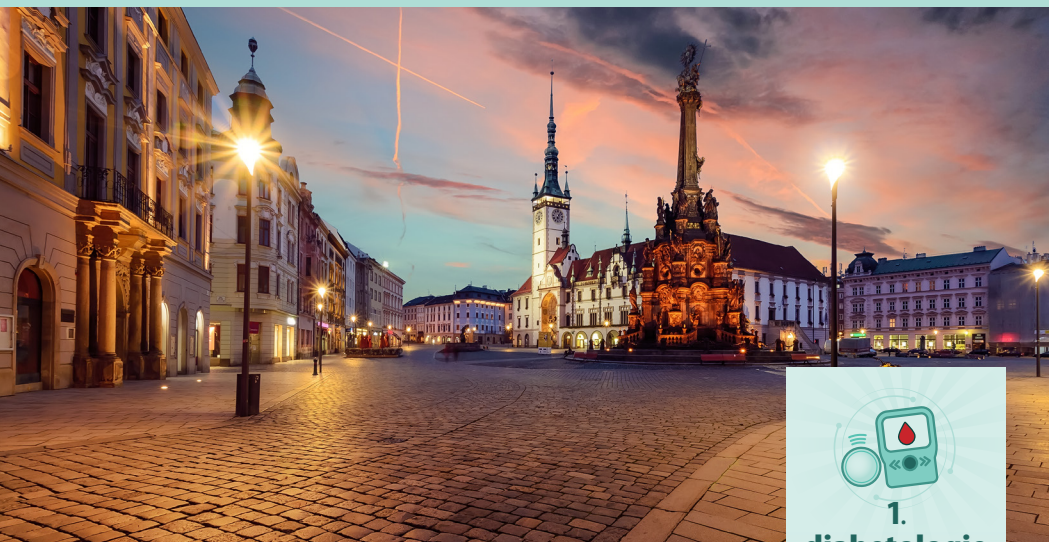




1.

**diabetologie
pro praxi**

26. 1. 2023

HOTEL FLORA, OLOMOUC

ABSTRAKTA

1. DIABETOLOGIE PRO PRAXI

**26. ledna 2023
CENTRAL PARK FLORA**

Společnost SOLEN, s. r. o.

SOLEEN
MEDICAL EDUCATION

1. DIABETOLOGIE PRO PRAXI

ČTVRTEK 26. 1. 2023

9.00–9.05 ZAHÁJENÍ KONGRESU

9.05–10.15 DIABETES MELLITUS A KARDIOLOGIE
Odborný garant: prof. MUDr. David Karásek, Ph.D.

- Diabetes a kardiovaskulární riziko – Karásek D.
- Nukleární zobrazování u diabetických pacientů – Kamínek M.
- Diabetes a sport – Rušavý Z.

10.15–10.45 DIABETES MELLITUS A JATERNÍ POŠKOZENÍ – prof. MUDr. Petr Husa, CSc.

10.45–11.05 PŘESTÁVKA

11.05–12.15 DIABETES MELLITUS A URO-GYNEKOLOGICKÁ PROBLEMATIKA
Odborná garantka: doc. MUDr. Taťána Šrámková, CSc.

- Diabetik v urologické ambulanci – Hartman I.
- Diabetes a těhotenství – Šínská A.
- Diabetik z pohledu androloga – Šrámková T.

12.15–12.45 PORUCHY ABSORPCE LEVOTHYROXINU U DIABETIKŮ A MOŽNOSTI JEJICH ŘEŠENÍ – MUDr. Michal Krčma, Ph.D.
(PŘEDNÁŠKA SPONZOROVANÁ SPOLEČNOSTÍ IBSA)

12.45–13.30 POLEDNÍ PŘESTÁVKA

13.30–14.40 DIABETES MELLITUS JAKO PSYCHOSOMATICKÝ PROBLÉM –
Odborná garantka: prof. MUDr. Kateřina Štechová, Ph.D.

- Dopad diabetu na psychiku – Štechová K.
- Dopad psychiky na diabetes – Krollová P.
- Jak diabetologům pomáhá spolupráce s psychologem – Maková T.

14.40–15.10 POSTAVENÍ KOMBINACE NALTREXON/BUPROPION V LÉČBĚ OBEZITY –
KOMU, KDY A JAK – doc. MUDr. Ľubica Cibičková, Ph.D.
(PŘEDNÁŠKA SPONZOROVANÁ SPOLEČNOSTÍ PHARMASWISS CZECH REPUBLIC)

15.10–15.30 PŘESTÁVKA

15.30–17.00 DISKUZNÍ PANEL: OBEZITA (MEZIOBOROVÁ DISKUZE)
Odborná garantka: doc. MUDr. Ľubica Cibičková, Ph.D.

- Proč se pacientům nedaří redukovat hmotnost – Cibičková Ľ.
- Nízkosacharidová strava – Dohnal R.
- Poruchy dýchání ve spánku u obézních pacientů – Genzor S.
- Spektrum bariatrických operací – Dočkal J.

17.00 ZÁVĚR KONGRESU

Syntroxine®

levothyroxinum natriicum

Měkká evoluce přilétá

Váš spojenec v léčbě poruch štítné žlázy

12 sil účinné látky



Široká škála sil účinné látky v přípravku od 13 do 200 mikrogramů¹ levothyroxinu umožňuje nastavení léčby podle individuálních potřeb pacientů.

3 pomocné látky



Kromě účinné látky levothyroxin obsahují měkké tobolky Syntroxine® pouze 3 pomocné látky: glycerol, želatinu a vodu.

Absorpce měkkých tobolek



Díky odolnosti vůči změnám pH a zlepšenému disolučnímu profilu oproti běžným tabletám může Syntroxine® snižovat variabilitu střevní absorpce i při změněných hodnotách pH v žaludku²⁻⁵.



Zkrácená informace o léčivém přípravku SYNTROXINE® 13 až 200 mikrogramů měkké tobolky.

