



**CZECH CARDIOVASCULAR
RESEARCH AND
INNOVATION DAYS**

2022

November 28–29, 2022

| Hermitage Hotel Prague



**ČESKÁ
KARDIOLOGICKÁ
SPOLEČNOST**

KDYBYSTE LÉČILI SAMI SEBE, CO ZVOLÍTE?



Účinnost a bezpečnost
s přípravkem ELIQUIS®¹

Eliquis
apixaban

- Superiorita v prevenci CMP a SE vs. warfarin¹
- Superiorita ve snížení rizika výskytu závažného krvácení vs. warfarin¹

Zkrácená informace o přípravku: ELIQUIS® 2,5 mg a 5 mg potahované tablety. Složení: Léčivá látka apixabanum 2,5 mg nebo 5 mg v jedné potahované tabletě; pomocné látky se známými účinkem: 102,86/51,43 mg laktosy (tableta 5/2,5 mg); a další pomocné látky. Indikace: Prevence žilních tromboembolických příhod (VTE) u dospělých pacientů, kteří podstoupili elektivní náhradu kyčelního nebo kolenního kloubu. Prevence cévní mozkové příhody (CMP) a systémové embolie (SE) u dospělých pacientů s nevalulární fibrilací síní (NVA) a s jedním nebo více rizikovými faktory, jako jsou předchozí cévní mozková příhoda nebo tranzitorní ischemická ataka (TIA); věk > 75 let; hypertenze; diabetes mellitus; symptomatické srdeční selhání (třída NYHA > II). Léčba hluboké žilní trombózy (DVT) a plicní embolie (PE), a prevence rekurentní DVT a PE u dospělých. Dávkování a způsob podání: Prevence VTE: 2,5 mg perorálně 2x denně. Počáteční dávka by měla být užita 12 až 24 hod po operaci. Doporučená délka léčby je 32 až 38 dní (náhrada kyčelního kloubu) a 10 až 14 dní (náhrada kolenního kloubu). Prevence CMP a SE u dospělých pacientů s NVA: 5 mg perorálně 2x denně, snížená dávka 2,5 mg perorálně 2x denně při splnění kritérií pro redukci dávky dle SPC. Pacienti podstupující kardioverzi mohou užívat jednorázovou nasyčovací dávku 10mg nejméně 2 hod před výkonem. Léčba akutní DVT a léčba PE: 10 mg perorálně 2x denně prvních 7 dní; poté 5 mg perorálně 2x denně. Prevence rekurentní DVT a PE: 2,5 mg perorálně 2x denně po dokončení 6-ti měsíční léčby apixabanem nebo jiným antikoagulem. Tablety přípravku Eliquis se zapíjejí vodou, užívají se bez závislosti na jídle a lze je také podat rozdrcené a rozmíchané v tekutině či v jablčném protlak. Podrobnosti viz SPC. Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku, klinicky významné aktivní krvácení, jaterní onemocnění spojené s koagulopatií a klinicky relevantním rizikem krvácení, léze nebo stav s významným rizikem závažného krvácení, souběžná léčba jinými antikoagulemi vyjma specifických případů viz SPC. Zvláštní upozornění: Doporučuje se, aby byl přípravek Eliquis používán s opatrností v podmínkách vyššího rizika krvácení. Podávání přípravku Eliquis se musí přerušit, jestliže se vyskytne závažné krvácení. Podrobnosti vysazení před elektivním výkonem viz SPC. Souběžné užívání přípravku Eliquis s antiagreganci zvyšuje riziko krvácení; při souběžné léčbě NSAID (včetně ASA) a SSRI/SNRI je třeba dbát zvýšené opatrnosti. Podrobnosti k podání u poruch ledvin a jater a hemodynamicky nestabilních pacientů viz SPC. Eliquis není doporučen u pacientů s trombózou vanemnéze, u nichž byl diagnostikován antifosfolipidový syndrom. Je-li u pacientů s nádorovým onemocněním zvažován apixaban k léčbě DVT nebo PE, je třeba pečlivě vyhodnotit přínosy léčby oproti jejím rizikům. Interakce: Užívání se nedoporučuje u pacientů, kteří současně užívají systémové silné inhibitory CYP3A4 a P-gp, jakými jsou např. azolová antismykotika a inhibitory HIV proteázy. Při současném podávání se slabšími inhibitory CYP3A4 a/nebo P-gp není nutná úprava dávky apixabanu. Při současném podávání apixabanu se silnými induktory CYP3A4 a P-gp není nutná žádná úprava dávky apixabanu, avšak silné induktory CYP3A4 a P-gp by se měly současně podávat s opatrností. Fertilita, těhotenství a kojení: Užívání apixabanu v průběhu těhotenství se nedoporučuje. Nežádoucí účinky: Časté: krvácení (obní, z dásní, z úst, gastrointestinální, rektální, abnormální vaginální a urogenitální), hematomy, epistaxe, hematurie, kontuze, anémie, nauzea, kožní vyrážka, trombocytopenie, hypotenze, zvýšení gamaglutamyltransferázy a alaninaminotransferázy. Předávkování: Předávkování apixabanem může způsobit vyšší riziko krvácení. Je k dispozici látka ke zvrácení aktivity apixabanu proti faktoru Xa. Uchovávání: Žádné zvláštní podmínky uchovávání. Balení: Eliquis 2,5 mg: mimo jiné – 20, 60, 60x1 nebo 168 potahovaných tablet v blistru. Eliquis 5 mg: 28, 60 nebo 168 potahovaných tablet v blistru. Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci: Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEIG, Plaza 254, Blanchardstown Corporate Park 2, Dublin 15, D15 T867, Irsko. Registrační číslo: mj. EU/1/11/691/002-4,9,11,13,14. Datum poslední revize textu: 16.2.2022. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se prosím seznámte s úplnou informací o přípravku.

Reference: 1. Granger CB et al. N Engl J Med. 2011; 365: 981–992

PP-ELL-CZE-0522

CMP – cévní mozková příhoda, SE – systémová embolie

Pfizer, spol. s r. o.,
Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5
tel.: +420 283 004 111, fax: +420 251 610 270,
www.pfizer.cz



CZECH CARDIOVASCULAR
RESEARCH AND
INNOVATION DAYS

2022

November 28–29, 2022
Hermitage Hotel Prague



■ Word of Introduction

Dear ladies and gentlemen, dear members of the Czech Society of Cardiology,

at its meeting on June 21, 2022, the CSC Committee approved the transformation of the Czech Cardiology Days into the „Czech Cardiovascular Research and Innovation Day 2022“, a conference exclusively dedicated to cardiovascular research and results of original research.

It should be a conference with international participation, the conference language will be English and the abstracts will be published in Cor et Vasa.

The venue will be Prague, and it is planned for November 28-29.

We believe the new form of the conference will lead to direct support of Czech cardiovascular research, establishment of collaborations and, last but not least, presentation and visibility of Czech research work.

■ General information

Venue: Hotel Hermitage, Svobodova 1, Prague 2
Conference rooms: Tahoma and Verdana

■ Registration

for the event is free.

Registration will take place on site:

28 November 2022:	8:00—17:00
29 November 2022:	8:00—16:00

■ Lunch

will be served on 28 and 29 November 2022, from 12:30 to 13:30 in the hotel restaurant.

■ Coffee breaks

will be held in the foyer.

Morning coffee break:	10:30—11:00
Afternoon coffee break:	15:00—16:00

■ Certificates

of the Czech Society of Cardiology will be issued at the registration on site. The event will be accredited by the Czech Medical Chamber with 12 points.

■ Information for presenters

The presenters are asked to hand in their presentation to the technical operator in the slide room at least 1 hour before the start of the block in which the lecture is included. The slide room is located in the room Arial.



MONDAY, NOVEMBER 28, 2022 | VERDANA

8:45-9:00 Opening Ceremony

A. Linhart, M. Táborský, P. Ošťádal (Praha, Olomouc)

9:00-10:30 Congenital & Valvular Diseases

Chairpersons: T. Paleček, V. Chaloupecký (Praha)

9:00 21 YEARS FOLLOW-UP OF LIVER FUNCTION IN PATIENTS AFTER FONTAN OPERATION

D. Jičínská, O. Materna, P. Antonová, K. Koubský, M. Jičínský, M. Štefánek, J. Janoušek, V. Chaloupecký (Praha)

9:15 ROSS PROCEDURE PROVIDES SURVIVAL BENEFIT OVER MECHANICAL VALVE IN ADULTS: A PROPENSITY-MATCHED NATIONWIDE ANALYSIS

J. Gofus, P. Fila, S. Drabková, P. Zacek, J. Ondrasek, P. Nemec, M. Tuna, J. Jarkovsky, J. Vojacek (Hradec Králové, Brno, Prague)

9:30 RETROSPECTIVE COMPARISON OF AORTIC VALVE ANNULUS EVALUATION IN PATIENTS WITH SEVERE AORTIC STENOSIS IN PATIENTS PLANNED FOR TAVI PROCEDURE

P. Kmoníček, M. Mates, K. Kopřiva, T. Mráz, F. Holý (Praha)

9:45 COMBINED STRATEGY FOR LARGE-BORE ARTERIOTOMY CLOSURE AFTER TRANSCATHETER AORTIC VALVE IMPLANTATION

M. Sluka, R. Nykl, J. Ostřanský (Olomouc)

10:00 PARAMETERS OF ALLERGIC REACTION AFTER IMPLANTATION OF DIFFERENT PATENT FORAMEN OVALE OCCLUDERS - A PILOT PROSPECTIVE RANDOMIZED STUDY

A. Dvořáková, M. Mates, P. Kmoníček, K. Kopřiva, P. Neužil (Praha)

10:15 ECHOCARDIOGRAPHY IS INFERIOR TO COMPUTED TOMOGRAPHY IN PREDICTING BALLOON EXPANDABLE TRANSCUTANEOUS IMPLANTATION VALVE SIZE IN ROUTINE CLINICAL SETTING-SINGLE CENTRE STUDY

K. Mědílek, J. Bis, P. Polanský, J. Dušek, M. Brtko, T. Kvasnička, M. Tuna, R. Praus, M. Ballon, J. Štásek (Hradec Králové)

10:30 Break

11:00-12:30 Myocardial Ischemia & Coronary Syndromes I

Chairpersons: P. Ošťádal, V. Jakovljevic (Praha, Kragujevac, Serbia)

11:00 ANTIPLATELET AGENTS AS A NOVEL THERAPY OF HEART FAILURE DUE TO MYOCARDIAL INFARCTION

N. Dhalla (Manitoba, Canada)

11:15 EXCESS ISCHEMIC TACHYARRHYTHMIAS TRIGGER PROTECTION AGAINST MYOCARDIAL INFARCTION IN HYPERTENSIVE RATS.

J. Neckář, P. Alánová, V. Olejníčková, F. Papoušek, J. Hrdlička, L. Hejnová, M. Behuliak, J. Šilhavý, M. Štengl, F. Kolář (Praha, Plzeň)

MONDAY, NOVEMBER 28, 2022 | VERDANA

11:30 PERFLUOROCARBON BASED BLOOD SUBSTITUTE PERFUTORAN IN ANIMAL MODEL OF ISCHEMIA - REPERFUSION INJURY

V. Jakovljevic (Kragujevac, Serbia)

11:45 CARDIAC TOLERANCE TO ISCHEMIA: DEVELOPMENTAL AND SEX DIFFERENCES

B. Ošťádal (Praha)

12:00 FUNCTIONAL ASSESSMENT OF MICROCIRCULATION IN TAKOTSUBO CARDIOMYOPATHY - A PILOT STUDY

V. Brázdil, M. Hudec, O. Boček, P. Jeřábek, J. Kaňovský, M. Poloczek, R. Štípal, P. Kala (Brno)

12:15 Diskuze

12:30 Lunch

13:30-15:30 Heart Failure

Chairpersons: F. Málek, Z. Papp (Praha, Debrecen, Hungary)

13:30 CARDIAC MYOFILAMENTS AS TARGETS IN THE MANAGEMENT OF HEART FAILURE

Z. Papp (Debrecen, Hungary)

13:45 ACUTE SEVERE HEART FAILURE IMMEDIATELY REDUCES HEART RATE VARIABILITY: AN EXPERIMENTAL STUDY IN PORCINE MODEL.

