



11. kongres Medicíny pro praxi v Hradci Králové

29.–30. května 2026
Kongresové centrum Aldis



kongres
Medicíny
pro praxi

29.–30. 5. 2026
HRADEC KRÁLOVÉ

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

 **SOLEN**
let s vámi



TRIPLEXAM®

perindopril arginin / indapamid / amlodipin

NEČEKEJTE, AŽ BUDE PŘÍLIŠ POZDĚ

Zkrácená informace o přípravku TRIPLIXAM®: SLOŽENÍ: Triplexam 5 mg/1,25 mg/5 mg obsahuje 5 mg perindopril-argininu/1,25 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplexam 10 mg/2,5 mg/5 mg obsahuje 10 mg perindopril-argininu/2,5 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplexam 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 dříve odpovídají na léčbu kombinací perindoprilu/indapamidu a amlodipinu, podávány současně v téže dávce. **DAVKOVÁNÍ A PODÁVÁNÍ:** Jedna tableta denně, nejlépe ráno a před jídlem. Fixní kombinace není vhodná pro iniciační léčbu. Je-li nutná změna dávkování, dávkování je třeba provádět samostatně. **Pediatrická populace:** přípravek by se neměl podávat. **KONTRAIKADIKACE:** Dialyzovaní pacienti. Pacienti s neléčebným dekompenzovaným srdečním selháním. Závažná porucha funkce ledvin (Cl_{cr} < 30 ml/min). Středně až závažná porucha funkce ledvin (Cl_{cr} 30-60 ml/min) pro Triplexam 10 mg/2,5 mg/5 mg a 10 mg/2,5 mg/10 mg. Hypersenzitivita na léčivé látky, jiné sulfonamidy, deriváty dihydropyridinu, jakýkoliv jiný inhibitor ACE nebo na kteroukoli pomocnou látku. Anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edému) související 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 Triplexam 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 Triplexam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sacubitril/valsartanu** (viz body Upozornění a Interakce). Mimoslétní 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 aliskiren se nedoporučuje. Inhibitory ACE a blokátorů receptorů pro angiotenzin II nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. **Neutropenie/agranulocytóza/trombocytopenie/anémie:** postupujte opatrně v případě kolagenového vaskulárního onemocnění, imunopresivní léčby, léčby allopurinolem nebo prokainamidem, nebo kombinace těchto komplikujících faktorů, zvláště při existující poruše funkce ledvin. Monitorování počtu leukocytů. **Renovaskulární hypertenze:** pokud jsou pacienti s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou renální arterie u jedné fungující ledviny léčeni inhibitory ACE, je zvýšené riziko závažné hypotenze a renálního selhání. Léčba diuretiky může být přispívající faktor. Ztráta renálních funkcí se může projevit pouze minimální změnou sérového kreatininu u pacientů s unilaterální stenózou renální arterie. **Hypersenzitivita/angioedém, intenzivní angioedém:** přerušete léčbu a sledujte pacienta až do úplného vymizení příznaků. Angioedém spojený s otokem hrtanu může být smrtelný. Současné užívání perindoprilu a sacubitril/valsartanu je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Léčbu sacubitril/valsartanem netzte zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce perindoprilu. Pokud je léčba sacubitril/valsartanem ukončena, léčbu netzte zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce sacubitril/valsartanu. Současné užívání inhibitorů ACE s rasekadotrilem, mTOR inhibitory (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin) může vést ke zvýšenému riziku angioedému (např. otok dýchacích cest nebo jazyka spolu s poruchou dýchání nebo bez poruchy dýchání) (viz bod Interakce). U pacientů, kteří již užívají inhibitor ACE, je třeba opatrnosti při počátečním podání rasekadotriem, mTOR inhibitorů (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus) a gliptiny (např. linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin). **Anafylaktoidní reakce během desenzibilizace:** postupujte opatrně u alergických pacientů léčených desenzibilizací a nepoužívejte v případě imuniterapie jedem blanketických. Alespoň 24 hodin před desenzibilizací dočasné vysadte inhibitor ACE. **Anafylaktoidní reakce během LDL-alerý:** před každou aferézou dočasné vysadte inhibitor ACE. **Hemodialyzovaní pacienti:** zvažte použití jiného typu dialyzační membrány nebo jiné skupiny antihypertenziv. **Primární hyperaldosteronismus:** Pacienti s primárním hyperaldosteronismem obvykle neodpovídají na antihypertenzivní léčbu působící přes inhibici systému renin-angiotenzin. Proto se užívání tohoto přípravku nedoporučuje. **Těhotenství:** nezahajovat užívání během těhotenství, v případě potřeby zastavte léčbu a zahajte vhodnou alternativní léčbu. **Hepatální encefalopatie, která může vyvolat jaterní kóma:** ukončit léčbu. **Fotosenzitivita:** ukončit léčbu. **Opatření pro použití:** **Renální funkce:** U některých hypertenziků s existujícími zjevnými renálními lézemi, u nichž renální krevní testy ukazují funkční renální insuficienci, by měla být léčba ukončena a je možno ji znovu zahájit v nižší dávce nebo pouze s jednou složkou. Monitorujte draslík a kreatinin, a to po dvou týdech léčby a dále každé dva měsíce během období stabilní léčby. V případě bilaterální stenózy renální arterie nebo jedné fungující ledviny: nedoporučuje se. Riziko arteriální hypertenze a/nebo renální insuficience (v případě srdeční insuficience, deplece vody a elektrolytů, u pacientů s nízkými krevními tlaky, stenózou renální arterie, městrným srdečním selháním nebo cirkulózu s edémy a ascitem): zahajte léčbu dávkami nižšími dávkou a postupně je zvyšujte. **Hypotenze a deplece vody a sodíku:** nízká náhlá 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 nižšími dávkami nebo pouze jednou složkou přípravku. **Hladina sodíku:** kontrolovat častěji u starších a cirkulózních pacientů. Jakkoliv diuretika léčba může vyvolat hyponatremii, někdy s velice závažnými následky. Hyponatremie s hypovolémií mohou způsobit dehydrataci a ortostatickou hypotenzi. Současné ztráta chloridových iontů může vést k sekundární kompenzační metabolické alkalóze; vyskytá a stupeň tohoto jevu je malý. **Hladina draslíku:** hyperkalemie: kontrolovat plazmatickou hladinu draslíku v případě renální insuficience, zhoršení funkce ledvin, vyššího věku (> 70 let), diabetés mellitus, přidružené komplikace, zejména dehydratace, aktuální srdeční dekompenzace, metabolické acidózy a současné užívání kalium-šetřících diuretik, doplnků draslíku nebo doplnků solí obsahující draslík nebo jiných léků spojených se zvyšováním hladiny draslíku v séru a zejména antagonistů aldosteronu nebo blokátorů receptorů angiotenzinu**. U pacientů užívajících ACE inhibitory mají být proto kalium šetřící diuretika a blokátorů receptorů angiotenzinu užívány opatrně a má být kontrolována hladina draslíku v séru a funkce ledvin. **Hypokalemie:** Hypokalemie může způsobit svalové poruchy, zejména v souvislosti se závažnou hypokalemii, byly hlášeny případy rhabdomyolýzy; vysoké riziko u starších a/nebo podvýživných osob, cirkulózních 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 hořčiku v séru může být na léčbu neodpovídající, pokud není korigován sérový hořčík**. **Hladina vápníku:** hyperkalcemie: před vyšetřením funkce příštítných tělísek ukončete léčbu. **Hladina hořčiku:** bylo prokázáno, že thiazydy a podobná diuretika včetně indapamidu zvyšují vylučování hořčiku močí, což může mít za následek hypomagnezémii**. **Renovaskulární hypertenze:** v případě stenózy renální arterie: zahajte léčbu v nemocnici u 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 iniciačními dávkami pod lékařským dohledem. **Stenóza aortální nebo mitrální chlopně/hypertrofičká kardiomyopatie:** v případě obstrukce průtoku krve levou komorou postupujte opatrně. **Diabetici:** V případě inzulín-dependenčního diabetés mellitus zahajte léčbu nízkou dávkou pod lékařským dohledem; měrně prvního měsíce a/nebo v případě hypokalemie sledujte hladinu glukózy v krvi. **Cemosis:** vyšší incidence angioedému a zjevně menší účinnost při