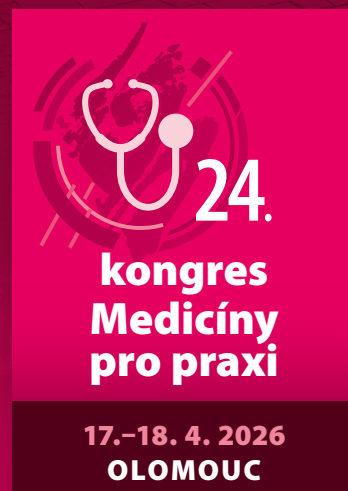




# ABSTRAKTA

## 24. kongres Medicíny pro praxi v Olomouci

17.–18. dubna 2026  
Clarion Congress Hotel Olomouc



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

 **SOLEN**  
let s vámi

**Canephron®**

# Pálení? Časté močení?

**Canephron®**  
je řešení.



**PŘÍRODNÍ LÉČBA ZÁNĚTU MOČOVÝCH CEST.**



PROVEN BY SCIENCE.  
RECOMMENDED BY WOMEN.

Vždy si pečlivě prostudujte příbalový leták, účinky a použití léku konzultujte s lékařem nebo lékárníkem.

## PROGRAM – pátek 17. dubna 2026

- 9.00 ZAHÁJENÍ ODBORNÉHO PROGRAMU**  
prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.
- 9.05–10.35 NEJČASTĚJŠÍ BOLESTIVÉ AFEKCE V ORTOPEDII**  
odborný garant prof. MUDr. Jiří Gallo, Ph.D.
- **Bolesti páteře vedou – pohled ortopeda** – Gallo J. (20')
  - **Bolestivé rameno** – Kalina R. (20')
  - **Bolestivé koleno** – Lošťák J. (20')
  - **Bolesti nohy** – Dygrýnová M. (20')
  - **+ Diskuze** (10')
- 10.35–11.05 PŘESTÁVKA**
- 11.05–11.20 AKTUALITY DO VAŠÍ ORDINACE**
- **Potřebujeme atypické anxiolytikum?** – Anders M. (15')
- 11.20–12.00 KARDIOVASKULÁRNÍ ONEMOCNĚNÍ**  
odborná garantka MUDr. Michaela Šnejdrlová, Ph.D.
- **Neadekvátní bariéry pro léčbu hypertoniků s komorbidity** – Šnejdrlová M. (20')
  - **Chronické žilní onemocnění mezi daty a praxí: čím dříve, tím lépe** – Jetmar V. (20')
- 12.00–12.20 POKROKY V LÉČBĚ SRDEČNÍCH ONEMOCNĚNÍ**
- **Diagnostika a praktické zkušenosti s léčbou mavacamtenem** – Kapsová E. (20')  
*(Přednáška podporovaná společností Bristol Myers Squibb, spol. s r. o.)*
- 12.20–13.20 PŘESTÁVKA NA OBĚD**
- 13.20–14.20 KAZUISTIKY Z INTERNÍ KLINIKY**  
odborný garant MUDr. Jiří Orság, Ph.D.
- **Netypická příčina bolesti břicha** – Štenclová M. (10' + 2')
  - **Léková interakce** – Orság J. (10' + 2')
  - **POCUS v praxi** – Svoboda M. (10' + 2')
  - **Myopatie?** – Stoudková M. (10' + 2')
  - **Autoimunitní polyglandulární syndrom** – Ševčovičová R. (10' + 2')
- 13.20–14.50 INTERAKTIVNÍ SEMINÁŘ: KREATIVNÍ PŘÍSTUPY K LÉČBĚ DEPRESE**  
Bartečková E., Hořínková J.
- 14.20–15.00 ETICKÉ ASPEKTY KOMUNIKACE V PRAXI PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ**  
doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., doc. MUDr. Ladislav Štěpánek, Ph.D. (40')
- 15.00–16.10 NOVÉ VÝZVY V DIAGNOSTICE A LÉČBĚ**
- **Kombinovaná léčba hypertenze od začátku jako nový dobrý zvyk** – Kociánová E. (20')
  - **Kláro, jak to s tebou vypadá aneb dvě filmové kazuistiky** – Koumarová Š. (15')
  - **HIV v roce 2026: klíčové informace pro praktické lékaře** – Kundschofská M. (15')  
*(Přednáška podporovaná společností Gilead Sciences s. r. o.)*
  - **Racionalizace antisekrecční léčby v klinické praxi** – Kojecký V. (15')  
*(Přednáška podpořená společností PRO.MED.CS Praha a. s.)*
- 16.10–16.40 PŘESTÁVKA**
- 16.40–17.50 DERMATOLOGIE**  
odborný garant MUDr. Martin Tichý, Ph.D.
- **Nejčastější kožní infekce** – Libigerová K. (20')
  - **Ekzém jako nejčastější dermatóza – přehled jednotlivých variant onemocnění** – Vavříková L. (20')
  - **Přehled nejčastějších sexuálně přenosných chorob** – Palla V. (20')
- 17.50 PŘEDPOKLÁDANÉ ZAKONČENÍ ODBORNÉHO PROGRAMU PRVNÍHO DNE KONGRESU**

## PROGRAM

24. KONGRES MEDICÍNY PRO PRAXI V OLOMOUCI / PROGRAM – SOBOTA 18. DUBNA 2026

# PROGRAM – sobota 18. dubna 2026

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

JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D. (60')

## 10.00–10.55 MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE I

- **Výhody trojmocného železa v léčbě anémie a latentní sideropenie** – Řiháček M. (15')
- **Léčebné možnosti MASLD/MAFLD v ambulanci PL** – Vařeka T. (15')
- **Praktická fyziologická podpora slizničního imunitního systému, včetně močových infekcí** – Thon V. (20')  
(Přednáška je podpořena 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 podpořena společností Favea Plus, a. s.)

