



# ABSTRAKTA

## 5. kongres Medicíny pro praxi v Českých Budějovicích

20.–21. února 2026

Clarion Congress Hotel České Budějovice



**kongres  
Medicíny  
pro praxi**

20.–21. 2. 2026  
**ČESKÉ BUDĚJOVICE**

Společnost SOLEN, s. r. o., ve spolupráci  
s Gastroenterologickým oddělením Nemocnice České Budějovice, a. s.

 **SOLEN**  
let s vámi



## PROGRAM – pátek 20. února 2026

### 9.00 ZAHÁJENÍ ODBORNÉHO PROGRAMU

#### 9.05–10.35 GASTROENTEROLOGIE

odborný garant doc. MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.

- **Pacient s dyspepsií v ordinaci PL** – Poulíček D. (20'+ 2')
- **Novinky v oblasti kolorektálního karcinomu** – Mandátová Z. (20'+ 2')
- **K čemu slouží funkční vyšetření v gastroenterologii?** – Krlínová I. (20'+ 2')
- **Pankreato-biliární endoskopie neboli EURCP – minimum pro VPL** – Horný I. (20'+ 2')

### 10.35–11.05 PŘESTÁVKA

#### 11.05–11.35 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE

- **Racionalizace antisekreční léčby v klinické praxi** – Horný I. (15')
- **Potřebujeme atypické anxiolytikum?** – Anders M. (15')

#### 11.35–12.35 KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ

odborný garant MUDr. Tomáš Hauer

- **Ke kořenům chronického žilního onemocnění** – Hauer T. (20')
- **Efektivní snížení KV mortality a morbidity aneb NKP 25–35 z pohledu VPL** – Mitro J. (20')
- **Malá investice s vysokým výnosem? Správná léčba hypertenze u pacienta s diabetem** – Hájek P. (20')

### 12.35–13.35 PŘESTÁVKA NA OBĚD

#### 13.35–14.20 OSTEOPORÓZA V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

odborný garant MUDr. Richard Pikner, Ph.D.

- **Primární a sekundární prevence a včasný záchyt osteoporózy** – Palička V. (20')
- **Individuální léčebný plán a možnosti léčby osteoporózy** – Pikner R. (20')

#### 14.20–15.05 KONOPÍ

odborná garantka MUDr. Veronika Helešicová

- **Patří konopí do ambulance praktického lékaře?** – Kocmichová L. (20')
- **Naše praktické zkušenosti s léčbou konopím** – Schacherlová P. (20')

#### 15.05–16.00 NOVÉ VÝZVY V DIAGNOSTICE A LÉČBĚ

- **HIV v roce 2026: klíčové informace pro praktického lékaře** – Jerhotová Z. (15')  
*(Přednáška podpořená společností Gilead Sciences s. r. o.)*
- **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')
- **Patentované orální probiotické kmeny v praxi** – Vagnerová H. (5')

### 16.00–16.30 PŘESTÁVKA

#### 16.30–17.50 UROLOGIE

odborná garantka MUDr. Marcela Fontana, Ph.D., FEBU

- **Mužské sexuální zdraví – erektilní dysfunkce a role testosteronu** – Fontana M. (20')
- **Karcinom prostaty – screening, současné možnosti diagnostiky a léčby** – Nguyen Dvořáková T. T. (20')
- **Glyflosiny v urologické praxi** – Hanák M. (20')
- **Urolitiáza – co by měl vědět praktický lékař** – Petřík A. (20')

### 17.50 PŘEDPOKLÁDANÉ ZAKONČENÍ ODBORNÉHO PROGRAMU PRVNÍHO DNE KONGRESU

## PROGRAM – sobota 21. února 2026

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

JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

**10.00–11.00 MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE I**

- **Úskalí akutní terapie migrény** – Mikulová L. (15')
- **BB/CA-blokátory už nejsou jedinou léčebnou možností** – Vyskočilová M. (20')  
*(Přednáška je podpořena společností Bristol-Myers Squibb spol. s r. o.)*
- **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.)*

**10.30–12.00 INTERAKTIVNÍ SEMINÁŘ: KREATIVNÍ PŘÍSTUPY K LÉČBĚ DEPRESE**

Bartečková E., Hořínková J.

**11.00–11.30 PŘESTÁVKA**

**11.30–13.00 ANTIBIOTICKÁ TERAPIE V AMBULANTNÍ PRAXI: PŘEHLED A MOTOLSKÉ DOPORUČENÉ POSTUPY**

odborný garant MUDr. Milan Trojánek, Ph.D.

- **Základy racionální antibiotické terapie v ambulantní praxi** – Trojánek M. (15' + 5')
- **Jak předepisujeme antibiotika v primární péči?** – Wagner L. (15' + 5')
- **Doporučený postup antibiotické léčby u dětských a dospělých pacientů** – Štefan M. (15' + 5')
- **Antibiotická preskripce na dětském urgentním příjmu: zkušenosti z praxe** – Müllerová-Dissou J. (15' + 5')

**13.00–13.15 MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE II**

- **Mýty a fakta pro podání probiotik při léčbě antibiotiky** – Havel J. (15')

**13.15–14.00 PŘESTÁVKA NA OBĚD**

**14.00–15.00 SEBEPÉČE A PRÁCE SE STRESEM A ENERGÍ**

- **Jak hořet a nevyhořet v exponenciální době** – Ing. Jakub Chomát

**15.00 ZAKONČENÍ KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY**

# 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<sup>4-6</sup>

### 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 dnů, poté 4 tablety denně další 3 dny. Udržovací dávka: 2 tablety denně. **KONTRAINDIKACE\***: Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ\***: Podávání přípravku Detralex v symptomatické léčbě akutních hemoroidů nevylučuje léčbu dalších onemocnění konečnicku. 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](http://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. 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

## Aktuality do vaší ordinace

pátek / 20. února 2026 / 11.05–11.35 hod.

### Potřebujeme atypické anxiolytikum?

doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha

Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí, že přibližně 10 % populace trpí úzkostnými poruchami, přičemž ženy jsou postiženy častěji než muži. Nárůst prevalence úzkostných poruch v moderní společnosti je připisován kombinaci faktorů, které souvisejí se současným životním stylem a sociálními změnami, přičemž klíčovou roli hrají chronický stres, sociální tlak a rychlé technologické změny. Plně rozvinuté úzkostné poruchy se vyznačují záchvatovitými nebo kontinuálně fluktuujícími stavy, při kterých se s vazbou na reálné nebezpečí, ale i bez ní, objevují nadměrné tělesné a psychické projevy. Úzkost je nepříjemný emoční stav, jehož příčinu nelze definovat. Postižení popisují stavy obav, pocity „jako by se něco mělo stát“, ale nevědí, co by to mělo být, a ocitají se ve stavu připomínajícím určitou připravenost na nebezpečí. Pocity úzkosti a strachu jsou doprovázeny aktivací autonomního nervového systému (tachykardie, pocení, třes apod.). Úzkostné poruchy by se tedy daly zjednodušeně definovat jako různé kombinace tělesných a psychických projevů úzkosti, které nejsou vyvolány žádným reálným nebezpečím. Ačkoliv v názorech na terapii úzkostných poruch došlo k výraznému posunu a podobně jako u depresivních poruch je za neurobiologický korelát úzkostných poruch považováno narušení monoaminergní neurotransmise, především serotoninu a léčbou volby se stala antidepressiva, jsou i nadále masivně pro léčbu úzkostných stavů používány benzodiazepiny, jejichž výhodou je rychlý nástup účinku (především potlačují tělesné příznaky). Při podávání benzodiazepinových anxiolytik je nezbytné u každého pacienta pečlivě zvážit prospěch takové léčby a její nežádoucí účinky, zejména s ohledem na sedaci, psychomotorický útlum, kognitivní narušení, ovlivnění schopnosti řídit motorová vozidla, potencování účinku ostatních látek tlumících CNS, rozvoj závislosti a syndromu z vysazení, který může být spojen s výskytem deliriozních stavů nebo epileptických paroxysmů.