J. Naar, M. Mlček, A. Krüger, D. Vondráková, M. Janotka, M. Popková, O. Kittnar, P. Neužil, P. Ošťádal (Praha)

14:00 SGC STIMULATOR (BAY 41-8543) FOR THE TREATMENT OF HEART FAILURE WITH REDUCED EJECTION FRACTION (HFREF) AND CARDIO-RENAL SYNDROME

O. Gawrys, Z. Husková, P. Škaroupková, Z. Honetschlägerová, Z. Vaňourková, S. Kikerlová, V. Melenovský, L. Červenka (Praha)

14:15 LONG-TERM CLINICAL OUTCOMES AND LEFT VENTRICULAR REVERSE REMODELING IN PATIENTS WITH RECENTLY DIAGNOSED UNEXPLAINED DILATED CARDIOMYOPATHY

P. Kuchynka, J. Podzimkova, J. Marek, B. Danek, I. Vitkova, M. Kreidlova, L. Roblova, T. Kovarnik, A. Linhart, T. Palecek (Praha, Seattle, United States)

14:30 LV SIZE NEEDS TO BE INCORPORATED IN LV FUNCTION ASSESSMENT IN HFREF PATIENTS

K. Kroupová, P. Wohlfahrt, M. Kotrč, V. Melenovský, J. Kautzner, J. Beneš (Praha)

14:45 METFORMIN TREATMENT IS ASSOCIATED WITH IMPROVED QUALITY OF LIFE AND OUTCOME IN PATIENTS WITH DIABETES AND ADVANCED HEART FAILURE (HFREF)

J. Beneš, M. Kotrč, K. Kroupova, P. Wohlfahrt, J. Kovář, J. Franecková, L. Hošková, T. Pelikovanova, J. Kautzner, V. Melenovský (Praha)



MONDAY, NOVEMBER 28, 2022 | VERDANA

15:00 **STRESS PULMONARY CIRCULATION PARAMETERS IN PATIENTS AFTER A HEART TRANSPLANT AND CANCER SURVIVORS: A CARDIOVASCULAR MAGNETIC RESONANCE STUDY**
L. Opatřil, R. Panovský, M. Mojica-Pisciotti, J. Máchal, J. Krejčí, T. Holeček, V. Feitová, V. Kincl, T. Kepák, L. Špinarová (Brno)

15:15 **CHARACTERISTICS AND OUTCOMES OF PATIENTS ADMITTED FOR ACUTE HEART FAILURE IN A SINGLE CENTRE STUDY**
J. Dokoupil, J. Hřečko, E. Čermáková, M. Adamcová, R. Pudil (Hradec Králové)

15:30 **Break**

16:00-17:30 Stroke

Chairpersons: P. Widimský, P. Kala (Praha, Brno)

16:00 **THE ROLE OF THE CARDIOLOGIST ON THE STROKE UNIT**
W. Doehner (Berlin, Germany)

16:15 **CATHETER THROMBECTOMY FOR ACUTE ISCHEMIC STROKE IN CARDIOLOGY CATH LAB: 10 YEARS RESULTS**
J. Křeček, D. Kučera, B. Kožnar, J. Sulženko, P. Widimský, I. Štětkařová, T. Peisker, P. Vaško (Praha)

16:30 **TRANSOESOPHAGEAL ECHOCARDIOGRAPHY FINDINGS IN YOUNG PATIENTS WITH CRYPTOGENIC ISCHEMIC STROKE**
M. Hutýra, D. Šaňák, M. Král, J. Přeček, E. Čecháková, M. Köcher, T. Veverka, Z. Tüdös, M. Táborský (Olomouc)

16:45 **TUMOR NECROSIS FACTOR-RELATED APOPTOSIS-INDUCING LIGAND (TRAIL) IS ASSOCIATED WITH CARDIAC INJURY AND STROKE SEVERITY IN PATIENTS AFTER ACUTE ISCHEMIC STROKE**
M. Mihalovič, P. Mikulenka, H. Línková, D. Lauer, I. Štětkařová, P. Toušek (Praha)

17:00 **PREDICTING LONG-TERM SURVIVAL AFTER AN ISCHEMIC STROKE**
R. Cífková, P. Wohlfahrt, A. Krajčoviechová, O. Mayer Jr, J. Vaněk, D. Hlinovský, L. Kielbergerová, V. Lánská (Praha, Plzeň)

17:15 **Diskuze**

17:30 **End of programme**

MONDAY, NOVEMBER 28, 2022 | TAHOMA

9:00-10:30 Myocardial Diseases I

Chairpersons: A. Linhart, J. Krejčí (Praha, Brno)

9:00 **NATION-WIDE SCREENING OF FABRY DISEASE IN PATIENTS WITH HYPERTROPHIC CARDIOMYOPATHY IN CZECH REPUBLIC (BY DRY BLOOD SPOT METHOD)**
D. Zemánek, J. Januška, T. Honěk, K. Čurila, M. Kubánek, Š. Šindelářová, L. Zahálková, P. Klofáč, G. Dostálová, A. Linhart (Praha, Třinec, Brno, České Budějovice, Hradec Králová, Liberec)

9:12 **HEART FAILURE IN FABRY DISEASE REVISITED: APPLICATION OF CURRENT HEART FAILURE GUIDELINES AND RECOMMENDATIONS**
D. Rob, J. Marek, G. Dostálová, A. Linhart (Praha)

9:24 **DIURETIC USE IN HEART FAILURE**
W. Mullens (Genk, Belgium)

9:36 **ROLE OF MYOCARDIAL DEFORMATION ANALYZED BY 3D ECHOCARDIOGRAPHY IN FABRY DISEASE**
J. Marek, D. Rob, G. Dostálová, P. Kuchynka, Z. Hlubocká, B. Chocholová, A. Linhart (Praha)

9:48 **MYOCARDIAL INVOLVEMENT DETECTED USING CARDIAC MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN PATIENTS WITH SYSTEMIC SCLEROSIS – A PROSPECTIVE OBSERVATIONAL STUDY**
M. Hromádka, J. Baxa, D. Rajdl, R. Rokyta (Plzeň)

10:00 **DUCHENNE MUSCULAR DYSTROPHY: CARDIAC PHENOTYPE AS A RESULT OF DNA DAMAGE-INDUCED CHANGE OF STEM CELL FATE.**
V. Rotrekl, M. Pešl, D. Beckerová, Š. Jelínková, A. Lacampagne, A. Meli (Brno, Montpellier, France)

10:12 **SPECIFIC TREATMENT OF CARDIOMYOPATHIES**
A. Linhart (Praha)

10:30 **Break**

11:00-12:30 Arrhythmia & Electrophysiology I

Chairpersons: M. Táborský, J. Kautzner (Olomouc, Praha)

11:00 **NITRIC OXIDE RELEASING PACING LEAD TO PREVENT INFECTION IN CARDIAC PACING**
P. Hála, O. Lautner-Csorba, R. Gorur, M. Popková, V. Somaya, D. Janák, M. Mlcek, P. Neuzil, O. Kittnar, T. Major (Praha, Ann Arbor, United States, Ann Arbor)

11:15 **LEFT BUNDLE BRANCH PACING OF PROXIMAL LEFT BUNDLE BRANCH AND SEPTAL FASCICLE PRODUCES MORE PHYSIOLOGICAL ACTIVATION COMPARED TO PACING OF THE ANTERIOR FASCICLE**
O. Süssenbek, P. Jurák, M. Jastrzebski, P. Štros, P. Waldauf, R. Smíšek, J. Halámek, L. Znojilová, P. Osmančík, K. Čurila (Praha 10, Brno, Krakow, Poland, Praha)



MONDAY, NOVEMBER 28, 2022 | TAHOMA

11:30 **BIMODAL DISTRIBUTION OF QRS COMPLEX DURATION IN PATIENTS WITH DILATED CARDIOMYOPATHY UNDERGOING AN ICD IMPLANT PROCEDURE.**
V. Vančura, V. Vejvoda, T. Jandík, J. Šmíd, M. Ulrychová, R. Rokyta (Plzeň)

11:45 **DETECTION OF ARRHYTHMIAS IN PATIENTS WITH CARDIAC AMYLOIDOSIS USING IMPLANTABLE ECG RECORDERS.**
M. Táborský (Olomouc)

12:00 **ABSENCE OF HEART RATE VARIABILITY CHANGE DURING FOLLOW UP AFTER COVID-19 DOESN'T SUGGEST DIRECT CARDIOVASCULAR IMPACT**
G. Matejová, M. Radvan, P. Kala, M. Kameník, L. Koc (Brno)

12:15 **Diskuze**

12:30 **Lunch**

13:30-15:30 Arrest & Shock

Chairpersons: J. Bělohávek, P. Ošťádal (Praha)

13:30 **REGULATION OF CELL DEATH PATHWAYS IN THE HEART**
L. Kirshenbaum (Winnipeg, Canada)

13:45 **PRAGUE OHCA - SUBGROUP ANALYSES**
J. Bělohávek (Praha)

14:00 **GENDER DIFFERENCES AND SURVIVAL AFTER OUT OF HOSPITAL CARDIAC ARREST**
D. Rob, P. Kaválková, J. Šmalcová, O. Franěk, A. Komárek, M. Pisinger, J. Bělohávek (Praha, Ceske Budejovice)

14:15 **VENTRICULAR ARRHYTHMIAS IN PATIENTS WITH IMPLANTED ICD: A POST HOC ANALYSIS OF PRAGUE OHCA TRIAL**
I. Šotolová, M. Válek, J. Šmalcová, D. Rob, Š. Havránek, J. Bělohávek (Praha)

14:30 **LACTATE IN REFRACTORY OUT-OF-HOSPITAL CARDIAC ARREST. THE PRAGUE OHCA STUDY SUBANALYSIS.**
M. Dušík, J. Šmalcová, D. Rob, Š. Havránek, O. Šmíd, H. Lahoda Brodská, M. Hupčych, J. Bělohávek (Praha)

14:45 **COMPARISON OF NEURON-SPECIFIC ENOLASE, TAU-PROTEIN AND NEUROFILAMENT LIGHT CHAIN VALUES FOR EARLY PROGNOSTICATION IN CARDIAC ARREST SURVIVORS**
D. Vondráková, A. Krüger, M. Janotka, J. Naar, P. Neužil, O. Sobek, P. Ošťádal (Praha)

15:00 **EFFECT OF VENOARTERIAL EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATION ON LEFT VENTRICULAR FUNCTION IN CARDIOGENIC SHOCK WITH AORTIC STENOSIS OR MITRAL REGURGITATION: AN EXPERIMENTAL STUDY IN PORCINE MODEL**
P. Ošťádal, D. Vondráková, M. Popková, M. Hrachovina, A. Krüger, M. Janotka, J. Naar, O. Kittnar, P. Neužil, M. Miček (Praha)

15:15 **Diskuze**

15:30 **Break**

MONDAY, NOVEMBER 28, 2022 | TAHOMA

16:00-17:30 Cardiovascular Prevention I

Chairpersons: M. Vrablík, G. Pierce (Praha, Winnipeg, Canada)

16:00 **THE PROGRESSION AND TRANSLATION OF A CARDIOVASCULAR RESEARCH PROJECT FROM BASIC SCIENCE TO CLINICAL TRIAL WITH A NUTRITIONAL EMPHASIS**
G. Pierce (Winnipeg, Canada)

16:15 **IN VITRO ASSESSMENT OF ANTI-INFLAMMATORY AND CYTOTOXICITY PROPERTIES OF COLCHICINE**
M. Malý, J. Viktorová, O. Strnad, T. Ruml, M. Stránská (Praha)

16:30 **HYPERTRIGLYCERIDEMIC GENE SCORE IN PATIENTS WITH APOE2/E2 GENOTYPE AS A POSSIBLE PREDICTOR OF FAMILIAL DYSBETALIPOPROTEINEMIA**
M. Šatný, T. Altschmiedová, V. Todorovová, M. Vrablík, O. Kyselák, V. Soška, J. Hubáček (Praha, Brno)

16:45 **FAMILIAL HYPERCHOLESTEROLEMIA MUTATIONS IN CZECH POPULATION AND IN CZECH PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME**
J. Hubáček, J. Pitha, V. Adámková (Praha)

17:00 **Diskuze**

17:30 **End of programme**





TUESDAY, NOVEMBER 29, 2022 | VERDANA

9:00-10:30 ESC Guidelines 2022 (in Czech)

Chairpersons: M. Táborový (Olomouc)

9:00 PLICNÍ HYPERTENZE

P. Jansa, M. Hutýra (Praha, Olomouc)

9:20 KOMOROVÉ TACHYKARDIE A NÁHLÁ SMRT

J. Kautzner, P. Peichl (Praha)

9:40 KARDIONKOLOGIE

R. Pudil, V. Danzig (Hradec Králové, Praha)

10:00 PŘÍPRAVA PACIENTA S KV ONEMOCNĚNÍM K NEKARDIÁLNÍM VÝKONŮM

H. Skalická (Praha)

10:20 Diskuze

10:30 Break

11:00-12:30 Myocardial Ischemia & Coronary Syndromes II

Chairpersons: Z. Motovská, J. Štásek (Praha, Hradec Králové)

11:00 COMPARISON OF SIX DECISION AID RULES FOR DIAGNOSIS OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN ELDERLY PATIENTS PRESENTING TO THE EMERGENCY DEPARTMENT WITH ACUTE CHEST PAIN

J. Hřečko, R. Pudil, J. Dokoupil, P. Pařízek (Hradec Králové)

11:15

LONG-TERM CARDIOVASCULAR OUTCOME IN PATIENTS AFTER PPCI FOR STEMI. WHAT IS THE RISK PROFILE FOR CARDIOVASCULAR MORTALITY?

