbec být odstraněny při primární operaci).
- Otok končetiny trvá nebo se rychle po operaci vrátil.
- Bércové defekty („žilní vředy“) se buď vůbec nezahojily do 3 měsíců anebo se vrátily.

Kde je tedy příčina?

I po velmi dobře provedené operaci povrchových žil v řadě případů nedochází k očekávanému zlepšení stavu proto, že hluboký žilní systém nebyl řešen.

V takovém případě se nejedná o špatný lékařský postup. Jde o sekvenční léčbu, kdy se zcela správně povrchový systém dolní končetiny řešil jako první. Druhou fází je dobré zobrazení žilního systému po operaci varixů (pokud potíže přetrvávají) a řešení zbývajících obstrukcí a inkompetencí, které často vedou k recidivě nebo přetrvávání obtíží nemocného.

Jak postupovat?

Každý nemocný má právo na „second opinion“, neboli názor jiného odborníka. Dobrým postupem je však návrat nemocného k původnímu lékaři se steskem, který jej trápí, a pokud tento odborník nemůže pro daného člověka udělat více, pak je potřeba dotyčného odeslat na pracoviště, kde je zobrazení a léčba žilního systému možná. S sebou si nemocný ideálně přináší všechna dostupná zobrazovací vyšetření. Bude mu velmi pravděpodobně provedena CT venografie, a poté venografie pomocí katetrizace s terapeutickým výkonem v jedné době.



MATERIÁLY KE STAŽENÍ:

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

Fotodokumentace ran v klinické praxi

odborná garantka Mgr. Lenka Šeflová

pátek / 11. dubna / 9.00–10.00

Fotodokumentace ran v klinické praxi

Jana Tichá, Mgr. Lenka Šeflová, Blanka Baslarová, Jana Habáňová

II. interní klinika – gastroenterologická a geriatrická, Fakultní nemocnice Olomouc

Fotodokumentace ran je významnou součástí zdravotnické dokumentace. Ve FN Olomouc využíváme aplikaci, která nám umožňuje ránu vyfotit, popsat a exportovat do zabezpečeného úložiště. Uloženou fotografii s popisem je možno vytisknout, sdílet s ostatními pracovišti a zpětně na ni nahlížet.

K tomu, aby fotografie měla odpovídající výpovědní hodnotu, je třeba v rámci možností konkrétního pracoviště pracovat s prostředím, světlem a technikou focení.

Nedílnou součástí pořizování fotografie rány je vhodné pravítko.

Pro získávání fotografií ran, okolí dlouhodobých venózních vstupů apod. z domácího prostředí, využíváme zabezpečený integrovaný server. Pacient nebo sestra z agentury domácí péče ránu vyfotí a přes aplikaci zašle ke kontrole.

Uvedené technologie nám mohou usnadnit péči o pacienta, umožnit sledování vývoje rány, napomocť k motivaci pacienta, získat potřebné podklady pro zdravotní pojišťovny a v neposlední řadě nám uchovávají cenný materiál např. pro možné stížnosti.

Mobilní aplikace ZUNI

Martin Vantara

Bindworks, s. r. o., Praha

Mobilní aplikace ZUNI přináší moderní a efektivní řešení pro standardizaci a správu fotodokumentace v nemocnicích. Přednáška se zaměří na zkušenosti s implementací této technologie ve Fakultní nemocnici Olomouc, včetně výzev při integraci do stávajících pracovních postupů a informačních systémů. Účastníci se dozvědí, jak ZUNI zlepšuje komunikaci mezi zdravotnickými týmy, zvyšuje efektivitu práce a přispívá k právní ochraně zdravotnického personálu. Součástí přednášky bude také inspirace, jak lze moderní technologie využít ke zvýšení kvality a bezpečnosti zdravotní péče.