## 10.55–11.25 PŘESTÁVKA

## 11.25–12.00 **IP** BOLESTI KRČNÍ PÁTEŘE

doc. Mgr. Kateřina Raisová, Ph.D. (35')

## 12.00–12.40 TELEMEDICÍNA V KLINICKÉ PRAXI

Mgr. Michal Štýbnar (35')

## 12.40–13.30 MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE II

- **Mýty a fakta pro podání probiotik při léčbě antibiotiky** – Havel J. (15')
- **Racionální přístup k léčbě a prevenci infekcí dolních cest močových u žen** – Fontana M. (15')
- **Úskalí akutní terapie migrény** – Pavelek Z. (15')

## 13.30–14.30 PŘESTÁVKA NA OBĚD

## 14.30–15.40 NOVINKY V TERAPII PLICNÍ EMBOLIE

odborní garanti prof. MUDr. Petr Kala, Ph.D., FESC, FSCAI, MUDr. Martin Radvan, Ph.D.

- **Plicní embolie včera a dnes** – Radvan M. (15')
- **Plicní embolie – diagnostika: od anamnézy přes laboratoř k zobrazovacím metodám** – Kameník M. (15')
- **Plicní embolie – intervenční léčba včetně ECMO** – Kala P. (15')
- **Vybrané kazuistiky a diskuze** (25')

## 15.40 ZAKONČENÍ KONGRESU A LOSOVÁNÍ ANKETY

**IP** interaktivní přednáška

Změna programu vyhrazena

## TIRÁŽ

## 24. kongres Medicíny pro praxi v Olomouci

17.–18. dubna 2026 | Clarion Congress Hotel Olomouc

### Pořadatel

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

### Odborný garant

prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

### Organizátor

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

Kontaktní osoba: Ing. Dominika Reková, rekova@solen.cz, +420 770 158 643

Zajištění výstavních ploch a firemních symposií: Mgr. Martin Jiša, +420 734 567 855, jisa@solen.cz

Programové zajištění: Mgr. Hedvika Šlanhořová, +420 778 437 996, 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., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc, IČ 25553933  
**Vytiskl:** Properus, s. r. o., Olomouc  
**Vydání:** první, 2026  
**ISBN:** 978-80-7471-571-6  
**ISSN:** 1214-8687

# 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®

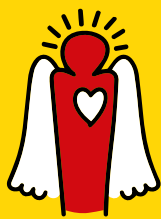
**SLOŽENÍ\***: Flavonoidorum fractio purificata micronisata 500 mg (mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce - MPFF): Diosminum 450 mg, Flavonoida 50 mg vyjádřené jako Hesperidinum v jedné potahované tabletě. **INDIKACE\***: Léčba příznaků a projevů chronické žilní insuficience dolních končetin, 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 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](http://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.cz](http://www.dobryandel.cz)Každá vrácená visačka  
je recyklována a opět použitaVíce 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.

## Aktuality do vaší ordinace

pátek / 17. dubna 2026 / 11.05–11.20 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 deliriózních 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. Caitlin Wolfe, Chapter17 – Novel benzodiazepines, Editor(s): Paul Dargan, David Wood, Novel Psychoactive Substances (Second Edition), Academic Press, 2022, Pages 475-494, ISBN 9780128187883.

## Kardiovaskulární onemocnění

odborná garantka MUDr. Michaela Šnejdrová, Ph.D.

pátek / 17. dubna 2026 / 11.20–12.00 hod.

### Neadekvátní bariéry pro léčbu hypertoniků s komorbiditami

MUDr. Michaela Šnejdrová, Ph.D.

Centrum preventivní kardiologie, 3. interní klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Léčba arteriální hypertenze u polymorbidních nemocných může být zapeklitým terapeutickým oříškem, protože kromě standartních léčebných postupů je potřeba zohledňovat další aspekty, jako jsou lipo/hydrofilita léčiva, požadavky na metabolickou neutralitu, eliminační cesta léčiva apod. Mezi takto komplikované pacienty patří i nemocní s těžšími stupni obezity a pacienti s chronickou renální insuficiencí. Obezita zvyšuje riziko arteriální hypertenze 2–3násobně, při BMI > 30 kg/m<sup>2</sup> má arteriální hypertenzi již více než 85 % pacientů. Vzhledem k rozdílné farmakokinetice obézních pacientů (rychlejší vstřebávání, nižší koncentrace léčiva v systémovém řečišti, větší distribuční prostor lipofilních léčiv apod.) se nabízí otázka správného a dostatečného dávkování, nicméně navzdory všem těmto aspektům by neměly být překračovány maximální doporučené dávky uvedené v SPC. Při titraci účinné antihypertenzní léčby se lze navíc bez odchylek držet doporučeného postupu léčby pro obecnou populaci, protože všechny doporučené lékové skupiny (ACEI, sartany, BKK, indapamid jako zástupce thiazidům podobných diuretik) jsou metabolicky neutrální. U pacientů s chronickou renální insuficiencí je výskyt arteriální hypertenze obdobný, je přítomna u 80–85 % dospělých pacientů s CKD. Postižení ledvin může být navíc projevem velmi časného HMOD (orgánového postižení souvisejícího s hypertenzí), proto by měly být renální funkce pravidelně kontrolovány u všech hypertoniků, a to nejen hladina sérového kreatininu, ale také glomerulární filtrace a albuminurie formou poměru albumin/kreatinin v ranním vzorku moči (ACR). Terapie arteriální hypertenze u pacientů s CKD by měla mířit primárně na léčiva, která mají kromě antihypertenzního účinku i efekt antiproteinurický (ACEI, sartany, nedihydropyridinové BKK, diuretika), dávky antihypertenziv musí být upravovány podle tíže renální insuficience (počáteční redukce dávky ACEI, výměna thiazidových diuretik za kličková při vyšším stupni renální insuficience apod.).

