



ABSTRAKTA

1. kongres diabetologie pro praxi

12. května 2026

OREA HOTEL PYRAMIDA, Praha



Společnost SOLEN, s. r. o. v odborné spolupráci
s Interní klinikou 2. LF UK a FN Motol a Homolka, Praha

 **SOLEN**
let s vámi

1. KONGRES DIABETOLOGIE PRO PRAXI / úterý 12. 5. 2026

9.00–9.05 ZAHÁJENÍ KONGRESU

9.05–10.20 JAK NA OBEZITU

MUDr. Jan Král, Ph.D.

- Endoskopická remodelace žaludku v rámci bariatrických výkonů – kdy ano a kdy ne – Král J. (20 + 5 min)
- Úskalí léčby GLP-1 receptorovými analogy – Šrámková P. (20 + 5 min)
- Dieta při léčbě GLP-1 analogy – Seidlová A. (20 + 5 min)

10.20–10.40 DOBRÁ RADA DO VAŠÍ ORDINACE

- Nová éra v managementu raných stadií DM1T – Brož J. (15 min)
Přednáška podpořená společností Sanofi s.r.o.
- Možnosti POCT diagnostiky v diabetologické ambulanci – Marešová I. (5 min)
Přednáška podpořená společností Aidian Oy, odstěpný závod CZ

10.40–11.10 PŘESTÁVKA

11.10–12.20 DRŽENÍ ŘIDIČSKÉHO PRŮKAZU – ZDRAVOTNÍ ASPEKTY

doc. MUDr. Jan Brož, Ph.D.

- Pohled diabetologa – Brož J. (20 + 3 min)
- Pohled kardiologa – Oravcová V. (20 + 3 min)
- Řidič senior – Frühaufová A. (20 + 3 min)

12.20–12.50 MŮŽE TENTO PACIENT JEŠTĚ ŘÍDIT? ZDRAVÍ, PSYCHOLOGIE A BEZPEČNOST DOPRAVY

prof. PhDr. Matúš Šucha, Ph.D.

- **IP** Pohled soudního znalce a experta v oblasti lidského faktoru v dopravě

12.50–13.50 PŘESTÁVKA NA OBĚD

13.50–15.00 KOMUNIKACE S PACIENTEM – ŘEŠENÍ KONFLIKTŮ

PhDr. Šárka Tomová, Ph.D. et Ph.D., MPH

- Kognitivní a emoční dimenze komunikace ve vztahu lékař–pacient – Tomová Š. (20 + 3 min)
- Duševní zdraví lékaře: prevence a podpora resilience – Faberová K. (20 + 3 min)
- Pacient, lékař a kdo dál? – Valeš J. (20 + 3 min)

15.00–15.30 SATELITNÍ SYMPOZIUM SPOLEČNOSTI BOEHRINGER INGELHEIM, spol. s r.o.

4 z 10 – doc. MUDr. Denisa Janíčková Žďárská, PhD.

15.30–16.00 PŘESTÁVKA

16.00–17.10 DIABETES MELLITUS A CHIRURGIE

prof. MUDr. Jiří Moláček, Ph.D.

- Specifika kardiochirurgických výkonů u pacientů s diabetes mellitus – Zlocha V. (20 + 3 min)
- Chirurgická intervence u diabetického pacienta s ICHDK – Moláček J. (20 + 3 min)
- Předoperační příprava a perioperační léčba pacienta s diabetem mellitem – Krčma M. (20 + 3 min)

17.10–17.15 ZAKONČENÍ KONGRESU

IP Interaktivní přednáška

PRO DOSPĚLÉ, ADOLESCENTY A DĚTI OD 6 LET S DIABETEM 1. NEBO 2. TYPU,
KTERÍ POTŘEBUJÍ BAZÁLNÍ INZULÍN¹

Toujeo pomáhá již od začátku³



• Pomozte vašim pacientům najít **rovnováhu** mezi snížením HbA1c a rizikem hypoglykémie¹⁻⁷

