

ABSTRAKTA

11. kongres Medicíny pro praxi v Brně

11. kongres Medicíny pro praxi

16.–17. 10. 2026
BRNO

16.–17. října 2026

Hotel International, Brno

Společnost Solen, s. r. o.,
ve spolupráci s II. interní klinikou FN u sv. Anny v Brně

SOLEN
Medical Education

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 doporučeních[4-6]

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 bércového 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 nevylučuje 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-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*

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

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

PROGRAM – pátek 16. října 2026

9.00–9.05 **ZAHÁJENÍ ODBORNÉHO PROGRAMU**

9.05–10.15 **KARDIOLOGIE**
Odborný garant prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

- **Srdeční selhání** – Lábr K. (20)
- **Fibrilace síní** – Šebetovský V. (20)
- **Budoucnost hypertenze** – Souček M. (20)
- **Diskuze** (10)

10.15–10.45 **PŘESTÁVKA**

10.45–11.15 **AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE**

- **Akutní respirační infekce a účinky erdosteinu** – Herout V. (15 + 5)
  (Přednáška je podpořená společností Angelini Pharma Česká republika s.r.o.)
- **Racionalizace antisekreční léčby v klinické praxi** – Kojecký V. (15)
  (Přednáška je podpořená společností PRO.MED.CS Praha a.s.)

11.15–12.15 **KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ**
Odborná garantka MUDr. Markéta Ječmenová

- **KV prevence v linii s Národním kardiovaskulárním plánem** – Ječmenová M. (20)
- **Diabetes – hypertenze – obezita** – Hájek P. (20)
- **Klinické využití synergického efektu ACEI a BB** – Plíva M. (20)

12.15–13.15 **OBĚDOVÁ PŘESTÁVKA**

13.15–14.25 **NEFROLOGIE**
Odborná garantka MUDr. Jitka Řehořová

- **Diagnostika CKD pro praxi** – Divácká P. (20)
- **Akutní poškození ledvin v ordinaci praktického lékaře** – Mrlianová H. (20)
- **Jak ochránit ledviny – zaměřeno na gliflozíny** – Orság J. (20)
- **Diskuze** (10)

14.25–15.15 **NOVÉ VÝZVY V DIAGNOSTICE A LÉČBĚ**

- **Kláro, jak to s tebou vypadá aneb dvě filmové kazuistiky** – Koumarová Š. (15)
- **Bolest v krku a antibiotika. Racionální přístup k terapii** – Strojil J. (15)
- **Akutní léčba migrény – současná omezení a nové možnosti** – Řehulka P. (15)
- **Patentované orální probiotické kmeny v praxi** – Vagnerová H. (5)
  (Přednáška je podpořena společností Favea Plus, a. s.)

15.15–15.45 **PŘESTÁVKA**

15.45–16.45 **ROLE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE V DIAGNOSTICE A TERAPII OSTEOPORÓZY**
Odborný garant prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc., dr.h.c.

- **Role praktického lékaře v diagnostice a terapii osteoporózy** – Horák P. (25)
- **Terapie osteoporózy a individuální přístup** – Palička V. (25)
- **Diskuze** (10)

16.45–17.05 **VÝSLEDKY PROJEKTU CRAB II ČESKÉ MYELOMOVÉ SKUPINY**
prof. MUDr. Vladimír Maisnar, Ph.D.

17.05–18.15 **NEUROLOGIE**
Odborná garantka prof. MUDr. Blanka Adamová, Ph.D.

- **Ischemické ikty – příznaky, příčiny a sekundární prevence** – Škorňa M. (20)
- **Bolesti hlavy v ordinaci praktického lékaře** – Adamová B. (20)
- **Záchyt demence v ordinaci praktického lékaře** – Krajčovičová L. (20)
- **Diskuze** (10)

18.15 **PŘEDPOKLÁDANÉ ZAKONČENÍ ODBORNÉHO PROGRAMU PRVNÍHO DNE KONGRESU**

PROGRAM – sobota 17. října 2026

9.00–10.00 **LÉKAŘSKÉ POSUDKY – NA CO SI DÁT POZOR?**
JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

10.00–11.00 **MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE**

- ***Saccharomyces boulardii CNCM I-745* – léčba průjmů na základě důkazů** – Slíva J. (15)
- **Management kašle v primární i specializované péči** – Zatloukal J. (15)
- **Nedostatek vitaminu D u zaměstnanců FN: význam vyšetření a možnosti prevence** – Svobodová Š. (15)
- **Ektoin a homeostáza sliznic: biologické principy a klinické využití u kašle** – Slíva J. (15)

11.00–11.30 **PŘESTÁVKA**

11.15–12.45 **WORKSHOP: KREATIVNÍ PŘÍSTUPY K LÉČBĚ DEPRESE**
Sál C Bartečková E., Hořínková J.

11.30–12.10 **MODERNÍ PŘÍSTUPY K PODPOŘE SLIZNIČNÍ IMUNITY A PREVENCI INFEKCÍ**

- **Racionální přístup k léčbě a prevenci infekcí dolních cest močových u žen** – Fontana M. (15)
- **Praktická fyziologická podpora slizničního imunitního systému, včetně močových infekcí** – Thon V. (20)
- **Orální slizniční imunizace bakteriálními lyzáty z uropatogenů – neantibiotická profylaxe RIMC. Butyrát jako klíčové postbiotikum – jeho metabolické a imunologické účinky** – Vagnerová H. (5)
  (Přednáška je podpořena společností Favea Plus, a. s.)

12.10–13.30 **POSTURA OD DĚTSTVÍ K DOSPĚLOSTI** – MUDr. Jarmila Haubnerová

- **vývoj postury**
- **vadné držení těla**
- **zdravé dýchání**
- **kdy rehabilitovat, jak vyplnit správně FT poukaz**
- **co pro sebe sami můžeme udělat**

13.40 **PŘEDPOKLÁDANÝ ZÁVĚR KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD**

Změna programu vyhrazena

TIRÁŽ

11. kongres Medicíny pro praxi v Brně
16.–17. října 2026 | Hotel International Brno

Pořadatel
Solen, s. r. o., ve spolupráci s II. interní klinikou FN u sv. Anny v Brně

Odborný garant
prof. MUDr. Bohuslav Kianička, Ph.D.

Tvůrce odborného programu
prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

Organizátor
SOLEN, s. r. o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc
Organizační zajištění: Markéta Slezáková, +420 721 135 146, slezakova@solen.cz
Programové zajištění: Mgr. Hedvika Šlanhofová, +420 778 437 996, slanhofova@solen.cz
Zajištění výstavních ploch a satelitních sympozií: Mgr. Martin Jíša, 734 567 855, jisa@solen.cz
Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s. r. o., Lucie Šilberská, silberska@solen.cz

Ohodnocení
Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena 11 kredity pro lékaře.