Léčivá látka a léková forma: Levothyroxinum natriicum 13 až 200 mikrogramů ve formě měkkých tobolek. **Terapeutické indikace:** SYNTROXINE® 13 mikrogramů měkké tobolky: U dětí jako počáteční dávka při substituční hormonální léčbě hypotyreózy. Jako nízká počáteční dávka u starších pacientů, u pacientů s ischemickou srdeční chorobou nebo těžkou či chronickou hypotyreózou, tato dávka pak má být pomalou a s delšími intervaly zvyšována (například po dávkách 13 mikrogramů každých 14 dní) při delší monitoraci hladin hormonu štítné žlázy. U jakéhokoli pacienta, který vyžaduje pomalé zvyšování dávek levothyroxinu, SYNTROXINE® 25-200 µg měkké tobolky: Léčba benigní strumy s normální funkcí štítné žlázy. Profylaxe recidivy strumy po její reseksi při normální funkci štítné žlázy (podle hormonálního stavu po operaci). Substituční léčba hormonem štítné žlázy při hypotyreóze. Suprese u maligního tumoru štítné žlázy. Podpůrná medicína při tyreostatické léčbě hypertyreózy. Supresní test štítné žlázy. U jakéhokoli pacienta, který vyžaduje pomalé zvyšování dávek levothyroxinu. **Dávkování a způsob podání:** Benigní struma s normální funkcí štítné žlázy: 75-200 µg. Profylaxe recidivy strumy po reseksi (eufunkční struma): 75-200 µg. Substituční léčba hormonem štítné žlázy při hypotyreóze u dospělých: úvodní 25-50 µg, udržovací dávka 100-200 µg. Substituční léčba hormonem štítné žlázy při hypotyreóze u dětí: úvodní 13-50 µg, udržovací dávka 100-150 mikrogramů/m² povrchu těla. Podpůrná medicína při tyreostatické léčbě hypertyreózy: 50-100 µg. Suprese u maligního tumoru štítné žlázy: 150-300 µg. **Diagnostické použití při supresním testu štítné žlázy:** Žkrát 100 µg nebo 1krát 200 µg (během 14 dní před skintigrafií) nebo způsok: 1krát 75 µg po 14 dní, se začátkem 28 dní před skintigrafií, a poté: 1krát 150 µg po 14 dní před skintigrafií. Léčbu hormonu štítné žlázy je třeba zahájit v nízké dávce a každé 2-4 týdny ji zvyšovat až do dosažení plné udržovací dávky. Tuto neplati u novorozenců, kde je nutné rychle nahradit nedostatek vlastního hormonu. Celou denní dávku je třeba poskytnout vcelku a zapít (například polovinou sklenice vody), a to ráno na lačno, přinejmenším 1/2 hodiny před snídaní. SYNTROXINE® lze podávat během, ale pouze v případě, že jsou schopny polknout neporusenou tobolku. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku. Neléčená nedostatečnost kůry nadledvin, neléčený hypoparathyritismus a neléčená hypertyreóza. Léčba přípravkem SYNTROXINE® nesmí být zahájena při akutním infarktu myokardu, akutní myokarditidě a akutní pankreatidě. Kombinovaná terapie s levothyroxinem a tyreostatikem při hypertyreóze není indikována během těhotenství. SYNTROXINE® je také kontraindikován u osob neschopných spolknout vcelku měkkou tobolku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Před zahájením užívání je nutné vyloučit nebo léčit: koronární insuficienci, angina pectoris, arterioskleróza, hypertenze, hypofyziární insuficienci a adrenokortikální insuficienci kvůli prevenci akutní adrenální insuficienci, insuficienci štítné žlázy. Doporučuje se použít nízkou počáteční dávku u pacientů s rizikem psychotických poruch. U pacientů s koronární insuficiencí, srdečním selháním, tachykardií či arytmiemi je nutná častá monitorace hladin hormonů štítné žlázy. U pacientů s epilepsií v anamnézě je třeba postupovat opatrně. U sekundární hypotyreózy je nutno před substituční léčbou zjistit příčinu. Hormony štítné žlázy by neměly být podávány k redukci hmotnosti. **Interakce:** Levothyroxin může omezit účinek

antidiabetik. Účinek antikoagulancí se může zvýšit. Užívání iontoměničových pryskyřic narušuje absorpci levothyroxinu. Přípravky obsahující hliník, vápník a železo jsou schopny oslabit účinky levothyroxinu. Salicyláty, dikumarol, vysoké dávky furosemidu (250 mg), klofibrát, fenytoin a jiné látky mohou levothyroxin vytěsňovat z vazby na plazmatické proteiny, a tak zvyšovat hladinu frakce fT4. Propylthiouracil, glukokortikoidy, beta-sympatolytika, amiodaron a kontrastní látky obsahující jód mohou snížit periferní přeměnu formy T4 na trijodthyronin (T3). Sertralin, chlorochin a proguanil snižují účinnost levothyroxinu a vedou k nárůstu hladiny TSH. Léky indukující funkci enzymatického systému v játrech, například barbituráty, mohou zvýšit jaterní clearance levothyroxinu. Potřeba levothyroxinu se může zvýšit u žen užívajících hormonální perorální antikoncepci s estrogyeny nebo u hormonální substituční terapii po menopauze. U pacientů léčených levothyroxinem je třeba monitorovat hladinu TSH alespoň v průběhu prvního měsíce po zahájení a/nebo ukončení léčby ritonavirem. Sevelamer může při užívání s levothyroxinem zvyšovat hladinu TSH. Inhibitory tyrosininázy mohou snižovat účinnost levothyroxinu. Při podávání olistatu s levothyroxinem může dojít k hypotyreóze, popř. snížené kompenzaci hypotyreózy. Svoje výrobky mohou snižovat vstřebávání přípravku SYNTROXINE® ve střevech. **Těhotenství a kojení:** Ze zkušeností s použitím u pacientů nevyplyvá žádné riziko malformací nebo toxicity u plodu či novorozence po užívání levothyroxinu během těhotenství. Levothyroxin lze užívat při kojení. K léčbě hypertyreózy během těhotenství podávejte pouze tyreostatika. **Nežádoucí účinky:** Typické projevy hypertyreózy při předávkování: zrychlený tep, palpitace, srdeční arytmie, angina pectoris, bolesti hlavy, svalová slabost a křeče, zarudnutí, horečka, zvracení, poruchy menstruační, pseudotumor cerebri, třes, vnitřní neklid, nespavost, úbytek na hmotnosti a průjem. V případě přecitlivělosti na jakoukoli složku přípravku se mohou vyskytnout alergické reakce kůže a dýchacího ústrojí. **Zvláštní opatření pro uchování:** Neuchovávejte při teplotě nad 25 °C. **Druh obalu a velikost balení:** Blistry z PCTFE a hliníku. Velikosti balení: 30, 50 a 100 měkkých tobolek. **Držitel rozhodnutí o registraci:** IBSA Slovakia s.r.o., Mlynská 81, 81 07 Bratislava, Slovenská republika. **Registrační číslo:** 56/388/11-C až 56/399/11-C. **Datum revize textu:** 5. 11. 2021 Před předepsáním přípravku se seznáme s úplným zprávným Souhrnem údajů o přípravku. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. **Literatura:** 1. SPC Syntroxine®. 2. Santaguida M., Virili C. et al., Thyroxine softgel capsule in patients with gastric-related T4 malabsorption. Endocrine 2015 May;49(1):51-7. 3. Yue CS., Benvenega S. et al., When bioequivalence in healthy volunteers may not translate to bioequivalence in patients: differential effects of increased gastric pH on the pharmacokinetics of levothyroxine capsules and tablets. J Pharm Pharm Sci 2015, 18(5): 844-855. 4. Vita R., Saraceno G. et al., A novel formulation of L-thyroxine (L-T4) reduces the problem of L-T4 malabsorption by coffee observed with traditional tablet formulations. Endocrine 2013; (43) Issue 1, 154-160 S. Paola D. et al., A comparative pH-dissolution profile of selected commercial levothyroxine products using inductively coupled plasma mass spectrometry. Eur J Pharmaceutics and Biopharmaceutics 2009; (72): 105-110.

Diabetes mellitus a kardiologie

Odborný garant: prof. MUDr. David Karásek, Ph.D.

ČTVRTEK / 26. 1. 2023 / 9.05–10.15

Diabetes a kardiovaskulární riziko

prof. MUDr. David Karásek, Ph.D.

III. interní klinika – nefrologická,
revmatologická a endokrinologická
LF UP a FN Olomouc

Diabetes mellitus (DM) je závažné a časté metabolické onemocnění. Diabetici mají ve srovnání s nediabetickou populací vyšší, především kardiovaskulární (KV), morbiditu i mortalitu. Jsou řazeni mezi jedince s nejméně středním, mnohdy však s vysokým, nebo velmi vysokým rizikem KV chorob. Současné terapeutické možnosti diabetu a léčba přidružených rizikových faktorů jsou schopny významně snížit výskyt KV příhod, srdečního selhání i diabetického onemocnění ledvin, a tím příznivě ovlivnit prognózu pacientů s diabetem. Sdělení se věnuje vlivu vybraných antidiabetik na KV riziko, jejich rozdílům a současnému postavení v terapeutickém algoritmu DM 2. typu.

Podpořeno RVO (FNOI, 00098892).

Nukleární zobrazování u diabetických pacientů

prof. MUDr. Milan Kamínek, Ph.D.

