

Sjezdové noviny



ČESKÁ
KARDIOLOGICKÁ
SPOLEČNOST

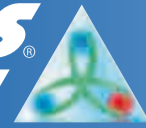
XVI. VÝROČNÍ SJEZD
ČESKÉ KARDIOLOGICKÉ SPOLEČNOSTI
24.-27. KVĚTNA 2008, BRNO

Ročník 4

Číslo 2

25. května 2008

MICARDIS
ONTARGET



CO PŘINÁŠÍ STUDIE ONTARGET?

pondělí 26. května 2008, 16.15–17.15 hodin
areál BVV, sál PRAHA (pavilon E – přízemí)

Boehringer
Ingelheim



Pro všechny lékaře, kteří se výše uvedeného sympozia zúčastní,
bude na stánku společnosti Boehringer Ingelheim připraveno
NOVÉ VYDÁNÍ BREVÍŘE.

Představujeme pracovní skupiny ČKS



Pracovní
skupina
Kardiovasku-
lární farmako-
terapie (str. 7)

Prof. MUDr. J. Vítovec, CSc. FESC



Pracovní skupi-
nu intervenční
kardiologie
(str. 3)

MUDr. P. Kala, Ph.D., FESC

Slavnostní zahájení XVI. výročního sjezdu ČKS



Zeptali jsme se



prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc.
(str. 7)

Z obsahu vybíráme:

- Vyzvané přednášky XVI. sjezdu ČKS (str. 2)
- Zahraniční hosté sjezdu (str. 4)
- Současná léčba akutního koronárního syndromu (str. 4)
- Využití trimetazidinu u pacientů se srdečním selháním: nová data (str. 6)

Dne 24. 5. 2008 byl slavnostně zahájen XVI. výroční sjezd České kardiologické společnosti. Účastníky sjezdu přivítal v rotundě brněnského výstaviště prof. Vítovec. Po úvodním slově přistoupil k řečnickému pultu prof. Aschermann, který nejprve požádal přítomné o uctění památky profesora Niederleho. Ve svém dalším projevu prof. Aschermann in-

formoval o vysokém počtu dosud zaregistrovaných účastníků a ve stručnosti představil program sjezdu. Zdůraznil především slavnostní přednášku, které se v letošním roce zhostil doc. Chaloupka, který přednesl sdělení s názvem „Nemocný po infarktu myokardu“, a dále sekci Hot Lines, ve které budou prezentovány výsledky v nedávné době ukončených studií. Záro-

veň prof. Aschermann pozval přítomné na valnou hromadu, na které bude představen nový výbor a prezident ČKS. V rámci doprovodného společenského programu byl zmíněn 5. ročník kardioběhu Jiřího Tomana. V závěru svého vystoupení poděkoval prof. Aschermann organizačnímu výboru, programovému výboru a sponzorům sjezdu.



Anne Mascarelli
Director Membership Services & Communications (str. 5)



valsartanum
Valsacor
potahované tablety
80 mg a 160 mg

OSUD POD
TAKTOVKOU...

Základní informace pro předpis léčivého přípravku:
(připraveno podle schváleného Souhmu údajů o přípravku)

Název přípravku: Valsacor 40 mg, Valsacor 80 mg, Valsacor 160 mg. **Složení:** Jedna potahovaná tableta obsahuje 40 mg, 80 mg nebo 160 mg valsartanum. **Léková forma:** Potahovaná tableta. **Indikace:** Léčba esenciální hypertenze, léčba chronického srdečního selhání (třídy II-IV NYHA), pokud nelze použít inhibitory ACE, nebo jako přidavná terapie k inhibitorům ACE, pokud nelze použít beta-blokátory, léčba klinicky stabilních pacientů se známkami, symptomy nebo s radiologickým prokazem levého ventrikulárního selhání a/nebo s levou ventrikulární systolickou dysfunkcí po nedávném (12 h až 10 dní) infarktu myokardu. **Dávkování:** Hypertenze: Doporučená dávka valsartanu je 80 mg jednou denně bez ohledu na rano nebo po ránu. Podstatný antihypertenzní účinek se dostává během 2 týdnů a maximální účinek lze pozorovat po 4 týdnech. U některých pacientů, u kterých se nedosahuje cílových hodnot krevního tlaku, lze buď zvýšit dávku na 160 mg nebo dosáhnout většího poklesu krevního tlaku přidáním některého thiazidového diuretika. Valsartan lze užívat v kombinaci s jinými antihypertenzivy. U pacientů se středním až závažným poškozením ledvin (tj. s clearance kreatininu menší než 20 ml/min) nebo u pacientů na dialýze se doporučuje nižší zahajovací dávka 40 mg jednou denně. U pacientů s mírným až středním poškozením jater bez cholestázy je maximální doporučená dávka 80 mg valsartanu. **Srdeční selhání:** Doporučená zahajovací dávka je 40 mg dvakrát denně. Tuto dávku lze postupně zvyšovat do 80 až 160 mg dvakrát denně, v závislosti na pacientově snášenlivosti. Titrace na 80 mg a 160 mg dvakrát denně je třeba provádět v intervalech alespoň dvou týdnů. Maximální denní dávka podávaná v klinických studiích byla 320 mg, rozdělená do dvou částečných dávek. V průběhu této léčby je třeba zvážit snížení dávek diuretik. **Stav po infarktu myokardu:** U klinicky stabilních pacientů lze terapii zahájit již 12 h po infarktu myokardu. Po zahajovací dávce 20 mg dvakrát denně by se měl valsartan titrovat do 40 mg, 80 mg a 160 mg dvakrát denně v průběhu několika dalších týdnů. Zahajovací dávka se zajišťuje pomocí dělitelné tablety 40 mg. Cílová maximální dávka je 160 mg dvakrát denně. Obecně se doporučuje, aby pacienti dosahovali dávkovou hladinu 80 mg dvakrát denně v průběhu dvou týdnů po zahájení léčby, a aby se dosáhlo cílové maximální dávky 160 mg dvakrát denně do tří měsíců, v závislosti na pacientově snášenlivosti valsartanu během titrace. Pokud se vyskytne symptomatická hypotenze nebo renální dysfunkce, je třeba uvažovat snížení dávky. Nedoporučuje se kombinace s inhibitory ACE. U pacientů s mírným až středním poškozením jater by měly být dávky vyšší než 80 mg dvakrát denně zvažovány pouze, pokud je pravděpodobné, že klinický prospěch převáží nad možným rizikem souvisejícím se zvýšenou expozicí valsartanu. Pacienti se závažným poškozením jater, cirhózou nebo bilární obstrukcí by valsartan neměli užívat. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku valsartan nebo na křemíkový pomocnou látku tohoto přípravku. Závažné poškození jater, cirhóza, bilární obstrukce a těhotenství. **Zvláštní upozornění a zvláštní opatření pro použití:** U pacientů se závažnými ztrátami sodku a/nebo objemu tekutin, jako jsou pacienti dostávající vysoké dávky diuretik, může ve vzácných případech nastat po zahájení léčby valsartanem symptomatická hypotenze. U pacientů s bilaterální stenózou renální arterie nebo stenózou arterie solitární ledviny nebylo bezpečně užívání valsartanu stanoveno. Jako následek inhibice systému renin-aldosteron-angio-

tensin byly uváděny vzrůsty hladiny močoviny v krvi a kreatininu v krevním séru a změny renálních funkcí včetně (velmi vzácně) renálního selhání, zejména u pacientů s dříve přítomnou renální dysfunkcí nebo u osob se závažnou srdeční nedostatečností. Užívání valsartanu u pacientů se srdečním selháním nebo u pacientů po infarktu myokardu běžně vede k určitým snížením krevního tlaku, avšak obvykle není nutné léčit kvůli pokračující symptomatice hypotenzi přerušit, pokud jsou dodrženy pokyny ohledně dávkování. Při zahájení terapie u pacientů se srdečním selháním nebo po infarktu myokardu je opatnost nutná. **Interakce:** Nebyly nalezeny žádné klinicky významné farmakokinetické interakce s následujícími léky, které se obvykle používají pro léčbu hypertenze: cimetidin, warfarin, furosemid, digoxin, indometacin, hydrochlorothiazid, amlodipin, glibenklamid. Je-li pacient užívá valsartan významnou měrou nemetabolizující, nelze očekávat klinicky relevantní interakce mezi léky ve formě metabolické inzulínu či inzulínu systému cytochromu P450. I když se valsartan značně váže na bílkoviny krevní plazmy, studie in vitro neprokázaly na této úrovni s řadou molekul, které rovněž vykazují značnou vazbu na bílkoviny, jako je diklofenak, furosemid, a warfarin žádnou interakci. Blíží informace o interakcích najdete v úplném znění SPC. **Nežádoucí účinky:** V kontrolovaných klinických studiích u hypertenzních pacientů byl celkový výskyt nežádoucích účinků srovnatelný s placebem. Nejčastěji se objevily virové infekce, posturální závratě a ortostatická hypotenze. Méně často se objevily infekce horních cest dýchacích, laryngitida, sinusitida, hyperkalemie, deprese, insomnie, synkopa, konjunktivitida, závrať s točením hlavy (vertigo), srdeční selhání, hypotenze, kašel, epistaxe, průjem, bolesti břicha, bolesti zad, svalové křeče, myalgie, artralgie, únava a astenie. Blíží informace o nežádoucích účincích najdete v úplném znění SPC. **Balení:** 28 potahovaných tablet po 40 mg, 80 mg nebo 160 mg. **Doba použitelnosti:** 2 roky. **Uchovávání:** Uchovávejte při teplotě do 30°C. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí.