Pokud bychom se chtěli těmto rizikovým oblastem vyhnout, lze využít atypické anxiolytikum tofisopam, selektivní inhibitor fosfodiesteráz (PDE4A1, PDE10A1, PDE3, PDE2A3), který je derivátem 2,3-benzodiazepinu a působí nepřímo agonisticky na GABAA-receptorech. Ve srovnání s ostatními benzodiazepiny má mírnější anxiolytický účinek, avšak nemá sedativní, antikonvulzivní ani myorelaxační působení. Vykazuje mírný stimulační účinek a na rozdíl od běžných benzodiazepinů zvyšuje kognitivní schopnosti. Nástup anxiolytického účinku nastává do 1,5 hodiny a biologický poločas je 6 hodin. Při dlouhodobém užívání se nerozvíjí somatická ani psychická závislost, ale i zde je třeba obezřetnosti v délce léčby.

*Práce byla podpořena programem Cooperatio (vědní oblast Neuroscience)  
a projektem MZ ČR – RVO VFN64165.*

### LITERATURA

1. Wolfe C, Chapter17 – Novel benzodiazepines, Editor(s): Paul Dargan, David Wood, Novel Psychoactive Substances (Second Edition), Academic Press, 2022:475-494. ISBN 9780128187883.

## Kardiovaskulární onemocnění

odborný garant MUDr. Tomáš Hauer

pátek / 20. února 2026 / 11.35–12.35 hod.

### Efektivní snížení KV mortality a morbidity aneb NKP 25–35 z pohledu VPL

MUDr. Jakub Mitro

MitroCare, s. r. o., Plzeň

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.

### Malá investice s vysokým výnosem? Správná léčba hypertenze u pacienta s diabetem

MUDr. Přemysl Hájek

Interní oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.

Zdánlivě jednoduchá problematika arteriální hypertenze: roky či dekády ověřené principy, žádné nové objevy, nic, co by nás mohlo překvapit. A přece existují kontroverze – v otázce zahájení léčby, v otázce její intenzity a dosahování cílových hodnot u různých skupin pacientů. Dokonce i poslední doporučení Evropských společností, kardiologické a společnosti pro hypertenzi, nabízejí každá poněkud odlišný pohled na věc. Jaké myšlenky z obou dokumentů má smysl implementovat do naší praxe s ohledem na specifika české populace, abychom vyvážili rizika a benefity intenzivní léčby, a přitom vyhověli cílům Národního kardiovaskulárního plánu?

### Ke kořenům chronického žilního onemocnění

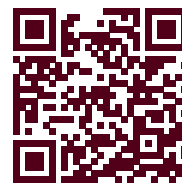
MUDr. Tomáš Hauer

Cévní centrum České Budějovice s. r. o.

Chronické žilní onemocnění (CVD) představuje vysoce prevalentní a progresivní chorobu s významným dopadem na kvalitu života pacientů i zdravotnický systém. Přednáška se zaměřuje na komplexní patofyziologii CVD se zvláštním důrazem na roli zánětu, poruchy mikrocirkulace, žilního tonu a lymfatické drenáže, které se mohou klinicky manifestovat již v časných stádiích onemocnění.

Pozornost je věnována možnostem moderní diagnostiky, včetně funkčních metod hodnocení žilní hemodynamiky, zejména digitální fotopletysmografie, a jejich využití v klinické praxi. Součástí sdělení je také přehled současných doporučení odborných společností pro konzervativní léčbu CVD.

Zvláštní část přednášky je věnována novým klinickým datům hodnotícím účinek mikronizované purifikované flavonoidní frakce (MPFF®) na žilní hemodynamiku, klinickou závažnost onemocnění a kvalitu života pacientů. Na základě dostupných důkazů je diskutována role dlouhodobé farmakoterapie v prevenci progresu chronického žilního onemocnění a vzniku jeho pozdních komplikací.



## POD TÍMTO QR NAJDETE



abstrakta



anketu



formulář pro dotazy  
přednášejícím



ostatní kongresy



on-line kurzy



handouty



vybrané prezentace  
přednášek

## Konopí

odborná garantka MUDr. Veronika Helešicová

pátek / 20. února 2026 / 14.20–15.05 hod.

### Patří konopí do ambulance praktického lékaře?

MUDr. Lenka Kocmichová

ARO – Ambulance bolesti, Paliativní a podpůrný tým, Nemocnice České Budějovice, a. s.

Konopí doprovází člověka již od pravěku. Dokládají to nejen archeologické nálezy, ale i moderní výzkumy genomu konopí. Konopí je tedy jednou z prvních domestikovaných rostlin a ve východní Asii bylo pěstováno už 10 000 let před n. l. Víceúčelové využití již tehdy zahrnovalo produkci konopného vlákna k výrobě tkanin a lan, semena a olej našly uplatnění jako součást stravy. A neméně důležitou roli hrálo konopí v léčbě nemocí a při šamanských rituálech. Předpokládá se, že selekce rostlin směrem k technickému využití, a na druhou stranu k odrůdám optimalizovaným pro získávání psychoaktivních látek, začala asi před 4 000 lety.

Konopí je jednoletá dvoudomá rostlina. Pro léčebné účely se využívají jen samičí neopylená květenství, kde je nejvýznamnější výskyt pryskyřice. Rostlina obsahuje stovky aktivních látek, především se jedná o kanabinoidy, terpeny a flavonoidy. Předpokládá se, že právě jejich vzájemné působení (entourage effect) je to zásadní, co podmiňuje výsledný účinek rostliny. Je tedy chybné omezit naši pozornost jen na kanabinoidy nebo dokonce rostliny posuzovat jen podle zastoupení dvou nejčastějších fyto-kanabinoidů – THC a CBD. A rovněž nesmíme opomenout, že do hry o výsledek ještě vstupuje individualita pacienta a jeho schopnost chemické látky z konopí zpracovat. Z těchto důvodů zatím léčebný efekt konopí neumíme přesně predikovat.

V minulosti se konopí nejčastěji používalo k potlačení bolesti, na hojení ran, jako lék na nespavost. Léčilo se jím revma, tetanus, epilepsie. Byl známý jeho velmi dobrý vliv na psychiku, což se hojně využívalo u depresí, úzkosti či melancholie. Ještě na počátku 20. století bylo konopí důležitou součástí mnoha léčivých přípravků. Později ale bylo zařazeno mezi nebezpečné a návykové látky. Z českého lékopisu mizí konopí po roce 1954. Jeho nová historie na našem území začíná rokem 2013. Díky novelizaci zákona o návykových látkách bylo znovu možné začít využívat konopí v léčebné praxi. Poslední změnou, která platí od dubna 2025, je rozšíření možností preskripce konopí pro odbornost všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost.

Léčebné konopí představuje skvělé řešení pro mnohé konvenčními léky špatně ovlivnitelné zdravotní obtíže. Ale vyžaduje vysoce individualizovaný přístup. Neustále se měnící podmínky předepisování, limity jeho používání, omezený počet vydávajících lékáren a mnoho dalších překážek snižuje ochotu lékařů konopí ve své praxi využívat. Je tedy otázka, zda si mohou praktičtí lékaři toto časově náročné konopné dobrodružství dovolit.



## ANKETA

### Zajímá nás váš názor

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

Vyplněním naší ankety můžete ovlivnit podobu dalších ročníků kongresu a časopisu. Anketu najdete na našem stánku Solen a za vyplnění můžete obdržet praktické ceny. (Ceny v anketě nejsou financovány farmaceutickými firmami.)

Nově ji lze vyplnit i elektronicky prostřednictvím QR kódu (viz strana 7).

### Naše praktické zkušenosti s léčbou konopím

MUDr. Petra Schacherlová

ARO – Ambulance bolesti, Nemocnice České Budějovice, a. s.

