



**2. kongres
diabetologie
pro praxi**

12. 2. 2025
PARKHOTEL
PLZEŇ

ABSTRAKTA

2. DIABETOLOGIE PRO PRAXI

12. února 2025

PARKHOTEL CONGRESS CENTER PLZEŇ

Společnost SOLEN, s. r. o.

 **SOLEN**
let s vámi

**JARDIANCE® chrání
dospělé pacienty snížením rizika:**

- CKD** – progresse onemocnění ledvin nebo KV úmrtí¹
- HF** – hospitalizace pro HF nebo KV úmrtí^{2,3}
- DM2+KVO** – KV úmrtí⁴



NOVÉ
PRO LÉČBU
CKD⁵

POZNÁMKY

† Randomizovaná, dvojitě zasklepná, placebem kontrolovaná studie EMPA-KIDNEY se paralelními skupinami s populací 6 609 pacientů s CKD hodnota účinnosti a bezpečnosti JARDIANCE 10mg ve srovnání s placebem. Primárním cílovým parametrem ve studii EMPA-KIDNEY bylo kompozitum KV úmrtí nebo progresse onemocnění ledvin. U pacientů léčených přípravkem JARDIANCE došlo k 28% RRR pro tento cílový parametr (HR = 0,72; 95% CI = 0,64 - 0,82; p < 0,001).²

‡ Randomizovaná, dvojitě zasklepná, placebem kontrolovaná studie EMPEROR-Reduced s populací 3 730 dospělých pacientů s symptomatickým chronickým srdečním selháním a sníženou eJekční frakcí (EF LK ≤ 40 %). Primárním cílovým parametrem ve studii EMPEROR-Reduced bylo kompozitum KV úmrtí nebo HF hospitalizace jako doba do první příhody. U pacientů léčených přípravkem JARDIANCE došlo k 25% RRR pro tento cílový parametr (HR = 0,75; 95% CI = 0,65 - 0,86; p < 0,001).³ Randomizovaná, dvojitě zasklepná, placebem kontrolovaná studie EMPEROR-Preserved s paralelními skupinami s populací 5 980 dospělých pacientů se symptomatickým a chronickým srdečním selháním a zachovanou eJekční frakcí (EF LK > 40 %). Primárním cílovým parametrem ve studii EMPEROR-Preserved bylo kompozitum KV úmrtí nebo HF hospitalizace jako doba do první příhody. U pacientů léčených přípravkem JARDIANCE došlo k 21% RRR pro tento cílový parametr (HR = 0,79; 95% CI = 0,69 - 0,90; p < 0,001).²

§ Primárním kompozitním cílovým parametrem ve studii EMPA-REG OUTCOME byl 3bodový ukazatel MACE definovaný jako doba do KV úmrtí, nefatálního infarktu myokardu nebo nefatální cévní mozkové příhody podle analýzy společné skupiny užívající JARDIANCE ve srovnání s placebem. Pacienti byli dospělí s nedostatečnou kompenzací DM2 a s ICHS, ICHDK nebo po IM či cévní mozkové příhodě. 14% RRR pro 3bodový ukazatel MACE (HR = 0,86; 95% CI = 0,74 - 0,99; p = 0,04 pro superintuitivní) byl zejména tvorbou snížením rizika KV úmrtí (HR = 0,62; 95% CI = 0,49 - 0,77).⁴

ZKRATKY

ICHS – ischemická choroba srdeční; **CI** – interval spolehlivosti; **CKD** – chronické onemocnění ledvin; **KV** – kardiovaskulární; **KVO** – kardiovaskulární onemocnění; **HF** – srdeční selhání; **HmHF** – srdeční selhání s mírně sníženou eJekční frakcí; **HfHF** – srdeční selhání se zachovanou eJekční frakcí; **HFHF** – srdeční selhání se sníženou eJekční frakcí; **HFH** – hospitalizace pro srdeční selhání; **HR** – poměr rizik; **EF LK** – eJekční frakce levé srdeční komory; **MACE** – velká nečíslová kardiovaskulární příhoda; **IM** – infarkt myokardu; **ICHDK** – ischemická choroba dolních končetin; **RRR** – snížení relativního rizika; **DM2** – diabetes 2. typu.

REFERENCE

- Herrington WG et al. Empagliflozin in patients with chronic kidney disease. N Engl J Med. 2023;388(2):117-127. 2. Packer M et al. Cardiovascular and renal outcomes with empagliflozin in heart failure. N Engl J Med. 2020;383(15):1413-1424
- Anker SD et al. Empagliflozin in heart failure with a preserved ejection fraction. N Engl J Med. 2021;385(16):1451-1461. 4. Zinman B et al. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2015;373(22):2117-2128. 5. Souhrn údajů o přípravku JARDIANCE. Ingelheim am Rhein, Německo: Boehringer Ingelheim International GmbH; prosinec 2023 (dostupné na www.suk.cz)