Vydal: Solen, s. r. o., IČ 25553933
Tisk: Trifox, s. r. o., Šumperk
ISBN 978-80-7471-592-1



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, podávanými současně v téže dávce. **DÁVKOVÁNÍ A PODÁVÁNÍ*:** Jedna tableta denně, nejlépe ráno a před jídlem. Fixní kombinace není vhodná pro iniciální léčba. 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 (Clcr < 30 ml/min). Středně závažná porucha funkce ledvin (Clcr 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 blokátory receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. *Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anemie:* postupujte opatrně v případě kolagenového vaskulárního onemocnění, imunosupresivní 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 léčení 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:* přerušte léčbu a sledujte pacienta až do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Současné užívání perindoprilu a sakubitril/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 racekadotrilem, 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 racekadotrilu, mTOR inhibitorů (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptinů (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin**). *Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:* postupujte opatrně u alergických pacientů léčených desenzibilizací a nepoužívejte v případě imunoterapie jedem blanokřídlých. Alespoň 24 hodin před desenzibilizací dočasně vysaďte inhibitor ACE. *Anafylaktoidní reakce během LDL-aferézy:* před každou aferézou dočasně vysaďte inhibitor ACE. *Hemodialyzovaní pacienti:* zvažte použití jiného typu dialyzační membrány nebo jiné skupiny antihypertenziv. *Primární hyperaldosteronismus:* Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. *Těhotenství:* nezahajovat užívání během těhotenství, v případě potřeby zastavit léčbu a zahájit vhodnou alternativní léčbu. *Hepatální encefalopatie, která může vyvolat jaterní kóma:* ukončit léčbu. *Fotosenzitivita:* ukončit léčbu. Opatření pro použití: *Renální funkce:* U některých hypertoniků 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 nízké 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 cirhózou s edémy a ascitem): zahajte léčbu dávkami nižší dávce a postupně je zvyšujte. *Hypotenze a deplece vody a sodíku:* riziko náhlé 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 nižším snížené dávce nebo pouze jednou složkou přípravku. *Hladina sodíku:* kontrolovat častěji u starších a cirhotických pacientů. Jakákoli diuretická léčba může vyvolat hyponatremii, někdy s velice závažnými následky. Hyponatremie s hypovolemií mohou způsobit dehydrataci a ortostatickou hypotenzi. Současná ztráta chloridových iontů může vést k sekundárně kompenzační metabolické alkalóze: výskyt 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 mellius, přidružené komplikace, zejména dehydratace, akutní srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současné užívání kalium-šetřících diuretik, doplňků draslíku nebo doplňků solí obsahující draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v séru a zejména antagonistů aldosteronu nebo blokátorů receptorů angiotensinu**. U pacientů užívajících ACE inhibitory mají být proto kalium šetřící diuretika a blokátory 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 podvyživených osob, cirhotických pacientů s edémem a ascitem, koronárních pacientů, u pacientů se selháním ledvin nebo srdečním selháním, dlouhým intervalem QT: sledovat plazmatickou hladinu draslíku. Může napomoci rozvoji torsades de pointes, které mohou být fatální. Hypokalemie zjištěná v souvislosti s nízkou koncentrací hořčíku v séru může být na léčbu neodpovídající, pokud není korigován sérový hořčík**. *Hladina vápníku:* hyperkalcemie: před vyšetřením funkce příštitných tělísek ukončete léčbu. *Hladina hořčíku:* bylo prokázáno, že thiazidy a podobná diuretika včetně indapamidu zvyšují vylučování hořčíku močí, což může mít za následek hypomagnezemii**. *Renovaskulární hypertenze:* v případě stenózy renální arterie: zahajte léčbu v nemocnici v nízké dávce; sledujte funkci ledvin a hladinu draslíku. *Suchý kašel. Ateroskleróza:* u pacientů s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulární ischemií zahajte léčbu nízkou dávkou. *Hypertenzní krize. Srdeční selhání/těžká srdeční insuficience:* v případě srdečního selhání postupujte opatrně. Těžká srdeční nedostatečnost (stupeň IV): zahajte léčbu nižšími iniciálními dávkami pod lékařským dohledem. *Stenóza aortální nebo mitrální chlopně/hypertrofická kardiomyopatie:* v případě obstrukce průtoku krve levou komorou postupujte opatrně. *Diabetici:* V případě inzulin-dependentního diabetes mellitus zahajte léčbu iniciální nižší dávkou pod lékařským dohledem; během prvního měsíce a/nebo v případě hypokalemie sledujte hladinu glukózy v krvi. *Černoši:* vyšší incidence angioedému a zjevně menší účinnost při snižování krevního tlaku ve srovnání s jiným rasami. *Operace/anestezie:* přerušte léčbu jeden den před operací. *Porucha funkce jater:* mírná až středně závažná: postupujte opatrně. Podání inhibitorů ACE mělo vzácně souvislost se syndromem počínajícím cholestatickou žloutenkou a progredujícím až v náhlou hepatickou nekrózu a (někdy) úmrtí. V případě žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů ukončete léčbu. *Kyselina močová:* hyperurikemie: zvýšená tendence k záchvatům dny. *Starší pacienti:* před zahájením léčby vyšetřit renální funkci a hladiny draslíku. Dávku zvyšovat opatrně. *Hladina sodíku:* v podstatě bez sodíku. *Choroidální efuze, akutní myopie a sekundární glaukom s uzavřeným úhlem:* Sulfonamidy nebo deriváty sulfonamidů mohou způsobit idiosynkratickou reakci vedoucí k choroidální efuzi s defektem zorného pole, přechodné myopii 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 nejrychlejším vysazení léčiva. Pokud se nitrooční tlak nepodaří dostat pod kontrolu, je třeba zvážit rychlou medikamentózní nebo chirurgickou léčbu. Rizikové faktory pro rozvoj akutního glaukomu s uzavřeným úhlem mohou zahrnovat alergie na sulfonamidy nebo peniciliny v anamnéze. *Sportovci:* 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. Sakubitril/valsartan. *Nedoporučuje se:* lithium, aliskiren u jiných pacientů než diabetických nebo pacientů s poruchou funkce ledvin, souběžná léčba inhibitorem ACE a blokátorem receptoru pro angiotenzin, estramustin, kalium-šetřící léky (např. triamteren, amilorid…), soli draslíku, dantrolen (infuze), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. *Vyžadující zvláštní opatrnost:* baklofen, nesteroidní antiflogistika (včetně kyseliny acetylsalicylové ve vysokých dávkách), antidiabetika (inzulin, perorální antidiabetika), kalium-nešetřící diuretika a kalium-šetřící diuretika (eplerenon, spironolakton), racekadotril, inhibitory mTor (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus), gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), léky vyvolávající „Torsades de pointes", amfotericin B (i.v. podání), glukokortikoidy a mineralkortikoidy (systémové podání), tetrakosaktid, stimulační laxativa, srdeční glykosidy (hypokalemie a/nebo hypomagnezemie zvyšuje toxické účinky digitalisu; v těchto případech je nutné sledovat plazmatické hladiny draslíku, hořčíku a EKG a v případě potřeby přehodnotit léčbu), alopurinol (současná léčba s indapamidem může zvýšit výskyt reakcí hypersenzitivity na alopurinol), induktory CYP3A4, inhibitory CYP3A4, klarithromycin (existuje zvýšené riziko hypotenze). *Vyžadující určitou opatrnost:* antidepresiva imipraminového typu (tricyklická), neuroleptika, jiná antihypertenziva a vazodilatancia, tetrakosaktid, alopurinol (současné podávání s inhibitory ACE), cytostatika nebo imunosupresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid, anestetika, diuretika (thiazid nebo kličková diuretika), sympatomimetika, zlato, metformin, jodované kontrastní látky, vápník (soli), cyklosporin, atorvastatin, digoxin nebo warfarin, takrolimus, cyklosporin, simvastatin. *Léky vyvolávající hyperkalemii***:* aliskiren, soli draslíku, draslík šetřící diuretika (např. spironolakton, triamteren nebo amilorid), inhibitory ACE, antagonisté receptorů pro angiotenzin II, NSAID, heparíny, imunosupresiva 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 spermatozoií u některých pacientů léčených blokátory 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:* závratě, bolest hlavy, parestezie, vertigo, somnolence, dysgeusie, zhoršení zraku, tinitus, palpitace, zrudnutí, hypotenze (a účinky spojené s hypotenzí), kašel, dušnost, bolest břicha, zácpa, průjem, dyspepsie, nausea, zvracení, změny ve vyprazdňování střeva, pruritus, vyrážka, makulopapulární vyrážka, svalové křeče, otok kotníku, astenie, únava, hypokalemie**. *Méně časté:* rinitida, eozinofilie, hypersenzitivita, hypoglykemie, hyperkalemie vratná po přerušení léčby, hyponatremie, insomnie, změny nálad (včetně úzkosti), deprese, poruchy spánku, hypoestezie, třes, synkopa, diplopie, tachykardie, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní), vaskulitida, bronchospazmus, sucho v ústech, kopřivka, angioedém, alopecie, purpura, změna zabarvení kůže, hyperhidróza, exantém, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, artralgie, myalgie, bolest v zádech, poruchy močení, noční močení, polakisurie, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynekomastie, bolest, bolest na hrudi, nevolnost, periferní edém, horečka, zvýšená tělesná hmotnost, snížená tělesná hmotnost, zvýšení sérové hladiny urey, zvýšení sérové hladiny kreatininu, pád. *Vzácné:* stav zmatenosti, zvýšení sérové hladiny bilirubinu, zvýšení hladiny jaterních enzymů, zhoršení psoriázy, syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu (SIADH)**, hypochloremie**, hypomagnezemie**, zčervenání**, anurie/oligurie**, akutní renální selhání**. *Velmi vzácné:* agranulocytóza, aplastická anemie, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, hemolytická anemie, trombocytopenie, hyperglykemie, hyperkalcemie, hypertonie, periferní neuropatie, cévní mozková příhoda, možná sekundárně k nadměrné hypotenzi u vysoce rizikových pacientů, angina pectoris, infarkt myokardu, možná sekundárně k nadměrné hypotenzi u vysoce rizikových pacientů; eozinofilní 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 erythematodes, EKG: prodloužený interval QT, zvýšená hladina glukózy v krvi, zvýšená hladina kyseliny močové v krvi, Raynaudův fenomén. **PŘEDÁVKOVÁNÍ**:** Nekardiogenní plicní edém byl vzácně hlášen v důsledku předávkování amlodipinem, nástup se může projevit až opožděně (24–48 hodin po požití) a může vyžadovat ventilační podporu. Včasná resuscitační opatření (včetně hypervolemie) k udržení perfuze a srdečního 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 sulfonamidů s indolovým kruhem, 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. Uchovávání: nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. Doba použitelnosti: 3 roky. Doba použitelnosti po prvním otevření je 30 dní. Držitel rozhodnutí o registraci: Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Registrační čísla: 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://sukl.gov.cz/prehledy-cen-a-uhrad-leciv/seznam-leciv-a-pzlu-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