Dříve než přípravek předepíšete, seznáňte se, prosím, s úplným zněním souhmu údajů o přípravku (SPC).

Na trhu nemusí být všechny silny přípravky.

Datum registrace: 27.6.2007

Datum revize textu SPC: 29.8.2007

Držitel rozhodnutí o registraci: Krka, d.d., Novo mesto, Slovinsko.

Registrační číslo: Valsacor 40 mg: 58/380/07-C, Valsacor 80 mg: 58/381/07-C,

Valsacor 160 mg: 58/382/07-C

Léčivý přípravek je vydáván pouze na lékařský předpis. Léčivý přípravek je hrazen

z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Neoprotřít veřejná informační služba:

tel. /záz.n./fax: +420 221 115 150, e-mail: info@krka.cz

KRKA

Invence a znalosti
pro účinné a bezpečné
výrobky nejvyšší kvality.

Membránová funkce myokardiálních buněk a náhlá srdeční smrt

Objev Keatinga, který v r. 1991 identifikoval genetickou mutaci na 11. chromozomu u nemocného se syndromem dlouhého intervalu QT (LQTS), znamenal začátek éry poznání souvislosti mezi smrtícími arytmiemi a defektní funkcí membránových kanálů. Postupně byly identifikovány další mutace na jednotlivých genech a nyní je známo 10 typů chromozomálních mutací, u kterých byly zaznamenány nálezy maligních komorových arytmií. Současně však víme, že z klinického pohledu (především vzhledem k četnosti výskytu), jsou významné první tři typy genetických mutací (LQT 1, 2, 3), které pokrývají 90 % všech zaznamenaných maligních arytmií, spo-

jených s genetickým průkazem kanálopatii. O extrémně vzácných typech LQTS (4–10) je vhodné uvažovat až po vyloučení nejčastějších genetických příčin a získaného syndromu LQT (např. při farmakoterapii).

Průkaz geneticky podmíněného prodloužení QT představuje vysoké riziko výskytu maligní arytmie, ale nevysvětluje příčiny exprese genové anomálie. Elektrofyzikologické a histologické studie prokázaly rozdílnou expresi genového defektu v jednotlivých typech myocytů. Dominantní exprese byla prokázána v tzv. „M“ buňkách komorového myokardu, kterým prodlužuje dobu repolarizace. Tím výrazně vzrůstá již fyziolo-

gická disperze refrakternosti těchto buněk s myocyty v sousedních vrstvách myokardu. Tento nárůst disperze refrakternosti je terénem (dojde-li k indukci časné následné depolarizace) pro vznik polymorfni komorové tachykardie s možnou degenerací v komorovou fibrilaci.

Podobně jako syndrom LQT byl od 90. let minulého století považován za nezávislý faktor rizika náhlé srdeční smrti, byl nedávno – v r.2000 poprvé popsán familiární výskyt krátkého intervalu QT a definován jako „genetický syndrom, charakterizovaný trvale krátkým intervalem QT, vysokou rodinnou incidencí palpitací, synkop, náhlé smrti a častým vznikem fibrilace síní“. Ve všech popsáných

rodinách je délka QT pod 300 msec. a strukturální postižení srdce bylo vyloučeno. V roce 2004 popsal Brugada dědičnou etiologii tohoto poškození a potvrdil genetickou heterogenitu syndromu.

V 90. letech 20. století se množily zprávy o náhlé arytmické smrti u nemocných léčených také nearytmickými léky. Příčinou byly vždy polymorfni komorové tachykardie, terminující ve fibrilaci komor, bez strukturálního postižení srdce. Na ekg byl zaznamenán dlouhý interval QT, způsobený zpomalením repolarizace myocytů a vznikly po nasazení léku. Tento fenomén tzv. proarytmie je vysvětlován buď latentním

vrozeným defektem ionálních myokardiálních kanálů, který se manifestuje až v přítomnosti léku, schopného skrýt defekt potencovat, nebo individuálně odlišnou rychlostí metabolismu léčebného preparátu, který je obvykle odbouráván cytochromoxidázovým systémem CYP 3A4. Aktivita tohoto enzymatického systému je však rovněž individuálně geneticky kódována a liší se až desetinásobně. El Sherif odhaduje, že až u jedné třetiny jedinců s dlouhým intervalem QT lze molekulárně genetickým vyšetřením prokázat vrozený původ postižení.

Bořivoj Semrád

Interní kardiologická klinika,
FN Brno – Bohunice

Kardiologie a antikoagulancia

I když se to na první pohled nezdá, patří antikoagulancia k nejdéle a patrně i k nejčastěji používaným lékům v kardiologii a tak tomu zůstane ještě dlouho. Heparin je prakticky v nezměněné formě používán při léčbě kardiovaskulárních chorob již od třicátých let minulého století. Další rozšíření antikoagulans warfarin začal být v kardiologii používán jen o asi 10 let později. Jejich dominantní postavení v antikoagulační léčbě přetrvává dodnes, i když místo nefrakcionovaného heparinu (UFH) se od sedmdesátých let k s.c. profylaxi žilní trombózy a léčby koronárních syndromů počaly pro svůj lépe předvídatelný účinek více používat jeho nízkomolekulární frakce – nízkomolekulární hepariny (LMWH). Oba přípravky – UFH i různé druhy LMWH řadíme mezi organopreparáty, jsou stále vyráběny ze zvířecí tkáně. Na koagulaci nepůsobí přímo, jejich antikoagulační účinek je zprostředkován přirozeným inhibítoem koagulace antitrombinem. Tato antikoagulancia totiž mnohonásobně potencují jeho aktivitu, zaměřenou převážně na inaktivaci účinku trombinu, nebo aktivovaného F Xa. Po i.v. podání UFH je to v poměru 1:1, po s.c. podání LMWH je to v poměru 1:4. Pokud se však LMWH podá intravenózně vyvolá současně inhibici jak trombinu, tak i F Xa. Poločas i.v. podání LMWH je ale delší, než poločas i.v. podání UFH (až 6 hodin proti 20–30 minutám, podle výše dávky). Zda se tedy v kardiologii uplatní také i.v. aplikace LMWH, například při zajištění PCI, zůstává zatím předmětem dalšího klinického zkoušení.

Nyní je již k dispozici i část molekuly přirozeného heparinu – jeho pentasacharidová sekvence, která vede k selektivní inhibici F Xa. Působí tedy více antitromboticky, než antikoagulačně. Nové antikoagulans – fondaparinux je už vyráběn jen uměle, syntetickou cestou. Není tedy hypotetickým zdrojem možného přenosu nežádoucích látek zvířecího původu, včetně prionů.

To, že UFH, LMWH nebo fondaparinux potřebují k inhibici koagulace antitrombin však asi bude jejich další uplatnění v budoucnu poněkud limitovat. Zejména u těch stavů, které jsou provázeny nedostatkem, nebo dysfunkcí antitrombinu. Jejich účinek je také závislý na funkci ledvin, platí to zejména pro LMWH. Pokud jsou bez redukce obvyklé dávky použity u nemocných s nízkou clearance kreatininu mohou být předávkovány a vyvolat tak krvácení.

Na druhé straně jsme ale zatím stále nově překvapováni objevy dalších biologických účinků heparinu. Je to třeba zvyšování antitrombotického potenciálu glykosaminoglykanů stěny cévní, inhibice některých mitogénů, protizánětlivý účinek, inhibice komplementu nebo C4BP a tím uvolnění aktivity proteinu S, snížení hladiny von Willebrandova faktoru, solubilní formy P-selektinu, indukce inhibitoru cesty tkáňového faktoru (TFPI), regulace účinku mimobuněčné proteázové aktivity a j. Je to také nepřímý zásah heparinu do funkce různých receptorů cévní stěny, jako proteázami aktivovaných receptorů PAR-1 a PAR-2.

Co však stále podporuje i.v. užívání UFH i v dnešní

době je fakt, že jeho antikoagulační účinek za ta léta umíme v laboratoři, nebo přímo „u lůžka“ monitorovat a máme také k dispozici jeho účinné antidotum – protamin. To se s výhodou použije v případě, kdy je jeho účinek třeba rychle ukončit, například po mimotělním oběhu a pod. To však již plně neplatí pro LMWH a zejména ne pro fondaparinux, či pro nová antikoagulancia – přímé inhibitory aktivovaného F Xa (jako je rivaroxaban a j.) nebo trombinu (jako je bivalirudin a nyní do prodeje uváděný dabigatran). Na druhé straně velkou výhodou těchto nových antikoagulancií je to, že se již obejdou bez přítomnosti antitrombinu a v případě dabigatranu, nebo rivaroxabanu je to i jejich perorální léková forma. Další doba tedy rozhodne, zda tato nová perorální antikoagulancia vytlačí pomalu z léčebného repertoáru kardiologa i další antikoagulační stálici – warfarin, protože se jejich účinek nemusí laboratorně monitorovat.

prof. MUDr. J. Kvasnička, DrSc.