Dobrá rada do vaší ordinace

pátek / 11. dubna / 10.00–10.40

Management MASLD – diagnostika rizika jaterní fibrózy v primární péči

MUDr. Adam Vašura

Oddělení gastroenterologie, hepatologie a pankreatologie, Interní a kardiologická klinika, Fakultní nemocnice Ostrava

Katedra interních oborů, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita, Ostrava

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 přítom-

nosti 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 progresse 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.

Deficit vitamínu D a nové možnosti léčby

doc. MUDr. Jan Schovánek, Ph.D.

III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická,
Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci a Fakultní nemocnice Olomouc

Deficit vitamínu D je rozšířený problém, který negativně ovlivňuje muskuloskeletální systém a může mít negativní dopad i na mimokostní funkce. Přednáška se zaměřuje na metabolismus vitamínu D, na prevenci a možnosti léčby jeho nedostatku. Klíčový biomarker pro hodnocení zásobení vitamínem D je hladina 25(OH)D, přičemž optimální rozmezí je 75–125 nmol/l. Mezi hlavní rizikové faktory deficitu patří nízká expozice slunečnímu záření, vyšší věk, tmavší fototyp, znečištění ovzduší. K nedostatku vitamínu D vedou také stavy spojené s jeho sníženým příjmem – specifické dietní programy, gastrointestinální malabsorpce (stavy po bariatrických operacích, celiakie) či onemocnění jater a ledvin. Dále jsou ohroženi pacienti s nadváhou a obezitou, u nichž je biologická dostupnost vitamínu D snížena. Léčba deficitu zahrnuje suplementaci pomocí kalcifediolu. Je preferována u pacientů s malabsorpcí, obezitou, jaterními onemocněními či diabetem 2. typu. Kalcifediol má rychlejší nástup účinku než cholekalciferol, nepotřebuje aktivaci jaterními enzymy a jeho účinek je lépe predikovatelný. Klinické studie potvrzují jeho superioritu ve zvyšování hladiny 25(OH)D. Při správném dávkování a monitorování hladin je léčba bezpečná, s minimálním rizikem hyperkalcemie. Kalcifediol představuje účinnou alternativu, zejména u pacientů se specifickými potřebami, a jeho použití může významně přispět k řešení problému rozšířeného deficitu vitamínu D.

Mezioborová spolupráce

pátek / 11. dubna / 11.10–12.10

Systémová enzymoterapie (SET): Terapeutické využití systémové enzymoterapie při léčbě bolesti a zánětu. Současná situace na trhu v kategorii SET

PharmDr. Jana Matušková

lékárník, lektor a nezávislý odborný konzultant v oblasti farmacie

Pojem systémová enzymoterapie (SET) je vyhrazen registrovaným lékům, které jsou indikované k podpůrné léčbě akutních, recidivujících a chronických zánětů.

Mechanismus účinku SET podrobně popisuje souhrn údajů o přípravku (SPC) konkrétního léku (zde článek 5.1 – farmakodynamické vlastnosti léku) (1, 2).

Kompletní výčet terapeutických indikací najdeme v SPC konkrétního léku (zde článek 4.1). V Česku jsou registrovány dva léky z kategorie SET (ATC klasifikace: M09AB52). Tyto dva léky se liší svým složením, dávkováním a nemají totožné terapeutické indikace. Ve vybraných indikacích je však můžeme považovat za terapeuticky zaměnitelné (1, 2).

Při léčbě akutních zánětů spojených s bolestí a otokem (poúrazové, pooperační) se viditelně projevuje antiflogistické a antiedematózní působení obou léků. Při bolesti spojené s akutním zánětem se pak uplatňuje i sekundární analgetický účinek SET (1, 2).

Zatímco při léčbě akutní bolesti hraje hlavní roli razantní krátkodobá analgezie, při dlouhodobém podávání analgetik nás limitují jejich nežádoucí účinky. Zejména u analgetik ze skupiny NSA (nesteroidní antirevmatika) (3, 4).