V. Klančík, M. Neuberger, P. Toušek, V. Kočka (České Budějovice, Praha)

11:30

COMPARISON OF ANGIOGRAPHIC EVALUATION AND HEMODYNAMIC MEASUREMENT OF THE SIGNIFICANCE OF NON INFARCT-RELATED RESIDUAL STENOSIS IN STEMI PATIENTS - SINGLE CENTER EXPERIENCE.

M. Špaček, J. Vácha, R. Nykl, J. Přech, M. Hutýra, M. Sluka, M. Táborový (Olomouc)

11:45

A SINGLE CENTRE PROSPECTIVE STUDY COMPARING THE 0/1H AND 0/3H RULE OUT/RULE IN ALGORITHMS FOR MYOCARDIAL INFARCTION IN REAL CLINICAL PRACTICE OF UNIVERSITY HOSPITAL EMERGENCY DEPARTMENT

V. Jakub, P. Lokaj, H. Šimáčková, A. Křivanová, M. Doleček, M. Beňovská, P. Kala, J. Pařenica (Brno)

12:00

Diskuze

12:30

Lunch

TUESDAY, NOVEMBER 29, 2022 | VERDANA

13:30-15:00 Pulmonary circulation

Chairpersons: P. Jansa, M. Hutýra (Praha, Olomouc)

13:30

ALVEOLAR MACROPHAGES DO NOT CONTRIBUTE TO THE DEVELOPMENT OF HYPOXIC PULMONARY HYPERTENSION BY CONTRIBUTING TO RADICAL TISSUE INJURY

M. Žaloudíková, M. Minaříková, V. Hampl, M. Srbová (Praha)

13:45

CATHETER ABLATION OF ATRIAL FIBRILLATION/TACHYCARDIA IN PATIENTS WITH PULMONARY HYPERTENSION: A MULTICENTRE RANDOMIZED TRIAL

Š. Havránek, Z. Fingrová, T. Skála, A. Reichenbach, M. Dušek, D. Ambrož, V. Dytrich, P. Jansa, M. Hutýra, D. Wichterle (Praha, Olomouc)

14:00

SILDENAFIL INHIBITS PULMONARY HYPERTENSION INDUCED BY LEFT HEART PRESSURE OVERLOAD IN RATS

M. Chovanec, J. Ďurišová, B. Kaftanová, H. Al-Hiti, V. Hampl, J. Herget (Praha)

14:15

IDENTIFICATION OF PLASMA MICRORNAS ASSOCIATED WITH PULMONARY EMBOLISM IN PATIENTS WITH ACUTE-ONSET DYSPNOEA - PILOT RESULTS

J. Novák, T. Macháček, L. Ulrichová, K. Trachtová, M. Souček, B. Kianička (Brno)

14:30

THE USE OF TELEMEDICINE IN PATIENTS WITH PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION - A PILOT STUDY

J. Přech, M. Štýbnar, D. Hetclová, K. Kubová, M. Rada, M. Hutýra (Olomouc)

14:45

Diskuze

15:00

Break

15:30-16:15 Myocardial Diseases II

Chairpersons: R. Pudil, R. Rokyta (Hradec Králové, Plzeň)

15:30

ROLE OF ENDOMYOCARDIAL BIOPSY IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF NON-ISCHEMIC CARDIOMYOPATHY

R. Aiglová, M. Táborový, P. Flodrová, P. Flodr, Z. Tüdös, M. Kamínek, J. Zapletalová (Olomouc)

15:45

EFFICACY AND SAFETY OF ENDOCARDIAL RADIOFREQUENCY CATHETER ABLATION OF INTERVENTRICULAR SEPTAL HYPERTROPHY IN THE TREATMENT OF HYPERTROPHIC OBSTRUCTIVE CARDIOMYOPATHY, PILOT EXPERIENCES

K. Doležalová, Z. Stárek, J. Jež, F. Souček, F. Lehar, L. Špinarová (Brno)

16:00

AN INTERPLAY OF GENETICS AND INFLAMMATION AFFECTING LEFT VENTRICULAR REVERSE REMODELLING IN DILATED CARDIOMYOPATHY

A. Chaloupka, J. Krejčí, M. Kubánek, L. Piherová, V. Žampachová, E. Ozábalová, P. Hude, H. Poloczková, L. Špinarová (Brno, Praha)

16:15

Diskuze

17:30

End of programme



TUESDAY, NOVEMBER 29, 2022 | TAHOMA

9:00-10:30 Coronary Interventions

Chairpersons: I. Bernat, T. Kovárník (Plzeň, Praha)

9:00 FFR VERSUS IFR IN ASSESSMENT OF LESION HEMODYNAMIC SIGNIFICANCE AND EXPLANATION OF THEIR DISCREPANCIES. INTERNATIONAL, MULTICENTER AND PROSPECTIVE TRIAL – THE FIGARO STUDY.

T. Kovárník, H. Matsuo, Š. Jeřábek, A. Král, D. Zemánek, M. Branny, P. Kala, M. Mates, J. Mrozek, A. Linhart (Praha)

9:15 DRUG-ELUTING BALLOON COMPARED TO DRUG-ELUTING STENT TREATMENT IN DES RESTENOSIS
M. Hudec, V. Brázdil, J. Kaňovský, R. Štípal, M. Poloczek, O. Boček, P. Jeřábek, M. Kameník, P. Kala (Brno, Praha)

9:30 POSTPROCEDURAL ULTRASOUND EVALUATION OF PROXIMAL AND DISTAL RADIAL ARTERY AFTER CATHETERIZATION USING DISTAL RADIAL ACCESS
D. Horák, I. Bernat, Š. Jirouš, D. Slezák, R. Rokyta (Plzeň)

9:45 SAME DAY DISCHARGE VIA A DEDICATED RADIAL LOUNGE - RESULTS OF 1 YEAR EXPERIENCE DURING THE COVID-19 PANDEMIC
I. Bernat, D. Horák, Š. Jirouš, D. Slezák, R. Rokyta (Plzeň)

10:00 Diskuze

10:30 Break

11:00-12:30 Arrhythmia & Electrophysiology II

Chairpersons: P. Peichl, I. Baczek (Praha, Szeged, Hungary)

11:00 TRANSGENIC RABBIT MODELS OF LONG QT SYNDROMES: IMPLICATIONS FOR ARRHYTHMIA PREDICTION AND TESTING NOVEL THERAPEUTIC MODALITIES
I. Baczek (Szeged, Hungary)

11:15 DUAL CARDIOMYOCYTE CLUSTER ARRHYTHMIAS DETECTED BY ATOMIC FORCE MICROSCOPY
V. Rotrekl, M. Pešl, R. Pivato, F. Svěrák, D. Kabanov, Š. Klimovič, Z. Stárek, J. Přibyl (Brno)

11:30 TRANSLATIONAL RESEARCH IN THE FIELD OF INHERITED ARRHYTHMIAS
M. Bébarová, O. Švecová, L. Chmelíková, Š. Zelenák, K. Radaszkiewicz, J. Hošek, M. Pásek, T. Bárta, I. Synková, T. Novotný (Brno)

11:45 USAGE OF ULTRA-SHORT-TERM HEART RATE VARIABILITY ANALYSIS DURING HEAD-UP TILT TESTING IN DIAGNOSTICS OF CARDIOINHIBITORY REFLEX SYNCOPE
J. Galuszka, K. Vykoupil, J. Zapletalová, M. Táborický (Olomouc)

12:00 FEASIBILITY OF EVALUATION OF POLAR H10 CHEST-BELT ECG IN PATIENTS WITH A BROAD RANGE OF HEART CONDITIONS
T. Skála, M. Vicha, J. Vacha, M. Rada, J. Flásek, M. Taborský (Olomouc)

12:15 Diskuze

12:30 Lunch

TUESDAY, NOVEMBER 29, 2022 | TAHOMA

13:30-15:00 Arrhythmia & Electrophysiology III

Chairpersons: M. Fiala, P. Neužil (Brno, Praha)

13:30 THE HEMODYNAMIC EFFECT OF SIMULATED ATRIAL FIBRILLATION ON LEFT VENTRICULAR FUNCTION
P. Stojadinović, A. Deshraj, D. Wichterle, M. Fukunaga, P. Peichl, J. Kautzner, M. Šramko (Praha)

13:45 CATHETER ABLATION OF PATIENTS WITH NON-PAROXYSMAL ATRIAL FIBRILLATION BY FOCAL AND ROTATIONAL ACTIVITY MAPPING USING CARTO FINDER SOFTWARE
S. Hassouna, D. Heřman, P. Osmančík (Praha)

14:00 PULMONARY VEIN MORPHOLOGY IN PATIENTS UNDERGOING CATHETER ABLATION OF ATRIAL FIBRILLATION
B. Farkasová, D. Pospíšil, M. Míková, O. Toman, M. Fiala, L. Křikavová, A. Zouharová, M. Sepší, P. Kala, T. Novotný (Brno)

14:15 RADIOFREQUENCY CATHETER DENERVATION OF SINUS NODE BY TARGETTING THE RIGHT ANTERIOR GANGLIONATED PLEXUS: TOWARDS MINIMIZING THE LESIONS SET
P. Štiavnický, D. Wichterle, H. Jansová, P. Stojadinović, P. Peichl, J. Hašková, R. Čihák, J. Kautzner (Praha)

14:30 GDF-15 LEVEL CHANGES IN EARLY AND LATE PERIOD AFTER CATHETER ABLATION OF ATRIAL FIBRILLATION
B. Steklá, J. Marek, J. Šimek, M. Dusík, Z. Fingrová, A. Linhart, Š. Havránek (Praha)

14:45 PULSED FIELD ABLATION - REAL REVOLUTION IN ELECTROPHYSIOLOGY
P. Neužil (Praha)

15:00 Break



TUESDAY, NOVEMBER 29, 2022 | TAHOMA

15:30-17:00 Cardiovascular Prevention II & Vascular Interventions

Chairpersons: R. Cifková, M. Aschermann (Praha)

15:30 HOME BLOOD PRESSURE TELEMONITORING (HBPTM) WITH CONCURRENT MEASUREMENT OF PHYSICAL ACTIVITY COMPARED TO DAYTIME AMBULATORY BLOOD PRESSURE MONITORING (ABPMD) – HOW ARE THE RESULTS OF APPLIED RESEARCH USED?

J. Peleška, J. Mužík, R. Čamek, D. Fiala, M. Doksanský, K. Hána, J. Vranka, D. Doležil, M. Jozífová, J. Reissigová (Praha)

15:45 LONGITUDINAL TRENDS IN BLOOD PRESSURE, PREVALENCE, AWARENESS, TREATMENT, AND CONTROL OF HYPERTENSION IN THE CZECH POPULATION. ARE THERE ANY SEX DIFFERENCES?