Součástí přednášky jsou 4 kazuistiky prezentující naše časté pacienty, u kterých úspěšně využíváme léčbu pomocí konopných přípravků. V první kazuistice je léčba konopí využita u pacientky s chronickou progresivní formou roztroušené sklerózy, která využívá vaporizaci konopí společně s perorálním užitím v tobolkách. Tato léčba jí významně snižuje spastické bolesti.

Druhá kazuistika popisuje terapii u pacienta se subarachnoidální cystou v oblasti Th2–4 obratle s deviací míchy na konzervativní terapii léčebným konopím při intenzivních neuropatických bolestech. Tento pacient využívá léčebné konopí nejenom v tobolkách, ale také ho vaporizuje.

Ve třetí kazuistice polymorbidní žena pokročilého věku úspěšně dlouhodobě užívá léčebné konopí na zlepšení spánku.

Poslední kazuistika popisuje lokální použití konopného krému při pokročilé artróze.

# DOBŘE VÍM, NA CO TEĎ MYSLÍ

Rozhodně ne na to,  
že jsem HIV pozitivní

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

Takoví lidé žijící s HIV nepředstavují  
jakékoliv ohrožení pro svoje okolí  
a mohou žít plnohodnotný  
milostný život.

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

[testujsevcas.cz](https://testujsevcas.cz)

Gilead Sciences s.r.o., Pujmanové 1753/10a, Nusle, 140 00 Praha 4, IČO: 242 68 551  
CS-UNB-0673

 **GILEAD**

## Nové výzvy v diagnostice a léčbě

pátek / 20. února 2026 / 15.05–16.00 hod.

### HIV v roce 2026: klíčové informace pro praktické lékaře

MUDr. Zdeňka Jerhotová

Infekční oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.

I v roce 2026 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.

*Více informací naleznete na webu [testujsevcas.cz](http://testujsevcas.cz).*

*CS-UNB-0272*

*Přednáška podpořená společností Gilead Sciences s. r. o.*

### 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 samo-úzdavná onemocnění, pacienti však očekávají aktivní terapii. Výsledkem je zbytečná a často škodlivá preskripce antibiotik. Alternativou pro léčbu bolestí v krku mohou být lokální anti-septika, 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.

„Kvalita přednášky často závisí na kvalitě kávy.“

Viktor Frankl  
lékař a filozof

Užijte si čas přednášek s kávou od SOLENU

SOLEN MEDICAL EDUCATION

## Urologie

odborná garantka MUDr. Marcela Fontana, Ph.D., FEBU

pátek / 20. února 2026 / 16.30–17.50 hod.

### Mužské sexuální zdraví – erektilní dysfunkce a role testosteronu

MUDr. Marcela Fontana, Ph.D., FEBU

Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Urocentrum, Praha

Mezi nejčastější poruchy mužského sexuálního zdraví patří erektilní dysfunkce (ED). Prevalence ED je vysoká a zřetelně věkově závislá; etiologie je nejčastěji organická, zejména vaskulární. ED není pouze symptomem, ale je považována za časný marker kardiovaskulárního rizika a subklinického cévního onemocnění. Léčba ED je převážně symptomatická, s dominantní rolí inhibitorů fosfodiesterázy typu 5, zásadní význam má úprava životního stylu a kontrola komorbidit. Adekvátní řešení ED výrazně přispívá ke zlepšení kvality života mužů.

Pokles libida a ED jsou často spojovány s poklesem hladiny testosteronu, označovaným jako late-onset hypogonadismus. U zdravých stárnoucích mužů bývá pokles testosteronu mírný, ovšem u mužů s komorbiditami – zejména s diabetem či kardiovaskulárními onemocněními – je riziko hypogonadismu výrazně vyšší. Substituční léčba testosteronem má své nezastupitelné místo v léčbě řádně vyšetřených mužů s potvrzeným deficitem testosteronu. Neopodstatněná léčba, mnohdy podporována komerčními zájmy, může být spojena s významnými zdravotními riziky. Samotné dodání testosteronu přitom neřeší příčinu jeho poklesu; zásadní je kompenzace komorbidit a úprava životního stylu.

### Karcinom prostaty – screening, současné možnosti diagnostiky a léčby

MUDr. Thu Trang Dvořáková Nguyen

Urologická klinika 3. LF UK a FTN, Praha

Karcinom prostaty představuje nejčastější zhoubné onemocnění u mužů v České republice a jednu z hlavních příčin onkologické mortality.

Od 1. 1. 2024 byl spuštěn Program časného zachytu karcinomu prostaty, kde praktičtí lékaři hrají klíčovou roli v oslovení pacientů.

Cílem sdělení je podat přehled současných doporučení v oblasti screeningu, moderních diagnostických metod a aktuálních možností léčby karcinomu prostaty s důrazem na praktickou využitelnost v primární péči.

V rámci screeningu je diskutována role stanovení PSA, včetně interpretace hodnot s ohledem na věk, dynamiku PSA a individuální rizikové faktory. Pozornost je věnována také benefitům a limitům organizovaného a oportunního screeningu. V diagnostice dochází v posledních letech k významnému posunu díky využití magnetické rezonance prostaty a cílených biopsií, které zvyšují záchyt klinicky signifikantních karcinomů a snižují riziko nadměrné diagnostiky karcinomů nesignifikantních. Léčba karcinomu prostaty závisí na histopatologii nádoru, rozsahu onemocnění a celkovém stavu pacienta. Presentovány jsou současné možnosti aktivního sledování, radikální léčby (chirurgické a radiační), hormonální terapie i moderní systémové léčby u pokročilých stadií.



**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**

## Glyflosiny v urologické praxi

MUDr. Marek Hanák

Úrazová nemocnice Brno

Glyflosiny (inhibitory SGLT-2) představují moderní skupinu perorálních antidiabetik využívaných především v léčbě diabetu mellitu 2. typu. Jejich mechanismus účinku spočívá v inhibici zpětné resorpce glukózy v proximálním tubulu ledvin, což vede ke glykosurii, snížení glykemie, kalorické restrikci a mírnému diuretickému efektu. Kromě metabolického přínosu mají glyflosiny prokázaný pozitivní vliv na kardiovaskulární systém a zpomalují progresi chronického onemocnění ledvin, což z nich činí významnou terapeutickou volbu u polymorbidních pacientů.

Narůstající počet pacientů léčených glykosurií v urologické praxi zdůrazňuje význam urologicky relevantních důsledků této terapie. Nejvýznamnějším nežádoucím účinkem je zvýšené riziko infekcí zevního genitálu, především mykotických, jejichž incidence je při této terapii až trojnásobná. Riziko bakteriálních infekcí močových cest je mírně zvýšené, avšak většinou nepřesahuje 10 %. Vzácnou avšak závažnou komplikací je Fournierova gangrén, život ohrožující stav s vysokou letalitou, vyžadující urgentní a multidisciplinární péči.

Naopak pozitivním urologickým efektem glyflosinů může být snížení rizika vzniku urolitiázy, pravděpodobně v důsledku zvýšené diurézy, vyšší exkrece citrátů a změn pH moči. Tato vlastnost může být výhodná zejména u diabetiků s recidivujícími lithiatickými obtížemi.

Závěrem jsou uvedena praktická doporučení pro prevenci a léčbu urogenitálních infekcí a indikace k přerušení terapie, přičemž je zdůrazněna nutnost individualizace léčby a mezioborové spolupráce.

## Urolitiáza – co by měl vědět praktický lékař

MUDr. Aleš Petřík, Ph.D.

Urologické oddělení Nemocnice České Budějovice, a. s.

Urologická klinika, 1. LF UK Praha

Urolitiáza je onemocnění provázející lidstvo celou jeho historií. Od narození do 70 let věku má každý jedinec 12% šanci onemocnění urolitiázou. Velmi závažnou skutečností je recidivita onemocnění, která se pohybuje od 10% v jednom roce, po 50% v deseti letech od prvního výskytu konkrementu.