Role kardiochirurga při léčbě srdečního selhání

V posledních letech s rozvojem invazivních kardiologických metod a se zavedením ve světě ojedinělého programu léčby akutního infarktu myokardu v ČR se začalo hovořit o kardiologii jako o chirurgické disciplíně, která svůj „historický úkol“ splnila a nyní je víceméně odsouzena k pomalému zániku. Vzhledem k tomu, že nejsem zcela tohoto názoru, vybral jsem si téma přednášky tak, jak je uvedeno v názvu.

S rozvojem výše zmíněných kardiologických metod totiž sice zcela zásadně klesla úmrtnost na akutní infarkt myokardu, ale s tím, jak nemocní přežívají akutní fázi prvního i dalších infarktů myokardu, řada z nich se postupně dostane do stádia chronického srdečního selhání. Kromě toho je řada nemocných, kteří mají srdeční selhání na podkladě jiných onemocnění. Jejich počet je takový, že se mluví o epidemii tohoto onemocnění. A v této oblasti má kardiologie stále své ne-



prof. MUDr. J. Pirk DrSc.

zastupitelné místo. V přednášce jsou rozebrány tyto základní možnosti kardiologické léčby akutního i chronického srdečního selhání:

- Revaskularizace myokardu
- Chirurgická remodelace LK
- Operace chlopní
- Resynchronizační terapie
- Mechanická srdeční podpora
- Transplantace srdce

V jednotlivých bodech jsou probrány metody, se kterými máme vlastní zkušenosti a uvedeny výsledky.

prof. MUDr. J. Pirk DrSc.

Anketa Sjezdových novin



doc. MUDr. I. Málek, CSc.
IKEM, Praha

Sjezdů se účastním od doby, co je ČKS pořádá. Z odborných sdělení mě nejvíce zajímá srdeční selhání. Mám zde tři přednášky a jeden poster. Za

aktuální problém považuji systém doškolování kardiologů a systém organizace ambulantní péče.



MUDr. L. Bednaříková
Ambulantní kardiolog,
Městec Králové a Poděbrady

Výročních sjezdů se účastním pravidelně. V programu jsem si vybrala hlavně přednášky

zaměřené na poruchy srdečního rytmu. Také mě zajímají novinky v léčbě hypertenze.

Představujeme pracovní skupinu Pracovní skupinu intervenční kardiologie (PSIK ČKS)

Česká intervenční kardiologie se systémem péče o pacienty s akutním koronárním syndromem pohybuje celosvětově na jednom z předních míst. Jsou nějaké „horké“ novinky v této léčbě v průběhu posledního roku?

Pravdou je, že systém akutní péče v ČR je s uznáním přijímán po celém světě a svědčí o tom i vyzvané přednášky českých kardiologů na největší kardiologických kongresech, a to nejen zaměřených na intervenční kardiologii. Nutno podotknout, že základem tohoto systému je velmi dobře fungující síť katetrizačních center s nonstop provozem, která pokrývá prakticky celou ČR. Zároveň je však nutné vyzdvihnout velmi dobře fungující spolupráci s týmy Rychlé lékařské pomoci a vysoce erudovanými lékaři spolupracujícími nemocnic a terénu.

Hlavní novinkou v léčbě akutního infarktu myokardu s elevací ST – úseku (STEMI), je odstranění trombu z infarktové tepny pomocí tzv. tromboaspiračních katétrů. Přestože se tato cesta zdála velmi slibnou již po relativně delší dobu, většina provedených studií prokázala „pouze“ laboratorní zlepšení angiografických výsledků bez dopadu na klinický průběh onemocnění. Zdá se však, že studie TAPAS (Thrombus Aspiration during Percutaneous coronary intervention in Acute myocardial infarction Study), jejíž jednoroké výsledky byly poprvé prezentovány letos v zámoří na ACC 2008 a následně v Evropě na EuroPCR 2008, významně změní strategii intervenční léčby. Na více než 1000 pacientů kolegové z Holandska poprvé prokázali, že lepší laboratorní výsledky se v průběhu 1 roku příznivě odrazilily na nižším vý-

skytu úmrtí a/nebo zopakování infarktu myokardu.

V posledních dvou letech se živě diskutovalo o přínosu a rizicích lékových stentů, v anglosaské literatuře označovaných jako drug-eluting stenty. Jaký je aktuální pohled na tuto problematiku?

Odpověď na tuto otázku není jednoduchá, neboť mluvíme o velkém počtu různých typů stentů, antiproliferativně účinných látek a dalších faktorů, ale v každém případě se po „jízdě na horské dráze“ situace uklidnila a otevřel se prostor pro střízlivé posouzení všech pro a proti. Lékové stenty bezesporu znamenaly velký zlom v katetrizační léčbě ischemické choroby srdeční a je nutné si uvědomit, že v současnosti jsou tyto výsledky historicky zdaleka nejlepší. Problematické se zdálo použití lékových stentů v tzv. off-line indikacích, tzn. v situacích, které se týkají „pouze“ cca 80% všech případů. Výsledky nedávno proběhlých metaanalýz u celkem více než 160 tisíc pacientů prezentovaných Kirtanem a Stonem na ACC v letošním roce, však tyto pochybnosti

persvědčivě vyvrátily a dokladovaly pozitivní přínos lékových stentů prakticky u všech skupin pacientů. Problémem, se kterým se potýkáme i nadále, je nutnost dlouhodobé kombinované antiagregační léčby. Zdá se však, že nové technologie by mohly i tento problém v blízké budoucnosti odstranit.

3. Co se PS Intervenční kardiologie za poslední rok podařilo?

Úspěchů bylo jistě více, ale na prvním místě bych uvedl to, čeho si osobně velmi cením a co možná na první pohled vypadá zcela obyčejně, a to je navázání či prohloubení spolupráce jednotlivých intervenčních kardiologů a center v rámci ČR a příprava společných výzkumných projektů. V tomto duchu se vedla i přátelská a velmi otevřená diskuse na XVI. Workshopu intervenční kardiologie, který se konal v Praze - IKEM v dubnu t.r., kterou oceňovali i kolegové ze zahraničí. Pozitivní směr, kterým se PS IK vydala, dokladuje i první publikace týkající se vnitřních doporučení pro práci v katetrizační laboratoři, která by měla vést k jejímu dalšímu zkvalitnění.

Obecně byla jednou z nej-

významnějších událostí uplynulého roku prezentace české intervenční kardiologie na největším evropském kongresu intervenční kardiologie - EuroPCR 2008, který se konal v Barceloně a pouze o 2 týdny předcházel kardiologickému sjezdu v Brně. Pod záštitou PS IK ČKS byl připraven 90-minutový blok Case-review session s nosným tématem diagnózy akutního koronárního syndromu bez elevací ST – úseku. Název přednáškového bloku „Are all the non ST-segment myocardial infarction patients equal?“ (Jsou všichni pacienti

s non-STEMI stejní?) vystihuje obsah vlastních sdělení, ve kterých se přední čeští intervenční kardiologové zabývali rozborem této různorodé skupiny pacientů.

Velice slibnou se také zdá otevřená diskuse o možné spolupráci a výměně zkušeností s vedením americké intervenční společnosti – SCAI (Society for Cardiovascular Angiography and Interventions).

MUDr. Petr Kala, Ph.D., FESC.

Předseda

MUDr. Michael Želízko, CSC.

Místopředseda:



Pojďte se na 6 minut projít...

Kdy? Od neděle 25. 5. do pondělí 26. 5.
Kde? V areálu BVV, mezi pavilony A a E

Tracleer
BOSENTAN TABLETS

Každý účastník akce získá malou pozornost.

Rytmonorm®
originální propafenon HCl

Zvýhodněný doplatek 100tabletového balení jen 56,50 Kč

nové balení Rytmonorm® 100 tablet
rychlá konverze na sinusový rytmus¹
jednoduše použitelný¹
optimální bezpečnostní profil^{2,3}