Proto při léčbě chronických zánětů spojených s bolestí (degenerativní onemocnění kloubů a páteře) hledáme vedle analgetik ještě jiné možnosti farmakoterapie (glukosamin, chondroitin, myorelaxancia, psychofarmaka, neuroprotektiva). K podpůrné léčbě degenerativních onemocnění kloubů a páteře, včetně artrózy v pokročilém stadiu, je indikována systémová enzymoterapie, která může, mimo jiné, snižovat potřebu užívaných analgetik. Klinické studie ukazují, že SET může být bezpečnou a účinnou volbou pro každodenní zvládání dlouhodobých bolestí kloubů (5).

LITERATURA

1. Aktuální SPC registrovaného léku, on-line zdroj dostupný zde: https://prehledy.sukl.cz/prehled_leciva.html#/leciva/020733.
2. Aktuální SPC registrovaného léku, on-line zdroj dostupný zde: https://prehledy.sukl.cz/prehled_leciva.html#/leciva/0218502.
3. Doporučený postp Léčba bolesti, 2021, on-line zdroj dostupný zde: <https://www.svl.cz/svl-docs/doporucene-postupy/68/lecba-bolesti-2021.pdf>
4. Doporučený postup Bolest, 2008, on-line zdroj dostupný zde: <https://www.svl.cz/svl-docs/doporucene-postupy/68/bolest-2008.pdf>.
5. Bolten W. Bezpečnost a účinnost kombinace enzymů při léčbě bolestivé osteoartrózy kolene u dospělých: Randomizovaná, dvojitě zaslepená, placebem kontrolovaná studie. *Arthritis*. 2015 Leden 31;2015:251521. DOI: 10.1155/2015/251521.

Imunitný tréning v dospeljej populácii – má svoje opodstatnenie?

Mgr. Martin Pinček

Imunoglukan, s. r. o., Bratislava

Respiračné infekcie predstavujú najčastejšiu formu infekcií v každej vekovej kategórii, pričom dôvodom pre ich manifestáciu býva zvyčajne oslabený imunitný systém. Väčšina týchto infekcií, 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.

Imunoglukan P4H[®]

doplňky stravy pro celou rodinu



Imunita¹

- dlouhodobá podpora imunitního systému v průběhu celého roku
- v období zvýšených nároků na organismus
- vhodné při fyzickém a psychickém stresu
- při rekonvalescenci, po hospitalizaci, při/po antibiotikách
- jednoduché dávkování 1x denně

Imunita² • Vyčerpání³ • Dýchací cesty⁴

- krátkodobá podpora imunitního systému a dýchacích cest
- vhodné při prvních příznacích vyčerpání a únavy
- vhodné pro děti od 3 let a dospělé

¹Vitamin C a vitamin D přispívají k normální funkci imunitního systému

²Vitamin C a zinek přispívají k normální funkci imunitního systému

³Vitamin C přispívá ke snížení míry únavy a vyčerpání

⁴Pelargonie, rosnatka a hulevník přispívají k normální funkci dýchacích cest

Imunoglukan P4H[®]

www.imunoglukan.com

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 produkovanou imunitnými (plazmatickými) bunkami na sliznici v ústnej dutine je sekrečné IgA. Patrí medzi látky, ktoré pôsobia v prvej línii pri obrane proti patogénom. Produkciou sIgA (do slín) zabráňujú vstupu mikroorganizmov cez sliznicu do organizmu. Preto je ústna sliznica, ako prvotné 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.).

Využití patentovaných probiotických kmenů a bakteriálních metabolitů v praxi

Hana Vagnerová

Favea PLUS, a. s., Praha

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

(Přednáška podpořená společností FAVEA plus, a. s.)

Aplikovatelnost genetiky v ordinaci praktického lékaře

odborná garantka Mgr. Dagmar Riegert Bystřická, Ph.D.

pátek / 11. dubna / 13.10–13.40

Detoxikace organismu v kontextu genetiky

Mgr. Dagmar Riegert Bystřická, Ph.D.