### Etické aspekty komunikace v praxi praktických lékařů

pátek / 17. dubna 2026 / 14.20–15.00 hod.

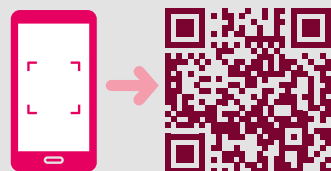
#### Etické aspekty komunikace v praxi praktických lékařů

doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., PhDr. et Mgr. Lubica Juríčková, Ph.D.,

doc. MUDr. Ladislav Štěpánek, Ph.D.

Ústav veřejného zdravotnictví, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

Komunikace je pro všeobecné praktické lékaře významnou součástí jejich profesionální role, ať se jedná o komunikaci s pacientem, rodinou pacienta, sestrou nebo externími subjekty (domácí péče, komplement, ostatní lékaři apod.). Povinnost informovat pacienta vyplývá ze zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Zdravotní služby mohou být poskytovány pouze se svobodným a informovaným souhlasem pacienta. Etickou nadstavbu do komunikace lékař – pacient (s dopadem na odborné rozhodování a další druhy komunikací praktického lékaře) vnášejí principy lékařské etiky prvního řádu (Beauchamp, Childress, 2019). Principy beneficence a non-maleficence jsou odvozeny z Hippokratovy přísahy, další (respekt k autonomii pacienta



POD TÍMTO  
QR KÓDEM  
NAJDETE



Sborník abstrakt  
v digitální podobě



Anketu  
k on-line vyplnění



Formulář pro  
dotazy přednášejícím



Program konference,  
Další vzdělávací akce...

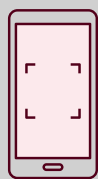
a spravedlnost) z Listiny základních práv a svobod. Cílem sdělení je prezentovat etické a právní prvky komunikačního procesu praktického lékaře s pacientem; ukázat, jak etické aspekty komunikace přispívají k efektivní komunikaci.

V komunikačním procesu je podstatné „co-jak-komu-kdy-kolik“ sdělovat (srov. Lasswell, 2016). V komunikaci praktického lékaře s pacientem to znamená: Co sdělovat? Informace o zdravotním stavu (diagnóze, způsobu léčby, prognóze), o cenách, zda souhlasí s přítomností osob, které nejsou na poskytování zdravotních služeb přímo zúčastněny, o navazující léčbě a dalších informacích, s léčbou souvisejících. Jak komunikovat? Nejprve je nutno získat klíčové informace o pacientovi, potom poskytnout jasné instrukce, udržet důvěru a pocit bezpečí, hovořit autenticky, logicky a s porozuměním. Pomáhají metody zjišťování informací (např. Four boxes, Hodnotová anamnéza) a komunikační protokoly (SPIKES, BREAKS, ABCDE aj.). Vždy je nutno umožnit pacientovi klást doplňující otázky. Komu sdělovat? Podle zákona č. 372/2011 Sb., Úmluvy o lidských právech a biomedicině, Etického kodexu ČLK, je určující vždy pacient a jeho preference. Kdy sdělovat? Po stanovení diagnózy, před každým rozhodnutím o dalším způsobu léčby. Podle zákona je možnost v určitých případech zadržet informace na dobu nezbytně nutnou. Kolik toho sdělovat? Lékař je povinen srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informovat pacienta nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat (Stavovský předpis č. 10, ČLK, 2007).

Etická a správně vedená komunikace má klíčový dopad na kvalitu léčebného procesu, na adherenci pacienta k léčbě a posilování jeho důvěry, na prevenci možných konfliktů nebo nedorozumění (srov. Špatenková, Králová, 2009). Z výsledků výzkumu (Štěpánek et al., 2024) vyplynulo, že jedním z faktorů, způsobujících syndrom vyhoření praktických lékařů v ČR je depersonalizace. Depersonalizace může způsobit otupění emocí, ztrátu empatie, zhoršenou soustředěnost (Maslach et al., 2016; Cakirpaloglu, 2025). Jejím důsledkem může být eticky nedostatečná, ve vyhraněných případech neefektivně vedená až chybná komunikace. Efektivně a eticky vedená komunikace s pacientem je jedním z preventabilních faktorů syndromu vyhoření u praktických lékařů.

*Dedikováno projektu MZ ČR č. NW26J-09-00150*

*„Syndrom vyhoření u personálu ordinací všeobecných praktických lékařů“.*



## Nové výzvy v diagnostice a léčbě

pátek / 17. dubna 2026 / 15.00–16.10 hod.

### Kombinovaná léčba hypertenze od začátku jako nový dobrý zvyk MUDr. Eva Kociánová, Ph.D.

Centrum pro hypertenzi a sekundární prevenci, FN Olomouc

Zvýšený krevní tlak již od hodnot > 120 mmHg významně zvyšuje kardiovaskulární riziko a současné doporučené postupy proto doporučují u většiny pacientů zahájit léčbu kombinací antihypertenziv. Monoterapie je podle guidelines určena pouze pro omezenou skupinu pacientů s nižším rizikem nebo mírně zvýšeným TK. Přesto podle recentních dat z Národního registru hrazených zdravotních služeb začíná v České republice téměř polovina incidentních pacientů s hypertenzí léčbu monoterapií. Současně klinické studie ukazují, že více než 40 % pacientů léčených monoterapií zůstává po roce nedostatečně kontrolovaných. Zahájení léčby fixní dvojkombinací proto představuje racionální strategii, která umožňuje rychlejší dosažení cílových hodnot krevního tlaku a účinnější snížení kardiovaskulárního rizika.