SPC TRIPLIXAM

** 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

Kardiologie

odborný garant prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

pátek / 16. října / 9.05–10.15

Srdeční selhání

MUDr. Karel Lábr, Ph.D.
I. interní kardioangiologická klinika, Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně
I. interní kardioangiologická klinika, Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno

Srdeční selhání představuje častou příčinu dušnosti, poklesu výkonnosti a opakovaných hospitalizací. Všeobecný praktický lékař má zásadní úlohu při jeho včasném rozpoznání i dlouhodobém sledování. Pozornost zasluhují zejména pacienti s hypertenzí, diabetem, obezitou a chronickým onemocněním ledvin, u nichž může srdeční selhání se zachovanou ejekční frakcí levé komory (HFpEF) zůstávat nerozpoznané. Normální ejekční frakce přitom diagnózu srdečního selhání nevylučuje.

Diagnostický postup vychází z posouzení příznaků a rizikových faktorů, klinického vyšetření, EKG a laboratorních nálezů. Významné místo má stanovení NT-proBNP, jehož hodnoty je nutné interpretovat s ohledem na věk, obezitu, renální funkce a fibrilaci síní. Echokardiografie umožňuje posoudit strukturální a funkční změny srdce a určit fenotyp srdečního selhání. Součástí vyšetření je odlišení dalších příčin dušnosti a určení naléhavosti kardiologického vyšetření či potřeby neodkladné péče.

Základní farmakoterapie symptomatického HFpEF zahrnuje inhibitory SGLT2 a antagonisty mineralokortikoidních receptorů (MRA), doplněné diuretickou léčbou při kongesci a cíleným ovlivněním přidružených onemocnění. Přínos dapagliflozinu a empagliflozinu není podmíněn přítomností diabetu. Bezpečné vedení léčby vyžaduje kontrolu krevního tlaku, renálních funkcí a iontů, zejména kalémie při podávání MRA. Dlouhodobá péče je založena na edukaci pacienta, včasném rozpoznání dekompenzace a spolupráci všeobecného praktického lékaře s kardiologem.

Budoucnost hypertenze

prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.
II. interní kliniky FN u sv. Anny a LF MU Brno

Farmakologická léčba hypertenze vede ke snížení kardiovaskulární morbidity a mortality, avšak většina hypertoniků není dobře léčena, protože nedosahuje cílových hodnot (≤ 140/90 mm Hg). K nedostatečné kontrole hypertenze vede špatná adherence nemocných k farmakologické léčbě. Dále asymptomatický průběh hypertenze, tedy nedostatečná motivace. Ale mohou k tomu vést i chyby v léčebné strategii, kdy s léčbou váháme a začínáme s ní pozdě a nejsme dostatečně agresivní k dosažení cílových hodnot. Co nás tedy čeká do budoucna. Především snaha o dosažení cílových hodnot, dále zlepšení adherence pacientů k léčbě a zaměřit se na inercii, která je velmi častá v klinické praxi. V klinické praxi je nedostatečně využívaná časná kombinační léčba. V současné době máme výskyt hypertenze kolem 40 % a každých dalších 10 let nás čeká zvýšení o 10 %.

Pro kontrolu krevního tlaku je výhodnější používat kombinaci dvou léků v nízké dávce s nižším rizikem nežádoucích účinků, než zvyšovat dávku jediného antihypertenzíva v monoterapii. Dvojkombinace může mít až 5x významnější účinek na systolický TK v důsledku synergie. Synergie v léčbě hypertenze znamená, že kombinace dvou nebo více antihypertenziv vede k většímu poklesu TK, než by odpovídalo prostému součtu účinků jednotlivých léků. Kombinační léčba tak vede ke zlepšení kontroly hypertenze a potenciálně i ke snížení KV rizika. Důležité je, aby byla zahájena včas. Včasná kombinační léčba může vést i ke zlepšení adherence. Adherence k léčbě závisí mj. na důvěře ve schopnost dosáhnout brzy cílových hodnot. Špatnou adherenci je někdy těžké odhalit. Kombinační léčba od začátku léčby hypertenze může rovněž snížit riziko

POD TÍMTO QR KÓDEM NAJDETE

Sborník abstrakt v digitální podobě

Anketu k on-line vyplnění

Formulář pro **dotazy přednášejícím**

Program kongresu, další kongresy pro praktické lékaře...

terapeutické lhostejnosti u nedostatečně kontrolované hypertenze léčené monoterapií. Inercie v léčbě hypertenze znamená selhání zahájit nebo zesílit antihypertenzní léčbu, přestože krevní tlak není v cílových hodnotách a existuje jasná indikace k posílení léčby.

