

# S J E Z D O V Ě NOVINY



Pavilon A, E

Sály v Pavilonech A, E  
název sítě: KARDIO2019  
heslo: kongreskardio

Registrace v Pavilonu E  
název sítě: CKSREGISTRACE2019  
heslo: cksregistrace

ročník XIII.



číslo 3



úterý 14. května

## Úzká spolupráce ČKS a VZP – základ úspěšného rozvoje oboru



Zleva: Ing. Zdeněk Kabátek, ředitel VZP ČR, prof. MUDr. Miloš Táborský, Ph.D., MBA, FESC, FACC a prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc., FESC, FCMA

INZERCE

# Není čas ztrácet čas

Vážená paní doktorko,  
vážený pane doktore,

dovolujeme si Vás v rámci XXVII. výročního sjezdu České kardiologické společnosti pozvat na sympóziu společnosti Servier



úterý 14. 5. 2019  
v 13.30–14.30 hodin



Sál PRAHA  
(pavilon E – I. patro)

### Předsedající

Prof. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, MBA.

### Pacient s dyslipidémií v extrémním riziku:

Lze zásadně zlepšit jeho prognózu?

Prof. MUDr. Vladimír Soška, CSc.

### Potřebuje kardiolog polypill nebo fixní kombinaci léčiv?

Prof. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.



# To nejlepší z české kardiologie

## Prezentace nejlepších původních českých prací publikovaných v roce 2018

### Early detection of cardiac allograft vasculopathy using highly automated 3-dimensional optical coherence tomography analysis

**M. Pazderník**, M. Pazderník, Z. Chen, H. Bedáňová, J. Kautzner, V. Melenovský, V. Karmazín, I. Málek, A. Tomášek, E. Ozábalová, J. Krejčí, J. Franeková, A. Wahle, H. Zhang, T. Kovárník, M. Šonka  
**Přesná citace:** *J Heart Lung Transplant.* 2018 Aug;37(8):992-1000. doi: 10.1016/j.healun.2018.04.002. Epub 2018 Apr 6.  
**Impact factor:** 7,955



M. Pazderník

Tato sekce prezentuje každoročně na Výročním sjezdu ČKS **nejlepší původní vědecké práce členů ČKS**, vzniklé na pracovištích v ČR a publikované v předchozím kalendářním roce v mezinárodních časopisech s impakt faktorem >2,0. Citace všech přihlášených prací (pokud splňují níže uvedené podmínky) jsou zveřejněny v programu sjezdu a několik nejlepších (podle hodnoty IF) pak prezentováno **ve speciální sekci během sjezdu**. Tři nejlepší jsou rovněž **oceněny výběrem ČKS**. I práce, které

nejsou vybrány k ústní prezentaci, samozřejmě patří mezi to nejlepší, co česká kardiologie na poli výzkumu vyprodukovala.

#### Podmínky:

- Práce musí být publikována v časopise s impakt faktorem >2,0 v průběhu posledního kalendářního roku před sjezdem ČKS, na který je přihlášena
- Práce musí vzniknout na pracovišti v České republice
- Prvním autorem musí být člen ČKS
- Musí jít o původní práci,

prezentující vlastní výzkumné výsledky (nemůže se jednat o přehledný článek, editorial, abstrakt ani o kazuistiku)

- Nemůže se jednat ani o práci vzniklou v zahraničí (např. při studijním pobytu českého lékaře)

Současně s přihlášením práce je autor povinen zaslat do sekretariátu ČKS e-mailem PDF verzi originálního článku s přihlášenou prací. Bez tohoto textu „in extenso“ nemůže být práce přijata.

### Skeletal Muscle Abnormalities and Iron Deficiency in Chronic Heart Failure (An Exercise 31P Magnetic Resonance Spectroscopy Study of Calf Muscle)

**V. Melenovský**, K. Hlavatá  
**Přesná citace:** *Melenovsky V, Hlavata K, Sedivy P, Dezortova M, Borlaug BA, Petrak J, Kautzner J, Hajek M. Skeletal Muscle Abnormalities and Iron Deficiency in Chronic Heart Failure (An Exercise 31P Magnetic Resonance Spectroscopy Study of Calf Muscle). Circ Heart Fail.* 2018 Sep;11(9):e004800. doi: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.117.004800. PubMed PMID: 30354361.  
**Impact factor:** 5,684



V. Melenovský



C. Štěchovský

### Effect of Stenting on the Near-Infrared Spectroscopy-Derived Lipid Core Burden Index of Carotid Artery Plaque

**C. Štěchovský**, P. Hájek, M. Horváth, J. Veselka  
**Přesná citace:** *Štěchovský C, Hájek P, Horváth M, Veselka J. Effect of Stenting on the Near-Infrared Spectroscopy-Derived Lipid Core Burden Index of Carotid Artery Plaque. EuroIntervention* 2018; Jaa-402 2018, doi: 10.4244/EIJ-D-17-01054.  
**Impact factor:** 4,45



J. Bonaventura

### Effects of institutional experience on outcomes of alcohol septal ablation for hypertrophic obstructive cardiomyopathy

**J. Veselka**  
**Přesná citace:** *Veselka J, Faber L, Cooper R, et al. Effects of institutional experience on outcomes of alcohol septal ablation for hypertrophic obstructive cardiomyopathy. Can J Cardiol* 2018; 34:16-22.  
**Impact factor:** 4,524



J. Veselka

### Long-Term Outcomes After Treatment of Bare-Metal Stent Restenosis with Paclitaxel-Coated Balloon Catheters or Everolimus-Eluting Stents. 3-Year Follow-Up of the TIS Clinical Study

**L. Pleva**, P. Kukla, J. Zapletalová, O. Hlinomaz  
**Přesná citace:** *Pleva L, Kukla P, Zapletalova J, Hlinomaz O. Long-Term Outcomes After Treatment of Bare-Metal Stent Restenosis with Paclitaxel-Coated Balloon Catheters or Everolimus-Eluting Stents. 3-Year Follow-Up of the TIS Clinical Study. Catheter Cardiovasc Interv* 2018;1-9. DOI: 10.1002/ccd.27688.  
**Impact factor:** 2,602



L. Pleva

### The utility of the Mayo Score for predicting the yield of genetic testing in patients with hypertrophic cardiomyopathy

**J. Bonaventura**, P. Norambuena, P. Tomašov, D. Jindrová, H. Šedivá, M. Macek Jr., J. Veselka  
**Přesná citace:** <https://doi.org/10.5114/aoms.2018.78767>  
**Impact factor:** 2,344



Česká kardiologická společnost Vám věnuje knihu

## 90 let české kardiologie

Vyzvednout si ji můžete v době konání XXVII. výročního sjezdu ČKS ve stánku vydavatelství Mladá fronta a. s. (pavilon A1, stánek č. 42).

Při zakoupení odborného titulu z produkce vydavatelství obdržíte knižní dárek.



# Rozhovor s předsedkyní České asociace ambulantních kardiologů



MUDr. Hana Skalická, CSc., FESC

připravujeme prezentace, které oslovují velké spektrum lékařů. Od ostatních se lišíme především snahou o postižení kardiálních onemocnění v souvislostech a vazbách nejen na úrovni kardiologické subspecializace, ale i v dalších mezioborových souvislostech. Tradičně připravujeme 90minutový blok kazuistik, jak se s nimi setkáváme v našich ambulancích. V dalším 60minutovém bloku se budeme věnovat EKG a jeho skutečnému postavení v 21. století. Od historie k maximálnímu klinickému využití.

**v souvislosti s e-Health (e-Rp, e-neschopenka, GDPR aj.)?** Zákonných povinností v souvislosti s elektronizací zdravotnictví přibývá a obvykle ještě s hrozbou sankcí. Pro nás to znamená zajistit softwarové i technické vybavení, které průběžně přizpůsobujeme novým nárokům legislativy. Jen málo lékařů je schopných toto zajistit vlastními silami. Je třeba

ambulantních ve větší míře než lékařů pracujících v nemocnicích.

## SN Jak hodnotíte spolupráci nemocničních a ambulantních kardiologů?

Ambulantní kardiologové do značné míry působí v izolaci svých ordinací, jsou velmi zaneprázdnění, pracují pod velkým časovým stresem a jsou vystaveni vysokému tlaku na okamžité a bezchybné rozhodování. Předání pacientů do kardiocentra a jejich převzetí zpět musí být postaveno na vzájemné autoritě, důvěře a kvalitní spolupráci. Měli bychom být pro kolegy v kardiocentrech respektovanými a erudovanými odborníky, na které se mohou spolehnout. A to by mělo platit oboustranně!

## SN Jak hodnotíte mezioborovou spolupráci? V čem vidíte prostor pro zlepšení?

Mezioborová spolupráce je jeden z nejtěžších úkolů medicíny. Zaujetí specialistů ke svému problému obvykle přesahuje rámec snadné komunikace. To znamená, že v případě polymorbidních pacientů se řešení přesouvá mezi lékaři a stanovení priorit se v některých případech stává téměř neřešitelným

úkolem. Za sebe se domnívám, že jediným spojovacím článkem musí být praktický lékař, jeho práce je závislá na kvalitě podkladů od všech spolupracujících lékařů.

## SN Co byste ráda vzkázala svým členům či ostatním ambulantním kardiologům?

Naše setkávání mají velkou cenu, neboť ve svých ordinacích pracujeme samostatně, dá se říci odděleně od celého světa (do určité míry ve značné izolaci), obvykle bez pomoci a rychle získané rady. Musíme se naučit tento problém překročit, komunikovat a řešit každodenní situace. V rámci 3. sjezdu bylo výběrem ČAAMK připraveno sdělení, týkající se podrobnější informace o činnosti ambulantních kardiologů. Bylo provázeno otázkami, které přiblížily vztah přítomných na olomouckém sjezdu k ČAAMK. Závěry hlasování a některé výsledky předkládáme.

Na otázky **SN** odpovídala **MUDr. Hana Skalická, CSc., FESC** předsedkyně České asociace ambulantních kardiologů

## SN Jak byste zhodnotila již 3. sjezd ČAAMK?

Výroční sjezd ČAAMK proběhl opět v lednu v Olomouci. Letos se nám podařilo pokračovat v konceptu „Cardiac Update“, v jehož rámci zaměřujeme pozornost na nové metody, nové léky, nové přístupy v kardiologii. Naším záměrem je informovat o aktualizaci medicínských poznatků co nejdříve.

## SN Jak budete zastoupeni na letošním Výročním sjezdu ČKS?

Obdobně jako ostatní asociace a pracovní skupiny ČKS

## SN V jakých odborných aktivitách (domácích či zahraničních) je zapojena ČAAMK?

Naše asociace spolupracuje s ESC prostřednictvím „Council for Cardiology Practice“ jehož současným předsedou je Dr. Riccardo Asteggiano. V současném výboru tohoto CCP nás nově zastupuje doc. Vilém Danzig, který pokračuje v činnosti v návaznosti na práci dr. P. Svítla. Dr. Svítla opakovaně reprezentoval naši asociaci přednáškami v rámci Councilu for Cardiology Practice při sjezdech ESC, za což mu patří poděkování.

## SN Jak se Vás dotýkají změny

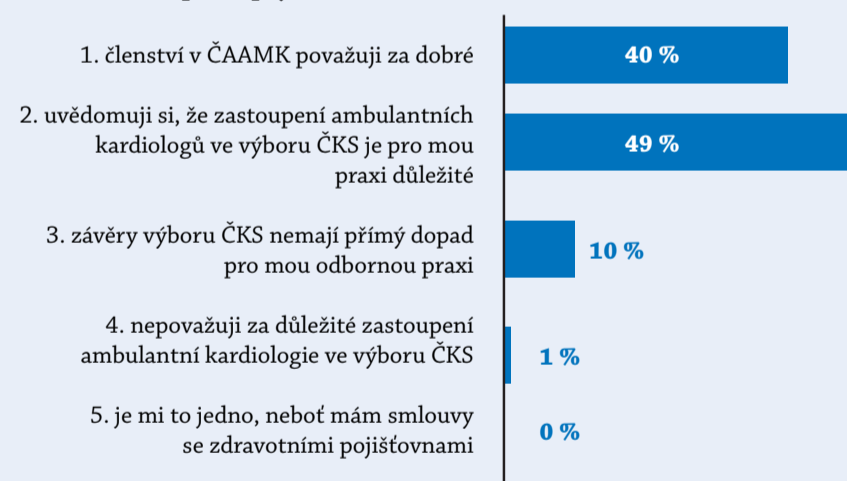
počítat s výrazně vyššími náklady. Tyto náklady narůstají, nebyly doposud správně zahrnuty do režie provozu zdravotnického zařízení a neustále je dobrovolně či nedobrovolně dotujeme ze svých prostředků. Změny v souvislosti s e-recepty a dalšími kroky elektronizace zdravotnictví se dotýkají samostatně pracujících



# Otázky pro účastníky 3. sjezdu ČAAMK

Hodnoceno účastníky 3. sjezdu ČAAMK s možností vybrat 1 odpověď, výsledky jsou uvedeny v procentech.

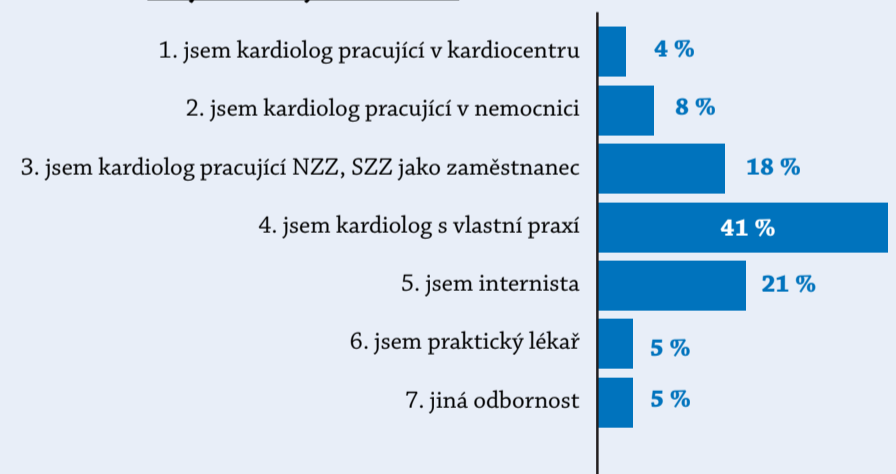
## Otázka č. 1: Jak přistupují ke členství v ČAAMK



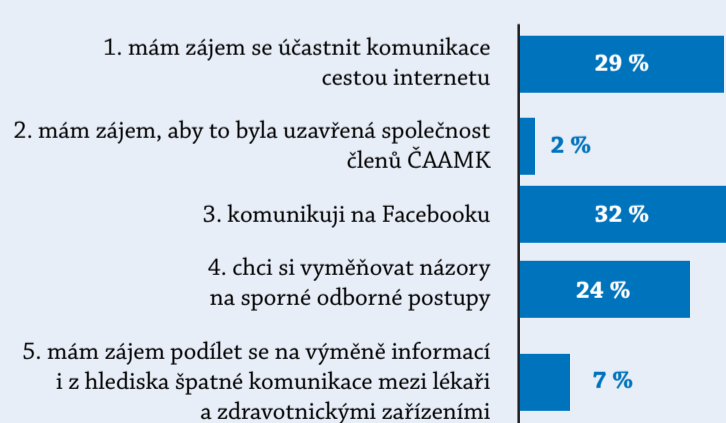
## Otázka č. 3: Náplň sjezdu ČAAMK



## Otázka č. 2: Specializace přítomných lékařů, účastníků se 3. výročního sjezdu ČAAMK



## Otázka č. 4: Internetová komunikace



Z uvedených odpovědí lze uzavřít, že většina účastníků sjezdu považuje členství v ČAAMK za důležité a uvědomuje si přímou vazbu na výbor ČKS, většina zúčastněných jsou kardiologové, kteří pracují v ambulancích.