## 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

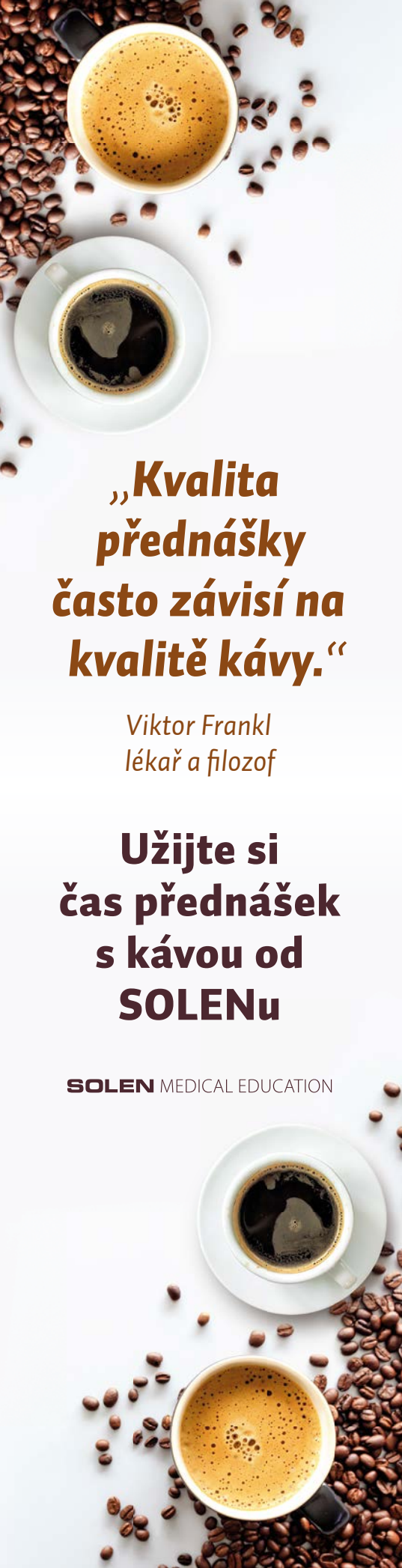
Rozhodně ne na to,  
že jsem HIV pozitivní

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



„Kvalita přednášky často závisí na kvalitě kávy.“

Viktor Frankl  
lékař a filozof

Užijte si čas přednášek s kávou od SOLENU

SOLENUMEDICAL EDUCATION

## ABSTRAKTA

NOVÉ VÝZVY V DIAGNOSTICE A LÉČBĚ

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

MUDr. Martina Kundschofská

Chronická infekční ambulance, FN Olomouc

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.

### Racionalizace antisekreční léčby v klinické praxi

doc. MUDr. Vladimír Kojecký, Ph.D.

Interní klinika IPVZ, Krajská nemocnice T. Bati, a. s., Zlín

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

PPI se mylně používají v řadě dalších situací, jako je funkční dyspepsie, anamnéza vředové choroby gastroduodena a léčba kortikosteroidy. Jejich účinnost je zde sporná. Při dlouhodobé léčbě se do popředí dostávají nežádoucí účinky. Prokázaná je asociace mezi užíváním PPI a rizikem komunitních pneumonií, střevních infekcí (*Clostridoides difficile*), deficitem vitamínu B12, Mg, Fe. Indikaci k dlouhodobé léčbě PPI je proto nutné dobře zvažovat.

Před ukončením terapie PPI musíme vzít v úvahu přítomnou sekundární hypergastrinemii. Náhlé přerušení léčby vede rebound efektem ke kyselé žaludeční hypersekci. Případné potíže pacienti mylně považují za recidivu původní choroby. PPI proto vysazujeme postupně, v průběhu 2–4 týdnů. Bezpečnou alternativou pro dlouhodobé užívání jsou H2 blokátory (famotidin).

Přednáška podpořená společností PRO.MED.CS Praha a. s.

## Dermatologie

odborný garant MUDr. Martin Tichý, Ph.D.

pátek / 17. dubna 2026 / 16.40–17.50 hod.

### Nejčastější kožní infekce

MUDr. Kateřina Libigerová

Klinika chorob kožních a pohlavních, Lékařská fakulta Univerzita Palackého v Olomouci  
Fakultní nemocnice Olomouc

Kožní infekce představují významnou skupinu onemocnění, se kterými se lékaři v každodenní praxi setkávají napříč obory. Tato přednáška poskytuje ucelený přehled bakteriálních, virových a mykotických infekcí kůže se zaměřením na jejich etiologii, klinický obraz, diagnostiku a možnosti léčby. Součástí přednášky bude také diferenciální diagnostika a upozornění na situace vyžadující specializovanou péči. Cílem přednášky je poskytnout přehledné a prakticky využitelné informace, které usnadní správnou diagnostiku a efektivní léčbu kožních infekcí.