KNM LF UP a FN Olomouc

Kardiovaskulární onemocnění jsou nejčastější příčinou úmrtí v běžné populaci. Riziko kardiovaskulárního onemocnění je u diabetu mellitu (DM) 2x vyšší než u běžné populace (Sarvar

N, Lancet 2010). Pro vznik kardiovaskulárních komplikací nejsou u těchto pacientů určující jen běžné rizikové faktory (věk, hypertenze, hyperlipidemie, obezita, kuřáctví), ale významně také délka trvání diabetu a přítomnost autonomní neuropatie a orgánových postižení. Zátěžové vyšetření perfuze a funkce levé komory pomocí SPECT je cenným a dobře validovaným nástrojem v managementu ischemické choroby srdeční a postavení tohoto testu se odráží v doporučených postupech. Pacienti s normálním nálezem na SPECT mají velmi dobrou prognózu s méně než 1 % závažných kardiálních příhod ročně. Pomocí SPECT myokardu lze kvantifikovat rozsah ischemie a dobrou prognózu mají rovněž pacienti s limitovanou ischemií do 10 % z levé komory.

SPECT myokardu je obvykle indikován u symptomatických pacientů a plošný screening není doporučován. U diabetiků je ale vzhledem k neuropatii významná problematika „němé“ ischemie a např. studie DIAD prokázala ischemii na SPECT u 22 % asymptomatických pacientů (Wackers FJTH, J Nucl Cardiol 2009). Ze symptomů se tak u pacientů s DM většinou jedná o námaňovou dušnost jako ekvivalent anginy pectoris. Diabetici proto tvoří významnou část z celkového počtu pacientů odesílaných na zátěžový SPECT myokardu, např. na našem pracovišti až 35 % (říjen 2022).

Nález na SPECT myokardu však může být ovlivněn při difúzním postižení všech tří hlavních

epikardiálních koronárních tepen. Jako abnormální může být zobrazeno jen nejvíce postižené povodí, u vybalancované nemoci všech tří tepen může být SPECT nález falešně negativní. V běžné populaci je to celkem vzácné, u diabetiků je však difuzní postižení všech tří tepen častější. Pomoci může v některých případech kombinace SPECT a CT kalcium skóring. Dalším problémem je zobrazení ischemie u mikrovaskulárního postižení. Pozitronová emisní tomografie (PET) a nová generace multidetektorových SPECT kamer umožňuje nahrávat data dynamicky. Lze tak měřit absolutní průtok krve myokardem (v ml/g/min). Porovnáním průtoku při maximální vazodilataci navozené farmakologickou zátěží a průtoku v klidu můžeme stanovit coronary flow reserve (CFR). Za normální rezervu se obvykle považuje $CFR \geq 2$. Tato nová technologie zatím není standardně prováděna, u pacientů s DM však může být prospěšná.

Diabetes a sport

prof. MUDr. Zdeněk Rušavý, Ph.D.

Diabetologické centrum, 1. interní klinika,
FN a LF UK Plzeň

Pravidelná fyzická aktivita má velký význam pro zdraví člověka v každém věku. V mládí vede k budování kvalitní svalové hmoty, zlepšuje náladu a je účinnou prevencí vzniku obezity a diabetu 2. typu. Ve středním a vyšším věku pravidelná sportovní činnost zpomaluje rozvoj aterosklerózy, snižuje výskyt kardiovaskulárních komplikací a prodlužuje život, podobně jako léčba statiny. Pravidelné sportování snižuje riziko vzniku demence a vznik některých nádorů. U seniorů zpomaluje riziko vzniku sarkopenie a osteo-

porózy. Evropská populace stárne díky kvalitní léčbě (ACE-inhibitory, statiny, léčbě hypertenze a diabetu) pomaleji, ale mnoho osob tráví poslední roky života na lůžku pro těžkou sarkopenii a osteoporózu. Zde je patrný přínos pravidelné fyzické aktivity u diabetiků i nediabetiků.

Cílem přednášky je objasnit vliv různých sportovních činností na metabolismus zdravého jedince, ale také především na metabolické změny diabetika. Každý sport má svá specifika, která si musí pacient i lékař uvědomit. U osob bez vlastní inzulinové sekrece je vhodné vysvětlit, jak postupovat při různých hodnotách aktuální glykemie, jak se vyvarovat hypoglykemie, jak přijímat při sportu sacharidy a jak postupovat po ukončení fyzické aktivity. Tato doporučení dobře fungují především u diabetiků 1. typu, ale i u diabetiků 2. typu se ztrátou vlastní produkce inzulinu. U osob s diabetem 2. typu je třeba zdůraznit, že sportem je i pravidelná chůze, která má významný protektivní efekt na vznik kardiovaskulárních komplikací.

U mladých osob s diabetem 1. typu je motivace ke sportu vysoká, řada z nich již pravidelně sportovala před onemocněním a má již s určitým sportem zkušenosti. Sport ale představuje významný rizikový faktor zvýšené variability glykemie v čase a může vyvolat i opakované nežádoucí hypoglykemie. U starších osob s diabetem 2. typu, často s nadváhou a obezitou, je motivace k pravidelnému sportu velmi nízká, fyzická aktivita je často „bolí“ a „nemají na sport čas“. Přednáška se bude zabývat i motivací a edukací těchto osob. Je důležitý výběr sportovní aktivity (chůze? kolo?), intenzita (většinou 30–40 % maximální pulzové frekvence), opakování (3–4x za týden) a trvání (nejméně 150 min/týden).

Důležité je též postupné zvyšování zátěže a intenzity cvičení.

Před doporučením fyzické aktivity je nutné zhodnotit riziko vzniku komplikací. Pokud se starší pacient s diabetem rozhodne sportovat, je vhodné doplnit interní nebo kardiologické vyšetření (EKG, ECHO, bicyklová ergometrie) a neurologické nebo diabetologické vyšetření stran distální a viscerální neuropatie (syndrom diabetické nohy). Každý diabetik by měl být

vybaven glukometrem, tlakoměrem a často i sporttestem. Diabetici 1. typu kontinuálním monitorem glykemie.

Závěr: Pravidelný sport několikrát týdně je pro diabetika velice důležitý, především pro protektivní působení na rozvoj aterosklerózy a udržení svalové síly. Obyčejná pravidelná chůze 3 km/den má velký význam. U závodně sportujících diabetiků 1. typu je zcela zásadní kooperace pacienta, trenéra a diabetologa.

Diabetes mellitus a jaterní poškození

prof. MUDr. Petr Husa, CSc.

Klinika infekčních chorob LF MU a FN Brno

ČTVRTEK / 26. 1. 2023 / 10.15–10.45

Téměř třetina mužů a 10 procent dospělých žen v České republice má zvýšené jaterní testy minimálně v jednom parametru. Proto je namístě, aby jejich interpretace byla precizní, správná a aby této problematice byla věnována pozornost nejen hepatologů, ale i lékařů jiných oborů.