Zkrácená informace o léčivém přípravku Jardiance 10mg potahované tablety

Složení: Jardiance 10mg: jedna tableta obsahuje empagliflozinum 10mg. **Indikace:** K léčbě diabetes mellitus II. typu ke zlepšení kontroly glykémie u dospělých a dětí ve věku 10 let a starších s nedostatečnou kompenzací diabetu samotnou dietou a tělesným cvičením; jako monoterapie pokud je metformin nevhodný z důvodu nesnášenlivosti; v kombinaci s jinými léčivými přípravky ke snížení hladiny glukózy, včetně kombinace s inzulinem. K léčbě dospělých se symptomatickým chronickým srdečním selháním. *K léčbě dospělých s chronickým onemocněním ledvin. **Dávkování a způsob podávání:** Diabetes mellitus II. typu: počáteční dávka empagliflozinu je 10mg jednou denně v monoterapii nebo v kombinované terapii. U pacientů, kteří tolerují empagliflozin v dávce 10mg jednou denně, kteří mají eGFR ≥ 60 ml/min/1,73 m² a potřebují přísnější kontrolu glykémie, lze dávku zvýšit na 25mg jednou denně. Maximální denní dávka je 25mg. U dětí se eGFR < 60 ml/min/1,73 m² a u dětí ve věku do 10 let nejsou dostupné žádné údaje. **Srdeční selhání:** doporučená dávka je 10mg empagliflozinu jednou denně. *Chronické onemocnění ledvin: doporučená dávka je 10mg empagliflozinu jednou denně. Nedoporučuje se zahajovat léčbu u pacientů se eGFR < 20 ml/min/1,73 m². U pacientů s diabetem 2. typu se účinek empagliflozinu na snížení glykémie u pacientů s hodnotou eGFR < 45 ml/min/1,73 m² snižuje a u pacientů s hodnotou eGFR < 30 ml/min/1,73 m² pravděpodobně mizí zcela. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** U pacientů, u kterých existuje podezření na ketoacidózu nebo u kterých byla ketoacidóza diagnostikována, je nutné léčbu empagliflozinem okamžitě ukončit. Léčbu je třeba přerušit u pacientů, kteří jsou hospitalizováni z důvodu velkých chirurgických výkonů nebo akutního závažného zdravotního stavu. Před zahájením léčby empagliflozinem je třeba v pacientově anamnéze zvažovat faktory s predispozicí k diabetické ketoacidóze. Empagliflozin se nemá používat u pacientů s diabetem I. typu. Pacienti ve věku 75 let a starší mohou mít vyšší riziko hypovolemie. Tablety obsahují laktózu, proto pacienti s intolerancí galaktózy, vrozeným deficitem laktázy nebo malabsorpcí laktózy a galaktózy, by tento přípravek neměli užívat. U pacientů ženského i mužského pohlaví s diabetem mellitus užívajících inhibitory SGLT2 byly hlášeny případy nekrotizující fasciitidy perinea (Fournierova gangréna). V případě podezření na Fournierovu gangrénu je třeba přípravek Jardiance vysadit a rychle zahájit léčbu. **Interakce:** Empagliflozin může zvýšit diuretický efekt thiazidových a kličkových diuretik a může zvyšovat riziko dehydratace a hypotenze. Pokud je empagliflozin podáván v kombinaci s inzulinem nebo inzulinovým sekretogem, lze z důvodu snížení rizika vzniku hypoglykémie zvažít nižší dávku inzulinu nebo inzulinového sekretogem. Studie interakcí byly provedeny pouze u dospělých. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášenými nežádoucími příhodami v klinických hodnoceních na diabetes mellitus II. typu byly hypoglykemie (při kombinované léčbě s derivátem sulfonylurey nebo inzulinem). *Nejčastějším nežádoucím účinkem léčiva u dětí byla hypoglykemie. Celkové a jiné bezpečnostní profily u dětí podobný bezpečnostní profil u dospělých s onemocněním diabetes mellitus II. typu. U dospělých se dále vyskytovala vaginální monilíaza, vulvovaginitida, balanitida a jiné infekce genitálu, infekce močových cest, zívání, pruritus, časté močení; hypovolemie, dysurie; zvýšená hladina kreatininu v krvi/snížená glomerulární filtrace, zvýšený hematokrit, zvýšené sérové lipidy; a vzácné diabetické ketoacidózy. Nejčastěji hlášenými nežádoucími příhodami v klinických hodnoceních u srdečního selhání byla hypovolemie; dále zácpa, angioedém. Přítomnost Diabetes mellitus II. typu zvyšovala frekvenci nežádoucích účinků u pacientů se srdečním selháním. *Nejčastějším nežádoucím účinkem v klinických hodnoceních u chronického onemocnění ledvin byla dna a akutní selhání ledvin, které byly hlášeny častěji u pacientů, kteří dostávali placebo. Celkový bezpečnostní profil empagliflozinu byl obecně v rámci hodnocení indikací konzistentní. **Těhotenství a kojení:** Podávání přípravku Jardiance v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. Přípravek Jardiance se během kojení nemá podávat. **Balení, výmě a uchování:** Jednodávkové PVC/Al blistry v krabičce obsahující 28x1, 30x1, 90x1 nebo 100x1 potahovaných tablet. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Tento léčivý přípravek nevychází žádné zvláštní podmínky uchování. **Registrační čísla:** EU/1/14/930/013 – 28 tbl (10 mg), EU/1/14/930/014 – 30 tbl (10 mg), EU/1/14/930/017 – 90 tbl (10 mg), EU/1/14/930/018 – 100 tbl (10 mg). **Datum posledního revize textu:** 7. 12. 2023. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Str. 173, D 55216 Ingelheim am Rhein, Německo.