Zkrácená informace o přípravku
Rytmonorm® 10 mg tbl., Rytmonorm® 150 mg tbl., Rytmonorm® 300 mg tbl. (propafenoni hydrochloridum)
Složení: 10, 150 mg nebo 300 mg propafenoni hydrochloridum v 1 potahované tableti. **Charakteristika:** Antiarytmikum s membránu stabilizujícím a sodíkové kanály blokujícím účinkem, vykazující také inhibiční účinek vůči beta receptorům. **Indikace:** Tachykardie AV spojení, supraventrikulární tachykardie u WPW syndromu, paroxysmální atriální fibrilace, závažná symptomatická život ohrožující ventrikulární tachykardie. **Kontraindikace:** známá přecitlivělost na léčivou či pomocnou látku přípravku, významné strukturální onemocnění myokardu, kardiogenní šok (kromě šoku, vzniklého na podkladě arytmií), SA blokáda, AV blokáda II. nebo III. stupně, intraventrikulární blokáda při nepřítomnosti kardiostimulátoru, sick sinus syndrom, těžká hypotenze, manifestní nerovnováha elektrolytů, těžká obstrukční choroba bronchopulmonální. **Dávkování:** Dospělí 450–600 mg propafenon hydrochloridu denně. Příležitostně možno zvýšit dávku na 900 mg denně. Děti: doporučená průměrná denní dávka 10–20 mg propafenon hydrochloridu na kg tělesné hmotnosti podaná ve 3–4 dávkách. Ke zvýšení dávky by se nemělo přistupovat dříve než po 3–4 dnech léčby. **Interakce:** Při kombinaci s lokálními anestetiky a léčiv, která působí inhibičně na tepovou frekvenci srdce a/nebo kontraktilitu myokardu je možné zesílení účinku léku. Rytmonorm® může zvyšovat účinek perorálních antikoagulancií. Současné podání ritonaviru je kontraindikováno. Současné užívání s amidaronem může vést k proarytmickým abnormalitám. **Těhotenství a laktace:** Chybí dostatek údajů o užití u těhotných a kojících žen. Propafenon přechází do organismu plodu a vylučuje se v mateřském mléce. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** zastížené vidění, závrat, únava a posturální hypotenze mohou ovlivnit rychlost reakcí pacienta. Nežádoucí účinky: např. gastrointestinální potíže, poruchy jater, závratě ortostatická hypotenze, bradykardie, SA, AV a intraventrikulární blokáda, komorové tachykardie či fibrilace komor. **Zvláštní upozornění:** Při léčbě paroxysmální fibrilace sinu existuje možnost konverze na flutter sinu s blokem vedení 2:1 či 1:1. Rytmonorm® může ovlivňovat rytmus a snižovat práh kardiostimulátorů, může zhoršit průběh myastenien gravis. U pacientů s poruchou funkce jater nebo ledvin musí být dávkování upraveno. **Uchování:** V suchu, do 25 °C, chránit před světlem. **Balení:** Rytmonorm® 10 mg: tbl. obd. 500, Rytmonorm® 150 a 300 mg: tbl. obd. 20, 50 a 100x 300 mg. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Abbott GmbH & Co. KG, Wiesbaden, Německo. **Registrační číslo:** 13/133/85-C. **Poslední revize textu:** 11. 1. 2006. Přípravek je hrazen z veřejného zdravotního pojištění a jeho výdej je vázán na lékařský předpis. Dříve, než přípravek předepíšete, seznáme se, prosím, s úplnou informací o přípravku. *Všimněte si prosím změny v informacích o výrobku.

Reference: 1. Clin Drug Invest. 1995; 9(5). 2. Belandri F et al. G. Ital. Cardiol. 1993; 23: 261. 3. Lee S H et al. Am J Cardiol. 1997; 79: 905.

Abbott Laboratories, s.r.o.
Hadovka Office Park, Evropská 2590/33d, Praha 6
tel.: +420 267 292 111, fax: +420 267 292 100

www.abbott.cz

Abbott
A Promise for Life

Zahraníční hosté XVI. výročního sjezdu České kardiologické společnosti



Prof. Dr. Çetin EROL

prof. Ç. Erol

Po ukončení studia medicíny v roce 1975 se specializoval ve vnitřním lékařství a kardiologii. Hlavní oblasti jeho klinického a vědeckého zájmu je echokardiografie. Byl hlavním zkoušejícím lékařem studií OVERTURE, ASSENT 4/PCI. Prof. Erol je členem řady odborných společností a redakčních rad odborných časopisů. Od roku 2003 je přednostou kardiologické kliniky lékařské fakulty univerzity v Ankaře. Od roku 2006 je prezidentem turecké kardiologické společnosti.

prof. T. Forster

Lékařskou fakultu v Szegedu absolvoval s vyznamenáním v roce 1979. Je specializován v oboru vnitřní lékařství a kardiologie. Ve své vědecké činnosti se zaměřuje na echokardiografii a endovaskulární sonografii. Je autorem a spoluautorem 464 prací a kapitol v monografiích. V současnosti působí jako přednosta interní – kardiologické kliniky v Szegedu. Od roku 2007 je prezidentem maďarské kardiologické společnosti.



Tamás Forster MD, PhD, DSc



Berndt Lüderitz, MD, PhD, MD, EFESC, FACC, FAHA, FHR

prof. B. Lüderitz

Prof. Lüderitz je autorem a spoluautorem více než 600 prací a kapitol v monografiích týkajících se především oblastí elektrofyziologie, intenzivní péče, ICHS a historie kardiologie. Působí jako člen redakčních rad četných národních a mezinárodních odborných periodik. Jeho vědecká a pedagogická činnost mu přinesla řadu mezinárodních ocenění. Je čestným členem řady národních kardiologických společností. Působí jako profesor lékařství a je emeritním přednostou oddělení kardiologie univerzitní nemocnice v Bonnu.

prof. K. Huber

Lékařskou fakultu absolvoval v roce 1979, poté se specializoval ve vnitřním lékařství, kardiologii a intenzivní medicíně. Oblast jeho vědecké činnosti zahrnuje akutní koronární syndrom, medikamentózní léčbu kardiovaskulárních onemocnění a výzkum bodových polymorfizmů. Je přednostou kliniky vnitřního lékařství, kardiologie a urgentní medicíny ve Wilhelminenhospital, Vídeň. Je autorem a spoluautorem více než 300 odborných publikací. Je členem redakčních rad a recenzentem četných odborných časopisů.



Kurt Huber, MD, FESC, FACC



Marko Noc, MD, PhD

prof. M. Noc

Po absolvování studia lékařství v Ljubljani se orientoval na oblast intenzivní medicíny a intervenční kardiologie. Absolvoval řadu pracovních pobytů na pracovištích v USA. Je autorem a spoluautorem četných prací publikovaných v nejprestižnějších lékařských časopisech. Podílel se na sepsání kapitol v řadě monografií. V současnosti pracuje jako vedoucí lékař centra intenzivní medicíny a pracoviště intervenční kardiologie v Izole a profesor lékařství na lékařské fakultě v Ljubljani.

Současná léčba akutního koronárního syndromu – sympóziu GSK



MUDr. O. Hlinomaz, CSc.

Sympozium je věnováno aktuálním otázkám léčby akutního koronárního syndromu (AKS). V úvodu sympozia byl zdůrazněn fakt, že Česká republika patří mezi státy, kde

péče o nemocné s AKS je na výškové úrovni. Studie PRAGUE I a II koordinované prof. Petrem Widimským jsou citovány jak v evropských tak i amerických doporučeních pro diagnostiku a léčbu akutního infarktu myokardu. Brněnské pracoviště ve FN u sv. Anny (1. interní kardiologická klinika, oddělení intervenční kardiologie) v těchto studiích zařadilo největší počet nemocných a řadí se mezi nejúspěšnější pracoviště v ČR. Proto byly její lékaři požádáni o uspořádání tohoto sympozia ve spolupráci s firmou GlaxoSmithKline, aby účastníkům XVI. sjezdu ČKS zprostředkovali poslední novinky v léčbě AKS.

V první přednášce Dr. M. Rezek zdůraznil význam **Inhibitorů IIb/IIIa destičkových receptorů v léčbě AKS**, kdy na našem pracovišti používáme převážně eptifibatid (Integrilin). Uvedl přehled recentních klinických studií a registrů a poukázal na fakt, že i přes v současné době užívanou moderní antikoagulační a antiagregační léčbu profity rizikové pacienty z podávání léků z této léčivé skupiny. Toto se také odrazilo v recentních doporučených postupech americké evropské kardiologické společnosti (doporučené



MUDr. J. Sitar

postupy pro PCI, doporučené postupy pro léčbu AKS bez ST elevací) a i přes tato doporučení je užívání IIb/IIIa inhibitorů v České republice relativně nízké ve srovnání s užíváním v USA a západoevropských zemích.

V druhé prezentaci MUDr. Oto Hlinomaz, CSc. posluchačům sdělil **Novinky ve farmakologické léčbě AKS**. Přes velký rozvoj intervenční kardiologie zůstává farmakologická léčba základem v moderní terapii ICHS. Patří sem především antitrombotické léky a statiny. Fondaparinux (ARIXTRA) je nepřímý inhibitor faktoru Xa a podle doporučení Evropské kardiologické

společnosti je lékem volby u všech nemocných s akutním koronárním syndromem, kteří nejsou urgentně katetrizováni. Bivalirudin je inhibitor trombinu a stále častěji se ve světě používá místo heparinu při perkutánních koronárních intervencích. Prasugrel je perorální antiagregační lék, který má slibnou budoucnost u pacientů po implantaci koronárních stentů. Na 600 mg se zvyšuje první dávka clopidogrelu u akutních koronárních syndromů. V sekundární prevenci jsou základním lékem statiny, kterými u nejrizikovějších nemocných musíme snížit LDL cholesterol pod 2,0 mmol/l.

V posledním sdělení se Dr. J. Sitar se zaměřil na In-

tervenční léčbu AKS, kde zdůraznil jednak poslední doporučení pro intervenční přístup a nutnost patřičné farmakologické přípravy nemocných před intervencí na koronárním řečišti a během ní. Léčba AKS pomocí koronární intervence je v ČR zcela převládající a počet trombolýz se počítá na prstech jedné ruky. Síť 22 intervenčních pracovišť plně pokrývá potřeby a přístup všech nemocných k této invazivní metodě léčby AKS.

Sympozium ukázalo, že léčba AKS je v České republice na skvělé úrovni a snad pouze používání inhibitorů IIb/IIIa by se mělo zvýšit.

prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc.



MUDr. M. Rezek



Zaplňný přednáškový sál Praha (pavilon E)

Setkání výboru ČKS se zahraničními hosty



Přípitek Evropské a České kardiologické společnosti
(zleva: prof. M. Aschermann, prof. P. Widimský a doc. V. Chaloupka)



Slavnostní řeč viceprezidenta ECS, prof. MUDr. Widimského, DrSc.