Mezi nejčastěji používané jaterní testy patří funkční testy, v anglické literatuře „liver function tests“ (LFT), které jsou zaměřeny na diagnostiku hepatocelulárního poškození a cholestázy. K posouzení proteosyntetické funkce jater se nejvíce hodí hladina albuminu a hodnota protrombinového času (tzv. Quick). K přesné diagnostice příčiny jaterního poškození je často zapotřebí používat také řadu dalších vyšetření, mezi něž patří detekce autoprotilátek, sérologické testy a také genetická vyšetření. S rostoucí incidencí nealkoholické jaterní nemoci (NAFLD) vzrůstá

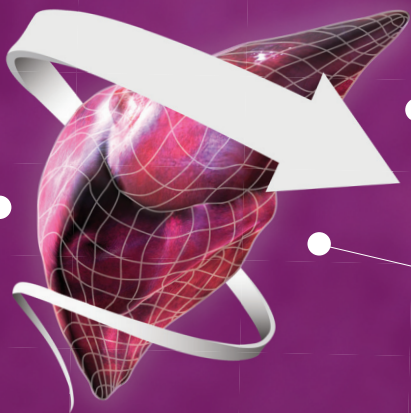
potřeba neinvazivní diagnostiky histopatologických změn, které se odehrávají v jaterním parenchymu (steatóza, fibróza). Přitom se jako velmi účinné ukázaly skórovací indexy, které kombinují hodnocení několika laboratorních a klinických parametrů a mají vysokou výpočetní hodnotu. K těm nejdůležitějším patří Fatty Liver Index (FLI) využívající snadno dostupné parametry: obvod pasu, BMI, triglyceridy a GGT. Výsledek ≥ 60 ukazuje velmi pravděpodobnou přítomnost jaterní steatózy. Obdobný význam pro diagnostiku steatózy má Hepatic Steatosis Index (HSI) a hodnota ≥ 36 . Jak ukazuje recentní španělská práce s téměř 17 000 osobami, FLI nezávisle predikuje konverzi do DM 2. typu u pacientů s prediabetem. To by měl být jednoznačný výstup pro pacienta, kterého vysoká hodnota FLI varuje před rizikem diabetu, ukazuje

URSOSAN[®]

ursodeoxycholová kyselina

**Léčí hepatobiliární poškození
nejen s cholestázou¹**

**Signifikantně snižuje ALT, ALP, GGT
a histologický stupeň steatózy
u pacientů s NASH^{2,3}**



**Signifikantně redukuje
ALT, AST u pacientů
s VHC a VHB⁴**

Literatura: 1. Roma M.G., *et al.* Ursodeoxycholic acid in cholestasis: linking action mechanisms to therapeutic applications. Clin Sci (Lond) 2011; 121(12): 523–544. 2. Ratzliff V., *et al.* A randomized controlled trial of high-dose ursodeoxycholic acid for non-alcoholic steatohepatitis. J Hepatol 2011; 54(5): 1011–1019. 3. Laurin J., *et al.* Ursodeoxycholic acid or clofibrate in the treatment of non-alcohol-induced steatohepatitis: a pilot study. Hepatology 1996 Jun; 23(6): 1464–1467. 4. Chen W., *et al.* Bile acids for viral hepatitis. Cochrane Database Syst Rev 2007; (4): CD003181.

Zkrácené informace o léčivém přípravku **URSOSAN 250 mg tvrdé tobolky.**

Složení: Acidum ursodeoxycholicum (UDCA) 250 mg v 1 tvrdé tobolce. **Indikace:** Hepatitidy různé etiologie s cholestatickým syndromem. Primární biliární cirhóza I. a II. stadia (PBC). Primární sklerotizující cholangitida (PSC). Disoluce radiotransparentních cholesterolových žlučových kamenů (do velikosti 1,5 cm) u nemocných s vysokým operačním rizikem a u nemocných po litotrypši s funkčním žlučníkem. Reaktivní gastritida při duodenogastrickém refluxu. Poruchy jater a žlučových cest při cystické fibróze u dětí od 6 do 18 let. **Dávkování a způsob podání:** PBC, PSC a jiné stavy spojené s intrahepatální cholestázou: 10–15 mg/kg/den (2–6 tobolek) rozdělené do 2–3 dávek. Reaktivní gastritida při duodenogastrickém refluxu: 10–14 dní 1 tobolka denně před spaním; u dětí se doporučuje 10–20 mg/kg/den. Disoluce žlučových kamenů: obvykle 10 mg/kg/den, tj. 2–5 tobolek jednorázově večer – délka léčby optimálně 0,5–2 roky. Děti s cystickou fibrózou od 6 do 18 let: 20 mg/kg/den ve 2–3 dávkách s následným zvýšením na 30 mg/kg/den, je-li to nutné. Tobolky se polykají celé, nerozkousané a zapijí se dostatečným množstvím tekutiny. **Kontraindikace:** Precitlivělost na UDCA a pomocné látky; akutní zánět žlučníku a žlučových cest; obstrukce vývodných žlučových cest; kalcifikované žlučové konkrementy; porušená kontraktilita žlučníku; časté biliární koliky; děti po neúspěšné porto-enterostomii nebo děti s biliární atárií bez zajištění dobrého průtoku žluči; děti do 2 let. **Nežádoucí účinky:** Průjem, urtika, bolesti v nadbřišku. **Interakce:** Cholestyramin, kolestipol, antacida obsahující hydroxid hlinitý nebo oxid hlinitý snižují vstřebávání a účinnost UDCA. Tyto přípravky doporučujeme užít 2 hodiny před, nebo 2 hodiny po podání UDCA. Současné podávání s ciprofloxacinem, dapsonem, nitrendipinem může vést ke snížení jejich účinku; s cyklosporinem může vést ke ovlivnění jeho absorpce. Hypolipidemika (zejména klofibrát) a estrogény zvyšují sekreci cholesterolu do žluče, mohou podporovat tvorbu žlučových kamenů a tím zhoršují vyhlídky na úspěch léčby. **Upozornění:** V průběhu léčby je třeba kontrolovat jaterní enzymy: v prvních 3 měsících ve čtyřtýdenních intervalech, později 1x za čtvrt roku. Neužívat během těhotenství, pokud to není jednoznačně nezbytné. **Zvláštní opatření pro uchování:** Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchování. **Balení:** 25, 30, 50, 90 nebo 100 tvrdých tobolek po 250 mg. Na trhu nemusí být všechny velikosti balení. **Datum revize textu:** 7. 1. 2020. S podrobnějšími informacemi o přípravku se seznámte v SmPC. Přípravek je vázán na lékařský předpis. **Výrobce a držitel rozhodnutí o registraci:** PRO.MED.CS Praha a.s., Telčská 377/1, Michle, 140 00 Praha 4, Česká republika.

0115712068

PRO.MED.CS Praha a.s.

Telčská 377/1, Michle, 140 00 Praha 4, Česká republika

www.promed.cz

**PRO.MED.CS
Praha a.s.**

na možnost oddálení vzniku nemoci a motivuje ho ke změně životního stylu. FLI je také nezávisle asociován s jaterní mortalitou, kardiovaskulárními a onkologickými onemocněními. Navíc každý decil FLI zvyšuje riziko infarktu myokardu a cévní mozkové příhody. V případě jaterní fibrózy je užíváno FIB-4 skóre (věk, ALT, AST, trombocyty), kde výsledek nad 2,67 znamená přítomnost významné fibrózy (F3–F4). Dalším indexem je NAFLD Fibrosis Score (věk, hmotnost, diabetes 2. typu, ALT, AST, trombocyty,

albumin), prediktorem přítomnosti významné fibrózy je v tomto případě hodnota nad 0,675. Americká diabetologická asociace (ADA) nově ve svých doporučeních z roku 2020 zmiňuje NAFLD a upozorňuje, že diabetolog by se měl zaměřit i na toto onemocnění. Návod na zjištění NAFLD Fibrosis Score lze dnes již také stáhnout jako aplikaci do telefonu či počítače, skórovací systémy jsou zde registrovány jako zdravotnický prostředek. Výsledek je možno uchovat v kartě pacienta v tištěné nebo elektronické podobě.

Diabetes mellitus a uro-gynekologická problematika

Odborná garantka: doc. MUDr. Taťána Šrámková, CSc.

ČTVRTEK / 26. 1. 2023 / 11.05–12.15

Diabetik v urologické ambulanci

MUDr. Igor Hartmann, Ph.D.