*Všimněte si, prosím, změny v informacích o léčivém přípravku

PC-CZ-103021

2. DIABETOLOGIE PRO PRAXI / středa 12. 2. 2025

- 9.00 ZAHÁJENÍ KONGRESU**
- 9.05–10.20 DIABETES MELLITUS A TĚHOTENSTVÍ**
 Odborní garanti: prof. MUDr. Zdeněk Rušavý, Ph.D., as. MUDr. Vladimír Korečko, Ph.D.
- **Pohled diabetologa** – Čechurová D. (20 + 5 min)
 - **Pohled gynekologa** – Korečko V. (20 + 5 min)
 - **Očkování v těhotenství – dotazníková studie v Plzeňském kraji** – Pazdiora P. (20 + 5 min)
- 10.20–10.50 SATELITNÍ SYMPOZIUM SPOLEČNOSTI BOEHRINGER INGELHEIM S. R. O.**
- **Komu čím prospějeme** – MUDr. Tereza Didičová
- 10.50–11.20 PŘESTÁVKA**
- 11.20–12.25 DIABETES MELLITUS A CHIRURGIE**
 Odborní garanti: prof. MUDr. Jiří Moláček, Ph.D., MUDr. Viktor Zlocha
- **Specifika operace srdce u pacientů s diabetem** – Zlocha V. (20 + 5 min)
 - **Chirurgická intervence u diabetického pacienta s ICHDK** – Moláček J. (20 + 5 min)
 - **Perioperační léčba DM** – Krčma M. (20 + 5 min)
- 12.35–12.40 Možnosti POCT diagnostiky v diabetologické ambulanci – Neužilová M.**
Přednáška podpořená společností Aidian Oy
- 12.40–12.50 Možnosti lázeňské léčby u diabetu – Kamenec R.**
Přednáška podpořená společností Léčebné lázně Jáchymov a. s.
- 12.50–13.50 PŘESTÁVKA NA OBĚD**
- 13.50–15.05 DIABETES MELLITUS A POSUDKOVÁ ČINNOST**
 Odborní garanti: MUDr. Bc. Petra Sládková, Ph.D., MUDr. Jan Brož, Ph.D.
- **Pacient s diabetem a řízení motorového vozidla** – Brož J. (20 + 5 min)
 - **Posudková činnost v diabetologii, invalidita** – Sládková P. (20 + 5 min)
 - **Posudková činnost u diabetika z pohledu ergoterapeuta, příspěvek na péči** – Svěčená K. (20 + 5 min)
- 15.05–15.20 Kanagliflozin v diabetologické praxi – Szabó M.**
Přednáška podpořená společností Berlin-Chemie/A.Menarini Česka republika s. r. o.
- 15.20–15.35 Být či nebýt, to je oč tu běží! – Mareš J.**
Přednáška podpořená společností AstraZeneca Czech Republic s. r. o.
- 15.35–16.05 PŘESTÁVKA**
- 16.05–17.15 KAZUISTIKY Z PRAXE**
 Odborní garanti: MUDr. Jitka Síkorová, MUDr. Michal Krčma, Ph.D.
- **Co může odhalit diagnostický senzor u výborně kompenzovaného 80letého pacienta s DM 2. typu?** – Breburdová M. (15 + 5 min)
 - **Když nezaberou antibiotika na bolest krku** – Síkorová J. (15 + 5 min)
 - **S bolestmi kloubů k endokrinologovi?** – Krčma M. (25 + 5 min)
- 17.15 LOSOVÁNÍ ANKETY, ZÁVĚR KONGRESU**

Diabetes mellitus a těhotenství

Odborní garanti: prof. MUDr. Zdeněk Rušavý, Ph.D.,

as. MUDr. Vladimír Korečko, Ph.D.

středa / 12. 2. 2025 / 9.05–10.20

Diabetes mellitus a těhotenství, pohled diabetologa

MUDr. Daniela Čechurová

Diabetologické centrum, I. interní klinika
FN Plzeň

Diabetes mellitus (DM) v souvislosti s graviditou dělíme na gestační DM (prvně diagnostikovaný v graviditě) a pregestační DM (všechny formy DM přítomné již před těhotenstvím + pre-diabetes). Incidence DM v těhotenství se zvyšuje. Dle dat z ÚZIS (r. 2012–2022) a dat z retrospektivní multicentrické studie (r. 2009–2023) přítomný pregestační DM (DM 1. a DM 2. typu) nadále několikanásobně zvyšuje výskyt komplikací v graviditě a při porodu (včetně mrtvorozenosti). Na druhé straně studie ukazují, že plánování gravidity, prekoncepční péče vede k lepší kompenzaci DM a snižuje výskyt velkých vývojových vad, předčasných porodů, porodů novorozenců s nízkou porodní hmotností (SGA), potřebu péče na neonatální JIP i perinatální úmrtnost. Před plánováním gravidity u motivovaných pacientek s nadváhou a obezitou s krátkou dobou trvání DM 2. typu lze významnější redukci hmotnosti dosáhnout i remisi DM. V době prekoncepční péče i v době gravidity základem je úprava režimových opatření (stravování, pravidelná přiměřená pohybová aktivita) s cílem co nejvíce času strávit v požadovaném rozmezí glykemie,

s nízkou variabilitou glykemie, nízkým výskytem hypoglykemie, s dosažením přiměřeného přírůstku hmotnosti v těhotenství. Dále je nutná úprava farmakoterapie DM, ev. obezity, arteriální hypertenze či tyreopatie. U DM 1. typu využíváme možností technologií (senzory, hybridní inzulinové pumpy). Klíčová je multioborová spolupráce v péči o těhotnou ženu s DM.

Diabetes mellitus a těhotenství, pohled gynekologa

as. MUDr. Vladimír Korečko, Ph.D.

Gynekologicko-porodnická klinika FN Plzeň,
LF UK
FZS ZČU, Plzeň

Přednáška pojednává o výskytu diabetu v graviditě z pohledu gynekologa-porodníka. Zabývá se současnou incidencí diabetu i zvýšeným výskytem rizikových faktorů u současné populace těhotných. Vysvětlen vliv těhotenských hormonů na rozvoj a etiopatogenezi gestačního diabetu. Poukázáno na vliv samotné gravidity na průběh pregestačního diabetu v těhotenství a nutnost úzké spolupráce diabetologa a porodníka v managementu rizikové gravidity. Probrány role diabetu v rozvoji závažných těhotenských komplikací, jak včetně diabetické embryopatie a fetopatie, tak i poporodních komplikací u novorozence vázaných na mateřský diabetes.

Vysvětleny aktuálně platné doporučené postupy České gynekologicko-porodnické společnosti stran screeningu a managementu diabetu v těhotenství. V závěru přednášky upozorněno na dlouhodobé rizika rozvoje diabetu u žen po prodělání gestačního diabetu v průběhu gravidity, tak i dlouhodobé rizika rozvoje diabetu u potomstva z rizikové gravidity na podkladě epigenetických jevů.