### Ekzém jako nejčastější dermatóza – přehled jednotlivých variant onemocnění

MUDr. Linda Vavříková

Klinika chorob kožních a pohlavních, Lékařská fakulta, Univerzita Palackého v Olomouci  
Fakultní nemocnice Olomouc

Ekzémy/dermatitidy se řadí mezi nejčastější onemocnění kůže. Jedná se o heterogenní skupinu zánětlivých kožních onemocnění s multifaktoriální etiologií. Ekzémy vznikají častěji u osob se změnou reaktivitou kůže, typický je sklon k recidivám a chronickému průběhu. Přednáška poskytuje přehled hlavních klinických jednotek, mezi které patří kontaktní alergická dermatitida, kontaktní iritační dermatitida, atopická dermatitida, mikrobiální ekzém, seboroická dermatitida. U jednotlivých typů jsou popisovány patofyziologické mechanismy, spouštěcí faktory, klinický obraz a diferenciální diagnostika a přehled současných terapeutických možností. Cílem je poskytnout ucelený pohled na diagnostiku a management ekzémů v klinické praxi.

### Přehled nejčastějších sexuálně přenosných chorob

MUDr. Viktor Palla

Klinika chorob kožních a pohlavních, Fakultní nemocnice Olomouc

Sexuálně přenosné choroby (sexually transmitted infections, STI) představují významný zdravotnický i společenský problém. V posledních letech je v Evropě i České republice pozorován nárůst výskytu některých těchto infekcí. Přenášeny jsou především pohlavním stykem – vaginálním, análním i orálním a jejich původci mohou být bakterie, viry, paraziti či kvasinky.

Prevence sexuálně přenosných chorob zahrnuje zejména bezpečné sexuální chování, používání bariérové ochrany (kondomů) a pravidelné testování rizikových skupin. Očkování proti vybraným infekcím, jako například proti HPV a virové hepatitidě B, je také velmi důležité. Včasná diagnostika a adekvátní léčba jsou klíčové pro omezení šíření těchto onemocnění a prevenci jejich komplikací.

Přednáška má za cíl podat přehled nejčastějších sexuálně přenosných chorob, jejich etiologie, klinických projevů, diagnostiky, léčby a možností prevence.

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

sobota / 18. dubna 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 / 18. dubna 2026 / 10.00–10.55 hod.

### Výhody trojmocného železa v léčbě anémie a latentní sideropenie

MUDr. RNDr. Michal Řiháček, Ph.D., EuSpLM

Hematologicko-transfúzní oddělení, Nemocnice AGEL Prostějov

Anémie z nedostatku železa a latentní sideropenie patří mezi nejčastější poruchy, se kterými se setkává primární péče. Moderní přístup k terapii zdůrazňuje význam volby vhodné formy železa s ohledem na účinnost, toleranci a možnosti dlouhodobého užívání. Trojmocné (ferrické) přípravky, zejména ve formě stabilních polymaltózových komplexů, představují klinicky ověřenou alternativu k tradičním ferózním solím. Díky řízené absorpci, dobré gastrointestinální toleranci, minimálním interakcím s potravou a možnosti bezpečného podávání v delších intervalech jsou vhodné pro široké spektrum pacientů v ambulantní praxi. Součástí moderní terapie je také využití kombinací železa s kyselinou listovou u specifických indikací. Klinická praxe ukazuje výhody ferrických přípravků u pacientů s manifestní anémií i latentní sideropenií. V rámci primární péče o pacienty se sideropenií je klíčová diagnostika příčiny, která je u neakutních případů v gesci praktických lékařů, u pokročilých forem nebo nestabilních pacientů na nemocničních interních odděleních. Komplikované případy, u kterých není ani komplexní diagnostikou vyjasněna příčina sideropenie, případně nedaří-li se nastavení optimální léčby, mohou být konzultovány s hematologem. Sdělení dále shrnuje praktické aspekty diagnostiky, monitorace léčby a racionální volby perorální nebo intravenózní substituce.

### Léčebné možnosti MASLD/MAFLD v ambulanci PL

MUDr. Tomáš Vařeka

IV. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha

MASLD (= Metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease, česky **metabolicky podmíněné ztukovatění jater**) patří mezi nejčastější chronické onemocnění jater a jeho výskyt celosvětově narůstá, v některých regionech postihuje až 40 % populace, v ČR mezi 25–30 %. Jeho vznik je postupný, bez nápadných příznaků a nejčastěji ho nacházíme u osob s diabetem 2. typu a/nebo nadváhou a obezitou. Pro diagnostiku je podstatné stanovení FIB-4 skóre (stanovuje již rutinně většina biochemických laboratoří) a provedení USG jater s fibroscanem (změření tuhosti jaterní tkáně). Bez léčby může MASLD vést k vážnějším formám jaterního poškození – přes fibrózu až ke vzniku jaterní cirhózy a zvýšeného rizika rozvoje hepatocelulárního karcinomu. Léčebné možnosti jsou zatím velmi omezené a zcela zásadní jsou lifestyle intervence = dietní a režimová opatření + fyzická aktivita. V pokročilejších stadiích se již bez farmakologické inter-



**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**

vence neobejdeme, ale léčebné možnosti jsou omezené. Dosud nemáme léčivo registrované v této indikaci. Z dostupných farmak jeví velmi nadějně výsledky zejména GLP-1 receptoroví agonisté (hlavně semaglutid) nebo další léky zaměřené na obezitu (tirzepatid). Z ostatních léčiv se dají použít esenciální fosfolipidy (EPL), které zlepšují fluiditu buněčných membrán, mají antioxidační vlastnosti a chrání buňky před oxidačním stresem a toxicitou. V posledních letech jejich efekt potvrdila například studie EXCEL, kde podávání EPL v dávce 1 800 mg/den po dobu 6 měsíců vedlo k 2,5× účinnějšímu snížení jaterní steatózy ve srovnání s placebem (efekt byl patrný již po 3 měsících léčby a přetrvával i v 9. měsíci, čili 3 měsíce po vysazení EPL a byl statisticky významný rozdíl mezi pacienty, kteří užívali kombinaci EPL a režimové léčby vs. pacienti, kteří měli po celou dobu jen režimovou léčbu). Podobný efekt byl popsán v čínské studii Pana, kde po 24 týdnech byly změny FIB-4 oproti výchozí hodnotě signifikantně vyšší u léčené skupiny než u kontrolní skupiny pacientů bez hepatoprotektivní léčby. Na výsledky dalších studií čekáme, protože ovlivnění MASLD bude do budoucna velmi zásadním léčebným počinkem. Jisté je, že se to ale neobejde bez spolupráce s pacienty a úpravě životního stylu (dieta, pohyb, ...).

