proLékaře.cz | 21.11.2026

stejně účinná jako UVB 311 nm. K dalším indikacím patří dysidrotický ekzém rukou, lokalizovaná morfea, lichen sclerosus, GvHD (lépe funguje u sklerotizující formy než u lichenoidní), lupus erythematosus, CTCL a lymfomatoidní papulóza, granulomatózní choroby (sporadické zkušenosti) a psoriáza u HIV pozitivních. U dětí nebyla bezpečnost UVA_1 vyhodnocena, je popsána karcinogeneze, musí se sledovat. Při léčbě je produkováno velké teplo, chybí studie o kombinacích.

Fotodermatózy

Dr. Soigursson (Nizozemí) se podrobněji zabýval polymorfní světelnou erupcí (PLE). Trpí jí asi 18 % Evropanů, v 73 % ženy, může být i monomorfní. Diagnózu lze stanovit klinicky i bez fototestů, na které není specifický protokol. Vhodné je provedení fotoprovokačních testů UVA (popř. UVB), okénko 5 x10 cm na trupu, okénko 2 x 3 cm v obličeji. S provokací začne na dávce 1,7 MED s nárůstem 20 % v následujících dnech do max. 6 expozicí. Diferenciálně diagnosticky odliší lupus tumidus histopatologicky (má chronický průběh, někdy pozitivní ANA), fotoalergickou reakci (více ekzém), solární kopřivka je prchavá, erytropoetická protoporfyrie má abnormální porfyriny. Hlavní způsob stanovení diagnózy je z klinického obrazu.

Prof. Murphyová (Irsko) konstatovala, že zvyky se pomalu mění a lidé věnují větší pozornost fotoprotekci. Stín pod slunečníkem (SPF < 30) není kompletní na rozdíl od lesa, kde je podíl odraženého světla minimální. Klobouk chrání lépe při široké střeše (na šíři dlaně), mužům nedoporučuje vyholovat hlavu. Ochrana oděvem (UPF) závisí na vlastnostech tkaniny. Okenní sklo propouští UVA + viditelné světlo – lze pak potáhnout ochrannou fólií, např. v muzeu. Podobně i v autě je zpravidla potažené přední sklo, ne však postranní. K celotělovému namazání sunscreenem je potřeba 30 g při předepsaném množství 2 mg/cm^2. Na obličej 1 g, stejně tak na každou ruku. Závislost SPF (ochranný faktor) na množství sunscreenu není lineární, ale spíše exponenciální. EU doporučení z r. 2006 upravují vlastnosti sunscreenů: mimo jiné zavádějí tzv. kritickou vlnovou délku (370 nm), pod kterou musí ležet 90 % kapacity sunscreenu. Vytváření nanočástic anorganických filtrů (např. TiO_2) sice zlepšuje kosmetické vlastnosti sunscreenů, ale také zvyšuje nebezpečí průniku (folikly) do kůže a intoxikaci. Širokospektrá fotoprotekce je zejména důležitá u osob v imunosupresi (po transplantaci) i jako prevence proti kožní rakovině: k tomu napomáhají i novější filtry, např. Mexoryl SX. Opalování z důvodu získání vitaminu D je možné, ale musí se postupovat velmi opatrně. Systémové podání αMSH (α-melanotide) bylo již použito, ale do širší praxe se zatím nedostalo. Dihydroxiaceton, který se dává do samoopalovacích krémů, má jen nízké SPF (2–3).

Prof. Wulf (Dánsko) se pustil do ožehavé otázky fotoprotekce kontra vitamin D. Sluneční spektrum je vydatné pro přeměnu vitaminu D v kůži, v soláriích to bývá jen 1,4 % UVB spektra, v léčebných zářičích 0,5 %. Filtry sunscreenů poskytují fotoprotekci právě v oblasti akčního spektra pro vitamin D. Prováděné studie s používáním sunscreenů neukázaly úbytek vitaminu D – spíše docházelo k opačnému jevu. U obyvatel Dánska dochází např. po 1. květnu k nárůstu hladiny vitaminu D – souvisí to zřejmě s odhalením rukou (krátké rukávy). Již velmi malá dávka UVB (0,1 MED) vedla rychle k nárůstu vitaminu D. Také úroveň pigmentace u dánské populace neměla vliv, ani kožní fototyp neměl vliv, na nárůst vitaminu D. Pro udržení hladiny vitaminu D po létě stačila expozice 1 SED za 2 týdny, při nižší klesala; při expozici 1 SED týdně naopak rostla.