• Se stabilnějším profilem účinku až 36 hodin a flexibilitou doby podávání^{1,8}

• A se snadno použitelnými pery pro **spokojenost** s léčbou^{9,10}

Ať mohou vaši pacienti začít co nejlépe



Zkrácená informace o přípravku

Název přípravku: Toujeo 300 jednotek/ml SoloStar injekční roztok v předpřipraveném peru, Toujeo 300 jednotek/ml DoubleStar injekční roztok v předpřipraveném peru. **Složení:** Insulinum glarginum 300 jednotek/ml in roztoku. Pero SoloStar obsahuje 1,5 ml injekčního roztoku, to je 450 jednotek. Pero DoubleStar obsahuje 3 ml injekčního roztoku, to je 900 jednotek. **Indikace:** Léčba diabetes mellitus u dospělých, dospívajících a dětí od 6 let. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Dávkování a způsob podání:** 1 x denně kdykoli během dne, přednostně každý den vždy ve stejnou dobu. Aplikace je možná až 3 hodiny před nebo po obvyklé době podání. Dávka je určena v závislosti na potřebách pacienta. Podává se subkutánní injekcí. Doporučená počáteční denní dávka pro pacienty s diabetes mellitus 2. typu je 0,2 jednotky/kg následovaná individuální úpravou dávky. Toujeo DoubleStar předpřipravené pero je doporučeno pro pacienty, kteří potřebují minimálně 20 jednotek za den. **Zvláštní upozornění:** nepodávat intravenózně. Přípravek nesmí být natažen ze zásobní vložky předpřipraveného pera SoloStar nebo DoubleStar do injekční siferačky pro možné závažné předávkování. Před každým podáním injekce musí být vždy zkontrolován štítek inzulinu, aby nedošlo k záměně mezi přípravkem Toujeo a dalšími inzuliny. Před každým podáním injekce musí být připravena nová sterilní jehla. Pacienti musí být také poučeni, aby jehly nepoužívali opakovaně. Převod pacienta z jiného typu nebo inzulinu jiné značky má proběhnout pod přísným lékařským dohledem. Nesmí se mísit nebo ředit s žádnými jinými inzuliny nebo přípravky. Přípravek Toujeo a inzulin glargin 100 jednotek/ml nejsou bioekvivalentní a nejsou přímo zaměnitelné. Nutná opatrnost při kombinaci s pioglitazonem. **Pediatrická populace:** Přípravek Toujeo mohou používat dospívající a děti od 6 let, stejně jako dospělí pacienti. Pokud se přechází z bazálního inzulinu na přípravek Toujeo, je třeba na základě individuálního posouzení zvážit možnost snížení dávky bazálního a bolusového inzulinu, aby se minimalizovalo riziko hypoglykémie. Bezpečnost a účinnost přípravku Toujeo u dětí mladších 6 let nebyla dosud stanovena. Nejsou dostupné žádné údaje. **Zvláštní upozornění:** Přípravek Toujeo není inzulinem volby pro léčbu diabetické ketoacidózy. Místo něj se v takových případech doporučuje použití humánního inzulinu typu regular podávaného intravenózně. V případě nedostatečné úpravy glykémie nebo sklonu k hyper- nebo hypoglykemiím epizodické je nezbytné zkontrolovat dodržování předepsaného léčebného režimu pacientem, místa aplikace, správnou injekční techniku a všechny ostatní relevantní faktory předtím, než je zvažena úprava dávky. **Interakce s jinými léčivými přípravky:** Mezi látky, které mohou zvýšit hypoglykemizující účinek a zvýšit náchylnost k hypoglykémii, patří jiné antidiabetické léčivé přípravky, inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu (ACE), disopyramid, fibráty, fluoxetin, inhibitory monoaminoxidázy (MAO), pentoxifylin, propoxyfen, salicyláty a sulfonamidy. Mezi látky, které mohou snižovat hypoglykemizující účinek, patří kortikosteroidy, danazol, diazoxid, diuretika, glukagon, isoniazid, estrogeny a progestogeny, deriváty fenothiazinu, somatropin, sympatomimetika [např. epinefrin (adrenalin), salbutamol, terbutalin], thyreoidní hormony, atypická antipsychotika [např. klozapin a olanzapin] a inhibitory proteáz. Betablockátory, klónidin, soli litia nebo alkohol mohou jak zesílit, tak i zeslabit hypoglykemizující účinek inzulinu. Pentaminid může vyvolat hypoglykémii, pro které může následovat hypoglykémie. **Těhotenství a kojení:** V případě klinické potřeby je možné zvažovat použití přípravku během těhotenství. Není známo, zda je inzulin glargin vylučován do mateřského mléka. Nepředpokládá se po použití inzulinu glargin žádný metabolický účinek na kojeného novorozence/kojené dítě. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Pacientova schopnost koncentrace a reakce může být zhoršena následkem hypoglykémie, hypoglykémie nebo např. následkem poruchy zraku. To může představovat riziko v situacích, kde jsou tyto schopnosti zvláště důležité (např. při řízení vozidla nebo při obsluze strojí). **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: hypoglykémie. Časté: reakce v místě vpichu, lipohypertrofie. Méně časté: lipodistrofie. Vzácné: alergické reakce, zhoršení zraku, retinopatie, edém. V místě vpichu se může vyvinout lipoatrofie a kožní amyloidóza vedoucí ke zpoždění lokálního absorpce inzulinu. Pravidelné střídání místa vpichu v oblasti podání může pomoci tyto reakce omezit nebo jim předjet. **Předávkování:** Předávkování inzulinem může vést k těžké a někdy dlouhodobé a život ohrožující hypoglykémii. Mírné epizody lze zvládnout perorálním podáním sacharidů, u závažnějších lze podat glukagon (i.m./s.c.) nebo glukózu (i.v.). **Balení:** 3 pera k jednorázovému použití se zásobními vložkami, které jsou uzavřeny v předpřipravených perech. Zásobní vložka pera SoloStar obsahuje 1,5 ml roztoku. Zásobní vložka pera DoubleStar obsahuje 3,0 ml roztoku. **Uchovávání:** Uchovávejte při teplotě 2–8 °C (v chladničce). Chrante před mrazem a před světlem. Po prvním použití může být přípravek uchovávan až 6 týdnů při teplotě do 30 °C a mimo deset přímých zdrojů tepla nebo světla. Používané pera se nesmí uchovávat v chladničce. **Doba použitelnosti:** Toujeo SoloStar 30 30 měsíců, Toujeo DoubleStar 36 měsíců. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Sanofi-Aventis Deutschland GmbH, D-65926 Frankfurt am Main, Německo. **Registrační číslo:** EU/1/00/133/033-041. **Poslední revize textu:** 5. 3. 2026. Výdej pouze na lékařský předpis. Léčivý přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Podrobnější informace jsou obsaženy v SPC nebo jsou dostupné na adrese:** Sanofi s.r.o., Generála Píky 430/26, 160 00 Praha 6, tel.: +420 233 086 111.

Reference: 1. SPC Toujeo®, datum revize textu 5. 3. 2026. 2. Home PD, et al. *Diabetes Care* 2015;38(12):2217-2225. 3. Rosenstock J, et al. *Diabetes Care* 2018;41:2147-2154. 4. Danne T, et al. *Diabetes Care* 2020;43(7):1512-1519. 5. Riddle MC, et al. *Diabetes Care* 2014;37:2755-2762. 6. Yki-Jarvinen H, et al. *Diabetes Care* 2014;37:3235-3243. 7. Bolli GB, et al. *Diabetes Obes Metab* 2015;17:386-394. 8. Becker RHA, et al. *Diabetes Care* 2015;38(4):637-643. 9. Singh R, et al. *Eur Endocrinol* 2018;14:47-51. 10. Pohlmeier H, et al. *J Diabetes Sci Technol* 2017;11:263-269.

Učeno pro odbornou veřejnost. MAT-CZ-2600063 - 2.0 - 03/2026

sanofi



Toujeo®
inzulin glargin 300 U/ml

Jak na obezitu

Odborný garant: MUDr. Jan Král, Ph.D.