Anne Mascarelli a doc. MUDr. V. Chaloupka, CSc.

Rozhovor s Anne Mascarelli, ředitelkou komunikace ESC



Anne Mascarelli
Director Membership Services & Communications

Byla jste již někdy v České republice?

Ne, moje současná návštěva je první.

Jaká je Vaše pozice v rámci Evropské kardiologické společnosti?

Jsem zodpovědná za komuni-

kaci a koordinaci s jednotlivými národními společnostmi.

Kolik má Evropská kardiologická společnost členů?

V současnosti reprezentujeme více než 53 000 členů a 19 pracovních skupin.

Jaké je postavení České kardiologické společnosti v rámci ESC?

Postavení České kardiologické společnosti je významné i vzhledem k tomu, že patří k nejstarším v Evropě (ČKS byla založena v roce 1929, starší je jen pouze Německá a Britská kardiologická společnost). Navíc v postavě prof. Petra Widimského, který je viceprezident pro jednotlivé národní společnosti, máte silnou pozici i ve výboru ESC.

Jak hodnotíte XVI. výroční sjezd ČKS?

Výroční sjezd snese přísna

měřítka srovnání i v mezinárodním kontextu. Navíc důkazem vzájemné velmi dobré spolupráce ČKS a ESC je společný stánek na brněnském výstavišti.

Co je cílem ESC v mezinárodním měřítku?

Naším cílem je snížit výskyt a důsledky kardiovaskulárních onemocnění v Evropě. Tohoto bychom rádi docílili s pomocí vědeckých a edukačních aktivit, jako je tvorba doporučených postupů, které jsou v souladu s nejnovějšími poznatky.

Co byste ráda změnila či zlepšila ve vztahu ČKS a ESC?

Ráda bych, aby se zvýšilo zastoupení českých kardiologů v ESC a také jejich podíl na našich aktivitách.

Děkuji za rozhovor
SN



MINERÁLNÍ VODA VAŠEHO SRDCE

- **unikátní minerální kompozice**
 - příznivý obsah hořčíku (179 mg/l)
 - nízký obsah sodíku (5,06 mg/l)
- **s blahodárnými účinky na lidské srdce**

Magnesium je důležitou součástí prevence srdečních onemocnění:

- hořčík pomáhá snižovat riziko výskytu srdečních onemocnění¹
- nedostatek hořčíku vede k častějšímu výskytu nebezpečných poruch srdečního rytmu (arytmií)²
- hořčík snižuje riziko výskytu vysokého krevního tlaku³

1: Abbot RD, Ando F, Masaki KH, Tung KH, Rodriguez BL, Petrovich H, Yano K, Curb JD. Dietary magnesium intake and the future risk of coronary heart disease (The Honolulu Heart Program). Am J Cardiol 2003, 92: 665-669
2: Reinhart RA. Clinical correlates of the molecular and cellular actions of magnesium on the cardiovascular system. Am Heart J 1991, 121 (5), 1513-1521
3: Dietary Magnesium Intake and Risk of Incident Hypertension among Middle-Aged and Older US Women in a 10-Year Follow-Up Study, Yiqing Song, MD, ScDa,*, Howard D. Sesso, ScDa, JoAnn E. Manson, MD, DrPHa,b, Nancy R. Cook, ScDa,b, Julie E. Buring, ScDa,b,c, and Simin Liu, MD, ScDa,b,d

Využití trimetazidinu u pacientů se srdečním selháním: nová data

I přes nesporný příznivý vliv současné léčby je srdeční selhání významným negativním prognostickým ukazatelem. Pacienti léčení ve studiích účinnější strategií mají sice lepší prognózu, ale jejich reziduální riziko je stále vysoké.¹

Neurohumorální přístup zatím nepřináší očekávaná data. Nové molekuly (nesiritid, tolvaptan) mají na srdeční selhání nulový a nebo malý vliv.^{2,3} Metabolický přístup, který se osvědčil v léčbě pacientů se stabilní anginou pectoris, přináší další zajímavá data u pacientů se srdečním selháním ischemické etiologie.⁴⁻⁶ Trimetazidin (Preductal MR) zlepšuje funkci levé komory (LK) a prognostické markery kardiovaskulárního rizika.⁷⁻⁹ Antiischemický účinek trimetazidinu spočívá v přeměrování preference zpracování energetického substrátu z oxidace mastných kyselin na oxidaci glukózy. Následkem tohoto účinku je obnova fosforylačního procesu, ochrana myocytů proti intracelulární acidóze a kumulaci sodíkových a kalciových iontů a konečně i samotné snížení oxidativního poškození myokardu. Všechny tyto procesy přispívají k ochraně myocytů proti nekróze a apoptóze – tedy před ději, které jsou považovány za zásadní v regulaci remodelace levé komory a v ovlivnění progresivního poklesu kontraktilní funkce myokardu při rozvoji ischemické dysfunkce levé komory.⁷

V nové studii DiNapolioho⁷, která probíhala po dobu 4 let

u 61 pacientů s ischemickou dysfunkcí levé komory (průměrná ejekční frakce LK byla 30 %), byl trimetazidin přidán k předchozí standardní terapii. Každých šest měsíců byly hodnoceny echokardiografické parametry, funkční klasifikace NYHA a hodnoty C-reaktivního proteinu v plazmě a prováděl se zátěžový test. Na konci studie byl rozdíl v absolutní hodnotě ejekční frakce (EF) LK mezi skupinou pacientů s a bez trimetazidinu 9 % ($p < 0,001$), hodnota end-diastolického a end-systolického objemu LK byla významně zlepšena ve prospěch trimetazidinu ($p < 0,001$) a při zátěžovém testu došlo k prodloužení tolerované vzdálenosti o 38% (z 362 m na 425 m; $p < 0,01$). Hodnota C-reaktivního proteinu zůstala ve skupině s trimetazidem po dobu sledování stabilní na rozdíl od kontrolní skupiny kde došlo k jejímu významnému zvýšení ($p < 0,001$). Kromě toho trimetazidin významně ovlivnil

celkovou mortalitu (snížení o 56%; $p = 0,0047$) a počet hospitalizací pro srdeční selhání (snížení o 47%; $p = 0,002$).

V jedné z dalších studií u pacientů s dysfunkčním myokardem byl hodnocen vývoj hladiny BNP a troponinu T během 6měsíčního sledování.⁸ Do studie byli zařazeni pacienti s ischemickou dysfunkcí LK a trimetazidin byl přidán k předchozí konvenční léčbě. Na konci studie byl zaznamenán významný pokles troponinu T v plazmě o 80% proti kontrolní skupině ($p < 0,001$) a snížení hladiny BNP o 46% proti kontrolní skupině ($p < 0,001$). Pokud budeme BNP považovat jako marker ischemické zátěže myokardu a troponin T jako marker poškození myocytů, trimetazidin je schopen pozitivně ovlivnit neurohumorální aktivitu u pacientů s ischemickou dysfunkcí LK a snížit tak buněčné poškození charakteristické pro chronickou evoluci srdečního selhání a remodelaci levé komory.⁸

Rozsáhlá randomizovaná dvojité slepá placebem kontrolovaná studie u 200 pacientů s dysfunkcí LK a vícečetným poškozením koronárních arterií potvrdila příznivý účinek trimetazidinu na kontraktilitu myokardu pomocí vysoce objektivní metody, a to pomocí perfuzní scintigrafie (gated SPECT).⁹ U všech sledovaných parametrů funkce LK byl po 2 letech sledování zaznamenán významný rozdíl mezi skupinou pacientů s přidáním trimetazidinu nebo placebem (obr 1).

Uvedená data jsou velmi slibná a je nutné je ověřit ve velkých klinických studiích. Nicméně již dnes je zřejmé, že trimetazidin může zlepšit symptomatologii a prognózu pacientů se srdečním selháním ischemické etiologie.

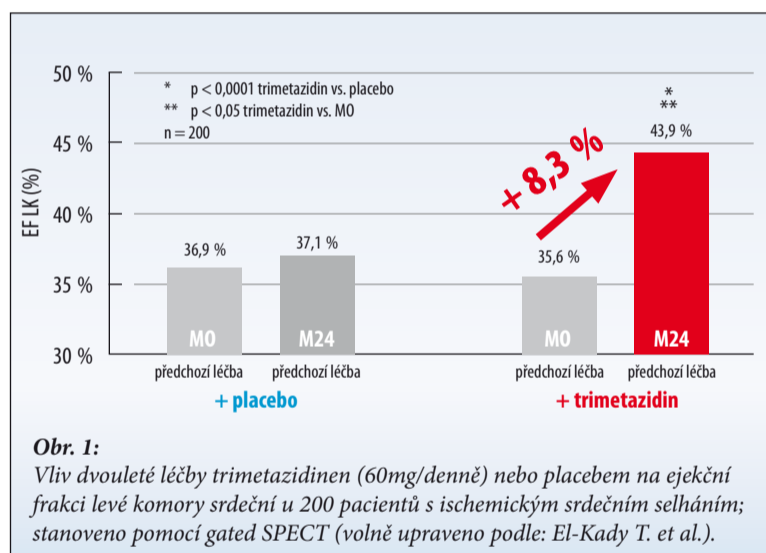
as. MUDr. J. Krupička, PhD.