snižování krevního tlaku ve srovnání s jinými rasami. **Operace/anestezie:** přerušete léčbu jeden den před operací. **Porucha funkce jater:** mimá až středně závažná; postupujte opatrně. Podání inhibitorů ACE mělo zvláštní souvislosti se syndromem počínající cholestatickou žloutenkou a progredující až v náhlou hepatickou nekrózu a (někdy) úmrtí. V případě žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů ukončete léčbu. **Kyselina močová:** hyperurikémie; zvýšená tendence k závažné tendenci k závažné tendenci; před zahájením léčby vyšetřte renální funkci a hladinu draslíku. **Dávky zvyšovat opatrně, Hladina sodíku:** v podstatě bez sodíku. **Choroidální efuze, akutní myopie a sekundární glaukom s uzavřeným úhlem:** Sulfonamidy mohou deriváty sulfonamidy mohou způsobit idiosynkratickou reakci vedoucí k choroidální efuze s defektem zorného pole, přechodné myopie a akutnímu glaukomu s uzavřeným úhlem. Příznaky, zejména náhlý pokles zrakové ostrosti nebo bolesti očí a obvykle se objevují během hodin až dnů po zahájení léčby. Neléčený akutní glaukom s uzavřeným úhlem může vést k trvalé ztrátě zraku. **Primární léčba spočívá v co nejrychlejší vysazení léčiva. Pokud se nitrocní tlak nepodaří dostat pod kontrolu, je třeba zvážit rychlou medikamentózní nebo chirurgickou léčbu. Rizikové faktory pro rozvoj akutního glaukomu s uzavřeným úhlem mohou zahrnovat alergii na sulfonamidy nebo peniciliny v anamnéze. **Spotovci:** tento léčivý přípravek obsahuje léčivou látku, která může vyvolat pozitivní dopingových testů. **INTERAKCE:** **Kontraindikováno:** Aliskiren u diabetických pacientů nebo pacientů s poruchou funkce ledvin. Mimoslétní angioedém. **Neodporčuje se:** lithium, aliskiren u jiných pacientů než diabetických nebo pacientů s poruchou funkce ledvin, souběžná léčba inhibitorem ACE a blokátozem receptorů pro angiotenzin, estramustin, kalium-šetřící léky (např. triamteren, amilorid, ...) soli draslíku, dantrolen (inžube), grapefruit nebo grapefruitová šťáva. **Výzradující zvláštní opatření:** baklofen, nesteroidní antiinflogistika (včetně kyseliny acetylsalicylové ve vysokých dávkách), antiidiabetika (inzulín, spironální antiidiabetika), kalium-nešetřící diuretika (eplerenon, spironolaktol), rasekadotriem, inhibitory mTOR (např. sirolimus, everolimus, temsirolimus), gliptiny (linagliptin, saxagliptin, sitagliptin, vildagliptin), léky vyvolávající Torsades de pointes*, amfotericin B (i.v. podání), glukokortikoidy a mineralokortikoidy (systémové podání), tetrakosamid, stimulační lajaviva, srdeční glykosidy (hypokalemie a/nebo hypomagnezémie zvyšuje toxické účinky digitalis); v těchto případech je nutné sledovat plazmatické hladiny draslíku, hořčiku a EKG a v případě potřeby přehodnotit léčbu), alopurinol (současná léčba s indapamidem může zvýšit výskyt reakcí hypersenzitivity na alopurinol), induktoři CYP3A4, inhibitory CYP3A4, klaritromycin (existuje zvýšené riziko hypotenze). **Výzradující určitou opatrnost:** antidepressiva imipraminového typu (tricyklická), neuroleptika, jiná antihypertenziva a vazodilatantika, tetrakosamid, alopurinol (současné podávání s inhibitory ACE), cytotatika nebo imunopresiva, systémové kortikosteroidy nebo prokainamid, anestetika, diuretika (thiazidy nebo kličková diuretika), sympatomimetika, zlaté, metformin, jodované kontrastní látky, vápník (solí), cyklosporin, atorvastatin, digoxin nebo warfarin, takrolimus, cyklosporin, simvastatin. **Léky vyvolávající hyperkalemii**:** aliskiren, soli draslíku, draslík šetřící diuretika (např. spironolaktol, triamteren nebo amilorid), inhibitory ACE, antagonisté receptorů pro angiotenzin II, NSAID, hepariny, imunopresiva jako cyklosporin nebo takrolimus, trimethoprim a kotrimoxazol (trimethoprim/sulfamethoxazol). Proto není kombinace přípravku Triplexam s výše zmíněnými přípravky doporučena. Pokud je současné podávání indikováno, je třeba je podávat s opatrností a s pravidelnými kontrolami hladiny draslíku v séru. **TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Kontraindikováno během druhého a třetího trimestru těhotenství. Nedoporučuje se během prvního trimestru těhotenství a při kojení. **FERTILITA:** Reverzibilní biochemické změny na hlavové části spermatozoidů u některých pacientů léčených blokátozem kalciového kanálu. **SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Může být narušena v důsledku nízkého krevního tlaku, který se může vyskytnout u některých pacientů, zejména na začátku léčby. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** **Velmi časté:** otoky. **Časté:** závrať, bolest hlavy, parestezie, vertigo, somnolence, dysgeusie, zhoršení zraku, tinitus, palpitace, zrudnutí, hypotenze (a účinnky spojené s hypotenzi), kašel, dušnost, bolest břicha, zácpa, průjem, dyspepsie, nauzea, zvracení, změny ve vyprazdňování střeva, pruritus, vyrážka, makulopapulární vyrážka, svalové křeče, otok kotníků, astenie, únava, hypokalemie**. **Méně časté:** mniřita, ezofinofie, hypersenzitivita, hypoglykémie, hypokalemie vrátaná po přerušení léčby, hyponatremie, insomnie, změny nálady (včetně úzkosti), deprese, poruchy spánku, hypostezie, třes, synkopa, diplopie, tachykardie, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní), vaskulitida, bronchospasmus, sucho v ústech, kopřivka, angioedém, alopocie, purpura, změna zbarvení kůže, hyperhidróza, exantém, fotosenzitivní reakce, pemfigoid, artralgie, myalgie, bolest v zádech, poruchy močení, noční močení, polakisurie, renální selhání, erektilní dysfunkce, gynecomastie, bolest, bolest na hrudi, nevolnost, periferní edém, horečka, zvýšená tělesná hmotnost, snížená tělesná hmotnost, zvýšení sérové hladiny urey, zvýšení sérové hladiny kreatininu, pud. **Vzácné:** zastřenost, zvýšení sérové hladiny bilirubinu, zvýšení hladiny jaterních enzymů, zhoršení sporiázy, syndrom nepřiměřené sekrece antidiuretického hormonu (SIADH**), hypochloremie**, hypomagnezémie**, zčervenání**, anurie/oligurie**; akutní renální selhání**. **Velmi vzácné:** agranulocytóza, aplastická anémie, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, hemolytická anémie, trombocytopenie, hyperglykémie, hyperkalcemie, hypertenze, 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; ezofinofie/pneumonie, gingivální hyperplazie, pankreatitida, gastritida, hepatitida, žloutenka, abnormální hepatální funkce, erythema multiforme, Stevens-Johnsonův syndrom, exfoliativní dermatitida, toxická epidermální nekrolýza, Quinckeho edém, snížení hemoglobinu a hematokritu. **Není známo:** Deplece draslíku s hypokalemii, 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 systémového lupus erythematosus, EKG: prodloužený interval QT, zvýšená hladina glukózy v krvi, zvýšená hladina kyseliny mléčné v krvi, Raynaudův fenomén. **PŘEDÁVKOVÁNÍ:** Nekardiogenní pilní edém byl vzácně hlášen v důsledku předávkování amlodipinem, nástup se může projevit až opožděně (24-48 hodin po požití) a může vyžadovat ventilací podporu. Včasná resuscitací opatření (včetně hypervolemie) k udržení periferu a srdečního výdeje mohou být spouštěcími faktory. **VLASTNOSTI:** Perindopril je inhibitor angiotenzin-konvertujícího enzymu (inhibitor ACE), který konvertuje angiotenzin I na vazokonstriktor angiotenzin II. Indapamid je derivát sulfonamidu s indolovým jádrem, farmakologicky příbuzný thiazidovým diuretikům. Amlodipin je inhibitorem transportu kalciových iontů (blokátor pomalých kanálů nebo antagonista kalciových iontů), který inhibuje transmembránový transport kalciových iontů do srdečních buněk a buněk hladkého svalstva cévních stěn. **BALENÍ:** 30 a 90 tablet. Uchovávaní: nevystavujte žádné zvláštní podmínky uchovávaní. Doba použitelnosti: 3 roky. Doba použitelnosti po prvním otevření je 30 dní. Držitel rozhodnutí o registraci: Les Laboratoires Servier, S. r. o., 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://su.ku.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**