Očkování v těhotenství – dotazníková studie v Plzeňském kraji

prof. MUDr. Petr Pazdiora, CSc.,

MUDr. Hana Jelínková

Ústav epidemiologie LF v Plzni

Očkování v těhotenství je důležitým preventivním opatřením nejen pro těhotné ženy, ale i pro jejich děti. Zatímco ve vyspělých zemích je této prevenci řadu let věnována značná pozornost a je publikována řada dat o vysoké proočkovanosti proti respiračním infekcím, v ČR je tato problematika zmiňována jen okrajově. Pokusili jsem se získat orientační údaje na základě dotazníkové studie prováděné v porodnicích Plzeňského kraje v období říjen–prosinec 2024.

Metody: Na odděleních šestinedělí v domazlické a klatovské nemocnici a Fakultní nemocnici v Plzni byly rodičkám po porodu pře-

dávány anonymní dotazníky v tištěné podobě. Po ukončení jednotlivých měsíců studie byly údaje přeneseny do databáze EPI-Info a následně analyzovány. Vybrané výsledky analýz byly porovnány se zahraničními publikacemi.

Výsledky: V období říjen–listopad 2024 (údaje za prosinec vč. dat týkajících se diabetiček budou uvedeny až v přednášce) bylo z těchto 3 pracovišť získáno 229 dotazníků (návratnost 41,3 %). Z celkového počtu respondentek bylo proti pertusi očkováno 26,2 % žen, proti infekci RSV 0,4 %; žádná z žen nebyla během těhotenství očkována proti covidu-19 a chřipce. Nejvyšší proočkovanost proti černému kašli udávaly těhotné s vysokoškolským vzděláním; nejvyšší proočkovanost byla zjištěna u žen ve věkové skupině 30–39 let. Očkování proti pertusi bylo doporučeno 47,6 % těhotných, vakcinace proti chřipce byla doporučena u 4,8 %, proti covidu-19 u 2,2 % a proti infekci RSV u 1,7 % žen. Nejčastějším doporučujícím zdravotníkem byl gynekolog. Proočkovanost alespoň jednou z očkovacích látek se významně lišila u žen po doporučení a bez doporučení očkování.

Závěr: Dotazníkovou studií byla zjištěna velmi nízká proočkovanost těhotných žen s výjimkou očkování proti pertusi, i toto je při porovnání s vyspělými zeměmi využíváno nedostatečně. Bez zvýšení osvěty zdravotnických pracovníků, ale i budoucích rodiček nelze počítat se zlepšením situace.

Diabetes mellitus a chirurgie

Odborní garanti: prof. MUDr. Jiří Moláček, Ph.D., MUDr. Viktor Zlocha
středa / 12. 2. 2025 / 11.20–12.25

Specifika operace srdce u pacientů s diabetem

MUDr. Viktor Zlocha

Kardiochirurgické oddělení,
Fakultní nemocnice Plzeň

Onemocnění srdce a cév jsou u pacientů s diabetem častější než u běžné populace. Infarkt prodělají 3x častěji a mrtvici dokonce 4x častěji než lidé bez poruch regulace krevního cukru.

V přípravě na operaci srdce je důležité u našich pacientů kontrolovat jak aktuální hladinu cukru v krvi, tak zejména hodnoty glykovaného hemoglobinu. Zvýšený HbA1c je významným prediktorem komplikace hojení operačních ran obecně a totéž platí v kardiochirurgii.

V předoperačním vyšetření koronárních tepen – koronarografii nacházíme typický vzor periferního a difuzního postižení cév, který často znemožňuje efektivní revaskularizaci srdce. DM je také jedním z důležitých rizikových faktorů ve skórovacích systémech predikce mortality, například EUROSCORE.

Během operace i v pooperačním období pečlivě monitorujeme hladinu cukru v krvi našich pacientů a většinu diabetiků převádíme na inzulín. V mnoha případech se používá sliding scale.

Minimálně invazivní výkony jsou stále častěji využívány také v kardiochirurgii a zejména pacienti s DM z toho významně profitují.

V pooperačním období převádíme naše diabetiky zpět na jejich chronickou medikaci a doporučujeme jim pokračovat v jejich rehabilitaci v lázních, kam směřují ve většině případů přímo z lůžka KCH oddělení.

Součástí této prezentace jsou také snímky z operací srdce specifické pro pacienty s DM.

Chirurgická intervence u diabetického pacienta s ICHDK

prof. MUDr. Jiří Moláček, Ph.D.,
doc. MUDr. Bohuslav Čertík, Ph.D.,
MUDr. Richard Šulc,
MUDr. Karel Houdek, Ph.D.,
MUDr. Václav Opatrný Ph.D.,
MUDr. Ivan Říha

Chirurgická klinika Fakultní nemocnice v Plzni

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

Diabetes mellitus a posudková činnost

Odborní garanti: MUDr. Bc. Petra Sládková, Ph.D.,

MUDr. Jan Brož, Ph.D.

středa / 12. 2. 2025 / 13.50–15.05

Pacient s diabetem a řízení motorového vozidla

MUDr. Jan Brož, Ph.D.

Interní klinika FN Motol a 2. LF UK, Praha

Onemocnění diabetes mellitus je jedním z těch, které mohou vést ke ztrátě způsobilosti k držení řidičského průkazu. K této ztrátě může obecně dojít na základě proběhlé těžké hypoglykemie (nutnost pomoci další osobou) v bdělém stavu, po které je vždy nutné vždy lékařské posouzení. Taktéž v případě syndromu zhoršeného rozpoznávání hypoglykemie spojeného se dvěma jakýmkoliv hypoglykemiemi v bdělém stavu. Kontrola zdravotního stavu se provádí každé 3 roky.