ZÁVĚR

Kongresy EADV jsou fórem pro další vzdělávání v dermatologii, také příležitostí k setkání s mnoha přáteli v oboru nejen z celé Evropy, ale prakticky z celého světa. Doufejme, že tato již tradice zůstane zachována i do dalších let.

doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.
Klinika nemocí kožních a pohlavních LF UK a FN v Hradci Králové

9. KONFERENCE AKNÉ A OBLIČEJOVÉ DERMATÓZY

Dne 6. listopadu 2015 se konala v kongresových prostorách hotelu Diplomat v Praze již 9. celostátní konference na téma Akné a obličejové dermatózy pořádaná sekcí Akné a obličejové dermatózy České dermatovenerologické společnosti. Akce se zúčastnil rekordní počet 222 účastníků, 19 firem a 7 partnerů. Bylo předneseno celkem 14 přednášek. Konferenční sál byl zaplněn do posledního místa.

Konferenci zahájili předsedkyně sekce Akné a obličejové dermatózy **doc. MUDr. Jarmila Rulcová, CSc.** a předseda České dermatovenerologické společnosti **prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA.** Oba zmínili skutečnost, že sekce Akné a obličejové dermatózy byla ustanovena na zasedání výboru ČDS v únoru 2015. Vznikla přeměnou Pracovní skupiny pro akné a patří k nejaktiv-

proLékaře.cz | 21.11.2026

nějším sekcím ČDS. Činnost sekce je velmi široká. Konference samotné se již staly v rámci dermatologických akcí každoroční tradicí.

Vlastní odborný program zahrnoval přednášky tří kategorií, a sice souhrnné přednášky, kazuistiky a firemní přednášky. Program moderoval zkušený moderátor **primař MUDr. David Stuchlík.**

Jako první přednášející vystoupil již tradiční host ze zahraničí – **prim. MUDr. Hana Zelenková, Ph.D.,** prezidentka Slovenskej spoločnosti estetickej dermatológie a kosmetiky s přednáškou *Detektivní příběhy v dermatologii***.** Přednášku zahájila citátem: „Život tropí hlouposti a my je fotografujeme". Uvedla, že fotografování je koníčkem mnoha dermatologů a zachycené klinické obrazy jsou mnohdy mimořádně specifické. Kromě pozorování je třeba také pacientovi naslouchat, řádně odebraná anamnéza pomůže stanovit správnou diagnózu. Někdy se můžeme setkat s nečekanou pointou. V přednášce bylo uvedeno několik velmi raritních a perfektně fotograficky zdokumentovaných kožních problémů. Následovala přednáška **prof. MUDr. Petry Cetkovské, Ph.D.**, zástupkyně přednosty Dermatovenerologické kliniky LF UK a FN v Plzni, *Projevy na obličeji při interních chorobách*. Paní profesorka rozdělila tyto projevy na:

1. nespecifické a specifické kožní změny,
2. choroby postihující vnitřní orgány i kůži,
3. dermatózy doprovázené interními poruchami a
4. nežádoucí kožní reakce při léčbě interních nemocí.