Literatura:

1. Swedberg K, et al. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005): The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Chronic Heart Failure of the European Society of Cardiology. Eur Heart J. 2005;26:1115-1140.
2. Gheorghide M, et al. Short-term clinical effects of tolvaptan, an oral vasopressin antagonist, in patients hospitalized for heart failure: The EVEREST clinical status trials. JAMA 2007; 297:1332-1343.
3. Yancy CW, et al. Results of the follow-up Serial Infusions of Ne-

siritide for the Management of Patients with Heart Failure (FUSION II) Trial. American College of Cardiology 2007; March 25, 2007; New Orleans, LA. Late Breaking Clinical Trials I, Session 402-9.

4. Chazov EI, et al. Trimetazidine in Angina Combination Therapy—The TACT Study: Trimetazidine versus Conventional Treatment in Patients with Stable Angina Pectoris in a Randomized, Placebo-Controlled, Multicenter Study. American Journal of Therapeutics 12, 35-42 (2005).
5. Ruzyllo W et al. Efficacy of trimetazidine in patients with recurrent angina: a subgroup analysis of the TRIMPOL II study. Current Medical Research and Opinion, Vol.20(9),2004:1447-1454.
6. Chaloupka V et al. TRIADA-Hodnocení účinnosti a snášenlivosti přípravku Preductal MR u nemocných se stabilní anginou pectoris. Cor Vasa 2005;47(12):470-474.
7. DiNapoli P, et al. Trimetazidine and Reduction in Mortality and Hospitalization in Patients With Ischemic Dilated Cardiomyopathy: A Post Hoc Analysis of the Villa Pini D'Abruzzo Trimetazidine Trial J Cardiovasc Pharmacol 2007; 50: 585-589.
8. DiNapoli P, et al. Beneficial effects of trimetazidine treatment on exercise tolerance and B-type natriuretic peptide and troponin T plasma levels in patients with stable ischemic cardiomyopathy. Am Heart J 2007. 154 (3): 602e1-602e5.
9. El-Kady T, et al. Effects of Trimetazidine on Myocardial Perfusion and the Contractile Response of Chronically Dysfunctional Myocardium in Ischemic Cardiomyopathy. Am J Cardiovasc Drugs. 2005;5(4):271-278.



MICARDIS ONTARGET

CO PŘINÁŠÍ STUDIE ONTARGET?

pondělí 26. května 2008, 16.15–17.15 hodin
areál BVV, sál PRAHA (pavilon E – přízemí)

PROGRAM SYMPÓZIA

- 16:15 ÚVOD
J. Vítovec (Brno)
- 16:20 ROZDÍLY MEZI SARTANY
J. Suchopár (Praha)
- 16:35 VÝSLEDKY STUDIE ONTARGET
P. Janský (Praha)
- 16:50 JAK OVLIVNÍ VÝSLEDKY ONTARGET KLINICKOU PRAXÍ?
J. Bultas (Praha)
- 17:05 PANELOVÁ DISKUZE
- 17:15 ZAKONČENÍ SYMPÓZIA



Pro všechny lékaře, kteří se výše uvedeného sympózia zúčastní, bude na stánku společnosti Boehringer Ingelheim připraveno **NOVÉ VYDÁNÍ BREVÍŘE**.

Kdo káže vodu a pije víno? – Rozhovor s prof. MUDr. Jindřichem Špinarem, CSc. u příležitosti XVI. Výročního sjezdu České kardiologické společnosti.

Pane profesore, po roce se setkáváme opět před Vaším stánkem Kdo káže vodu a pije víno. Jedná se o pokračování Vašeho projektu.

Ano, samozřejmě, ale nejedná se o můj stánek ani o můj projekt. Jedná se o grant České kardiologické společnosti, který byl v loňském roce udělen MUDr. Viktoru Musilovi z naší kliniky a na grantu se podílejí 3 brněnská pracoviště – Interní kardiologická klinika FN Brno, Interní kardio-angiologická klinika FN u sv. Anny a 2. interní klinika FN u sv. Anny.

Můžete nám připomenout o jaký projekt jde?

Naším cílem je zjistit výskyt rizikových parametrů u zdravotníků. Původně jsme chtěli zjišťovat pouze anamnestická data a krevní tlak, pak jsme přidali měření hodnoty cholesterolu a nakonec jsme se rozhodli měřit všechny parametry metabolického syndromu, včetně obvodu pasu, triglyceridů, glykémie a stanovujeme i kyselinu močovou. Jsme online spojeni s webovými stránkami Evropské kardiologické společnosti a po zadání údajů jsme schopni okamžitě vypočítat kardiovaskulární riziko pro příštích 10 let pomocí tabulek SCORE.

Kolik lidí jste vyšetřili v loňském roce?



prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc.

V roce 2007 jsme tento stánek vybudovali na kongresu České kardiologické společnosti v Brně, na kongresu České internistické společnosti v Praze a na kongresu České společnosti pro hypertenzi v Mikulově a celkem jsme vyšetřili asi 1 200 osob, většinou lékařů, ale i hodně sester. Byli jsme ochotni vyšetřovat i pořadatele – hostesky, promítače, takže se nejedná o 100 % zdravotníků.

A jak vypadá výskyt rizikových faktorů v této populaci?

Překvapivě dopadají naši vyšetření velmi dobře. Zaznamenali jsme asi 15% mužů kuřáků a 20% žen kuřáček, asi 20% mužů má hypertenzi a si 10% žen má hypertenzi – tedy celkově nižší čísla než jsou udávána pro celkovou populaci. Průměrný cholesterol byl kolem 5,2 mmol/l u mužů

a 5,4 mmol/l u žen, krevní tlak byl v průměru 142/87 mmHg u mužů a 135/83 mmHg u žen. Jak tlak tak cholesterol rostou až do 7. dekády a pak mají tendenci klesat. Přesné výsledky ale najdete na našem stánku ve formě posteru a na stánku najdete i výstavu fotografií z loňských akcí.

Jak bude program pokračovat?

I letos chceme obsadit všechny 3 nejvýznamnější interně-kardiologické sjezdy, tedy ČKS, ČIS a ČSH. Věříme, že počet vyšetřených bude kolem 2 000. Na podzim pak začneme kontrolovat databázi adres, tak abychom kolem vánoc mohli většinu vyšetřených obeslat emailem a zjistit jejich zdravotní stav a farmakologickou anamnézu. Toto bychom chtěli dělat dalších 10 let a potvrdit či vyvrátit tak tabulky SCORE.

Kolik to všechno stojí?

Jedno vyšetření stojí jen na laboratořích 150 Kč/osobu, k tomu připočtete náklady na stánek, na ubytování pro lidi na stánku, pokud je akce mimo Brno, na přístroje a počítače. Všichni zúčastnění pracují zadarmo, přesto náklady již překročily 2 miliony korun. Česká kardiologická společnost poskytla 300 000 Kč, všechny společnosti nám odpustily úhradu za stánek, sponzorské dary poskytly Sanofi Aventis a Solvay, ale především hlavním sponzorem je firma DOT diagnostics, která hradí většinu nákladů.

Říkáte, že všichni pracují zdarma. Kdo je na stánku?

Na stánku jsou především lékaři a sestry z Interní kardiologické kliniky FN Brno, které organizuje a řídí vrchní sestra Hana Fišerová. Naše děvčata letos poznáte podle nových růžových kostýmků. Dále jsou na stánku laboranti firmy DOT diagnostics, včetně ředitele firmy RNDr. Jana Továřka. Velmi významní jsou i technici ze společnosti IBA Masarykovy univerzity, kteří mají na starosti výpočetní techniku.

Víte, že podobnou akci organizuje i výrobce rostlinných tuků?

Ano, se společností Unilever jsem ve spojení. Tento výrobce rostlinného tuku Flora již v tom-

to roce organizoval měření tlaku a cholesterolu v obchodních domech. Další letošní akcí je i návštěva Floraporaďen ve vybraných podnicích po celé České republice, v nichž bude měřit cholesterol a tlak a provádět výživové poradenství. Od roku 2006 má značka Flora k dispozici data přibližně od 15 000 osob a nyní se právě domlouváme jak tato data společně využít. Možnosti změřit si zdarma cholesterol využívají bohužel převážně starší osoby a vzorek je proto selektivní. Doplnění chybějících dat poskytne měření v podnicích a hlavně náš projekt. U nás totiž tvoří skoro polovinu vyšetřených osoby do 40 let, třetinu 40–60 let a jen asi 15 % osoby nad 60 let. Se značkou Flora chceme určitě spolupracovat tak, aby se získaných dat využilo co nejvíce ve prospěch preventivních aktivit pro občany České Republiky.

Co byste vzkázal návštěvníkům Vašeho stánku?

Především, aby se nebáli přijít. Zjišťujeme, že bez obav přicházejí štíhlí sportovci a naopak osoby s nadváhou či obezitou se bojí se vyšetřit. Jedna kolegyně středního věku mi dokonce řekla: „Ještě byste mi našli cukrovku, to tam tedy nepůjdu!“ Takže nestrkejte hlavu do písku a navštivte nás.