Přísnější situace je u řidičů profesionálů, kde probíhá kontrola každý rok a takový řidič, kromě výše uvedených bodů, nesmí prodělat těžkou hypoglykemií v posledních 12 měsících, a to jak bdělém stavu, tak i ve spánku. Kontrola zdravotního stavu se provádí každoročně. Řidič profesionál musí prokázat provádění měření glykemie minimálně 2x denně a během jízdy. U profesionálů i neprofanálů je možné způsobilost odebrat i při těžkých orgánových komplikacích spojených s diabetem.

Posudková činnost v diabetologii, invalidita

MUDr. Bc. Petra Sládková, Ph.D.

Klinika rehabilitace FBMI ČVUT a FNB, Praha

Posudková činnost vyžaduje mezioborovou spolupráci napříč zdravotně-sociální sférou.

V systému sociálního zabezpečení se obecně hodnotí stupeň disability, pokles funkčních schopností. Disability se chápe jako snížení funkčních schopností na úrovni těla jedince nebo společnosti, která vzniká, když se zdravotní stav konfrontuje s bariérami prostředí.

Při posuzování snížené pracovní schopnosti pro účely posouzení stupně invalidity se hodnotí pokles pracovní schopnosti. Posudkový lékař se musí řídit aktuálně platnou legislativou a jeho posudek slouží jako podklad pro vydání rozhodnutí o přiznání stupně invalidity příslušným orgánem (ČSSZ – Česká správa sociálního zabezpečení).

Klíčové je posouzení dlouhodobě nepřiznivého zdravotního stavu, který je chápán jako stav, jenž, podle poznatků lékařské vědy, trvá déle než jeden rok nebo existuje reálný předpoklad, že bude trvat déle než jeden rok a podstatně omezuje psychické, fyzické nebo smyslové schopnosti.

Zásadní právní dokument týkající se stanovení procentní míry poklesu pracovní schopnosti a obsahující informace o náležitosti posudku o invaliditě je Vyhláška č. 359/2009 Sb.

Posudkový lékař je sice spíše úředníkem, ale stále zůstává lékařem, který posuzuje zdravotní stav, resp. jeho dopad na pracovní schopnost. Musí se umět vypořádat s důsledky nejen krátkodobého působení nemoci (DPN – dočasná pracovní neschopnost), ale i dlouhodobého působení na pracovní schopnost, v případě invalidního důchodu.

Bude demonstrována metodika posuzování invalidity u dospělých osob s diabetem.

Posudková činnost u diabetika z pohledu ergoterapeuta, příspěvek na péči

Mgr. Kateřina Svěcená, Ph.D.

Fakulta zdravotnických studií
Západočeské univerzity v Plzni
Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty
Univerzity Karlovy
a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Nově od roku 2023 jsou do posudkové činnosti zavzaty i vybrané nelékařské zdravotnické profese na pozici odborného nelékařského zdravotnického pracovníka (ONZP). Tito pracovníci hodnotí nárok získání příspěvku na péči, získání

průkazu TP, ZTP a ZTP/P a nárok na získání příspěvku na zvláštní pomůcku.

Odborní nelékařští pracovníci hodnotí schopnost funkčních schopností posuzovaného, jeho limity a funkční zdraví provádět každodenní aktivity všedního dne. Příspěvek na péči patří, mezi tzv. nepojistné systémy. Získání příspěvku na péči je primárně určeno pro pečující osobu, která pomůže člověku s disabilitou zajistit provádění aktivit – neboli základních životních potřeb, které posuzovaná osoba nevládá.

Celkově se hodnotí deset základních životních potřeb (ZŽP), mezi které patří mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouování, výkon fyziologické potřeby, osobní hygiena, péče o zdraví, péče o domácnost, osobní aktivity. ONZP hodnotí, jak dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav ovlivňuje provádění těchto ZŽP a na základě množství nezvládnání výše uvedených aktivit ONZP stanoví výši příspěvku na péči.

Příspěvek na péči má 4 stupně, a to jak pro dítě, tak dospělého člověka. V současné době existuje i stupeň pátý, který může získat posuzovaný člověk, který žije ve svém přirozeném domácím prostředí, nikoli v ústavní či nemocniční péči.

Příspěvek představí možnosti získání příspěvku na péči u diabetika a možnosti omezení u jednotlivých základních životních potřeb, a to jak u dítěte, tak u dospělého jedince.

Kanagliflozin v diabetologické praxi

MUDr. Marcela Szabó

středa / 12. 2. 2025 / 15.05–15.20

(Přednáška podpořená společností Berlin-Chemie/A.Menarini Ceska republika s. r. o.)

Glifloziny jsou skupinou antidiabetik, které jsou v diabetologických praxích předepisovány velmi často nejen pro svůj vliv na kompenzaci diabetu, ale také pro veškeré své ostatní benefity. Těmi jsou především vliv na redukci hmotnosti, kardioprotektivita, nefroprotektivita a další. Díky těmto efektům vedou ke snížení rizika vzniku a postupu jak mikrovaskulárních, tak makrovaskulárních komplikací diabetu 2. typu, čímž dávají pacientovi s diabetem šanci na delší a plnohodnotný život, který se jak svou délkou, tak svou kvalitou, blíží životu osob bez cukrovky.

V současné době máme v České republice možnost vybrat si z několika preparátů gliflozinů. Pouze jeden z nich lze však předepsat v několika silách, a tím je kanagliflozin. K dispozici je terapie preparátem Invokana 100 mg denně nebo Invokana 300 mg denně, přičemž obě dávky mají stejnou úhradu z veřejného zdravotního pojištění. Lékaři někdy váhají, u kterého pacienta zvolit Invokana 100 mg/den vs. 300 mg/den. V následujícím sdělení jsem vybrala 2 pacienty ze své praxe, kteří jsou úspěšně léčeni dávkou kanagliflozinu 300 mg denně.