Urologická klinika FN a UP Olomouc

Urologické komplikace pacientů s diabetem jsou poměrně časté a postihují všechny části močopohlavní soustavy. Ačkoliv incidence urologických onemocnění se zvyšuje s postupujícím věkem, u diabetiků je jejich míra ještě vyšší. Oproti běžné populaci se urologické komplikace u diabetiků vyskytují až 2× častěji. Mezi nejčastější urologické afekce spojené s diabetem patří zánětlivá onemocnění, změny v sexuální oblasti, funkční poruchy dolních cest močových, urolitiáza, některé druhy novotvarů.

V přednášce budou prezentovány nejčastější urologické komplikace diabetiků a možnosti jejich řešení.

Diabetes mellitus v těhotenství

MUDr. Alexandra Šinská,

prof. MUDr. Radovan Pilka, Ph.D.

Porodnicko-gynekologická klinika FN
a LF UP Olomouc

Diabetes mellitus je závažné onemocnění komplikující asi 7–9 % těhotenství. Gestační diabetes mellitus (také GDM) je porucha metabolismu glukózy různého stupně, která se objeví v těhotenství a spontánně odezní v průběhu šestinedělí. V těhotenství může být kromě GDM zachycen také tzv. zjevný diabetes mellitus (dále

také DM), který splňuje diagnostická kritéria diabetu platná pro všeobecnou populaci a zpravidla přetrvává i po šestinedělí.

Nekompenzovaný diabetes mellitus může vést k celé řadě krátkodobých i dlouhodobých komplikací. Má závažné dopady nejen na matku (orgánové komplikace), ale i na plod a novorozence.

K nejčastějším peripartálním komplikacím patří: novorozenecká hypoglykemie, hypertrofie plodu, kardiomyopatie, hypokalcemie, hyperbilirubinemie.

Následkem diabetické fetopatie může v průběhu porodu nastat závažná dystokie ramének plodu nebo porodní trauma. Rizika z pohledu dlouhodobého neurologického vývoje těchto novorozenců jsou zvýšená (neuropsychické odchylky, větší riziko metabolického syndromu).

Péče o těhotné s gestačním diabetem a jejich novorozence vyžaduje koordinovaný postup gynekologa, diabetologa a neonatologa.

Formou několika kazuistik z naší kliniky bychom chtěli prezentovat nejčastější komplikace diabetu v těhotenství.

Diabetik z pohledu androloga **doc. MUDr. Taťána Šrámková, CSc.**

Klinika komplexní onkologické péče,
Masarykův onkologický ústav, Brno

Prevalence diabetické erektilní dysfunkce (ED) dosahuje 32–90 %. Hlavní faktory hrající roli v komplexní patogenezi jsou diabetická neuropatie, endoteliální dysfunkce, dyslipidemie, arteriální hypertenze, venookluzivní dysfunkce, hypogonadismus, strukturální přestavba corpora cavernosa, psychogenní komponenta a vedlejší

účinky léků. Klíčovou roli hraje úbytek schopnosti relaxace hladkého svalstva topořivých těles a insuficientní systém syntáz oxidu dusnatého. V důsledku cévních změn dochází k omezení pří toku krve do topořivých těles až u 95 % diabetiků. Neurogenní ED, která vzniká při polyneuropatii autonomních i somatických nervů, participuje na 30–80 % případů ED.

Hypogonadismem s pozdním začátkem v dospělosti trpí 42 % diabetiků s rizikem kardiovaskulární morbidity i mortality, stejně tak ED je silným prediktorem kardiovaskulární morbidity a mortality u diabetiků s něnou formou ICHS (ischemická choroba srdeční).

Účinnost perorální léčby PDE5i (inhibitory fosfodiesterázy pátého typu) je u diabetiků nižší než u běžné populace. Denní podávání tadalafilu 5 mg v rámci penilní rehabilitace zlepšuje nejen erektilní funkci, ale i zmírňuje obstrukci odtoku moči u diabetiků se syndromem LUTS (syndrom dysfunkce dolních močových cest). Suplementace androgenů u symptomatických diabetiků s hypogonadismem eliminuje symptomy spojené s mužskou involucí a současně zvyšuje terapeutický efekt podávaných PDE5i. U non-respondérů PDE5i je indikována léčba topickým prostaglandinem E1 (PGE1). Diabetici patří k hůře léčitelné skupině mužů s ED, proto zlatý standard léčby představuje intrakavernózní aplikace PGE1. Použití rázové vlny nízké intenzity má svoje opodstatnění nejen v léčbě, ale také v prevenci ED diabetiků. Implantace penilní protézy je indikována, pokud výše uvedené možnosti léčby ED selhaly. Analýza dat pacientů s DM2T poukázala na predikci nepříznivého průběhu covidu-19 ve vztahu ke kompenzaci diabetu a užívané medikaci. Negativní vliv na průběh infekce SARS-CoV-19 má i hypogonadis-

mus. Riziko vzniku ED je spojeno s infekcí covid-19 a jejím působením na funkci cévního endotelu, důsledky prodělané infekce vedou k únavě, absenci pohybu, tedy dalšímu přibývání na váze, vyhýbání se sexuální aktivitě – bludný kruh se uzavírá. U mužů hospitalizovaných pro covid-19 byla zjištěna nízká hladina testosteronu spojená s pokročilejší aktivací imunity, zvýšením rizika přijetí na JIP nebo úmrtím.

Rolí praktického lékaře je aktivně pátrat nejen po ED, ale i po hypogonadismu u diabetiků. Erektilní dysfunkce a nedostatek testosteronu mohou u diabetiků predikovat závažné kardiovaskulární onemocnění včetně ICHS.

Sanace ED, suplementace testosteronu a dobrá psychická kondice diabetika při konzumovaném partnerství, při naplněném sexuálním životě příznivě ovlivňuje jeho somatický i psychický stav, jeho motivaci, zvyšuje compliance v léčbě.

Poruchy absorpce levothyroxinu u diabetiků a možnosti jejich řešení

MUDr. Michal Krčma, Ph.D.

1. interní klinika, FN Plzeň, Univerzita Karlova, LF v Plzni

ČTVRTEK / 26. 1. 2023 / 12.15–12.45

(přednáška sponzorovaná společností IBSA)

Snížená funkce štítné žlázy vyžadující substituční léčbu patří mezi velice častá onemocnění, s prevalencí ve starších věkových skupinách až 5 %. Vyšší výskyt tyreopatie u diabetiků 1. typu (až 25 %) je dán geneticky, u diabetiků 2. typu je vlivem zvýšené hyperinzulinemie a zvýšené jodurie častější růst strumy a vlivem dalších působků (zejména adipokinů) častější vznik autoimunitní tyreoiditidy. Právě u těchto skupin nemocných stoupá vzhledem k bohaté farmakoterapii důležitost lékových interakcí. Tyroxin se vstřebává především v jejunu a ileu, stabilní hladina se vytváří v průběhu několika málo týdnů (biologický poločas 6–8 dnů), s malým vzestupem hladiny za 2–3 hodiny po požití. Vstřebávání ovlivňuje

nejen pH žaludku a případně onemocnění gastrointestinálního traktu, ale celá řada léků, včetně inhibitorů protonové pumpy, přípravků s vápníkem a zejména potravinové doplňky s obsahem železa. Dalším faktorem u diabetiků bývají změny vyprazdňování žaludku v důsledku gastroparézy při autonomní neuropatii.

Přednáška podává přehled mechanismů interferujících s absorpcí, transportem a biologickou dostupností tyreoidálních hormonů, na příkladech kazuistik ukazuje nejčastější klinické situace, kdy se setkáme s „nevysvětlitelným“ kolísáním hladin tyreoidálních hormonů. Věnuje se způsobu odlišení opravdové malabsorpce od noncompliance. Ke zlepšení resorpce tyroxinu se nově používají

jiné lékové formy; tekuté nebo gelové, které se lépe vstřebávají při chorobách gastrointestinálního traktu a mohou vést k vyšší stabilitě TSH. S gelovou

formou tyroxinu se v posledních dvou letech máme možnost setkat i v ČR a dosavadní zkušenosti ukazují na klinicky významný benefit.