* pro úplnou informaci si prosím přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku ** všimněte si prosím změn v informaci o léčivém přípravku Triplexam

PROGRAM – pátek 29. května 2026

9.00–9.05 ZAHÁJENÍ ODBORNÉHO PROGRAMU

9.05–10.25 KAŠEL – MULTIOBOROVÝ BLOK

odborný garant MUDr. Jan Vodička, Ph.D.

- Úvod – k čemu je kašel? – Vodička J. (10')
- Možnosti praktického lékaře a očekávání od specialistů – Hemžský L. (10')
- Současný přístup v pneumologii – Koblížek V. (30')
- Kašel – role ORL lékaře – Šatanková J. (10')
- Psychogenní kašel – Pöslová B. (20')

10.25–10.55 PŘESTÁVKA

10.55–11.10 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE

- Úskalí akutní terapie migrény – Pavelek Z. (15')

11.10–11.25 EDUKAČNÍ BLOK ROCHE

- NT-proBNP v rukou praktického lékaře – jednoduchý test s velkým významem – Nálevková K. (15')
(Symposium je podpořené společností ROCHE s. r. o.)

11.25–12.25 KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ

odborná garantka MUDr. Petra Zimolová

- Efektivní snížení KV mortality a morbidit a aneb NKP 25–35 v praxi – Vícha M. (20')
- CVD mezi daty a praxí: čím dříve, tím lépe – Zimolová P. (20')
- Klinické využití synergického efektu ACEI a BB v léčbě a prevenci fibrilace síní – Plíva M. (20')

12.25–13.15 PŘESTÁVKA NA OBĚD

13.15–14.35 ONKOLOGIE

doc. MUDr. Iveta Kolářová, Ph.D.

- Organizace onkologické péče, spolupráce onkologa s praktickým lékařem – Kolářová I. (20')
- Toxicita onkologické léčby – denní chléb v ambulanci praktického lékaře – Paulík A. (20')
- Terapie nádorů prostaty a její nežádoucí účinky – Hodek M. (20')
- Radioterapie nádorových onemocnění fotonu vs. protonu – Sirák I. (20')

14.35–15.25 NOVÉ VÝZVY V DIAGNOSTICE A LÉČBĚ

- Kláro, jak to s tebou vypadá aneb dvě filmové kazuistiky – Koumarová Š. (15')
- Racionalizace antisekreční léčby v klinické praxi – Tachecí I. (15')
(Přednáška je podpořena společností PRO.MED.CS Praha a.s.)
- HIV v roce 2026: klíčové informace pro praktické lékaře – Kapla J. (15')
(Přednáška je podpořena společností Gilead Sciences s. r. o.)
- Patentované orální probiotické kmeny v praxi – Vagnerová H. (5')
(Přednáška je podpořena společností Favea Plus, a. s.)


15.25–15.55 PŘESTÁVKA

15.55–16.40 KORTIZOL A SYSTÉMOVÉ GLUKOKORTIKOIDY V KLINICKÉ PRAXI

prof. MUDr. Michal Kršek, DrSc., MBA, FEFIM

16.40–17.40 OFTALMOLOGIE

doc. MUDr. Libor Hejsek, Ph.D., FEBO

- Základní typy a management glaukomu – Kadlecová J. (15')
- Konzervativní a laserová léčba glaukomu – Dusová K. (15')
- Glaukom úzkého úhlu – Štysová E. (15')
-  Chirurgická léčba glaukomu – Hejsek L. (15')

17.40 ZAKONČENÍ ODBORNÉHO PROGRAMU PRVNÍHO DNE KONGRESU

PROGRAM – sobota 30. května 2026

9.00–10.00 LÉKAŘSKÉ POSUDKY – NA CO SI DÁT POZOR?

JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

10.00–11.00 MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE

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

11.00–11.30 PŘESTÁVKA**11.15–12.45 INTERAKTIVNÍ SEMINÁŘ: KREATIVNÍ PŘÍSTUPY K LÉČBĚ DEPRESE**

Salónek Studio

Bartečková E., Hořínková J.

11.30–12.50 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')

12.50–13.50 E-RECEPTY – JAK JE SPRÁVNĚ PSÁT

Mgr. MUDr. Jaroslav Maršík

14.00 ZÁVĚR KONGRESU, LOSOVÁNÍ ANKETY, OBĚD**IP** interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

TIRÁŽ**11. kongres Medicíny pro praxi v Hradci Králové
29.–30. května 2026 | Kongresové centrum Aldis****Pořadatel**

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

Odborný garant

prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D.

Mediální partner

časopis Medicína pro praxi

Organizátor

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

Organizační zajištění: Rostislav Reininger, 778 775 664, reininger@solen.cz

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

Programové zajištění: Mgr. Hedvika Šlanhořová, 778 437 996, slanhofova@solen.cz

Grafické zpracování a sazba: Lucie Šilberská, silberska@solen.cz

Ohodnocení

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

**Vydal:** Solen, s. r. o., IČ 25553933**ISBN** 978-80-7471-578-5**Tisk:** Properus, s. r. o., Olomouc

detralex®

MPFF® – mikronizovaná purifikovaná flavonoidní frakce

registrovaná
ochranná
známka

DETRALEX® – JEDINÝ S MPFF® 1-3



Chronické žilní onemocnění
2 tbl denně

Hemoroidální onemocnění
až 6 tbl denně

ČÍSLO 1
v mezinárodních i národních doporučeních⁴⁻⁶

Zkrácená informace o přípravku Detralex®

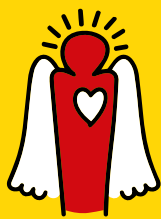
SLOŽENÍ*: Flavonoidorum fractio purificata micronisata 500 mg (mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce - MPFF): Diosminum 450 mg, Flavonoida 50 mg vyjádřené jako Hesperidinum v jedné potahované tabletě. **INDIKACE***: Léčba příznaků a projevů chronické žilní insuficience dolních končetin, funkčních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

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

** Všimněte si prosím změn v informacích 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. Nicolaiides 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



DOBRÝ ANDĚL

**BUĎTE s námi
DOBRÝM
ANDĚLEM****Při odchodu
z této akce
vraťte
visačku****za 1 visačku
SOLEN věnuje 10 Kč**nadaci www.dobryandel.czKaždá vrácená visačka
je recyklována a opět použitaVíce informací o tomto projektu
najdete na www.solen.czV roce 2025 jsme díky vám
přispěli částkou 30 000 Kč
nadaci Dobrý anděl.

Kašel – multioborový blok

odborný garant MUDr. Jan Vodička, Ph.D.

pátek / 29. května 2026 / 9.05–10.25 hod.

Možnosti praktického lékaře a očekávání od specialistů

MUDr. Libor Hemžský

Ordinace VPL, Choltice

Úvod: Kašel patří mezi nejčastější symptomy, se kterými pacienti přicházejí do ordinace praktického lékaře. Správné zhodnocení jeho charakteru, trvání, doprovodných příznaků a důkladné fyzikální vyšetření je klíčové pro stanovení diagnózy a další postup.