S náplní sjezdu i jeho umístěním vyjádřili spokojenost. Poslední dotaz se týkal internetové komunikace, o níž kardiologové projevíli zájem a výbor se pokusí najít optimální formu. Děkuji všem, kteří si našli čas a navštívili nebo pravidelně navštěvují náš výroční olomoucký sjezd a také bloky ČAAMK na brněnském sjezdu. Považuji to za formu podpory

a důvěry výboru ČAAMK. Za sebe bych si přála, aby každé setkání bylo přínosné jak ve smyslu odborného růstu, tak posílení osobních vztahů umožňující komunikaci, přesahující běžný rozměr setkání.

Novým předsedou pro období 2020–2024 byl výběrem zvolen MUDr. I. Karel. Funkci převezme v návaznosti na volby do výboru ČAAMK, které proběhnou na podzim letošního roku.

MUDr. Hana Skalická, CSc., FESC





prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc., FESC, FCMA

## SN Kam směřuje činnost PS Preventivní kardiologie?

Prevence je občas vnímána jako nudná disciplína, která navíc v praxi nemá moc viditelné výsledky. Přitom klesající morbidita a mortalita z kardiovaskulárních příčin je přímým důkazem, že preventivní kroky fungují, i když jejich výsledek není vidět ze dne na den. Pokroky intenzivní medicíny a intervenční kardiologie se sice na daném poklesu nepochybně podílejí, ale hlavním hybatelem příznivého trendu jsou změny životního stylu, prevence v oblasti hypertenze a léčby dyslipidemií a nepochybně ve značné míře i změny socioekonomické.

## SN Jaké aktivity vznikají ve spolupráci s PS PK?

# Pracovní skupina preventivní kardiologie – na prahu nové éry

Česká kardiologická společnost klade na prevenci značný důraz a činnost Pracovní skupiny preventivní kardiologie je toho důkazem. V posledních letech navíc v jejím rámci vznikly platformy věnující se zcela specifickým problémům, jako je Platforma sportovní kardiologie či Platforma spánkové kardiologie. První jmenovaná přitom vyvíjí svoji neformální činnost poměrně intenzivně. Díky doc. Vladimíru Tukovi se v letošním roce konal již druhý ročník workshopu sportovní kardiologie pořádaný na III. interní klinice Všeobecné fakultní nemocnice a 1. lékařské fakulty. Platforma spánkové kardiologie pak svoji činnost představí i na právě probíhající kongresu.

## SN Jak byste zhodnotil první ročník akce Prague Prevention?

Činnost PS preventivní kardiologie stojí doslova na prahu nové éry intenzivnější činnosti. V letošním roce se v lednu konal první ročník akce Prague Prevention v prostorách pražského Autoklubu České republiky. Bohatý program přilákal přes dvě stovky kardiologů, internistů i praktických lékařů. Probíraná témata byla následující:

- Kouření trochu jinak, aneb: „Kuřte více, kuřte zdravěji“ – pohled na tematiku e-cigaret a kouření zahřívání tabáku
- Alkohol trochu jinak, aneb: „Přežijí jen abstinenti?“ – kritický pohled na škodlivost konzumace alkoholu ve světle posledních epidemiologických dat
- Lipidy trochu jinak – Komu a jak dopřát PCSK9 inhibitory?
- Pohybová aktivita pro každého – kritický pohled na doporučení pohybové aktivity v primární a sekundární prevenci
- Nová éra léčby diabetu, aneb „Zahodíme již zítra deriváty sulfonylurey do koše“

Symposium se setkala s dobrým ohlasem a bylo natolik úspěšné, že jsme se ozvěny z něj rozhodli zařadit i jako blok na XXVII. kongresu ČKS, který se bude konat v úterý v 9:40 v sále Hradec Králové.

Za úspěch prvního ročníku akce Prague Prevention je nutno poděkovat všem přednášejícím a také spolupořádající České společnosti pro aterosklerózu pod vedením prof. Vrablíka. Samozřejmě jsme rádi, že akci podpořila i řada sponzorů, kterým rovněž patří velký dík.

## SN Jaké jsou mezinárodní aktivity PS Preventivní kardiologie?

Naši členové se aktivně podílejí na činnosti Evropské asociace preventivní kardiologie. Díky aktivitě prof. Vrablíka a doc. Tukey je v jednání případné konání výročního kongresu asociace (do současné doby známé jako EuroPrevent) v Praze.

## SN Jaká odborná setkání plánujete v příštím roce?

Byli bychom velmi rádi, kdyby kardiovaskulární prevence byla stále více vnímána jako integrální součást všech oblastí kardiologie. Nejde přitom jen o intervenci klasických rizikových faktorů. Stále více si uvědomujeme, jaký vliv na výskyt kardiovaskulárních komplikací mají socioekonomické faktory. Také se chceme zaměřit na zlepšení povědomí doporučení dietních opatření jak v rámci primární, tak sekundární prevence. Krom toho si plně uvědomujeme rezervy, které má náš systém péče o kardiologické nemocné v sekundární prevenci. Tato témata budeme diskutovat podrobněji na druhém ročníku Prague Prevention, který by se měl konat 29. ledna 2020 opět v prostorách Autoklubu České republiky v Praze.

## SN Jaké aktivity plánuje PS Preventivní kardiologie v rámci Výročního sjezdu ČKS?

Rozhodně nechceme opouštět stávající témata. Stále máme pocit, že mnoho kolegů nemá povědomí o možných přínosech či negativních dopadech používání alternativních forem kouření, ať již jde o kouření zahřívání tabáku nebo tzv. vaping elektronických cigaret. Toto téma proto zazní jak nyní v průběhu kongresu, ale ve spolupráci se specialisty na tuto oblast se k ní chceme i nadále vracet.

## SN Co byste rád vzkázal svým členům či ostatním zájemcům o činnost v pracovní skupině?

Díky aktivní činnosti našich členů se aktivita pracovní skupiny slibně rozvíjí. Byli bychom velmi rádi, kdyby námi probíraná témata oslovila mladé kardiology. Jejich zapojení do prevence je totiž podmínkou toho, aby se kardiovaskulární riziko v naší zemi dále vyvíjelo správným směrem.

Na otázky **SN** odpovídal **prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc., FESC, FCMA** předseda PS preventivní kardiologie

INZERCE

Přidejte Vaším pacientům s **DIABETEM 2. TYPU** a **KV onemocněním\*** (nejčastěji s ICHS)<sup>1-4</sup> **JARDIANCE® / SYNJARDY®** co nejdříve ke:

## SNÍŽENÍ KV ÚMRTÍ A PREVENCE KV PŘÍHOD

Časné snížení rizika KV úmrtí<sup>5</sup>

Snížení KV úmrtí bylo konzistentní napříč výchozími hodnotami HbA1c<sup>6</sup>

35% snížení relativního rizika hospitalizace pro srdeční selhání<sup>1,2</sup>

**Jardiance®**  
(empagliflozin)

**Synjardy®**  
(empagliflozin/  
metformin HCl)

**SPC JARDIANCE®**  
**SPC SYNJARDY®**

**Jediná perorální antidiabetika schválená EMA k účinnému snížení glykémie a KV mortality.<sup>1,7</sup>**

### Zkrácená informace o léčivém přípravku – Jardiance 10 mg potahované tablety

**Složení:** Jardiance 10 mg: jedna tableta obsahuje empagliflozin 10 mg. **Indikace:** K léčbě diabetes mellitus II. typu ke zlepšení kontroly glykémie u dospělých pacientů 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 inzulínem. **Dávkování a způsob podávání:** Počáteční dávka empagliflozinu je 10 mg jednou denně v monoterapii nebo v kombinované terapii. U pacientů, kteří tolerují empagliflozin v dávce 10 mg jednou denně, kteří mají eGFR  $\geq 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> a potřebují přísnější kontrolu glykémie, lze dávku zvýšit na 25 mg jednou denně. Maximální denní dávka je 25 mg. Pokud je empagliflozin podáván v kombinaci s derivátem sulfonylurey (SU) nebo inzulínem, lze pro snížení rizika hypoglykémie zvážit nižší dávku derivátu SU nebo inzulínu. Léčba empagliflozinem se nezahajuje u pacientů s eGFR  $< 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** U pacientů, u kterých existuje podezření na DKA nebo u kterých byla DKA 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 anamnéze zvážit faktory s predispozicí k diabetické ketoacidóze. Pacienti ve věku 75 let a starší mohou mít vyšší riziko hypovolemie. Terapeutická zkušenost u pacientů ve věku 85 let a starších je omezená. Tablety obsahují laktózu, proto pacienti s intolerancí galaktózy, vrozeným deficitem laktázy nebo malabsorpcí glukózy a galaktózy, by tento přípravek neměli užívat. U pacientů ženského i mužského pohlaví užívajících inhibitory SGLT2 byly pro uvedení přípravku na trh hlášeny případy nekrotizující fasciitidy perinea (zvané též 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. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášenými nežádoucími příhodami v klinických hodnoceních byly hypoglykémie (při kombinované léčbě s derivátem sulfonylurey nebo inzulínem); dále vaginální monilíáza, vulvovaginitida, balanitida a jiné infekce genitálu, infekce močových cest, žízeň, pruritus, časté močení; hypovolemie, dysurie; zvýšená hladina kreatininu v krvi/snížená glomerulární filtrace, zvýšený hematokrit, zvýšené sérové lipidy; a vzácné diabetická ketoacidóza. **Těhotenství a kojení:** Podávání přípravku Jardiance v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. Přípravek Jardiance se během kojení nemá podávat. **Balení, výdej a uchování:** Jednodávkové PVC/Al blistry v krabičce obsahující 30x1 nebo 90x1 potahovaných tablet. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchování. **Registrační číslo:** EU/1/14/930/014 - 30 tbl (10 mg), EU/1/14/930/017 - 90 tbl (10 mg), **Datum poslední revize textu:** 14. 2. 2019. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Str. 173, D 55216 Ingelheim am Rhein, Německo. Před předepsáním se prosím seznáme s úplným zněním souhrnu údajů o přípravku. Úplné znění souhrnu údajů o přípravku je uveřejněno na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky: <http://www.ema.europa.eu/> popř. na stránkách Státního ústavu pro kontrolu léčiv [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz).

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. Podrobnosti o hlášení nežádoucích účinků viz bod 4.8.

### Zkrácená informace o léčivém přípravku – Synjardy 5 mg/850 mg potahované tablety, Synjardy 5 mg/1000 mg potahované tablety

**Složení:** Jedna tableta obsahuje empagliflozin 5 mg a 850 mg resp. 1000 mg metformini hydrochloridum. **Indikace:** Léčba dospělých ve věku 18 let a starších s diabetem II. typu jako doplněk diety a tělesného cvičení ke zlepšení kontroly glykémie u pacientů nedostatečně kontrolovaných na maximální tolerované dávce metforminu podávaného v monoterapii, v kombinaci s jinými léčivými přípravky k léčbě diabetu u pacientů nedostatečně kontrolovaných metforminem a těmito léčivými přípravky a u pacientů, kteří jsou již léčeni kombinací empagliflozinu a metforminu v samostatných tabletách. **Dávkování a způsob podávání:** Doporučená dávka přípravku je jedna tableta dvakrát denně. Dávku je třeba zvážit dle pacientova současného léčebného režimu, účinnosti a snášenlivosti za použití doporučené denní dávky 10 mg nebo 25 mg empagliflozinu a nepřekročení maximální doporučené denní dávky metforminu. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku, jakýkoliv typ akutní metabolické acidózy, diabetické prekomá, závažné renální selhání (GFR  $< 30$  ml/min), akutní stavy, které mohou změnit funkci ledvin, jako je: dehydratace, těžká infekce, šok, akutní nebo chronické onemocnění, které může způsobit hypoxii tkáň (zejména akutní onemocnění nebo zhoršení chronického onemocnění) jako je: dekompenzované srdeční selhání, respirační selhání, nedávny infarkt myokardu, šok, porucha funkce jater, akutní alkoholová intoxikace, alkoholismus. **Zvláštní upozornění:** U pacientů, u kterých existuje podezření na DKA nebo u kterých byla DKA 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 anamnéze zvážit faktory s predispozicí k diabetické ketoacidóze. Jestliže existuje podezření na metabolickou acidózu, léčbu tímto léčivým přípravkem je třeba okamžitě ukončit a pacienta okamžitě hospitalizovat. Laktátová acidóza je velmi vzácná, avšak závažná, metabolická komplikace, která se může objevit jako důsledek akumulace metforminu. Intravaskulární podání jódovaných kontrastních látek při radiologických vyšetřeních může způsobit selhání ledvin. Proto musí být tento léčivý přípravek vysazen před vyšetřením nebo při něm a nesmí být znovu podán dříve než za 48 hodin a pouze poté, co byla funkce ledvin znovu zhodnocena a sledována normální. Podávání metforminu musí být ukončeno během operace v celkové anestézii. Léčba může být znovu zahájena nejdříve 48 hodin po operaci nebo obnovena perorální výživou a za předpokladu, že renální funkce byla znovu vyhodnocena a bylo zjištěno, že je stabilní. Pacienti ve věku 75 let a starší mohou mít vyšší riziko hypovolemie. Terapeutická zkušenost u pacientů ve věku 85 let a starších je omezená. U pacientů ženského i mužského pohlaví užívajících inhibitory SGLT2 byly pro uvedení přípravku na trh hlášeny případy nekrotizující fasciitidy perinea (zvané též Fournierova gangréna). V případě podezření na Fournierovu gangrénu je třeba přípravek Jardiance vysadit a rychle zahájit léčbu. **Interakce:** Společné podávání opakované dávky empagliflozinu a metforminu nezpůsobuje u zdravých jedinců podstatnou změnu farmakokinetiky ani empagliflozinu, ani metforminu. S přípravkem Synjardy nebyly provedeny žádné studie interakcí. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášenými nežádoucími příhodami v klinických hodnoceních byly hypoglykémie v kombinaci s inzulínem a/nebo derivátem sulfonylurey, infekce močových cest, infekce genitálu a časté močení. V klinických hodnoceních s empagliflozinem jako přidávkou léčby k metforminu nebyly zjištěny žádné další nežádoucí účinky v porovnání s nežádoucími účinky jednotlivých složek. **Těhotenství a kojení:** V době, kdy pacientka plánuje těhotenství, a v průběhu těhotenství se doporučuje, aby diabetes nebyl léčen tímto léčivým přípravkem. Tento léčivý přípravek se během kojení nemá podávat. **Balení, výdej a uchování:** Perforované jednodávkové PVC/PVDC/Al blistry v krabičce obsahující 60 nebo 180 potahovaných tablet. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek Synjardy je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchování. **Datum poslední revize textu:** 22. 1. 2019. **Registrační čísla:** 5 mg/850 mg: EU/1/15/1003/005 (1x60x1 tbl.); 5 mg/850 mg: EU/1/15/1003/008 (2x90x1 tbl.); 5 mg/1000 mg: EU/1/15/1003/014 (1x60x1 tbl.); 5 mg/1000 mg: EU/1/15/1003/017 (2x90x1 tbl.). **Držitel rozhodnutí o registraci:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Str. 173, D 55216 Ingelheim am Rhein, Německo. Před předepsáním se prosím seznáme s úplným zněním souhrnu údajů o přípravku. Úplné znění souhrnu údajů o přípravku je uveřejněno na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky: <http://www.ema.europa.eu/> popř. na stránkách Státního ústavu pro kontrolu léčiv [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz).