úterý / 12. 5. 2026 / 9.05–10.20

Úskalí léčby GLP-1 receptorovými analogy

MUDr. Petra Šrámková

OB klinika Praha

Obezita jako závažné celoživotní onemocnění vyžaduje aktivní přístup k léčbě. Léčbou se rozumí nutná úprava životního stylu s vhodnou pravidelnou fyzickou aktivitou včetně farmakologické či bariatrické léčby. V léčbě obezity se v současnosti uplatňuje především úprava životního stylu a dlouhodobé podávání antiobezitik, tedy léků, které příznivě ovlivňují nejen pokles nadměrné hmotnosti, ale i zdravotní rizika spojená s obezitou. Většina antiobezitik vede k dlouhodobému váhovému úbytku právě změnou signálů jdoucích do hypothalamu, zejména navozením fyziologického pocitu sytosti. Nyní preferujeme GLP-1 analogy podávaná 1x týdně, jako semaglutid (Wegovy[®], snížení hmotnosti okolo 15 % během prvního roku léčby u nediabetiků) a tirzepatid (Mounjaro při maximální dávce s redukcí 22 % původní hmotnosti za 1,5 roku léčby u nediabetiků.

Jako úskalí můžeme vnímat gastrointestinální nežádoucí účinky, které jsou obvykle přechodného charakteru a jsou mírné až střední závažnosti, dle RCT vedou k přerušení léčby u 6–12 % pacientů. Omezení stravy často vede ke snížení příjmu některých minerálů a vitaminů, ale zejména je třeba hlídat dostatečný příjem bílkovin – reálně 80–120 g/d. Toto spolu s pra-

videlnou fyzickou aktivitou je předpokladem k tomu, že nebude docházet k nadměrnému úbytku svalové hmoty během redukce hmotnosti. V diskuzi o suicidálním myšlení a depresích nebyla prokázána příčinná souvislost, nicméně klinická obezřetnost je doporučena. Z vlastní zkušenosti vídáme změny nálad v obou směrech. Receptory GLP-1 se nacházejí v oblastech mozku regulujících emoce, což může vést k lepší kvalitě života, zlepšení nálady a k odstranění food noise.

Pacienti po vysazení GLP-1 RA obvykle přibírají většinu ztracené hmotnosti během ~18 měsíců, z toho plyne i nutnost dlouhodobé terapie stejně jako u ostatních metabolických nemocí. Toto vyžaduje, od nás předepisujících lékařů, opakovanou edukaci. Přestože účinná a bezpečná antiobezitika jsou v současné době k dispozici, není tato léčba ani částečně hrazena ze všeobecného zdravotního pojištění.

Úspěch léčby vnímám v multidisciplinárním přístupu lékaře, nutričního terapeuta a pacienta spolu s účinným lékem.

Dieta při léčbě GLP-1 analogy

Mgr. Aneta Seidlová

3. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha

Velké části pacientů s obezitou se až donedávna redukovat tělesnou hmotnost dlouhodobě nedařilo. S příchodem moderních antiobezitik na český trh se tato mnohdy pro pacienta i zdravotníka zoufalá situace zásadně změnila. V sou-

časné době máme nástroje, které umožňují, aby svou tělesnou hmotnost dokázal dlouhodobě regulovat v podstatě každý pacient s obezitou a komorbiditami.

Zároveň tato nová situace přináší i dosud neznámé výzvy, které se týkají především nutriční péče o pacienty užívající léky na podporu hubnutí. Ať už se jedná o zvládání možných nežádoucích účinků léčby, eliminaci rizika výrazných ztrát ak-

tivní tělesné hmoty, nebo o zabránění jeho efektu po vysazení léků či snížení jejich dávky. Přestože antiobezitika skutečně účinná jsou, nejedná se o samospásné řešení obezity. V klinické praxi se jako nutná strategie nadále ukazuje individuální nastavení redukčního režimu u konkrétního pacienta.

Přednáška shrne klíčové principy správně vedené nutriční intervence u pacienta léčeného inkretinovými analogy.

Držení řidičského průkazu – zdravotní aspekty

Odborný garant: doc. MUDr. Jan Brož, Ph.D.
úterý / 12. 5. 2026 / 11.10–12.20

Pohled diabetologa

doc. MUDr. Jan Brož, Ph.D.

2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha

Onemocnění diabetes mellitus je jedním z těch, které mohou vést ke ztrátě způsobilosti k držení řidičského průkazu. K této ztrátě může obecně dojít na základě proběhlé těžké hypogly-

kemie (nutnost pomoci další osobou) v bdělém stavu, po které je vždy nutné vždy lékařské posouzení. Taktéž v případě syndromu zhoršeného rozpoznávání hypoglykemie spojeného se dvěma jakýmkoliv hypoglykemiemi v bdělém stavu. Kontrola zdravotního stavu se provádí každé 3 roky.

Přísnější situace je u řidičů profesionálů, kde probíhá kontrola každý rok a takový řidič, kromě

POD TÍMTO QR KÓDEM NAJDETE



Sborník abstrakt
v digitální podobě



Anketu
k on-line vyplnění



Formulář pro
dotazy přednášejícím



Program konference

výše uvedených bodů, nesmí prodělat těžkou hypoglykemií v posledních 12 měsících, a to jak v bdělém stavu, tak i ve spánku. Kontrola zdravotního stavu se provádí každoročně. Řidič profesionál musí prokázat provádění měření glykemie minimálně 2x denně a během jízdy. U profesionálů i neprofesionálů je možné způsobilost odebrat i při těžkých orgánových komplikacích spojených s diabetem.

Pohled kardiologa

MUDr. Veronika Oravcová

Kardiologická klinika 2. LF UK a Fakultní nemocnice Motol a Homolka, Praha

Diabetes mellitus významně zvyšuje riziko kardiovaskulárních onemocnění, která mohou vést k náhlé indispozici při řízení motorových vozidel. Z pohledu kardiologa však nejde pouze o dlouhodobé komplikace, ale především o akutní stavy, jako jsou arytmie, synkopy či dekompenzace srdečního selhání, které mohou bez varování ohrozit bezpečnost pacienta i okolí.

Přednáška shrnuje nejčastější kardiální situace, které by měly vést ke zvýšené opatrnosti nebo omezení řízení, a nabízí jednoduchý přístup ke stratifikaci rizika v ambulantní praxi. Zvláštní pozornost je věnována interakci hypoglykemie a kardiálního rizika, včetně jejího vlivu na vznik arytmií.