Cíl: Cílem sdělení je prezentovat systematický přístup k vyšetření kašle v ordinaci praktického lékaře a zdůraznit význam důkladného fyzikálního vyšetření a mezioborové spolupráce na podkladě kazuistiky.

Metody: Přednáška vychází z aktuálních doporučených postupů a klinických zkušeností z praxe. Diagnostický algoritmus je strukturován dle délky trvání kašle, přítomnosti alarmujících příznaků a klinického nálezu. Součástí sdělení je i kazuistika mladého, zdánlivě nízkorizikového pacienta, s krátce trvajícím kašlem.

Výsledky: Kazuistika ilustruje limitace spoléhání se pouze na délku trvání obtíží a zdůrazňuje význam koordinované péče.

Závěr: Praktický lékař má zásadní roli v iniciálním zhodnocení kašle a rozhodování o dalším diagnosticko-terapeutickém postupu. Důsledné fyzikální vyšetření v kombinaci s efektivní mezioborovou spoluprací představuje klíčový faktor pro včasnou diagnostiku a léčbu pacienta.

Kašel – role ORL lékaře

MUDr. Jana Šatanková, Ph.D., MUDr. Kristýna Néma,

prof. MUDr. Viktor Chrobok, CSc., Ph.D.

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

Kašel představuje obranný dýchací reflex na mechanické, fyzikální nebo chemické podráždění receptorů na sliznici dýchacích cest. Chrání dýchací cesty od nežádoucí inhalace a aspirace. Může být fyziologický nebo patologický.

Přednáška se zabývá definicí, rozdělením kašle z hlediska trvání, intenzity, podle časových souvislostí a podle charakteru. Specifikuje příčiny akutního a chronického kašle u dospělých a dětí. Blíže charakterizuje extraezofageální reflux jako častou příčinu chronického kašle, možnosti diagnostiky a terapie z pohledu ORL lékaře.

Obohacena bude kazuistikami pacientů včetně videonahrávek.

Psychogenní kašel

PhDr. Blanka Pöslová

Ambulance klinické psychologie, psychoterapie a rodinné terapie společnosti
PsychoCom, s. r. o., Pardubice

Ve svém příspěvku chci poskytnout pohled klinického psychologa a psychoterapeuta na kašel jako psychosomatickou reakci, kde zásadní roli hraje psychický stav pacienta, jeho typ osobnosti, jeho způsoby zpracování stresu nebo jiných životních zátěží.

Představím kazuistiku, ve které popíšu možnosti psychologického vyšetření, psychoterapeutického rozhovoru a práce s časovou osou. Rovněž nastíním možnosti psychoterapie z pohledu některých psychoterapeutických směrů.

Aktuality do vaší ordinace

pátek / 29. května 2026 / 10.55–11.10 hod.

Úskalí akutní terapie migrény

doc. MUDr. Zbyšek Pavelek, Ph.D.

Centrum pro diagnostiku a léčbu bolestí hlavy, Neurologická klinika FN Hradec Králové

Bolesti hlavy představují častou problematiku, se kterou se setkávají praktičtí lékaři nebo neurologové. Migréna patří mezi primární bolesti hlavy. Jedná se o typ bolesti hlavy, kdy nezjistíme žádnou vyvolávající příčinu či onemocnění, které by bylo s bolestí hlavy v přímé souvislosti. Migréna sice neohrožuje život pacientů, významně však může snižovat kvalitu života. Celosvětově trpí tímto onemocněním přibližně 1 miliarda lidí. Migréna je celosvětově druhým nejvíce zneschopňujícím zdravotním problémem a je nejčastější příčinou invalidity u lidí ve věku 15–49 let. Lidé s migrénou častěji než lidé bez migrény udávají potíže s depresí, generalizovanou úzkostnou poruchou či dlouhodobou neschopností.

Dle Mezinárodní klasifikace bolestí hlavy (ICHD-3) rozlišujeme migrénu s aurou, migrénu bez aury, komplikace migrény a jiné migrenózní bolesti. Migréna se obvykle vyznačuje opakujícími se unilaterálními bolestmi hlavy, střední až silné intenzity, popisovanými jako pulzního charakteru. Může být doprovázena doprovodnými příznaky, jako jsou např. nevolnost, fonofobie a fotofobie.

Léčbu migrény lze rozdělit na akutní a profylaktickou. Cílem akutní léčby je co nejrychlejší potlačení bolesti hlavy a dalších doprovodných příznaků, zejména nauzey a zvracení, u již probíhající ataky migrény. Profylaktická léčba je indikována u pacientů, kteří trpí častými nebo dlouhotrvajícími atakami.

Rizikem nedostatečně/nesprávně léčené migrény je rozvoj bolestí hlavy z nadužívání analgetik (MOH – Medication-Overuse Headache). Je prokázáno, že časté a pravidelné užívání analgetik, nesteroidních antirevmatik, triptanů, opioidů nebo kombinace těchto léků, může vést k léky indukované bolesti hlavy. Nejčastěji je MOH postižena populace v produktivním věku (30–50 let), 2–5× častěji ženy. Přesný patogenetický mechanismus vzniku MOH není znám. Léčba MOH se opírá o tři základní pilíře: 1. vysazení nadužívaného léčiva, 2. farmakologická a nefarmakologická podpora, 3. prevence relapsu. Moderní profylaktická léčba migrény prokazatelně redukuje počet dnů s migrénou za měsíc (MMD). Výsledky klinických studií potvrzují efektivitu podávání atogepantu na redukcii počtu dnů s užitím akutní medikace a tudíž se snižuje i procento pacientů splňujících po 12 týdnech léčby kritéria pro MOH. Benefit vyplývající z úspěšné léčby je vysoký – individuální pro pacienta a sociálně-ekonomický pro společnost.

Edukační blok Roche

pátek / 29. května 2026 / 11.10–11.25 hod.

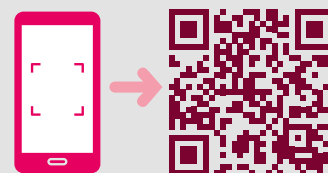
NT-proBNP v rukou praktického lékaře – jednoduchý test s velkým významem

PharmDr. Karolína Nálevková

Medical tým Roche Diagnostics, Praha

Kardiovaskulární onemocnění (KVO) představují v České republice nejčastější příčinu úmrtí a jejich prevalence setrvale roste. Narůstá zejména výskyt srdečního selhání, arytmií a hypertenze. Klíčem ke zlepšení situace by v souladu s Národním kardiovaskulárním plánem 2025–2035 měla být zejména intenzivní primární prevence a odhalení KVO v co nejranějších stadiích. Zásadní roli zde hrají laboratorní kardiální markery, které významně pomáhají v časně diagnostice KVO.

Jedním z těchto markerů je N-terminální prohormon natriuretického peptidu typu B (NT-proBNP). Tento marker je nepostradatelný v diagnostice akutního i chronického srdečního



POD TÍMTO QR KÓDEM NAJDETE



Sborník abstrakt
v digitální podobě



Anketu
k on-line vyplnění



Formulář pro dotazy přednášejícím



Program konference,
Další vzdělávací akce...

selhání, přičemž jeho unikátní význam spočívá ve schopnosti odhalit počáteční asymptomatická stádia srdečního selhání (tzv. stadium A). Stadium A srdečního selhání zahrnuje pacienty vykazující vysoké kardiovaskulární riziko dané komorbiditami jako je hypertenze, diabetes mellitus, ICHS či obezita. Včasná intervence u rozvíjejícího se srdečního selhání zásadně ovlivňuje průběh a prognózu tohoto onemocnění, proto je pravidelné monitorování NT-proBNP u rizikové populace a pacientů starších 50 let nezbytné.

Pro efektivní využití NT-proBNP je klíčová interpretace výsledků v celkovém klinickém kontextu, neboť faktory jako fibrilace síní či renální dysfunkce mohou jeho hladiny zvyšovat, zatímco obezita je může naopak falešně snižovat.

Kardiální markery, v čele s NT-proBNP, představují nepostradatelný nástroj nejen pro včasnou diagnostiku, ale i pro stratifikaci rizika a dlouhodobé sledování pacientů, včetně monitorování léčby, čímž se stávají jedním ze základních pilířů moderní péče o pacienty s kardiovaskulárními onemocněními.