\* včetně ICHS, ICHDK nebo po proděláném IM nebo CMP

CI = interval spolehlivosti; CMP = cévní mozková příhoda; HR = poměr rizik; ICHS = ischemická choroba srdeční; ICHDK = ischemická choroba dolních končetin; IM = infarkt myokardu; KV = kardiovaskulární

**Literatura:** 1. SPC JARDIANCE®, datum revize textu 31.5.2018 2. Zinman B, Wanner C, Lachin JM, et al: EMPA-REG OUTCOME® Investigators. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2015;373(22):2117-2128. 3. Zinman B, Inzucchi SE, Lachin JM, et al: Rationale, design, and baseline characteristics of a randomized, placebo-controlled cardiovascular outcome trial of empagliflozin (EMPA-REG OUTCOME®). Cardiovasc Diabetol. 2014;13(102). doi:10.1186/1475-2840-13-102. 4. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al: 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. Eur Heart J. 2016;37(29):2315-2381. 5. Fitchett D, et al: Cardiovascular Mortality Reduction with Empagliflozin in Patients with Type 2 Diabetes and Cardiovascular Disease. JACC 2018; 3: 363-9. 6. Inzucchi S, et al: Does baseline HbA1c or change in HbA1c predict the reduction in cardiovascular death with empagliflozin? Results from EMPA-REG OUTCOME®. 53rd Annual Meeting of the EASD for the Study of diabetes: 2017, Poster 916. 7. SPC SYNJARDY®, datum revize textu 31. 5. 2018





doc. MUDr. Martin Fiala, Ph.D.

## Rozhovor s předsedou České asociace pro srdeční rytmus

**symposiu, o němž jste v úvodu hovořil?**

XVI. české a slovenské sympozium o arytmiích a kardiostimulaci, které se loni v listopadu konalo v Ostravě, navštívilo 527 registrovaných účastníků, z nichž 90 vystoupilo aktivně ve 189 sděleních. Přibližně dvě třetiny příspěvků prezentovali členové ČASR, což svědčí o odborné angažovanosti asociace. Na sjezdu dostali více příležitosti mladí kardiologové, novým technologiím bylo vyhrazeno více prostoru ve čtyřech samostatných workshopech. Vzhledem k tomu, že program sjezdu byl zaměřen zejména na klinická témata, doufáme, že uspokojil i účastníky, pro něž arytmologie není hlavní specializací.

**SN Jaké jsou nové informace ohledně projektu DRG Restart?**

Projekt DRG Restart byl v podstatě dokončen. Otázkou zůstává jeho uvedení do praxe a také nakolik by to narovnal klesající úhrady některých výkonů. Úhradové diskrepance jsou nyní nejvýraznější u katetrizačních ablací konvenčních arytmií, které dlouhodobě doplácí na zařazení do DRG skupiny 05131 společně s výkony intervenční kardiologie. Zdravotní pojišťovny v současnosti hradí poskytovatelům zdravotní péče za ablace konvenčních forem arytmií podle typu pracoviště od 65 000 do

85 000 Kč, ačkoli reálné náklady na výkon činí 134 000 Kč. Diferenciace úhrad podle typu pracoviště je dalším nešvarem úhradového systému, protože zásadně znevýhodňuje některá centra, ačkoli elektivní plánované výkony jsou standardizovány a variabilní náklady i náklady na ZUM a ZULP jsou napříč pracovišti stejné.

**SN Hovořil jste o úkolech ČASR, které se dotýkají každodenního poskytování zdravotní péče a které osobně považujete za hlavní. Můžete být konkrétnější?**

Mám tím na mysli aktivity, které mají při poskytování zdravotní péče jednotně prospět všem pracovištím. Nelze jich dosáhnout bez spolupráce se zainteresovanými institucemi. Tak např. na jednání lékové komise svazu zdravotních pojišťoven byla dohodnuta úhrada NOAC ve zvláštních indikacích, tj. jeden měsíc po elektrické kardioverzi a tři měsíce po katetrizační ablací u pacientů bez dosud zavedené antikoagulační léčby, ke které se do té doby plošně zavazovala pouze VZP. ČASR inicioval a získal podporu výboru ČKS pro změnu Věstníků MZČR ze 16. 7. 2009 a z 23. 12. 2015, v nichž definice arytmiologických a mnohých dalších výkonů vyhrazených pro daný status poskytovatele neodpovídají realitě. Striktní aplikace

ustanovení těchto věstníků ze strany zdravotních pojišťoven by mohla být likvidační pro mnoho současných center, která tuto péči dlouhodobě a kvalitně poskytují. Naši činnosti ale také institucím aktivně pomáháme, nedávno např. ČASR společně ČAIK na žádost odboru zdravotnických prostředků VZP zpracoval kategorizaci dlouhých zaváděcích pouzder pro katetrizační výkony.

**SN Jaká jste stanovili indikační kritéria nových výkonů (re)implantace S-ICD a leadless kardiostimulátoru, která budou doplněna do registračních listů? Jsou definitivně schváleny MZ ČR?**

Jednání pracovní skupiny SZV MZ ČR k registraci výkonů implantace a reimplantace subkutánního ICD a implantace bezdrátového kardiostimulátoru se konalo v září se závěrem podmíněného schválení nových výkonů po doplnění přesných indikačních kritérií. Výbor ČASR se shodl na tom, že implantace těchto přístrojů KS S-ICD je indikována u pacientů s rizikem náhlé srdeční smrti, respektive s potřebou trvalé kardiostimulace a současně absencí vhodného žilního přístupu, nebo po extrakci endovaskulárních elektrod z důvodu infekčních či jiných komplikací, s vysokým rizikem infekčních komplikací, nebo u pa-

cientů s dobrou životní prognózou, kde v dlouhodobém výhledu hrozí riziko malfunkce elektrody s nutností její extrakce. S těmito doplňky byly definitivní registrační listy zadány. Je však třeba připomenout, že nové výkony nevedou v platnost dříve než v roce 2021.

**SN Hovořil jste o sjezdu v Ostravě, jak se daří asociaci v oblasti vědy a výzkumu a jaké aktivity plánuje ČASR v rámci Výročního sjezdu ČKS?**

Arytmologové jsou tradičně publikačně aktivní a jsou zvyklí pravidelně prezentovat výsledky své práce na domácích i významných zahraničních sjezdech. Za úspěch práce výboru ČKS lze považovat prosazení samostatného českého bloku na kongresu ESC v Mnichově, který byl věnován fibrilaci síní a v němž byli členové ČASR významně zapojeni. Pro letošní sjezd ČKS vytvořil ČASR ve vyčleněném čase program zaměřený na klinickou problematiku v oboru ablací, kardiogenetiku, antikoagulaci a technologické novinky. Doufám, že si návštěvníci sjezdu najdou pro arytmie čas a že je náš program uspokojí.

Na otázky **SN** odpovídal **doc. MUDr. Martin Fiala, Ph.D.** předseda České asociace pro srdeční rytmus

**SN Jak byste zhodnotil druhý rok funkčního období z pozice předsedy ČASR?**

Po finanční stránce skončilo hospodaření ČASR se ziskem. Z finančních zdrojů náležejících asociaci bylo dokonce uvolněno 50 000 Kč ve prospěch pražského ablačního workshopu. Po pracovní stránce velkou část aktivity výboru ČASR zabrala organizace společného Českého a slovenského sympozia o arytmiích a kardiostimulaci, za jehož pořádání nesla tentokrát zodpovědnost česká strana. Ale výbor pochopitelně řešil i úkoly, které ovlivňují naši každodenní praxi. Tyto aktivity osobně považuji za nejdůležitější část práce a poslání asociace.

**SN A jak tedy hodnotíte vystoupení asociace na Vašem společném arytmiologickém**

## Zpráva z 22. Pražského workshopu katetrizačních ablací s živými přenosy

V polovině dubna se uskutečnil mezinárodní Pražský workshop věnovaný katetrizačním ablacím a nefarmakologické léčbě poruch srdečního rytmu. Jednalo se již o 22. ročník a akce tak pokračuje v třetí dekádě. Hlavním organizátorem a koordinátorem je Nadační fond Srdce a na přípravě se společně podílí Klinika kardiologie IKEM a Kardiologické oddělení Nemocnice Na Homolce v Praze. Spolupráce obou center umožňuje navýšit rozšířit počet živých přenosů a jejich různorodost. Stejně jako v posledních letech se celá akce konala v moderních prostorách Ústavu molekulární genetiky v areálu Akademie věd České republiky, které poskytují dostatečně velké a reprezentativní prostory jak na přímé přenosy ze sálů, tak na neformální setkávání a diskuze.

Navzdory faktu, že v minulém roce začala platit nová pravidla financování účastníků odborných akcí, zúčastnilo se workshopu více než 305 zájemců. Téměř tři čtvrtiny jsou přítomni ze zahraničí, především ze států střední a východní Evropy, dále pak z Japonska či USA. Jejich účast umožnilo z velké části vypsání cestovních grantů nadačním fondem za přispění sponzorů.

Podobně jako v předchozích letech byl zorganizován před zahájením vlastního workshopu doprovodný seminář pro začínající elektrofyzikology – tzv. practical sessions. Hlavními tématy byly konvenční ablace supraventrikulárních a idiopatických komorových arytmií, transeptální



punkce, epikardiální přístup a prevence komplikací. Zájem o tento seminář byl překvapivě vysoký a proběhla bohatá diskuse k jednotlivým tématům.

Na slavnostním zahájení workshopu zahrál na moderní klávesy a pro porovnání na starý historický klavír mladý pianista Lukáš Klánský úryvky z díla Fryderyka Chopina. Samotný úvod workshopu byl věnován přehledovým sdělením. Největší zájem vzbudila přednáška Marca Scaglione z italského Asti, ve které ukázal možnost použití hypnózy místo anestézie při katetrizační ablací nebo implantaci PM/ICD. Uvedení pacienta do hypnotického stavu výrazně snižuje nutnost podávání analgetik a pacient na výkon nemá negativní vzpomínky. Nejzajímavější částí workshopu však jsou vždy živé přenosy. Těch-

tetrizačního stolu. Fermin Garcia (Philadelphia) demonstroval mapování větví koronárního sinu pomocí speciálního vodiče a tenkého katetru. U pacienta s velmi frekventní komorovou ektopií vycházející z obtížně dostupné oblasti summitu levé komory se nakonec podařilo ektopické ložisko lokalizovat a odstranit. Josef Kautzner a Petr Pechl z IKEM předvedli přednosti použití nového katetru s diamantovým hrotem. Díky přesnému měření teploty na povrchu katetru umožňuje tento systém bezpečné vytváření relativně velkých lézí v myokardu. Svou strategii komplexního mapování jizvy po infarktu předl dále Roderick Tung (Chicago). Pondělní dopoledne zahájil živý vstup z katetrizačního sálu z Milána. Carlo Pappone velmi didakticky demonstroval novou strategii epikardiální katetrizační

ablace u syndromu Brugadaových. Iničiální zkušenosti s tímto výkonem ukazují vysokou úspěšnost a v budoucnosti možná tento zá- krok u vybraných pacientů může nahradit implantaci kardioverteru-defibrilátoru. Asi nejvíce komplexním výkonem byla katetrizační ablace komorových arytmií za hemodynamické podpory systémem TandemHeart, kterou ukázali Srinivas Dukkipati a Vivek Reddy (New York) z Nemocnice Na Homolce. Použití této mechanické pumpy dovolilo mapování při běžící arytmií, a tak velmi přesné určení mechanismu a lokalizace okruhu arytmie. Detailní mapování arytmiogenního substrátu na systémech Rhythmia a EnSite Precision dále ukázali Philippe Maury (Toulouse) a Pier Lambiasi (Londýn).