R. Cifková, J. Bruthans, P. Wohlfahrt, A. Krajčoviechová, M. Jozífová, A. Linhart, J. Widimský, J. Filipovský, O. Mayer, V. Lánská (Praha, Plzeň)

16:00 THE SECURE STUDY, A TRIAL WITH SIGNIFICANT CONTRIBUTION FROM THE CZECH REPUBLIC.

J. C. Lubanda, A. Linhart (Praha)

16:15 L-LACTATE AND ISCHEMIA-MODIFIED ALBUMIN AS MARKERS OF INTESTINAL ISCHEMIA AFTER ABDOMINAL AORTIC SURGERY

T. Novotný, R. Staffa, J. Tomandl, T. Křivka, Z. Kříž, J. Šponiar (Brno)

16:30 BIOMECHANICAL RUPTURE RISK ASSESSMENT IN MANAGEMENT OF PATIENTS WITH ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM IN COVID-19 PANDEMIC

L. Kubíček, R. Vításek, D. Schwarz, R. Staffa, S. Polzer (Brno, Ostrava)

16:45 Diskuze

17:00 End of programme

■ Pozvánka na Členskou schůzi České kardiologické společnosti

Vážení členové České kardiologické společnosti,

v souladu s článkem 5.1. stanov České kardiologické společnosti, z.s. (dále jen „ČKS“) si Vás dovoluujeme pozvat na zasedání mimořádné členské schůze (dále jen „členská schůze“) v rámci Českých kardiologických dnů na podzim 2022, která se bude konat 28. 11. 2022 v 18:00 v Purkyňově ústavu, Albertov 2048/4, 128 00 Praha 2.

Pořad jednání:

1. Volba předsedy zasedání členské schůze.
2. Schválení nového znění stanov ČKS.

Navrhovaná usnesení dle pořadu jednání:

V rámci bodu 1 pořadu jednání se navrhuje, aby členskou schůzi řídil prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc. Odůvodnění: Vzhledem ke skutečnosti, že prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc. t. č. vede ČKS, je vhodné, aby se ujal vedení i členské schůze.

V rámci bodu 2 pořadu jednání se navrhuje, aby nové znění stanov ČKS, které je přílohou této pozvánky uveřejněné na webových stránkách ČKS (www.kardio-cz.cz), bylo členskou schůzí nové znění stanov schváleno. Odůvodnění: Nové znění stanov zachovává stávající principy vnitřní struktury ČKS, zároveň však upřesňuje ustanovení stanov, která připouštěla vícetý výklad, a zejména zpřehledňuje úpravu obsaženou ve stanovách stávajících. Zároveň přijetím nového znění stanov dojde k naplnění zákonného požadavku, aby stanovy spolku odpovídaly právní úpravě obsažené v zákoně č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. Nově se navrhuje, aby součástí vnitřní struktury ČKS byl tříčlenný volební orgán, jenž bude dozorovat volbu výboru.

Pro případ, že by členská schůze nebyla usnášení schopná, je s odkazem na článek 5.3 stávajících stanov ČKS svolávána zároveň i náhradní členská schůze, která se bude konat 29. 11. 2022 v 18:00 v Purkyňově ústavu, Albertov 2048/4, 128 00 Praha 2. Pořad jednání náhradní členské schůze zůstává beze změny.

Jménem Výboru ČKS:

prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc.

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



PRO.MED.CS
Praha a.s.

HERBACOS RECORDATI

 Bristol Myers Squibb™

AstraZeneca 



KDYBYSTE LÉČILI SAMI SEBE, CO ZVOLÍTE?



Účinnost a bezpečnost
s přípravkem ELIQUIS®¹

Eliquis®
apixaban

- Superiorita v prevenci CMP a SE vs. warfarin¹
- Superiorita ve snížení rizika výskytu závažného krvácení vs. warfarin¹

Zkrácená informace o přípravku: **ELIQUIS®** 2,5 mg a 5 mg potahované tablety. **Složení:** Léčivá látka apixabanum 2,5 mg nebo 5 mg v jedné potahované tabletě; pomocné látky se známým účinkem: 102,86/51,43 mg laktosy (tableta 5/2,5 mg); a další pomocné látky. **Indikace:** Prevence žilních tromboembolických příhod (VTE) u dospělých pacientů, kteří podstoupili elektivní náhradu kyčelního nebo kolenního kloubu. Prevence cévní mozkové příhody (CMP) a systémové embolie (SE) u dospělých pacientů s nevalvulární fibrilací síní (NVA) a s jedním nebo více rizikovými faktory, jako jsou předchozí cévní mozková příhoda nebo tranzitorní ischemická ataka (TIA); věk > 75 let; hypertenze; diabetes mellitus; symptomatické srdeční selhání (třída NYHA > II). Léčba hluboké žilní trombózy (DVT) a plicní embolie (PE), a prevence rekurentní DVT a PE u dospělých. **Dávkování a způsob podání:** Prevence VTE: 2,5 mg perorálně 2x denně. Počáteční dávka by měla být užita 12 až 24 hod po operaci. Doporučená délka léčby je 32 až 38 dní (náhrada kyčelního kloubu) a 10 až 14 dní (náhrada kolenního kloubu). Prevence CMP a SE u dospělých pacientů s NVA: 5 mg perorálně 2x denně, snížená dávka 2,5 mg perorálně 2x denně při splnění kritérií pro redukcí dávky dle SPC. Pacienti podstupující kardioverzi mohou užít jednorázovou nasyovací dávku 10mg nejméně 2 hod před výkonem. Léčba akutní DVT a léčba PE: 10 mg perorálně 2x denně prvních 7 dní; poté 5 mg perorálně 2x denně. Prevence rekurentní DVT a PE: 2,5 mg perorálně 2x denně po dokončení 6-ti měsíční léčby apixabanem nebo jiným antikoaganciem. Tablety přípravku Eliquis se zapíjejí vodou, užívají se bez závislosti na jídle a lze je také podat rozdrcené a rozmíchané v tekutině či v jablečném protlaku. Podrobnosti viz SPC. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku, klinicky významné aktivní krvácení, jaterní onemocnění spojené s koagulopatií a klinicky relevantním rizikem krvácení, léze nebo stav s významným rizikem závažného krvácení, souběžná léčba jinými antikoagulanty výjima specifických případů viz SPC. **Zvláštní upozornění:** Doporučuje se, aby byl přípravek Eliquis používán s opatrností v podmínkách vyššího rizika krvácení. Podávání přípravku Eliquis se musí přerušit, jestliže se vyskytne závažné krvácení. Podrobnosti vysazení před elektivním výkonem viz SPC. Souběžné užívání přípravku Eliquis s antiagreganci zvyšuje riziko krvácení; při souběžné léčbě NSAID (včetně ASA) a SSRI/SNRI je třeba dbát zvýšené opatrnosti. Podrobnosti k podání u poruch ledvin a jater a hemodynamicky nestabilních pacientů viz SPC. Eliquis není doporučen u pacientů s trombózou vananmého, u nichž byl diagnostikován antifosfolipidový syndrom. Je-li u pacientů s nádorovým onemocněním zvažován apixaban k léčbě DVT nebo PE, je třeba pečlivě vyhodnotit přínosy léčby oproti jejím rizikům. **Interakce:** Užívání se nedoporučuje u pacientů, kteří současně užívají systémové silné inhibitory CYP3A4 a P-gp, jakými jsou např. azolová antimykotika a inhibitory HIV proteázy. Při současném podávání se slabšími inhibitory CYP3A4 a P-gp není nutná úprava dávky apixabanu. Při současném podávání apixabanu se silnými induktory CYP3A4 a P-gp není nutná žádná úprava dávky apixabanu, avšak silné induktory CYP3A4 a P-gp by se měly současně podávat s opatrností. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Užívání apixabanu v průběhu těhotenství se nedoporučuje. **Nežádoucí účinky:** Časté: krvácení (oční, z dásní, z úst, gastrointestinální, rektální, abnormální vaginální a urogenitální), hematomy, epistaxe, hematurie, kontuze, anémie, nauzea, kožní vyrážka, trombocytopenie, hypotenze, zvýšení gamaglutamyltransferázy a alaninaminotransferázy. **Předávkování:** Předávkování apixabanem může způsobit vyšší riziko krvácení. Je k dispozici látka ke zvrácení aktivity apixabanu proti faktoru Xa. **Uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Balení:** Eliquis 2,5 mg; mimo jiné - 20, 60, 60x1 nebo 168 potahovaných tablet v blistru. Eliquis 5 mg; 28, 60 nebo 168 potahovaných tablet v blistru. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEC, Plaza 254, Blanchardstown Corporate Park 2, Dublin 15, D15 T867, Irsko. **Registrační číslo:** mj. EU/1/11/691/002-4,9,11,13,14. **Datum poslední revize textu:** 16.2.2022 Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se prosím seznámte s úplnou informací o přípravku.

Reference: 1. Granger CB et al. N Engl J Med. 2011; 365: 981–992

PP-ELL-CZE-0522

CMP – cévní mozková příhoda, SE – systémová embolie

Pfizer, spol. s r. o.,
Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5
tel.: +420 283 004 111, fax: +420 251 610 270,
www.pfizer.cz



WILD-TYPE
ESTIMATTR-CM

Zjistěte, jaké kombinace klinických příznaků jsou spojeny s wtATTR-CM pomocí tohoto **jednoduchého vzdělávacího nástroje**^{1*}

- wtATTR-CM estimATTR využívá algoritmus založený na umělé inteligenci/strojovém učení a díky tomu dokáže rychle vyhodnotit pravděpodobnost wtATTR-CM u hypotetických pacientů se srdečním selháním.¹
- Při odhadování pravděpodobnosti model zohledňuje věk, pohlaví a přítomnost nebo nepřítomnost 11 různých klinických projevů.



VYZKOUŠET
www.estimattr.cz



Jen 3 jednoduché kroky:

pro zobrazení indexu podezření a odhadované pravděpodobnosti diagnózy wtATTR-CM u hypotetických pacientů na základě vámi vybraných projevů.

wtATTR-CM = transthyretinová amyloidní kardiomyopatie divokého typu

Nástroj je určen pouze pro vzdělávací účely, nesmí se používat v klinické praxi. Nástroj je určen pouze pro zdravotnické odborníky.

*Nástroj je v EU klasifikován jako zdravotnický prostředek třídy I podle směrnice 93/42/EHS.

Reference: 1. Huda A. et al. Poster presented at: XVII International Society of Amyloidosis Symposium; September 14-18, 2020; virtual.

Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5
tel.: +420 283 004 111, fax: +420 251 610 270, www.pfizer.cz



PP-VYN-CZE-0117

Zkrácená informace o léčivém přípravku — Jardiance 10 mg potahované tablety

Složení: Jardiance 10 mg: jedna tableta obsahuje empagliflozinum 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 inzulinem. K léčbě dospělých se symptomatickým chronickým srdečním selháním.

Dávkování a způsob podávání: Diabetes mellitus II. typu: 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 ≥ 60 ml/min/1,73 m² 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 inzulinem, lze pro snížení rizika hypoglykemie zvážit nižší dávku derivátu SU nebo inzulinu. Léčba empagliflozinem se nezahájí u pacientů s eGFR < 60 ml/min/1,73 m². U pacientů s diabetem mellitem II. typu a s kardiovaskulárním onemocněním je možno zahájit léčbu dávkou 10 mg empagliflozinu až do eGFR 30 ml/min/1,73 m² nebo CrCl 30 ml/min. Srdeční selhání: doporučená dávka je 10 mg empagliflozinu jednou denně. V léčbě srdečního selhání u pacientů s diabetes mellitus II. typu nebo bez něj lze podávání empagliflozinu 10 mg zahájit nebo v něm pokračovat až do minimální hodnoty eGFR 20 ml/min/1,73 m² nebo CrCl 20 ml/min.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku.

