

Shrnutí stručně páteční kongresový den byla vzhledem k počtu přednášek a důležitosti probíraných témat opravdu výzva. Možná skoro taková výzva, jako provedení úspěšné ablace u dlouhodobě perzistující fibrilace síní ... ale nepředbíhejme.

Přednášky v prvním bloku byly věnovány kardiiovaskulární rehabilitaci. V úvodu Dr. Karel prezentoval kazuistiku vrcholového sportovce, který podstoupil plastiku aortální chlopně pro těžkou aortální regurgitaci. I přesto, že je známo, že pacienti po operacích chlopní významně profitují zejména z navazující lázeňské léčby, byla u tohoto mladého pacienta (z důvodu jeho preferencí) aplikována ambulantní rehabilitační strategie. Při dobré adherenci byl po 65ti dnech rehabilitace patrný markantní rozdíl ve výkonnosti pacienta, což bylo doloženo výsledky ze spiroergometrie, jakožto jedné z hlavních vyšetřovacích metod v této oblasti. Následně doc. Tuka prezentoval ve své kazuistice vliv maximální dosažitelné tepové frekvence pacienta na jeho výkonnost a symptomy. Pacientka s chronickým koronárním syndromem, která se díky 2,5 mg bisoprololu/den zbavila anginy pectoris při svém mikrovaskulárním postižení, začala pro změnu trpět nevykonností a limitující námahovou dušností. Ergometricky u ní byla prokázána významná redukce maximální SF (64 % predikované maximální hodnoty). Z tohoto důvodu jí byla v medikaci snížena na polovinu dávka BB a pro antianginozní efekt přidán ivabradin 5 mg BID, což vedlo k nárůstu maximální tepové frekvence na 84 % predik. hodnoty a významné regresi symptomů. V kontrastu k tomuto parametru byl zmíněn význam klidové SF - je prokázáno, že pacienti, kteří mají při sinusovém rytmu klidovou TF > 80-90/min a při FiS TF nad 100/min mají horší prognózu. V další přednášce paní doktorka Sovová zmínila svou zkušenost s ne příliš compliantním mladým pacientem s akutní myokarditidou, který se namísto dodržování předepsaného postupného navyšování zátěže vrhnul brzy zpět k náročnému sportu a za dva roky prodělal myokarditidu podruhé, přičemž zaměstnal velké spektrum lékařů a absolvoval vlastní neuvážlivostí mnoho zbytečných a velmi drahých vyšetření na různých pracovištích (což se v současném nastavení systému daří jen velmi těžce odhalit). Následovala přednáška paní doktorky Moravcové, která zdůraznila změnu životních návyků jako nezbytnou součást úspěšné kardiorehabilitace. V následné

diskuzi byla zmíněna smutná výše ohodnocení jednotlivých výkonů kardiorehabilitace zdravotními pojišťovkami, ale i program Zdraví 2030, který by snad v této oblasti mohl přinést změnu k lepšímu.

Druhý blok se věnoval kardiiovaskulární farmakoterapii. Jednotliví řečníci (prof. Widimský, Dr. Václavík, Dr. Janský, prof. Mořovská, prof. Bělohávek) zmínili pět recentních významných studií. Studie THEMIS se věnovala pacientům léčeným s diabetem mellitem 2. typu ve vysokém riziku KV příhod (tj. pacienti s historií PCI / CABG nebo s angiograficky potvrzeným zúžením alespoň jedné koronární tepny nad 50%, kteří však neprodělali IM). Tito pacienti byli randomizováni do dvou větví, v první větvi užívali low dose ASA + placebo, ve druhé větvi byla užívána low dose ASA + 60 mg ticagreloru BID. Výsledek této studie však senzaci příliš nevyvolal, u nemocných s ICHS a DM 2. typu bez anamnézy IM/CMP kombinace ticagrelor + ASA mírně snížila incidenci ischem. příhod oproti placebo s ASA, avšak za cenu mírného zvýšení výskytu závažných krvácení, kompozitní endpoint efektivita+bezpečnost se tedy významně nelišil mezi oběma skupinami. Lépe však v této studii vyšli pacienti po PCI, u kterých může být dlouhodobá DAPT zvážena v případě nízkého rizika krvácení. Dále se věnovala pozornost souhrnné analýze studií ORION fáze III, které sledují hypolipidemickou účinnost inclisiranu (malé interferující dvojláknové RNA, která inhibuje tvorbu PCSK9 v hepatocytech a zvyšuje regeneraci LDL receptoru) v několika populacích. V přednášce byla zmíněna vysoká bezpečnost této léčby (oproti placebo je vyšší pouze incidence reakcí v místě vpichu), snížení LDL cholesterolu o > 50 % při s.c. podávání inclisiranu 2x ročně po dobu 18ti měsíců a výborná adherence k léčbě při tomto aplikačním schématu. Poté přišla na řadu studie VOYAGER PAD, která byla provedena na souboru pacientů s onemocněním periferních tepen. Před příchodem této studie jsme neměli zcela jasnou evidenci o nejvhodnější volbě antitrombotické terapie u pacientů po periferní revaskularizaci, kteří jsou vždy ve vysokém riziku následných vaskulárních komplikací - jak v oblasti intervenované tepny dolní končetiny, tak kardiálních. Randomizováno bylo přes 6500 pacientů v časovém okně maximálně do deseti dnů po chirurgické nebo endovaskulární revaskularizaci. První polovina užívala ASA 100 mg OD, druhá ASA 100 mg OD + rivaroxaban 2,5 mg BID. Kombinační antitrombotická léčba byla asociována s významnou 15% redukcí rizika ischemických komplikací (kardiálních i periferních) bez nárůstu incidence závažného