Diagnostika urolitiázy je založena na odebrání anamnézy, provedení fyzikálního, laboratorního vyšetření a použití zobrazovacích metod. Ultrasonografie, jakožto základní screeningové vyšetření, umožňuje zachytit konkrement v ledvině a v zobrazitelné části subrenálního a juxtavezikálního ureteru, případně dilataci dutého systému nad konkrementem. U RTG metod nahrazuje nativní spirální CT dříve rutinně užívanou vylučovací urografii.

Cílem terapie urolitiázy je odstranění konkrementu při co nejmenší invazivitě. Extrakorporální litotrypse (SWL), perkutánní nefrolitolapaxe (PCL) a ureteroskopie (URS) jsou základními metodami při terapii urolitiázy. V případě nefrolitiázy je SWL indikováno u konkrementů do 15 mm a příznivě morfolologii dutého systému ledviny. PCNL pak v případech odlitkové litiázy a objemných konkrement. U terapie ureterolitiázy je zřejmé, že konkrementy lokalizované v ureteru do 4 mm mají vysokou pravděpodobnost spontánního odchodu bez nutnosti intervence. Pravděpodobnost spontánního odchodu konkrementu se snižuje s jeho velikostí a zvyšuje s kaudálnější lokalizací. Ke zvýšení pravděpodobnosti odchodu konkrementu a ke snížení doby do jeho odchodu lze užít zejména  $\alpha$ 1-blokátorů (zejména tamsulosinu) a inhibitorů syntézy prostaglandinů je vhodné použít v kombinaci s těmito preparáty, neboť snižují výskyt renálních kolik. Vždy však musíme brát na zřetel, že dlouhodobá obstrukce ureteru může vést k ireverzibilnímu poškození renálních funkcí. U SWL je v současnosti vyhrazena pro konkrementy do 10 mm. Ureteroskopie po rutinním zavedení flexibilních ureteroskopů se stává bezpečnou metodou, jejíž efektivita při prvním výkonu převyšuje ESWL. Perkutánní litolapaxe je vyhrazena pro objemné konkrementy. Nedílnou součástí léčby urolitiázy jsou dietní opatření.

## Týká se lékaře trestní právo? Pokud ano, jak?

sobota / 21. února 2026 / 9.00–10.00 hod.

### Týká se lékaře trestní právo? Pokud ano, jak?

JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

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

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

## Mezioborová spolupráce I

sobota / 21. února 2026 / 10.00–11.00 hod.

### Úskalí akutní terapie migrény

MUDr. Lenka Mikulová

Neurologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s.

Migréna je komplexní neurologické onemocnění s vysokou prevalencí hlavně u pacientů v produktivním věku. Diagnostika migrény má jasná kritéria a typickou charakteristiku bolesti. Důležitá je cesta pacienta zdravotnickým systémem, aby docházelo ke správné diagnostice a terapii. K terapii migrény využíváme léčbu akutní i preventivní. Obojího je mnoho podskupin dle mechanismu účinku. Rizikem nesprávného podávání a nečasného nasazení profylaktické terapie je rozvoj MOH – medication overuse headache s jasnými diagnostickými kritérii. Cílená preventivní terapie snižuje riziko vzniku MOH.

### Praktická fyziologická podpora slizničního imunitního systému, včetně močových infekcí

prof. MUDr. Vojtěch Thon, Ph.D.

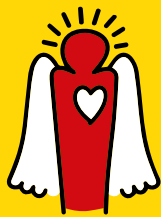
RECETOX MU a AKIMED, Brno

Infekce močových cest patří mezi nejčastější infekční onemocnění. Znamenají pro člověka významné snížení kvality života a pro společnost značnou ekonomickou zátěž. Proto je oprávněný zájem o nalezení účinné podpory u recidivujících infekcí močových cest bez vedlejších účinků a bakteriální rezistence způsobené antibiotickou profylaxií.

Pojem slizniční imunitní systém nabývá v posledních letech na významu. Jedná se o imunitní funkci, kterou sdílejí sliznice trávicího traktu, dýchacích cest i urogenitálního traktu. Urogenitální trakt využívá vrozenou a adaptivní imunitní reakci slizničního imunitního systému k boji proti uropatogenům. Vzhledem k tomu, že imunitní buňky procházejí různými místy slizniční lymfatické tkáně (MALT), může aktivace lymfocytů ve vzdáleném místě usnadnit šíření imunity do jiných míst MALT.

Kompartmentalizace se sliznicemi asociovaného imunitního systému (MALT) včetně stimulace sublingvální sliznice souvisí s aktivací slizniční imunitní reakce v urogenitálním traktu. Zejména reakce v místě sliznice močového měchýře je při aktivaci sublingvální sliznice významná. To je základní imunitní mechanismus bakteriální stimulace nově vyvinutým sublingválním přípravkem NefroVaxin NEO, obsahujícím 6 vyvolávajících neživých příčinných agens (*Klebsiella*, *E. coli*, *Cutibacterium*, *Enterococcus*, *Pseudomonas*, *Proteus*).

Usmrcené bakterie v partikulích umožňují, aby (na rozdíl od klasického lyzátu) došlo k fagocytóze a k antigenní prezentaci a v následné efektorové fázi imunitní odpovědi ke kom-



**DOBŘÝ ANDĚL**

**BUĎTE s námi  
DOBŘÝM  
ANDĚLEM**



**Při odchodu  
z této akce  
vraťte  
visačku**

**za 1 visačku  
SOLEN věnuje 10 Kč**

nadaci [www.dobryandel.cz](http://www.dobryandel.cz)

Každá vrácená visačka  
je recyklována a opět použita

Více informací o tomto projektu  
najdete na [www.solen.cz](http://www.solen.cz)

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

partmentalizaci na sliznici močového traktu. V případě NefroVaxinu NEO je nově pro všechny, kteří potřebují, podpůrně k dispozici, a je dostupná v lékárnách. Jak pro imunokompetentní jedince, tak pro pacienty léčené moderní imunomodulační léčbou, jež má jako nežádoucí následek opakované močové infekty. Včetně pacientů s roztroušenou sklerózou a dalšími autoimunitními onemocněními. U NefroVaxin NEO dávkování 1 sublingvální tableta denně pod jazyk mezi jídly.

Také slizniční bariéra gastrointestinálního traktu představuje nejrozsáhlejší a dynamické rozhraní mezi naším imunitním systémem a mikroorganismy, a to jak patogenními, tak symbiotickými. Mikrobiota je zásadní pro člověka a jeho fyziologické metabolické procesy. Změny v jejím složení se podílejí na patogenezi metabolických a autoimunitních poruch, včetně diabetu, zánětu, stresu i psychického stavu. Stimulace sliznice střeva mikrobiotou a jejími metabolity, včetně probiotik a butyrátu, vede k rozvoji slizniční imunitní odpovědi a jejím regulacím. To se týká podstatným způsobem také regulace zánětlivé odpovědi a funkce mitochondrií, a to také v CNS. Cílené zaměření k nastolení homeostázy a diverzity mikrobioty a jejím regulačním metabolitům se stává významným podpůrným činitelem v rámci komplexní léčby, podpory i prevence zánětlivých onemocnění a jejich komplikací, včetně ovlivnění stresu a psychického stavu.

V rámci infekcí močových cest porozumění orchestraci imunitní odpovědi a jejím regulačním mechanismům na sliznicích umožňuje správnou terapeutickou rozvahu a intervenci v rámci patologických stavů. To se týká jak zvládnutí urogenitálních infekcí, tak jejich prevence s podporou zvýšení kvality života.

## **Antibiotická terapie v ambulantní praxi: přehled a motolské doporučené postupy**

odborný garant MUDr. Milan Trojánek, Ph.D.

sobota / 21. února 2026 / 11.30–13.00 hod.