Pokračování na str. 6



Dokončení ze str. 5

Pondělní odpoledne bylo věnováno ablací fibrilace síní. V živém vstupu z Marseille byla ukázána ablace perzistující fibrilace síní vedená speciálním vyvinutým systémem, který používá komplexní analýzu síňových elektrogramů na bázi umělé inteligence. Substrátové mapování perzistující fibrilace síní

měl demonstrovat Shih An Chen (Taipei). U vybrané pacientky však nebyla identifikována žádná oblast nízkých voltáží v levé síni, a proto výkon byl ukončen kardioverzí po prosté izolaci plicních žil. Kryoablací plicních žil demonstroval v dalším přenosu elegantně Gian Battista Chierchia (Brussels). Marco Scaglione (Asti) ukázal svůj přístup k ablací síňové tachykardie po

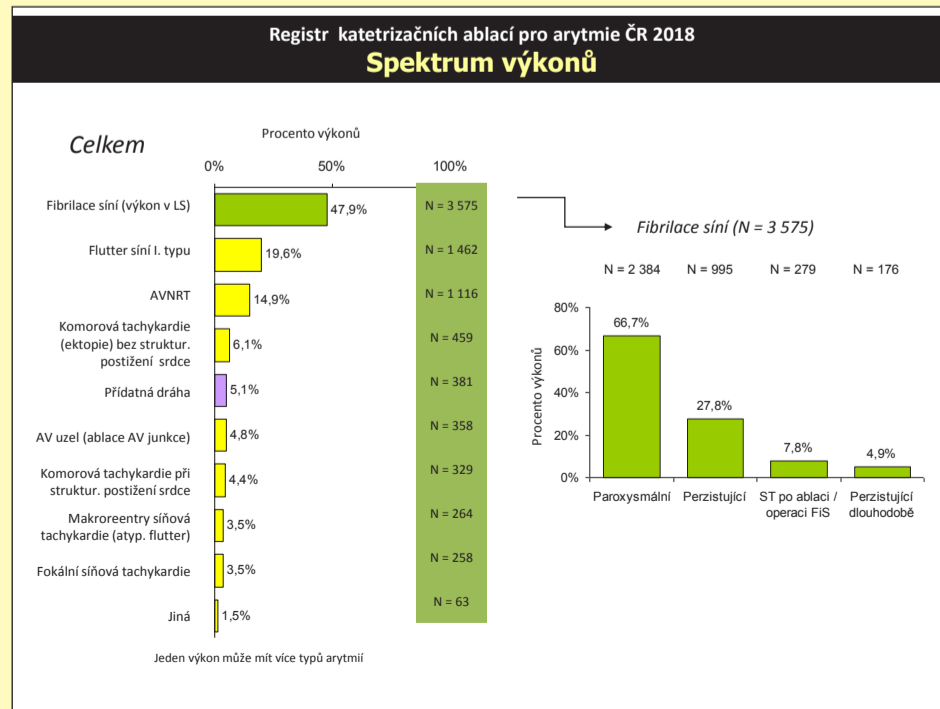
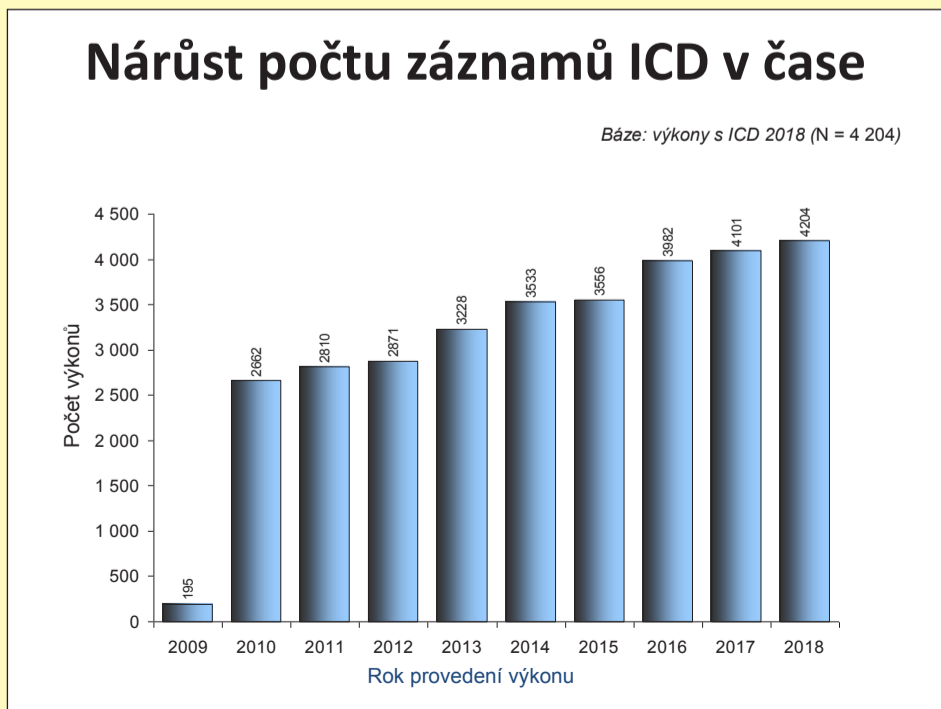
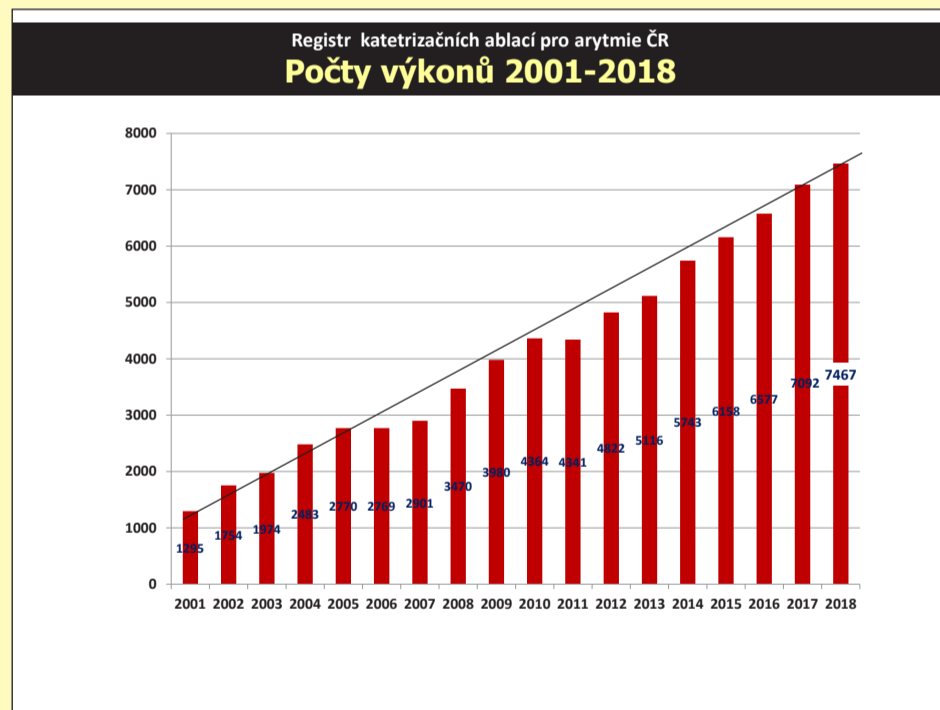
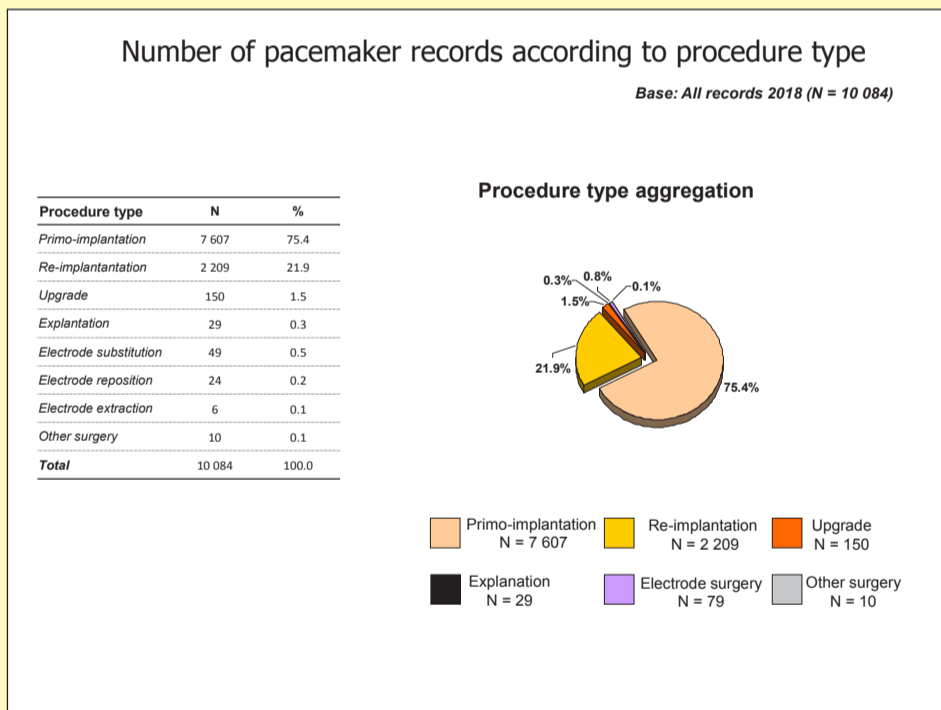
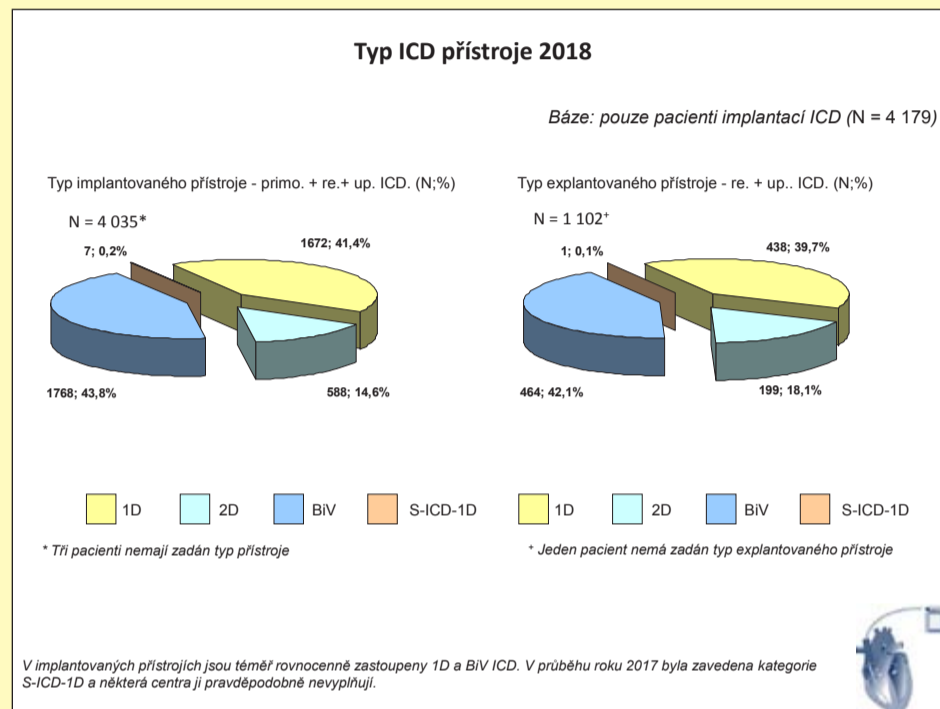
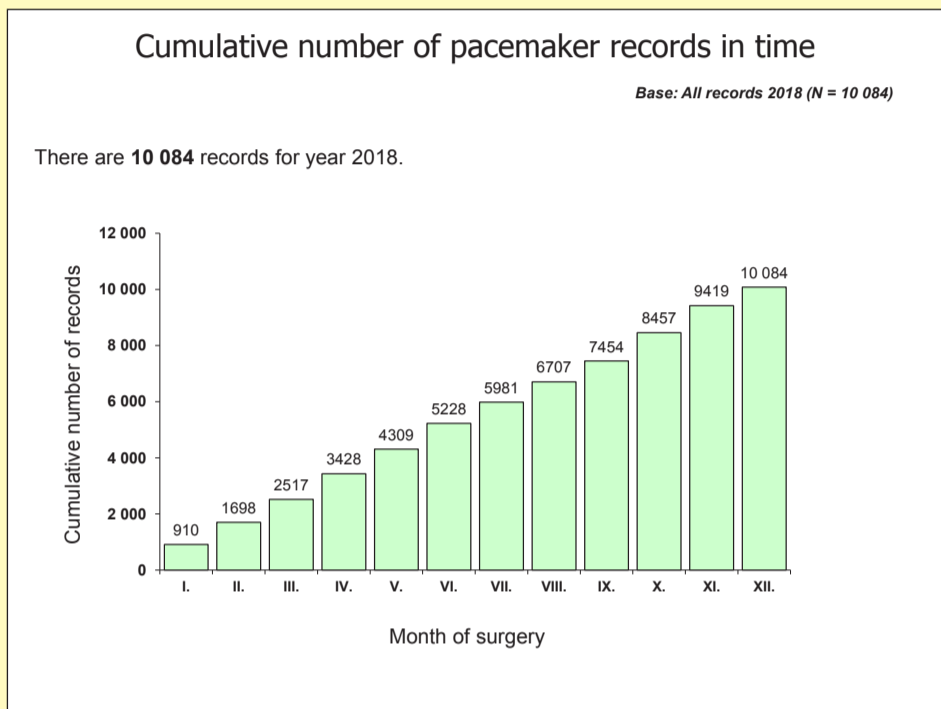
předchozí komplexní ablací fibrilace síní. Vivek Reddy (New York) demonstroval u pacienta v celkové anestezii systém na deviaci jícnu. Ten umožňuje bezpečnou ablací na zadní stěně levé síně bez rizika poškození jícnu. V úterý dopoledne předvedl Tom de Potter (Alst) ablací fibrilace síní bez použití rentgenového záření. Jedním z nejzajímavějších byl po-

slední přenos z endo a epikardiálního mapování síní u pacienta po opakovaných předchozích katetrizačních ablacích fibrilace síní. Christopher Piorkowski (Drážďany) velmi názorně demonstroval, že i v relativně tenké stěně srdečních síní může být přítomna disociace elektrické aktivity mezi endokardem a epikardem. Ablaci v epikardu úspěšně odstranil

síňovou tachykardií, kterou se v minulosti nepovedlo odstranit navzdory opakovaným výkonům. Katetrizační workshop byl účastníky příznivě přijat a svým bohatým programem a počtem živých přenosů opět potvrdil výjimečné postavení, které má mezi ostatními mezinárodními odbornými akcemi.

doc. MUDr. Petr Peichl, Ph.D.

# Národní registry výkonů v arytmologii 2018





prof. MUDr. Lenka Špinarová, Ph.D., FESC

## Rozhovor s předsedkyní PS Kardiovaskulární farmakoterapie

menší skupina nepořádá svou vlastní akci, ale přispívá svým programem do jiných odborných akcí. V uplynulém roce to byly VII. Kardiovaskulární dny v Ostravě a nově blok na konferenci České asociace srdečního selhání v Hradci Králové. Farmakoterapie jak akutního, tak chronického srdečního selhání je velmi pestrá, probíhá zde výzkum nových léků a proto je tato spolupráce víc než aktuální.

### SN Jak byste hodnotila uplynulý rok z pozice předsedkyně PS Kardiovaskulární farmakoterapie?

V loňském i v letošním roce se PS jako tradičně zapojila do programu sjezdu ČKS. Její bloky *HOT-lines*, *Novinky ve farmakoterapii* a *Pro a proti* patřily k velmi dobře navštíveným. Pro ty účastníky sjezdu, kteří nezvládli navštívit program PS na sjezdu, přispívá PS do druhého tzv. sjezdového čísla časopisu REMEDIA, kde je možno se s těmito novinkami seznámit v písemné formě. PS jako

### SN Co považujete za prioritní úkoly výboru PS Kardiovaskulární farmakoterapie v nadcházejícím období?

Ráda bych udržela zájem lékařské veřejnosti o aktivity PS nejenom na sjezdu ČKS, ale také na konferencích jiných asociací, pracovních skupin či odborných akcích nemocnic. Pro letošní rok bych ráda pokračovala v zavedené spolupráci v rámci VIII. Kardiovaskulárních dnů v Ostravě, prohloubení spolupráce s Českou

asociací srdečního selhání, určitě v rámci konference na podzim 2019 v Brně a rozšíření spolupráce na Sjezdu České internistické společnosti. Nově se budeme také účastnit svým blokem na Farmakodnech 2019 České společnosti pro experimentální a klinickou farmakologii a toxikologii v polovině září v Praze. Určitě se chceme aktivně zapojit do propagace nových lékových skupin, které se jeví velmi slibné jako např. glifloziny nejen u diabetu, ale i u hypertenze a srdečního selhání, PCSK9 všech ischemikům s LDL nad 1,8 mmol/l nebo rozšíření indikací pro přímá antikoagulantia.