Kardiovaskulární onemocnění

odborná garantka MUDr. Petra Zimolová
pátek / 29. května 2026 / 11.25–12.25 hod.

Efektivní snížení KV mortality a morbidity aneb NKP 25–35 v praxi

MUDr. Marek Vícha, Ph.D.

Klinika kardiovaskulární a transplantační chirurgie, Fakultní nemocnice Olomouc

Úvod: V České republice patří kardiovaskulární onemocnění dlouhodobě k nejčastějším příčinám úmrtí a představují významnou zátěž z hlediska morbidity i čerpání zdravotní péče. Kontrola hlavních kardiovaskulárních rizikových faktorů v populaci zůstává nedostatečná a zásadně ovlivňuje dlouhodobé výsledky léčby.

Cíl: Cílem přednášky je shrnout epidemiologii kardiovaskulárních onemocnění v České republice a praktické implikace Národního kardiovaskulárního plánu 2025–2035.

Obsah: Prezentována jsou aktuální epidemiologická data o kardiovaskulárních onemocněních v České republice, včetně trendů mortality, morbidity a kontroly hlavních rizikových faktorů. V jejich kontextu jsou diskutovány hlavní priority Národního kardiovaskulárního plánu, zejména posílení primární a sekundární prevence, časný záchyt a léčba rizikových faktorů, organizace péče a zlepšení návaznosti mezi jednotlivými úrovněmi zdravotního systému.

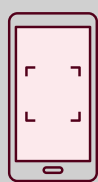
Závěr: Další snížení KV mortality a morbidity je podmíněno zlepšením prevence, kontrolou rizikových faktorů a důslednou implementací doporučených postupů do klinické praxe. Národní kardiovaskulární plán vytváří rámec pro systematický postup v těchto oblastech.

Klinické využití synergického efektu ACEI a BB v léčbě a prevenci fibrilace síní

MUDr. Milan Plíva

Kardiologické centrum AGEL Pardubice, Interní klinika – Kardiologické oddělení
Nemocnice Pardubice

Fibrilace síní patří mezi nejčastější srdeční arytmie nejen v ambulatní praxi a její prevalence nadále narůstá v souvislosti se stárnutím populace a kumulací kardiovaskulárních rizikových faktorů. Onemocnění je spojeno nejen se zvýšeným rizikem cévní mozkové příhody, ale i se zhoršením kvality života, rozvojem srdečního selhání a vyšší mortalitou. Přednáška se zaměřuje na praktický management pacientů s fibrilací síní v primární péči se zvláštním důrazem na použití synergického efektu ACE-i a β -blokátoru u těchto nemocných.



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 konference a časopisu. Anketu najdete na našem stánku Solen.

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

Ceny v anketě nejsou financovány farmaceutickými firmami.

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

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

 **GILEAD**



„Kvalita přednášky často závisí na kvalitě kávy.“

Viktor Frankl
lékař a filozof

Užijte si čas přednášek s kávou od SOLENU

SOLENUMEDICAL EDUCATION

» ABSTRAKTA

ONKOLOGIE

Hlavní pozornost je věnována betablokátorům jako lékům první volby pro kontrolu frekvence, přičemž vyzdvihována je role vysoce β_1 selektivních 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.

Onkologie

odborná garantka doc. MUDr. Iveta Kolářová, Ph.D.

pátek / 29. května 2026 / 13.15–14.35 hod.

Organizace onkologické péče, spolupráce onkologa s praktickým lékařem

doc. MUDr. Iveta Kolářová, Ph.D.

Klinika onkologie a radioterapie, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Onkologická péče v České republice je organizována jako víceúrovňový systém s klíčovou rolí specializovaných pracovišť, zejména sítě komplexních onkologických center (KOC), která zajišťují diagnostiku, léčbu i koordinaci péče o onkologické pacienty. Nedílnou součástí tohoto systému je však i praktický lékař, jehož role v posledních letech významně posiluje.

Přednáška se zaměřuje na aktuální organizaci onkologické péče v ČR, včetně nově akreditované sítě komplexních onkologických center, na principy fungování s návaznými pracovišti, a především na mezioborovou spolupráci. V přednášce bude vysvětlena i pozice koordinátora onkologické péče, což je od letošního roku povinností každého komplexního onkologického centra. Důraz bude kladen na komunikaci mezi onkologem a praktickým lékařem, sdílení informací o pacientovi a koordinaci péče v jednotlivých fázích onemocnění – od časného záchytu přes aktivní léčbu až po následnou péči. Samostatná část bude věnována možnostem dispenzarizace onkologických pacientů v ordinaci praktického lékaře, včetně výběru vhodných pacientů a řešení pozdních nežádoucích účinků léčby. Diskutovány budou také přínosy tohoto modelu pro pacienta i zdravotnický systém, včetně zvýšení dostupnosti péče a odlehčení specializovaných center.

Cílem přednášky je poskytnout praktickým lékařům přehled o jejich roli v současném systému onkologické péče a nabídnout konkrétní doporučení pro efektivní spolupráci s onkologickými pracovišti.

Toxicita onkologické léčby – denní chléb v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Adam Paulík

Klinika onkologie a radioterapie, Fakultní nemocnice Hradec Králové

a Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova

Zásluhou značného recentního pokroku v diagnostice a léčbě jak časných, tak pokročilých a metastatických solidních tumorů výrazně roste zastoupení pacientů v populaci, kteří podstoupili nebo podstupují různé modalit komplexní onkologické léčby (chirurgie, radioterapie, systémová terapie – hormonální léčba, chemoterapie, biologická/cílená léčba, imunoterapie

atd.). Výrazný benefit této terapie, která v řadě případů dokáže prodloužit život v řádu let a přeměnit tak původně zcela infaustní onemocnění na dlouhodobou chronickou chorobu, je nezanedbatelný výskyt akutních i chronických toxicit, které mohou v lepším případě pouze nepříjemně interferovat s běžným kvalitním životem (návaly při hormonální terapii, periferní neuropatie po terapii taxany atd.) a v horším případě mohou pacienta na životě ohrozit akutními komplikacemi (neutropenie, sepse, trombotické komplikace atd.) nebo pozdními následky léčby (srdeční selhání, myelodysplastický syndrom, leukemie atd.). Se zavedením imunoterapie v posledních letech do terapie celé řady různých typů malignit vyvstává potřeba dobře znát a reagovat i na autoimunitní nežádoucí účinky této terapie, které mohou vznikat i v časovém odstupu od této léčby a mohou být dlouhodobé či trvalé. Základem časně a správně léčby těchto nežádoucích účinků tedy jistě je a nadále bude ještě více těsná spolupráce mezi specialistou – ošetřujícím onkologem a pacientovým praktickým lékařem, který celou léčebnou péči o daného pacienta koordinuje a je lékařem prvního kontaktu.

Terapie karcinomu prostaty a její nežádoucí účinky

MUDr. Miroslav Hodek, Ph.D.

Klinika onkologie a radioterapie, Fakultní nemocnice Hradec Králové

Onkologická léčba pacientů s karcinomem prostaty prochází v posledních letech dramatickým vývojem, díky němuž se i pokročilá stadia onemocnění transformují v chronický stav s perspektivou mnohaletého přežití. Tento úspěch moderní medicíny však klade nové nároky na koordinaci péče mezi onkologem a praktickým lékařem, neboť dlouhodobá protinádorová terapie s sebou přináší specifické spektrum nežádoucích účinků zásadně ovlivňujících celkový zdravotní stav a funkční zdatnost pacienta. Základním pilířem léčby zůstává androgenní deprivativní terapie, která však v důsledku hlubokého deficitu testosteronu iniciuje kaskádu systémových změn zasahujících do mnoha orgánových soustav. Tyto změny se v klinické praxi manifestují rozvojem metabolického syndromu, nárůstem viscerální adipozity, inzulinovou rezistencí a následným zvýšením kardiovaskulární morbidity. Pro praktického lékaře to znamená nezbytnost intenzivnějšího managementu arteriální hypertenze a pravidelného monitoringu glykemie i lipidového spektra, neboť kardiovaskulární příhody představují u těchto nemocných jednu z hlavních příčin mortality nesouvisející přímo s progresí vlastního onkologického nálezu.