Diskutován bude rovněž dopad současné farmakoterapie – jak antidiabetik s kardiovaskulárním benefitem, tak léčiv, která mohou zvyšovat riziko hypotenze či maskovat varovné příznaky hypoglykemie.

Cílem sdělení je poskytnout diabetologům jednoduché a aplikovatelné nástroje pro identi-

fikaci rizikových pacientů, indikaci kardiologického vyšetření a edukaci pacientů ve vztahu k bezpečnému řízení.

Řidič senior

MUDr. Anna Frühaufová

Středisko lékařské péče, s. r. o., Praha

Výukové pracoviště praktického lékařství

2. LF UK, Praha

Řízení motorových vozidel u pacientů s diabetem mellitem představuje v ambulanci praktického lékaře častou a současně medicínsky i legislativně citlivou problematiku. Praktický lékař zde zastává klíčovou roli v posuzování zdravotní způsobilosti, koordinaci informací od specialistů a v komunikaci s pacientem i příslušnými orgány.

Sdělení se zaměřuje na systematický přehled procesu posuzování zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel u pacientů s diabetem. Budou shrnuty základní náležitosti lékařské prohlídky se zaměřením na rizikové faktory ovlivňující bezpečnost řízení, zejména hypoglykemie, poruchy vědomí, chronické komplikace diabetu (retinopatie, neuropatie) a komorbidity. Důraz bude kladen na praktické aspekty rozhodování v ordinaci praktického lékaře, včetně spolupráce s diabetologem.

Součástí sdělení je přehled aktuálního legislativního rámce v České republice, včetně nedávných změn, které se týkají posuzování zdravotní způsobilosti řidičů s diabetem. Pozornost bude věnována implementaci elektronických posudků (e-posudků), dále budou diskutovány i možnosti využití harmonizovaných kódů a jejich význam pro standardizaci a sdílení informací.

Další část sdělení se zaměří na postup při podezření na nezpůsobilost k řízení, včetně

právních a etických aspektů oznamovací povinnosti lékaře. Budou prezentovány praktické scénáře z běžné praxe a doporučené postupy, které mohou lékařům pomoci v rozhodovacím procesu.

Cílem sdělení je nabídnout prakticky orientovaný pohled na danou problematiku, propojit medicínské a legislativní aspekty a poskytnout lékařům srozumitelný návod pro každodenní rozhodování v této oblasti.

Může tento pacient ještě řídit? Zdraví, psychologie a bezpečnost dopravy

úterý / 12. 5. 2026 / 12.20–12.50

Pohled soudního znalce a experta v oblasti lidského faktoru v dopravě

prof. PhDr. Matúš Šucha, Ph.D.

Univerzita Palackého v Olomouci
& Anglo-Americká univerzita, Praha

Řízení motorového vozidla je komplexní činnost, která klade vysoké nároky na pozornost, rozhodování, rychlost reakcí, emoční stabilitu i celkový zdravotní stav člověka. Lékaři se ve své praxi relativně často dostávají do situace, kdy musí posuzovat zdravotní způsobilost pacienta k řízení motorových vozidel nebo s pacientem komunikovat omezení či ztrátu řídičského oprávnění. Tato situace bývá pro pacienty velmi citlivá, protože řízení je úzce spojeno se soběstačností, mobilitou, zaměstnáním i sociálním životem.

Sdělení nabídne pohled na problematiku bezpečnosti silničního provozu z perspektivy dopravního psychologa, soudního znalce a učitele autoškoly. Budou představeny hlavní příčiny dopravních nehod a role lidského faktoru, zejména na pozornosti, únavy, stresu, emocí, rizikového

chování a přeceňování vlastních schopností. Dále bude diskutován vliv chronických onemocnění, akutních zdravotních stavů, stárnutí a medikace na schopnost bezpečně řídit motorové vozidlo.

Z pohledu soudního znalce budou stručně představeny typické situace dopravních nehod, ve kterých sehrál roli zdravotní stav řidiče, a způsoby posuzování příčin nehod a odpovědnosti řidičů. Z pohledu učitele autoškoly bude poukázáno na nejčastější chyby řidičů, limity řídičských dovedností a rozdíl mezi tím, co řidiči umí, co si myslí, že umí, a co reálně zvládnou v krizové situaci.

Součástí sdělení bude také praktický pohled na komunikaci s pacientem v situacích, kdy je nutné omezit nebo odebrat řídičské oprávnění ze zdravotních důvodů, což představuje pro lékaře i pacienta často náročnou situaci s významnými dopady na kvalitu života pacienta. Cílem sdělení je nabídnout lékařům širší souvislosti mezi zdravotním stavem, chováním člověka a bezpečností silničního provozu a poskytnout praktický pohled využitelný při každodenním rozhodování o zdravotní způsobilosti pacientů k řízení motorových vozidel.

Komunikace s pacientem – řešení konfliktů

Odborná garantka: PhDr. Šárka Tomová, Ph.D. et Ph.D., MPH
úterý / 12. 5. 2026 / 13.50–15.00

Kognitivní a emoční dimenze komunikace ve vztahu lékař–pacient

PhDr. Šárka Tomová, Ph.D., Ph.D., MPH

Centrum rozvoje komunikačních

a pedagogických kompetencí,

2. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha

Přednáška se zaměřuje na kognitivní a emoční dimenze komunikace ve vztahu lékař–pacient z pozice lékaře a ukazuje, jak zásadně tyto procesy formují kvalitu klinického rozhovoru, průběh diagnostiky i efektivitu léčby. Kognitivní dimenze zahrnuje procesy, kterými lékař i pacient vnímají, interpretují a vyhodnocují informace. Tyto procesy jsou ovlivněny řadou zkreslení. Nastihuje, jak kognitivní procesy na straně lékaře – včetně vlivu očekávání, zkušeností a kognitivních zkreslení – ovlivňují interpretaci pacientových sdělení a mohou podporovat či naopak komplikovat rozhodování, zejména v podmínkách časového tlaku nebo diagnostické nejistoty. Tyto emoční stavy významně ovlivňují schopnost pacienta porozumět sděleným informacím, aktivně se ptát a podílet se na rozhodování o léčbě.