Zvláštní upozornění: U pacientů, u kterých existuje podezření na ketoacidózu nebo u kterých byla ketoacidóza diagnostikována, je nutné léčbu empagliflozinem okamžitě ukončit. Léčbu je třeba přerušit u pacientů, kteří jsou hospitalizováni z důvodu velkých chirurgických výkonů nebo akutního závažného zdravotního stavu. Před zahájením léčby empagliflozinem je třeba v pacientově anamnéze 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 s diabetes mellitus užívajících inhibitory SGLT2 byly po uvedení přípravků 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. Srdeční selhání: Přípravek Jardiance se nedoporučuje u pacientů s eGFR < 20 ml/min/1,73 m².

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 na diabetes mellitus II. typu byly hypoglykemie (při kombinované léčbě s derivátem sulfonylurey nebo inzulinem); dále vaginální moniliáza, 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 vzácně diabetická ketoacidóza. Nejčastěji hlášenými nežádoucími příhodami v klinických hodnoceních u srdečního selhání byla hypovolemie; dále zácpa, angioedém. Přítomnost Diabetes mellitus II. typu zvyšovala frekvenci nežádoucích účinků u pacientů se srdečním selháním.

Těhotenství a kojení: Podávání přípravku Jardiance v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. Přípravek Jardiance se během kojení nemá podávat.

Balení, výdej a uchovávání: 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 uchovávání.

Registrační číslo: EU/1/14/930/014 – 30 tbl (10 mg), EU/1/14/930/017 – 90 tbl. (10 mg),

Datum poslední revize textu: 21. 7. 2022.

Držitel rozhodnutí o registraci: Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Str. 173, D 55216 Ingelheim am Rhein, Německo. Před předepsáním se prosím seznamte 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.



SÍLA VE VAŠICH RUKOU

SÍLA Jardiance® (empagliflozin)

Nová indikace k léčbě dospělých pacientů se symptomatickým chronickým srdečním selháním*¹

*Dospělí pacienti s chronickým srdečním selháním (NYHA třída II, III nebo IV) bez ohledu na ejekční frakci.²

LVEF – ejekční frakce levé komory; **NYHA** – New York Heart Association.

Literatura: 1. Souhrn údajů o přípravku JARDIANCE. **2.** Packer M, Anker Z, Butler J, et al. EMPEROR-Reduced® Trial Investigators. Cardiovascular and renal outcomes with empagliflozin in heart failure. N Engl J Med. 2020;383(15):1413–1424.

Evropský* treprostinil

*Tresuvi® je vyroben v Evropě



Zkrácená informace o přípravku:

Tresuvi® 2,5 mg/ml infuzní roztok; Tresuvi® 5,0 mg/ml infuzní roztok, Tresuvi® 10,0 mg/ml infuzní roztok

Složení: 1 ml infuzního roztoku obsahuje 2,5 mg; 5 mg; resp. 10mg treprostinilu jako sodnou sůl treprostinilu. Čirý, bezbarvý až lehce nažloutlý izotonický roztok bez viditelných částic s hodnotou pH mezi 6,0 a 7,2. Pomocné látky: Chlorid sodný.

Terapeutické indikace: Léčba idiopatické nebo dědičné plicní arteriální hypertenze (PAH) pro zlepšení snášenlivosti vůči tělesné námaze a příznaků choroby u pacientů klasifikovaných podle NYHA jako funkční III. třída. **Dávkování a způsob podání:** TRESUVI se podává kontinuální podkožní nebo intravenózní infuzí. Kvůli rizikům spojeným s chronickým zavedením centrálních žilních katetrů, včetně závažných infekcí krevního řečiště, se upřednostňuje jako cesta podání subkutánní infuze (neředěná). Kontinuální intravenózní infuze má být vyhrazena pro pacienty stabilizované subkutánní infuzí treprostinilu a pro ty, kteří subkutánní cestu nesnáší, a dále pro ty, u nichž lze tato rizika považovat za přijatelná. TRESUVI lze podávat kontinuální intravenózní infuzí prostřednictvím centrálního žilního katétru pomocí chirurgicky zavedené plně interní implantabilní infuzní pumpy, vybavené alarmem (upozorňující na okluzi a vybití baterie) a interním 0,22 µm filtrem pro omezení rizika infekce krevního řečiště. Léčbu mohou zahájit a kontrolovat pouze lékaři se zkušenostmi s léčbou plicní hypertenze. Léčba má být zahájena pod přísným lékařským dohledem ve zdravotnickém zařízení, uzpůsobeném k poskytnutí intenzivní péče. Doporučená počáteční rychlost infuze je 1,25 ng/kg/min (při špatné snášenlivosti snížit na 0,625 ng/kg/min). Rychlost infuze se zvyšuje pod lékařským dohledem o 1,25 ng/kg/min týdně po dobu prvních čtyř týdnů léčby a poté o 2,5 ng/kg/min týdně. Dávku je třeba upravit podle individuálních potřeb pacienta pod lékařským dohledem k dosažení udržovací dávky, při které se příznaky zlepšují a kterou pacient snáší. Náhlé vysazení či prudké výrazné snížení dávky treprostinilu může způsobit opětovné probuzení PAH. Proto se doporučuje vyhnout se přerušení terapie treprostinilem a infuzi znovu zahájit co nejdříve po náhlém snížení či přerušení dávky. Delší přerušení léčby může vyžadovat opětovnou titraci dávky treprostinilu. Volba dávky pro **staršího pacienta** má být obezřetná a odrážet častější výskyt zhoršené funkce jater, ledvin nebo srdce a souběžné choroby nebo jinou léčbu. **Pediatrická populace:** Pro pacienty mladší 18 let existuje jen velmi málo údajů. Dostupné klinické studie neprokázaly, zda může být vztažena bezpečnost a účinnost doporučeného dávkování pro dospělé i na děti a dospívající. **Rizikové populace:** U lehké až středně těžké poruchy funkce jater odpovídající třídám A a B dle Child-Pugha vzrůstají plazmatické hladiny treprostinilu. U těchto pacientů existuje riziko zvýšeného působení na organismus, které může snížit toleranci a vést k nárůstu nežádoucích účinků závislých na dávce. Počáteční dávka treprostinilu se má snížit na 0,625 ng/kg/min a postupné zvyšování dávky se má provádět opatrně. U pacientů s poruchou funkce ledvin není nutná žádná úprava dávkování. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na léčivou nebo na kteroukoli z pomocných látek. PAH související s venookluzivní chorobou. Měštavé srdeční selhání způsobené těžkou dysfunkcí levé komory. Těžká porucha funkce jater (Child-Pugh, třída C). Aktivní gastrointestinální vřed, intrakraniální krvácení, zranění či jiné krvácející stavy. Vrozené nebo získané defekty chlopiň s klinicky relevantní myokardiální dysfunkcí, která nesouvisí s plicní hypertenzí. Závažná ischemická choroba srdeční nebo nestabilní angina pectoris, infarkt myokardu u uplynulých šesti měsících; dekompenzované srdeční selhání, pokud neproběhlo pod lékařským dohledem; závažné arytmie, cerebrovaskulární příhody (např. tranzitorní ischemická ataka, cévní mozková příhoda) u uplynulých 3 měsících. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Rozhodnutí zahájit léčbu treprostinilem musí zohlednit vysokou pravděpodobnost, že kontinuální infuze bude muset být aplikována po dlouhou dobu. Proto je třeba pečlivě posoudit schopnost pacienta snášet zavedení katetr a být za něj a infuzi soupravu zodpovědný. U pacientů s nízkým systérovým arteriálním tlakem může léčba treprostinilem zvýšit riziko systérové hypotenze. Léčba se nedoporučuje u pacientů se systolickým arteriálním tlakem nižším než 85 mm Hg. Doporučuje se sledovat systérový krevní tlak a tep při jakékoli změně dávkování a instruuat pacienta, aby zastavil infuzi, objeví-li se příznaky hypotenze nebo je zjištěn systolický krevní tlak 85 mm Hg a nižší. Náhlé ukončení nebo významné snížení dávky treprostinilu může způsobit návrat PAH. Pokud se u pacienta v průběhu léčby treprostinilem vyvine plicní edém, je třeba uvážit možnost přidružené plicní venookluzivní choroby. Léčba má být ukončena. Obézní pacienti (BMI vyšší než 30 kg/ m²) vylučují treprostinil pomaleji. Prospěšnost podkožní léčby treprostinilem u pacientů se závažnější plicní arteriální hypertenzí (NYHA IV) dosud nebyla stanovena. Poměr účinnosti a bezpečnosti nebyl studován u plicní arteriální hypertenze spojené s levo-pravým srdečním shuntem, portální hypertenzí nebo infekcí HIV. Dávkování u pacientů s poruchou funkce jater má být prováděno opatrně. Opatrnosti je třeba v situacích, kdy může treprostinil zvýšit riziko krvácení inhibicí agregace trombocytů. 10ml injekční lahvička s přípravkem TRESUVI 2,5 mg/ml; 5,0 mg/ml a 10 mg/ml obsahuje 37,3 mg; 39,1 mg a 37,4 mg sodíku. U pacientů, kterým je podáván treprostinil i.v. infuzí, byly hlášeny infekce krevního řečiště a sepse spojené s centrálním žilním katétre. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Nejsou dostupné adekvátní údaje pro podávání treprostinilu těhotným ženám. Treprostinil se má podávat v těhotenství pouze tehdy, jestliže potenciální přínos pro matku převáží potenciální riziko pro plod. Není známo, zda se treprostinil vylučuje do mateřského mléka. Kojící ženy během podávání treprostinilu mají přestat kojit. **Během léčby treprostinilem se doporučuje používat antikoncepci.** **Interakce s jinými léčivými přípravky:** Souběžné podávání treprostinilu s diuretiky, antihypertenzivy nebo jinými vazodilatátory zvyšuje riziko systérové hypotenze. Souběžné podávání treprostinilu s inhibitory agregace trombocytů, včetně NSAID, donory oxidu dusnatého nebo antikoagulancií může zvýšit riziko krvácení. U pacientů užívajících antikoagulační je třeba se vyhnout souběžnému podávání jiných inhibitorů trombocytů. Plazmatická clearance treprostinilu může být lehce snížena u pacientů léčených furosemidem. Současné podávání inhibitoru enzymu cytochromu P450 (CYP) 2C8 gemfibrozilu s treprostinil diolaminem zdvojnásobuje expozici treprostinilu (jak C_{max}, tak AUC). Souběžné podávání induktoru enzymu CYP2C8 rifampicinu snižuje expozici treprostinilu. **Nežádoucí účinky:** Bolesti hlavy, vazodilatace a zrudnutí, průjem, nauzea, vyrážka, bolesti čelistí, bolest v místě vpichu, reakce v místě vpichu, krvácení nebo hematoma, závratě, plicní hypertenze, krvácivá příhoda, zvracení, svědění, myalgie, atalgie, bolestí podezření na nežádoucí účinky po registraci léčivého přípravku je důležité. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili podezření na nežádoucí účinky na adresu: SÚKL, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10. Webové stránky: <http://www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek>. **Uchovávání:** Nevýžaduje žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Doba použitelnosti:** V originálním balení - 3 roky; po prvním otevření - 30 dnů při 30 stupních Celsia; při kontinuální s.c. infuzi - 72 hodin při 37 stupních Celsia; při kontinuální i.v. infuzi externí ambulantní pumpou - 48 hodin při 37 stupních Celsia; při i.v. podání implantabilní pumpou - 30 dní při 37 stupních Celsia. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Amomed Pharma GmbH, Storchengasse 1, 1150 Vídeň Rakousko. **Registrační čísla:** 83/455/14-C, 83/456/14-C, 83/457/14-C. **Datum revize textu:** 4.5.2022. **Způsob úhrady ZP:** Léčivý přípravek Tresuvi® 2,5 mg/ml; 5 mg/ml; 10 mg/ml infuzní roztok je hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Dříve, než přípravek předepíšete, seznámte se s úplným souhrnem údajů o přípravku.