Souběžně s metabolickými dopady je nutné věnovat zvýšenou pozornost skeletálnímu zdraví a prevenci osteoporózy. Onkologem indukovaný hypogonadismus vede k rychlému poklesu kostní minerální hustoty, což u seniorské populace dramaticky zvyšuje riziko patologických fraktur s následnou imobilizací a ztrátou soběstačnosti. Další vrstvu terapeutické komplexnosti představuje zavedení inhibitorů androgenního receptoru nové generace do časných fází léčby. Tyto preparáty, ač vysoce účinné, mohou vyvolávat specifickou neurotoxicitu manifestující se jako chronická únava, kognitivní poruchy či poruchy rovnováhy. Symptomy bývají v praxi často mylně interpretovány jako projevy přirozeného stárnutí, přičemž jejich správná identifikace a případná úprava režimu mohou zásadně přispět k bezpečnosti pacienta, zejména s ohledem na prevenci pádů a úrazů hlavy.

Kritickým bodem mezioborové spolupráce zůstává oblast farmakologických interakcí a polypragmatie. Moderní onkologická léčiva působí jako silní modulátoři enzymatických systémů cytochromu P450, což může vést k nepředvídatelným změnám hladin chronické medikace, včetně antikoagulancií, statinů či perorálních antidiabetik. Role praktického lékaře je v tomto ohledu nezastupitelná, neboť má jako jediný k dispozici komplexní přehled o všech lécích, které pacient reálně užívá. Opomenout nelze ani pozdní následky lokální terapie, zejména chirurgických výkonů a radioterapie, které vyžadují specifický přístup k řešení urogenitálních i gastrointestinálních obtíží. Předložené sdělení nabízí ucelený a hlubší pohled na management těchto multidisciplinárních komplikací a jasně definuje kritické body, kde včasná intervence praktického lékaře přímo rozhoduje o dlouhodobém úspěchu onkologické léčby a zachování důstojné kvality života pacienta v jeho přirozeném sociálním prostředí.



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

Radioterapie nádorových onemocnění fotonu vs. protony

doc. MUDr. Igor Sirák, Ph.D.

Klinika onkologie a radioterapie, Fakultní nemocnice v Hradci Králové

Radioterapie hraje klíčovou roli v léčbě nádorových onemocnění, a to jak v kurativních indikacích, kdy se snažíme pomoci radioterapie a dalších léčebných modalit pacienta zcela vyléčit, tak i v paliativních indikacích, kdy se radioterapií snažíme ulevit od potíží způsobených lokálním růstem nádoru či metastáz. Ozařování fotonu o vysoké energii je prověřeno 130 let dlouhou historií radioterapie, která započala objevením paprsků X v roce 1895. Fotonová radioterapie aplikovaná lineárními urychlovači částic představuje současný standard protnádorové radioterapie po celém světě a je široce dostupná ve všech Komplexních onkologických centrech v ČR. V posledních 14 letech, od spuštění soukromého centra protonové terapie v Praze v roce 2012, se v ČR stále intenzivně diskutuje o možných výhodách a nevýhodách využití protonové radioterapie ve srovnání s tradiční fotonovou léčbou.

Cílem přednášky je poskytnout přehled o principech, reálných možnostech využití a současném stavu obou metod v kontextu českého zdravotnického systému. Zaměříme se na rozdílný mechanismus působení fotonové a protonové radioterapie a možný dopad mechanismu na léčebné výsledky. Přednáška se zaměří i na dostupnost a náklady spojené s oběma metodami v kontextu českého zdravotnictví, včetně otázky efektivity vynaložených prostředků.

Tato přednáška by měla poskytnout informace, které pomohou praktickým lékařům zodpovědět dotazy pacientů na protonovou a fotonovou léčbu v jejich každodenní praxi a přispět tak k informovanosti pacientů o dostupných formách radioterapie v ČR.

Nové výzvy v diagnostice a léčbě

pátek / 29. května 2026 / 14.35–15.25 hod.

HIV v roce 2026: klíčové informace pro praktické lékaře

MUDr. Jaroslav Kapla, Ph.D.

Klinika infekčních nemocí, FN Hradec Králové

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 současnou pokročilost 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, preexpoziční a post-expoziční 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 testujsevca.cz.

CS-UNB-0272

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

Kortizol a systémové glukokortikoidy v klinické praxi

pátek / 29. května 2026 / 15.55–16.40 hod.

Kortizol a systémové glukokortikoidy v klinické praxi

prof. MUDr. Michal Kršek, DrSc., MBA, FEFIM

III. interní klinika – klinika endokrinologie a metabolismu VFN a 1. LF UK Praha

Glukokortikoidy jsou steroidní hormony odvozené od jejich hlavního přirozeného glukokortikoidu kortizolu. Své biologické účinky vykonávají prostřednictvím 90 kDa velkého glukokortikoidního receptoru, lokalizovaného intracelulárně. Glukokortikoidy jsou hormony, které ovlivňují metabolismus a činnost prakticky všech buněk, tkání a orgánů lidského těla a mezi jejich biologické účinky patří (zjednodušeně a obecně):

- Účinky na metabolismus cukrů: hyperglykemizující a diabetogenní.
- Účinky na metabolismus bílkovin: proteokatabolický.
- Účinky na metabolismus tuků: přímé a nepřímé, při akutním podání spíše lipolytické, při chronickém podávání prolipogenetické.
- Účinky na vodní a elektrolytovou rovnováhu: retence Na⁺ a vody, exkrece K⁺ prostřednictvím stimulace mineralokortikoidního receptoru.
- Účinky na kostní tkáň: stimulace osteoresorpce a inhibice novotvorby s následným úbytkem kostní hmoty.
- Účinky na kardiovaskulární systém: mnohočetné, vedoucí k řadě změn včetně arteriální hypertenze, akcelerace aterosklerózy aj.
- Účinky na centrální nervový systém: poruchy spánku, chování, paměti, afektivní poruchy.
- Účinky na krevní elementy a imunitní systém, jejichž výsledkem je imunosupresivní působení.

Indikace kortizolu:

Především substituční léčba hypokortikalismu, včetně léčby addisonské krize, některé další indikace v urgentní medicíně.

Indikace dalších glukokortikoidů:

Akutně: alergické stavy, anafylaktický šok, septický šok (specifická situace), tyreotoxická krize, laryngeální edém, mozkový edém, maligní hypertermie, těžká hyperkalcemie, myxedémové koma aj.

Chronicky: Řada stavů, ve kterých se využívá především protizánětlivých a imunosupresivních účinků glukokortikoidů.

Nežádoucí účinky: Komplexní a často závažné nežádoucí účinky vyplývající z biologických účinků glukokortikoidů jiných než těch, pro které jsou indikovány. Týkají se především dlouhodobého podávání vysokých dávek.

Suprese osy hypothalamus-hypofýza-nadledviny (HPA osa): Dlouhodobé podávání vyšších dávek glukokortikoidů vede k supresi osy HPA a tedy k tzv. funkčnímu hypokortikalismu / glukokortikoidy indukované adrenální insuficienci. Tuto skutečnost je nutné zohlednit při vysazování dlouhodobě podávaných systémových glukokortikoidů.

Oftalmologie

odborný garant doc. MUDr. Libor Hejsek, Ph.D., FEBO

pátek / 29. května 2026 / 16.40–17.40 hod.

Základní typy a management glaukomu

MUDr. Jana Kadlecová, Ph.D.

Oční klinika, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova
a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Glaukom představuje heterogenní skupinu onemocnění charakterizovanou progresivní neuropatií zrakového nervu s typickými změnami zorného pole. Nejčastější formou je primární glaukom otevřeného úhlu, dále se setkáváme s glaukomem uzavřeného úhlu, sekundárními glaukomy a vrozeným glaukomovým onemocněním. Patogeneze onemocnění je multifaktoriální, přičemž nejčastějším rizikovým faktorem je nitrooční tlak.