Kazustika č. 1. Pacient muž r. 1968 onemocněl DM2T r. 2009 ve věku 41 let. V anamnéze je dále arteriální hypertenze, dyslipidemie, stp. 3x operaci močových cest v dětství, stp. nefrectomie l. sín. pro svrstělou ledvinu v 7 letech věku. Byl léčen metforminem, sitagliptinem, ertugliflozi-

nem, gliclazidem. R. 2024 závažná dekompenzace DM2T (glykemie nalačno 15,1 mmol/l; HbA_{1c} 104 mmol/mol; kreatinin 75 umol/l; EPI 1,64 ml/s; oční pozadí bez dia změn; BMI 27,4 kg/m²) se změnou léčby na: Invokana 300 mg 1-0-0 + Glucophage XR 1000 mg 1-0-1 + Gliclazid 30 mg 1-0-0. Po půl roce výrazné zlepšení (glykemie nalačno 9,8 mmol/l; HbA_{1c} 70 mmol/mol; kreatinin 88 umol/l; EPI 1,42 ml/s; nejsou hypoglykemie (nejnižší glykemie 5,6; profil 8,2–9,4–7,4–8,8–6,9–7,5 mmol/l; BMI 27,4 kg/m²).

Kazustika č. 2. Pacient muž r. 1968 onemocněl DM2T r. 2023 ve věku 55 let. Pro subjektivní potíže (sucho v ústech, žízeň, časté močení) v ordinaci praktického lékaře provedena glykemie 22 mmol/l nalačno. Jelikož se jednalo o recentně zjištěnou cukrovku, PL pacienta odeslal k hospitalizaci do fakultní nemocnice. V anamnéze je arteriální hypertenze, dyslipidemie, steatofibróza jater, obezita (hmotnost 145 kg; výška 190 cm; BMI 40,2 kg/m²). V nemocnici HbA_{1c} 108 mmol/mol; C-peptid nalačno 1 538 pmol/l. Z nemocnice propuštěn s léčbou Tresiba 36 j ráno + Stadamet 1 g 1-0-1 s níž přichází do mé ambulance. Zde provedena opakovaná edukace o režimu (dieta, pohyb); vysazen inzulin Tresiba 36j ráno bez náhrady; ponechán Stadamet 1 g 1-0-1. Léčba samotným metforminem byla rok úspěšná. Pak stav komplikuje úraz, který si vyžádal ležící režim. Hmotnost zvýšena

na 155 kg (+14 kg; BMI 42,9 kg/m²); glykemie nalačno 17,9 mmol/l; HbA_{1c} 104 mmol/mol; přidána Invokana 300 mg 1-0-0; ponechán Stadamet 1 g

1-0-1. Po 6 měsících hmotnost 144 kg (-11 kg; BMI 39,9 kg/m²); glykemie nalačno 7,8 mmol/l; HbA_{1c} 60 mmol/mol.

Být či nebýt, to je oč tu běží!

doc. MUDr. Jan Mareš, Ph.D.

středa / 12. 2. 2025 / 15.20–15.35

(Přednáška podpořená společností AstraZeneca Czech Republic s. r. o.)

Chronické onemocnění ledvin (CKD) je jedním z nejzásadnějších zdravotních problémů postihujících současnou populaci. Chronickým onemocněním ve fázi 3 nebo závažnější trpí 10 % světové populace včetně dětí. Ve věku nad 65 let je postižena třetina populace. CKD může vést až k terminálnímu selhání ledvin a potřebě dialyzační léčby, mnohem častěji se však stává faktorem, který zvyšuje morbiditu a mortalitu. CKD velmi často přichází v kombinaci s diabetem, hypertenzí a poruchou metabolismu lipidů a urychluje aterosklerózu a stárnutí organismu.

CKD jako velmi obecný patofyziologický mechanismus navazuje na všechna primární onemocnění ledvin (glomerulární, ischemická, dědičná aj.), může být důsledkem opakovaných akutních poškození funkce ledvin a pravděpodobně i vrozeně malého počtu funkčních nefronů. Hlavním mechanismem zodpovědným za progresivní pokles glomerulární filtrace je přetížení nefronu spojené se zvýšeným intraglomerulárním tlakem a nadměrnou zátěží tubulárních transportů. Nejčasnějším a nejcitlivějším ukazatelem probíhajícího CKD je albuminurie, a to nezávisle na typu primární nefropatie.

Historicky nejúčinnějším léčebným opatřením ke zpomalení progresu CKD je podávání blokátorů systému renin-angiotenzin, tj. inhibitorů konvertujícího enzymu, blokátorů receptoru pro angiotenzin 2, resp. blokátorů mineralokortikoidního receptoru. Efektu je dosaženo prostřednictvím snížení intraglomerulárního tlaku. Zhruba během poslední dekády se ukazuje, že další velmi účinnou skupinou léčiv jsou blokátory sodíko-glukózového transportu, tedy glifloziny (konkrétně SGLT2 inhibitory). SGLT2i nejen zlepšují kompenzaci diabetu, ale také zpomalují zánik funkce ledvin, snižují proteinurii a zmírňují symptomy chronického srdečního selhání. Mezi těmito léčivy však zaujímá výsadní postavení dapagliflozin, který ve studii DAPA-CKD dosáhl navíc 30% snížení celkové mortality. Podstatné je, že efekt gliflozinů (včetně mortalitního benefitu dapagliflozinu) je nezávislý na obdobném účinku inhibitorů systému renin-angiotenzin. Výskyt nežádoucích účinků inhibice SGLT2 je velmi nízký a účinky méně závažné (především urogenitální kvasinkové infekce). Výskyt hypoglykemie se nelišil od skupiny léčené placebem, a to včetně pacientů bez diabetu.

Důkazy ve prospěch inhibitorů SGLT2 dosáhly takové úrovně, že by v současnosti měl být léčen každý pacient s chronickým onemocněním ledvin a albuminurií bez ohledu na to,

zda trpí diabetem nebo nikoliv. Na základě dnes dostupných dat je v této populaci na prvním místě dapagliflozin, který navíc prokazatelně zlepšuje přežívání pacientů.

