

Interní medicína pro praxi



ABSTRAKTA

19. INTERNÍ MEDICÍNA PRO PRAXI

14.–15. března 2024

Clarion Congress Hotel Olomouc

Společnost SOLEN, s.r.o., ve spolupráci
s III. interní klinikou – nefrologickou, revmatologickou
a endokrinologickou, FN Olomouc

ISBN 978-80-7471-486-3

 **SOLEN**
let s vámi

Program – čtvrtek 14. března

9.00 ZAHÁJENÍ KONGRESU

09.05–10.40 Úskalí diagnostiky v revmatologii

prof. MUDr. Pavel Horák, CSc.

- Interpretace laboratorních nálezů při diagnostice zánětlivých revmatických chorob – Žurek M.
- Časná revmatoidní artritida – diagnostika – Lukáč A.
- Revmatoidní artritida jako interní choroba – Skácelová M.
- Revmatologické mimikry infekčních chorob – Horák P.

10.40–11.00 Nová nomenklatura NAFLD teoreticky i prakticky – Šmíd V.

Přednáška podporovaná společností PRO.MED.CS Praha

11.00–11.30 PŘESTÁVKA

11.30–12.30 Kardiovaskulární onemocnění

MUDr. Petra Vysočanová

- Kardiovaskulární prevence aneb jak žít déle – Tůmová E.
- Můžeme snížit riziko rekurentního IM? – Veselý J.
- Rizikové situace v léčbě hypertenze – Vysočanová P.

12.30–13.05 Polymorbidní pacient v ordinaci internisty – Krystyník O.

Přednáška podporovaná společností Boehringer Ingelheim, s. r. o.

Zásadní předěl v léčbě pacientů s hypertrofickou kardiomyopatií v klinické praxi – Táborský M.

Přednáška podporovaná společností Bristol Myers Squibb, spol. s r. o.

13.05–14.00 PŘESTÁVKA NA OBĚD

14.00–15.30 Předoperační vyšetření, posudková činnost internisty

MUDr. Zdeněk Monhart, Ph.D.

- **IP** Interní předoperační vyšetření – pohled internisty – Monhart Z.
- Interní předoperační vyšetření – pohled anesteziologa – Náhlíková K.
- Posudková činnost internisty – Sládková P.

15.30–15.50 Chronické žilní onemocnění. Co kdyby vše začalo ranou péčí? – Hauer T.

Přednáška podporovaná společností PIERRE FABRE MEDICAMENT s. r. o.

15.50–16.20 PŘESTÁVKA

16.20–18.00 Ambulantní internisté pro ambulantní internisty

MUDr. Tomáš Hauer

- Diferenciální diagnostika otoků DKK v éře laboratorních markerů a přístrojových vyšetření – Hauer T.
- Diferenciální diagnostika anémií – Vodička P.
- **IP** Diferenciální diagnostika poruch vybraných minerálů – Monhart Z.
- Zásadní úhelné kameny úhrad za péči v roce 2024 – Hauer T.

IP interaktivní přednáška

Program – pátek 15. března

- 9.00–10.40** **Glifloziny napříč internou**
prof. MUDr. David Karásek, Ph.D.
- **Metabolické účinky gliflozinů** – Krčma M.
 - **Glifloziny a kardiovaskulární systém** – Homolová Jurková J.
 - **Glifloziny a ledviny** – Krejčí K.
 - **Glifloziny a další účinky** – Karásek D.
- 10.40–11.10** **PŘESTÁVKA**
- 11.10–12.00** **Aktuality do vaší ordinace**
- **Akutní ambulantní uroinfekce** – Emmer J.
Přednáška podporovaná společností Onapharm s. r. o.
 - **Imunitní regulace zánětu, mikrobiota a slizniční imunita** – Thon V.
 - **Vliv střevní mikrobioty, resp. jejích metabolitů (butyrát) na integritu střevní sliznice. Výhody biofilmových probiotik** – Vagnerová H.
Přednáška podporovaná společností FAVEA Plus, a. s.
- 12.00–13.00** **PŘESTÁVKA NA OBĚD**
- 13.00–13.30** **Perspektivy medicíny**
- **Využití umělé inteligence v medicíně** – Misař M.
- 13.30–14.40** **Lékové interakce**
PharmDr. Josef Suchopár
- **Nápoje a lékové interakce – nečekané změny** – Suchopár J.
 - **Konopí, THC a CBD a jejich lékové interakce** – Suchopár J.
- 14.40–14.45** **LOSOVÁNÍ ANKETY, ZAVĚR KONGRESU**

19. konference ambulantních internistů

14.–15. března 2024 | Clarion Congress Hotel Olomouc

Pořadatel

Společnost SOLEN, s. r. o., ve spolupráci s III. interní klinikou – nefrologickou, revmatologickou a endokrinologickou, FN Olomouc

Prezident akce

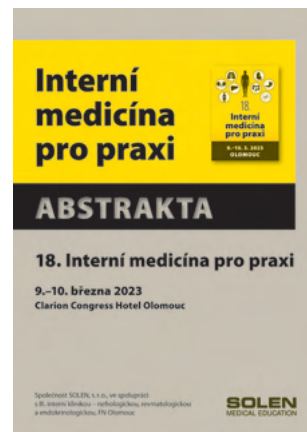
prof. MUDr. Pavel Horák, CSc.

Organizátor

SOLEN, s. r. o., Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc
Kontaktní osoba: Rostislav Reiningger, 778 775 664, reiningger@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 a firemních symposií: Mgr. Martin Jiša, 734 567 855, jisa@solen.cz