Významnou součástí přednášky bude i problematika emoční regulace na straně lékaře. Ukáže, jak práce s vlastními emocemi ovlivňuje kvalitu interakce, zejména v náročných nebo konfliktních situacích, a jak emoční zátěž či vyčerpání může nenápadně snižovat empatii, toleranci nejistoty nebo schopnost naslouchat. Stejně tak bude dis-

kutováno, jak rozpoznání a validace emocí pacienta pomáhá budovat důvěru, snižovat napětí a zlepšovat spolupráci.

V poslední části přednáška nabídne konkrétní komunikační strategie, které mohou lékaři využít k posílení efektivní a partnerské interakce: strukturované podávání informací, aktivní naslouchání, přizpůsobení komunikace individuálním potřebám pacienta či techniky pro bezpečné a citlivé sdělování nepříznivých zpráv, například protokol SPIKES.

Přednáška je určena lékařům všech odborností, kteří chtějí lépe porozumět psychologickým aspektům komunikace, zefektivnit vedení klinického rozhovoru a posílit svou schopnost podporovat pacienty v náročných situacích.

Komunikace mezi lékařem a pacientem není pouze výměna informací. Je to komplexní interakce, v níž se setkávají kognitivní procesy, emoční reakce, osobní zkušenosti, ale také automatické psychologické tendence, které často probíhají mimo naše vědomí. Tyto procesy mohou zásadně ovlivnit diagnostické uvažování, terapeutická rozhodnutí i vzájemnou důvěru.

Duševní zdraví lékaře: prevence a podpora resilience

Mgr. Karolína Faberová

Katedra psychologie FF UK, Praha

Policejní prezidium PČR, Praha

Duševní zdraví lékařů představuje zásadní determinant kvality poskytované péče, profesní

MŮJ

KAŽDÝ DEN

Jardiance®
(empagliflozin)

... BEZ KV příhody
... BEZ hospitalizace
... BEZ dialýzy

SE POČÍTÁ

ZMĚNA PARADIGMATU

10
LET
EMPA-REG
OUTCOME®

Pro vaše pacienty



SÍLA TROJÍ OCHRANY

Zkrácená informace o léčivém přípravku:**Jardiance 10 mg potahované tablety**

Stožení: Jardiance 10mg: jedna tableta obsahuje 10mg empagliflozinu. **Indikace:** K léčbě diabetu mellitus II. typu ke zlepšení kontroly glykémie u dospělých a dětí ve věku 10 let a starších s nedostatečnou kompenzací diabetu samotnou dietou a tělesným cvičením; jako monoterapie pokud je metformin nevhodný z důvodu nesnášenlivosti; v kombinaci s jinými léčivými přípravky ke snížení hladiny glukózy, včetně kombinace s inzulinem. K léčbě dospělých se symptomatickým chronickým srdečním selháním. K léčbě dospělých s chronickým onemocněním ledvin. **Dávkování a způsob podávání:** Diabetu mellitus II. typu: počáteční dávka empagliflozinu je 10 mg jednou denně v kombinované terapii. U pacientů, kteří tolerují empagliflozin v dávce 10 mg jednou denně, kteří mají eGFR ≥ 60 ml/min/1,73 m² a potřebují přísnější kontrolu glykémie, lze dávku zvýšit na 25 mg jednou denně. Maximální denní dávka je 25 mg. U dětí se eGFR < 60 ml/min/1,73 m² a u dětí ve věku do 10 let nejsou dostupné žádné údaje. **Srdeční selhání:** doporučená dávka je 10 mg empagliflozinu jednou denně. **Chronické onemocnění ledvin:** doporučená dávka je 10 mg empagliflozinu jednou denně. Nedoporučuje se zahajovat léčbu u pacientů s eGFR < 20 ml/min/1,73 m². Účinek empagliflozinu na snížení glykémie se u pacientů s diabetem mellitem II. typu a hodnotou eGFR < 45 ml/min/1,73 m² snižuje a při hodnotě eGFR < 30 ml/min/1,73 m² pravděpodobně mizí zcela. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** U pacientů, u kterých existuje podezření na ketoacidózu nebo u kterých byla ketoacidóza diagnostikována, je nutné léčbu empagliflozinem okamžitě ukončit. Léčbu je třeba přerušit u pacientů, kteří jsou hospitalizováni z důvodu velkých chirurgických výkonů nebo akutního závažného zdravotního stavu. Před zahájením léčby empagliflozinem je třeba v pacientově anamnéze zvážit faktory, které jej mohou predisponovat k diabetické ketoacidóze. Empagliflozin může způsobit dehydrataci ketoacidózu a glukosurii. Ketoacidóza může přetrvávat i po vysazení léku déle, než se očekává podle plazmatického poločasů. Na prodloužené ketoacidóze se mohou podílet i jiné faktory, například nedostatek inzulinu. Empagliflozin se nemá používat u pacientů s diabetem mellitem I. typu. Pacienti ve věku 75 let a starší mohou mít vyšší riziko hypovolemie. *Nedoporučuje se žádná úprava dávky s ohledem na věk. Tablety obsahují laktózu, proto pacienti s intolerancí galaktózy, vrozeným deficitem laktázy nebo malabsorpcí glukózy a galaktózy, by tento přípravek neměli užívat. U pacientů ženského i mužského pohlaví užívajících inhibitory SGLT2 včetně empagliflozinu byly hlášeny případy nekrotizující fasciitidy perineu (Fournierova gangréna). V případě podezření na Fournierovu gangrénu je třeba přípravek Jardiance vysadit a rychle zahájit léčbu. Empagliflozin může zvýšit hematokrit. Pacienti s výrazným zvýšením hematokritu by měli být sledováni a vyšetřeni na možné hematologické onemocnění. **Interakce:** Empagliflozin může zvýšit diuretický efekt thiazidových a klicových diuretik a může zvyšovat riziko dehydratace a hypotenze. Pokud je empagliflozin podáván v kombinaci s inzulinem nebo inzulinovým sekretogem, "může být z důvodu snížení rizika vzniku hypoglykémie nutné redukovat dávku inzulinu nebo inzulinového sekretogemu. Studie interakcí byly provedeny pouze u dospělých. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášenými nežádoucími příhodami u klinických hodnoceníh na diabetu mellitus II. typu byly hypoglykémie (při kombinované léčbě s derivátem sulfonylurey nebo inzulinem). Nejčastějším nežádoucím účinkem léčiva u dětí byla hypoglykémie. Celkové byl ale bezpečnostní profil u dětí podobný bezpečnostnímu profilu u dospělých s onemocněním diabetu mellitus II. typu. "U dospělých se dále vyskytovala vaginální moniliaza, vulvovaginitida, balanitida a jiné infekce genitálu, infekce močových cest; žízeň; pruritus; časté močení; hypovolemie; dysurie; zvýšená hladina kreatininu v krvi/snížená rychlost glomerulární filtrace; zvýšený hematokrit; zvýšené sérové lipidy; diabetická ketoacidóza; vyrážka, aritárie; a velmi vzácně tubulointersticiální nefritida. **Nejčastěji hlášenými nežádoucími příhodami v klinických hodnoceníh u srdečního selhání** byla hypovolemie; dále zácpa a angioedém. Přítomnost diabetu mellitus II. typu zvyšovala frekvenci nežádoucích účinků u pacientů se srdečním selháním. **Nejčastějším nežádoucím účinkem v klinickém hodnocení u chronického onemocnění ledvin** byly dna a akutní selhání ledvin, které byly hlášeny častěji u pacientů, kteří dostávali placebo. Celkový bezpečnostní profil empagliflozinu byl obecně v rámci hodnocených indikací konzistentní. **Těhotenství a kojení:** Podávání přípravku Jardiance v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. Přípravek Jardiance se v období kojení nemá podávat. **Balení, výdej a uchování:** Jednodávkové PVC/Al blistry v krabičce obsahující 28x1, 30x1, 90x1 nebo 100x1 potahovaných tablet. **Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Tento léčivý přípravek nevychází žádné zvláštní podmínky uchování. **Registrační číslo:** EU/1/14/930/013 – 28 tbl (10 mg), EU/1/14/930/014 – 30 tbl (10 mg), EU/1/14/930/017 – 90 tbl (10 mg), EU/1/14/930/016 – 100 tbl (10 mg). **Datum poslední revize textu:** 24. 3. 2026. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Str. 173, 55216 Ingelheim am Rhein, Německo.**