TREP_04_082022_CZ, datum schválení: září 2022, datum výroby: listopad 2022

AOP Orphan Pharmaceuticals GmbH – organizační složka,

Pod Děvinem 28, 150 00 Praha, Česká republika, tel: +420 251 512 947, fax: +420 251 512 946, e-mail: office.cz@aoporphan.com, www.aop-health.com/cz_cs



Evropský* treprostinil

*Tresuvi® je vyroben v Evropě

- Pro léčbu idiopatické a dědičné plicní arteriální hypertenze (PAH)
- Pacienti klasifikovaní podle New York Heart Association (NYHA) jako funkční III. třída

- 10 ml injekční lahvičky pro individuální léčbu
- Flexibilní dávkování
- Možnost rychlé úpravy dávkování



TREP_04_082022_CZ, datum schválení: září 2022, datum výroby: listopad 2022

Betaloc® ZOK

Metoprolol succinate



Dávkování 1x denně¹

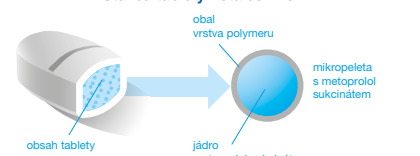
Podávání léku 1x denně zlepšuje compliance pacientů.



Řízené uvolňování¹

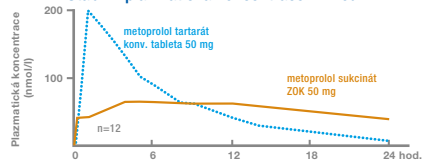
Potahované tablety s prodlouženým uvolňováním obsahují několik stovek mikropelet s jantaranem metoprololu. Každá mikropeleta je potažena vrstvou polymeru, která řídí rychlost uvolňování. Po spolknutí se tableta rychle rozpadá a mikropelety se dispergují v gastrointestinálním traktu a uvolňují léčivou látku po dobu asi 20 hodin. Tak je dosaženo rovnoměrných plazmatických koncentrací metoprololu po dobu 24 hodin (na rozdíl od konvenčních tablet s metoprololem).¹

Stavba tablety Betaloc® ZOK¹



Upraveno dle Plosker GL, Clissold SP. Drugs 1992;43:382-414

Dávkování 1x denně Stabilní plazmatická koncentrace 24 hodin^{1,3}



Dávkování u 7 schválených indikací¹

Chronické srdeční selhání¹

Doporučená počáteční dávka přípravku po dobu prvních dvou týdnů je 25 mg jednou denně. U pacientů třídy III-IV podle NYHA se doporučuje počáteční dávka 12,5 mg jednou denně po dobu prvního týdne. Doporučuje se dávku vždy po 14 dnech zvýšit na dvojnásobnou až na cílovou dávku 200 mg jednou denně (nebo nižší maximálně tolerovanou dávku).

Hypertenze¹

50 mg 1x denně mírná až středně těžká hypertenze, 100–200 mg 1x denně při potřebě zvýšení dávky nebo kombinace s jinými antihypertenzivy.

Udržovací léčba po infarktu myokardu¹

200 mg 1x denně

Angina pectoris¹

100–200 mg 1x denně, lze kombinovat s jinými antianginózními léčivy

Srdeční arytmie¹

100–200 mg 1x denně

Funkční srdeční poruchy s palpitacemi¹

100 mg 1x denně, lze zvýšit na 200 mg

Profylaxe migrény¹

100–200 mg 1x denně

Zkrácená informace o léčivém přípravku Betaloc® ZOK 25 mg, Betaloc® ZOK 50 mg, Betaloc® ZOK 100 mg, Betaloc® ZOK 200 mg.

NÁZEV PŘÍPRAVKU: Betaloc® ZOK 25 mg, Betaloc® ZOK 50 mg, Betaloc® ZOK 100 mg, Betaloc® ZOK 200 mg, tablety s prodlouženým uvolňováním. **SLOŽENÍ:** Jedna potahovaná tableta obsahuje metoprololi succinas 23,75 mg, resp. 47,5 mg, resp. 95 mg, resp. 190 mg (odp. metoprololi tartras 25 mg, 50 mg, resp. 100 mg, resp. 200 mg). **DRŽITEL:** Herbacos Recordati s.r.o., Štrossova 239, 530 03 Pardubice, Česká republika. **TERAPEUTICKÉ INDIKACE:** Léčba hypertenze, anginy pectoris; poruch srdečního rytmu zahrnující zejména supraventrikulární tachykardii; po infarktu myokardu; funkčních srdečních poruch s palpitacemi; profylaxe migrény; léčba hyperthyreózy. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ:** Doporučené dávkování je 100–200 mg jednou denně. Maximální denní dávka pro přípravek Betaloc® ZOK je 400 mg. Betaloc® ZOK je určen pro podávání jednou denně, nejlépe ráno před jídlem nebo v průběhu jídla. Tablety je nutné zapít vodou. Celé tablety nebo jejich poloviny se nesmějí kousat ani drtit. **KONTRAINDIKACE:** A-V blok druhého a třetího stupně, dekompenzovaná srdeční nedostatečnost, sinusová bradykardie (< 50 tepů/min.), sick-sinus syndrome, sinoatriální blok, kardiogenní šok a těžká periferní arteriální cirkulační insuficience, hypotenze (systolický TK nižší než 100 mm Hg), astma bronchiale a chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) těžkého stupně, neléčený feochromocytom, metabolická acidóza. Metoprolol se nesmí podávat pacientům se suspektním akutním infarktem myokardu, pokud je tepová frekvence nižší než 50 tepů/min., P-Q interval je delší než 0,24 s nebo je systolický krevní tlak menší než 100 mm Hg (13,33 kPa). **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ:** U pacientů, kteří jsou léčeni betablokátory; při léčbě pacientů s astmatem, nebo chronickou obstrukční plicní nemocí; u pacientů s A-V blokem; riziko ovlivnění metabolismu cukrů nebo maskování hypoglykémie; pokud je metoprolol podáván pacientům s feochromocytomem, mělo by být současně podáváno též alfa-sympatolytikum. **INTERAKCE:** Beta1-sympatolytika (např. oční kapky) a ganglioplegika; inhibitory monoaminoxidázy; betablokátory; blokátory kalciového kanálu; inhibitory CYP2D6; současná léčba indometacinem a jinými inhibitory prostaglandin syntetázy může snižovat účinek betablokátorů; při současném užívání s dalšími antihypertenzivy, tricyklickými antidepresivy, barbituráty nebo fenothiazinem dochází k prohloubení hypotenzního účinku; současně užívání se sympatomimetiky a xantiny vede ke vzájemné inhibici účinku; užívání betablokátorů vede k zesílení hypoglykemického účinku. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Metoprolol by neměl být podáván v průběhu těhotenství a kojení. V případě, že těhotná žena užívá metoprolol, se doporučuje provádět vhodné monitorování matky/plodu. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** Mezi časté nežádoucí účinky patří bradykardie, posturální poruchy (velmi vzácně doprovázené synkopou), studené končetiny, palpitace. **ZVLÁŠTNÍ OPATŘENÍ PRO UCHOVÁVÁNÍ:** Uchovávejte při teplotě do 30 °C. **DATUM PRVNÍ REGISTRACE:** Betaloc® ZOK 25 mg: 21. 3. 2001; Betaloc® ZOK 50 mg: 20. 12. 2000; Betaloc® ZOK 100 mg: 15. 4. 1998; Betaloc® ZOK 200 mg: 20. 12. 2000. **DATUM REVIZE TEXTU:** 15. 3. 2021. **REGISTRAČNÍ ČÍSLA:** Betaloc® ZOK 25 mg: 58/117/01-C.; Betaloc® ZOK 50 mg: 58/628/00-C; Betaloc® ZOK 100 mg: 58/015/98-C; Betaloc® ZOK 200 mg: 58/629/00-C. **Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Lék k vnitřnímu užití. Přípravek je hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním přípravku si pečlivě prostudujte úplné znění Souhrnu údajů o přípravku, které naleznete na webových stránkách:** <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0231692&tab=texts>.

Datum výroby materiálu: září 2021
Kód materiálu: CZ-BET-2021-05-inzerát

Tento materiál je určený pro odbornou veřejnost a interní účely společnosti.

MAH / VÝHRADNÍ DISTRIBUTOR PRO ČR:
Herbacos Recordati s.r.o.
Štrossova 239, 530 03 Pardubice



HeartInsight Heart Failure Management Solution

Accurate Prediction. Proactive Care.



One Accurate
Alert



One Insightful
Dashboard



One Step
Ahead



BIOTRONIK
excellence for life

www.biotronik.com

1. SPC Betaloc ZOK.
2. Plosker GL, Clissold SP. Drugs 1992;43:382-414.
3. Wieselgren I et al, J Clin Pharmacol 1990;30:S28-S32.

Pacienti jsou smyslem
všeho, co děláme.
Inspirují nás. Motivují nás.

Bojujeme s nádorovými onemocněními

Bristol Myers Squibb je globální biofarmaceutická společnost.

**Naším posláním je objevovat, vyvíjet a dodávat moderní léky,
které pomáhají pacientům zvítězit nad nádorovými onemocněními.**

Náš závazek vyvíjet inovativní léky je tak silný jako vůle pacientů bojovat
proti závažným onemocněním. Nakonec bude náš úspěch měřen
jedinou věcí: jak úspěšně dokážeme změnit životy pacientů.

NO-CZ-2200009

Bristol-Myers Squibb spol. s r.o. | Budějovická 778/3, 140 00 Praha 4 | tel.: 221 016 111 | e-mail: bms.czech@bms.com | www.bms.com/cz



Entresto™
sacubitril/valsartan

V 1. LINII LÉČBY KAŽDÉHO PACIENTA S HFrEF DLE ESC GUIDELINES 2021¹

Entresto™ pomáhá pacientům se symptomatickým chronickým srdečním selháním
se sníženou ejekční frakcí žít déle, s nižším rizikem hospitalizací a cítit se lépe.²⁻⁶

-20%

snížení rizika kardiovaskulárního úmrtí nebo první
hospitalizace pro srdeční selhání vs. enalapril ($p < 0,001$)³

-42%

snížení rizika kardiovaskulárního úmrtí a rehospitalizace pro srdeční
selhání při nasazení za hospitalizace vs. enalapril ($p = 0,007$)⁷



zlepšení ve fyzických a společenských
aktivitách vs. enalapril⁶

Entresto 24 mg/26 mg potahované tablety • Entresto 49 mg/51 mg potahované tablety • Entresto 97 mg/103 mg potahované tablety