V souvislosti s problémy, které nyní řešíme nás čeká ještě větší prevalence hypertenze, bohužel s posunem do nižších věkových kategorií a stále nižší cílové hodnoty z posledních doporučení.

Aktuality do vaší ordinace

pátek / 16. října / 10.45–11.15

Akutní respirační infekce a účinky erdosteinu

MUDr. Vladimír Herout, Ph.D.
Klinika nemocí plicních a tuberkulózy, LF MU, Brno

Akutní respirační infekce patří k nejčastějším důvodům návštěvy ordinace praktického lékaře a významně přispívají k symptomatické zátěži pacientů a pracovní neschopnosti. Klinicky významné jsou zejména stavy provázené hypersekrecí a retencí viskózního hlenu, poruchou mukociliární clearance a rozvojem lokální zánětlivé odpovědi, které podporují přetrvávání příznaků a mohou zvyšovat riziko bakteriální superinfekce. V patofyziologii se uplatňuje změna reologických vlastností bronchiálního sekretu, oxidační stres a aktivace prozánětlivých mechanismů s dalším poškozením respiračního epitelu a zhoršením samočisticí funkce dýchacích cest.

Erdostein je mukomodulační proléčivo, jehož aktivní metabolity s volnou thiolovou skupinou vykazují komplexní účinek. Vedle snížení viskozity a elasticity hlenu narušením disulfidických vazeb mukoproteinů vykazuje také účinky antibakteriálně antiadhezivní, antioxidační a protizánětlivé. Tím podporuje účinnější eliminaci sekretu z horních i dolních dýchacích cest, snižuje adhezivitu bakterií k respiračnímu epitelu a může omezovat riziko superinfekce. Experimentální a klinická data dále uvádějí zlepšení mukociliární clearance, redukci objemu sputa, zvýšení koncentrace IgA v dýchacích cestách a potenciaci účinku některých antibiotik, zejména amoxicilinu a klarithromycinu.

V klinické praxi je erdostein využíván u akutních i chronických onemocnění horních a dolních dýchacích cest, včetně bronchitid, rhinitid, sinusitid, laryngofaryngitid, exacerbací chronické bronchitidy, CHOPN, hypersekrečního astmatu bronchiale a bronchiektazií; uváděna je také možnost adjuvantního podání s antibiotiky při bakteriálních exacerbacích, prevence rekurentních infekčních epizod, erdostein též působí protektivně proti zhoršení onemocnění dýchacích cest. Pro ambulantní péči je podstatné, že včasné nasazení u pacientů s produktivním kašlem a retencí sekretu může přispět nejen ke zmírnění symptomů, ale i k racionálnější antibiotické strategii.

Erdostein tak představuje racionální léčebnou možnost u akutních respiračních infekcí provázených produktivním kašlem a retencí sekretu díky kombinaci mukomodulačního, protizánětlivého, antioxidačního a antiadhezivního působení. Pro ambulantní praxi praktického lékaře je přínosný nejen svým efektem na symptomy a clearance dýchacích cest, ale i možností podpory adjuvantní léčby a uvážlivého používání antibiotik.

Racionalizace antisekreční léčby v klinické praxi

doc. MUDr. Vladimír Kojecký, Ph.D.
Interní klinika IPVZ, Krajská nemocnice T. Bati, a. s., Zlín

Inhibitory protonové pumpy (PPI) jsou v současnosti jednou z nejrozšířenějších komedikací. Dle epidemiologických studií je však bez jasného důvodu užívá 30–70 % nemocných. Mezi definitivní indikace dlouhodobé léčby PPI patří erozivní forma refluxní choroby jícnu, PPI responzivní eosinofilní ezofagitis, Barretův jícen, Zollinger-Ellisonův syndrom a profylaxe NSAID gastropatie u vysoce rizikových osob.

SOLEN 25 let s vámi

DOBRÝ ANDĚL

BUĎTE s námi DOBRÝM ANDĚLEM



Při odchodu z této akce vraťte visačku

za 1 visačku SOLEN věnuje 10 Kč

nadaci www.dobryandel.cz

Každá vrácená visačka je recyklována a opět použita

Více informací o tomto projektu najdete na www.solen.cz

V roce 2025 jsme díky vám přispěli částkou 30 000 Kč nadaci Dobrý anděl.

PPI se mylně používají v řadě dalších situací, jako je funkční dyspepsie, anamnéza vředové choroby gastroduodena a léčba kortikosteroidy. Jejich účinnost je zde sporná. Při dlouhodobé léčbě se do popředí dostávají nežádoucí účinky. Prokázaná je asociace mezi užíváním PPI a rizikem komunitních pneumonií, střevních infekcí (*Clostridoides difficile*), deficitem vitaminu B_{12}, Mg, Fe. Indikaci k dlouhodobé léčbě PPI je proto nutné dobře zvažovat.

Před ukončením terapie PPI musíme vzít v úvahu přítomnou sekundární hypergastrinemii. Náhlé přerušení léčby vede rebound efektem ke kyselé žaludeční hypersekci. Případné potíže pacienti mylně považují za recidivu původní choroby. PPI proto vysazujeme postupně, v průběhu 2–4 týdnů. Bezpečnou alternativou pro dlouhodobé užívání jsou H_2 blokátory (famotidin).

Kardiovaskulární onemocnění

odborná garantka MUDr. Markéta Ječmenová

pátek / 16. října / 11.15–12.15

KV prevence v linii s Národním kardiovaskulárním plánem

MUDr. Markéta Ječmenová

InterMedCare, s. r. o., Brno

Důsledky vysoké kardiovaskulární zátěže české populace jsou v porovnání s ostatními státy EU nelichotivé. Nový národní kardiovaskulární plán má za cíl posílit roli primární kardiovaskulární prevence v ČR. Arteriální hypertenze a dyslipidemie přitom patří k nejčastějším rizikovým faktorům kardiovaskulárních chorob a prevalence v populaci roste. Jejich současná přítomnost násobí individuální kardiovaskulární riziko. Proto je nezbytné ovlivňovat oba rizikové faktory bezodkladně a nejlépe současně. Dlouhodobé výsledky léčby arteriální hypertenze a dyslipidemie nejsou v České republice optimální. Přednáška prezentuje pohled autora na současné možnosti farmakologické intervence nekomplikované arteriální hypertenze a dyslipidemie s využitím moderní fixně kombinační léčby. Cílem léčby má být co nejrychlejší dosažení optimální korekce rizikových faktorů vedoucí k redukci celkového kardiovaskulárního rizika za použití moderní fixní kombinace.

Diabetes – hypertenze – obezita

MUDr. Přemysl Hájek

Interní oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.

Past, ze které na první pohled není úniku, ale zároveň příležitost k zásadnímu strategickému vítězství. Stačí nahlížet na kardiometabolické onemocnění jako na spojité kontinuum, kde způsob zvolené cesty převyšuje pouhé mechanické dosažení „cílových hodnot".

Přednáška se zaměří na problematiku subklinického a pokročilého orgánového poškození optikou moderních léčebných cílů i posunu prahů pro zahájení terapie. Rozebereme aktuální kontroverze ve výkladu nejnovějších doporučení odborných společností a podíváme se na to, jak tyto teoretické koncepty přetavit do racionálního rozhodování v každodenní praxi.