Přednáška podává přehled základní klasifikace glaukomů, klinických projevů a diagnostických metod.

Management glaukomu je zaměřen především na snížení nitroočního tlaku jako jediného ovlivnitelného rizikového faktoru. Výběr léčebné strategie je individualizován dle typu glaukomu, stadia onemocnění a celkového stavu pacienta.

Konzervativní a laserová léčba glaukomu

MUDr. Klára Dusová¹, doc. MUDr. Libor Hejsek, PhD., FEBO^{1,2}

¹Oční klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové

²Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové

Zelený zákal (glaukom) je chronické progresivní onemocnění zrakového nervu. Pro svůj plíživý, do pozdních stadií choroby asymptomatický průběh je často nezjištěn a zásadní roli v jeho odhalení hraje screening v podobě preventivních očních prohlídek. Při neléčeném či nedostatečně léčeném onemocnění dochází k zužování zorného pole až k úplné slepotě, a tím k výraznému snížení kvality života pacientů. Jediným modifikovatelným faktorem progresu glaukomu je kontrola a řízené snižování nitroočního tlaku. Léčbu dělíme na farmakologickou, laserovou a chirurgickou. Chirurgická léčba je určena pro pacienty s progresí na konzervativní léčbě či pacienty s intolerancí antiglaukomatik a zažívá v posledních letech výrazný rozvoj.

Farmakologická léčba je ve většině případů první volbou. Současná antiglaukomatika se dělí do čtyř základních skupin, z nichž každá má své benefity, ale také nežádoucí účinky. Pro správnou volbu terapie je důležité znát celkový stav pacienta. V tomto ohledu je zásadní spolupráce oftalmologa s praktickým lékařem. Zvláštní obezřetnost je nutná u pacientů s plicním či srdečním postižením (astma bronchiale, sinusová bradykardie, AV blok vyššího stupně a další) a u gravidních pacientek.

Do laserové terapie glaukomu řadíme selektivní laserovou trabekuloplastiku (SLT), laserovou iridektomii (LIRE) a cyklofotokoagulaci (CFK). Každá z těchto metod má své využití u jiného spektra glaukomových pacientů. Selektivní laserovou trabekuloplastiku volíme u počínajících stadií onemocnění, někdy i jako první linii léčby, s výhodou je její použití u těhotných, kde je většina antiglaukomatik kontraindikována. Laserovou iridektomii využíváme u pacientů s glaukomem úzkého či uzavřeného úhlu, dále také u akutního glaukomového záchvatu, kde je však její provedení často komplikované edémem rohovky. Naopak cyklofotokoagulace (metoda laserové destrukce ciliárního tělesa, které produkuje nitrooční tekutinu) je standardně využívána u refrakterních a pokročilých glaukomů.

Cílem přednášky je stručné seznámení s konzervativní a laserovou léčbou glaukomu se zaměřením na důležité celkové kontraindikace a interakce léčby.

8 z 10 případů bolestí v krku je způsobeno viry.¹

Octenidine Klosterfrau

Patentované* pastilky na léčbu zánětů
a bolesti v ústech a krku



12+



Široké spektrum účinků:

- **Baktericidní** (G+/G-, MRSA)^{2,3}
- **Virucidní** (obalené viry: viry para/influenzy, RSV, koronaviry)^{2,3}
- **Levurocidní** (Candida albicans)^{2,3}

*Patent EP 1 799 186 B1

1. Bruthansova P, Plzak J, Jablonicky P. Jak na bolesti v krku v jarních a letních měsících, Med. praxi 2013; 10(6-7): 226-22. 2. SPC léčivého přípravku Octenidine Klosterfrau 2,6mg pastilky. 3. Köhnlein J, Rheinbaben FV, Werner S. Zur antimikrobiellen und viruziden Wirksamkeit von Octenidin-Lutschtabletten. Krankenhaushyg Infektionsverh. 2016 Aug;38(4):165-173. German. doi: 10.1016/j.khinf.2016.06.001. Epub 2016 Jul 18. PMID: 32288160; PMCID: PMC7146768.

Octenidine Klosterfrau 2,6 mg pastilky: **S:** octenidini dihydrochloridum 2,6 mg v 1 pastilce. **IS:** Otorinolaryngologikum/antiseptikum s antibakteriálním, virucidním a antimykotickým účinkem. **I:** Ke krátkodobé podpůrné léčbě zánětu sliznice dutiny ústní a hrdla s typickými příznaky zahrnujícími bolest, zarudnutí a otok. **D:** Dospělí a dospívající od 12 let užívají jednu pastilku každé 2–3 hodiny. Maximální denní dávka je 6 pastilek. Pastilky se mají nechat pomalu rozpustit v ústech. **KI:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku, děti do 12 let. **IT:** Nebyly provedeny žádné studie interakcí. **NÚ:** Možnost výskytu alergické reakce, podráždění sliznice dutiny ústní, sucho v ústech, dyspepsie, nauzea a bolest břicha. Frekvence výskytu není známa. **ZU:** Pokud příznaky přetrvávají déle než 4 dny, doporučuje se přehodnotit diagnózu a léčbu. Pouze pro krátkodobé použití. Přípravek obsahuje 2,57 g isomaltu (E 953) jako náhrady cukru v jedné pastilce. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí fruktózy nemají tento přípravek užívat. **TL:** Podávání přípravku se v těhotenství a u žen v reprodukčním věku, které nepoužívají antikoncepci, nedoporučuje. V období kojení se přípravek nemá podávat. **B:** 24 pastilek. **Držitel rozhodnutí o registraci:** M.C.M Klosterfrau Vertriebsgesellschaft mbH, Gereonsmühlengasse 1-11, 50670 Köln, Německo.

Datum poslední revize textu SPC: 15. 7. 2024.

Přípravek není vázán na lékařský předpis a není hrazen zdravotními pojišťovnami. Seznamte se, prosím, s úplným Souhrnem údajů o přípravku (SPC).

Glaukom úzkého úhlu

MUDr. Eva Štysová^{1,2}, doc. MUDr. Libor Hejsek, Ph.D., FEBO^{1,2}

¹Oční klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové

²Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové

Úvod: Glaukom úzkého úhlu (primární glaukom s uzavřeným úhlem) představuje významnou příčinu nevratné slepoty celosvětově. Nejvyšší prevalence je zaznamenána v asijských populacích, které tvoří až 86,5 % všech případů.

Patofyziologie: onemocnění je charakterizováno mechanickou obstrukcí odtokových cest komorové tekutiny v iridokorneálním úhlu. Anatomické rizikové faktory zahrnují mělkou přední komoru, kratší axiální délku oka a tlustší a anteriorně uloženou čočku.

Klinické formy: Akutní záchvat glaukomu úzkého úhlu představuje akutní stav v oftalmologii charakterizovaný náhlým zvýšením nitroočního tlaku, bolestí oka, nevolností, zvracením a rozmazaným viděním s haló kolem světél. Chronická forma probíhá pomaleji a může být v časných stádiích asymptomatická, což vede k pozdní diagnostice, a tím i závažnější ztrátě zraku.

Diagnostika a léčba: Akutní glaukomový záchvat vyžaduje okamžité snížení nitroočního tlaku pomocí systémových a topických léků (inhibitory karboanhydrázy, betablokátory, alfa-agonisty). Definitivní léčbou je laserová periferní iridotomie, která vytváří otvor v duhovce a eliminuje pupilární blok. Novější studie prokázaly benefit časné extrakce čočky u pokročilejších případů. Profylaktická periferní iridotomie na druhém oku je doporučována ke snížení rizika postižení druhého oka v budoucnosti.

Závěr: Glaukom úzkého úhlu vyžaduje včasnou diagnostiku a léčbu k prevenci nevratné ztráty zraku. Znalost rizikových faktorů, klinické prezentace a terapeutických možností je klíčová pro správnou péči o pacienty.