Kazuistiky z praxe

Odborní garanti: MUDr. Jitka Síkorová, MUDr. Michal Krčma, Ph.D.
středa / 12. 2. 2025 / 16.05–17.15

Co může odhalit diagnostický senzor u výborně kompenzovaného 80letého pacienta s DM 2. typu?

MUDr. Martina Breburdová

I. interní klinika FN Plzeň

Použití profesionální monitorace glykemie u pacientů s diabetes mellitus se špatnou kompenzací se stalo již téměř rutinní záležitostí. Jednorázové použití glukózového senzoru může pomoci odhalit špatně nastavenou léčbu diabetu, nejčastěji však nedostatky v dodržování režimu a diety ze strany pacienta. Pomocí diagnostického senzoru se může pacient jednak „redukovat“ sám sebe, kdy mu kontinuální monitorace pomůže pochopit např. důsledky nedodržování diety, jednak pomůže lékařovi upravit léčbu, ať už změnou léčby nebo změnou dávkování léku. Otázkou, na kterou hledá odpověď uvedená kazuistika, je použití profesionální monitorace glykemie u pacientů s vynikající kompenzací diabetu hodnocené dle glykovaného hemoglobinu i při vyhodnocení glukometru.

Když nezaberou antibiotika na bolest krku

MUDr. Jitka Síkorová

I. interní klinika, Fakultní nemocnice Plzeň

Subakutní tyreoiditida (de Quervainova tyreoiditida) je v literatuře uváděná jako poměrně vzácná příčina hypertyreózy, při níž dochází v důsledku zánětlivého poškození k rozpadu tkáně štítné žlázy a uvolnění T hormonů. Klinicky se manifestuje bolestí či dyskomfortem na jedné nebo obou stranách krku a celkovými příznaky (subfebrilie, únava). Asi u poloviny pacientů jsou přítomny též známky hypertyreózy. Laboratorně lze kromě elevace fT4 a suprese TSH zachytit vzestup sedimentace a CRP. Typickým sonografickým nálezem je difúzně či fokálně nehomogenní obvykle zvětšená štítná žláza nízké vaskularizace. U méně závažných forem v léčbě postačují NSAID, v závažnějších případech je nutno indikovat glukokortikoidy. Nutnost dlouhodobého sledování pacientů vyplývá z možnosti následného rozvoje hypothyreózy, která může být i trvalá.

» ABSTRAKTA

Kazuistika demonstruje případ pacientky, která byla vstupně pro bolest krku a febrilie ošetřena lékaři prvního kontaktu a vzhledem k současné elevaci parametrů zánětu zajištěna antibiotiky. S odstupem několika dnů byla následně s již známou laboratorní hypertyreózou vyšetřena v endokrinologické ambulanci. Klinický obraz, laboratorní parametry a sonografický nále z svědčily pro de Quervainovu tyreoiditidu.

Onemocnění si vyžádalo léčbu glukokortikoidy s dobrým efektem. Následně však došlo k rozvoji hypotyreózy s nutností substituční léčby.

Závěr: Ačkoliv má de Quervainova tyreoiditida poměrně typické klinické příznaky a laboratorní a sonografický nále z, není stanovení správné diagnózy vždy snadné a rychlé a v některých případech vede chybná diagnóza k neefektivní léčbě antibiotiky či tyreostatiky.

**BUĎTE s námi
DOBRÝM ANDĚLEM**



DOBRÝ ANDĚL

**Vraťte, prosím, při odchodu
z této akce visačku.**

**Za každou visačku věnuje SOLEN 10 Kč
nadaci Dobrý anděl.**

Vrácené visačky jsou recyklovány a opět použity



www.dobryandel.cz

V roce 2024 jsme díky vám přispěli částkou 30 000 Kč na provoz Dětského centra Topolany.

Zajímá nás váš názor

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



ANKETA

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

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

TIRÁŽ

2. DIABETOLOGIE PRO PRAXI

12. února 2025 | Parkhotel Congress Center Plzeň

Pořadatel

Společnost SOLEN, s. r. o., v odborné spolupráci s I. interní klinikou FN Plzeň

Odborný garant kongresu

MUDr. Michal Krčma, Ph.D.