Diabetes mellitus jako psychosomatický problém

Odborná garantka: prof. MUDr. Kateřina Štechová, Ph.D.

ČTVRTEK / 26. 1. 2023 / 13.30–14.40

Dopad diabetu na psychiku

prof. MUDr. Kateřina Štechová, Ph.D.

Interní klinika UK 2. LF a FN v Motole, Praha

Existují různé typy diabetu mellitu (DM), které spojuje základní znak, a tím je porucha glukózové homeostázy vedoucí k hyperglykemii. Její patogenese se ale mezi jednotlivými typy diabetu liší.

U nejčastější formy diabetu, tedy u diabetu 2. typu (DM2), je primárním problémem zvýšená inzulinová rezistence, teprve časem dochází k poklesu inzulinové sekrece, která je zprvu naopak kompenzatorně zvýšená. U diabetu 1. typu (DM1) je primární inzulinopenie daná destrukcí beta buněk pankreatu produkujících inzulin. Rozdílný patogenetický základ se promítá zásadně i do terapie, kdy u DM1 je jejím základem doživotní injekční podávání inzulinu v tzv. intenzifikovaném inzulinovém režimu. Ten může být realizován buď formou vícečetných injekcí inzulinu (obvykle 4x denně), nebo se může jednat o léčbu inzulinovou pumpou. V tomto případě je rychle působící inzulin podáván formou subkutánní infuze a pacient je tedy nepřetržitě napojen na přístroj, byť malých rozměrů. V obou případech je nutný intenzivní

glykemický selfmonitoring, jehož nedílnou součástí se stalo používání glukózových senzorů. Nároky, které klade DM1 na pacienta, jsou tedy značné. Zvláštní psychickou zátěž pak představuje zkušenost s těžkou hypoglykemií. Ta se ovšem může týkat i pacientů s jinými typy diabetu, pokud jsou léčeni inzulinem a/nebo preparáty ze skupiny inzulinových sekretagogů.

U pacientů s DM2 obvyklý začátek léčby představuje nasazení perorálních antidiabetik. Lékem volby je zde metformin. Mohlo by se tedy zdát, že situace pacientů s DM2 je oproti pacientům s DM1 mnohem snazší. Realita je ale jiná. Typický pacient s DM2 má nadváhu či již přímo obezitu (neplatí to ale samozřejmě absolutně) a obvykle má již přítomné komorbidity, jako jsou hypertenze a dyslipidemie. Rovněž již v čase diagnózy DM2 mohou být vyjádřeny chronické diabetické mikro- i makrovaskulární komplikace, což je u pacientů s DM1 de facto vyloučené. Kromě zahájení terapie metforminem je tak u většiny pacientů s recentní manifestací DM2 třeba zásadně změnit jejich pohybový a stravovací režim. DM2 se navíc obvykle manifestuje ve vyšším věku, byť v poslední době pozorujeme posun začátku DM2 do mladších vě-

kových kategorií. S věkem typicky klesá schopnost provést zásadní změnu životního stylu. Záhy je tedy nutné přidat další léky a časem se stane nutností zahájit inzulinoterapii, navíc, pokud pacient dobře nespolupracuje, chronické komplikace se rychle rozvíjí. Zprvu jsou klinicky němé, ale posléze výrazně zhoršují pacientovu kvalitu života. Riziko rozvoje chronických diabetických komplikací se ale pochopitelně týká pacientů se všemi typy diabetu (kromě gestačního, který po porodu mizí).

Prožívání výše nastíněné zátěže, kterou diabetes přináší, je samozřejmě velmi individuální a je ovlivněno pacientovým osobnostním laděním. Nicméně u pacientů s diabetem se podstatně častěji než v obecné populaci setkáváme s depresemi a úzkostmi. Často je též přítomna alespoň subklinická porucha příjmu potravy. Může být ale přítomna i plně vyjádřená tzv. diabulimie. Intenzita psychických problémů je u pacientů s diabetem celkově různorodá, není ale výjimečné, že tyto problémy přerostou v plně vyjádřenou psychiatrickou komorbiditu.

Nezodpovězena zůstává zatím otázka, nakolik se na vyšším výskytu psychických problémů u našich pacientů přímo podílí působení hyperglykemie (hypoglykemie) na mozkové struktury.

Typické psychické problémy diabetických pacientů budou demonstrovány na konkrétních kazuistikách.

Dopad psychiky na diabetes

MUDr. Pavlína Krollová

Interní klinika UK 2. LF a FN v Motole, Praha

Hladina glukózy v krvi, její vývoj a variabilita jsou alfou a omegou každodenního života diabetika. Cílem je udržení glykemie ve stano-

veném rozmezí. Bohužel hladinu glukózy v krvi ovlivňuje kromě příjmu stravy a aktivity mnoho dalších faktorů. Jedním z těchto vlivů, s kterým se setkává diabetik prakticky denně, je stres a následná reakce, při které uvolňované hormony bezprostředně působí na glykemii.

Celkový psychický stav pacienta však zdaleka neovlivňuje glykemii pouze bezprostředním vlivem akutní stresové reakce, ale má výrazný vliv i na motivaci pacienta k léčbě, schopnost reagovat na změny, schopnost přizpůsobovat se novým situacím a celkovou „sílu“ dělat všechny potřebné kroky nutné k úspěšné kompenzaci diabetu (např. dodržovat dietní režim, měřit pravidelně glykemie...).

Několik příkladů dopadu psychiky na diabetes bude ukázáno na konkrétních kazuistikách.

Jak diabetologům pomáhá spolupráce s psychologem

Mgr. Tereza Maková

Ambulance klinické psychologie Daria, Praha

Diabetes mellitus 1. a 2. typu jsou chronická onemocnění, která kladou velké nároky nejen na psychiku nemocných a jejich blízkých, ale i ošetřujících zdravotníků. Pacientům přinášejí do života značnou stresovou zátěž (tzv. diabetický distres) a ve většině případů dlouhodobě snižují kvalitu života. Mezioborová spolupráce diabetologa s psychologem zohledňuje význam psychosociálních aspektů těchto onemocnění.

Psychologická péče se uplatňuje v celé délce trvání onemocnění. V náročných úvodních fázích pacientům poskytuje podporu v procesu adaptace a orientace v nové životní situaci. V rozhovoru s psychologem mají prostor otevírat té-

mata, na která v ordinaci lékaře nebývá dostatek času nebo je třeba se k nim vracet opakovaně. Postupně se vyznávají ve svých emocích, kterým většinou dominují strachy a úzkosti, časté a přirozené jsou ale i prožitky vzteku nebo naopak depresivního stažení, apatie až rezignace. Cílem je tyto děje normalizovat, pomoci pacientovi jim porozumět a pracovat s nimi. Povědomí o nich bývá užitečné zprostředkovat i lékaři, aby mohl snáze odlišit situace, kdy pacient v léčbě nespolupracuje od situací, kdy na to např. kvůli emočnímu zahlcení nemá kapacitu.

Adaptace na život s onemocněním v sobě obsahuje dynamiku přijetí i změny. Psycholog pacienta podporuje k přijetí toho, co není možné změnit. Zároveň ho však zplnomocňuje ke zodpovědnému a aktivnímu postoji k léčbě a pomáhá posílit odhodlání ke změnám tam, kde jsou možné a užitečné. Pro podporu motivace využívají psychologové specifické postupy opírající se o dialog, partnerský přístup a vyhýbající se nevyžádaným radám a většinou nepříliš efektivní snaze o „promlouvání do duše“.