Zkrácená informace • **Složení:** Jedna potahovaná tableta obsahuje 24,3 mg, 48,6 mg nebo 97,2 mg sacubitrilu a 25,7 mg, 51,4 mg nebo 102,8 mg valsartanu (jako sacubitril a valsartan natrii komplexus). **Indikace:** K léčbě symptomatického chronického srdečního selhání s redukovanou ejekční frakcí u dospělých pacientů. **Dávkování:** Doporučená zahajovací dávka přípravku Entresto je jedna tableta 49 mg/51 mg dvakrát denně. Dávka by měla být zdvojnásobena za 2-4 týdny do dosažení cílové dávky jedna tableta 97 mg/103 mg dvakrát denně, podle tolerance pacienta. Při problémech s tolerancí (systolický krevní tlak ≤ 95 mmHg, symptomatická hypotenze, hyperkalemie, renální dysfunkce) se doporučuje úprava dávek souběžných léčivých přípravků, přechodná titrace dávek přípravku Entresto směrem dolů nebo jeho vysazení. **Kontraindikace:** Současné užívání ACE inhibitorů. Přípravek Entresto nesmí být podán do 36 hodin po ukončení léčby ACE inhibitory. Angioedém související s předchozí léčbou ACE inhibitory nebo s léčbou ARB v anamnéze. Dědičný nebo idiopatický angioedém. Současné užívání s léčivými přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo u pacientů s poruchou funkce ledvin (eGFR < 60 ml/min/1,73 m²). Závažná porucha funkce jater, bilární cirhóza a cholestáza. Druhý a třetí trimestr těhotenství. Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění/varování:** Dvojitá blokáda RAAS • Léčba kombinací sakubitril/valsartan nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky ACE inhibitoru. Pokud je léčba přípravkem Entresto ukončena, léčba ACE inhibitory nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky kombinace sakubitril/valsartan. • Kombinace sakubitril/valsartan s přímými inhibitory reninu jako je aliskiren se nedoporučuje. • Přípravek Entresto obsahuje valsartan, a proto nemá být podáván současně s jiným přípravkem obsahujícím ARB. **Hypotenze** • Léčba nemá být zahájena, dokud STK není ≥ 100 mmHg. U pacientů léčených kombinací sakubitril/valsartan byly hlášeny případy symptomatické hypotenze, zejména u pacientů ve věku ≥ 65 let, pacientů s renálním onemocněním a pacientů s nízkým STK (< 112 mmHg). Při zahajování léčby kombinací sakubitril/valsartan nebo během titrace dávek je třeba rutinně monitorovat krevní tlak. Symptomatická hypotenze se objeví pravděpodobněji, pokud byl pacient v objemové přetíženi, například při léčbě diuretiky, dietním omezení soli, průjmů nebo zvracení. Deplece sodíku a/nebo objemová deplece mají být korigovány před zahájením léčby kombinací sakubitril/valsartan, ale tato korektivní akce musí být pečlivě vyvážena oproti riziku objemového přetížení. **Porucha funkce ledvin** • Pacienti s lehkou a středně těžkou a těžkou poruchou funkce ledvin podléhají většímu riziku rozvoje hypotenze. U pacientů v terminálním stádiu renálního onemocnění se podávání přípravku Entresto nedoporučuje. Užívání kombinace sakubitril/valsartan může být spojeno se sníženou funkcí ledvin. Riziko může být dále zvýšeno dehydratací nebo současným užíváním nesteroidních protizánětlivých léků (NSAID). **Hyperkalemie** • Léčba nemá být zahájena, pokud je sérová hladina draslíku $> 5,4$ mmol/l. Užívání kombinace sakubitril/valsartan může být spojeno se zvýšeným rizikem hyperkalemie, i když hypokalemie se může také vyskytnout. Pokud je sérová hladina draslíku $> 5,4$ mmol/l, je třeba zvážit vysazení. **Angioedém** • U pacientů léčených kombinací sakubitril/valsartan byl hlášen angioedém. Pokud se objeví angioedém, má být podávání kombinace sakubitril/valsartan ihned ukončeno a má být poskytnuto vhodné léčení a sledování až do doby kompletního a trvalého ustupu známek a příznaků. Přípravek nesmí být znovu podán. Angioedém spojený s otokem laryngu může být fatální. Pokud je pravděpodobné, že je obstrukce dýchacích cest způsobena otokem jazyka, glottis nebo hrtanu, je třeba nasadit rychle vhodnou terapii, například adrenalinu 1 mg/1 ml (0,3-0,5 ml) a/nebo přijmout opatření nutná k zajištění průchodných dýchacích cest. Pacienti černošské rasy mají zvýšenou citlivost k rozvoji angioedému. Pacienti se stenózou renální arterie • Kombinace sakubitril/valsartan může zvyšovat hladinu urey v krvi a kreatininu v séru u pacientů s bilaterální nebo unilaterální stenózou renální arterie. U pacientů se stenózou renální arterie je třeba dbát opatrnosti a doporučuje se sledovat renální funkce. Pacienti s poruchou funkce jater • U pacientů se středně těžkou poruchou funkce jater (Child-Pugh klasifikace B) nebo s hodnotami AST/ALT více než dvojnásobek horní hranice normálního rozmezí je k dispozici omezená klinická zkušenost. U těchto pacientů může být expozice zvýšena a bezpečnost není stanovena. Pokud se přípravek používá u těchto pacientů, doporučuje se dbát opatrnosti. **Interakce:** Opatrnosti je zapotřebí při současném podání se statiny, sildenafilem, lithium, kalium šetrícími diuretiky včetně antagonistů mineralokortikoidů (například spironolakton, triamteren, amilorid), náhradami draslíku nebo solemi s obsahem draslíku, nesteroidními antirevmatiky včetně selektivních COX-2 inhibitorů, inhibitory OATP1B1, OATP1B3, OAT3 (například rifampin, cyclosporin) nebo MP2R (například ribavirin). **Těhotenství a kojení:** Užívání kombinace sakubitril/valsartan se nedoporučuje během prvního trimestru těhotenství je kontraindikováno během druhého a třetího trimestru těhotenství. Kvůli možnému riziku nežádoucích reakcí u kojenců novorozenců/děti se přípravek nedoporučuje během kojení. **Nežádoucí účinky: Velmi časté:** Hyperkalemie, hypotenze, porucha funkce ledvin. **Časté:** Kašel, anémie, hypokalemie, hypoglykemie, závrať, bolest hlavy, synkopa, ortostatická hypotenze, průjem, nauzea, gastritida, selhání ledvin, únava, astenie. **Podmínky uchovávání:** Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Dostupné léčivé formy/velikosti balení:** PVC/PVDC/Al blistry v balení obsahujícím 14, 20, 28, 56, 168 nebo 196 potahovaných tablet nebo vícenásobná balení obsahující 168 (3 balení po 56) nebo 196 (7x28) potahovaných tablet (pouze dvě nejvyšší sady). **Poznámka:** Dříve než lék předepíšete, přečtěte si pečlivě úplnou informaci o přípravku. **Reg. č.:** EU/1/15/1058/001-022. **Datum registrace:** 19.11.2015. **Datum poslední revize textu SPC:** 19.5.2021. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novartis Europharm Limited, Vista Building Elm Park, Merriam Road, Dublin 4, Irsko. **Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.**

REFERENCE: 1. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J. 2021;00:1–128. 2. SPC přípravku Entresto. 3. McMurray JJV, Packer M, Desai AS, et al. for the PARADIGM-HF Investigators. Angiotensin–Neprilysin Inhibition versus Enalapril in Heart Failure. N Engl J Med. 2014;371(11):993–1004. 4. Packer M, McMurray JJV et al. Angiotensin Receptor Neprilysin Inhibition Compared With Enalapril on the Risk of Clinical Progression in Surviving Patients With Heart Failure. Circulation. 2015;131(1):54–61. 5. Lewis EF, Claggett BL, McMurray JJV, et al. Health-related quality of life outcomes in PARADIGM-HF. Circ Heart Fail. 2017;10(8):e003430. 6. Chandra A, Lewis EF, Claggett BL et al. Effects of sacubitril/valsartan on physical and social activity limitations in patients with heart failure: a secondary analysis of the PARADIGM-HF trial. JAMA Cardiol. 2018;3(6):498–505. 7. Morrow DA, Velezquez EJ, et al. Clinical outcomes in patients with acute decompensated heart failure randomly assigned to sacubitril/valsartan or enalapril in the PIONEER-HF trial. Circulation. 2019;139(19):2285–2288.

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

ENTRESTO™ je ochranná známka společnosti Novartis AG.
CZ2110256633/10/2021



NOVARTIS | Reimagining Medicine



YLPIO®

telmisartanum 80 mg / indapamidum 2,5 mg

Reference: **1.** SmPC Ylpio 80 mg/2,5 mg tablety, datum poslední revize: 30. 8. 2022. **2.** Grassi G, *et al.* Cardioprotective effects of telmisartan in uncomplicated and complicated hypertension. J Renin Angiotensin Aldosterone Syst 2008; 9(2): 66-74. **3.** Battershill A.J., *et al.* Telmisartan: a review of its use in the management of hypertension. Drugs 2006; 66(1): 51-83. Erratum in: Drugs 2006; 66(15): 1987. **4.** Widimský J. jr., *et al.* Doporučení pro diagnostiku a léčbu arteriální hypertenze ČSH 2017. Hypertenze a kardiovaskulární prevence 2018; Suppl 7: 1-19. **5.** Leonetti G, *et al.* Tolerability and well-being with indapamide in the treatment of mild-moderate hypertension. An Italian multicenter study. Am J Med 1988; 84(1B): 59-64. **6.** Cibíčková L. Vliv vybraných léků antihypertenziv na metabolismus draslíku – dopady pro klinickou praxi. Farmakoterapeutická revue 2019; 5(4): 529-532.

Zkrácená informace o léčivém přípravku: **Ylpio 80 mg/2,5 mg tablety**; **Složení:** Telmisartanum 80 mg a indapamidum 2,5 mg v 1 tabletě. **Indikace:** Substituční terapie esenciální hypertenze u dospělých pacientů, jejichž krevní tlak je kontrolován kombinací telmisartanu a indapamidu podávanými současně ve stejných dávkách, jako jsou v kombinaci. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky, sulfonamidy nebo pomocné látky, těžká porucha funkce jater nebo jaterní encefalopatie, těžká porucha funkce ledvin, hypokalemie, obstrukční poruchy žlučových cest. Kontraindikace během druhého a třetího trimestru těhotenství. Léčba přípravkem se během kojení nedoporučuje. Současné užívání telmisartanu s přípravky obsahujícími aliskiren je kontraindikováno u pacientů s diabetem mellitus nebo poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²). **Nežádoucí účinky:** *Související s telmisartanem:* Infekce močových cest nebo horních cest dýchacích, hypokalemie, synkopa, vertigo, bradykardie, kašel, průjem, dyspepsie, zvracení, pruritus, zvýšené pocení, kožní vyrážka, myalgie, poškození ledvin včetně akutního renálního selhání, bolesti na hrudi, astenie, zvýšení hladiny kreatininu v krvi. *Související s indapamidem:* Hypokalemie, únava, závrať, bolest hlavy, parestezie, nauzea, zvracení, zácpa, sucho v ústech, hypersenzitivní reakce, makulopapulární vyrážky, purpura, fotosenzitivita. **Interakce:** Kombinace telmisartanu s digoxinem může zvýšit hladinu digoxinu. Telmisartan může vyvolat hyperkalemii. Riziko se zvyšuje při kombinaci s dalšími látkami vyvolávajícími hyperkalemii (např. kalium šetrící diuretika, ACE inhibitory, NSAID, heparin, cyklosporin, takrolimus a trimethoprim). *Kombinace, které nejsou doporučeny:* Podání s draslík šetrícími diuretiky nebo přípravky obsahujícími draslík (např. spironolakton, amilorid, triamteren, náhražky soli obsahující draslík). Při nezbytnosti současného podávání je nutno často kontrolovat kalemii, případně EKG. Přípravek může zvyšovat plazmatickou koncentraci lithia. *Kombinace vyžadující zvýšenou opatrnost:* Nesteroidní protizánětlivé léky (NSAID) a kyselina salicylová (≥ 3 g/den) mohou snižovat antihypertenzní účinek. Při oslabené funkci ledvin může kombinace telmisartanu a přípravků blokujících cyklooxygenázu vést až k akutnímu selhání ledvin. U dehydratovaných pacientů hrozí riziko akutního renálního selhání. Předchozí léčba vysokými dávkami diuretik vede k riziku hypotenze po zahájení léčby telmisartanem. Kombinace s léčivými vyvolávajícími *torsade de pointes* (např. antiarytmika, některá antipsychotika, bepridil, erythromycin i.v., pentamidin, moxifloxacin, vinkamin i.v.) zvyšuje riziko ventrikulárních arytmií, zvláště *torsade de pointes*. Je tedy třeba sledovat a korigovat hypokalemii a monitorovat elektrolyty a EKG. Doporučuje se používat látky, u kterých při hypokalemii nehrozí riziko *torsade de pointes*. Jiná léčiva způsobující pokles hladiny draslíku (např. i.v. amfotericin B, kortikosteroidy, tetraoksaktid, stimulanty laxativa) zvyšují riziko hypokalemie (kalemie se má sledovat a korigovat). Hypokalemie predisponuje k toxickým účinkům digitalisu a při současně léčbě se doporučuje monitorování kalemie a EKG. Zvýšené opatrnosti je třeba rovněž dbát při kombinaci s ACE inhibitory (zejména v počátcích léčby a při depleci sodíku nebo při městnavém srdečním selhání) a je třeba brát v úvahu, že se nedoporučuje duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, blokátorů receptorů pro angiotenzin II nebo aliskirenu. Dále je třeba dbát zvýšené opatrnosti při kombinaci s baklofenem a alopurinolem. *Kombinace, jež je nutno vzít v úvahu:* Jiné antihypertenzní léky, imipraminová antidepresiva, neuroleptika, baklofen a amifostin mohou zvýšit antihypertenzní účinek. Ortostatická hypotenze může být potencována alkoholem, barbituráty, narkotiky nebo antidepresivy. Opatrnosti je dále třeba při kombinaci s metforminem (riziko laktátové acidózy), jodovanými kontrastními látkami, vápníkem, cyklosporinem, takrolimem a kortikosteroidy. **Upozornění:** Léčba nesmí být zahájena během těhotenství. Jestliže je zjištěno těhotenství, musí být léčba přípravkem ihned ukončena. Pacientům s oboustrannou stenózou renální arterie nebo se stenózou arterie zásobující jedinou funkci ledvinu hrozí během léčby zvýšené riziko těžké hypotenze a renální nedostatečnosti. Thiazidům podobná diuretika jsou plně účinná pouze při normální nebo minimálně snížené funkci ledvin. U pacientů s poruchou renálních funkcí užívajících telmisartan se doporučuje sledování kalemie a kreatininemie. U pacientů s primárním aldosteronismem se léčba telmisartanem nedoporučuje. Je třeba věnovat zvýšenou pozornost pacientům trpícím stenózami aortální nebo mitrální chlopně nebo obstrukční hypertrofickou kardiomyopatií. Pravidelné sledování hladiny glukózy v krvi je důležité u diabetiků. U pacientů, jejichž cévní tonus a renální funkce závisí převážně na aktivitě RAAS (např. u pacientů se závažným městnavým srdečním selháním nebo u pacientů s průvodním onemocněním ledvin, včetně stenózy renální arterie), může být léčba spojena s akutní hypotenzí, hyperazotémií, oligurií nebo vzácněji i s akutním selháním ledvin. U pacientů s poklesem intravaskulárního objemu nebo koncentrace sodíku (např. v důsledku diuretické terapie, omezení soli v dietě, průjmů nebo zvracení) se zejména po první dávce telmisartanu/indapamidu může objevit symptomatická hypotenze. Natrémii je nutno stanovit před zahájením léčby a pravidelně kontrolovat, častěji u starších pacientů a u pacientů s cirhózou jater. U rizikových pacientů z hlediska hyperkalemie se doporučuje kalemii monitorovat. Je třeba zabránit vzniku hypokalemie, zejména u vysoce rizikových skupin pacientů, tj. u starších pacientů, podvyživených pacientů a/nebo nemocných osob, užívajících řadu léků současně, u cirhotiků s otoky a ascitem, u pacientů s onemocněním koronárních tepen, pacientů se srdečním selháním a osob s dlouhým QT intervalem. V těchto případech je třeba častěji kontrolovat a korigovat kalemii, stejně jako u pacientů užívajících srdeční glykosidy nebo látky způsobující *torsade de pointes*. Přípravek může způsobit přechodné zvýšení hladin vápníku v plazmě. Skutečná hyperkalcemie může být výsledkem nerozpoznané hyperparatyreózy. U nemocných se zvýšenou hladinou kyseliny močové hrozí záchvat dny. Sulfonamidy nebo deriváty sulfonamidů mohou způsobit idiosynkratickou reakci vedoucí k chorooidální eufúzi s defektem zorného pole, přechodné myopii a akutnímu glaukomu s uzavřeným úhlem. Při nadměrném snížení krevního tlaku u pacientů s ischemickou kardiopatií nebo s ischemickou chorobou srdeční může dojít k infarktu myokardu nebo k cévní mozkové příhodě. **Dávkování a způsob podání:** Doporučená dávka je jedna tableta denně. Při těžké poruše funkce ledvin (clearance kreatininu pod 30 ml/min) u hemodialyzovaných pacientů a při těžké poruše funkce jater je přípravek kontraindikován. U pacientů s lehkou až středně těžkou poruchou funkce jater je nutná úprava dávkování a dávka telmisartanu nemá překročit 40 mg telmisartanu denně. Tablety se užívají před jídlem, během jídla nebo po jídle s trochou tekutiny. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Balení:** 30 tablet po 80 mg/2,5 mg. **Datum revize textu:** 30. 8. 2022. S podrobnějšími informacemi o přípravku se seznámte v SPC. Přípravek je vázan na lékařský předpis a je hrazen z prostředků zdravotního pojištění. **Výrobce a držitel rozhodnutí o registraci:** PRO.MED.CS Praha a.s., Telčská 377/1, Michle, 140 00 Praha 4, Česká republika.