Klinické využití synergického efektu ACEI a BB

MUDr. Milan Plíva

Kardiologické centrum AGEL, Pardubice

Přednáška se zaměřuje na praktický management pacientů s hypertenzí se zvláštním důrazem na kontrolu srdeční frekvence jako základní terapeutickou strategii u většiny nemocných.

Hlavní pozornost je věnována betablokátorům jako lékům první volby pro kontrolu frekvence, přičemž vyzdvihována je role vysoce selektivních β_1 molekul s příznivým hemodynamickým

a metabolickým profilem. Jsou diskutovány principy dávkování, cílové hodnoty klidové srdeční frekvence a klinické přínosy zejména u pacientů se srdečním selháním a hypertenzí. Další část se zabývá významem současné inhibice systému renin–angiotenzin–aldosteron, která u pacientů s fibrilací síní a častými komorbiditami přispívá k lepší kontrole krevního tlaku, ochraně cílových orgánů a může ovlivňovat strukturální remodelaci myokardu.

Závěrem je zdůrazněn význam jednoduchých a přehledných léčebných režimů, které podporují dlouhodobou adherenci pacienta k terapii. Kombinace kontrolního účinku na srdeční frekvenci a blokády RAAS představuje racionální a komplexní přístup k léčbě pacientů s fibrilací síní, u nichž je cílem nejen symptomatická úleva, ale i dlouhodobá kardiovaskulární protekce.

Nefrologie

odborná garantka MUDr. Jitka Řehořová

pátek / 16. října / 13.15–14.25

Diagnostika CKD pro praxi

MUDr. Petra Divácká
Interní gastroenterologická klinika, Fakultní nemocnice Brno
a Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno

Chronické onemocnění ledvin (CKD) je celosvětově považováno za jednu z největších moderních epidemií. V ČR postihuje přibližně 11 % populace. Nejčastější příčinou CKD je arteriální hypertenze, diabetes mellitus, kardiovaskulární nemoci a obezita. Významným rizikovým faktorem je věk.

CKD je definováno jako funkční nebo strukturální abnormalita ledvin, která trvá déle než 3 měsíce. Probíhá u většiny pacientů zcela asymptomaticky, což vede k pozdní diagnostice. Až 40 % pacientů vstupuje rovnou do dialyzačního programu, aniž by předtím o onemocnění ledvin vědělo.

Pro lepší odhadnutí prognózy a nastavení terapie slouží klasifikace CKD podle příčiny, eGFR a albuminurie (viz tabulka). Riziko stoupá kontinuálně s klesající eGFR a narůstající albuminurií. Nejedná se jen o riziko progrese CKD, ale také o riziko celkové a kardiovaskulární mortality. Pro odhad eGFR na podkladě sérové hladiny kreatininu je v současnosti doporučena rovnice CKD-EPI. Výpočet provádí samotná laboratoř, nebo je možné využít online kalkulátory. Albuminurie se stanovuje z jednorázového vzorku moči, bez nutnosti sběru, jako poměr albumin/kreatinin (uACR). Součástí diagnostiky CKD by mělo být vždy i vyšetření močového sedimentu a doplnění ultrazvukového vyšetření ledvin.

Tab. 1. *Klasifikace CKD*

Prognóza CKD podle kategorií GF a albuminurie: KDIGO 2012				Kategorie setrvalé albuminurie Popis a rozmezí		
				A1	A2	A3
				Normální až lehce zvýšená	Středně zvýšená	Těžce zvýšená
				< 3 g/mol	3–30 g/mol	< 3 g/mol
Kategorie GF (ml/s/1,73m²) Popis a rozmezí	G1	Normální nebo vysoká	≥ 1,5			
	G2	Mírně snížená	1–1,49			
	G3a	Mírně až středně snížená	0,75–0,99			
	G3b	Středně až těžce snížená	0,5–0,74			
	G4	Těžce snížená	0,25–0,49			
	G5	Selhání ledvin	< 0,25			

Zelená – nízké riziko (nebo bez CKD – nemá-li jiné známky poškození ledvin), žlutá – středně zvýšené riziko; oranžová – vysoké riziko; červená – velmi vysoké riziko

Novela vyhlášky o preventivních prohlídkách přinesla změnu ve vyšetřování eGFR a uACR s cílem včas zachytit zejména raná stadia CKD. S ohledem na předpokládaný nárůst nově diagnostikovaných pacientů, uvolnění preskripce gliflozinů a již tak velmi omezenou kapacitu nefrologických ambulancí bude stěžejní zahájení nefroprotektivní léčby v ordinaci praktického lékaře. Neméně důležité bude i rozpoznání, kterého pacienta by již měl vyšetřit nefrolog. Na konkrétních příkladech bude rozebráno v závěru přednášky.

Akutní poškození ledvin v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Helena Mrlianová
Interní gastroenterologická klinika, FN Brno a Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno

Akutní poškození ledvin (AKI) představuje závažný medicínský i socioekonomický problém s celosvětově stoupající prevalencí. Je to dáno zejména stárnutím populace, orgánovou polymorbiditou, zhoršující se polypragmazií a častějším užitím rentgen-kontrastních vyšetření. K rizikovým faktorům AKI patří zejména vysoký věk pacienta, anamnéza chronického onemocnění ledvin, diabetu, kardiálního či nádorového onemocnění, dehydratace a užívání nefrotoxické medikace. Vzhledem k často asymptomatickému průběhu a současně riziku trvalého poškození ledvin je role praktického lékaře zcela zásadní pro včasný záchyt a iniciální management pacientů se zhoršenou renální funkcí.

Akutní poškození ledvin je definováno poklesem renální funkce a/nebo poklesem diurézy. Dle poslední KDIGO klasifikace rozlišujeme 3 stadia AKI:

Tab. 1. *Staging AKI podle KDIGO*

Stadium	Sérový kreatinin (sCr)	Diuréza (výdej moči)
1. stadium	Vzestup o ≥ 26,5 µmol/l během 48 hodin **NEBO** 1,5 až 1,9násobek výchozí hodnoty (za posledních 7 dní).	< 0,5 ml/kg/h po dobu 6–12 hodin
2. stadium	2,0 až 2,9násobek výchozí hodnoty.	< 0,5 ml/kg/h po dobu ≥ 12 hodin
3. stadium	≥ 3,0násobek výchozí hodnoty **NEBO** vzestup sCr na ≥ 353,6 µmol/l **NEBO** zahájení náhrady funkce ledvin (RRT) **NEBO** u pacientů < 18 let pokles eGFR pod 35 ml/min/1,73 m^2.	< 0,3 ml/kg/h po dobu ≥ 24 hodin **NEBO** anurie (úplné zastavení močení) po dobu ≥ 12 hodin.

Z patofyziologického hlediska můžeme rozdělit akutní poškození ledvin na prerenální, renální a postrenální. V ambulancích praktického lékaře se setkáváme zejména s prerenálním poškozením a s polékovou nefrotoxicitou. Diagnostika renálního AKI patří do rukou nefrologa a postrenální AKI odesíláme na urologii.

Pokles renální funkce v ambulanci praktického lékaře je nejčastěji zachycen rutinním laboratorním screeningem – vyšetřením sérového kreatininu, výpočtem eGFR a vyšetřením močového sedimentu. Pro další management je důležité odlišit vlastní AKI od progredujícího chronického onemocnění ledvin. V rámci diferenciální diagnostiky je zcela zásadní pečlivá anamnéza, která nás již může navést na příčinu zhoršené renální funkce. Je nezbytné provést revizi užívané medikace, včetně volně prodejných léků, zejména analgetik. Při objektivním vyšetření nás zajímá hlavně stav hydratace, hodnoty TK a kardiální kompenzace. V neposlední řadě doplníme sonografii urotraktu k vyloučení postrenální obstrukce.