### SN Co byste ráda vzkázala svým členům či ostatním zájemcům o činnost ve Vaší pracovní skupině?

Farmakoterapie propojuje všechny oblasti kardiologie a interní medicíny. S rozvojem nových lékových skupin přispívá ke zlepšení péče o pacienty. Ráda bych proto

pozvala co nejvíce účastníků sjezdu na naše bloky na sjezdu a také na akce spolupořádané PS, ale hlavně aby svůj zájem vyjádřili členstvím v naší PS.

### SN Na co byste ráda pozvala účastníky Výročního sjezdu ČKS?

**HOT-lines**  
Předsedající: prof. Špinarová, dr. Janský  
Studie DECLARE – prof. Špinar  
Studie TRANSITION+PIONEER HF – doc. Bělohávek  
Studie MARINER – prof. Špinarová  
Studie ARRIVE + ASCEND + ASPIRE – prof. Janský  
Studie REDUCE – prof. Hradec  
Studie COMPASS – prof. Bultas  
Studie COMANDER – prof. Vítovec  
Studie ATTR-ACT – prof. Paleček  
Studie TRED – doc. Krejčí  
Studie STOPDAPT-2 – prim. Groch

### Farmakoterapie u metabolického syndromu

předsedající: doc. Ludka, prof. Vítovec  
Perorální antidiabetika – prof. Špinar  
Hypolipidemika – dr. Janský  
Antihypertenziva u pacientů s metabolickým syndromem – prof. Souček

### Pro a proti Beta blokátory u fibrilace síní a srdečního selhání

Pro: prof. Vítovec  
Proti: prof. Špinar

### Pro a proti Omega-3 MK

Pro: prof. Vrablík  
Proti: prof. Bultas

Na otázky **SN** odpovídala **prof. MUDr. Lenka Špinarová, Ph.D., FESC** předsedkyně PS Kardiovaskulární farmakoterapie

## Informace o blocích České asociace srdečního selhání

Česká asociace srdečního selhání připravila na sjezd České kardiologické společnosti 4 bloky, kdy ve středu 15. května zazní blok o srdečním selhání se zachovalou ejekční frakcí, což je stav, který je poprvé jasně definován v guideline ESC 2016, kdy k symptomům a známkám, je potřeba mít ejekční frakci nad 50 %, zvýšené natriuretické peptidy a mít další přesně definované echokardiografické abnormality. Úvod do problematiky přednese MUDr. Petr Lokaj, Ph. D. z Brna.

Srdeční selhání se zachovalou systolickou funkcí (HFpEF) je klinický syndrom s příznaky/známkami srdečního selhání s EF LK nad 50 % při nezvýšené diastolické náplni levé komory nad 97 ml/m<sup>2</sup>. Mezi další kritéria podporující diagnózu HFpEF jsou: elevace natriuretických peptidů, přítomnost významného strukturálního onemocnění srdce (hypertrofie levé komory, dilatace levé síně) nebo známky diastolické dysfunkce. V prevalenci srdečního selhání mezi 1–2 %, tvoří HFpEF kolem 50 % ze všech klinických syndromů srdečního selhání (HFmEF, HFrEF), s vysokou variabilitou zastoupení dle klinických studií či registrů mezi 22–73 %. Z pohledu etiologie se jedná o heterogenní skupinu onemocnění se společnými

projevy srdečního selhání zahrnující patologie spojené se zvýšením dotížení, předtížení levé komory, tachy- či bradyarytmií, srdeční dyssynchronií, onemocněním perikardu a konečně nejčetnější skupinou diastolické dysfunkce v užším slova smyslu. Diagnostika HFpEF se opírá především o echokardiografické vyšetření, eventuálně invazivní katetrizační vyšetření se změřením plicních tlaků levé komory (LVEDP) resp. tlaku v zaklínění (PCWP). V případě nejasností neinvazivní či invazivní zátěžový test.

Doc. Melenovský přednese vztah HFpEF a fibrilace síní. Řada pacientů s FiS má latentní HFpEF, o kterém se neví a které se projeví až při zátěžovém hemodynamickém vyšetření. V invazivní studii velké kohorty pacientů v HFpEF se ukázalo, že FiS je jedním z nejsilnějších prediktorů přítomnosti tohoto onemocnění a v následně navrženém H2FPEF score (Obokata M, Circulation 2018) má FiS nejvyšší váhu. Fibrilace síní vede k ztrátě síňového příspěvku, který u tuhé komory významně přispívá k plnění LK. Přítomnost fibrilace síní vede také k dysfunkci pravé komory, a to nezávisle na tlacích v plicnici nebo tepové frekvenci. Ovlivnění přítomnosti FiS může být jednou z intervencí, jak

zabránit progresi a symptomům tohoto onemocnění.

Doc. Krejčí bude prezentovat vlastní výsledky s invazivní diagnostikou (Meluzin J, Hude P, Leinveber P, Krejci J, Spinarova L, Bedanova H, Podrouzkova H, Stepanova R, Nemeč P. High prevalence of exercise-induced heart failure with normal ejection fraction in post-heart transplant patients. Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. 2014 Jun;158(2):295-302). Ukázalo se, že více než polovina pacientů po srdeční transplantaci, kteří měli v klidu PCWP pod 15 mm Hg, po zátěži generovali PCWP nad 25 mm Hg. Jen 26 % nemocných mělo normální hodnoty PCWP získané při pravostranné katetrizaci v klidu i při zátěži. Z neinvazivních parametrů byla prediktorem přítomnosti zátěži indukovaného vzestupu PCWP indexovaná masa levé komory adjustovaná na věk dárce. Hlavní sdělení bude mít doc. Filip Málek o farmakologické a nefarmakologické léčbě srdečního selhání se zachovalou ejekční frakcí. Léky modifikující průběh onemocnění u nemocných se srdečním selháním a sníženou ejekční frakcí se ukázaly být u pacientů se zachovalou ejekční frakcí neefektivní. Doporučena je léčba ischemické choroby srdeční, arte-

riální hypertenze a kontrola rytmu nebo frekvence u fibrilace síní jako hlavní principy terapie této populace nemocných. Výzkum farmakoterapie se zaměřil i na nové patofyziologické cesty. Probíhá také intenzivní výzkum nefarmakologických metod.

Zajímavým směrem výzkumu je ovlivnění oxidu dusnatého (NO), solubilní guanylylcyklázy (sGC) a cyklického guanosinomonofostátu (cGMP). Předmětem výzkumu jsou donátory NO (např. Nitroprusid), nitráty a hydralazin. Aktivátory a stimulatory sGC mají silný vasodilatační a antihypertenzní potenciál při zachování kardioprotektivních i nefroprotektivních účinků. Riociguat je prvním orálním stimulatorem sGC, byl testován u pacientů s HFpEF s plicní hypertenzí. Zlepšil srdeční výdej a snížil dotížení komor, ale neměl vliv na tlak v plicnici, ani na plicní vaskulární rezistenci. Další probíhající studii je fáze II v rámci programu SOCRATES. Testovaným lékem byl v několika studiích u pacientů s HFpEF sildenafil, který má selektivní vasodilatační efekt na plicní cirkulaci. V menší studii pacientů s HFpEF a plicní hypertenzí vedl sildenafil ke snížení tlaku v plicnici, tlaku v plicnici v zaklínění a došlo ke zlepšení funkce levé

i pravé komory. Tyto příznivé výsledky však nebyly ve studii fáze III RELAX (Phosphodiesterase-5 Inhibition to Improve Clinical Status and Exercise Capacity in Heart Failure with Preserved Ejection Fraction) potvrzeny. Dalším směrem je také možnost ovlivnění degradace natriuretických peptidů a tím využít jejich fyziologické vlastnosti. Sakubitril-valsartan je zatím jediným představitelem lékové skupiny inhibitorů receptoru angiotenzinu a neprilysinu (ARNI = angiotensin receptor and neprilysin inhibitors). Sakubitril-valsartan má potenciál v léčbě srdečního selhání se zachovalou ejekční frakcí. Randomizovaná srovnávací studie PARAMOUNT druhé fáze klinického výzkumu ukázala, že sakubitril-valsartan 97/103 mg dvakrát denně ve srovnání s valsartanem 160 mg dvakrát denně významně snížil průměrnou koncentraci NT-proBNP o 23 % (p = 0,005) u 283 pacientů s chronickým srdečním selháním NYHA II a III a EF LK ≥ 45 %. V současnosti končí randomizovaná studie PARAGON-HF u srdečního selhání se zachovalou ejekční frakcí.

**prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc,** předseda České asociace srdečního selhání

# Antitrombotika u infarktu myokardu - komu, jaká, na jak dlouho?



prof. MUDr. Richard Rokyta Ph.D., FESC

Název úvodní přednášky obsahoval otázku „DAPT v akutní fázi AKS – máme nové poznatky?“, na kterou se snažil najít odpověď přednosta Kardiologické kliniky FN Plzeň prof. MUDr. Richard Rokyta, Ph.D. Předlčením pacienta s akutním koronárním syndromem (AKS) se rozumí léčba před znalostí koronární anatomie. Patofyziologickým podkladem AKS s elevací segmentu ST bývá kompletní intrakoronární tromboza, u AKS bez elevace ST (non-STE AKS) je intrakoronární tromboza nekompletní. Základem předlčení je antitrombotická léčba (tj. léčba antikoagulační a antiagregační). V přednemocniční péči je součástí předlčení i oxygenoterapie, podání opiátů, betablokátorů a statinů. Byly uvedeny následující argumenty PRO předlčení antitrombotiky: redukce progresu ruptury plátu, lepší průtok v IRA a redukce ischemických příhod. V úvahu je nutné vzít i argumenty PROTI předlčení antitrombotiky: zvýšené riziko krvácení, prodloužení hospitalizace pacientů indikovaných k CABG či jiná diagnóza (např. disekce aorty).

V klinické studii RAPID (srovnání prasugrelu s ticagrelor) bylo prokázáno, že u pacientů s akutním infarktem myokardu s ST elevací (STEMI) je účinné inhibice agregace destiček u většiny pacientů dosaženo až po 4 hodinách. Proto by měla být léčba podána co nejdříve, aby bylo dostatek času k nástupu účinku. Na základě prezentovaných klinických dat ze studie ATLANTIC bylo doloženo, že přednemocniční podání ticagreloru je bezpečné, nevede sice ke zlepšení koronární perfúze před PCI, ale snižuje riziko trombozy stentu. Časový rozdíl mezi podáváním ticagreloru mezi skupinami byl pouze 30 minut (střední čas od randomizace do angiografie byl 48 min).

Pro subpopulaci pacientů (např. intubovaný pacient, pacient s nauzeou, zvracením či dysfagií), u kterých může být problematické perorální podávání inhibitorů P2Y12, byla vyvinuta orodisperzní forma ticagreloru. Forma ODT je alternativní formou ke schválené (IR) tablety, jak je popsáno v SPC. Tableta dispergovatelná v ústech může být podána s nebo bez vody – rozpustí se v ústech a zapije, rozpustí se v ústech a spolkne a je možné i rychle rozpustit ve vodě a při-

pravít pro podání nasogastrickou sondou bez potřeby tabletu drtit. Co se týká ticagreloru, bylo ve studii WESTERN a JAPANESE ověřeno, že orodisperzní forma ticagreloru je bioekvivalentní k ticagreloru ve formě tablety s přímým uvolněním. Antitrombotická léčba pro pacienty se STEMI by měla být podle současných doporučení založena na podání ticagreloru (180 mg) nebo prasugrelu (60 mg), v druhé volbě případně clopidogrelu (600 mg), a to před PCI nebo nejpozději během PCI, doplněném o léčbu kyselinou kyselinou acetylsalicylovou (ASA; 150–300 mg p. o. nebo 75–250 mg i. v.). Antikoagulační léčba se opírá o podání nefrakcionovaného heparinu (UFH; 70 j/kg i. v.).

Antitrombotická léčba u pacientů bez STE podstupujících invazivní léčbu by měla obsahovat v PNP kyselinu kyselinu acetylsalicylovou (ASA; 150–300 mg p. o. nebo 75–250 mg i. v.), zvažena by měla být aplikace ticagreloru, případně clopidogrelu, pokud ticagrelor nepřipadá v úvahu, a to co nejdříve po potvrzení diagnózy. U pacientů s non-STE AKS, u nichž neznáme anatomii koronárních tepen, není doporučena léčba prasugrelem. Antikoagulační léčba v PNP by měla obsahovat podání nefrakcionovaného heparinu (UFH; 70 j/kg i. v.) – vysoce rizikový NSTEMI (fondaparinux 2,5mg s.c. 1x denně; enoxaparin 1mg/kg s.c. 2x denně). Ohledně předlčení pacienta s akutním koronárním syndromem bylo závěrem konstatováno, že strategie antitrombotické léčby by měla být zvolena podle typu akutního koronárního syndromu, protokolu přednemocniční neodkladné péče a v případě nejasností (EKG) by měla být konzultace kardiocentra. Co se týká podávání inhibitorů P2Y12 je nutné zvažovat načasování zahájení léčby a další možnost možnost efektivní protidestičkové léčby (orodisperzní forma ticagreloru) u pacientů s AKS, kteří mají potíže s polykáním.



doc. MUDr. Martin Mates, CSc., FESC

Nová ESC guidelines pro revaskularizaci vs. klinická praxe: léčíme správně?

tuto otázku si kladl doc. MUDr. Martin Mates, CSc. – vedoucí lékař oddělení intervenční kardiologie Nemocnice na Homolce.

V průběhu let prodělaly revaskularizační doporučené postupy

značný vývoj. Bylo konstatováno, že v minulosti šlo spíše o evoluci, kdežto v současnosti se jedná spíše o změny revoluční. Jako příklad bylo uvedeno, že na revaskularizační doporučené postupy z roku 2010 stačilo 5 stran. Doporučeným postupům ESC/EACTS pro revaskularizaci myokardu-2018 (Souhrn dokumentu připravený Českou kardiologickou společností, Českou asociací intervenční kardiologie a Českou společností kardiologické chirurgie ČLS JEP) bylo věnováno 33 stran.