## **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 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 zvládnání urogenitálních infekcí, tak jejich prevence s podporou zvýšení kvality života.

*Přednáška je podpořena společností Favea Plus, a. s.*

## Bolesti krční páteře při práci s počítačem a jak jim předcházet

sobota / 18. dubna 2026 / 11.25–12.00 hod.

### Bolesti krční páteře při práci s počítačem a jak jim předcházet

doc. Mgr. Kateřina Raisová, Ph.D.

Katedra fyzioterapie, Fakulta tělesné kultury, Univerzita Palackého, Olomouc

Bolesti krční páteře jsou častým důvodem návštěvy praktického lékaře. Mohou být lokalizovány nejen v oblasti krční páteře, ale mohou také vyzařovat do oblasti hlavy (cervikokraniální syndrom) nebo do horních končetin (cervikobrachiální syndrom). Mohou být také spojené s výskytem závratí (cervikoveštibulární syndrom). Jejich podkladem jsou nejen strukturální poruchy (např. degenerativní změny, poúrazové stavy), ale také funkční poruchy pohybového systému. Nejvíce se vyskytují u dospělých, ale mohou způsobovat nepříjemné obtíže i u dětí a adolescentů. Často jsou navázány na nevhodnou pracovní pozici, neergonomický sed (např. práce na počítači, časté využívání tabletu či telefonu, dlouhodobé řízení automobilu), dlouhodobé působení stresu a nedostatečnou úroveň pohybových aktivit. Nezbytná je vždy pečlivá diferenciální diagnostika těchto obtíží, včetně zhodnocení dopadu bolesti na každodenní fungování pacienta (vykonávání běžných denních i pohybových aktivit, vliv na kvalitu spánku, vliv na soustředění a pracovní/studijní činnosti).

U pacientů s funkčními poruchami pohybového systému v rámci kineziologického nálezu bývá zjištěno vadné držení těla spojené s předsunutým držením hlavy, vyskytují se svalové dysbalance (horní či dolní zkřížený syndrom/vrstvový syndrom dle Jandy), nedostatečná aktivita hlubokého stabilizačního systému páteře a trigger points (Tps) ve svalectech, které mají zónu referenční bolesti v oblasti krční páteře (např. m. trapezius, m. levator scapulae, m. splenius cervicis dolní Tp), hlavy (např. m. sternocleidomastoideus, m. occipitofrontalis, suboccipitální svaly, m. splenius cervicis horní Tp) nebo horních končetin (např. mm. scaleni). U pacientů s funkčními poruchami pohybového systému je klíčová pro minimalizaci či úplnou eliminaci jejich obtíží fyzioterapie, kterou jim může indikovat praktický lékař i specialista. Nejčastěji zahrnuje cílenou kinezioterapii (např. dynamická neuromuskulární stabilizace, senzomotorická stimulace, Brüggerův koncept, metoda Roswithy Brunkow, akrální koaktivační terapie) a fyzikální terapii (analgetický účinek, myorelaxační účinek) s cílem podpory vzpřímeného držení těla, minimalizaci výskytu svalových dysbalancí (zkrácených a oslabených svalů) a optimalizaci jednotlivých poloh dle ergonomických zásad s využitím školy zad pro podporu správných pohybových návyků. Volba jednotlivých fyzioterapeutických metod a technik je prováděna individuálně u každého pacienta na podkladě výsledků vstupního kineziologického vyšetření. Kontrolní kineziologické vyšetření se provádí i před ukončením terapie pro zhodnocení efektu léčby. Velmi důležitá je také edukace ergonomie sedu práce s počítačem, nácvik dynamizace sedu a vytvoření autosestavy cviků, kterou pacient využije

nejen během samostatného domácího rehabilitačního programu, ale i během pracovních a volnočasových aktivit. Pro úspěch terapie je nezbytný aktivní přístup pacienta k tomuto typu léčby.

## LITERATURA

1. Lewit K. Manipulační léčba v myoskeletální medicíně (6<sup>th</sup> ed.). Praha: Universum. 2024.
2. Machač S, Vavroušková P, Nedělka T. Úrazy krční páteře s rozvojem whiplash syndromu. *Medicina Sportiva Bohemica et Slovaca*, 2015;24(2):63-71.
3. Maixnerová E, Kristková V, Kudláček J, Javůrek F, Janura M. Fyzioterapeutický pohled na bolesti v oblasti krční páteře a hlavy u dětí. *Ped.* 2022;23(1):18-20.
4. Musilová M, Klaclová, T, Opavský J. Použití české verze Neck Disability Index a dalších dotazníků pro posouzení efektu fyzioterapie u pacientů s bolestmi krční páteře. *Rehabilitace a Fyzikální Lékařství*. 2020;27(2):92-98.
5. Ryba L, Vyskočil R, Marková I. Diferenciální diagnostika bolesti páteře, indikace fyzioterapie při bolesti zad. *Med.* 2022;19(4):272-278.

# Mezioborová spolupráce II

sobota / 18. dubna 2026 / 12.45–13.30 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 iniciální symptomatickou, neantibiotickou léčbu. V tomto kontextu lze zvážit nefarmakologické postupy včetně vybraných fytotherapeutických přípravků, jejichž účinky na zmírnění zánětu, bolesti, spazmů 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.