krvácení, přičemž redukce rizika byla nejvíce patrná u akutních končetinových ischemií. U ischemie jsme zůstali i v další přednášce - studie ISCHEMIA srovnává invazivní a konzervativní léčbu u pacientů se stabilní ICHS. Tato studie neprokázala přínos iniciální invazivní strategie ve srovnání s iniciální konzervativní strategií na snížení rizika sledovaných endpointů v průběhu období 3,3 roku. V diskuzi byl zdůrazněn zejména význam dobře nastavené maximální farmakoterapie u této skupiny pacientů a racionalizace indikací k provedení SKG. Závěr bloku byl věnován hodně diskutované studii DAPA HF a zejména pak jejím podanalýzám. Jak je známo, studie DAPA HF je průlomová zejména tím, že přináší do terapie srdečního selhání s $EF \leq 40\%$ nového hráče, a to dapagliflozin. Toto antidiabetikum snižuje v této skupině pacientů četnost primárního kombinovaného endpointu (zhoršení SS + KVS úmrtí) bez ohledu na přítomnost diabetu mellitu 2.typu, což už zohlednila i FDA ve svých doporučeních. Zmíněna byla také studie EMPEROR-reduced.

V třetím bloku (doc. Vrablík, prof. Ošťádal, doc. Kala, prof. Filipovský) byla mimo jiné diskutována i cílová hladina LDL cholesterolu u pacientů po IM. U této skupiny pacientů ve velmi vysokém riziku KVS příhody existuje jednoznačná evidence o benefitu z maximálního možného snížení LDLcholesterolu - ze studií zatím dle prof. Ošťádal není patrné, že by existovala jakákoliv dolní hranice cílové hladiny LDLc. V přednášce o betablokátorech jako rutinní součásti farmakoterapie u pac. po IM padlo několik důležitých informací - perorální BB máme zahajovat u všech pacientů se SS a/nebo s $EF \leq 40\%$ a méně, rutinní podávání BB by mělo být zváženo u všech pac. po STEMI, neexistuje samostatná randomiz. studie o podávání BB po IM zahrnující pouze pacienty s NSTEMI.

Čtvrtý blok aneb Jak moc je nebezpečná fibrilace síní ? Prof. Kautzner zahájil tento blok a následnou debatu přednáškou demonstrující zrádnost fibrilace síní, která se může projevit nejen manifestní CMP, ale i na prvním pohled nenápadným postupným vznikem chronických ischemických lézí ve významném procentu případů. Dále byl zdůrazněn fakt, že katetrizační ablace dlouhodobě perzistující FiS je složitější (více komplikací, delší čas výkonu,..) a má menší úspěšnost než časná ablace paroxysmální FiS - pacienty je tedy nejlepší při rozhodnutí o tomto typu strategie směřovat k výkonu co nejdříve. Co by mohlo dále zajímat mladé kardiology - právě se ve spolupráci se společností Apple rozbíhá projekt HOBIT-FS (prof. Haluzík), který má za cíl sledovat vliv snížení

hmotnosti na kontrolu rytmu u obézních s FiS. Pokud narazíme na vhodné pacienty, kteří by byli ochotni toto podstoupit, můžeme je směřovat na příslušné místo v IKEM.

Následovala **sekce Kardo 35** o tom, co způsobuje infarkt myokardu. Po úvodu o který se postaral prof. Pařenica postupně vystoupili se skvěle připravenými údernými prezentacemi Dr. Jelínek, Dr. Kala, Dr. Ondrůš, Dr. Kamasová a Dr. Macháček a prezentovali významné příčiny infarktu myokardu - jak z hlediska patogenetických mechanismů, tak z pohledu vnějších rizikových faktorů a genetiky. V odpoledních hodinách přišel na řadu **blok věnovaný chronické žilní insuficienci** (doc. Musil a Dr. Ambrož), ve kterém bylo upozorněno na nutnost důkladného flebologického vyšetření (zejm. duplexní UZ vyšetření) u pacientů s otoky DKK nejasné etiologie - příčina těchto otoků je totiž pouze ve 24 % dána interním onemocněním a ve zbylé většině případů se jedná o příčiny lokální (lymfatický otok, žilní otok, venolymf. otok), u nichž budou pacienti profitovat z jiných terapeutických postupů.

V závěrečném bloku věnovaném arytmiím nejprve Dr. Wünschová pohovořila o rozdělení bradyarytmií a současných guidelines. Další na řadě byl doc. Peichl se svou přednáškou o diferenciální diagnostice PSVT. Důležitou částí přednášky byla zmínka o F.B.I arytmií, tedy fibrilaci síní převáděné přes přídatnou dráhu, která může kdykoliv zdegenerovat do fibrilace komor a tudíž první variantou léčby je elektrická kardioverze. A musíme tu zmínit také hlavní take home message celé prezentace, a to že "každá pravidelná symptomatická SVT je vhodná ke katetrizační ablací". V závěru celého dne vystoupil ještě prof. Kautzner s přednáškou o tom, že fibrilace síní není jen příčinou KVS morbidity, ale může být i důsledkem celé řady interních chorob (obezita, DM, HT) a je tedy třeba po nich vždy aktivně pátrat a léčit je. Celý den uzavřel Dr. Čihák s prezentací o komorových arytmiích, zejména o možnostech jejich ablace různými přístupy.

Milí kolegové, stručnost bohužel není mojí silnou stránkou, ale věřím, že minimálně pro ty z vás, kteří se ke shlédnutí pátečního konferenčního dne nedostali, bude těchto pár stránek dobrým přehledem probíraných témat a nejdůležitějších sdělení.