### **Antibiotická terapie v ambulantní praxi: přehled a motolské doporučené postupy**

MUDr. Marek Štefan, MBA<sup>1</sup>, MUDr. Jitka Müllerová Dissou, MBA<sup>2</sup>,  
Ing. Ladislav Wagner, MHA<sup>3</sup>, MUDr. Milan Trojánek, Ph.D.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika infekčních nemocí a cestovní medicíny 2. LF UK a FN Motol, Praha

<sup>2</sup>Oddělení urgentního příjmu a LPS dětí FN Motol, Praha

<sup>3</sup>Kancelář zdravotního pojištění, Praha

Narůstající rezistence bakterií vůči antibiotikům představuje globální hrozbu pro moderní medicínu – WHO ji označuje za prioritní problém veřejného zdraví. V roce 2019 vedla antimikrobiální rezistence k přibližně 1,27 milionu úmrtí a na dalších téměř 5 milionů úmrtí se podílela. Prognózy varují, že do roku 2050 by mohla způsobit až 10 milionů úmrtí ročně. Nejde o akutní epidemii, ale o „tichou pandemii“, která vyžaduje systematická opatření a změnu preskripčních zvyklostí. Ambulantní preskripce významně přispívá k celkové spotřebě antibiotik a pro zlepšení jejich racionálního užívání je potřeba posuzovat nejen množství předepsaných léků, ale i jejich kvalitu a vhodnost.

Světová zdravotnická organizace (WHO) v roce 2017 vypracovala tzv. klasifikaci AWaRe (Access–Watch–Reserve). Tato klasifikace má dvojitý cíl: pomoci lékařům vybírat antibiotika s nejlepší klinickou efektivitou a zároveň podporovat předepisování tzv. ekologických antibiotik s nižším rizikem rozvoje a šíření rezistence. Antibiotika ze skupiny **Access** jsou určena jako první volba pro běžné komunitní infekce – mají úzké spektrum účinku a nižší riziko vyvolání rezistence. Do této skupiny patří fenoxymetylpenicilin, flukloxacilin, amoxicilin, amoxicilin/klavulanát, cefadroxil (cefalosporiny pouze 1. generace), kotrimoxazol, doxycyklin, metronida-

zol, klindamycin, nitrofurantoin či pivmecilinam. Skupina **Watch** zahrnuje antibiotika, která by se měla podávat pouze u vybraných specifických infekcí a náleží mezi ně např. cefalosporiny 2. generace – cefuroxim, cefprozil, azitromycin, klaritromycin a další makrolidy, ciprofloxacin či jiné fluorochinolony, fosfomycin. Při nesprávném užívání nesou vyšší riziko rozvoje rezistence. **Rezervní antibiotika** (Reserve) jsou „poslední možností“ a mají být podávána jen v situacích, kdy selhaly ostatní terapie a v empirické ambulantní léčbě se neuvžívají. WHO doporučuje, aby alespoň 60 % veškeré spotřeby tvořila antibiotika ze skupiny Access; tato antibiotika pokrývají většinu komunitních patogenů a mají relativně nižší potenciál vyvolat rezistenci. V České republice se bohužel však setkáváme s častým nevhodným užíváním právě rizikových antibiotik ze skupiny **Watch**, zejména cefalosporinů II. generace, makrolidů, azitromycinu či vybraných fluorochinolonů.

**Motolské doporučené postupy** pro dětský i dospělý urgentní příjem a lékařskou pohotovostní službu využívají principů AWaRe klasifikace antibiotik. Byly vytvořeny jako konsenzus odborníků z oborů infekčního lékařství, klinické mikrobiologie, farmacie a klinických oborů. Postupy vychází z doporučení Subkomise pro antibiotickou politiku (SKAP ČLS JEP). Jejich přidanou hodnotou je nabídnout lékařům alternativní přípravky ze skupiny Access v případě nedostupnosti léku první volby nebo při alergii na penicilinová antibiotika.

Pro zlepšení kvality preskripce je také nezbytné, aby se lékaři orientovali ve svých vlastních preskripčních zvyklostech. Kancelář zdravotního pojištění (KZP) proto z dat zdravotních pojišťoven a SÚKL vytvořila databázi indikátorů, která umožňuje každému lékaři porovnat jeho spotřebu antibiotik s průměrem okresu i celé České republiky. Ukazatele vycházejí z mezinárodně uznávaných kritérií správné preskripce a usnadňují individuální sebereflexi a plánování zlepšení.

Seminář má za cíl seznámit lékaře se **základními pravidly racionální antibiotické terapie**, **představit motolské doporučené postupy** pro empirickou léčbu ambulantních pacientů a **nástroje pro analýzu vlastní preskripce**.

# ANTIBIOTICKÁ TERAPIE NA DĚTSKÉ LPS

**Autoři:** MUDr. Marek Štefan, MBA, MUDr. Milan Trojánek, Ph.D., PharmDr. Jindřich Havránek, PharmDr. Markéta Petrželová, Mgr. Jitka Gambacorta, Mgr. Markéta Kulakowská, PharmDr. Šárka Nováková, PharmDr. Dagmar Dolinská, Mgr. Antónia Modráková, PharmDr. Alena Valko, MUDr. Jitka Dissou, MBA

## AWARE KLASIFIKACE ANTIBIOTIK

### „Méně riziková“ ATB

#### Kategorie „Access“ v AWARe klasifikaci

- Penicilin-V (fenoxymethylpenicilin)
- Flukloxacilin
- Amoxicilin
- Amoxicilin/klavulanát
- Pivmecilinam
- Cefadroxil
- Klindamycin
- Kotrimoxazol
- Metronidazol
- Nitrofurantoin
- Doxycyklin

### „Rizikovější“ ATB

#### Kategorie „Watch“ v AWARe klasifikaci

- Azithromycin
- Klarithromycin
- Spiramycin
- Roxithromycin
- Cefuroxim
- Cefprozil
- Rifampicin
- Fosfomycin

## AKUTNÍ TONZILITIDA

### ATB 1. volby

Penicilin-V Do 40 kg: 25-30 tisíc IU/kg á 8 hod.  
Nad 40 kg: 1-1,5 MIU á 8 hod.

### Alternativa při nedostupnosti ATB 1. volby, seřazeno od nevhodnějších

Prokain PNC\* 25-50 tisíc IU/kg i.m. á 24 hod.  
\*pokud indikován vzhledem ke stavu a je možná každodenní aplikace

Amoxicilin\* Do 40 kg: 15-25 mg/kg á 8 hod.  
\*ne při inf. mononukleóze Nad 40 kg: 500 mg á 8 hod.

Cefadroxil Do 40 kg: 12,5-25 mg/kg á 12 hod.  
Nad 40 kg: 500 mg á 12 hod.

Amoxicilin klavulanát\* Do 40 kg (susp. 7:1): 12,5 mg/1,8 mg/kg á 12 hod.  
\*ne při inf. mononukleóze až 22,5 mg/3,2 mg á 12 hod.,  
od 2 let až max. 35 mg/5 mg/kg á 12 hod.  
Nad 40 kg: 625 (500/125) mg á 8 hod.

Cefuroxim Do 40 kg: 10-15 mg/kg á 12 hod.  
Nad 40 kg: 250-500 mg á 12 hod.

### Alternativa při alergii na ATB 1. volby, seřazeno od nevhodnějších

Klindamycin Do 18 kg: 8 mg/kg á 8 hod.  
Nad 18 kg: 150 mg á 8 hod.  
Nad 40 kg: 300 mg á 8 hod.

Klarithromycin Do 12 let: 7,5 mg/kg á 12 hod.  
Nad 12 let: 250-500 mg á 12 hod.

Spiramycin\* Nad 40 kg: 3 MIU á 12 hod.  
\*vzhledem k minimálním lékovým interakcím výhodný u dětí s extenzivní chronickou medikací (klarithromycin má riziko interakcí!)

Délka léčby

5-10 dní

## AKUTNÍ OTITIS MEDIA NEBO AKUTNÍ SINUSITIDA

### ATB 1. volby

Amoxicilin Do 40 kg: 15-25 mg/kg á 8 hod.  
Nad 40 kg: 500 mg á 8 hod.