## Úskalí akutní terapie migrény

**doc. MUDr. Zbyšek Pavelek, Ph.D.**

Neurologická klinika LF a 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

## ABSTRAKTA

MEZIOBOROVÁ SPOLUPRÁCE II

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.

**SUPER,  
UŽ MÁM PŘEDPLACENO.**

A DOSTALA JSEM NAVÍC:

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



**ALE KDE  
A JAK?**



ČASOPIS

**Medicína  
pro praxi**



**CENA PŘEDPLATNÉHO  
NA ROK 2026 ~~1 400 Kč~~**

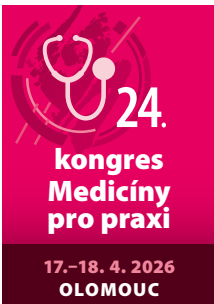
**KONGRESOVÁ  
SLEVA 20%**

**1 120 Kč**

**POUZE  
PO DOBU KONÁNÍ KONGRESU  
NA STÁNKU SOLEN**

\* platí pro kongresy uvedené v seznamu →





POŘADATELÉ DĚKUJÍ  
UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST  
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

GENERÁLNÍ  
PARTNER

**SERVIER**   
*moved by you*

HLAVNÍ  
PARTNER

 **KRKA**

PARTNEŘI



MEDIÁLNÍ  
PARTNEŘI





# VÝHODY PRO LÉKAŘE DO 35 LET

SOLEN  
MEDICAL EDUCATION



40%



**Odborné časopisy**  
se slevou 40 %

1.

zdarma

**První kongres**  
po ukončení studia **zdarma**

40%



**Zvýhodněné**  
registrační **poplatky**  
na většinu kongresů

Využijte své výhody na [www.solen.cz](http://www.solen.cz)

Vzděláváme, inspirujeme a propojujeme zdravotníky už čtvrt století.

## Odborné informace pro vaši praxi – také na Instagramu!

SOLEN  
MEDICAL EDUCATION

- 📷 **Zajímavosti z odborných akcí**
- 📷 **Odemčené články a podcasty**
- 📷 **Klinické kvízy napříč obory**
- 📷 **Soutěže o předplatné a registrace na kongresy**



Sledujte  
[@solen\\_cz](https://www.instagram.com/solen_cz)

**Rychle  
Přehledně  
Pro lékaře**



Vzděláváme, inspirujeme a propojujeme zdravotníky už čtvrt století.