V současných doporučeních pro revaskularizaci myokardu, jehož spoluautorem je docent Mates, je uvedena protidestičková léčba delší než 12 měsíců u nemocných s NSTEMI/STEMI. Doslova se říká, že u pacientů s AKS, kteří tolerovali DAPT bez krvácivých komplikací, může být zváženo podávání DAPT po dobu delší než 12 měsíců. U pacientů s AKS, kteří tolerovali DAPT bez krvácivých komplikací a kteří mají vysoké riziko aterotrombotických příhod, může být po 12 měsících upřednostněno podávání ticagreloru v dávce 60 mg 2x denně před podáváním clopidogrelu nebo prasugrelu. Jedním z důvodů pro prolongaci DAPT jsou výsledky z registrů, kdy až 1 z 5 pacientů, kteří jsou bez příhody v prvním roce po IM zažije další KV příhodu během následujících 3 let.



prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc., FESC, FCMA

„Kdo je vhodný pacient pro prolongovanou léčbu DAPT?“ Tuto otázku si v úvodu položil prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc. přednosta II. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Pozornost byla zaměřena na protidestičkovou léčbu založenou na podávání kyseliny acetylsalicylové a P2Y12. Na základě studie PLATO je zřejmé, že při léčbě 1 000 nemocných s akutním infarktem myokardu ticagrelor oproti clopidogrelu se zabránil 14 úmrtím, 11 infarktům myokardu a 7 trombózám ve stentu. Ticagrelor oproti clopidogrelu má statisticky významně nižší celkovou i kardiologickou mortalitu a nezvyšuje velké ani malé krvácení. Dalším důležitým bodem při duální protidestičkové léčbě je posouzení rizika krvácení a ischemie. Zde slouží lékařům skórovací systémy PRECISE-DAPT (v době koronárního stentingu) a skóre

DAPT (po 12 měsících DAPT bez komplikací). Oba skórovací systémy jsou poměrně složité a neúplně dokonalé. Na druhou stranu je z nich zřejmé, kteří pacienti můžou profitovat z dlouhodobé duální léčby. Následně byla prezentována studie DAPT, která zkoumala vliv prodloužení duální antiagregační léčby (clopidogrelem či prasugrelem spolu s ASA) po implantaci lékového koronárního stentu až na 30 měsíců. Celkem zahrnovala téměř 10 tisíc pacientů, kteří byli randomizováni k prodloužení, či pouze ke 12měsíční léčbě. Výsledek prokázal ve větvi s prodlouženou dobou léčby snížení ischemických příhod za cenu zvýšeného krvácení.

Zásadní klinickou studií v otázce prolongace duální léčby je PEGASUS-TIMI 54, která zkoumala hypotézu, zda přidání ticagreloru (v dávce 60 či 90 mg) k malé dávce kyseliny acetylsalicylové sníží výskyt kardiologických příhod u stabilních pacientů po infarktu myokardu. Do studie bylo zařazeno 21 162 pacientů ve věku ≥ 50 let s historií infarktu myokardu 1–3 roky před zařazením do studie a s alespoň jedním dalším aterotrombotickým rizikovým faktorem. Primární účinnostní cíl bylo kardiologické úmrtí, infarkt myokardu nebo cévní mozková příhoda a primární bezpečnostní cíl bylo TIMI-velké krvácení. Průměrná doba od posledního infarktu byla 1,7 let a infarkty myokardu s elevací ST úseku tvořily nadpoloviční většinu. Většina pacientů (83 %) byla léčena primární angioplastikou a u skoro 60 % bylo postižení více tepen. Medián sledování byl 33 měsíců. Obě dávky ticagreloru statisticky významně snížily primární kombinovaný cíl – kardiologické úmrtí, infarkt myokardu a ischemickou mozkovou příhodu. Účinek ticagreloru byl konzistentní i na každý z primárních podcílů. Primární bezpečnostní cíl byl vyšší na obou dávkách ticagreloru s výskytem po 3 letech. Benefit byl zřetelnější u pacientů, kteří pokračují nebo jen krátce přerušili léčbu inhibitory receptoru P2Y12 a u těch s kratší dobou od IM. Na základě toho CHMP-EMA schválila evropskou indikaci, kdy po iniciální roční léčbě ticagrelor 90 mg u AKS pacientů byla léčba ticagrelor 60 mg zahájena pokud možno bez přerušování jako kontinuální terapie. Léčba může být také zahájena až 2 roky od IM nebo během ročního přerušování léčby předchozím inhibitory receptoru pro ADP.

Dále byla položena otázka, jaká skupina pacientů nejvíce profitovala z prolongované léčby? Z léčby profitovali především rizikovití pacienti – diabetici, pacienti s ICHDK, pacienti s mnohočetným postižením koronárních cév či se sníženou glomerulární filtrací. Závěrem bylo shrnuto, že většina nemocných s AKS (STEMI/

NSTEMI) je léčena intervenčně, trombolýza v ČR prakticky není využívána a většina nemocných by měla být ošetřena DES bez ohledu na riziko krvácení. U nemocných bez FS je preferována léčba ticagrelor/prasugrelem před clopidogrelem a délka léčby DAPT je závislá od komplikací či rizika krvácení. Preferovaná délka léčby je 12 měsíců, ale lze ji v případě vysokého rizika krvácení zkrátit i na 6 měsíců. Dlouhodobá terapie DAPT (>12 měsíců) je vhodná s ticagrelor 2x60 mg u nemocných s vysokým ischemickým rizikem, bez vysokého rizika krvácení a bez přerušování po 12 měsících DAPT.



prof. MUDr. Zuzana Mořovská, Ph.D., FESC

Pacient v chronické fázi po IM: antikoagulace nebo antiagregace? Na závěr symposia si položila tuto otázku prof. MUDr. Zuzana Mořovská, Ph.D. z III. Interní – kardiologické kliniky 3. LF UK a FNKV v Praze.

Patofyziologickým korelátorem AKS je aterotromboza. Sekundární prevence AKS spočívá ve stabilizaci (regresi) aterosklerotického plátu a v prevenci trombozy. V rámci prevence aterotrombotické příhody se uplatňují dvě strategie – protidestičková a antitrombinová (antikoagulační). Přínos protidestičkové léčby byl sledován ve studiích, které trvaly kratší dobu než 12 měsíců – CURE, PLATO, TRITON, ACCOAST, ale také ve studiích delších než 12 měsíců – CAPRIE, CHARISMA, DAPT, PEGASUS. V první skupině studií, s délkou léčby do 1 roku, profitovali pacienti po infarktu myokardu po PCI z kombinace acetylsalicylové kyseliny a inhibitorů P2Y12.

Ale jak tomu je u pacientů po jednom roce léčby? V této souvislosti byly prezentovány následující klinické studie: CHARISMA (medián od infarktu myokardu do randomizace byl 26 měsíců) a již zmiňované DAPT a PEGASUS. I na základě těchto studií se v ESC doporučeních pro duální léčbu objevuje, že „u pacientů s AKS, kteří tolerovali DAPT bez krvácivých komplikací lze zvážet pokračování v DAPT po dobu delší než 12 měsíců. U pacientů s IM a vysokým ischemickým rizikem, kteří tolerovali DAPT bez krvácivých komplikací, lze upřednostnit ticagrelor v dávce 60 mg 2x denně

Pokračování na str. 9



Dokončení ze str. 8

přidaný na dobu delší než 12 měsíců ke kyselině acetylsalicylové před clopidogrelem či prasugrelem. Bylo poznamenáno, že rozhodování v čase je dynamické a je nutná individualizace protidestičkové léčby, tj. zvážit intenzitu a délku léčby.

Dále byla pozornost zaměřena na antitrombinovou (antikoagulační léčbu), kde byly uvedeny studie pro akutní fázi infarktu myokardu - ISAR REACT, SYNERGY, ESSENCE, OASIS, ACUITY, ATLAS TIMI 51 a chronické fáze (až 20 let po infarktu myokardu) - COMPASS. Při antitrombinové léčbě je nutné vzít v úvahu, že po akutním infarktu myokardu dlouhodobě přetrvává zvýšená aktivita koagulačního systému (zvýšená syntéza trombinu).

Jedinou kompletní studií, která proběhla podle plánovaného harmonogramu byla studie ATLAS ACS 2-TIMI 51. Studie byla dvojitě slepá, randomizovaná, placebem kontrolovaná a zahrnuje 15 526 nemocných s akutním koronárním syndromem. Nemocní dostávali 2,5 mg nebo 5,0 mg rivaroxabanu 2krát denně proti placebu po dobu průměrně

13 měsíců. Pacienti byli randomizováni v poměru 1 : 1 : 1 (5174 pacientů dostávalo rivaroxaban v dávce 2krát denně 2,5 mg, 5176 pacientů v dávce 2krát denně 5,0 mg). Průměrná doba léčby ve studii byla 13,1 měsíce. Primárním cílem studie bylo zjištění výskytu úmrtí z kardiovaskulárních příčin, infarktu myokardu nebo cévní mozkové příhody. Výsledky studie lze shrnout závěrem, že u pacientů s akutním koronárním syndromem došlo po léčbě rivaroxabanem k poklesu výskytu složeného cíle (úmrtí z kardiovaskulárních příčin, infarkt myokardu a cévní mozková příhoda). Rivaroxaban více než 3x zvýšil výskyt velkých krvácení, zároveň zvýšil výskyt i intrakraniálních krvácení, nezvýšil však

výskyt fatálních krvácení.

Doporučení (ESC Guidelines Myocardial Revascularization, 2018) pro antitrombotickou léčbu, u pacientů po PCI a u pacientů s infarktem myokardu podstupujících koronární intervenci, je následující: „U AKS pacientů bez předchozí cévní mozkové příhody/TIA a u pacientů ve vysokém ischemickém riziku a zároveň nízkém riziku krvácení, užívající kyselinu acetylsalicylovou a clopidogrel, lze zvážit (IIB, B) podání nízké dávky rivaroxabanu (2,5 mg 2x denně po dobu přibližně 1 roku) po přerušení parenterální antikoagulace“.

Následně byla pozornost nasměrována na studii COMPASS. Cílem této studie bylo ověřit, zda přímé perorální antikoagulans

rivaroxaban (2x 5 mg) či kombinace rivaroxabanu (2x 2,5 mg) v kombinaci s kyselinou acetylsalicylovou - ASA (1x 100 mg) sníží výskyt velkých vaskulárních příhod typu MACE (úmrtí z kardiovaskulárních příčin, iktus či infarkt myokardu). Studie byla realizována u více než 27 tisíc nemocných se stabilizovaným aterosklerotickým postižením v koronárním řečišti či v povodí dolních končetin. Nemocných s přítomností ICHDK bylo 20 %; 69 % pacientů mělo anamnézu IM, kdy průměr od IM byl 7,1 let - na rozdíl od studie PEGASUS, kde střední doba od IM byla 1,7 roku. Předpokládána délka studie byla 3-4 roky. Na základě dosažení statistické významnosti poklesu velkých vaskulárních příhod mezi větví léčenou kombinací (rivaroxaban s ASA) proti větví s ASA, byla studie ukončena (průměrná délka sledování byla 23 měsíců). Ve větví kombinované - rivaroxaban+ASA - se velké vaskulární příhody objevily v 4,1%, v rivaroxabanové v 4,9 % a ve větví léčené ASA v 5,4 %. Rozdíl 24 % - mezi větví kombinovanou a ASA byl vysoce významný, rozdíl mezi větví rivaroxabanovou versus větví kombinovanou rivaroxaban+ASA, byl nevýznamný. Přínos kom-


binační léčby byl dán poklesem mozkových příhod. Při sledování efektu léčby v podskupinách s ICHS a s ICHDK byl příznivý efekt patrný v obou podskupinách. V absolutním počtu bylo pozorováno v celé kohortě při léčbě rivaroxabanem v kombinaci s ASA o 1,3 velkých cévních příhod méně, na každých 100 léčených po dobu téměř 2 let v porovnání s léčbou ASA. Primárním ukazatelem bezpečnosti studie byl výskyt velkých krvácivých příhod. V absolutních číslech se na 100 léčených po dobu téměř dvou let objevilo o 1,2 více velkých krvácivých komplikací při léčbě kombinované, resp. o 0,9 % více při léčbě rivaroxabanem v porovnání s léčbou ASA. Fatálních krvácení bylo málo a rozdíly nebyly významné.


Závěrem bylo konstatováno, že pokud bychom hledali optimální antitrombotickou léčbu pro pacienta na podkladě dostupné literatury, zřejmě bychom v akutní fázi volili moderní DAPT, v mediální fázi bychom po pečlivém uvážení krvácivého a ischemického rizika volili plynulé pokračování prolongované DAPT na 3-4 roky a v chronické fázi pak rivaroxaban.



INZERCE

## U PACIENTŮ S AKS A PO INFARKTU MYOKARDU SUPERIORITA BRILIQUE<sup>1-3</sup>





MŮŽE  
UDĚLAT  
ROZDÍL

Na zlepšení prognózy záleží:<sup>1-3</sup>

BRILIQUE® 90 mg SNIŽUJE KV MORTALITU  
VS. CLOPIDOGREL PO 12 MĚSÍCÍCH.<sup>1</sup>

-21%

PRODLOUŽENÉ PODÁVÁNÍ  
BRILIQUE® 60 mg + ASA SNIŽUJE  
U RIZIKOVÝCH PACIENTŮ PO IM  
KV MORTALITU VS. ASA SAMOTNÁ.<sup>3</sup>