GENLABS, s. r. o., České Budějovice

Ústav laboratorní diagnostiky a veřejného zdraví,

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Játra jsou hlavním detoxikačním orgánem těla a hrají klíčovou roli v metabolismu a čištění organismu od škodlivých látek. V játrech existují dva hlavní enzymatické systémy zapojené do procesu detoxikace označované jako I. a II. fáze detoxikace. Enzymy první fáze rozkládají toxiny na tzv. meziprodukty, které jsou často velmi reaktivní a škodlivé. Ty pak enzymy druhé fáze detoxikace neutralizují a pomáhají tak k jejich odstranění z těla.

Geny GST (glutathion-S-transferázy) kódují enzymy, které hrají klíčovou roli v procesu II. fáze detoxikace organismu. Jsou aktivní nejen v játrech, ale i v mozku, ledvinách, slinivce apod. Pro jejich správnou funkci je ovšem nezbytná přítomnost glutationu, velmi významného antioxidantu. Enzymy GST jsou zodpovědné za katalyzování konjugace glutationu s různými elektrofilními látkami, což je klíčový krok v neutralizaci toxických sloučenin, ať už se jedná o endogenní látky nebo o exogenní xenobiotika, jako jsou léky či karcinogeny. Cílem této reakce je zvýšení rozpustnosti těchto toxických

PROBIOTIKUM PRO KAŽDOU ŽENU

GYNIMUN®



DUAL



Vítěz kategorie
probiotikum pro ženu



látek ve vodě, čímž jsou usnadněny jejich vyloučení z těla. GST enzymy tak pomáhají chránit buňky před poškozením způsobeným oxidativním stresem a dalšími škodlivými procesy.

Existuje několik tříd GST enzymů (například třída Mu: GSTM1, Theta: GSTT1 a Pi: GSTP1), přičemž se jedinci ve své genetické výbavě liší, což může ovlivnit jejich schopnost detoxikace a citlivost na toxiny. GST enzymy zřejmě hrají důležitou roli při vzniku rakoviny i rezistence k chemoterapeutikům. Některé alely GST enzymů mají vliv na vznik astmatu, aterosklerózy, alergie či dalších zánětlivých a neurodegenerativních onemocnění. Například diabetes je nemoc doprovázená oxidativním poškozením tkání a u mnoha pacientů nefunguje glutathionový metabolismus tak, jak by měl. Zvýšený oxidační stres dále zodpovídá za onemocnění běžná u starších pacientů jako je šedý zákal, makulární degenerace a imunitní deficiencie.

Pomocí metod molekulární biologie lze u pacientů vyšetřit přítomnost variantních, a tedy nefunkčních genů kódujících enzymy GST. Nefunkční GSTM1 způsobená delecí celého genu se vyskytuje až u 50 % euroasijské populace. GSTT1 chybí zhruba u 20 % populace a mutaci Ile105Val v homozygotním stavu v GST P1 nacházíme u 10 % populace. Z výsledků získaných v naší laboratoři vyplývá, že pouze 25 % jedinců v české populaci nese funkční GSTM1, T1 i P1 a 8 % jedinců má naopak sníženou funkci všech tří uvedených GST (M1, T1 i P1) a tedy vysoce sníženou schopnost detoxikace. Navíc schopnost organismu tvořit glutathion s věkem značně klesá.

Problém je možné řešit přímo formou doplňků stravy obsahujících glutathion, anebo užíváním prekurzorů glutathionu, ze kterých si jej organismus dokáže vyrobit. Jedná se např. o n-acetylcystein a glycin. Případy, kdy jednoduchá, bezpečná a nenákladná nutriční intervence po dobu 14 dnů vedla u starších lidí ke zlepšení produkce glutathionu a sníženému poškození organismu oxidanty, byly již publikovány. Navíc bylo zjištěno, že problémem stárnoucího organismu není výroba glutathionu jako takového, ale nedostatek cysteinu a glycinu. Pokud tedy staršímu pacientovi dodáme prekurzory glutathionu, dostává se za pomoci suplementace, ve schopnosti detoxikace a zvládnání oxidativního stresu až na úroveň mladého organismu.