Nespecifické změny kůže se mohou týkat změny barvy kůže (např. bledost, ikterus), zařazuje se sem i pruritus a ulcerace. Podrobně byly rozebrány infiltrace kůže (kam patří primární kožní T lymfomy, primární kožní B lymfomy, nehodgkinské lymfomy, leukemie, mnohočetný myelom a Hodgkinova nemoc), dále renokutánní syndromy, autoimunitní choroby a choroby postihující játra i kůži. Závěr byl věnován otázce autoinfamatorních chorob. Přednáška byla doprovázena perfektní fotodokumentací. Další souhrnnou přednášku s názvem *Novinky z kongresů* přednesla **prim. MUDr. Dominika Diamantová, Ph.D.**, přednostka kožního oddělení Vojenské nemocnice v Olomouci. Třemi hlavními tématy její přednášky byly: novinky v léčbě akné, etiopatogeneze růžovky (podrobně byla rozebrána především role Demodexa) a moderní léčba solárních keratóz. Paní primářka uvedla nejnovější poznatky ze sdělení přednesených na letošním podzimním kongresu EADV v Kodani a ze vzdělávacího kurzu v německém Mnichově. Poslední přednášku v tomto bloku s názvem *Co může lékař/lékařka tvrdit o účincích kosmetických přípravků při výkonu své praxe* přednesl **Mgr. et. Dr. Petr Svoboda**, odpovědný zástupce za hodnocení bezpečnosti a účinku dermokosmetických prostředků. Uvedl přehled nařízení a prováděcích rozhodnutí, kterými se musí lékař řídit. Základem je nařízení č. 1223/2009/ES, o kosmetických přípravcích, které se v plném rozsahu uplatňuje od 11. 7. 2013, představuje novou zákonnou úpravu regulace jejich výroby a prodeje včetně reklamy. Pro lékaře a další zdravotníky je podstatné, že v okamžiku, kdy komukoli v rámci své práce „dodají na trh kosmetický přípravek k distribuci, spotřebě nebo použití při obchodní činnosti, ať už za úplatu nebo zdarma", stávají se distributory s povinnostmi podle článku 6 nařízení č. 1223/2009/ES. V praxi to znamená, že i doplňkový prodej jakýchkoli kosmetických přípravků v rámci praxe je distribuční činností kosmetiky se všemi zákonnými důsledky. Druhý podstatný bod v oblasti regulace kosmetických přípravků představuje Nařízení Komise 655/2013, kterým se stanoví společná kritéria, jak mají být správně odůvodněna tvrzení o kosmetických přípravcích a jak mají být tyto přípravky prezentovány. **MUDr. Radkin Honzák, CSc.,** ambulantní psychiatr IKEM a REMEDIS, sekundární lékař Psychiatrické léčebny Bohnice a asistent ÚVL 1. LF UK, přednesl obsahem vynikající a zároveň velmi vtipnou přednášku s názvem *Negativní emoce spojené s kožními problémy*. Uvedl, že emoce jsou prastaré řídící mechanismy (mnohem starší než rozum). Jsou to v podstatě neurochemické děje s bezprostřední tělesnou odpovědí, které vypovídají o přípravě k nějakému pohybu nebo k nějaké akci. Jejich aktivitu je možno zachytit ve 3 osách: aktivace nebo útlum, přiblížení nebo oddálení a spolupráce nebo soupeření. Uvedl, že existuje šest základních emocí, ze kterých se skládá celé bohaté spektrum našich prožitků: strach, vztek, radost, smutek, odpor a údiv. Emoce jsou děleny na pozitivní a negativní. Pojem krása je obtížné definovat, nicméně zahrnuje v sobě implicitně také představu dokonalosti, dobra, duchovního principu a dalších vyšších hodnot. Naopak „ošklivost" navzdory tomu, že má svoji estetiku, se ničím podobným nevyznačuje.

Druhý blok zahájil **prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA,** velmi zajímavým případem s názvem *Morbus Morbihan*. Jednalo se o mladého muže, který v posledních 10 letech podstoupil opakované excize a incize infiltrátů v oblasti axil, třísel, sterna a šíje. Na šíji se obraz podobal nálezu acne keloidalis nuchae. V roce 2014 byla u pacienta provedena redukce tkáně horních a v roce 2015 redukce tkáně dolních víček pro zbytnění. Na podzim 2015 došlo k progresi, pro zbytnění tkáně v okolí očí pacient téměř neviděl, byl přítomný perzistující, tuhý, fibrozní edém celého obličeje. Po prošetření včetně provedení histologického vyšetření byla stanovena diagnóza morbus Morbihan. Tato choroba je velmi vzácná a rezistentní k léčbě. U pacienta je plánována terapie minidávkami perorálního izotretinoinu. Následovalo sdělení **doc. MUDr. Jarmily Rulcové, CSc.**, z Dermatovenerologického oddělení FN Brno a 1. dermatovenerologické kliniky FN u sv. Anny a LF MU Brno, a spoluautorky **PharmDr. Milici Molitorisové:** *Monoterapie adapalenem u pacientů s acne vulgaris – výsledky otevřené klinické studie*. Do sledování byli zařazeni 223 pacienti v 25 centrech, z toho 79 nezletilých ve věku 12–18 let s papulopustulózní formou akné mírného až středně těžkého stupně. Studie trvala 8 týdnů a dokončilo ji 211 pacientů. Cílem bylo zhodnocení léčby lékaři a pacienty, vyhodnocení dotazníku adherence pacienta k léčbě a informovanosti pacienta, zhodnocení pořadí zdrojů informací podle důvěryhodnosti pro pacienta a dotazníku kvality života. Výsledky