NOVINKA

-29%

AKS – akutní koronární syndrom / KV – kardiovaskulární / IM – infarkt myokardu

**Zkrácená informace o přípravku BRILIQUE® 90 mg**  
**Název přípravku:** Brilique 90 mg potahované tablety. **Složení a léková forma:** Jedna potahovaná tableta obsahuje ticagrelor 90 mg. Přípravek Brilique obsahuje méně než 1 mmol sodíku (23 mg) v jedné dávce. **Indikace:** Přípravek Brilique podáváný s kyselinou acetylsalicylovou (ASA) je indikován k prevenci aterosklerotických příhod u dospělých pacientů s akutním koronárním syndromem (ACS) nebo infarktem myokardu (IM) v anamnéze a vysokým rizikem vývoje aterosklerotických příhod. **Dávkování a způsob podání:** Pacienti užívající přípravek Brilique mají též užívat nízkou udržovací dávku ASA 75–150 mg denně. **ACS:** Léčba přípravkem Brilique se zahajuje podáním jedné iniciální dávky 180 mg (dvě tablety po 90 mg) a dále se pokračuje dávkou 90 mg dvakrát denně. Léčba přípravkem Brilique 90 mg dvakrát denně se doporučuje u pacientů s ACS po dobu 12 měsíců, pokud není přerušena léčba klinicky indikována. **IM:** U pacientů s anamnézou IM a vysokým rizikem aterosklerotických příhod se doporučuje podávat přípravek Brilique 60 mg dvakrát denně po dobu nejméně jednoho roku. Léčbu lze zahájit bez přerušování jako pokračování po úvodní jednorázové léčbě přípravkem Brilique 90 mg nebo jině léčí inhibitory receptoru pro adenosin difosfát (ADP) u pacientů s ACS a vysokým rizikem aterosklerotických příhod. Léčbu lze též zahájit až dva roky od ataky IM nebo v průběhu jednoho roku od ukončení předchozí léčby inhibitory ADP receptoru. Existují pouze omezené údaje o účinnosti a bezpečnosti ticagreloru při pokračování léčbě delší než 3 roky. Přípravek Brilique lze podat s jídlem i bez jídla. Tablety lze také rozdrtit na jemný prášek a smísit s polovinou sklenice vody a ihned vypít. Směs lze podat též přes nazogastrickou sondu. **Zvláštní populace:** U starších pacientů není nutná úprava dávky. U pacientů s poruchou funkce ledvin není nutná úprava dávky. U pacientů v konečném stádiu renálního onemocnění nelze ticagrelor odstranit dialýzou, podobně jako u pacientů s normální funkcí ledvin. U pacientů s lehkou poruchou funkce jater není nutná úprava dávky. U pacientů s těžkou poruchou funkce jater je ticagrelor kontraindikován. Nejsou dostupné údaje u dětí do 18 let. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku. Patologické aktivní krvácení. Anamnéza intrakraniálního krvácení. Těžká porucha funkce jater. **Souběžné podávání ticagreloru se silnými inhibitory CYP3A4 (např. ketokonazolem, klaritromycinem, nefazodonem, ritonavirem a atazanavirem), neboť souběžné podávání může vést k podstatnému zvýšení expozice ticagreloru. Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Ticagrelor se má podávat opatrně u pacientů se sklonem ke krvácení (např. v důsledku nedávného traumatu, nedávného chirurgického výkonu, poruchou koagulace, akutního nebo recedivního gastrointestinálního krvácení) a u pacientů, kteří souběžně užívají přípravky, které mohou zvyšovat riziko krvácení (např. nesteroidní antirevmatika, antitrombotika, perorální antikoagulantia a/nebo fibrinolytika v průběhu 24 hodin od podání ticagreloru). Ticagrelor se musí používat opatrně u pacientů s anamnézou bronchiálního astmatu a/nebo CHOPN. U pacientů s rizikem bradykardie jsou klinické zkušenosti omezené, doporučuje se opatrnost. Pacienti mají být poučeni, že mají informovat lékaře a zubního lékaře, že užívají ticagrelor, před jakoukoli plánovanou operací a předtím, než začnou užívat jakýkoli nový léčivý přípravek. Pokud je u pacienta plánována operace a není žádoucí antiagregační účinek, je třeba ticagrelor vysadit 5 dní před operací. Předčasné přerušení jakékoli antiagregační léčby, včetně přípravku Brilique, může vést ke zvýšení rizika kardiovaskulární (CV) smrti, IM nebo cévní mozkové příhody v důsledku základního onemocnění. Proto se má předčasné přerušení léčby vyloučit. Dále viz SPC. **Interakce:** Ticagrelor je převážně substrátem pro CYP3A4 a mírným inhibítorem CYP3A4. Ticagrelor je též substrátem pro P-gp a slabým inhibítorem P-gp a může zvyšovat expozici k substrátům pro P-gp. Je třeba opatrnosti při souběžném podávání P-gp se středně silnými inhibitory CYP3A4 (verapamil, chinidin). Nebyl zjištěn vliv na sérové hladiny cyklosporinu. Souběžné podávání ticagreloru a heparinu, enoxaparínu a kyseliny acetylsalicylové nebo desmopresinu nemá vliv na farmakokinetiku ticagreloru ani na parciální aktivovaný trombolastinový čas (aPTT), aktivovaný koagulační čas (ACT) nebo výsledky stanovení faktoru Xa. U pacientů s ACS léčených morfínem (35% snížení expozice ticagreloru) byla pozorována způsobilá a snížená expozice perorálním inhibítorem P2Y12, včetně ticagreloru a aktivního metabolitu ticagreloru. Klinický význam není znám, údaje však naznačují možnost snížení účinnosti ticagreloru u pacientů současně léčených ticagrelorem a morfínem. Souběžné podávání ticagreloru a substrátů pro CYP3A4 s úzkým terapeutickým indexem (např. cisaprid nebo námelové alkaloidy) se nedoporučuje. Při podávání ticagreloru současně s léčivými přípravky, které vyvolávají bradykardii, se doporučuje opatrnost. V klinických studiích byl ticagrelor podáván souběžně s ASA. Inhibitory protonové pumpy, statiny, beta-blokátory, inhibitory angiotenzin konvertujícího enzymu a blokátory receptoru pro angiotenzin bez klinicky významných nežádoucích interakcí s těmito léčivými přípravky. Nedoporučuje se souběžné podávání ticagreloru a simvastatinu nebo lovastatinu v dávkách vyšších než 40 mg. Dále viz SPC. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Ženy v plodném věku mají v průběhu léčby ticagrelorem užívat vhodnou antikoncepci aby se předešlo otěhotnění. Podávání ticagreloru se v průběhu těhotenství nedoporučuje. Ticagrelor a jeho metabolity se vylučují do mateřského mléka. **Nežádoucí účinky:** Mezi nejčastěji hlášené patří krvácení, hyperurikémie a dušnost. **Předávkování:** Ticagrelor je dobře tolerován v jednotlivých dávkách až 900 mg. Není známo antidotum účinku ticagreloru a ticagrelor nelze odstranit dialýzou. Léčba předávkování má zahrnovat standardní postupy místní lékařské praxe. **Uchovávaní:** Nevýžaduje zvláštní podmínky. **Velikost balení:** 56 tablet v jednom balení. **Držitel rozhodnutí o registraci:** AstraZeneca AB, SE 151 85 Södertälje, Švédsko. **Registrační číslo:** EU/1/10/655/004. **Datum první registrace:** 3. 12. 2010. **Datum revize textu:** 15. 11. 2018.

<sup>1</sup> Všimněte si nových informací o přípravku. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis a přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Předtím, než přípravek předepíšete, pečlivě prostudujte Souhrn údajů o přípravku (SPC). Podrobné informace o tomto přípravku jsou k dispozici na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky <http://www.ema.europa.eu> nebo na adrese zástupce držitele rozhodnutí o registraci v ČR: AstraZeneca Czech Republic s. r. o., U Trezorky 921/2, 158 00 Praha 5 – Jinonice, tel.: +420 222 807 111, [www.astrazeneca.cz](http://www.astrazeneca.cz)

© AstraZeneca 2018 | Registrovaná ochranná známka BRILIQUE je majetkem AstraZeneca plc. Referenční číslo dokumentu: 15112018API | POUZE PRO ODBORNOU VĚŘEJNOST.

**Reference:** 1. Wallentin L, Becker RC, Budaj A et al. Ticagrelor versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. N Engl J Med 2009; 361: 1045–1057. 2. Bonaca MP, Bratt DL, Cohen M, et al. PEGASUS-TIMI 54 Steering Committee and Investigators. Long-term use of ticagrelor in patients with prior myocardial infarction. N Engl J Med 2015; 372: 1791–800. 3. Dellborg M et al. Eur Heart J 2017;38(suppl):794–795. Abs P3670. (Presented at ESC 2017).

CZ-0734

AstraZeneca

# Betablokátory a Ca antagonisté moderním pohledem



prof. Giuseppe Mancia, MD

Úvodní přednášku „2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension – focused on current position of betablockers“ zaměřenou na postavení betablokátorů v rámci guidelines prezentoval emeritní profesor Giuseppe Mancia (University of Milano-Bicocca). V souhrnu bylo uvedeno, že betablokátory představují heterogenní skupinu přípravků první volby pro iniciaci, ale i dlouhodobou léčbu hypertenze. Recentní guidelines potvrzují, že všechny hlavní antihypertenzní třídy (ACE inhibitory, ARB, betablokátory, kalcioví antagonisté a diuretika) tvoří základní pilíře antihypertenzní léčby. Bylo prokázáno, že beta-blokátory jsou zvláště vhodné pro léčbu hypertenze v určitých situacích jako je symptomatická angina pectoris, pro kontrolu srdeční frekvence, po infarktu myokardu, srdeční selhání se sníženou ejekční frakcí (HFrEF), a jako alternativa k ACE inhibitorům nebo ARB. Cílem antihypertenzní léčby by měla být celková kardiovaskulární prevence.



prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D.

Na betablokátory v souvislosti se srdečním selháním zaměřil svoji pozornost prof. MUDr. Radek Pudil, Ph.D. z I. interní-kardioangiologické kliniky LF a FN v Hradci Králové.

Přednáška byla uvedena citací: „V průběhu posledních 40 let se změnila pozice betablokátorů v léčbě chronického srdečního selhání z nejvíce nebezpečných léků až po léky neúčinnější“ (Guillaume Jondeau and Olivier Milleron). Po přehledu autonomního nervového systému byla pozornost zaměřena na aferentní impulsy pro sympatickou nervovou soustavu (SNS) a její mediátory ovlivňující srdeční činnost. Výsledkem prolongo-

vané zvýšené SNS aktivity může být progresse srdečního selhání a ovlivnění kardiálních reflexů. V této souvislosti byla zmíněna kardiotoxicita katecholaminů, kdy chronické podávání katecholaminů vedlo k intersticiální fibróze, apoptóze myocytů a srdečnímu selhání (Floras J. JACC, 2009). Byly prezentovány 2 klinické studie dokládající příznivé účinky blokády adrenergických receptorů na kongestivní kardiomyopatii (Waagstein Fet al. 1975; Swedberg K. 1980). Pozitivní výsledky chronického působení betablokátorů u pacientů se srdečním selháním jsou remodelace levé komory srdeční, snížení rizika rehospitalizace a prodloužené přežití. Byl podán přehled randomizovaných klinických studií u pacientů s chronickým srdečním selháním léčených betablokátory. Zvláštní pozornost byla věnována metoprololu v léčbě dilatační kardiomyopatie (MDC) a kongestivního srdečního selhání (MERIT-HF). Studie MERIT-HF prokázala, že léčba metoprolol sukcinátem ve formě ZOK 1x denně přidaným ke standardní léčbě chronického srdečního selhání u nemocných se stabilizovaným hemodynamickým stavem zlepšuje přežívání snížením náhlé smrti či zhoršením srdeční funkce, snižuje nutnost hospitalizací a zlepšuje kvalitu života nemocných s chronickým srdečním selháním. Ve studii MERIT-HF se rovněž prokázalo, že benefit pro pacienty s diabetem byl dokonce vyšší než u nediabetiků. Další pozitivní působení bylo pozorováno na základě klinické studie AF-CHF, kde došlo ke snížení mortality při léčbě beta-blokátory u pacientů se srdečním selháním (HFrEF) a souběžnou fibrilací síní (Cadrin-Tourigny J et al. 2017). Bylo konstatováno, že do té doby, než bude k dispozici solidnější důkaz, zůstanou betablokátory základním

kamenem léčby HFrEF, ale u pacientů s AF by měli být titrováni na základě profilů jednotlivých pacientů, HR, klinické reakce a obecné snášenlivosti. V neposlední řadě byla uvedena metanálýza 11 dvojitě slepých randomizovaných klinických, jejíž závěr konstatoval, že betablokátory snižují mortalitu u pacientů s HFrEF a sinusovým rytmem a nižší tepová frekvence je spojena s lepší prognózou, ale pouze u pacientů se sinusovým rytmem (Kotecha D. et al. 2017). Závěrem bylo prezentováno umístění betablokátorů v rámci Doporučených postupů ESC pro diagnostiku a léčbu ASS a CHSS a jejich dávkování (viz *Tabulka 1*). Zdůrazněno bylo, že schválenou indikací pro léčbu srdečního selhání má z metoprololů jen metoprolol sukcinát (forma ZOK) nikoli metoprolol tartarát.



prof. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.

Problematice kalciových antagonistů se věnoval prof. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D. z III. interní kliniky VFN a 1. LF UK v Praze v přednášce „Ca antagonisté – význam mezigeneračních rozdílů z klinického pohledu“. V úvodu byla nastíněna patofyziologie procesu kalcifikace cév a paradoxu kalcifikace. Klíčovým místem celého procesu je buňka hladké svaloviny. Na základě pa-

Beta-blokátory	Počáteční dávka (mg)	Cílová dávka (mg)
Bisoprolol	1× 1,25	1× 10
Carvedilol	2× 3,125	2× 25
Metoprolol sukcinát (CR/XL)	1× 12,5–25	1× 200
Nebivolol pouze pro pacienty starší 70 let	1× 1,25	1× 10

Tabulka 1: Dávkování betablokátorů v rámci Doporučených postupů ESC pro diagnostiku a léčbu ASS a CHSS

tofyziologie aterosklerózy lze odvodit, že množství vápníku usazeného ve stěnách koronárních tepen odpovídá úrovni aterosklerotického postižení. Na základě Agatstonova kalciového skóre je prokázána dobrá korelace se stupněm koronární aterosklerózy. V této souvislosti byla prezentována velká populační studie švédských žen, kde bylo prokázáno, že dlouhodobý zvýšený příjem kalcia je spojen s vyšším výskytem kardiovaskulárních onemocnění. Následně bylo poukázáno na vývoj blokátorů kalciového kanálu, které jsou chemicky strukturálně velmi heterogenní, proto i účinky jsou farmakologicky odlišné. Základním mechanismem této skupiny je negativní vliv na průnik iontů kalcia přes buněčné membrány. Tento efekt vede u hladkého svalstva k jeho relaxaci, u srdečního svalu ke snížení jeho inotropie, u převodního systému ke zpomalení šíření vzruchu. Tyto orgánově specifické efekty jsou v různé míře zastoupeny v jednotlivých podskupinách blokátorů kalciového kanálu. Celou skupinu kalciových blokátorů nejčastěji dělíme na léky I. třídy dihydropyridinové (1. generace: nifedipin, 2. generace: felodipin, nimodipin, isradipin a 3. generace: amlodipin, lacidipin, leracandipin), II. a III. třídy nondihydropyridinové preparáty. Pozornost byla věnována především 3. generaci a to zejména lerkandipinu. Jaký je farmakologický profil lerkandipinu? Oproti jiným zástupcům této lékové skupiny je lerkandipin vysoce lipofilní (15x

více než u amlodipin) a vysoce selektivní pro hladké svalové buňky cév, čímž se vysvětluje pomalejší nástup účinku i déletrvající účinek. Výsledný antihypertenzní účinek je tedy dán navozením periferní vazodilatace, a tím snížením periferní vaskulární rezistence. Lipofilita je rovněž příčinou nižší aktivity sympatiku, a tedy i scházející reflexní tachykardie, prakticky zanedbatelného negativně inotropního účinku a díky absenci ovlivnění aktivity draslíkových kanálů má i velmi nízký proarytmogenní potenciál. Z dalších jeho vlastností je nutné uvést inhibiční vliv na migraci a proliferaci hladkých svalových buněk arterií a tím zpomaluje vznik či progresi aterosklerózy. Farmakokinetika léku není ovlivněna věkem pacientů a je vylučován žlučí i ledvinami. Užívání dihydropyridinových blokátorů kalcia je většinou nemocných obvykle velmi dobře snášeno a v případě lerkandipinu jsou nežádoucí účinky uváděny jako klinicky nezávažné (četnost do 6,5 %, studie ELYPSE, 9 059 pacientů). Nižší incidence nežádoucích účinků při léčbě lerkandipinem má za následek výrazně vyšší setrvávání pacientů na léčebném režimu a snížení rizika rehospitalizace, přičemž antihypertenzní účinek lerkandipinu je srovnatelný s amlodipinem. Závěrem bylo konstatováno, že v souladu s Doporučením pro léčbu arteriální hypertenze (ESC/ESH 2018) je lerkandipin vhodný pro mono- i kombinovanou terapii všech stupňů esenciální hypertenze u dospělých.