Amoxicilin/klavulanát\* Do 40 kg (susp. 7:1): 12,5 mg/1,8 mg/kg á 12 hod.  
až 22,5 mg/3,2 mg á 12 hod.,  
od 2 let až max. 35 mg/5 mg/kg á 12 hod.  
Nad 40 kg: 625 (500/125) mg á 8 hod.

\*Při nelepšení stavu po 48 hod. léčby amoxicilinem

NEBO při závažnějším/recidivujícím průběhu jako ATB první volby

NEBO při anamnéze léčby amoxicilinem v posledních 30 dnech

NEBO při současné hnisavé konjunktivitidě

### Alternativa při nedostupnosti ATB 1. volby, seřazeno od nevhodnějších

Cefadroxil Do 40 kg: 12,5-25 mg/kg á 12 hod.  
Nad 40 kg: 500 mg á 12 hod.

Cefuroxim\* Do 40 kg: 10-15 mg/kg á 12 hod.  
Nad 40 kg: 250-500 mg á 12 hod.

\*Alternativa amoxicilinu/klavulanátu

### Alternativa při alergii na ATB 1. volby, seřazeno od nevhodnějších

Klarithromycin Do 12 let: 7,5 mg/kg á 12 hod.  
Nad 12 let: 250-500 mg á 12 hod.

Spiramycin\* Nad 40 kg: 3 MIU á 12 hod.

\*vzhledem k minimálním lékovým interakcím výhodný u dětí s extenzivní chronickou medikací (klarithromycin má riziko interakcí!)

Délka léčby

Otitis media 5 dní (dětí do 2 let 10 dní)

Sinusitida 5-7 dní

## AKUTNÍ BAKTERIÁLNÍ PNEUMONIE

### ATB 1. volby

Amoxicilin Do 40 kg: 15-25 mg/kg á 8 hod.  
Nad 40 kg: 500 mg á 8 hod.

### Alternativa při nedostupnosti ATB 1. volby, seřazeno od nevhodnějších

Cefadroxil Do 40 kg: 12,5-25 mg/kg á 12 hod.  
Nad 40 kg: 500 mg á 12 hod.

Amoxicilin/klavulanát Do 40 kg (susp. 7:1): 12,5 mg/1,8 mg/kg á 12 hod.,  
až 22,5 mg/3,2 mg á 12 hod.,  
od 2 let až max. 35 mg/5 mg/kg á 12 hod.  
Nad 40 kg: 625 (500/125) mg á 8 hod.

Cefuroxim Do 40 kg: 10-15 mg/kg á 12 hod.  
Nad 40 kg: 250-500 mg á 12 hod.

### Alternativa při alergii na ATB 1. volby či při podezření na atypickou pneumonii, seřazené od nevhodnějších

Doxycyklin Do 45 kg a nad 8 let: 2,2 mg/kg á 12 hod.  
Nad 45 kg: 100 mg á 12 hod.

Klarithromycin Do 12 let: 7,5 mg/kg á 12 hod.  
Nad 12 let: 250-500 mg á 12 hod.

Spiramycin\* Nad 40 kg: 3 MIU á 12 hod.  
\*vzhledem k minimálním lékovým interakcím výhodný u dětí s extenzivní chronickou medikací (klarithromycin má riziko interakcí!)

### Délka léčby

7 dní

## IMPETIGO NEBO FLEGMÓNA (NEZNÁMÉ ETIOLOGIE NEBO S. AUREUS)

### ATB první volby

Amoxicilin/klavulanát Do 40 kg: 12,5 mg/1,8 mg/kg á 12 hod.,  
až 22,5 mg/3,2 mg á 12 hod.,  
od 2 let až max. 35 mg/5 mg/kg á 12 hod.  
Nad 40 kg: 625 (500/125) mg á 8 hod.

Flukloxacilin\* Nad 40 kg: 500 mg á 8 hod.  
\*alternativa amoxicilinu/klavulanátu

### Alternativa při nedostupnosti ATB 1. volby, seřazeno od nevhodnějších

Cefadroxil Do 40 kg: 12,5-25 mg/kg á 12 hod.  
Nad 40 kg: 500 mg á 12 hod.

Cefuroxim Do 40 kg: 10-15 mg/kg á 12 hod.  
Nad 40 kg: 250-500 mg á 12 hod.

### Alternativa při alergii na ATB 1. volby, seřazeno od nevhodnějších

Klindamycin Do 18 kg: 8 mg/kg á 8 hod.  
Nad 18 kg: 150 mg á 8 hod.  
Nad 40 kg: 300 mg á 8 hod.

### Délka léčby

5-7 dní

## ERYTHEMA MIGRANS (1. FÁZE LYMESKÉ BORRELIÓZY)

### ATB 1. volby, řazeno od nevhodnějších

Penicilin V Do 40 kg: 25-30 tisíc IU/kg á 8 hod.  
Nad 40 kg: 1-1,5 MIU á 8 hod.

Amoxicilin Do 40 kg: 15-25 mg/kg á 8 hod.  
Nad 40 kg: 500 mg á 8 hod.

Doxycyklin Do 45 kg a nad 8 let: 2,2 mg/kg á 12 hod.  
Nad 45 kg: 100 mg á 12 hod.

### Alternativa při nedostupnosti nebo při alergii na ATB 1. volby

Klarithromycin Do 12 let: 7,5 mg/kg á 12 hod.  
Nad 12 let: 250-500 mg á 12 hod.

Azithromycin Do 45 kg: 10 mg/kg á 12 hod. 1. den,  
10 mg/kg á 24 hod. 2.-5. den  
Nad 45 kg: 500 mg á 12 hod. 1. den,  
500 mg á 24 hod. 2.-5. den

### Délka léčby

10 dní (azithromycin 5 dní)

## AKUTNÍ CYSTITIDA

### ATB 1. volby

Nitrofurantoin Do 7 let: 1,25-1,75 mg/kg á 6 hod.  
Nad 7 let, 29-42 kg: 50 mg á 6 hod.  
Nad 7 let, nad 42 kg: 50 mg á 6 hod. nebo 100 mg á 8 hod.

Pivmecilinam\* Nad 6 let a do 40 kg: 7,5 mg/kg á 8 hod.  
\*není-li nitrofurantoin Nad 40 kg: 200 mg á 8 hod.

### Alternativa při nedostupnosti nebo při alergii na ATB 1. volby

Kotrimoxazol\* Od 6 týdnů do 12 let: 3 mg/kg trimethoprimu a  
15 mg/kg sulfamethoxazolu á 12 hod.

\*trimethoprim/sulfamethoxazol Nad 12 let: 960 mg á 12 hod.

### Délka léčby

3-7 dní

## AKUTNÍ PYELONEFRITIDA

### ATB 1. volby

Amoxicilin/klavulanát Do 40 kg: 45 mg/6,4 mg/kg á 12 hod.  
Nad 40 kg: 625 (500/125) mg á 8 hod.

### Alternativa při nedostupnosti nebo při alergii na ATB 1. volby

Kotrimoxazol\* Od 6 týdnů do 12 let: 3 mg/kg trimethoprimu a  
15 mg/kg sulfamethoxazolu á 12 hod.

\*trimethoprim/sulfamethoxazol Nad 12 let: 960 mg á 12 hod.

### Délka léčby

10 dní

## IMPETIGO NEBO ERYSIPEL (ETIOLOGIE S. PYOGENES)

### ATB 1. volby

Penicilin-V Do 40 kg: 25-30 tisíc IU/kg á 8 hod.  
Nad 40 kg: 1-1,5 MIU á 8 hod.

### Alternativa při nedostupnosti ATB 1. volby, seřazeno od nevhodnějších

Prokain PNC\* 25-50 tisíc IU/kg i.m. á 24 hod.  
\*pokud indikováno vzhledem ke stavu a je možná každodenní aplikace

Amoxicilin Do 40 kg: 15-25 mg/kg á 8 hod.  
Nad 40 kg: 500 mg á 8 hod.