Ohodnocení

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



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

ISSN 1212-7299, ISBN 978-80-7471-486-3

VENO-LYMFATICKÁ INSUFICIENCE A SYMPTOMATICKÁ LÉČBA HEMOROIDŮ

Cyclo 3 Fort

RUSCUS ACULEATUS
HESPERIDIN METHYLCHALCON
Kyselina askorbová



TROJNÁSROBNÁ SÍLA pro plnou úlevu



ZVYŠUJE ŽILNÍ
& LYMFATICKÝ TONUS²⁻⁴

CHRÁNÍ
MIKROCIRKULACI^{5,6}

REDUKUJE
ZÁNĚT⁶⁻⁸



* Grade 1A pro bolest, těžké nohy, pocit oteklých nohou, parestézie a otok

Reference: 1. Nicolaidis, A. *et al.* Management of chronic venous disorders of the lower limbs - Guidelines According to Scientific Evidence: Chapter 8 - Venoactive drugs. *Int Angiol* 37, 232–254 (2018). 2. Marcelon, G. *et al.* Effect of Ruscus aculeatus on isolated canine cutaneous veins. *Gen. Pharmacol.* 14, 103–106 (1983). 3. Marcelon, G. *et al.* Effect of Ruscus on the adrenoreceptors of the canine lymphatic thoracic duct. *Phlebology* 109–112 (1988). 4. Jäger, K. *et al.* Pharmacodynamic Effects of Ruscus Extract (Cyclo 3 Fort®) on Superficial and Deep Veins in Patients with Primary Varicose Veins: Assessment by Duplexsonography. *Clinical Drug Investigation* 17, 265–273 (1999). 5. Pouget, G. *et al.* Effect of Ruscus extract on peripheral lymphatic vessel pressure and flow. in *Return Circulation and Norepinephrine: an update* 89–95 (P.M. Vanhoute, John Libbey Euronext, 1991). 6. Thebaud, J. J. Studies concerning the activity of a phlebotonic agent. *Fortschr. Med.* 101, 1206–1212 (1983). 7. Bouskela, E. *et al.* Inhibitory effect of the Ruscus extract and of the flavonoid hesperidine methylchalcone on increased microvascular permeability induced by various agents in the hamster cheek pouch. *Journal of Cardiovasc. Pharmacol.* 22, 225–230 (1993). 8. Rauly-Lestienne, I. *et al.* Contribution of muscarinic receptors to in vitro and in vivo effects of Ruscus extract. *Microvascular Research* 114, 1–11 (2017).

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU

Název přípravku: CYCLO 3 FORT 150 mg/150 mg/100 mg tvrdé tobolky

Složení: 1 tvrdá tobolka obsahuje Ruscus extractum siccum 150,0 mg (obs. heterosida sterolická), Hesperidini methylchalconum 150,0 mg, Acidum ascorbicum 100,0 mg. Pomocné látky: oranžová žlut. **Léková forma:** Tvrdá želatinová tobolka s neprůhlednou spodní částí žlutou, neprůhlednou vrchní částí oranžovou. **Indikace:** Léčba symptomů souvisejících s cévní a lymfatickou nedostatečností (pocit těžkých nohou, syndrom neklinických nohou, bolesti, otoky, parestézie DK, křeče v lýtku). Symptomatická léčba hemoroidů. Přípravek je určen k léčbě dospělých osob. **Dávkování a způsob podání:** Při cévní a lymfatické nedostatečnosti: 2-3 tobolky denně (tj. 2-3 x 1 tobolka denně). V proktologii: 4-6 tobolek denně (tj. 2 x 2-3 tobolky denně), udržovací léčba je 2 tobolky denně (2 x 1 tobolka denně). Tobolky se polykají celé a mají se řádně zapít vodou. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na kteroukoliv složku přípravku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Pokud se vyskytne průjem, léčba musí být přerušena. Hemoroidální ataka: Léčba musí trvat jen krátce. Podávání přípravku není náhrada specifické léčby jiné proktologické nemoci. Pokud se symptomy rychle nevylepší, je nutné provést proktologické vyšetření a léčba musí být přehodnocena. Poruchy ukládání železa (talasémie, hemochromatóza, sideroblastická anémie) vzhledem k přítomnosti kyseliny askorbové ve složení léčivého přípravku. V rámci dietních opatření se doporučuje omezit maximální denní přísun kyseliny askorbové na 500 mg. Tento léčivý přípravek obsahuje také azobarbivo [oranžovou žlut FCF (E110)] a může způsobit alergické reakce. **Interakce:** Nebyly provedeny žádné studie interakcí s jinými léčivými přípravky nebo jídlem. **Opatrnost při souběžném užívání s deferoxaminem.** Abnormální srdeční funkce nebo akutní srdeční selhání (obvykle reverzibilní po vysazení vitamínu C) při souběžném užívání s kyselinou askorbovou. V případě souběžného užívání je potřebné sledovat srdeční funkce. **Opatrnost při souběžném užívání s deferipronem.** Na základě interakce s deferoxaminem se při souběžném použití deferipronu s kyselinou askorbovou vyžaduje opatrnost z důvodu možného rizika abnormální srdeční funkce nebo akutního srdečního selhání (obvykle reverzibilní po vysazení vitamínu C). **Fertilita, těhotenství a kojení:** **Těhotenství:** Existuje omezené množství údajů z užívání přípravku CYCLO 3 FORT u těhotných žen. Studie na zvířatech nenaznačují přímé ani nepřímé škodlivé účinky s ohledem na reprodukční toxicitu. Jako preventivní opatření je vhodné vyhnout se používání přípravku CYCLO 3 FORT během těhotenství. **Kojení:** Neznámo, zda metabolity přípravku CYCLO 3 FORT jsou vylučovány do lidského mateřského mléka. Riziko pro novorozence / kojence nelze vyloučit. Je nezbytné rozhodnout zda přerušit kojení nebo přerušit léčbu přípravkem CYCLO 3 FORT po zvážení přínosů kojení pro dítě a přínosů léčby pro ženu. **Fertilita:** Nejsou k dispozici žádné údaje týkající se fertility. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Nebyly provedeny žádné studie. **Nežádoucí účinky:** Nejčastější průjem a bolest břicha. Závažný průjem spojený se ztrátou váhy a s poruchou iontové rovnováhy velmi rychle ustupuje po vysazení léčby. **Doba použitelnosti:** 2 roky. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte při teplotě do 25 °C v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Držitel rozhodnutí o registraci:** PIERRE FABRE MEDICAMENT, Les Cauquillous, 81500 Lavaur, Francie. **Registrační číslo:** 85/106/96-C. **Způsob výdeje:** Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním přípravku se seznámte s úplným zněním SPC. **Datum první registrace /prodloužení registrace:** 14. 2. 1996 / 21. 11. 2007. **Datum revize textu:** 8. 6. 2023. **Hlášení podezření na nežádoucí účinky:** Hlášení podezření na nežádoucí účinky po registraci léčivého přípravku je důležité. Umožňuje to pokračovat ve sledování poměru přínosů a rizik léčivého přípravku. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili podezření na nežádoucí účinky na adresu: **Státní ústav pro kontrolu léčiv, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10. Webové stránky:** HYPERLINK „<http://www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek>“ **www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek**
Určené pouze do rukou lékaře.

Lokální zastoupení: PIERRE FABRE MEDICAMENT s.r.o., AFI City 1, Kolbenova 1021/9, 190 00 Praha 9, e-mail: info.cz@pierre-fabre.com, SERVIS (24H/7D) +420 286 004 111.

* Všimněte si, prosím, změn v informacích o léčivém přípravku (SPC).

CZ PF08/02/2023 C3F 010

Úskalí diagnostiky v revmatologii

odborný garant prof. MUDr. Pavel Horák, CSc.

čtvrtek / 14. března 2024 / 9.05–10.40

Interpretace laboratorních nálezů při diagnostice zánětlivých revmatických chorob

MUDr. Martin Žurek, Ph.D.