# TRIPLIXAM®

perindopril arginin / indapamid / amlodipin

## NEČEKEJTE, AŽ BUDE PŘÍLIŠ POZDĚ

**Zkrácená informace o přípravku TRIPLIXAM®: SLOŽENÍ:** Triplixam 5 mg/1,25 mg/5 mg obsahuje 5 mg perindopril-argininu/1,25 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplixam 5 mg/1,25 mg/10 mg obsahuje 5 mg perindopril-argininu/1,25 mg indapamidu/10 mg amlodipinu; Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg obsahuje 10 mg perindopril-argininu/2,5 mg indapamidu/5 mg amlodipinu; Triplixam 10 mg/2,5 mg/10 mg obsahuje 10 mg perindopril-argininu/2,5 mg indapamidu/10 mg amlodipinu. **INDIKACE:** Substituční terapie pro léčbu esenciální hypertenze u pacientů, kteří již dříve odpovídají na léčbu kombinací perindopril/indapamid a amlodipinu, podávanými současně v téže dávce. **DAVKOVÁNÍ A PODÁVÁNÍ:** Jedna tableta denně, nejlépe ráno a před jídlem. Fixní kombinace není vhodná pro iniciální léčbu. Je-li nutná změna dávkování, dvíčka jednotlivých složek by měla být titrována samostatně. **Pediatrická populace:** přípravek by se neměl podávat. **KONTRAIKADIKACE:** Dialyzovaní pacienti. Pacienti s neléčebným dekompenzovaným srdečním selháním. Závažná porucha funkce ledvin (Cl<sub>cr</sub> < 30 ml/min). Středně závažná porucha funkce ledvin (Cl<sub>cr</sub> 30-60 ml/min) pro Triplixam 10 mg/2,5 mg/5 mg a 10 mg/2,5 mg/10 mg. Hypersenzitivita na léčivé látky, jiné sulfonamidy, deriváty dihydropyridinu, jakýkoliv jiný inhibitor ACE nebo na kteroukoliv pomocnou látku. Anamnéza angioneurotického edému (Quinckeho edému) souvisejícího s předchozí terapií inhibitory ACE (viz bod Upozornění). Dědičný/idiopatický angioedém. Druhá a třetí trimestr těhotenství (viz body Upozornění a Těhotenství a kojení). Hepatální encefalopatie. Závažná porucha funkce jater. Hypokalemie. Závažná hypotenze. Šok, včetně kardiogenního šoku. Obstrukce výtokového traktu levé komory (např. vysoký stupeň stenózy aorty). Hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu. Současné užívání přípravku Triplixam s přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitem nebo poruchou funkce ledvin (GRF < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>) (viz bod Interakce). Současné užívání se sacubitril/valsartanem, přípravek Triplixam nesmí být nasazen dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitril/valsartanu\*\* (viz body Upozornění a Interakce). Mimosvalní 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 sakubitril/valsartanu je kontraindikováno z důvodu zvýšeného rizika vzniku angioedému. Léčbu sakubitrilem/valsartanem netzte zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce perindoprilu. Pokud je léčba sakubitrilem/valsartanem ukončena, léčbu netzte zahájit dříve než 36 hodin po poslední dávce sakubitril/valsartanu. Současné užívání inhibitorů ACE s raketodotriem, 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 raketodotriem, 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 dočasně vysadte inhibitor ACE. **Anafylaktoidní reakce během LDL-alerýzy:** před každou aferézou dočasně 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 zastavit léčbu a zahájit vhodnou alternativní léčbu. **Hepatální encefalopatie, která může vyvolat jaterní kóma:** ukončit léčbu. **Fotosenzitivita:** ukončit léčbu. **Opatření pro použití:** **Renální funkce:** U některých hypertoniků s existujícími zjevnými renálními lézemi, u nichž renální krevní testy ukazují funkční renální insuficienci, by měla být léčba ukončena a je možno ji znovu zahájit v nižší dávce nebo pouze s jednou složkou. Monitorujte draslík a kreatinin, a to po dvou týdnech léčby a dále každé dva měsíce během období stabilní léčby. V případě bilaterální stenózy renální arterie nebo jedné fungující ledviny: nedoporučuje se. Riziko arteriální hypertenze a/nebo renální insuficience (v případě srdeční insuficience, deplece vody a elektrolytů, u pacientů s nízkými krevním tlakem, stenózou renální arterie, městrným srdečním selháním nebo cirrhózou s edémy a ascitem): zahajte léčbu dávkami nižší 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 cirhotických 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), diabetes 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, cirhotických pacientů s edémem a ascitem, koronárních pacientů, u pacientů se selháním ledvin nebo srdečním selháním, dlouhým intervalem QT: sledovat plazmatickou hladinu draslíku. Může napomoci rozvoji torsades de pointes, které mohou být fatální. Hypokalemie zjištěná v souvislosti s nízkou koncentrací 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 thiazidy 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. **Suchy/kašel, Ateroskleróza:** u pacientů s ischemickou chorobou srdeční nebo cerebrovaskulární ischemií zahajte léčbu nízkou dávkou. **Hypertenzi 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/hypertroftická kardiomyopatie:** v případě obstrukce průtoku krve levou komorou postupujte opatrně. **Diabetici:** V případě inzulín-dependenčního diabetes 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 vzácně souvislosti se syndromem počínající cholestatickou žloutenkou a progredujícím až v náhlou hepatomou nekrozu a (někdy) úmrtí. V případě žloutenky nebo výrazného zvýšení jaterních enzymů ukončete léčbu. **Kyselina močová:** hyperurikemie: zvýšená tendence k závažné tendence k závažné tendenci k závažným příznakům před zahájením léčby vyšetřit renální funkci a hladinu draslíku. Dávku zvyšovat opatrně. **Hladina sodíku:** v podstatě bez sodíku. **Choroidální efuze, akutní myopie a sekundární glaukom s uzavřeným úhlem:** Sulfonamidy mohou denovat sulfonamidů mohou způsobit idiosyncratickou reakci vedoucí k choroidální efuzi s defektem zorného pole, přechodné myopii 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 nejrychlejších vyzazení léčby. Pokud se nitroční 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. **Sportovci:** tento léčivý přípravek obsahuje léčivou látku, která může vyvolat pozitivní dopingových testů. **INTERAKCE:** Kontraindikováno: Aliskiren u diabetických pacientů nebo pacientů s poruchou funkce ledvin. Mimosvalní angioedém. **FERTILITA:** Reverzibilní biochemické změny na hlavové části spermatozoidů u některých pacientů léčených blokátorů kalciového kanálu. **SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Může být narušena v důsledku nízkého krevního tlaku, který se může vyskytnout u některých pacientů, zejména na začátku léčby. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** Velmi časté: otoky. Časté: závratě, 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, ezofagitida, hypersenzitivita, hypoglykemie, hyperkalemie vrátan po přerušeni léčby, hyponatremie, insomnie, změny nálad (včetně úzkosti), deprese, poruchy spánku, hypoestezie, třes, synkopa, diplopie, tachykardie, arytmie (včetně bradykardie, ventrikulární tachykardie a fibrilace síní), vaskulitida, bronchospasmus, suchko v ústech, kopřivka, angioedém, alopécie, 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 edémy, horečka, zvýšená tělesná hmotnost, snížená tělesná hmotnost, zvýšení sérové hladiny urey, zvýšení sérové hladiny kreatininu, půl. Vzácné: ztuhlost zmatenosti, zvýšení sérové hladiny bilirubinu, zvýšení hladiny jaterních enzymů, zhoršení sporiázy, syndrom nepřiměřené horečky antidiuretického hormonu (SIADH)\*\*; hypochloremie\*\*, hypomagnezémie\*\*, zčervenání\*\*, anurie/oligurie\*\*; akutní renální selhání\*\*. Velmi vzácné: agranulocytóza, aplastická anemie, pancytopenie, leukopenie, neutropenie, hemolytická anemie, trombocytopenie, hyperglykemie, hyperkalcemie, hypertonie, periferní neuropatie, cévní mozková příhoda, možná sekundárně k nadměrné hypotenzii u vysoce rizikových pacientů, angina pectoris, infarkt myokardu, možná sekundárně k nadměrné hypotenzii u vysoce rizikových pacientů; ezofagitida, 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. Vzácná resuscitací opatření (včetně hypervolemie) k udržení periferu a srdečního výdeje mohou být spouštěcí faktory. **VLASTNOSTI:** Perindopril je inhibitor angiotenzin-konvertujícího enzymu (inhibitor ACE), který konvertuje angiotenzin I na vazokonstriktor angiotenzin II. Indapamid je derivát sulfonamidů 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: nevýžaduje 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, France. 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-levic/seznam-levic-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 Triplixam

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

**SERVIER**  
moved by you