Role praktického lékaře je však v rámci zhoršení funkce ledvin nejen diagnosticko- terapeutická, ale v mnohých případech i preventivní – stratifikace rizika AKI, farmakoterapie „na míru" zejména u rizikových pacientů a uvážlivé užívání rentgen-kontrastních vyšetření včetně nefroprotektivní přípravy. V rámci přednášky si ukážeme výše uvedené na konkrétních případech.

Nové výzvy v diagnostice a léčbě

pátek / 16. října / 14.25–15.15

Bolest v krku a antibiotika. Racionální přístup k terapii

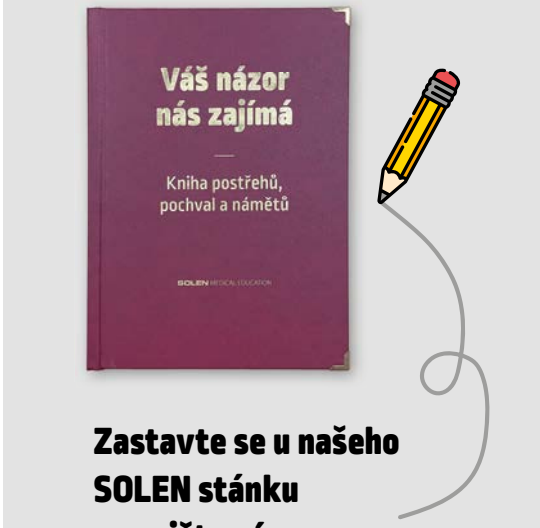
MUDr. Jan Strojil, Ph.D.
Ústav farmakologie 2. lékařské fakulty UK, Praha

Většina akutních bolestí v krku je virového původu. Jedná se ve většině případů o samoúzdravná onemocnění, pacienti však očekávají aktivní terapii. Výsledkem je zbytečná a často škodlivá preskripce antibiotik. Alternativou pro léčbu bolestí v krku mohou být lokální antiseptika, např. oktenidin, který má širokospektré antimikrobiální účinky, je dobře tolerován, zkracuje dobu příznaků. Tím může pomoci omezit zbytečný předpis neindikovaných antibiotik, aniž by měl pacient pocit, že lékař jeho potíže bagatelizuje. Pokud jsou indikována, záleží výběr antibiotika na očekávaném patogenu a musí být veden snahou minimalizovat nežádoucí účinky a současně i riziko vzniku rezistence. U antibiotické terapie akutních tonzilofaryngitid je lékem volby fenoxymethylpenicilin s délkou podávání 5–10 dní.

Akutní léčba migrény – současná omezení a nové možnosti

MUDr. Pavel Řehulka, Ph.D.
Centrum pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy, I. neurologická klinika FN u sv. Anny a Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, Brno

Migréna je dlouhodobé neurologické onemocnění charakterizované opakovanými epizodami bolesti hlavy s doprovodnými příznaky (fotofobie, fonofobie, nauzea, zvracení). Mimo zátěž ze symptomů v průběhu každého záchvatu má i dlouhodobé, kumulativní, negativní dopady na kvalitu života pacientů. Tato diagnóza je jednou z nejčastějších příčin snížené práceschopnosti u lidí v produktivním věku; obzvláště zatěžující je chronická migréna s ≥ 15 migrenózními dny v měsíci. Léčba epizodické i chronické migrény spočívá ve dvou rozdílných strategiích: akutní (léčba jednotlivého záchvatu) a preventivní (dlouhodobé podávání léčiv ke snížení frekvence záchvatů). Hlavní limitací akutní léčby je pouze krátkodobé působení analgetik (včetně triptanů) a vznik bolesti hlavy vyvolané nadužíváním léčiv u pacientů, kteří jsou nuceni užívat analgetika ≥10 dnů v měsíci. Moderní přístup v léčbě migrény vhodně kombinuje akutní a preventivní léčebnou strategii, přičemž se neustále rozšiřuje portfolio farmak s cíleným mechanismem účinku. Jako příklad za všechny lze uvést atogepant, jenž je v ČR etablován jako jedno z předních preventivních léčiv u epizodické i chronické migrény. Stejný léčebný mechanismus (blokáda receptoru, který váže peptid podobný genu pro kalcitonin) je dnes již registrován pro použití i v akutní léčbě (duální indikace). Výsledky studie ECLIPSE (randomizované, dvojitě zaslepené, placebem kontrolované hodnocení) prokázaly klinicky významné zlepšení stavu u migrenózních atak. Hodnocenými parametry byly úplné vymizení bolesti do 2 hodin po užití atogepantu, dále úleva ze středně silné až silné na mírnou nebo žádnou bolest do 2 hodin a vymizení nejvíce obtěžujícího symptomu do 2 hodin. Pozoruhodný je i výsledek přetrvávající absence bolesti v období 2–48 hodin po užití. Další benefity z akutní léčby atogepantem spočívají v prokázaně nižší frekvenci užití záchranné medikace během 24 hodin a schopnost běžných denních a pracovních aktivit za 2 hodiny po užití atogepantu.



Zastavte se u našeho SOLEN stánku a napište nám prosím své postřehy, pochvaly či náměty.



Děkujeme, že nám pomáháte dělat odborné akce smysluplnější.

SOLEN MEDICAL EDUCATION



„Kvalita přednášky často závisí na kvalitě kávy.“

Viktor Frankl
lékař a filozof

Užijte si čas přednášek s kávou od SOLENu

SOLEN MEDICAL EDUCATION



Role praktického lékaře v diagnostice a terapii osteoporózy

odborný garant prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc., dr.h.c

pátek / 16. října / 15.45–16.45

Role praktického lékaře v diagnostice a terapii osteoporózy

prof. MUDr. Pavel Horák, CSc.
III. interní klinika – nefrologická, revmatologická, endokrinologická FN a LF UP Olomouc

Osteoporóza patří mezi nejčastější chronická onemocnění vyššího věku a představuje významnou příčinu nízkotraumatických zlomenin spojených se zvýšenou mortalitou, morbiditou i ztrátou soběstačnosti pacientů. Praktický lékař má klíčovou úlohu v časné identifikaci rizikových osob, a to zejména v rámci Populačního programu časného záchytu osteoporózy, jejichž cílem je včasné rozpoznání pacientů se zvýšeným rizikem osteoporotických zlomenin. Screeningový a diagnostický proces vychází z hodnocení klinických rizikových faktorů, osobní a rodinné anamnézy, výskytu prodělaných nízkotraumatických zlomenin a stanovení desetiletého rizika zlomeniny pomocí nástroje FRAX®. Součástí základního vyšetření je laboratorní diagnostika zaměřená nejen na posouzení kalciofosfátového metabolismu, ale především na vyloučení nejčastějších příčin sekundární osteoporózy, mezi které patří endokrinní, renální, gastrointestinální, revmatická či hematologická onemocnění a dlouhodobá léčba glukokortikoidy. Klíčovou zobrazovací metodou je denzitometrické vyšetření (DXA), které umožňuje stanovení kostní minerální denzity a zpřesnění celkového hodnocení rizika zlomenin. Nedílnou součástí diagnostického algoritmu je rovněž cílené vyhledávání vertebrálních fraktur pomocí laterálního snímku hrudní a bederní páteře nebo vertebrálního hodnocení (VFA), protože mnoho obratlových zlomenin zůstává klinicky němých a bývá odhaleno až při cíleném pátrání. Přednáška shrne praktický přístup k diagnostice osteoporózy v ordinaci praktického lékaře se zaměřením na využití populačního programu časného záchytu, stanovení rizika pomocí FRAX®, odhalování sekundárních forem osteoporózy, interpretaci laboratorních nálezů a význam denzitometrie i vertebrální diagnostiky v prevenci osteoporotických zlomenin.