Chirurgická léčba glaukomu

doc. MUDr. Libor Hejsek, Ph.D., FEBO

Oční klinika FN v Hradci Králové

Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové

Glaukom je chronické onemocnění, které může vést k nevratné ztrátě zraku. Základem léčby je obvykle farmakoterapie, u části pacientů však není dostatečně účinná nebo je špatně tolerována. V těchto případech přichází ke slovu chirurgická léčba. Přednáška přehledně představí hlavní indikace k operačnímu řešení glaukomu, základní typy výkonů a jejich přínos i rizika z pohledu dlouhodobé péče o pacienta. Cílem je pomoci praktickým lékařům lépe rozpoznat situace, kdy je vhodné pacienta včas odeslat k oftalmologovi, a porozumět roli chirurgické léčby v komplexní péči o glaukomové pacienty.

Lékařské posudky – na co si dát pozor?

sobota / 30. května 2026 / 9.00–10.00 hod.

Lékařské posudky – na co si dát pozor?

JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

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

Příspěvek bude věnován problematice lékařských, nikoli znaleckých, posudků, které poskytovatelé zdravotních služeb vystavují pro nejrůznější účely (dávky, řídicí oprávnění apod.). Posluchači budou seznámeni s tím, jaké nejčastější chyby se v praxi vyskytují a na co si dát pozor. Krátce bude zmíněna rovněž případná trestní odpovědnost v případě vystavení vědomě nepravdivého posudku.

Mezioborová spolupráce

sobota / 30. května 2026 / 10.00–11.00 hod.

Racionální přístup k léčbě a prevenci infekcí dolních cest močových u žen

MUDr. Marcela Fontana, Ph.D., FEBU

Urologická klinika 2. LF a FN Motol a Homolka, Praha

Urocentrum Praha

Akutní cystitida představuje nejčastější formu lokalizované infekce močových cest (IMC) a patří mezi diagnózy, se kterými se setkávají lékaři napříč odbornostmi. Nejnovější doporučené postupy Evropské urologické společnosti (EAU) zavádějí novou klasifikaci infekcí močových cest na lokalizované a systémové a zdůrazňují význam antimikrobiálního stewardshipu a racionálního užívání antibiotik s ohledem na riziko bakteriální rezistence, nežádoucích účinků léčby a narušení přirozeného mikrobiomu.

U žen s akutní cystitidou bez známek systémové infekce EAU guidelines umožňují iniciační symptomatickou, neantibiotickou léčbu. V tomto kontextu lze zvážit nefarmakologické postupy včetně vybraných fytotherapeutických přípravků, jejichž účinky na zmírnění zánětu, bolesti, spasmů dolních močových cest či adheze uropatogenů byly popsány v klinických studiích. Tento přístup umožňuje kontrolu symptomů, podporu spontánní údravy a minimalizaci expozice antibiotikům, čímž přispívá k ochraně jejich účinnosti i mikrobiální rovnováhy. Významné je uplatnění antibiotik šetřících režimů v prevenci recidiv IMC. Racionální antibiotická léčba v souladu s principy antimikrobiálního stewardshipu zůstává terapeutickým postupem u jasně vymezených klinických situací.

Přednáška shrnuje aktuální doporučení EAU pro léčbu a prevenci akutní cystitidy u žen se zaměřením na možnosti neantibiotické terapie, včetně role fytotherapie v moderním léčebném algoritmu.

Probiotika při a po antibiotické léčbě: mýty a fakta

MUDr. Jiří Vejmelka, MBA

Interní klinika 3. LF UK a FTN, Praha

Antibiotika patří k zásadním nástrojům současné medicíny, jejich podávání je však spojeno s rizikem narušení střevního mikrobiomu a s rozvojem nežádoucích účinků, zejména průjmu asociovaného s antibiotickou léčbou. Probiotika v tomto kontextu hrají roli podpůrné intervence během antibiotické terapie i po jejím ukončení.

Přednáška se zaměří na současný stav poznání o podávání probiotik při a po antibiotické léčbě. Diskutovány budou především otázky kmenové specifity, síly klinických důkazů, bezpečnosti, optimálního načasování podání a relevance jednotlivých indikací. Pozornost bude věnována zejména prevenci antibiotiky asociovaného průjmu a možnostem snížení rizika infekce *Clostridioides difficile*, a to v kontextu dostupných doporučených postupů.

Součástí sdělení bude také kritické zhodnocení nejčastějších mýtů spojených s užíváním probiotik, včetně zjednodušujících představ o jejich univerzální účinnosti, zaměnitelnosti jednotlivých přípravků či nevhodně zobecňovaných klinických doporučení.

Cílem přednášky je nabídnout medicínsky korektní a klinicky praktický pohled na využití probiotik v období antibiotické léčby i po jejím ukončení a podpořit racionální, evidence-based indikaci probiotik v každodenní praxi.

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 kompartmentalizaci 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 jejich regulaci. 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 zvládnání urogenitálních infekcí, tak jejich prevence s podporou zvýšení kvality života.

Antibiotická terapie v ambulantní praxi: přehled a motolské doporučené postupy

oborný garant MUDr. Milan Trojánek, Ph.D.

sobota / 30. května 2026 / 11.30–12.50 hod.

Antibiotická terapie v ambulantní praxi: přehled a motolské doporučené postupy

MUDr. Marek Štefan, MBA¹, MUDr. Jitka Müllerová Dissou, MBA²,

Ing. Ladislav Wagner, MHA³, MUDr. Milan Trojánek, Ph.D.¹

¹Klinika infekčních nemocí a cestovní medicíny 2. LF UK a FN Motol a Homolka, Praha

²Oddělení urgentního příjmu a LPS dětí FN Motol a Homolka, Praha

³Kancelář 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 dvojí 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, metronidazol, 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, ciprofloxacilin 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 neužívají. 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 vycházejí 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.**

E-recepty – jak je správně psát

sobota / 30. května 2026 / 12.50–13.50 hod.

E-recepty – jak je správně psát

Mgr. MUDr. Jaroslav Maršík

advokát, právní poradce České lékárnické komory

Přednášející je dlouholetým spolupracovníkem České lékárnické komory a úzce se podílel na vývoji systému eRecept prostřednictvím připomínek a návrhů, které vznášela ČLnK. Během let provozu elektronické preskripce se potvrdilo, že jde o praktický, fungující a všeobecně přijímaný nástroj. Protože ale nejde o nástroj triviální, jsou s ním spojeny některé problémy, z nichž se část týká i předepisování receptů. Jde např. o nevyužití všech funkcionalit systému eRecept lékařskými informačními systémy, nevhodné nastavení systému, které vede např. k automatickému vyplňování příznaků receptu i tehdy, když si to lékař nepřeje, vyplňování příznaků receptu do nesprávných polí (kolonek) nebo o nedostatky spojené se změnami nebo rušením již vystavených eReceptů. Přednáška proto bude zaměřena na konkrétní příklady posbírané z praxe a na jejich vysvětlení včetně návrhů jejich správného řešení.

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 nejvhodnějších

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 nejvhodnějších

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 nejvhodnějších

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 nejvhodnějších

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 nejvhodnějších

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.

Pivmecillinam* 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 nejvhodnějších

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

Prakain 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)



POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

GENERÁLNÍ
PARTNER

SERVIER
moved by you

PARTNEŘI

abbvie

Aboca

AIDIAN

Angelini
Pharma

Bionorica®

Cannabilab
E&H services a.s.

Depend

DrKonrad™
DERMATOLOGY

ENTEROSGEL®

EUC

favea
plus pro vaše zdraví

GILEAD

ids
media

Imunoglukan P4H®

KLOSTERFRAU
HEALTHCARE GROUP

labmark

MagnaPharm
One Team. One Solution.

MD
MARK DISTRI

MEDEVIO

NATUREVIA

OLIVOVA
DĚTSKÁ
LÉČEBNA
POMAHÁME DĚTÍM

OPTOSENSE

Pierre Fabre

PRO.MED.CS
Praha a.s.

Roche

STADA

Swixx BioPharma
Modern Medicines for All

VŠEOBECNÝ
LÉKAŘ

ZENTIVA

MEDIÁLNÍ
PARTNEŘI

GRADA

Medicína
pro praxi

maxdorf
PUBLISHING & DESIGN