Alzheimerova choroba a možnosti včasné prevence z pohledu praktického lékaře

Mgr. Dagmar Riegert Bystřická, Ph.D.

GENLABS, s. r. o., České Budějovice

Ústav laboratorní diagnostiky a veřejného zdraví, Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích

Primární prevence Alzheimerovy choroby (AD) dle nejnovějších výzkumů spočívá zejména ve zdravém životním stylu. Důležitá je kvalita spánku, praktikování jednoduchých, ale efektivních fyzických a mentálních cvičení a kvalitní strava. K sekundární prevenci pak patří znalost genetických predispozic a známých rizikových faktorů, mezi které patří především věk pacienta nad 65 let. Primární i sekundární prevence pak ovlivňuje celkové zdraví mozku a predisponuje jej k vývoji neurodegenerativních onemocnění.

Apolipoprotein E (Apo E) je jediný genetický marker, jehož izoforma Apo E4 je spojována se zvýšeným výskytem AD v pozdějším věku. Isoforma Apo E4 se vyskytuje asi u 25 % populace, přičemž asi 2 % populace mají dvojitou dávku APO E4 (zdedí ji od obou rodičů) a zvýšené riziko pro AD 15× (typický je nižší věk začátku příznaků onemocnění). Pokud je přítomna pouze jedna alela Apo E4 (zdeděná jen od jednoho rodiče), riziko výskytu AD je zvýšené přibližně 2–3krát. Dále je izoforma Apo E4 spojována se zvýšeným rizikem aterosklerózy, zvýšenou hladinou cholesterolu a zvýšeným rizikem infarktu myokardu a cévní mozkové příhody u starších pacientů a kuřáků. Kromě izoformy Apo E4, existují další izoformy apolipoproteinu E: Apo E2 a Apo E3. Nejčastěji se vyskytuje izoforma Apo E3 (60 % populace), která je neutrální a nezvyšuje riziko AD. Nejvzácnější je izoforma Apo E2, která je popisována jako mírně protektivní, a naopak snižuje riziko vzniku AD. Recentní výzkumy zatím neprokázaly jiné geny spojené s výskytem AD. Jejich význam je vždy nižší než význam genu Apo E. Ačkoli ne všichni jedinci

s Apo E4 onemocní AD, a ne všichni bez této izoformy zůstávají bez rizika onemocnění. Genetický marker není definitivně směrodatný.

V oblasti efektivní prevence AD byl zkoumán vliv středomořské diety (ID), která snižuje riziko výskytu až o 53 % při plném dodržení. Dalším příkladem je tzv. DASH dieta (dietary approaches to stop hypertension/dietní přístup zastavující hypertenzi) spočívající v konzumaci nízkotučných mléčných výrobků a čerstvé zeleniny. Spojením středomořské diety a DASH diety vznikl nový stravovací vzor pojmenovaný MIND dieta. Ta je postavená na konzumaci 10 typů potravin (zelená listová zelenina, jiná zelenina, ořechy, bobule, luštěniny, celozrnné výrobky, mořské plody, drůbež, olivový olej a víno) a odmítnutí 5 druhů potravin (smažená jídla a fast food, červené maso, sýry, máslo, margarín, pečivo a sladkosti). MIND dieta díky svému protizánětlivému a antioxidantnímu účinku snižuje riziko Alzheimerovy choroby a současně pomáhá snížit výskyt mrtvice, kardiovaskulárních onemocnění, deprese, hypertenze a diabetu 2. typu.

V roce 2018 vyšla studie amerických vědců ohledně metabolismu Omega-3 (n-3) nenasycených mastných kyselin (PUFA). Patří sem např. DHA = kyselina dokosaheptaenová, která je normálně součástí mozku, kde zajišťuje správný metabolismus glukózy a zabraňuje tak tvorbě senilních plaků, typických pro demenci. Jedinci s izoformou ApoE4 nedokáží volné DHA nebo DHA s triglyceridy nebo ethyl-estery ze suplementů vstřebat a je pro ně a jejich mozek vhodnější forma DHA navázaná na fosfatidylcholin. Ta je součástí rybího oleje a mořského krillu. Nadměrné užívání DHA suplementů, které mají DHA většinou vázanou na triglyceridy nebo ethyl-estery, mohou být pro jedince s ApoE4 z hlediska neurodegenerativních onemocnění spíše nebezpečné. Proto by jedinci s ApoE4 měli dát přednost mořským rybám a mořskému krillu.