Cefadroxil Do 40 kg: 12,5-25 mg/kg á 12 hod.  
Nad 40 kg: 500 mg á 12 hod.

Amoxicilin klavulanát Do 40 kg: 12,5 mg/1,8 mg/kg á 12 hod.,  
až 22,5 mg/3,2 mg á 12 hod.,  
od 2 let až max. 35 mg/5 mg/kg á 12 hod.  
Nad 40 kg: 625 (500/125) mg á 8 hod.

Cefuroxim Do 40 kg: 10-15 mg/kg á 12 hod.  
Nad 40 kg: 250-500 mg á 12 hod.

### Alternativa při alergii na ATB 1. volby

Klindamycin Do 18 kg: 8 mg/kg á 8 hod.  
Nad 18 kg: 150 mg á 8 hod.  
Nad 40 kg: 300 mg á 8 hod.

### Délka léčby

5-7 dní

# ANTIBIOTICKÁ TERAPIE NA DOSPĚLÉ LPS

**Autoři:** MUDr. Marek Štefan, MBA, MUDr. Milan Trojánek, Ph.D., Mgr. Jitka Gambacorta, PharmDr. Šárka Nováková, PharmDr. Dagmar Dolinská, Mgr. Antónia Modráková, PharmDr. Alena Valko, MUDr. Jiří Karásek, Ph.D.

## AWaRE KLASIFIKACE ANTIBIOTIK

### „Méně riziková“ ATB

#### Kategorie „Access“ v AWaRe klasifikaci

- Penicilin-V (fenoxymethylpenicilin)
- Flukloxacilin
- Amoxicilin
- Amoxicilin/klavulanát
- Pivmecilinam
- Cefadroxil
- Klindamycin
- Kotrimoxazol
- Metronidazol
- Nitrofurantoin
- Doxycyklin

### „Rizikovější“ ATB

#### Kategorie „Watch“ v AWaRe klasifikaci

- Azithromycin
- Klarithromycin
- Spiramycin
- Roxithromycin
- Cefuroxim
- Cefprozil
- Rifampicin
- Fosfomycin

## AKUTNÍ TONZILITIDA

### ATB 1. volby

Penicilin-V 1,5 MIU á 8 hod.

### Alternativa při nedostupnosti ATB 1. volby, seřazeno od nevhodnějších

Prokain PNC\* 1,5 MIU i.m. á 24 hod.

\*pokud indikován vzhledem ke stavu a je možná každodenní aplikace

Amoxicilin\* 1000 mg á 8 hod.

\*ne při infekční mononukleóze (hrozí rozvoj imunopatologického exantému)

Cefadroxil 500 mg á 12 hod.

Amoxicilin klavulanát\* 1000 mg (875+125) á 8 hod.

\*ne při infekční mononukleóze (hrozí rozvoj imunopatologického exantému)

Cefuroxim 500 mg á 12 hod.

Flukloxacilin 500-1000 mg á 8 hod.

### Alternativa při alergii na ATB 1. volby, seřazeno od nevhodnějších

Spiramycin\* 3 MIU á 8 hod.

\*vzhledem k minimálním lékovým interakcím výhodný u pacientů s extenzivní chronickou medikací (klarithromycin má riziko interakcí)

Klarithromycin 500 mg á 12 hod.

Klindamycin 600 mg á 8 hod.

**Délka léčby** 5-10 dní

## AKUTNÍ SINUSITIDA

### ATB 1. volby, seřazeno od nevhodnějších

Amoxicilin 1000 mg á 8 hod.

Amoxicilin/klavulanát\* 1000 mg (875+125) á 8 hod.

\*Při nelepšení stavu po 48 hod. léčby amoxicilinem

NEBO při závažnějším/recidivujícím průběhu jako ATB první volby

### Alternativa při nedostupnosti ATB 1. volby, seřazeno od nevhodnějších

Cefadroxil 500 mg á 12 hod.

Cefuroxim\* 500 mg á 12 hod.

\*Alternativa amoxicilinu/klavulanátu

### Alternativa při alergii na ATB 1. volby, seřazeno od nevhodnějších

Doxycyklin 100 mg á 12 hod.

Spiramycin\* 3 MIU á 12 hod.

\*vzhledem k minimálním lékovým interakcím výhodný u pacientů s extenzivní chronickou medikací (klarithromycin má riziko interakcí)

Klarithromycin 500 mg á 12 hod.

**Délka léčby** 5-7 dní

## AKUTNÍ BAKTERIÁLNÍ PNEUMONIE, MÍRNÁ ČI STŘEDNĚ ZÁVAŽNÁ, PACIENTI BEZ KOMORBIDIT

### ATB 1. volby

Amoxicilin 1000 mg á 8 hod.

### Alternativa při nedostupnosti ATB 1. volby, seřazeno od nevhodnějších

Cefadroxil 500 mg á 12 hod.

Amoxicilin/klavulanát 1000 mg (875+125) á 8 hod.

Cefuroxim 500 mg á 12 hod.

### Alternativa při alergii na ATB 1. volby či při podezření na atypickou etiologii, seřazené od nejvhodnějších

Doxycyklin 100 mg á 12 hod.

Spiramycin\* 3 MIU á 8 hod.

\*vzhledem k minimálním lékovým interakcím výhodný u pacientů

s extenzivní chronickou medikací (klarithromycin má riziko interakcí!)

Klarithromycin 500 mg á 12 hod.

### Délka léčby

5-7 dní

## ASYMPTOMATICKÁ BAKTERIURIE

### Indikace k léčbě

Gravidní pacientky  
Pacienti před urologickými výkony s porušením integrity sliznic

### Empirická terapie (většinou je však možné vyčkat na výsledek kultivace a léčit podle výsledku kultivace antibiotikem s co nejúžším spektrem účinku), seřazeno od nevhodnějších

Nitrofurantoin 100 mg á 6-8 hodin p.o.

\* (ne peripartálně či u významné renální insuficience, při eGFR pod 45ml/min je dle SPC kontraindikován)

Pivmecillinam 200-400 mg á 8 hodin p.o.

Kotrimoxazol (ne u těhotných a kojících) 960 mg á 12 hodin p.o.

### Délka léčby

7 dní

## AKUTNÍ NEKOMPLIKOVANÁ CYSTITIDA (U NEGRAVIDNÍCH ŽEN)

### ATB 1. volby

Nitrofurantoin 100 mg á 6-8 hod.

### Alternativa při nedostupnosti nebo při alergii na ATB 1. volby, seřazeno od nevhodnějších

Pivmecillinam 200-400 mg á 8 hod.

Kotrimoxazol 960 mg á 12 hod.

### Délka léčby

3-5 dní

## AKUTNÍ BAKTERIÁLNÍ PNEUMONIE, MÍRNÁ ČI STŘEDNĚ ZÁVAŽNÁ, PACIENTI 65+ NEBO S KOMORBIDITAMI

### ATB 1. volby

Amoxicilin/klavulanát 1000 mg (875+125) á 8 hod.

### Při podezření na atypickou etiologii PLUS

Doxycyklin 100 mg á 12 hod.

### Alternativa při nedostupnosti ATB 1. volby (amoxicilinu/klavulanátu)

Cefuroxim 500 mg á 12 hod.

### Při podezření na atypickou etiologii PLUS

Doxycyklin 100 mg á 12 hod.

### Alternativní ATB při alergii na ATB první volby (amoxicilinu/klavulanátu), seřazené od nevhodnějších

Doxycyklin 100 mg á 12 hod.

Spiramycin\* 3 MIU á 8 hod.

\*vzhledem k minimálním lékovým interakcím výhodný u pacientů

s extenzivní chronickou medikací (klarithromycin má riziko interakcí!)

Klarithromycin 500 mg á 12 hod.