Výsledky projektu CRAB II České myelomové skupiny

pátek / 16. října / 16.45–17.05

Výsledky projektu CRAB II České myelomové skupiny

prof. MUDr. Vladimír Maisnar, Ph.D.[1], MUDr. Jan Straub[2]
[1]IV. interní hematologická klinika, FN a LF UK Hradec Králové
[2]I. interní klinika, Všeobecná FN a 1. LF UK, Praha

Ze zkušeností z naší každodenní klinické praxe vyplývá, že možná až polovina pacientů s mnohočetným myelomem (MM) se v České republice začne léčit pozdě, a to díky pozdnímu stanovení jejich diagnózy. Rozpoznat toto zhoubné onemocnění krvetvorby totiž není úplně snadné. Nejčastější příznaky, kterými jsou bolesti zad, jsou časté i u jiných chorob. Nemoc je současně poměrně vzácná, podle posledních poznatků postihne přibližně 600 lidí ročně. Lékaři v běžných ambulancích se s ní tak setkají spíše jen výjimečně. Pacient tak mnohdy obejde více lékařů a podstoupí řadu vyšetření, než se nemoc odhalí. To je tak důvodem, že až 20 % nemocných přichází v době diagnózy se závažným a často již nevratným poškozením kostí nebo ledvin.

Pod záštitou České hematologické společnosti připravila Česká myelomová skupina (CMG) již před 17 lety původní projekt CRAB. Jeho cílem bylo zkrácení doby mezi prvními příznaky a dia-

Vigantol®

colecalciferolum

PREVENCE A LÉČBA PRO DĚTI I DOSPĚLÉ











1 gtt 500 I.U.

400 gtt v jednom balení

- **Originální lék**
- **Vyrábí se od roku 1956**
- **Optimální sérová hladina kalcidiolu 75 nmo/l (30 ng/ml)**[1]
- **Při prevenci nedostatku vitaminu D3 1-2 kapky denně**[2]

1. van Groningen L et al. Cholecalciferol loading dose guideline for vitamin D-deficient adults. Eur J Endocrinol. 2010 Apr;162(4):805–11.
2. Vigantol 0,5 mg/ml perorální kapky, roztok, SmPC. Datum poslední revize textu 3. 5. 2023

Zkrácená informace o přípravku Vigantol 0,5 mg/ml, perorální kapky, roztok.
Složení: 1 ml roztoku (40 kapek) obsahuje 0,5 mg colecalciferolum (20 000 IU vitaminu D_3); 1 kapka obsahuje 500 IU vitaminu D_3. **Indikace:** Prevence křivice a osteomalacie u dětí a dospělých, prevence křivice u předčasně narozených novorozenců, prevence deficitu vitaminu D u dětí a dospělých s identifikovaným rizikem, prevence deficitu vitaminu D u dětí a dospělých s malabsorpcí, léčba křivice a osteomalácie u dětí a dospělých, léčba hypoparatyreózy a pseudohypoparatyreózy, podpůrná léčba osteoporózy u dospělých. **Dávkování:** Prevence křivice u novorozenců a dětí do 1 roku věku: 1 kapka denně od 2. týdne věku do konce 1. roku věku; předčasně narození novorozenci: 2 kapky denně od 2. týdne věku. Prevence deficitu vitaminu D u dětí a dospělých s identifikovaným rizikem: 1–2 kapky denně; prevence deficituu vitaminu D spojená s malabsorpcí: 6–10 kapek denně; léčba křivice a osteomalacie: 2–10 kapek; léčba hypoparatyreózy a pseudohypoparatyreózy u dospělých: 10 000–200 000 IU vitaminu D; podpůrná léčba osteoporózy: 2–6 kapek denně. Při dlouhodobé léčbě denní dávkou vitamínu D nad 1 000 IU musí být monitorovány sérové hladiny kalcia zejm. u novorozenců a kojenců. **Těhotenství a kojení:** Během těhotenství a kojení je potřebný dostatečný příjem vitamínu D. Nejsou údaje o akutní a chronické toxicitě vitaminu D u těhotných žen. **Způsob podání:** Nakapat na lžíci; u kojenců a malých dětí nakapat na lžíci kaše nebo mléka. Při kapání nutno držet lahvičku ve svislé poloze. **Kontraindikace:** Při hypersenzitivitě na složky přípravku, při hyperkalcémii, hypervitaminóze D, renální osteodystrofii s hyperfosfatemií. Zvláštní pozornost je nutná u léčby thiazidovými diuretiky, při anamnéze ledvinných kamenů a sarkoidóze. **Nežádoucí účinky:** Frekvence není známá. Jsou následkem hyperkalcémie po předávkování až s akutními následky (srdeční arytmie, nauzea, zvracení, sucho v ústech, zácpa, bolesti hlavy, bolesti břicha a dehydratace, poruchy vědomí) a chronickými následky (polyurie, polydipsie, nechutenství, ztráta hmotnosti, tvorba ledvinných kamenů, nefrokalcinóza, extraoseální kalcifikace). **Interakce:** Vitamin D3 může zvýšit účinnost a toxicitu kardiotonik. Současné užívání přípravku Vigantol a thiazidových diuretik zvyšuje riziko hyperkalcémie. Kombinace s metabolity či analogy vitaminu D je možná jen ve výjimečných případech a při současném monitorování hladin kalcia. Rifampicin a isoniazid: mohou zvyšovat metabolizmus vitaminu D3 a snížit jeho účinnost. Vysoké dávky vitaminu D mohou způsobit hyperkalcémii, zvýšit cholesterolémii, snížit aktivitu alkalických fosfatáz, vyvolat sklon k alkalóze. V průběhu léčby se nedoporučuje podávat léky s obsahem hořčíku a hliníku **Předávkování:** ukončit užívání přípravku a zahájit rehydrataci. **Druh obalu:** kapací lahvička z hnědého skla (10 ml). **Podmínky uchovávání:** Uchovávejte při teplotě do 25 °C, v původním obalu, aby byl chráněn před světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** P&G Health Germany GmbH, Sulzbacher Strasse 40, 65824 Schwalbach am Taunus, Německo. **Registrační číslo:** 86/1140/93-C. **Datum poslední revize textu:** 3. 5. 2023

Výdej na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.
Před předepsáním léku si, prosím, přečtěte úplnou informaci o přípravku.

Úplnou informaci o přípravku poskytneme na adrese společnosti Procter & Gamble Czech Republic s.r.o.
Procter & Gamble Czech Republic s.r.o., Ottova 402, 269 01 Rakovník

MAT-CZ-VIGANTOL-26-000015 (09/2026)

P&G Health

gnózou onemocnění, což by přispělo k časnému zahájení léčby a díky tomu k zlepšení prognózy a kvality života nemocných. Název projektu CRAB přitom připomíná počáteční písmena hlavních příznaků mnohočetného myelomu. Z angličtiny C jako zvýšená hladina vápníku v krvi (calcium), R jako postižení ledvin (renal), A jako anémie (chudokrevnost) a B jako změny na kostech (bone). V rámci projektu proběhla rozsáhlá informační kampaň o příznacích nemoci a doporučených vyšetřeních, výsledkem bylo přechodné zlepšení stavu ověřené pacientskými dotazníky. Vzhledem k pocitu opětovného zhoršení ve smyslu pozdní diagnostiky MM, což mohlo částečně souviset s pandemií covid-19, jsme se rozhodli v roce 2023 provést nové prospektivní dotazníkové šetření u nově diagnostikovaných pacientů s MM v rámci oslovených hematologických center ČR a SR.