*Všimněte si prosím změny v informacích o léčivém přípravku.

Před předepsáním se prosím seznámte s úplným zněním souhrnu údajů o přípravku. Úplné znění souhrnu údajů o přípravku je uveřejněno na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky: <http://www.ema.europa.eu> popř. na stránkách Státního ústavu pro kontrolu léčiv www.sukl.gov.cz.

Boehringer Ingelheim, spol. s ro.
Purkyňova 2121/3 - 110 00 Praha 1
www.boehringer-ingelheim.cz
MEDInfo.CZ@boehringer-ingelheim.com
PC-CZ-104161; datum přípravy: 4/2026

stability i bezpečnosti zdravotnického systému. Lékařská profese je dlouhodobě spojena s kumulací vysoce náročných stresorů, zahrnujících chronickou časovou zátěž, vysokou míru odpovědnosti, emočně exponované situace, administrativní přetížení i narůstající tlak na efektivitu. Důsledkem může být rozvoj psychického vyčerpání, syndromu vyhoření, úzkostné a depresivní symptomatiky i pokles profesní satisfakce.

Klíčovým pojmem je resilience, chápaná nikoli jako prostá odolnost vůči zátěži, ale jako dynamická schopnost adaptace, obnovy a zachování profesní funkčnosti ve prostředí.

Současný pohled na prevenci psychické zátěže přesahuje rámec individuální odpovědnosti. Podpora duševního zdraví lékaře musí zahrnovat jak individuální strategie, tak systémová a organizační opatření. Na úrovni jednotlivce se uplatňuje zejména rozvoj sebereflexe, kompetencí v oblasti zvládnání stresu, psychohygieny, práce s hranicemi, regenerace a včasného rozpoznání varovných příznaků přetížení. Zásadní význam však mají i intervence na úrovni pracoviště, zejména kultivace bezpečného pracovního prostředí, podpora týmové spolupráce, dostupnost supervize, debriefinku nebo systému peer podpory.

Přednáška se zaměří na hlavní determinanty psychické zátěže lékařů, na koncept resilience

v kontextu klinické praxe a na praktické možnosti prevence na individuální, týmové i organizační úrovni. Cílem je formulovat odborně ukotvený a klinicky využitelný rámec podpory duševního zdraví lékařů jako nedílné součásti kvalitní a udržitelné zdravotní péče.

Pacient, lékař a kdo dál?

Mgr. Jáchym Valeš

PN Bohnice, Praha

MZ ČR, Praha

Chronická onemocnění, jako je diabetes mellitus nebo obezita, představují pro pacienty nejen somatickou, ale i významnou psychickou zátěž. Přednáška se v krátkosti zaměří na šíři psychologických intervencí ve vztahu k diabetologii a dalším lékařským oborům – od preventivních programů, přes řešení akutních krizí, až po dlouhodobou psychoterapeutickou péči. Zvláštní pozornost bude věnována problematice poruch příjmu potravy (PPP), kde se prolíná somatická léčba s komplikovanou psychiatrickou symptomatikou vyžadující spolupráci s psychologem. Na vybrané kazuistice z dětského psychiatrického oddělení pak bude představena role psychologa v multidisciplinárním týmu v léčbě PPP.

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 časopisů. Anketu najdete u registrace.

Na závěr kongresu proběhne losování tištěné i on-line formy ankety. Vyhrát můžete zajímavé ceny. Ceny v anketě nejsou financovány farmaceutickými firmami.



Diabetes mellitus a chirurgie

Odborný garant: prof. MUDr. Jiří Moláček, Ph.D.

úterý / 12. 5. 2026 / 16.00–17.10

Specifika kardiochirurgických výkonů u pacientů s diabetes mellitus

MUDr. Viktor Zlocha

Kardiochirurgické oddělení, FN Plzeň

Kardiovaskulární onemocnění postihují diabetiky výrazně častěji než běžnou populaci. Riziko infarktu myokardu je u nich 3x vyšší a riziko cévní mozkové příhody dokonce 4x vyšší ve srovnání s nediabetickou populací.