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

Autoimunitní onemocnění jsou heterogenní skupinou chorob, jejichž etiologie je výsledkem interakce mezi genetickými, imunologickými a environmentálními faktory. U revmatických chorob bývají často přítomny orgánově nespecifické autoantilátky, které mohou být použity jako markery pro klasifikaci či diagnostiku jednotlivých chorob, některé z nich mohou korelovat se závažností klinických projevů nebo odpovědí na podanou léčbu. V tomto sdělení bude diskutován klinický význam vyšetření těchto autoantilátek pohledem revmatologa.

Časná diagnostika revmatoidní artritidy

MUDr. Adam Lukáč

II. interní klinika, Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně

Revmatoidní artritida (RA) představuje komplexní autoimunitní onemocnění, které má zásadní dopad na kvalitu života pacientů. Recentní pohled odborníků zaznamenaný v aktuální literatuře zdůrazňuje časnou diagnostiku a zahájení léčby jako klíčové podmínky pro dosažení optimálních léčebných výsledků. Koncept „okna příležitosti“ v léčbě RA nabízí nový pohled na časové období, kdy je zahájení léčby nejprínosnější.

Cíli snížit aktivitu onemocnění a zlepšit životní perspektivy pacientů může dopomoci časné revmatologické vyšetření neboli koncept ambulance časné artritidy. Jedná se o jednu z možností, jak zajistit dostupnost specializovaného revmatologického vyšetření v časných termínech.

Naše přednáška představí komplexní pohled na téma časně klinické diagnostiky revmatoidní artritidy. Zdůrazní potřebu optimalizace diagnostického postupu, který může vést k zavedení časné léčby a tím dosažení lepších terapeutických výsledků.

Revmatoidní artritida jako interní choroba

MUDr. Martina Skácelová, Ph.D.

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

Revmatoidní artritida (RA) je chronické autoimunitní zánětlivé onemocnění, které pokud není včas a dostatečně léčeno, může vést k nezvratnému poškození kloubů. Kromě kloubního postižení se u části pacientů mohou vyskytnout i extraartikulární manifestace choroby, a to zejména u pacientů s déle probíhajícím a těžším onemocněním. Pravděpodobně nejčastější je výskyt revmatoidních uzlů v podkoží, vzácně ve vnitřních orgánech. Z kožních změn bývají přítomny ulcerace, neutrofilní dermatózy nebo kožní projevy revmatické vaskulitidy. Nelze opomenout ani léky indukované kožní změny, zejména pak nežádoucí účinky dlouhodobé léčby glukokortikoidy. Poměrně časté bývá i postižení oka, a to zejména suchou keratokonjunktivitidou, vzácně se u pacientů s RA vyskytne episkleritida a skleritida. Pacienti s RA mohou trpět nejrůznějšími typy plicního postižení od pleuritidy až po intersticiální plicní postižení, z kardiálního postižení bývá nejčastější perikarditida. Pacienti s RA často trpí anemií, u aktivního onemocnění bývá přítomna i trombocytóza. Z neurologického postižení lze jmenovat zejména

syndrom karpálního tunelu. Postižení ledvin je méně časté, při dlouhotrvající aktivitě choroby se může objevit amyloidóza.

V průběhu onemocnění revmatoidní artritidou se může u pacientů manifestovat celá řada komorbidit, které zvyšují jejich morbiditu a mortalitu. Komorbidity mohou také zásadním způsobem ovlivnit průběh choroby, zhoršovat kvalitu života nemocných a vést k jejich disabilitě. Nejčastější a nejzávažnější komorbiditou u revmatoidní artritidy je bezesporu častější výskyt kardiovaskulárních chorob (CVD) spojených s aterosklerózou, které až z 50 % odpovídají za vyšší mortalitu pacientů s RA ve srovnání s běžnou populací. Kromě tradičních rizikových faktorů, jako je kouření, arteriální hypertenze, diabetes mellitus a dyslipidemie, zvyšuje riziko rozvoje kardiovaskulárních komplikací i séropozitivita (RF, ACPA), častěji se tyto komplikace vyskytují u pacientů s extraartikulárními manifestacemi choroby. Důležitou roli hraje i chronický zánět u RA, rovněž tak i samotná terapie revmatoidní artritidy může být spojena se zvýšeným rizikem rozvoje kardiovaskulárních komplikací, a to zejména dlouhodobá terapie glukokortikoidy a užívání NSA. Naopak léčba TNFi a dalšími biologickými léky může riziko rozvoje CVD snižovat. U pacientů s revmatoidní artritidou je rovněž zvýšené riziko infekcí, včetně vyššího rizika tuberkulózní infekce, virových infekcí, virových hepatitid, herpetických infekcí, HIV a oportunních infekcí. Pacienti s RA mají zvýšené riziko rozvoje nádorových chorob, zejména vyšší riziko onemocnění lymfomem. Rizikových faktorů pro onemocnění lymfomem je několik, jednak to může být samotná aktivita onemocnění, dále pak užívání imunomodulačních léků včetně možného vlivu biologické terapie a dále pak i větší expozice radiaci. Pacienti s RA mají také vyšší incidenci nemelanomových kožních nádorů, riziko zvyšuje léčba chorobu modifikujícími léky (MTX, TNFi). Aktivní onemocnění RA bývá častěji asociováno se vznikem osteoporózy a rizikem osteoporotických fraktur; kromě vlivu samotných zánětlivých mechanismů na etiopatogenezi osteoporózy je zřejmý i podíl glukokortikoidy indukované osteoporózy. Dalšími častými komorbiditami jsou také gastrointestinální choroby – zejména peptický vřed a divertikulitida. U těchto komplikací je zřejmá významná souvislost s užíváním nesteroidních antirevmatik a glukokortikoidů. U pacientů s revmatoidní artritidou je rovněž pozorována podstatně vyšší prevalence deprese než v běžné populaci.

Výskytu komorbidit by měla být věnována při sledování pacientů s revmatoidní artritidou značná pozornost, protože mohou významnou měrou zvyšovat morbiditu a mortalitu pacientů, navíc jejich výskyt může mít vliv i na aktivitu revmatoidní artritidy a může podstatně ovlivnit i pacientovo globální hodnocení choroby. Při sledování pacientů s RA však nelze zapomínat ani na další závažné choroby (karcinom prsu, prostaty), které se vyskytují v míře srovnatelné s běžnou populací.

Podpořeno MZ ČR RVO FNOL-0098892 a grantem IGA_LF_2022_03

Revmatologické mimikry infekčních chorob

prof. MUDr. Pavel Horák, CSc.