Sladký život diabetika: Jak udržet pacienta na správné cestě

MUDr. Jaromír Ožana

pátek / 11. dubna / 13.40–14.30

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.

» ABSTRAKTA

JE LÉKAŘSKÉ TAJEMSTVÍ OPRAVDU TAJEMSTVÍM?

Je lékařské tajemství opravdu tajemstvím?

JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

pátek / 11. dubna / 13.40–14.30

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

Zachování lékařského tajemství je historicky známou povinností, která však v průběhu staletí doznala řady změn. V současné době tak hovoříme o povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků (a někdy nejen zdravotnických pracovníků), která je, co do základu, upravena v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, v platném znění (ale i v jiných obecně závazných právních předpisech). Příspěvek bude zaměřen na seznámení účastníků s rozsahem povinné mlčenlivosti, tzn. kdo je jí vázán, v jakém rozsahu a vůči komu. Z povinné mlčenlivosti existuje celá řada výjimek, v prezentaci budou zmíněny ty nejběžněji se vyskytující (např. poskytování informací orgánům sociálně právní ochrany dětí, soudům orgánům činným v trestním řízení, správním orgánům). Zároveň budou zmíněny možné právní důsledky v případě, že dojde k porušení povinné mlčenlivosti.

» TIRÁŽ

23. kongres Medicíny pro praxi v Olomouci 10.–11. dubna 2025 | Clarion Congress Hotel Olomouc

Pořadatel

Společnost SOLEN, s. r. o., ve spolupráci s II. interní klinikou FN u sv. Anny Brno

Odborný garant

prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

Organizátor

SOLEN, s. r. o., Lazecská 297/51, 779 00 Olomouc

Kontaktní osoba: Rostislav Reininger, 778 775 664, reininger@solen.cz

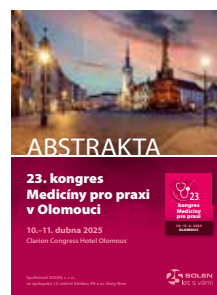
Zajištění výstavních ploch a firemních symposií: Mgr. Martin Jiša, 734 567 855, jisa@solen.cz

Programové zajištění: Mgr. Helena Zedníčková, 778 976 986, zednickova@solen.cz

Grafické zpracování a sazba: Mgr. Tereza Krejčí, krejci@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 978-80-7471-534-1

Medicína pro praxi

na rok 2025

Už máte předplaceno?

**PŘEDPLATNÝM ČASOPISU
NA ROK 2025 ZÍSKÁTE:**

20% slevu

na **kongresy*** pořádané
společností SOLEN

5x Medicína pro praxi
ve vaší schránce

Tematická suplementa

Přístup do archivu
časopisu on-line

**Zajistěte si
předplatné tady
a teď a získáte
5 čísel/ za rok
za cenu:**

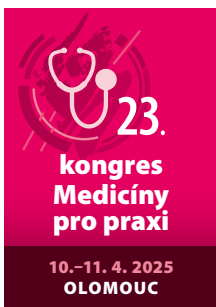
~~1 300 Kč~~

1 040 Kč

**Objednávejte
na pokladně
u registrace**

* platí pro kongresy
uvedené v seznamu:





POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

GENERÁLNÍ
PARTNER



HLAVNÍ
PARTNEŘI



PARTNEŘI



MEDIÁLNÍ
PARTNEŘI



detralex®

MPFF® – mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce

registrovaná
ochranná
známka

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*: Flavonoidorum 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 dní, 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 /děti 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-leviv/seznam-leviv-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. Nicolaidis 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