Náročné emoce, které s sebou pacienti s chronickými onemocněními do ordinací přinášejí, se nevyhnutelně promítají i do prožívání

lékařů. Psycholog může diabetologovi zprostředkovat vhléd do životní situace pacienta, porozumění jeho osobnostním specifikům a individuálním potřebám a přispět tak k navázání/obnovení důvěryplného vztahu mezi diabetologem a pacientem, který je klíčový pro adherenci k léčbě a tím i její efektivitu.

Psychologická péče tedy může být užitečná většině pacientů s diabetem. Jasně indikovaná je pak u pacientů s psychiatrickou komorbiditou, ať už dříve existující nebo v případě, kdy se zvýšená stresová zátěž do jejího rozvoje promítne. U lidí s diabetem pozorujeme 2–3× vyšší výskyt depresivních a úzkostných poruch než v obecné populaci, časté jsou také obtíže ze spektra poruch příjmu potravy nebo somatoformních poruch. Specifickou skupinou jsou pak pacienti s akcentovanými osobnostními rysy či přímo poruchami osobnosti, kde může diabetologovi kontakt s pacientem významně usnadnit zejména psychodiagnostické vyšetření.

V příspěvku budou představeny typické oblasti a situace, ve kterých může být spolupráce s psychologem přínosná nejen pro samotné pacienty, ale i pro diabetology. Příklady budou ilustrovány na konkrétních kazuistikách.

Postavení kombinace naltrexon/bupropion v léčbě obezity – komu, kdy a jak

doc. MUDr. Ľubica Cibičková, Ph.D.

III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická

LF UP a FN Olomouc

ČTVRTEK / 26. 1. 2023 / 14.40–15.10

(přednáška sponzorovaná společností PharmaSwiss Czech Republic)

Obezita je chronické onemocnění, při kterém hraje psychické rozpoložení významnou roli. Vzhledem k tomuto poznatku cílí farmakoterapie obezity na ovlivnění hypotalamu. Kombinace účinných látek naltrexon/bupropion v léku Mysimba podporuje redukci hmotnosti pomocí snížení aktivity hypotalamické

proomielanokortinové osy, a tak dochází k potlačení pocitu uspokojení z jídla. Tato léčba je proto vhodná pro pacienty s bažením po jídle, dle fenotypu se jedná o tzv. „emocionální jedlíky“. Pokud je pacient vybrán k léčbě Mysimbou fenotypově správně, je větší šance na úspěšnou redukci hmotnosti.

Obezita (mezioborová diskuze)

Moderuje: doc. MUDr. Ľubica Cibičková, Ph.D.

ČTVRTEK / 26. 1. 2023 / 15.30–17.00

Proč se pacientům nedaří redukovat hmotnost

doc. MUDr. Ľubica Cibičková, Ph.D.

III. interní klinika – nefrologická,

revmatologická a endokrinologická

LF UP a FN Olomouc

Obezita je chronické onemocnění, jehož léčba přináší řadu úskalí a často z dlouhodobého hlediska selhává. V přednášce budou rozebrány různé důvody, které mohou vést k nezdaru při léčbě obezity. Mezi tyto důvody

patří špatně sestavený jídelníček, nízká fyzická aktivita, nadměrný příjem alkoholu, adaptace na nízký kalorický příjem, dlouhodobá stresová zátěž, medikace způsobující nárůst hmotnosti, spánková deprivace a syndrom spánkové apnoe, nepravidelný režim s vynecháváním snídaně a nočním přejídáním, nedostatečná motivace, některá endokrinologická a geneticky podmíněná onemocnění. Závěrem přednášky bude zdůrazněno, že hmotnost není chování a neměla by být cílem změny chování – tím by měla být změna návyků a kvality života.

Nízkosacharidová strava

MUDr. Roman Dohnal,

doc. MUDr. Ľubica Cibičková, Ph.D.

III. interní klinika – nefrologická,
reumatologická a endokrinologická
LF UP a FN Olomouc

Nízkosacharidová strava (low carb, high fat, LCHF) patří v současné době mezi stále populárnější styly stravování nejen v očích laické veřejnosti, ale především v rámci léčby diabetu mellitu. Při LCHF stravě je výrazně omezen příjem sacharidů, většinou do 130 g/den nebo do 45 % denního energetického příjmu. Při takto výrazném snížení příjmu sacharidů je navýšen příjem tuků (nejčastěji bez specifického omezení nasycených tuků), příjem bílkovin zůstává stacionární – nemělo by se jednat o vysokoproteinovou stravu.

V rámci přístupu odborných společností je v současné době LCHF strava doporučena ADA (American Diabetes Association) a Britskou diabetickou asociací. Česká diabetologická společnost zatím LCHF stravu nedoporučuje.

V souvislosti LCHF stravy a obezity je popisován tzv. Carbohydrate-Insulin Model (CIM) obezity – dle tohoto modelu dochází k ukládání tuku z důvodu hormonální odpovědi těla na příjem vysoce sacharidových jídel, což dále podporuje pozitivní energetickou bilanci a tím vede k dalšímu ukládání tuku a k obezitě. Právě tento model je teoretickým základem pro doporučené omezení příjmu všech typů sacharidů.

Největší obava při LCHF stravě panuje z vývoje lipidogramu při vysokém příjmu tuků, většinou dochází k mírnému vzestupu celkového cholesterolu, LDL-Ch a HDL-Ch a poklesu TAG.

Ačkoliv se v reálné klinické praxi daří dosáhnout s LCHF stravou pozitivních výsledků, tak v rámci randomizovaných kontrolovaných studií nejsou výsledky zcela přesvědčivé. Problémem nicméně je nízká compliance pacientů, krátká doba trvání studií, nebo srovnávání hypo- a izokalorických diet.

Podpořeno MZ ČR RVO FNOL-0098892

a grantem IGA_LF_2022_03

Poruchy dýchání ve spánku u obézních pacientů

MUDr. Samuel Genzor, Ph.D.

Klinika plicních nemocí a tuberkulózy FN
a LF UP Olomouc

Poruchy dýchání ve spánku (SDB = sleep disordered breathing) jsou významnou příčinou morbidit a snížené kvality života pacientů. Nejčastější SDB je syndrom obstrukční spánkové apnoe (obstructive sleep apnoea syndrome = OSAS) s celosvětově odhadovanou prevalencí klinicky závažných forem na 2–5 %, dále je to hypoventilační syndrom při obezitě, syndrom centrální spánkové apnoe a Cheynes-Stokesovo dýchání. Až do zavedení terapie přetlakovou ventilací v roce 1981 (Sullivan) byla terapie SDB režimová (redukce hmotnosti, nespát na zádech, spánková hygiena), v indikovaných případech chirurgická v režii otorhinolaryngologů. Obezita je považována za hlavní rizikový faktor nejenom vzniku obstrukční spánkové apnoe, ale i morbidit a mortality nemocných se SDB. Proto by mělo být maximum úsilí věnováno prevenci a léčbě nadváhy. Zdravotní stav pacientů je dále ovlivňován celou řadou faktorů – kromě obezity a spánkové apnoe hraje významnou roli taktéž nedostatek (kvalitního) spánku a depresivita pacientů.

Přetlaková ventilace je dosud zlatým standardem v terapii. Prezentace shrnuje aktuální poznatky z výzkumu komplikací poruch dýchání ve spánku a terapie přetlakovou ventilací v jejich prevenci.