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

Infekční a zánětlivá revmatická onemocnění jsou úzce propojeny. Řada mikroorganismů je různým způsobem zapojena do patogeneze autoimunitních chorob. Vztah však platí také opačným směrem. Některé geneticky podmíněné imunodeficientní stavy mají vyšší výskyt infekcí, tak pravděpodobnost vzniku autoimunitních chorob. Revmatické choroby disponují samy o sobě jedince k infekcím, jejich zvýšený výskyt je spojený s revmatoidní artritidou, psoritickou artritidou, systémovým lupusem nebo systémovou sklerodermií. Z klinického hlediska mají vysokou relevanci podobné či překryvné manifestace čili mimikry infekčních a revmatických chorob kladoucí vysoké nároky na diferenciální diagnostiku. Jedná se zejména o následující okruhy projevů, které jsou předmětem sdělení:

- Horečky či systémový zánět nejasného původu, septické či pseudoseptické stavy
- Artritida doprovázející infekce, autoimunitní, případně autoinflamatorní choroby
- Vaskulitida a její infekční mimikry
- Myozitida – idiopatická zánětlivá myopatie či virová, parainfekční nebo bakteriální myozitida?

ANKETA

Zajímá nás váš názor

- Byl pro vás program přínosný?
- Jaká další témata by vás zajímala?
- Chybí vám něco na konferenci?
- Využíváte on-line vzdělávání od Solenu?

Vyplněním naší ankety můžete ovlivnit podobu dalších ročníků konference a časopisu Vnitřní lékařství. Anketu najdete u našeho stánku Solen a za vyplnění můžete vyhrát praktické ceny.

Mezi choroby, které mohou svou symptomatologií sugestivně připomínat revmatická onemocnění, patří virové choroby, jako je parvovirus B19, cytomegalovirus, EBV a HIV stejně jako bakterie *Borrelia burgdorferi*, *Mycobacterium tuberculosis* či parazit *Leishmania* spp., které mohou napodobovat klinický obraz SLE. Podobně viry hepatitidy B, C, HIV, endokarditida, stafylokoková sepe, *Coxiella burnetii* a další mohou napodobovat obraz vaskulitidy. Aortitida může být způsobena jak Takayasuovou či obrovskobuněčnou arteriitidou nebo IgG4 chorobou, tak infekcemi jako je *Treponema pallidum*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, salmonela či tuberkulóza. Některé viry (HIV či HCV) jsou spojeny se sicca syndromem a napodobují tak Sjögrenův syndrom.

Infekce vznikající v průběhu revmatických chorob jsou významně ovlivněny použitím glukokortikoidů, imunosupresiv, biologických léků či inhibitorů JAK kináz. Je vyšší riziko oportunních infekcí či modifikovaný a zastřený průběh těchto běžných. Některé lékové skupiny pak představují specifické rizikové faktory vzniku určitých infekcí (TNF inhibitory a reaktívace TBC, JAK inhibitory a herpes zoster, rituximab a reaktívace JC viru).

Terapie revmatických chorob se řídí principem léčby k cíli, kterým je dosažení nejen remise choroby či její nízké aktivity, ale také snížení negativního dopadu komorbidit včetně infekcí. V ideálním případě by léčba revmatických chorob měla vést k dosažení imunitní homeostázy, umožňující imunitnímu systému dynamicky a přiměřeně reagovat na zevní vlivy a tím i na riziko infekcí. Od tohoto ambiciózního cíle jsme navzdory všem pokrokům ještě daleko.

Podpořeno grantem IGA_UP_LF_2023_02 a MZ ČR RVO FNOL-009889

Nová nomenklatura NAFLD teoreticky i prakticky

MUDr. Václav Šmíd, Ph.D.

IV. interní klinika – klinika gastroenterologie a hepatologie, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze a 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha

čtvrtek / 14. března 2024 / 10.40–11.00

PRO.MED.CS
Praha a.s.

Nealkoholová tuková choroba jater (NAFLD) představuje spolu s alkoholovou chorobou jater nejčastější chronická onemocnění jater české populace. Obě onemocnění mohou nabývat v závislosti na pokročilosti celé spektrum klinických obrazů od prosté jaterní steatózy až po cirhózu s jejími závažnými komplikacemi. Nová nomenklatura jaterních onemocnění pro NAFLD přináší nový název MASLD (z angl. Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease), tedy jaterní steatóza asociovaná s metabolickou dysfunkcí. MASLD zahrnuje pacienty, kteří mají steatózu jater a jeden z pěti kardiometabolických rizikových faktorů a prakticky nepijí alkohol. MASLD se týká cca 25–30 % dospělé populace ekonomicky vyspělých zemí a představuje tak nejčastější chronické jaterní onemocnění současnosti. S narůstajícím výskytem diabetu 2. typu (DM2), obezity a metabolického syndromu nabývá na významu i MASLD, který vzhledem k absenci kauzální farmakoterapie představuje významný zdravotní problém.

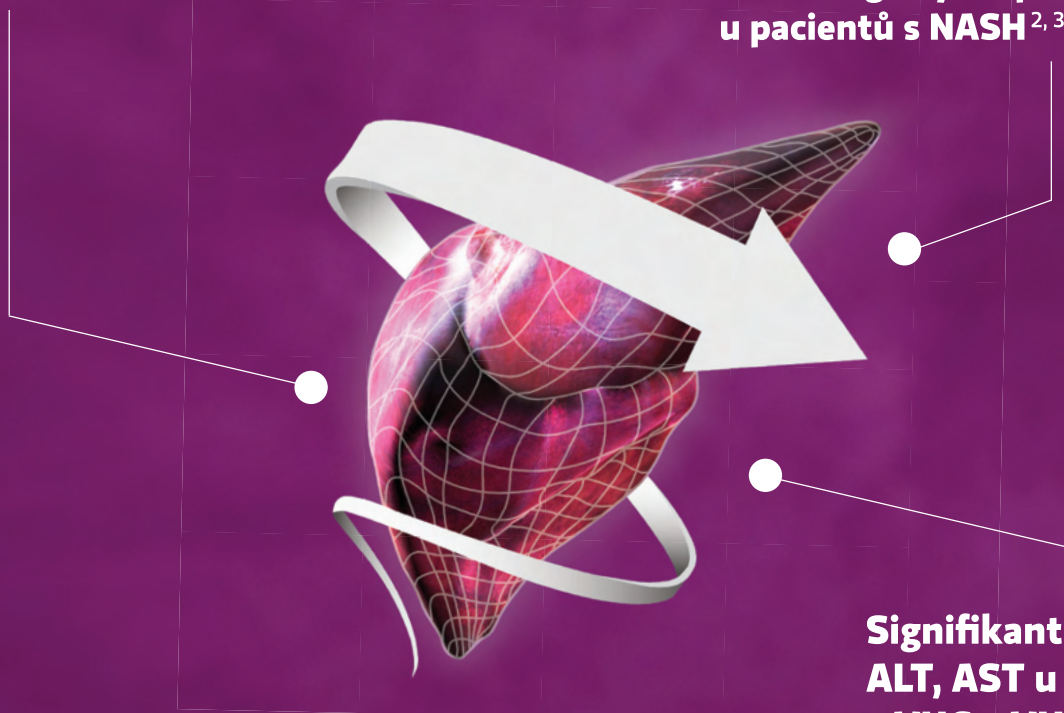
Za klíčovou se v současné době považujeme identifikaci pacientů s MASLD, kteří jsou ohroženi progresí onemocnění do fibrózy. Nedávné důkazy ukazují, že DM2 je nezávislý rizikový faktor pro vznik MASLD. Současně také pacienti s MASLD mají signifikantně vyšší riziko rozvoje DM2. Souvislost mezi MASLD a DM2 lze popsat spektrem metabolických poruch reprezentovaných inzulinovou rezistencí, poruchou metabolismu lipidů, která vede k akumulaci tuku (mj. v játrech), imunitním reakcím a hyperinzulinemií determinované dysfunkcí β -buněk. Jediným zcela účinným postupem v prevenci MASLD je redukce rizikových faktorů rozvoje metabolického syndromu a DM2, ideálně komplexní změna životního stylu zahrnující úpravu dietních návyků, zvýšení fyzické aktivity a pokles tělesné hmotnosti. Samotná léčba pacientů s MASLD vyžaduje úzkou spolupráci lékařů mnoha dalších odborností. Nalezení kauzální farmakoterapie MASLD zůstává jedním z hlavních výzkumných cílů hepatologie 21. století.