SN

Představujeme pracovní skupinu Kardiovaskulární farmakoterapie

Činnost pracovní skupiny Kardiovaskulární farmakoterapie ČKS v období 2005–2008

1. Za volební období 2005–2008 pracovala PS KVFT v tomto složení (bez titulů): předseda: J. Vítovec, místopředseda: J. Bultas, členové: J. Bytešník, J. Hradec, P. Janský, P. Gregor, J. Špinar.

2. Pracovní skupina KVFT se aktivně podílí na programech sjezdů ČKS. Jako hlavní téma byla vybrána ve sledovaném období:

- 2005 Nová evropská doporučení v KV farmakoterapii
- 2006 Kombinační léčba v kardiologii
- 2007 Jak interpretovat klinické studie
- 2008 Polypragmatie v kardiologii.

3. Členové výboru zajišťovali každoročně vydání monotematického čísla REMEDIA k výročnímu sjezdu ČKS na téma kardiovaskulární farmakoterapie.

4. Členové výboru (Hradec, Bultas) zastupovali ČKS v jednáních o úhradách KV léků v kategorieční komisi MZ jako garanti skupin B a C v letech 2004–2006.

5. V roce 2007 byl zvolen předsedou prof. Jaromír Hradec, který se ujme své funkce předsedy PS na tomto sjezdu ČKS pro období 2008–2011, prof. Vítovec zůstává ve výboru jako místopředseda a jako další členové byli zvoleni: doc. Souček, prof. Špinar, prof. Špinarová, prof. Bultas, prof. Gregor, Dr. Bytešník a Dr. Janský.

6. Jako předseda PS děkuji jednak všem členům výboru, kteří se aktivně účastnili jak přednáškových, tak publikačních aktivit a zároveň děkuji všem členům PS KV farmakoterapie za podporu a pomoc při činnosti této pracovní skupiny.

Prof. MUDr. J. Vítovec, CSc. FESC

KDO JE KDO

prof. MUDr. František Herles
zakladatel české školy elektrokardiografie



Profesor Herles sepsal první učebnici elektrokardiografie a první u nás diagnostikoval v roce 1929 podle EKG infarkt myokardu. Na počátku padesá-

tých let vznikla na II. interní klinice Všeobecné fakultní nemocnice v Praze kardiologická laboratoř vedená prof. Františkem Herlesem, který se po prof. Vančurovi stal přednostou. Laboratoř se zabývala problematikou elektrického pole srdce a kardiopulmonální cirkulace. Pozoruhodné výsledky mnohaleté činnosti tohoto výzkumu jsou později označovány jako „československá škola cor pulmonale“. Pod vedením prof. Herlese zaznamenává

kardiologie na klinice největšího rozmachu a věhlasu. Přípravuje se otevření koronární jednotky, jedné z vůbec prvních v zemi, avšak jejího otevření se prof. Herles v roli přednosty již nedočká.

prof. MUDr. Pavel Lukl, CSc.

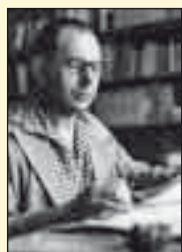


Profesor Lukl byl nejen vynikající internista, ale i uznávaný kardiolog. Zároveň byl členem (a předsedou) našich i zahraničních kardiologických společností. Po 12 let byl před-

sedou České kardiologické společnosti a pak též místopředsedou (1960) a předsedou (1968–1972) a konečně čestným předsedou Evropské kardiologické společnosti. Byl rovněž organizátorem a předsedou IV. Evropského kardiologického sjezdu v Praze v roce 1964. Z titulu této funkce a s přispěním jeho přítele P. D. Whitea bylo profesoru Luklovi umožněno přednášet na významných svě-

tových kongresech a lékařských fakultách (stal se později čestným členem 12 kardiologických společností).

prof. MUDr. Jan Navrátil, DrSc.



Světově uznávaný brněnský kardiolog, působící od r. 1967 ve Vídni, čestný doktor Masarykovy univerzity. Patří mu prvenství v operacích na otevřeném srdci v hu-

bokém podchlazení (1956) a na otevřeném srdci s mimotělním oběhem (1958), v r. 1969 poprvé v Evropě s úspěchem použil intraortální pumpu k záchraně umírajícího pacienta, v roce 1976 ve Vídni poprvé použil umělou srdeční komoru a umělé srdce. V roce 1960 ve spolupráci s Výzkumným ústavem pletářským byla implantována první česká cévní protéza. V letech 1934–1936 působil v Zemské nemocnici v Brně. V letech 1937–1952 byl na I. chirurgické klinice LF MU. Od roku 1952 (do roku 1967)

byl přednostou II. chirurgické kliniky. Poté se stal přednostou II. chirurgické kliniky ve Vídni a od roku 1975 ředitel Boltzmannova ústavu pro výzkum chirurgie srdce.

U příležitosti 40. výročí prvního zavedení mimotělního oběhu v klinické praxi mu byla 30. 6. 1998 ve Fakultní nemocnici u svaté Anny na Pekařské ulici v Brně odhalena pamětní deska. Na jeho počest se letos prvně (13. 4. 2007) uskutečnilo setkání kardiologů – „Navrátilův den“.

Výběr z pondělního programu XVI. výročního sjezu ČKS

ROTUNDA (pavilon A)

PS Kardiologická farmakoterapie
Obecné problémy

- 8:30 ANTITROMBOTICKÁ LÉČBA PŘI ANAMNÉZE KRVÁVIVÉ PŘÍHODY J. Bultas
- 8:45 DISKUSE
- 8:50 ROZDÍLY V LÉČBĚ: MUŽI-ŽENY; STAŘÍ-MLADÍ; TLUSTÍ-HUBENÍ P. Gregor
- 9:05 DISKUSE
- 9:10 JE FARMAKOTERAPIE PO IM DOSTATEČNÁ? J. Špínar
- 9:25 DISKUSE
- PS Kardiologická farmakoterapie
Kolik stojí a jak je hrazena kardiologie
- 9:30 HISTORICKÉ TRENDY A MOŽNOSTI FINANCOVÁNÍ KARDIOLOGIE DO BUDOUCNA P. Koška
- 9:55 DISKUSE
- 10:00 KOLIK STOJÍ A JAK JE HRAZENÁ LÉČBA AKUTNÍHO INFARKTU MYOKARDU J. Skoupá
- 10:12 DISKUSE
- 10:15 KOLIK STOJÍ A JAK JE HRAZENÁ LÉČBA AKUTNÍHO SRDEČNÍHO SELHÁNÍ B. Ondračková
- 10:27 DISKUSE
- 10:30 Přestávka

PS Ambulantní kardiologů
Zkušenosti a praxe v r. 2008

- 11:00 OMYLY, CHYBY A NEÚČELNÉ POSTUPY V DIAGNOSTICE A TERAPII ISCHEMICKÉ CHOROBY SRDEČNÍ M. Aschermann
- 11:25 OMYLY A CHYBY V DIAGNOSTICE A TERAPII CHLOPENNÍCH VAD V DOSPĚLÉM VĚKU R. Čerbák
- 11:50 CHYBY A OMYLY PŘI ECHOKARDIOGRAFICKÉM VYŠETŘOVÁNÍ A INTERPRETACI NÁLEZŮ A. Linhart
- 12:30 Oběd

PS Srdeční selhání

Fibrilace síní u pacienta se srdečním selháním

- 14:00 POHLED ARYTMOLOGA M. Fiala
- 14:20 POHLED ODBORNÍKA NA LÉČBU SRDEČNÍHO SELHÁNÍ I. Málek
- 14:40 FARMAKOTERAPIE FIBRILACE SÍNÍ J. Hradec

PS Srdeční selhání

V čem se liší léčba akutního srdečního selhání?

- 15:00 REGISTR ADHERE – USA J. Vítovc
- 15:20 EVROPSKÉ REGISTRY L. Špínarová
- 15:40 REGISTR AHEAD – ČR J. Špínar

MORAVA (pavilon A)

PS Preventivní kardiologieKardiometabolický syndrom

- 8:30 METABOLICKÝ SYNDROM U DIABETIKŮ H. Rosolová
- 8:45 METABOLICKÝ SYNDROM V OBECNÉ POPULACI R. Cífková
- 9:00 METABOLICKÝ SYNDROM U KARDIAKŮ O. Mayer jr.
- 9:15 METABOLICKÝ SYNDROM V DĚTSKÉ POPULACI Z. Urbanová

PS Preventivní kardiologiePrevence kardiologických chorob

9:30 SPOLEČNÁ GUIDELINES EVROPSKÝCH ODBORNÝCH SPOLEČNOSTÍ „4TH TASK FORCE“ R. Cífková

9:50 SOUČASNÁ ÚROVEŇ SEKUNDÁRNÍ PREVENCE ICHS VE STUDII EUROASPIRE III O. Mayer jr.