Spektrum bariatrických operací

**MUDr. Jan Dočkal, MUDr. Petr Vaverka,
MUDr. Adolf Gryga, MUDr. Jakub Hošík**

Centrum bariatrické chirurgie, Nemocnice
AGEL Prostějov

Bariatricko-metabolická chirurgie je v současnosti považována za nejúčinnější metodu léčby vážnějších forem obezity a jejích komplikací. V současné době jsou obezita a diabetes

mellitus 2. typu (DM2T) označovány jako epidemie 21. století. Jejich výskyt nejen v ČR, ale i po celém světě stále stoupá. Nadváha a obezita hrají klíčovou roli ve vývoji DM2T. Bariatricko-metabolická chirurgie (BMCH) je účinným způsobem léčby vyšších stupňů obezity a jedním z neefektivnějších postupů v léčbě DM2T. Bariatrické operace mění fyziologické poměry v oblasti žaludku a tenkého střeva, vedou ke snížení množství přijaté potravy, částečnému snížení absorpční plochy a hormonálním změnám, které společně vedou k výrazné redukci váhy a ke zlepšení onemocnění spjatých s obezitou. Mezi nejčastější bariatrické výkony patří sleeve gastrektomie (tubulizace žaludku) a různé formy žaludečního bypassu.

S VYŠŠÍM BMI STOUPÁ RIZIKO
KOMORBIDIT²

- Příčinou neúspěšného hubnutí jsou často **nezvladatelné chutě**.^{3,4}



Mysimba **zvyšuje šanci na úspěšné hubnutí,**
omezuje hlad a potlačuje nezvladatelné chutě.^{1,5}



Zkrácené informace o přípravku

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky.

[illegible]

Reference:

1) SPC Mysimba, datum poslední revize červen 2022

2) Mokdad AH, Ford ES, Bowman BA, et al. Prevalence of obesity, diabetes, and obesity-related health risk factors, 2001. JAMA. 2003;289(1):76-79

3) Greenway FJ. Physiological adaptations to weight loss and factors favouring weight regain. *Int. J. Obes (Lond)*. 2015;39(8):1188-1196.

4) Reichelt AC, Westbrook BF, Morris MJ. Integration of reward signalling and appetite regulating peptide systems in the control of food-cue responses. *Br. J Pharmacol.* 2015;172(22):5225-5239.

51 Volkow ND, Wang G-J, Fowler JS, Telang F. Overlapping neuronal circuits in addiction and obesity: evidence of systems pathology. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2008;363(1507):3191-3200.

5) Volkow ND, Wang GJ, Fowler JD, Telang F. Snapping neural circuits in addiction and obesity: evidence of dysregulation of striatal pathology. *J Neurosci* 11 Oct 2000;20(26):6567-6571. doi:10.1523/JNEUROSCI.2000-0000.2000



2010

2011

2012

2013

2014

2015

2016

2017

2018

2019

2020

2021

2022

2023

2024

2025

2026

2027

2028

2029

2030

2031

2032

2033

2034

2035

2036

2037

2038

2039

2040

2041

2042

2043

2044

2045

2046

2047

2048

2049

2050

2051

2052

2053

2054

2055

2056

2057

2058

2059

2060

2061

2062

2063

2064

2065

2066

2067

2068

2069

2070

2071

2072

2073

2074

2075

2076

2077

2078

2079

2080

2081

2082

2083

2084

2085

2086

2087

2088

2089

2090

2091

2092

2093

2094

2095

2096

2097

2098

2099

2100

2101

2102

2103

2104

2105

2106

2107

2108

2109

2110

2111

2112

2113

2114

2115

2116

2117

2118

2119

2120

2121

2122

2123

2124

2125

2126

2127

2128

2129

2130

2131

2132

2133

2134

2135

2136

2137

2138

2139

2140

2141

2142

2143

2144

2145

2146

2147

2148

2149

2150

2151

2152

2153

2154

2155

2156

2157

2158

2159

2160

2161

2162

2163

2164

2165

2166

2167

2168

2169

2170

2171

2172

2173

2174

2175

2176

2177

2178

2179

2180

2181

2182

2183

2184

2185

2186

2187

2188

2189

2190

2191

2192

2193

2194

2195

2196

2197

2198

2199

2200

2201

2202

2203

2204

2205

2206

2207

2208

2209

2210

2211

2212

2213

2214

2215

2216

2217

2218

2219

2220

2221

2222

2223

2224

2225

2226

2227

2228

2229

2230

2231

2232

2233

2234

2235

2236

2237

2238

2239

2240

2241

2242

2243

2244

2245

2246

2247

2248

2249

2250

2251

2252

2253

2254

2255

2256

2257

2258

2259

2260

2261

2262

2263

2264

2265

2266

2267

2268

2269

2270

2271

2272

2273

2274

2275

2276

2277

2278

2279

2280

2281

2282

2283

2284

2285

2286

2287

2288

2289

2290

2291

2292

2293

2294

2295

2296

2297

2298

PharmaSwiss Česká republika s.r.o.

Pharmaswiss
Glasnost, Miroslav
Jankovcova 1569/2c, Praha 7 170 00

Choose More Life
Sedimentazione: 1500/20, Italia 7 170 00
Tel.: +39 031 710 600

BAIGON **tablety s prodlouženou uvolňovací rychlostí**

BAUSCH+Health E-mail: czech.info@bauschhealth.com

BASCH Health www.pharmaswiss.cz

10. *Journal of the American Medical Association*, 2000; 284: 1039-1044.

Perorální podání

Mysimba® is a registered trademark of Nalpropion

Pharmaceuticals LLC

© 2020 Nalprocion Pharmaceuticals LLC

OREXIGEN® © 2020 Nalproportion Pharmaceuticals LLC
MYS-0108-002 8/22

ORLEXION MYS-0196-003 8/22



PharmaSwiss
Choose More Life

BAUSCH+Health



OREXIGEN®

PharmaSwiss Česká republika s.r.o.
Jankovcova 1569/2c, Praha 7 170 00
Tel.: +420 234 719 600
E-mail: czech.info@bauschhealth.com
www.pharmaswiss.cz

Mysimba® is a registered trademark of Nalpropion Pharmaceuticals LLC
© 2020 Nalpropion Pharmaceuticals LLC
MYS-0198-003 8/22'



6315-51K2ZJ-SAM



POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONFERENCE

HLAVNÍ PARTNER



PARTNEŘI



MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



Zajímá nás váš názor

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



Zodpovězením otázek v anketě můžete ovlivnit podobu dalších ročníků kongresu či časopisů z našeho vydavatelství.

Za vyplnění ankety **můžete získat praktické ceny.**

TIRÁŽ

1. DIABETOLOGIE PRO PRAXI

26. ledna 2023 | CENTRAL PARK FLORA

Pořadatel

Společnost SOLEN, s. r. o.

Odborný garant akce

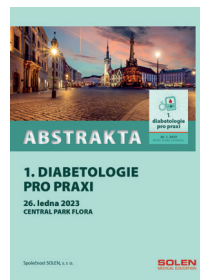
prof. MUDr. David Karásek, Ph.D.

Organizátor

SOLEN, s. r. o., Lazická 297/51, 779 00 Olomouc
Organizační zajištění: Mgr. Vendula Pávková, 777 714 679, pavkova@solen.cz
Programové zajištění: Mgr. Kateřina Dostálová, dostalova@solen.cz,
Grafické zpracování abstrakt a sazba: SOLEN, s. r. o., Michal Bajnok

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
ISBN 978-80-7471-433-7



ČASOPISY

SUPPLEMENTA
REPRINTY

TIŠTĚNÁ FORMA

SOLE
MEDICAL EDUCATION

KNIHY

EDUKAČNÍ MATERIÁLY
BROŽURY

**Komunikujeme
s lékaři všemi
směry**

INTERNET

OSOBNÍ KONTAKT

E-SHOP
ARCHIV ČLÁNKŮ
ON-LINE VZDĚLÁVÁNÍ

ON-LINE



SEMINÁŘE
AKCE NA KLÍČ

KONGRESY