Účastníci sympózia Betablokátory a Ca antagonisté moderním pohledem

# Fotoreportáž z přednášky ing. arch. Josefa Pleskota



## SCHÉMA ODBORNÉHO PROGRAMU

### ÚTERÝ 14. 5. 2019

#### ROTUNDA (pavilon A)

- 8:30 Česká asociace srdečního selhání  
spolupráce: PS Kardiologická společnost  
farmakoterapie  
Nové postupy v léčbě srdečního selhání  
9:30 Přestávka  
9:40 Slovenská kardiologická společnost  
Náhla kardiální smrt' vo svete a na Slovensku  
10:40 Přestávka  
11:10 Česká společnost pro hypertenzi  
Blok České společnosti pro hypertenzi  
12:40 Oběd  
13:30 Sympozium Pfizer, spol. s r. o.  
Pacient s rizikem tromboembolie – evidence  
vs. realita  
14:30 Přestávka  
15:00 Sympozium BAYER s. r. o.  
Jak přistupovat k pacientovi s FIS po PCI  
a naše zkušenosti s duální terapií  
16:00 Přestávka  
16:10 Nefarmakologická HOT Lines  
17:40 Konec programu

#### AGORA (pavilon A2)

- 8:30 Rapid Fire - chlopní vady  
9:30 Přestávka  
9:40 Rapid Fire - PS Chlopní a vrozené srdeční  
vady v dospělosti  
10:40 Přestávka  
11:10 Sympozium BAYER s. r. o.  
Komplexní přístup k prevenci CMP  
12:10 Přestávka  
13:30 Rapid Fire - Česká asociace akutní kardiologie  
14:30 Přestávka  
15:00 Volná sdělení - telemedicína (podpořeno  
společností Herbacor Recordati)  
16:00 Přestávka

- 16:10 Novinky z ACC 2019: Trvale antikoagulační  
pacient po implantaci stentu, jaká léčba je  
optimální?  
17:10 Konec programu

#### MORAVA (pavilon A3)

- 8:30 PS Kardiologická společnost  
Pomáháme ostatním - kdo pomůže nám?  
Aneb trochu jiná kardiorehabilitace  
9:30 Přestávka  
9:40 PS Kardiologická společnost  
Betablokátory u fibrilace síní a srdečního  
selhání Omega 3 mastné kyseliny  
10:40 Přestávka  
11:10 Sympozium CARDION s.r.o.  
U konce s dechem, pomůže mi můj nový  
přítel?  
spolupráce: CKTCH Brno  
12:40 Oběd  
13:30 Volná sdělení - poruchy rytmu,  
kardiostimulace - I.  
14:45 Volná sdělení - poruchy rytmu,  
kardiostimulace - II.  
16:00 Přestávka  
16:10 Volná sdělení - akutní koronární syndrom,  
akutní stavy v kardiologii - II.  
17:10 Konec programu

#### PRAHA (pavilon E - I. patro)

- 8:30 Česká asociace pro srdeční rytmus  
Nové trendy v arytologii  
9:30 Přestávka  
9:40 Česká asociace ambulantních kardiologů  
Jak správně vnímat EKG 21. století  
10:40 Přestávka  
11:10 Česká asociace akutní kardiologie

- Kombinovaný interaktivní blok  
12:40 Oběd  
13:30 Sympozium SERVIER s.r.o.  
Metabolické změny u pacientů s hypertenzí  
a dyslipidemií/ NENÍ ČAS ZTRÁCET ČAS  
14:30 Přestávka  
15:00 Česká asociace intervenční kardiologie  
spolupráce: Česká asociace akutní kardiologie  
MINOCA: infarkt myokardu s normálním  
nálezem na věnčitých tepnách – častěji, než  
si myslíte.  
16:00 Přestávka  
16:10 Česká asociace kardiologických  
zobrazovacích metod  
Základy zobrazovacích metod aneb co je  
nutné vědět k atestaci Co je nutné znát k  
atestaci na poli zobrazovacích metod  
17:40 Konec programu

#### BRNO (pavilon E - I. patro)

- 8:30 Česká internistická společnost  
Kardiak v ordinaci různých interních oborů  
9:30 Přestávka  
9:40 Česká diabetologická společnost  
Nové směry v diabetologii  
10:40 Přestávka  
11:10 Sympozium Novartis s.r.o., Pharma  
Srdeční selhání v praxi  
12:40 Oběd  
13:30 Sympozium Medtronic Czechia s.r.o.  
Implantabilní záznamníky EKG v klinické praxi  
14:30 Přestávka  
15:00 Sympozium Amgen s.r.o.  
I cesta je cíl aneb cesta pacienta po infarktu  
myokardu zpět do normálního života  
16:00 Přestávka  
16:10 Česká asociace srdečního selhání

- spolupráce: Česká asociace akutní kardiologie  
Akutní srdeční selhání  
Česká asociace srdečního selhání  
16:55 Kam snižovat krevní tlak u nemocných se  
srdečním selháním a jak titrovat léky.  
17:40 Konec programu

#### HRADEC KRÁLOVÉ (pavilon E - I. patro)

- 9:40 PS Preventivní kardiologie  
Ozvěny z Prague Prevention 2019  
10:40 Přestávka  
11:10 Sympozium Boehringer Ingelheim spol. s r.o.  
Interaktivní mezioborové kazuistiky  
12:40 Oběd  
13:30 Sympozium sanofi-aventis, s.r.o.  
Akutní koronární syndrom a familiární  
hypercholesterolemie (FH) v těsné souvislosti  
a často spolu  
14:30 Přestávka  
15:00 Česká asociace kardiologických  
zobrazovacích metod  
spolupráce: PS Chlopní a vrozené srdeční  
vady v dospělosti  
Mitrální regurgitace: never-ending story  
16:00 Přestávka  
16:10 Česká asociace pro srdeční rytmus  
Máme společného pacienta a stále nevím ...  
17:40 Konec programu

#### OLOMOUČ (pavilon E - I. patro)

- 17:50 ROČNÍ SETKÁNÍ INVESTIGATORŮ PROJEKTU  
SECURE V RÁMCI ČESKÉ REPUBLIKY  
18:50 Konec programu

#### Foyer sálu Praha, pavilon E

- 8:30 Posterová sekce - lékařská II.  
18:00 Konec programu

#### PLZEŇ (pavilon E - II. patro)

- 8:30 Česká asociace intervenční kardiologie  
PRO a PROTI (1) TAVI u mladších pacientů  
a (2) Aspirin je nezbytný po implantaci  
stentu  
9:30 Přestávka  
9:40 PS Chorob myokardu a perikardu  
Vybrané otázky u hypertrofické  
kardiomyopatie  
10:40 Přestávka  
11:10 Česká asociace kardiologických  
zobrazovacích metod  
spolupráce: PS Chorob myokardu  
a perikardu  
Restriktivní kardiomyopatie: především, ale  
nejeden, ta amyloidová!  
12:40 Oběd  
13:30 Sympozium Pfizer, spol. s r. o.  
Zvažujete amyloidní kardiomyopatii  
u vašich pacientů?  
14:30 Přestávka  
15:00 Sympozium Novartis s.r.o., Pharma  
Srdeční selhání ve 4:00 ráno... začátek  
dlouhého příběhu.  
16:00 Přestávka  
16:10 PS Plicní cirkulace  
Inovativní postupy v léčbě plicní hypertenze  
17:40 Konec programu

#### U sálu Plzeň, pavilon E

- 9:00 Posterová sekce - technická  
18:00 Konec programu

#### Chodba u sálu Hradec Králové, pavilon E

- 9:00 Posterová sekce - sesterská  
18:00 Konec programu



doc. MUDr. Dan Marek, Ph.D., FESC

## Rozhovor s předsedou PS Chlopenní a vrozené srdeční vady v dospělosti

i postnatální (diagnostické i terapeutické) jich více přežívá, a to do poměrně vysokého věku. Je to samozřejmě celosvětový trend. Naším úkolem je adekvátně strukturovat systém. Obecně se ale dá říci, že péče o vrozené vady je v České republice na velmi vysoké úrovni. Jestliže Evropská kardiologická společnost považuje za optimální jedno Komplexní centrum pro vrozené vady na 10 milionů obyvatel, tak ČR má hned 3 taková centra.

### SN Jak byste zhodnotil druhý rok ve funkci předsedy PS? Jaké aktivity byste rád zdůraznil? Jaké jsou aktuální úkoly PS?

Nevím, jestli je myšlena nějaká má sebereflexe, výkon předsedy by asi měli posoudit jiní. Nicméně jestli se spíše ptáte na obsah naší činnosti, tak jsme si mimo jiné ujasňovali formu a obsah činnosti nově vzniklé platformy odborníků zabývajících se především vrozenými vadami, což je podstatná část agendy naší pracovní skupiny – a narůstající. Pacientů s vrozenými vadami přibývá absolutně i relativně – zejména proto, že díky lepší a dokonalejší péči prenatální

### do procesu akreditace pracovišť pro výuku kardiologie?

Dobrá otázka. Samozřejmě jsme u diskuse – předsedové skupin a asociací jsou ex offio členové výboru ČKS. Jsme si samozřejmě vědomi, že kardiologii je nutné „studovat“ na klinikách, kde se poskytuje nejširší spektrum diagnostických a terapeutických metod. Asi nikdo dnes nezpochybňuje fakt, že kardiologie je a bude základní obor. Ale i kardiolog by si měl uchovat nadhled, základní internistické vzdělání, vědomí souvislosti a pokoru před šíří medicíny. Ten, kdo se 3 roky po promoci protlačí ke katetrizačnímu stolu, nemá v tomto ohledu moc dobré vyhlídky. Možná bude špičkovým operátorem pro jistý výkon, pokud už od toho stolu neodejde; problém ale může být, pokud ho zavolají o patro výš. Já mám možná trochu specifický pohled na vzdělávání v kardiologii tím, že jsem byl na klinice vychován, ale už několik let dělám primáře na okresní interně. Samozřejmě nekatetrizujeme, neablujeme, netransplantujeme. Ale jsme čtyři zkušené kardiologové a skoro si myslím, že solidní základy kardiologie – tedy patofyziologii, hemodynamické uvažování, základy

neinvazivní diagnostiky a principy léčby včetně kardiostimulace školenec u nás dostane a může je dostat i na jiných okresních interních. V komplexních centrech by pak viděl kardiologii a invazivní metody, ale je zbytečné, aby tam strávil celé 3 roky. Zhusta jsou adeпти kardiologické atestace využívání především na psaní příjmů a propuštění, což není dobře, a přitom je navíc pořád musí platit mateřské pracoviště. Je to ale systém, který centřům vyhovuje.

### SN Jaké bylo 21. sympozium PS Chlopenní a vrozené srdeční vady v dospělosti, které se konalo 7.–8. března v Novém Adalbertinu v Hradci Králové?

Jako obvykle – odborně a společensky vydařeně. Věnovali jsme se komplikacím operačních a invazivních výkonů pro srdeční vady, a nic jsme nepředstírali. Blahopřáli jsme docentce Popelové k vydání knihy o vrozených srdečních vadách a perlami byly také slavnostní přednášky – anesteziolog dr. Wagner z CKTCH Brno přednášel „Tělo v mimotělním oběhu“ a neuropatolog dr. Koukolík z Thomayerovy nemocnice zase „Duše v mimotělním oběhu“. Moc pěkné.

### SN Na jaké vzdělávací aktivity PS byste rád pozval ostatní kardiology v tomto či příštím roce (termín a místo konání 22. sympozia, Echokurzy)?

Sám už jste to zmínil: sjezd v Hradci Králové na jaře a Echokurzy v Přerově na podzim 2019 (a předpokládáme i 2020). Samozřejmě se nemalou měrou podílíme také na podzimních Echodnech v Olomouci. Ty aktivity i aktéři – vše je dost provázané. Jistě budou tradiční workshopy o vrozených srdečních vadách, které pořádá FN Motol, FN Brno a další. Z mezinárodních akcí je třeba zmínit EuroGUCH.

### SN Co byste rád vzkázal zájemcům o problematiku chlopenních a vrozených srdečních vad v dospělosti?

„Vážení přátelé, ano“, jak říká klasik.

Na otázky SN odpovídal doc. MUDr. Dan Marek, Ph.D., FESC předseda PS Chlopenní a vrozené srdeční vady v dospělosti



**Pavilon A, E**

**Sály v Pavilonech A, E**  
název sítě: KARDIO2019  
heslo: kongreskardio

**Registrace v Pavilonu E**  
název sítě: CKSREGISTRACE2019  
heslo: cksregistrace

XXVII. VÝROČNÍ SJEZD ČESKÉ KARDIOLOGICKÉ SPOLEČNOSTI

INZERCE

Srdečně vás zveme na sympozium společnosti Novartis s.r.o.

**Srdeční selhání ve 4.00 ráno...  
začátek dlouhého příběhu**

**ÚTERÝ • 14. 5. 2019**

**15.00 – 16.00 hodin**

sál Plzeň (pavilon E – II. patro)

Předsedající: prof. MUDr. A. Linhart, DrSc., FESC, FCMA

### Program sympozia

**Jak to vlastně bylo?**  
doc. MUDr. J. Bělohávek, Ph.D.

**Léčbu zvládne zkušená sestra KJ**  
doc. MUDr. J. Bělohávek, Ph.D.

**Mě zajímá EF a průtok na mitrální chlopni**  
prof. MUDr. A. Linhart, DrSc., FESC, FCMA

**Farmakoterapie před dimisí, ta mě trápí**  
doc. MUDr. Mgr. J. Pařenica, Ph.D.

### Panelová diskuze

CZ1904998062/04/2019

**NOVARTIS**

Novartis s. r. o., Na Pankráci 1724/129, 140 00 Praha 4  
tel.: +420 225 775 111, www.novartis.cz, info.cz@novartis.com