Organizátor

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

Ohodnocení

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



Vydavatel: Solen, s. r. o., IČ 25553933
ISBN 978-80-7471-524-2



POŘADATELÉ DĚKUJÍ
UVEDENÝM SPOLEČNOSTEM ZA SPOLUÚČAST
NA FINANČNÍM ZAJIŠTĚNÍ KONGRESU

GENERÁLNÍ PARTNER



Boehringer
Ingelheim

HLAVNÍ PARTNEŘI



BERLIN-CHEMIE
MENARINI

PARTNEŘI



AIDIAN



PRVNÍ RADONOVÉ LÁZNĚ SVĚTA
AXXOSHOTELS



MEDIÁLNÍ PARTNEŘI



Zkrácená informace o přípravku Invokana 100 mg resp. 300 mg potahované tablety **Složení:** Kanagliflozin 100 mg resp. 300 mg. **Indikace:** Léčba dospělých s nedostatečně kontrolovaným diabetem mellitem typu 2. **Dávkování:** Počáteční dávka je 100 mg jednou denně. Pacientům tolerujícím tuto dávku, kteří mají eGFR ≥ 60 ml/min/1,73 m² nebo ClCR ≥ 60 ml/min a je u nich třeba přísnější kontrola glykemie, lze zvýšit dávku na 300 mg jednou denně. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na kteroukoli složku přípravku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Účinnost kanagliflozinu na kontrolu glykémie je závislá na funkci ledvin. Vzhledem k indukci osmotické diurézy se v případě situací, které mohou vést k objemové depleci, včetně vyššího věku, doporučuje pečlivé monitorování stavu objemu a sérových elektrolytů. U pacientů léčených inhibitory SGLT2, včetně kanagliflozinu, byly hlášeny vzácné případy diabetické ketoacidózy (DKA). U pacientů s podezřením na DKA nebo potvrzenou DKA je nutné léčbu kanagliflozinem okamžitě ukončit. DKA může být po vysazení kanagliflozinu u některých pacientů prodloužena. V dlouhodobých klinických studiích kanagliflozinu u pacientů s DM2 s prokázanou kardiovaskulární chorobou nebo s nejméně 2 rizikovými faktory kardiovaskulární choroby byl přípravek Invokana spojen se zvýšeným rizikem amputace v oblasti dolních končetin v porovnání s placebem (0,63, resp. 0,34 příhod na 100 pacientoroků). V dlouhodobé klinické studii u pacientů s diabetem mellitem typu 2 a diabetickou nefropatií, kde byla použita preventivní opatření, nebyl zjištěn žádný rozdíl v riziku amputace v oblasti dolních končetin mezi pacienty léčenými kanagliflozinem 100 mg a pacienty, jimž bylo podáváno placebo. U pacientů, u kterých dojde k příhodám, které mohou předcházet amputacím, jako jsou kožní vředy, infekce, osteomyelitida nebo gangréna na dolních končetinách, je rovněž nutno zvážit ukončení léčby přípravkem Invokana. V postmarketingovém sledování byly hlášeny případy nekrotizující fasciitidy v oblasti perinea. Bylo pozorováno zvýšení hematokritu, komplikované infekce močových cest. V klinických studiích byly hlášeny u žen vulvovaginální kandidóza a u mužů balanitida a balanopostitida. **Interakce:** Kanagliflozin může zvýšit účinek diuretik a může zvýšit riziko dehydratace a hypotenze. Ke snížení rizika hypoglykemie způsobené inzulinem nebo inzulinovými sekretagogy může být vhodná jejich nižší dávka, pokud jsou používány v kombinaci s kanagliflozinem. Induktory UGT enzymů nebo cholestyramin mohou snížit expozici kanagliflozinu. Pacienty užívající digoxin, jiné srdeční glykosidy nebo dabigatran je nutno monitorovat. Současné užívání kanagliflozinu s lithiem může snížit lithémii. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: vulvovaginální kandidóza, hypoglykemie v kombinaci s inzulinem nebo derivátům sulfonylurey. Časté, méně časté a vzácné viz plné znění Souhrnu údajů o přípravku. **Doba použitelnosti:** 3 roky. **Velikost balení:** 30 a 100 tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Janssen-Cilag International NV, Beerse, Belgie. **Registrační číslo:** EU/1/13/884/002, 004, 006 a 008. **Datum poslední revize SPC:** 15. 6. 2023. Přípravky jsou vydávány pouze na lékařský předpis a jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění v souladu se stanovenými podmínkami úhrady. Před předepsáním si přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku. Odkaz na plné znění Souhrnu údajů o přípravku Invokana 100 mg resp. 300 mg potahované tablety https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/invokana-epar-product-information_cs.pdf

* Ohledně výsledků studií týkajících se vlivu na úpravu glykemie, na kardiovaskulární a renální příhody viz bod 5.1 Souhrnu údajů o přípravku Invokana¹.

Reference: 1 Souhrn údajů o přípravku INVOKANA 100 mg a 300 mg potahované tablety, datum revize textu 15. 6. 2023.



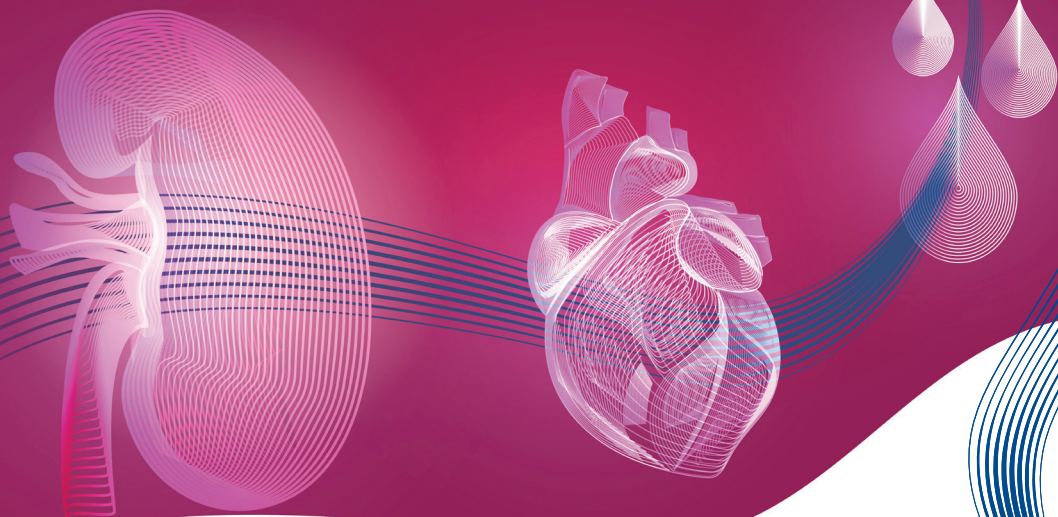
BERLIN-CHEMIE
MENARINI

Berlin-Chemie/A.Menarini Ceska republika s. r. o.,
Budějovická 778/3, 140 00 Praha 4-Michle,
tel.: 267 199 333, e-mail: office@berlin-chemie.cz

Invokana[®]

kanagliflozin

Cesta k trojí ochraně u diabetu mellitu typu 2*



Určeno pouze odborníkům ve smyslu zákona 40/1995 Sb.
Zkrácenou informaci o přípravku naleznete na následující straně.

CZ-INV-03-2024-v01-press-digital
materiál schválen: únor 2024



BERLIN-CHEMIE
MENARINI

Berlin-Chemie/A.Menarini Ceska republika s. r. o.,
Budějovická 778/3, 140 00 Praha 4-Michle,
tel.: 267 199 333, e-mail: office@berlin-chemie.cz