V rámci předoperační přípravy je nezbytné sledovat nejen aktuální glykemii, ale zejména hladinu glykovaného hemoglobinu (HbA1c). Zvýšená hodnota HbA1c je významným prediktorem komplikovaného hojení ran, což je v kardiochirurgii kritický faktor.

Fenomén němé ischemie u diabetiků vzniká z důvodu autonomní neuropatie, což znamená, že nemusí pociťovat klasickou anginu pectoris. Proto přicházejí k operaci často v pokročilejším stadiu postižení.

Při koronarografickém vyšetření u diabetiků často nalzáme typický nález difuzního a periferního postižení koronárních tepen, který může limitovat možnosti efektivní revaskularizace. Diabetes mellitus je rovněž integrální součástí skórovacích systémů pro predikci mortality, např. EuroSCORE II.

Během operace a v časném pooperačním období přísně monitorujeme glykemii. Většina

pacientů je převáděna na inzulin, často s využitím protokolu „sliding scale“ pro flexibilní úpravu dávek. Trendem jsou minimálně invazivní výkony, z nichž diabetici jistě profitují vzhledem k výše uvedeným rizikům.

V pooperačním období pacienti postupně vracíme k původní chronické medikaci. Standardem je doporučení časné lázeňské rehabilitace, kam jsou pacienti zpravidla překládáni přímo z lůžka kardiochirurgického oddělení.

Chirurgická intervence u diabetického pacienta s ICHDK

prof. MUDr. Jiří Moláček, Ph.D.,

doc. MUDr. Bohuslav Čertík, Ph.D.,

MUDr. Richard Šulc,

MUDr. Karel Houdek, Ph.D.,

MUDr. Václav Opatrný, Ph.D.,

MUDr. Ivan Říha

Chirurgická klinika Fakultní nemocnice v Plzni

Autoři prezentují strategii cévně-chirurgické péče u diabetika s ischemickou chorobou dolních končetin. Upozorňují, že v celé řadě případů lze nemocnému revaskularizovat dolní končetiny i v případě trisních výtokových traktů, jako je tomu pro diabetické pacienty typické. Je rovněž prezentována absolutní nutnost spolupráce multidisciplinárního týmu (cévní chirurg, intervenční radiolog, diabetolog... etc.).

BUĎTE s námi DOBRÝM ANDĚLEM

Při odchodu z této akce vraťte visačku

za 1 visačku SOLEN věnuje 10 Kč
nadaci www.dobryandel.cz

Každá vrácená visačka je recyklována
a opět použita. Více informací o tomto projektu
najdete na www.solen.cz

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



DOBRÝ ANDĚL



SOLEN  let s vámi

» TIRÁŽ

1. KONGRES DIABETOLOGIE PRO PRAXI

12. května 2026 | OREA HOTEL PYRAMIDA, Praha

Pořadatel

Společnost SOLEN, s. r. o., v odborné spolupráci
s Interní klinikou 2. LF UK a FN Motol a Homolka, Praha

Odborný garant akce

doc. MUDr. Jan Brož, Ph.D.

Organizátor

SOLEN, s. r. o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc
Organizační zajištění: Markéta Slezáková, 721 135 146, slezakova@solen.cz
Programové zajištění: Mgr. Kateřina Dostálová, 725 003 510, dostalova@solen.cz,
Grafické zpracování abstrakt a sazba: SOLEN, s. r. o., Michal Bajnok
Zajištění výstavních ploch: Mgr. Zuzana Filová, MBA, 607 632 481, filova@solen.cz

Ohodnocení

Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání
dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena 6 kredity pro lékaře.



Vydavatel: Solen, s. r. o., IČ 25553933

Tisk: Properus, s. r. o., Olomouc
ISBN 978-80-7471-574-7



POŘADATELÉ DĚKIJÍ
UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

GENERÁLNÍ PARTNER



HLAVNÍ PARTNER



PARTNEŘI



SOLEN

**SUPER,
UŽ MÁM PŘEDPLACENO.**

A DOSTALA JSEM NAVÍC:

- 20% SLEVU NA KONGRESY*
- 8x ČASOPIS VNITŘNÍ LÉKAŘSTVÍ
- TEMATICKÁ SUPPLEMENTA
- PŘÍSTUP DO ARCHIVU PRAKTICKÝCH TABULEK



**ALE KDE
A JAK?**



ČASOPIS

Vnitřní lékařství

OBJEDNÁVEJTE:

www.casopisvnitrnilekarstvi.cz

predplatne@solen.cz



CENA PŘEDPLATNÉHO

NA ROK 2026 ~~1950 Kč~~

**KONGRESOVÁ
SLEVA 20%**

1 560 Kč

**POUZE PO DOBU KONÁNÍ
KONGRESU U REGISTRACE**

MŮJ

KAŽDÝ DEN

Jardiance®
(empagliflozin)