proLékaře.cz | 21.11.2026

byly velmi zajímavé. V provedené studii byla prokázána vysoká účinnost adapalenu v monoterapii, kdy po 8 týdnech léčby došlo ke snížení zánětlivých projevů o 67 % a nezánětlivých projevů o 62 %. Již po 6 týdnech léčby došlo k výraznému zvýšení kvality života. Největší důvěru měli pacienti v ošetřujícího dermatologa. Adherence k léčbě byla dobrá. V následující přednášce **Kazuistiky zajímavých chorob na obličeji** referovala **MUDr. Zuzana Nevoralová, Ph.D**., vedoucí Akné poradny Nemocnice Jihlava a vědecký sekretář Nemocnice Jihlava, případy několika pacientů s patologickými změnami na obličeji. První uvedenou byla 17letá dívka se zarudnutím a lehkým "zhruběním" a šupinatěním kůže na obličeji a v oblasti výstřihu. Histologickým vyšetřením byla diagnostikována atrophoderma vermiculata. Výrazné zlepšení nastalo po lokální aplikaci adapalenu. Následovně uvedená 65letá pacientka byla odeslaná k potvrzení nebo vyloučení systémového lupusu. Na nose a obou tvářích bylo přítomno červené až lividní zbarvení, misty retikulárního charakteru. Na hřbetu levého předloktí, na břiše, zádech distálně, na hyždích a stehnech byly přítomny retikulárně uspořádané pruhy vínové barvy šíře až 1 centimetr. Změny trvaly již 5 let. Probatorní excise vyloučila lupus a potvrdila zvažovanou diagnózu cutis marmorata. Po nasazení trojkombinace vitamin C + rutin, venotonikum a vitamin E došlo postupně k výbledu ložisek, zejména na obličeji. Třetí pacientka, 44letá žena, přišla do Akné poradny pro 2 roky trvající drobné růžové papuly na obličeji. Pacientka byla prošetřena, histologické vyšetření potvrdilo diagnózu granulomatózní rozacey. Byla zahájena léčba perorálním izotretinoinem v dávce 0,4 mg/kg/den. Kožní nález se velmi rychle zlepšoval, po 6 měsících došlo ke kompletnímu zhojení. Izotretinoin užívala pacientka do kumulativní dávky 100 mg/kg. Jako následnou léčbu užívá nyní pacientka adapalen v krému, zhojení trvá. Následně uvedená 32letá žena byla odeslána pro projevy erytematoteleangiektatické a papulopustulózní formy růžovky spojené se závažným očním postižením. Byla léčena 6 měsíců perorálně antibiotikem doxybene v sestupné dávce, lokálně pak 2 měsíce metronidazolem v krému. Po odhojení většiny papul byla zahájena aplikace brimonidin gelu. Došlo ke zhojení nálezu na kůži i ke zhojení keratopatie. Pacientka následně aplikuje pravidelně krém s kyselinou azelaovou a brimonidin gel, vynikající nález trvá. Na závěr byl uveden 70letý pacient s velmi těžkým nálezem mnohočetných fistulujících komedonů na obličeji a zádech, u něhož je plánována řada chirurgických výkonů. **MUDr. Jiřina Bartoňová**, lékařka kožní kliniky Fakultní nemocnice Hradec Králové, uvedla kazuistiku muže se SAPHO syndromem**.** Popsala vznik, progresi a léčbu velmi torpidního případu tohoto syndromu. Základem terapie bylo mnohoměsíční užívání perorálního izotretinoinu. Velmi obtížná byla spolupráce s rodiči. Hlavními nálezy u SAPHO syndromu jsou těžká akné (u pacienta byla přítomna acne conglobata), pustulóza, hyperostóza a osteitida. Za tuto zajímavou kazuistiku získala po právu **ocenění za nejlepší kazuistiku.** Oživením konference byly stejně jako v minulých letech **Dermatologické aktuality.** V rámci nich doc. Rulcová a MUDr. Nevoralová v zastoupení sekce akné poděkovaly **prof. MUDr. Petrovi Arenbergerovi, DrSc., MBA,** za dlouholeté „garantování" konferencí Akné a obličejové dermatózy a poradní skupina sekce pak **doc. MUDr. Jarmile Rulcové, CSc.,** za vzorné a obětavé vykonávání funkce předsedkyně nejdříve Pracovní skupiny a nyní sekce Akné. V rámci aktualit byla také vtipně popsána přeměna Pracovní skupiny pro akné v sekci Akné a obličejové dermatózy. Na závěr bylo pokřtěno logo sekce.