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. Ratziu 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 cholangiitida (PSC). Disoluce radiotransparentních cholesterolových žlučových kamenů (do velikosti 1,5 cm) u nemocných s vysokým operačním rizikem a u nemocných po litotrypsii s funkčním žlučovníkem. 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) rozděleně 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 zapíjejí se dostatečným množstvím tekutiny. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na UDCA a pomocné látky; akutní zánět žlučovníku a žlučových cest; obstrukce vývodných žlučových cest; kalcifikované žlučové konkrementy; porušená kontraktilita žlučovníku; časté biliární koliky; děti po neúspěšné porto-enterostomii nebo děti s biliární atrezií 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, dapsone, nitrendipinem může vést ke snížení jejich účinku; s cyklosporinem může vést k 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 1× za čtvrt roku. Neužívat během těhotenství, pokud to není jednoznačně nezbytné. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. **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 seznamte 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.

0115712754

PRO.MED.CS Praha a.s.

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

www.promedcs.com

35^{years}
CARE & INNOVATION

PRO.MED.CS
Praha a.s.

Kardiovaskulární onemocnění

odborná garantka MUDr. Petra Vysočanová

čtvrtek / 14. března 2024 / 11.30–12.30

Kardiovaskulární prevence aneb jak žít déle

MUDr. Eva Tůmová, Ph.D.

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

Důsledky vysoké kardiovaskulární zátěže české populace jsou v porovnání s ostatními státy EU nelichotivé. Arteriální hypertenze a dyslipidemie patří k nejčastějším rizikovým faktorům kardiovaskulárních chorob a prevalence v populaci roste. Jejich současná přítomnost násobí individuální kardiovaskulární riziko. Proto je nezbytné ovlivňovat oba rizikové faktory bezodkladně a nejlépe současně. Dlouhodobé výsledky léčby arteriální hypertenze a dyslipidemie nejsou v České republice optimální. Přednáška prezentuje pohled autora na současné možnosti farmakologické intervence nekomplikované arteriální hypertenze a dyslipidemie s využitím moderní fixně kombinační léčby. Cílem léčby má být co nejrychlejší dosažení optimální korekce rizikových faktorů vedoucí k redukcí celkového kardiovaskulárního rizika za použití moderní fixní kombinace.

Rizikové situace v léčbě hypertenze

MUDr. Petra Vysočanová

Poradna pro léčbu hypertenze

Interní kardiologická klinika LF MU a FN Brno

Hypertenze je nejčastější kardiovaskulární onemocnění a současně významný rizikový faktor. Pokud chceme zlepšit prognózu nemocných s vysokým tlakem krve (TK), je nezbytné ji včas diagnostikovat, správně vyšetřit, vybrat vhodné a dobře tolerované antihypertenzivum a dosáhnout dobré kontroly krevního tlaku. V léčbě se opíráme o česká a evropská doporučení pro léčbu hypertenze. V reálné praxi narážíme na situace, které nám ideální postup mohou zkomplikovat.

Časté chyby vznikají již při měření krevního tlaku. Odchylna od doporučeného postupu zde vede ke zkreslení naměřených hodnot, často i významnému. Léčba nastavená podle těchto hodnot pak způsobí přílišné snížení TK. Někdy míváme tendence ignorovat hodnoty TK, které jsou již blízké k cílovým hodnotám, nebo zahájení léčby příliš odkládat. V případě nejistoty, jestli hodnoty TK v ambulanci odpovídají realitě, je dobré doplnit ještě informace z domácího měření TK, ev. ambulantního monitorování TK.

U většiny nemocných, kteří mají TKS vyšší než 160, zvažujeme již při zahájení léčby dvojkombinaci, ideálně fixní. Pacient by měl být zván ke kontrolám v pravidelných intervalech a léčba by měla být titrována až do dosažení cílových hodnot stanovených pro konkrétního nemocného (většinou hodnoty kolem 130/80 mm Hg). Pokud nestačí ke kontrole TK dvojkombinace, navýšíme léčbu na trojkombinaci, která již musí obsahovat diuretikum.

Problémem, který řešíme u hypertoniců v produktivním věku, je jejich nepravidelný životní rytmus, který je odlišný v pracovní dny a ve dnech volna. Komplikovaná je situace u lidí v 3směnném provozu. Lidé, kteří pracují v nočních směnách, mají zvýšené hodnoty TK, horší kontrolu hypertenze, vyšší BMI a vyšší kardiovaskulární riziko. Je tedy pro ně nezbytné používat léky, které mají dobu účinku, která spolehlivě pokryje minimálně 24 hodin a zajistí dobrou kontrolu TK i v časných ranních hodinách. A to i tehdy, pokud pacient v noci pracuje. Léky, které s úspěchem kontrolují TK i u hypertoniců pracujících v noci, jsou amlodipin, perindopril, telmisartan, bisoprolol a indapamid. Pacientům, kteří pak nezvládnou léky užívat vždy ve stanovenou dobu, doporučujeme léky užít vždy po probuzení.

Překážkou při dosažení dobré kontroly TK není nedostatek vhodných léků, ale spíše adherence a lékařská inercie. Při hledání ideálního preparátu pro konkrétního nemocného je nutné respektovat odborná doporučení, ale vždy přihlídnout k individualitě nemocného a konkrétnímu fenotypu typu hypertenze.