Výsledky provedeného dotazníkového šetření v rámci projektu CRAB II potvrdily naše podezření, kdy pouze 60,5 % nemocných s novým MM bylo diagnostikováno do 3 měsíců od prvních známek onemocnění. V minulých 2 letech proto proběhla rozsáhlá informační kampaň o příznacích onemocnění zaměřená na lékařské odbornosti, ke kterým nemocný se svými obtížemi nejčastěji dorazí, a to včetně doporučeného vyšetřovacího postupu při podezření na jejich možnou souvislost s MM s cílem tuto skutečnost zlepšit. V rámci prezentace budou posluchači seznámeni s výsledky kontrolního šetření v rámci projektu CRAB II. Časná diagnostika MM by společně s novými léčebnými postupy měla vést k prodloužení a zlepšení kvality života nemocných s MM.

Neurologie

odborná garantka prof. MUDr. Blanka Adamová, Ph.D.

pátek / 16. října / 17.05–18.15

Ischemické ikty – příznaky, příčiny a sekundární prevence

MUDr. Miroslav Škorňa
Neurologická klinika Fakultní nemocnice Brno a Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, Brno

Ischemické cévní mozkové příhody (iCMP) představují celosvětově jednu z nejčastějších příčin mortality a invalidity. V posledních 10–15 letech došlo k výraznému rozvoji akutní rekanalizační terapie iCMP a stále jsou rozšiřována indikační kritéria k této terapii, což významně zvýšilo šanci na dobrý výsledný klinický stav pacientů po prodělané iCMP. Abychom předcházeli často invalidizující recidivě iCMP, je zásadní včasné a správné zavedení účinné sekundární prevence, jejímž základním předpokladem je znalost vlastní příčiny iCMP.

iCMP představuje komplexní multioborovou problematiku a praktický lékař je důležitým článkem v péči o tyto pacienty. Může hrát významnou roli v akutní fázi iCMP při včasném rozpoznání příznaků iCMP a následném správném směřování pacienta a je nezbytným partnerem neurologa v sekundární prevenci a řešení následných stavů po prodělané iCMP.

Přednáška bude zaměřena na rozpoznání příznaků iCMP, správné směřování pacienta, stručně nastíní možnosti akutní rekanalizační terapie, probere základní příčiny iCMP a možnosti sekundární prevence. Závěr bude věnován problematice a rizikům periprocedurálního vysazování antitrombotické terapie.

Bolesti hlavy v ordinaci praktického lékaře

prof. MUDr. Blanka Adamová, Ph.D.
Neurologická klinika FN Brno a LF MU, Brno

Bolesti hlavy jsou velmi častým příznakem, se kterým se setkávají nejen neurologové, ale i praktičtí lékaři. Abychom mohli správně pacienta léčit, je nejprve nutné určit příčinu bolestí hlavy. Velmi důležitá je kvalitní anamnéza a znalost základních charakteristik jednotlivých typů bolestí hlavy.

ANKETA

Zajímá nás váš názor

- **Byl pro vás program přínosný?**
- **Jaká další témata by vás zajímala?**
- **Chybí vám něco na sympoziu?**

Vyplněním naší ankety můžete ovlivnit podobu dalších ročníků sympozia a časopisu.

Na závěr sympozia proběhne losování tištěné i on-line formy ankety. Vyhrát můžete zajímavé ceny.

Ceny v anketě nejsou financovány farmaceutickými firmami.

Prvním krokem je stanovení, zda se jedná o (1) primární bolesti hlavy (tedy bolesti bez organického podkladu, například migréna, tenzní bolest hlavy, trigeminové autonomní bolesti hlavy) nebo (2) sekundární bolesti hlavy (bolesti jsou příznakem jiného onemocnění, např. infekce, nádoru, úrazu, cévního onemocnění, poruchy homeostázy) event. (3) bolestivé kraniální neuropatie a bolesti v obličeji (např. neuralgie trigeminu).

V přednášce bude věnována pozornost migréně, což je druhá nejčastější primární bolest hlavy, která se vyskytuje častěji u žen s prevalencí 15 až 20 %. Bude shrnuta klinická manifestace, možnost léčby migrenózního záchvatu, indikace a typy profylaktické léčby, a to jak konvenční, tak i biologické léčby (monoklonální protilátky proti CGRP (calcitonin gene-related peptide)). Rovněž bude zmíněna nová možnost léčby migrény gepanty (blokátory receptoru CGRP). Dále budou probrány základní charakteristiky tenzní bolesti hlavy, což je nejčastější primární bolest hlavy, a cervikogenní bolesti hlavy (dříve cervikokraniální syndrom, patří mezi sekundární bolesti hlavy).

U pacientů s bolestí hlavy je nutné věnovat pozornost výskytu varovných příznaků, tzv. red flags, které zvyšují pravděpodobnost závažné sekundární příčiny bolesti hlavy. Mezi tyto příznaky patří: náhle vzniklá silná bolest hlavy, změna charakteru nebo frekvence bolesti, systémové příznaky (horečka, úbytek váhy), neurologické příznaky (zmatenost, porucha vědomí, změny chování, epileptický záchvat, meningeální syndrom, porucha zraku, parézy atd.), vyšší věk (zejména nad 65 let), těhotenství, šestinedělí, nádorová anamnéza, úraz hlavy, bolest hlavy vázaná na pozici (vleže – vestoje), pozitivní Valsalvův manévr, bolest hlavy nereagující na běžnou léčbu. Pokud jsou tyto příznaky přítomny, je indikována rychlá diagnostika, zobrazovací vyšetření, event. vyšetření likvoru.

Na závěr budou uvedeny 2 kazuistiky mladých pacientů s opožděně zjištěnou závažnou příčinou bolestí hlavy.

Abstrakta sobotního programu naleznete v části Pediatrie pro praxi na stránkách 14–17.

11. kongres Medicíny pro praxi

16.–17. 10. 2026
BRNO

POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

GENERÁLNÍ PARTNER

SERVIER
moved by you

PARTNEŘI

abbvie
AIDIAN
akacia
Angelini Pharma
Bionorica
CannabiLab
NUTRICIA
Dr Konrad
ENTEROSGEL
EUC
exbio
favea
fayn
Galenika
glenmark
GOLDIM
IBI - International spol. s r.o.
IBSA
ids media
Imunoglukan P4H
inPHARM
KLOSTERFRAU
labmark
MagnaPharm
MD
MEDEVIO
MediClinic
MEDISTA
mindwell
NATUREVIA
Nestlé HealthScience
ONA pharm
Opella.
Pfizer
P&G Health
Pharma Nord
PharmaSwiss
BAUSCH Health
Pierre Fabre
PRO.MED.CS Praha a.s.
QuickSeal
reckitt
SimplyYou Pharmaceuticals
spiridea
STAPRO
Swixx BioPharma
Unilabs
ZENTIVA

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

GRADA
Medicína pro praxi
maxdorf