Blok **Firemních sympozií** zahájila v rámci sympozia firmy Galderma-Spirig **MUDr. Zuzana Nevoralová, Ph.D.**, přednáškou *Nový preparát v léčbě papulopustulózní růžovky*. V úvodu krátce popsala klasifikaci a etiologii růžovky se zaměřením na papulopustulózní formu rozacey a roli Demodexa. Dále popsala lokální ivermektin jako novou možnost léčby právě této formy růžovky. Tento lék je již více než 20 roků používaný u zvířat a následně u lidí jako antiparazitikum se širokým spektrem účinku, vysokou účinností a širokým bezpečnostním profilem. Antiparazitický účinek ivermektinu je způsoben tím, že se selektivně váže na receptory kanálů, které jsou přítomné v nervových a svalových buňkách bezobratlých, čímž umožní masivní vstup chloridů do svalových buněk a způsobí paralýzu svalů. Následkem je neschopnost se pohybovat, rozmnožovat apod. Pro člověka je ale bezpečný. Druhým účinkem ivermektinu je efekt protizánětlivý – především cestou snížení buněčné a humorální imunitní odpovědi v novém léku ivermektin v 1% koncentraci v lékovém základu Cetaphil krému. Užívat se má 1krát denně na noc do zhojení. V závěru přednášky byly zmíněny studie provedené s lokálním ivermektinem. Pilotní studie prokázala vysokou účinnost a bezpečnost jmenovaného léku. Dlouhodobý sběr bezpečnostních údajů po dobu 52 týdnů ukázal, že krém s 1% invermektinem je velmi dobře tolerovaný. Poslední studie porovnávání účinnosti a bezpečnosti krému s 1% ivermektinem versus krému s 0,75% metronidazolem při léčbě papulopustulózní růžovky prokázala vyšší účinnost l% ivermektinu. Ve druhém firemním sympoziu s názvem *Různé formy akné – využití nové doplňkové péče Avene* se **MVDr. Martina Mazánková** věnovala přípravkům firmy Pierre Fabre. V přehledně uvedeném schématu bylo představeno portfolium zaměřené především na léčbu akné. Tyto přípravky mohou být užity u lehčích forem akné samotné, velmi vhodné jsou ale i jako doplněk léčby. Nejpodrobněji se paní doktorka věnovala vhodnosti užití přípravků u akné dospělých žen. Ve třetím firemním sympoziu firmy 2DERM přednesla **prim. MUDr. Dominika Diamantová, Ph.D.** *Moderní přístupy v řešení kožní bariéry*. Uvedla, že kožní bariéra chrání kůži proti ztrátám vody a elektrolytů a proti pronikání škodlivin do těla. Tvoří ji intercelulární lipidové substance, hydrolipidový povrchový systém a korneocyty. K porušení bariéry může dojít na podkladě vrozeném (např. atopická dermatitida, ichtyóza, vrozeně suchá kůže) nebo na podkladě získaném (nežádoucí působení škodlivých látek a faktorů ze zevního prostředí). Možností úpravy představují tzv. náhradní bariérové systémy

proLékaře.cz | 21.11.2026



Obr. 1. Členové poradní skupiny sekce Akné a obličejové dermatózy
Zleva: MUDr. Michalela Havlíčková, MUDr. Dominika Diamantová, Ph.D., MUDr. David Stuchlík, MUDr. Zuzana Nevoralová, Ph.D., doc. MUDr. Jarmila Rulcová, CSc, a prof. MUDr. Petra Cetkovská, Ph.D.