LIPERTANCE®

ATORVASTATIN/PERINDOPRIL ARGININ/AMLODIPIN

DVA RIZIKOVÉ FAKTORY - JEDNO ŘEŠENÍ



**PRVNÍ FIXNÍ TROJKOMBINACE
V LÉČBĚ HYPERTENZE A DYSLIPIDÉMIE**



1x DENNĚ

Zásadní předěl v léčbě pacientů s hypertrofickou kardiomyopatií v klinické praxi

prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, FACC, MBA

I. interní klinika – kardiologická LF UP a FN Olomouc

čtvrtek / 14. března 2024 / 12.30–13.05



Hypertrofická kardiomyopatie (HCM) je geneticky podmíněné onemocnění, které velmi často vede k obstrukci výtokového traktu levé komory (LVOT). Jedná se o jeden z nejčastějších typů kardiomyopatií a jednu z nejfrekventovanějších příčin náhlého úmrtí u mladých jedinců. Prognóza HCM je proměnlivá, u podskupiny pacientů se vyskytuje symptomatické srdeční selhání a může nastat i náhlá srdeční smrt. Vzhledem k těmto rizikům je zásadní léčba tohoto onemocnění. Delší dobu jsme v našem armamentariu měli k dispozici léčbu beta-blokátory, blokátory kalciových kanálů, případně disopyramid. Část pacientů však na tuto terapii nereagovala a jediným řešením pro ně byla katetrizační alkoholová septální ablace, případně chirurgická myektomie. Tuto situaci však významně změnil příchod mavakamtenu, který se jako inhibitor srdečního myosinu nově zařadil do evropských guidelines pro léčbu pacientů HCM.

Předoperační vyšetření, posudková činnost internisty

odborný garant MUDr. Zdeněk Monhart, Ph.D.

čtvrtek / 14. března 2024 / 14.00–15.30

Interní předoperační vyšetření – pohled internisty

MUDr. Zdeněk Monhart, Ph.D.

Nemocnice Znojmo

Interní předoperační vyšetření je nedílnou součástí „trojúhelníku“, jehož další vrcholy tvoří indikace výkonu lékařem chirurgického oboru a předanestetické vyšetření anesteziologem. Pro anesteziologa je naše vyšetření důležitým zdrojem informací o celkovém stavu pacienta, o jeho onemocněních, jejich stadiu, použité léčbě, a také funkční kapacitě. Pro lékaře chirurgického oboru je zásadním výstupem jak zhodnocení rizika daného pacienta ve vztahu k plánovanému výkonu, tak doporučení předoperační přípravy i perioperační péče, což je nezbytné zejména u diabetiků. A v neposlední řadě je interní předoperační vyšetření významné také pro pacienta. Internista je někdy tím prvním (a jediným) lékařem, který s pacientem hovoří o rizicích výkonu a pooperačního průběhu (nejde jen o to nahradit bolavý kloub, ale také se vrátit bezpečně zpět do svého sociálního prostředí). V případě plánovaných elektivních zákroků se znalostí komplexního zdravotního stavu pacienta dokážeme vysvětlit základní „pro“ a „proti“, aby se pacient mohl skutečně informovaně rozhodnout, a případně můžeme navrhnout alternativy konzervativní léčby. Interní předoperační vyšetření by mělo obsahovat jak kompletní anamnestická data včetně užívané farmakoterapie (nejen z indikace interních chorob), tak komplexní fyzikální vyšetření. Rozsah potřebných komplexnějších vyšetření závisí na charakteristikách pacienta, jeho přítomných onemocněních, povaze (rizikovitosti) plánovaného zákroku, a je podrobně definován ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR roku 2018. Tyto požadavky jsou nepodkořitelné minimum, nicméně internista na základě vyšetření pacienta a své úvahy může indikovat větší rozsah předoperačních vyšetření, který přispěje ke komplexnímu zhodnocení operačního rizika a doporučení perioperačního postupu. Závěrem interního předoperačního vyšetření jsou doporučení směřované jak k pacientovi, tak k anesteziolo-

Vnitřní lékařství na rok 2024

Už máte předplaceno?

PŘEDPLATNÝM ČASOPISU NA ROK 2024 ZÍSKÁTE

8 čísel ve vaší schránce

Tematická suplementa

Čtení na tabletech, PC a telefonech

Praktické tabulky (nové PDF ke stažení s každým číslem)

OBJEDNÁVEJTE

www.casopisvnitrnilekarstvi.cz

předplatne@solen.cz

585 204 335



SOLEN
let s vámi



logovi a k operatérovi. Zcela zásadní je vyjádření k managementu chronické medikace s ohledem na plánovaný výkon – co ponechat, co vysadit a kdy, a také jak brzy nasadit zpět. Tato doporučení se z největší části týkají chronické antikoagulační či antiagregační léčby, a léčby diabetu. Zejména v případě chronické antiagregační léčby se často pohled internisty a chirurga liší. U nejkomplicovanějších pacientů s nevyšším operačním rizikem je vždy přínosná vzájemná komunikace mezi internistou, anesteziologem a operatérem, která povede k volbě nejučelnějšího, ale také dostatečně bezpečného postupu.

Interní předoperační vyšetření – pohled anesteziologa

MUDr. Kristýna Náhlíková

Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Nemocnice Znojmo

Předoperační vyšetření je z pohledu anesteziologa komplexní záležitost mnoha oborů. Odráží se v něm celý proces předoperační přípravy pacienta před výkony operační i neoperační (diagnostické) povahy s potřebou anestetické péče.

Začátkem celého procesu je diagnostika a indikace výkonu operatérem, společně s důkladným zvážení typu a rozsahu výkonu. Internista, praktický lékař či pediatr navazuje interním předoperačním vyšetřením, které se řídí doporučeným postupem uveřejněným ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví ČR roku 2018. Předanestetické vyšetření provádí anesteziolog na základě doporučeného postupu vydaného Českou společností anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny v roce 2009.

Důležitost interního předoperačního vyšetření spočívá zejména v posouzení celkového zdravotního stavu pacienta, dále v úpravě chronické medikace a také ve stanovení připravenosti pacienta k chirurgickému zákroku a anestezii. Hodnotné informace získává anesteziolog z anamnézy, posouzení respiračního a kardiovaskulárního systému, funkce jater a ledvin, alergie na léky a z dalších faktorů ovlivňujících bezpečnost anestezie.

Anesteziolog na základě interního předoperačního vyšetření reaguje již v anesteziologické ambulanci stanovením plánu anesteziologické péče. V den výkonu může interní předoperační vyšetření v rukou anesteziologa ovlivnit způsob vedení anestezie, výběr anestetik, rozsah perioperační monitorace či způsob pooperační analgezie.