### Délka léčby

5-7 dní

## AKUTNÍ NEKOMPLIKOVANÁ CYSTITIDA U GRAVIDNÍCH ŽEN

### ATB 1. volby

Nitrofurantoin 100 mg á 6-8 hod. (nepodávat peripartálně)

### Alternativa při nedostupnosti nebo při alergii na ATB 1. volby

Pivmecillinam 200-400 mg á 8 hod.

NEBO konzultace ATB centra (7240) nebo infektologa mimo pracovní dobu (7204)

### Délka léčby

3-5 dní

## AKUTNÍ KOMPLIKOVANÁ CYSTITIDA (U MUŽŮ I ŽEN)

### ATB 1. volby

Nitrofurantoin 100 mg á 6-8 hod.

### Alternativa při nedostupnosti nebo při alergii na ATB 1. volby, seřazeno od nevhodnějších

Pivmecillinam 200-400 mg á 8 hod.

Kotrimoxazol 960 mg á 12 hod.

### Délka léčby

7-10 dní

## AKUTNÍ NEKOMPLIKOVANÁ PYELONEFRITIDA (U PREMENOPAUZÁLNÍCH NEGRAVIDNÍCH ŽEN)

### ATB 1. volby

Amoxicilin/klavulanát 1000 mg (825+125) á 8 hod.

### Alternativa při nedostupnosti nebo při alergii na ATB 1. volby

Kotrimoxazol 960 mg á 12 hod.

### Délka léčby

7-10 dní

## AKUTNÍ PYELONEFRITIDA U GRAVIDNÍCH ŽEN

### ATB 1. volby

Amoxicilin/klavulanát 1000 mg (825/125) á 8 hod.

Vhodná konzultace gynekologa s rozhodnutím o případné hospitalizaci

### Alternativa při nedostupnosti nebo při alergii na ATB 1. volby

Konzultace ATB centra (7240) nebo infektologa mimo pracovní dobu (7204)

### Délka léčby

7-10 dní

## ERYSIPEL (ETIOLOGIE S. PYOGENES)

### ATB 1. volby

Penicilin-V 1,5 MIU á 8 hod.

### Alternativa při nedostupnosti ATB 1. volby, seřazeno od nejvhodnějších

Prokain PNC\* 1,5 MIU á 24 hod. i.m.

\*pokud indikován vzhledem ke stavu a je možná každodenní aplikace

Amoxicilin 1000 mg á 8 hod.

Flucloxacilin 1000 mg á 8 hod.

Cefadroxil 500 mg á 12 hod.

### Alternativa při alergii na ATB 1. volby

Klindamycin 600 mg á 8 hod.

### Délka léčby

5-10 dní

## AKUTNÍ KOMPLIKOVANÁ PYELONEFRITIDA (U MUŽŮ I ŽEN)

### ATB 1. volby

Amoxicilin/klavulanát 1000 mg (825+125) á 8 hod.

### Alternativa při nedostupnosti nebo při alergii na ATB 1. volby, seřazeno od nejvhodnějších

Kotrimoxazol 960 mg á 12 hod.

Ciprofloxacín 500 mg á 12 hod.

### Délka léčby

7-10 dní

## FLEGMÓNA (NEZNÁMÉ ETIOLOGIE NEBO S. AUREUS)

### ATB první volby

Flukloxacilin\* 1000 mg á 8 hod.

### Alternativa při nedostupnosti ATB 1. volby, seřazeno od nejvhodnějších

Amoxicilin/klavulanát 1000 mg (625/125) á 8 hod.

Cefadroxil 500 mg á 12 hod.

Cefuroxim 500 mg á 12 hod.

### Alternativa při alergii na ATB 1. volby

Klindamycin 600 mg á 8 hod.

### Délka léčby

5-10 dní

## ERYTHEMA MIGRANS (1. FÁZE LYMESKÉ BORRELIÓZY)

### ATB 1. volby, řazeno od nejvhodnějších

Doxycylin 100 mg á 12 hod.

### Alternativa při nedostupnosti nebo při alergii na ATB 1. volby, seřazeno od nejvhodnějších

Penicilin-V 1,5 MIU á 8 hod.

Amoxicilin 1000 mg á 8 hod.

Klarithromycin 500 mg á 12 hod.  
četné lékové interakce!

Azithromycin 500 mg á 12 hod. 1. den  
500 mg á 24 hod. 2.-5. den

### Délka léčby

10 dní (azithromycin 5 dní)

**SUPER,  
UŽ MÁM PŘEDPLACENO.**

A DOSTALA JSEM NAVÍC:

- 20% SLEVA NA KONGRESY\*
- 5x ČASOPIS **MEDICÍNA PRO PRAXI**
- TEMATICKÁ SUPPLEMENTA
- PŘÍSTUP DO ARCHIVU ON-LINE ČLÁNKŮ



**ALE KDE  
A JAK?**



ČASOPIS

# Medicína pro praxi

**OBJEDNÁVEJTE:**

[www.medicinapropraxi.cz](http://www.medicinapropraxi.cz)

[predplatne@solen.cz](mailto:predplatne@solen.cz)



**CENA PŘEDPLATNÉHO  
(20% SLEVA) NA ROK 2026**

Pouze při objednání **do 15. 12. 2025**

~~1 400 Kč~~

**1 120 Kč**

\* platí pro kongresy uvedené v seznamu →



## TIRÁŽ

**5. kongres Medicíny pro praxi v Českých Budějovicích**  
20.–21. února 2026 | Clarion Congress Hotel, České Budějovice

### Pořadatel

Společnost SOLEN, s. r. o., ve spolupráci  
s Gastroenterologickým oddělením Nemocnice České Budějovice, a. s.

### Odborný garant

doc. MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.

### Mediální partner

časopis Medicína pro praxi

### Organizátor

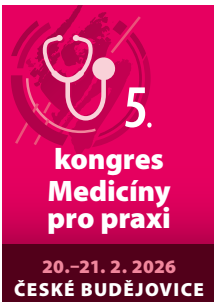
SOLEN, s. r. o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc  
Organizační zajištění: Rostislav Reininger, +420 778 775 664, reininger@solen.cz  
Programové zajištění: Mgr. Hedvika Šlanhofová, +420 778 437 996, slanhofova@solen.cz  
Zajištění výstavních ploch a satelitních sympozií: Mgr. Martin Jíša, 734 567 855, jisa@solen.cz  
Grafické zpracování a sazba: SOLEN, s. r. o., Lucie Šilberská, silberska@solen.cz



**Vydal:** Solen, s. r. o., IČ 25553933  
**ISBN** 978-80-7471-564-8

### Ohodnocení

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



POŘADATELÉ DĚKUJÍ  
UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST  
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

GENERÁLNÍ  
PARTNER

**SERVIER**  
*moved by you*

PARTNEŘI

abbvie

AIDIAN

Angelini  
Pharma

axonia  
PHARMA

Bristol Myers Squibb

Cannabilab  
ESH services a.s.

DIALAB

EGIS

ENTEROSGEL

favea  
plus pro vaše zdraví

fidia

Františkovy Lázně AQUAFORUM a.s.  
Františkovy Lázně

GILEAD

glenmark  
A new way for a new world

NASE  
MLEKOT

IBI - International spol. s r.o.

ids  
media

Imunoglukan P4H

KLOSTERFRAU  
HEALTHCARE GROUP

labmark

MagnaPharm  
One Team. One Solution.

MEDEVIO

MediClinic

NATUREVIA

NORSON

olikla

OLIVOVA  
DĚTSKÁ  
LÉČEBNA

Opella.

Pierre Fabre

PRO.MED.CS  
Praha a.s.

QuickSeal

Roche

sanofi

STADA

SwiXX BioPharma  
Innovative Medicines for All

VŠEOBECNÝ  
LÉKÁŘ

ZENTIVA

MEDIÁLNÍ  
PARTNEŘI

Medicína  
pro praxi