(barieroprotektivní prostředky). Jejich nová generace vychází z principů Pickeringových emulzí. Aplikace mikroemulze na postiženou kůži vytvoří na kožním povrchu „náhradní bariérovou vrstvu", která omezuje nadměrný výdej vody, brání tak přesušení kožního povrchu, snižuje svědění, brání průniku mikrobiální infekce a látek ze zevního prostředí (primární dráždidla, alergeny) a přitom nevylučuje současnou aplikaci jiných extern (např. kortikoidů). V následujícím sympozium firmy MEDAPharma **MUDr. Zuzana Nevoralová, Ph.D.**, uvedla *Zkušenosti léčby akné s fixní kombinací klindamycin-tretinoin*. Jedná se o lék s fixní kombinací antibiotika s retinoidem pro léčbu akné, kdy při výrobě je využita inovativní technologie kombinace solubilního (rozpuštěného) klindamycinu a stabilní kombinace obou – solubilního a krystalického 0,025% tretinoinu v patentovaném bezalkoholovém gelu na vodním základě. Malé částice tretinoinu jsou navrženy k optimalizaci folikulární penetrace: rozpuštěná forma tretinoinu je dostupná okamžitě, zatímco krystalická dovoluje pomalé rozpouštění a trvalou kožní penetraci. Lék je určen k lokální léčbě především lehké až středně těžké papulopustulózní akné u pacientů nad 12 let věku. V Akné poradně v Jihlavě bylo dosud léčeno asi 30 pacientů, převažovaly dívky a chlapci ve věku 15–20 let. Lék byl užit v indikaci papulopustulózní akné I. a II. stupně především na obličeji. Byl aplikován jednou denně večer před spaním po omytí celého obličeje a osušení. Ke zlepšení kožního nálezu došlo u sledovaných pacientů do 8 týdnů po zahájení léčby. Délka ošetření byla 2–3 měsíce, pak byli pacienti převedeni na léčbu lokálním retinoidem (eventuálně v kombinaci s benzoylperoxidem). Tolerance gelu byla velmi dobrá, nežádoucí účinky nebyly pozorovány u žádného pacienta. V závěru byla uvedena fotodokumentace 10 pacientů. V posledním firemním sympoziu firmy Abbvie přednesla **doc. MUDr. Monika Arenbergerová, Ph.D.,** přednášku *Hidradenitis suppurativa – diagnostika a léčba*. Uvedla, že hidradenitis suppurativa je relativně vzácné chronické onemocnění typické tvorbou bolestivých, zánětlivých infiltrátů a nodulů. Abscesy a píštěle s hnisavou sekrecí vedou k následné produkci vaziva a k jizvení. Predisponujícími faktory jsou obezita, hormonální poruchy (exacerbace při menstruaci), kouření, tření, depilace a genetické faktory. Klasifikace podle Hurleyho rozděluje chorobu na 3 stadia:

- stadium I – jednotlivé abscesy, noduly bez jizvení;
- stadium II – recidivující abscesy, zánětlivé noduly, ojedinělé píštěle;
- stadium III – difuzní postižení celé oblasti s abscesy, píštělemi a jizvením.

Léčba hidradenitidy je komplikovaná. Jedinou kauzální léčbou je kompletní excize postižených apokrinních žláz. Jinak je možná léčba lokální: antiseptika, antibiotika, kyselina azelaová. Ze systémové terapie připadají v úvahu antiandrogeny, retinoidy (především acitretin), sulfony, kortikoidy a antibiotika. Je možno provést chirurgické incize a drenáže. Někdy pomůže radioterapie. Novou možností je biologická léčba, účinné jsou preparáty adalimumab a infliximab. Adalimumab je plně humánní anti TNF alfa protilátka, dávky léku jsou dvojnásobné než u lupénky. Léčba je možná po schválení i v České republice. Na závěr přednášky uvedla paní docentka krásně dokumentované kazuistiky léčených pacientů.

Devátá konference Akné a obličejové dermatózy je za námi. Setkala se opět s nečekaným zájmem lékařů. Těšíme se, že stejně úspěšná bude i jubilejní 10. konference Akné a obličejové dermatózy, která se bude konat dne 4. listopadu 2016. Kromě souhrnných přednášek jsou opět plánovány kazuistiky, již nyní se chystá několik překvapení. Aktivně se může zúčastnit každý. Abstrakta přednášek mohou všichni zájemci zasílat již nyní na adresu: znevoralova@atlas.cz. Nejlepší přípravek bude přednesen na konferenci a finančně odměněn.

MUDr. Zuzana Nevoralová, Ph.D.