Příkladem z respirační oblasti je zhodnocení přítomnosti a tíže CHOPN, včetně aktuální medikace a počtu exacerbací v posledním období. Anesteziolog bere do úvahy tyto skutečnosti k rozhodnutí o typu premedikace, volbě celkové či regionální anestezie, návrhu regionální katéetrové pooperační analgezie a v neposlední řadě zajištění monitorovaného lůžka po operačním výkonu.

V případě diagnózy diabetes mellitus 2. typu sledujeme stadium, kompenzaci onemocnění, společně s nastavením farmakoterapie. Všechny informace spolurozhodují o pořadí pacienta v operačním programu, frekvenci monitorování glykemie, podávání inzulínu či jiných léků, což může naznačovat potřebu umístění na monitorované lůžko. Při přítomnosti neuropatie periferního či autonomního nervového systému zohledňujeme vyšší riziko pozičního traumatu, hemodynamické nestability a aspirace při paréze žaludku.

Vyšetření dalších orgánových systémů a laboratorní odběry anesteziologovi umožňují přizpůsobit anesteziologický postup a perioperační péči.

Spolupráce internista–operatér–anesteziolog je velmi důležitá pro úspěch celého perioperačního procesu a přispívá k vyšší bezpečnosti i spokojenosti pacienta.

Ambulantní internisté pro ambulantní internisty

odborný garant MUDr. Tomáš Hauer
čtvrtek / 14. března 2024 / 16.20–18.00

Interpretace změn v krevním obraze v klinické praxi

MUDr. Prokop Vodička

I. interní klinika – hematologie, 1. lékařská fakulta UK
a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Cílem sdělení je představit základní interpretaci změn v krevním obraze v interní ambulanci. První část přednášky se bude věnovat nejčastějším hematologickým onemocněním – anémiím, jejich diferenciální diagnostice a aktuálním terapeutickým postupům. Následně bude diskutováno o příčinách trombocytopenie, především s důrazem na imunitní trombocytopenii a vzácnou, ale závažnou, trombocytopenickou purpuru. Zmíněny budou také základní příčiny leukocytózy, leukopenie, a pancytopenie, včetně aplastické anémie, a dalších sekundárních příčin při interních či jiných chorobách. Na závěr budou stručně představeny nejčastější hematologické malignity, jejich klinické příznaky a změny v krevním obraze, které jsou s těmito chorobami asociovány. Včasné rozpoznání hematologických malignit (především leukémií a lymfomů) je zásadní pro další terapeutický postup a prognózu pacientů.

Přednáška si neklade za cíl naučit posluchače podrobně léčebná schémata hematologických onemocnění, ale spíše najít optimální načasování, kdy pacienta odeslat ke specializovanému vyšetření na hematologické pracoviště, a jak nejlépe nastavit interdisciplinární spolupráci mezi internisty a hematology.

Diferenciální diagnostika poruch vybraných minerálů

MUDr. Zdeněk Monhart, Ph.D.

Nemocnice Znojmo

Poruchy hladin sérových minerálů patří mezi velmi časté laboratorní odchylky, se kterými se lékaři všech odborností setkávají v každodenní praxi. Sodík a draslík jsou hlavními kationty extracelulárního a intracelulárního prostředí, a jejich poruchy mohou zásadně ovlivňovat homeostázu lidského organismu. Znalost nejčastějších příčin patologických nálezů, jejich diferenciální diagnostika a principy bezpečné léčby těchto poruch jsou pro internisty velmi důležité. Při vyšetření hladiny sodíku se ambulantní praxi internisty nejčastěji setkáme s hyponatremií, laboratorní odchylky hladiny draslíku bývají běžně zastoupeny v obou směrech, tedy hyperkalemie i hypokalemie. Pro posouzení závažnosti odchylek sérových hladin těchto minerálů musíme znát i jejich klinické projevy, laboratorní hodnoty v minulosti, a zhodnotit také EKG křivku. V rámci diferenciální diagnostiky všech těchto poruch je především důležitá znalost kompletní farmakologické anamnézy – a to včetně volně prodávaných léků. Snížení hladiny sodíku často souvisí s podáváním thiazidových diuretik v léčbě hypertenze, ale vyvolávajícími faktory mohou být i jiné léky předepsané dalšími odbornostmi, ať již urology, nebo psychiatry. Pro diferenciální diagnostiku hyponatremie je potřebné také vyšetření moči, abychom zhodnotili močovou osmolalitu a natriurezu. Poruchy sérové hladiny draslíku v praxi ambulantního internisty nejčastěji souvisí s běžně užívanou medikací pro léčbu srdečního selhání a hypertenze, hypokalemii mohou vyvolat kličková i thiazidová diuretika, hyperkalemii antagonisté mineralkortikoidních receptorů i blokátory renin-angiotenzin-aldosteronového systému. Sérová hladina draslíku je také ovlivněna funkcí ledvin i odchylkami acidobazické rovnováhy. Pro diferenciální diagnostiku jejich odchylek musíme tedy znát nejen hladinu draslíku v séru, ale také jeho odpady do moči, hodnotu glomerulární filtrace a pH. Kromě nejběžnějších příčin poruch sérové hladiny draslíku jako jsou vliv medikace a porucha funkce ledvin musí internista zvažovat také primární hyperaldosteronismus u pacienta s hypertenzí a současně přítomnou hypokalemií, širší diferenciální diagnostika laboratorních odchylek hladin sodíku a draslíku zahrnuje i další možné endokrinní poruchy.



„Kvalita
přednášky
často závisí na
kvalitě kávy.“

Viktor Frankl
lékař a filozof

Užijte si
čas přednášek
s kávou od
SOLENU

SOLENU MEDICAL EDUCATION

Glifloziny napříč internou

prof. MUDr. David Karásek, Ph.D.

pátek / 15. března 2024 / 9.00–10.40

Glifloziny a ledviny

prof. MUDr. Karel Krejčí, Ph.D.

III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická, Olomouc

Chronické onemocnění ledvin (CKD) představuje rostoucí zdravotní problém, jehož prevalence se v posledních desetiletích alarmujícím způsobem zvyšuje a dosahuje celosvětově 10–11%. Současné prognózy naznačují, že CKD se do roku 2040 stane pátou nejčastější příčinou předčasných úmrtí, což podtrhuje naléhavou potřebu nových terapeutických přístupů. Jedním z nich je i aplikace nových léků, které zabraňují progresi CKD, zejména inhibitorů zpětné resorpce glukózy a sodíku v proximálním tubulu (SGLT2i), gliflozinů.