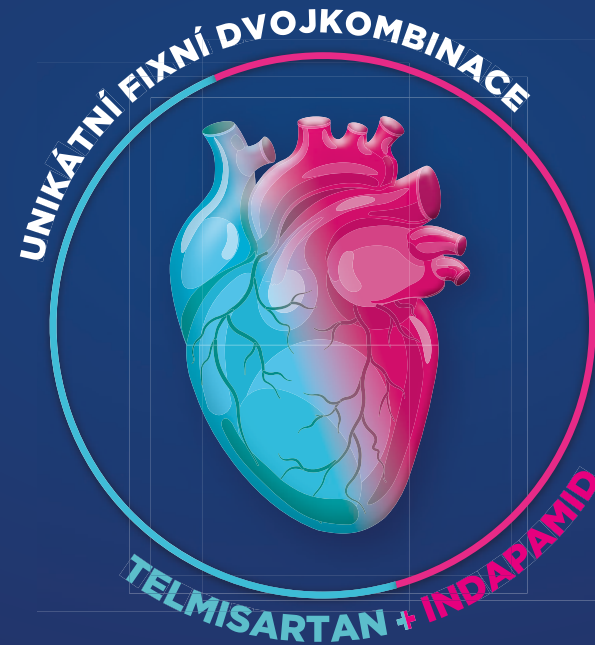
0112012325

PRO.MED.CS Praha a.s.
Telčská 377/1, Michle, 140 00 Praha 4, Česká republika
www.promed.cz



YLPIO®

telmisartanum 80 mg / indapamidum 2,5 mg



Efektivní 24hodinová kontrola krevního tlaku^{1,2}



Prokázaná ochrana před orgánovým poškozením způsobeným hypertenzí^{1,2,3,4}



Velmi dobrá snášenlivost^{3,5,6}

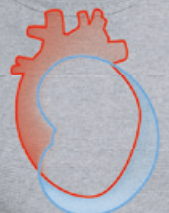


Vyšší adherence k léčbě⁴

3 indikáciách



**~55 % pacientů
se srdečním selháním**



**trpí také chronickým
onemocněním ledvin^{1*}**

(metaanalýza 25 prospektívnych štúdií, n= 20 754 pac.)

S Forxigou léčíte HFrEF i CKD v jedné tabletě jednou denně³

* Na základě rozsáhlé metaanalýzy údajů o jednotlivých pacientech o celkovém počtu 20 754 pacientů, včetně sérových hladin kreatininu, výsledky úmrtí ze všech příčin byly prospektivně shromážděny u pacientů se srdečním selháním a bez specifických hodnot LVEF nebo rozmezí požadovaných pro zařazení. Dysfunkce ledvin byla definována jako eGFR <60 ml/min, což odpovídá stadiu CKD 3a nebo vyššímu. HFREF - chronické srdeční selhání se sníženou ejekční frakcí; DM2 - diabetes mellitus 2. typu; CKD - chronické onemocnění ledvin; LVEF - ejekční frakce levé komory; eGFR - odhadovaná rychlost glomerulární filtrace.

Zkrácená informace o léčivém přípravku FORXIGA® 10 mg potahované tablety

[illegible]

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

© AstraZeneca 2022. Registrovaná ochranná známka FORXIGA je majetkem AstraZeneca plc. Referenční číslo dokumentu: 15072022API. Přípravek Forxiga 10 mg je v ČR hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Na trhu nemusí být aktuálně dostupná všechna balení. Přečtěte si pozorně úplnou informaci o přípravku, kterou naleznete na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky (EMA) <http://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, <http://www.astrazeneca.cz>.

AstraZeneca Czech Republic s. r. o. | U Trezorky 921/2, 158 00 Praha 5 - Jinonice | tel.: +420 222 807 111 | www.astrazeneca.cz

CZ-3728 | Datum přípravy: 10/2022



Pro pacienty podstupující PCI, u kterých není perorální léčba možná nebo vhodná.¹

✓ V bezvědomí

✓ Intubovaní

✓ Zvracející²

✓ S polykacími obtížemi³

✓ Užívající morfium⁴

✓ Hemodynamicky nestabilní

- v kardiogenním šoku⁵

- po resuscitaci nebo terapeutické hypotermii⁶



Zkrácená informace o přípravku

Název a složení: Kengrexal 50 mg prášek pro koncentraci překřivení / infuzní roztok. Jedna lahvička obsahuje cangrelorol (netrosamid, což odpovídá cangrelorolu 50 mg. Pro rekonstituci obsahuje 1 ml koncentráta cangrelorolu 10 mg. Po nasečení obsahuje 1 ml koncentráta cangrelorolu 200 µg. **Indikace:** Kengrexal, podáváný spolu s kyselinou acetylsalicylovou (ASA), je indikován ke snížení výsledků kardiovaskulárních trombotických příhod u dospělých pacientů s ischemickou chorobou srdeční, kteří podstupují perkutánní koronární intervenci (PCI) a kteří nebyli léčeni perorálně podáváním inhibitory P2Y₁ před provedením PCI u kterých není léčba perorálně podáváním inhibitory P2Y₁ možná nebo vhodná. **Dávkování a způsob podání:** Doporučená dávka Kengrexalu u pacientů podstupujících PCI, je intravenózní bolus v dávce 30 µg/kg, bezprostředně následovaný intravenózní infuzí v dávce 4 µg/kg/min. Bolusovou infuzi je třeba podat před provedením zákroku a pokračovat v ní po dobu nejméně 2 hodin nebo do doby trvání zákroku, podle toho, co bude trvat déle. De rozhodnutí lékaře lze v infuzi pokračovat po dobu celkem 4 hodin. **Kontraindikace:** Aktivní krvácení nebo zvýšené riziko krvácení z důvodu poruchy hemostázy a/nebo ireverzibilních poruch koagulaace nebo v důsledku nedávné velké poruchy/traumatu nebo nekontrolované závažné hypertenze. Jakákoli známěná zjevná mozkové příhody nebo tranzitorní ischemické ataky. Hyperenzitivita na léčivou nebo kteroukoli pomocnou látku. **Interakce:** Klopidoogrel podáváný během infuze cangreloru nemá očekávanou inhibici na krevní destičky. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji mírné až středně těžké krvácení a dušnost. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili podezření na nežádoucí účinky na adresu: SUKL, Sroňská 48, 100 01 Praha 10, www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek. **Zvláštní upozornění:** Podávání Kengrexalu může zvýšit riziko krvácení, srdeční tamponády, obsahuje sorbitol, pacienti s intolerancí fruktózy by ho neměli užívat. **Těhotenství a kojení:** Podávání Kengrexalu u těhotenství se nedoporučuje. Neví se, zda se Kengrexal vylučuje do mateřského mléka. Riziko pro kojení nelze vyloučit. **Zvláštní požadavky pro uchování:** Před rekonstitucí se nevyžaduje, po ní viz bod 6.3. **SPC. Držitel rozhodnutí o registraci:** Chiesi Farmaceutici S.p.A. Via Palermo 26/A 43122 Parma, Itálie. **Reg. č.:** EU/1/15/994/001 **Datum revize textu:** 23.04.2022

Průpravek je pouze na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: www.sukl.cz/sukl/seznam-liciv-a-pzu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni. Před předepsáním přípravku se seznáme s úplnou informací o přípravku, na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky: www.ema.europa.eu nebo na stránkách Státního ústavu pro kontrolu léčiv www.sukl.cz. Určeno pro odbornou veřejnost.

Literatura:

1. SPC přípravku Kengrexal 50 mg prášek pro koncentrát pro injekční/infuzní roztok

2. Park et al., *Int J Cardiol* 2013; 162: 56-57

3. Nguyen et al., *Am Surg* 2016; 82(10): 890-893.

4. Parodi et al., JACC 2013; 61: 1601-06.

5. Souckova et al., Eur J Clin Pharmacol 2013; 69: 309-317.

6. Ibrahim et al., Resuscitation 2014; 85(5): 649-656.

Chiesi CZ s.r.o.
Smrčková 2485/4, 180 00 Praha 8
261 221 745; Tel/Fax: +420 261 221 767
chiesi-cz@chiesi.com
www.chiesi.cz



KEN:22.11.01

Když perorální protidestičková léčba
 není vhodná, máme to v rukou.



Kengrexal® cangrelor

intravenózní P2Y₁₂ inhibitor
 s rychlou **ON/OFF** reakcí¹