... BEZ KV příhody
... BEZ hospitalizace
... BEZ dialýzy

SE POČÍTÁ

ZMĚNA PARADIGMATU

10
LET
EMPA-REG
OUTCOME®

Pro vaše pacienty



SÍLA TROJÍ OCHRANY

Zkrácená informace o léčivém přípravku:**Jardiance 10 mg potahované tablety**

Stožení: Jardiance 10mg: jedna tableta obsahuje 10mg empagliflozinu. **Indikace:** K léčbě diabetu mellitus II. typu ke zlepšení kontroly glykémie u dospělých a dětí ve věku 10 let a starších s nedostatečnou kompenzací diabetu samotnou dietou a tělesným cvičením; jako monoterapie pokud je metformin nevhodný z důvodu nesnášenlivosti; v kombinaci s jinými léčivými přípravky ke snížení hladiny glukózy, včetně kombinace s inzulinem. K léčbě dospělých se symptomatickým chronickým srdečním selháním. K léčbě dospělých s chronickým onemocněním ledvin. **Dávkování a způsob podávání:** Diabetu mellitus II. typu: počáteční dávka empagliflozinu je 10 mg jednou denně v kombinované terapii. U pacientů, kteří tolerují empagliflozin v dávce 10 mg jednou denně, kteří mají eGFR ≥ 60 ml/min/1,73 m² a potřebují přísnější kontrolu glykémie, lze dávku zvýšit na 25 mg jednou denně. Maximální denní dávka je 25 mg. U dětí se eGFR < 60 ml/min/1,73 m² a u dětí ve věku do 10 let nejsou dostupné žádné údaje. **Srdeční selhání:** doporučená dávka je 10 mg empagliflozinu jednou denně. **Chronické onemocnění ledvin:** doporučená dávka je 10 mg empagliflozinu jednou denně. Nedoporučuje se zahajovat léčbu u pacientů s eGFR < 20 ml/min/1,73 m². Účinek empagliflozinu na snížení glykémie se u pacientů s diabetem mellitem II. typu a hodnotou eGFR < 45 ml/min/1,73 m² snižuje a při hodnotě eGFR < 30 ml/min/1,73 m² pravděpodobně mizí zcela. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** U pacientů, u kterých existuje podezření na ketoacidózu nebo u kterých byla ketoacidóza diagnostikována, je nutné léčbu empagliflozinem okamžitě ukončit. Léčbu je třeba přerušit u pacientů, kteří jsou hospitalizováni z důvodu velkých chirurgických výkonů nebo akutního závažného zdravotního stavu. Před zahájením léčby empagliflozinem je třeba v pacientově anamnéze zvážit faktory, které jej mohou predisponovat k diabetické ketoacidóze. Empagliflozin může způsobit dehydrataci ketoacidózu a glukosurii. Ketoacidóza může přetrvávat i po vysazení léku déle, než se očekává podle plazmatického poločasů. Na prodloužené ketoacidóze se mohou podílet i jiné faktory, například nedostatek inzulinu. Empagliflozin se nemá používat u pacientů s diabetem mellitem I. typu. Pacienti ve věku 75 let a starší mohou mít vyšší riziko hypovolemie. *Nedoporučuje se žádná úprava dávky s ohledem na věk. Tablety obsahují laktózu, proto pacienti s intolerancí galaktózy, vrozeným deficitem laktázy nebo malabsorpcí glukózy a galaktózy, by tento přípravek neměli užívat. U pacientů ženského i mužského pohlaví užívajících inhibitory SGLT2 včetně empagliflozinu byly hlášeny případy nekrotizující fasciitidy perineu (Fournierova gangréna). V případě podezření na Fournierovu gangrénu je třeba přípravek Jardiance vysadit a rychle zahájit léčbu. Empagliflozin může zvýšit hematokrit. Pacienti s výrazným zvýšením hematokritu by měli být sledováni a vyšetřeni na možné hematologické onemocnění. **Interakce:** Empagliflozin může zvýšit diuretický efekt thiazidových a klicových diuretik a může zvyšovat riziko dehydratace a hypotenze. Pokud je empagliflozin podáván v kombinaci s inzulinem nebo inzulinovým sekretogem, "může být z důvodu snížení rizika vzniku hypoglykémie nutné redukovat dávku inzulinu nebo inzulinového sekretogemu. Studie interakcí byly provedeny pouze u dospělých. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášenými nežádoucími příhodami v klinických hodnoceních na diabetu mellitus II. typu byly hypoglykemie (při kombinované léčbě s derivátem sulfonylurey nebo inzulinem). Nejčastějším nežádoucím účinkem léčiva u dětí byla hypoglykemie. Celkové byl ale bezpečnostní profil u dětí podobný bezpečnostnímu profilu u dospělých s onemocněním diabetu mellitus II. typu. "U dospělých se dále vyskytovala vaginální moniliaza, vulvovaginitida, balanitida a jiné infekce genitálu, infekce močových cest; žízeň; pruritus; časté močení; hypovolemie; dysurie; zvýšená hladina kreatininu v krvi/snížená rychlost glomerulární filtrace; zvýšený hematokrit; zvýšené sérové lipidy; diabetická ketoacidóza; vyrážka, aritárie; a velmi vzácně tubulointersticiální nefritida. **Nejčastěji hlášenými nežádoucími příhodami v klinických hodnoceních u srdečního selhání** byla hypovolemie; dále zácpa a angioedém. Přítomnost diabetu mellitus II. typu zvyšovala frekvenci nežádoucích účinků u pacientů se srdečním selháním. **Nejčastějšími nežádoucími účinky u klinického hodnocení u chronického onemocnění ledvin** byly dna a akutní selhání ledvin, které byly hlášeny častěji u pacientů, kteří dostávali placebo. Celkový bezpečnostní profil empagliflozinu byl obecně v rámci hodnocených indikací konzistentní. **Těhotenství a kojení:** Podávání přípravku Jardiance v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. Přípravek Jardiance se v období kojení nemá podávat. **Balení, výdej a uchování:** Jednodávkové PVC/Al blistry v krabičce obsahující 28x1, 30x1, 90x1 nebo 100x1 potahovaných tablet. **Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Tento léčivý přípravek nevychází žádné zvláštní podmínky uchování. **Registrační číslo:** EU/1/14/930/013 – 28 tbl (10 mg), EU/1/14/930/014 – 30 tbl (10 mg), EU/1/14/930/017 – 90 tbl (10 mg), EU/1/14/930/016 – 100 tbl (10 mg). **Datum poslední revize textu:** 24. 3. 2026. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Str. 173, 55216 Ingelheim am Rhein, Německo.**

*Všimněte si prosím změny v informacích o léčivém přípravku.

Před předepsáním se prosím seznámte s úplným zněním souhrnu údajů o přípravku. Úplné znění souhrnu údajů o přípravku je uveřejněno na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky: <http://www.ema.europa.eu> popř. na stránkách Státního ústavu pro kontrolu léčiv www.sukl.gov.cz.

Boehringer Ingelheim, spol. s ro.
Purkyňova 2121/3 - 110 00 Praha 1
www.boehringer-ingelheim.cz
MEDInfo.CZ@boehringer-ingelheim.com
PC-CZ-104161; datum přípravy: 4/2026