Tyto léky byly původně vyvinuty pro léčbu diabetu mellitu, byl však prokázán m. j. i jejich výrazný nefroprotektivní efekt. Cílem sdělení bude zhodnocení mechanismu působení SGLT2i na ledviny, které v konečném důsledku vede k příznivému ovlivnění intrarenální hemodynamiky a poklesu glomerulární hypertenze. Ta představuje důležitý rizikový faktor, který stojí za progresí CKD u řady nefrologických onemocnění. Diskutovány budou rovněž výsledky nejvýznamnějších studií zabývajících se nefroprotektivními účinky gliflozinů. Zhodnoceno bude zejména dosažení primárních a sekundárních cílů těchto studií, především ve vztahu k renálním cílům, jako je ovlivnění poklesu eGFR, rozvoje ESKD nebo úmrtí z renálních příčin či celkové mortality. Prezentovány budou také výsledky nejvýznamnějších subanalýz studijních dat. Zhodnocen bude také bezpečnostní profil podávání SGLT2i a případná rizika spojená s jejich podáváním v podobě významná hypoglykemie, diabetické ketoacidózy či amputace dolních končetin.

Existují aktuálně platná doporučení odborných společností pro podávání těchto medikamentů a jejich místo v současné nefroprotektivní medikaci jak u pacientů s diabetem mellitem 2. typu tak obecně u pacientů s CKD. V této souvislosti budou zmíněna zejména doporučená indikační kritéria podávání SGLT2i v závislosti na hodnotě eGFR, velikosti albuminurie a přítomnosti či absenci diabetu mellitu. Poukázáno bude rovněž na parametry efektu gliflozinů u různých skupin nefrologických pacientů v závislosti na základním renálním onemocnění. Zdůrazněny budou i úhradové podmínky preskripce t.č. jediného gliflozinu schváleného k podání z renální indikace u diabetiků 2. typu nebo pacientů s CKD. V neposlední řadě budou zmíněny aktuálně probíhající studie s glifloziny v indikaci DM 1. typu, lupusové nefritidy či u pacientů s ESRD a po transplantaci ledviny včetně akutní rejekce ledvinného štěpu.

Výsledky studií s SGLT2i byly průlomové z hlediska nových možností snížení rizika renálních příhod, kardiovaskulárních příhod a úmrtí a to jak u diabetiků, tak i u nemocných bez DM. SGLT2i by měly být součástí medikace u všech diabetiků 2. typu s CKD nezávisle na hladině HbA_{1c} a hodnotě albuminurie, stejně jako u ostatních pacientů s CKD.

Aktuality do vaší ordinace

pátek / 15. března 2024 / 11.10–12.00

Střevní mikrobiota, imunitní regulace a možnosti jejich ovlivnění prof. MUDr. Vojtěch Thon, Ph.D.

RECETOX MU a AKIMED, Brno

Gastrointestinální trakt představuje nejrozsáhlejší a nejdynamičtější rozhraní mezi naším imunitním systémem a mikroorganismy, a to jak patogenními, tak symbiotickými. Střevo je osídleno vysokým počtem komenzálních mikroorganismů, které tvoří střevní mikrobiotu a žijí v důmyslné rovnováze s hostitelem. Člověk se od početí a od narození vyvíjí a postupně stává superorganismem.

Mikrobiota je zásadní pro člověka a jeho fyziologické metabolické procesy. Změny v jejím složení se podílejí na patogenezi metabolických a autoimunitních poruch. Aberantní imunitní reakce se může podílet na vývoji zánětlivých onemocnění střev, na potravinové alergii i na rozvoji celiakie. Strava a životní styl, léky a toxická expozice, souhrnně vyjádřeno expozom, vedou k interindividuálním rozdílům, které mohou vysvětlit rozdílné reakce na podobné patogenní podněty a různou náchylnost k metabolickým a autoimunitním onemocněním. Proto je v praxi důležité odlišit neutrofilní a eosinofilní formu zánětu.

Stimulace sliznice střeva mikrobiotou a jejími metabolity, včetně butyrátu, vede k rozvoji slizniční imunitní odpovědi a jejím regulacím. To se týká podstatným způsobem také regulace zánětlivé odpovědi. Cílené zaměření k nastolení homeostázy a diversity mikrobioty a jejím regulačním metabolitům, včetně probiotické podpory, se stává významným podpůrným činitelem v rámci komplexní léčby i prevence zánětlivých onemocnění a jejich komplikací.

Vliv střevní mikrobioty, resp. jejích metabolitů (butyrát) na integritu střevní sliznice. Výhody biofilmových probiotik

Hana Vagnerová

FAVEA Plus, a. s., Praha

favea
plus pro vaše zdraví

Prezentace se zaměřuje na využití probiotických metabolitů, zejména krátkořetězcových mastných kyselin. Významné postavení mezi těmito kyselinami zaujímá butyrát – sůl kyseliny máselné, která je produkována řadou střevních bakterií. Moderní analytické metody potvrdily, že snížený obsah bakterií produkujících butyrát a samotná snížená koncentrace butyrátu ve střevě přímo koreluje se zvýšeným výskytem diabetu nebo idiopatických střevních zánětů. Vhodná forma doplnění butyrátu může představovat jeden z nadějných směrů při suplementaci těchto pacientů.

Užívání probiotik se stává neodmyslitelným při antibiotické terapii. Biofilmová probiotika představují novou generaci probiotik se zvýšenou odolností vůči antibiotikům, čímž je zvýšena úspěšnost jejich průchodu do tenkého i tlustého střeva. V přednášce bude představen Probiolact, český výrobek chráněný patentem.

Probiotická suplementace představuje v dnešní době neodmyslitelnou součást doplňkové terapie u pacientů s různými diagnózami. Zdravá orální mikroflóra představuje společně s funkční slizniční imunitou základní ochrannou bariéru proti bakteriálním, kvasinkovým a virovým infekcím dutiny ústní, nosohltanu a středouší. Vhodně zvolená suplementace probiotickým kmenem *S. salivarius* obsaženým v přípravku Bactoral signifikantně napomůže k obnově protektivní kolonizace dutiny ústní, mandlí, nosohltanu a středouší. Protektivní účinek patentované kultury *S. salivarius* ve vztahu k opakovaným otitidám, tonsilitidám a faryngitidám byl opakovaně prokázán řadou klinických studií.



Prispějte
na dobrou věc!

Vraťte, prosím, při odchodu z této akce visačku.

Za každou visačku
věnuje Solen 10 Kč

na provoz Dětského centra Topolany.
Vrácené visačky jsou recyklovány
a opět použity.

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

V roce 2023 jsme díky vám přispěli
částkou 30 000 Kč



POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONFERENCE

GENERÁLNÍ
PARTNER



HLAVNÍ PARTNER



PARTNEŘI



MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



blokurima

GYNIMUN[®]
INTIMNÍ PARTNER



**2G - MANÓZY
BAKTERIÁLNÍ LYZÁTY**



VAGINÁLNÍ LAKTOBACILY

**ZÁKLADNÍ KAMENY SVĚTOVÝCH
DOPORUČENÝCH POSTUPŮ**