10:10 SOUČASNÁ ÚROVEŇ SEKUNDÁRNÍ PREVENCE CMP VE STUDII EUROASPIRE-STROKE SURVEY J. Bruthans

PS Pediatrická kardiologieKaterizační a chirurgická léčba vrožených srdečních vad

- 14:00 VZNIK ANEURYSMATU V MÍSTĚ PERKUTÁNNÍ BALÓNKOVÉ ANGIOPLASTIKY REKOARTACE AORTY BEZ UŽITÍ STENTU O. Reich, P. Tax, J. Lisý, V. Tomek, J. Gilík, T. Matějka, T. Tláškal, V. Chaloupecký, J. Škovránek

14:10 STENTOVÁNÍ AORTY PRO JEJÍ VROZENÉ OBSTRUKCE A JEJICH REZIDUA P. Tax, O. Reich, J. Škovránek, V. Chaloupecký, T. Tláškal, H. Bartáková

14:20 HEMODYNAMICKÉ ZMĚNY PŘI ODLOŽENÉM UZÁVĚRU HRUDNÍKU U NOVOROZENCŮ PO OPERACI VROZENÉ SRDEČNÍ VADY P. Vojtovič, T. Tláškal, M. Selko, J. Hostaša, O. Reich, V. Chaloupecký, R. Gebauer, T. Matějka

14:30 VÝSLEDKY KOREKCE FALLOTOVY TETRALOGIE V PRVNÍM ROCE ŽIVOTA S. Krupičková, V. Chaloupecký, B. Hučín, T. Tláškal, R. Gebauer, T. Matějka, P. Tax, O. Reich, V. Tomek, J. Škovránek

14:40 CURRENT TREATMENT FOR PULMONARY VALVE REGURGITATION M. Kostolny

PS Pediatrická kardiologiePrenatální a pediatrická kardiologie

15:00 PERMANENTNÍ JUNKČNÍ RECIPROČNÍ TACHYKARDIE U DĚTÍ P. Vít, J. Navrátil, D. Humlová

15:10 SRDEČNÍ RESYNCHRONIZAČNÍ TERAPIE U PACIENTŮ S VROZENOU SRDEČNÍ VADOU J. Janoušek, R. A. Gebauer

15:20 ROLE KLOPIDOGRELU V ANTIAGREGAČNÍ LÉČBĚ U DĚTÍ S VROZENÝM NEBO ZÍSKANÝM SRDEČNÍM ONEMOCNĚNÍM Z. Slavík, S. Edwards, N. Naqvi

15:30 VLIV PRENATÁLNÍ HEMODYNAMIKY NA VÝVOJ SRDCE U TWIN TO TWIN TRANSFUSION SYNDROMU H. Jičínská, H. Gardiner

15:40 POSTIŽENÍ KARDIOVASKULÁRNÍHO SYSTÉMU U PACIENTEK S TURNEROVÝM SYNDROMEM E. Klásková, J. Zapletalová, D. Horák, J. Wiedermann

Výběr z pondělních satelitních sympózií

sál BRNO (pavilon E - II. patro) – 16.15 hodin, Sympóziem SERVIER s.r.o.

Zpomalení srdeční frekvence jako nový léčebný princip v kardiologii

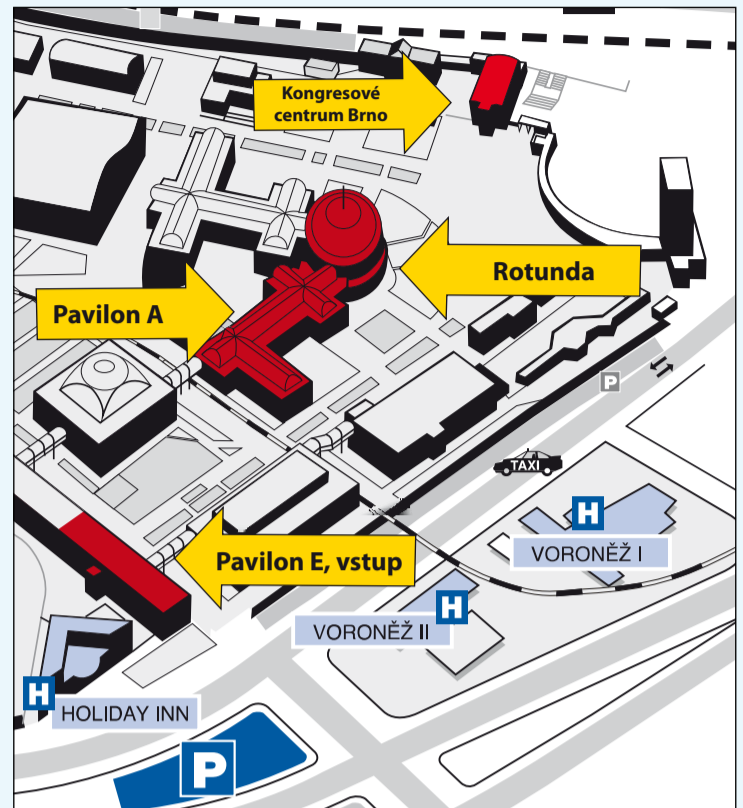
sál MORAVA (pavilon A) – 16.15 hodin, Sympozium Actelion Pharmaceuticals Ltd

Chronická tromboembolická plicní hypertenze (CTEPH)

sál PRAHA (pavilon E - přízemí) – 16.15 hodin, Sympozium Boehringer Ingelheim

Co přináší studie ONTARGET?

SCHÉMA AREÁLU BVV



Registrace:	pavilon E PRESS CENTRUM II. patro	
	Neděle	25. 5. 2008 7.30–18.00 hodin
	Pondělí	26. 5. 2008 7.30–18.00 hodin
	Úterý	27. 5. 2008 8.00–13.00 hodin
Jednací sály:	pavilon A:	Rotunda
		sál Morava
	pavilon E:	sál Praha přízemí
		sál Olomouc I. patro
		sál Brno II. patro
		sál Plzeň II. patro
	KONGRESOVÉ CENTRUM BRNO	sál Hradec Králové (sesterská sekce)

Posterový sál: přízemí pavilonu E**Firemní expozice:** pavilon A**Organizační vedení sjezu:** Ludmila Klímová

Sjezdové noviny připravili:

odborná spolupráce:

doc. MUDr. Václav Chaloupka, CSc.

Ludmila Klímová

MUDr. Ondřej Auzký

TARGET MD
www.target-md.com

sazba a grafické zpracování:

Jan Pitra

Ing. Šárka Houslíková

Veškerá práva vyhrazena. Jakékoli přebírání, kopírování, publikování či další šíření obsahu Sjezdových novin podléhá zákonu č. 121/2000 Sb. (autorský zákon) v platném znění.

Počasí nad Výstavištěm 25. 5.

den	17/21 °C	noc	8/4 °C
-----	----------	-----	--------

PREDUCTAL[®] MR

Trimetazidin 35 mg

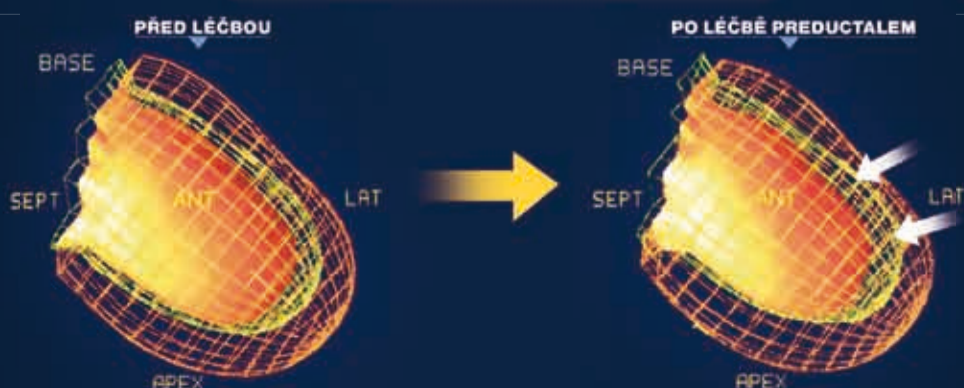
2 tablety denně

OVLIVŇUJE METABOLICKOU PODSTATU ISCHEMIE¹

→ Aditivní antianginózní
a antiischemická účinnost²⁻⁴

→ Zlepšuje perfuzi a funkci
levé komory srdeční⁵⁻⁶

... nezávisle na předchozí terapii



zvýšení kontraktivity levé komory srdeční,
pacient léčený 2 měsíce Preductalem, znázorněno pomocí gated SPECT.⁶

1) Kantor PF, LucienR, Lopaschuk GD (experimentální studie). *Circ Res* 2000; 86: 580–588.
2) Chaloupka V et al. TRIADA. *Cor Vasa* 2005; 47(12): 470–474. 3) Szwed H et al. *Eur Heart J* 2001; 22: 2267–2274. 4) Génissel P, Chodjania Y, Demolis JL et al (experimentální studie). *Eur J Drug Metab Pharmacokinet* 2004; 29: 61–68. 5) El-Kady et al. *Am J Cardiovasc Drugs* 2005; 5(4): 271–278. 6) Belardinelli R et al. *Clinical Echocardiography*. Springer Verlag 2004.

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU PREDUCTAL[®] MR

SLOŽENÍ KVALITATIVNÍ I KVANTITATIVNÍ: Trimetazidin dihydrochloridum 35 mg v jedné tabletě s řízeným uvolňováním. **INDIKACE:** Dlouhodobá profylaktická léčba anginy pectoris u dospělých v monoterapii nebo v kombinaci s jinými přípravky. **KONTRAINDIKACE:** Známa nebo předpokládaná precitlivlost na účinnou látku nebo pomocné látky. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ:** 1 tableta (35 mg) 2krát denně (ráno a večer) v průběhu jídla (70 mg/den). Tablety se užívají celé v průběhu jídla a zapíjejí se tekutinou. **SPECIÁLNÍ UPOZORNĚNÍ:** Preductal[®] MR se nedoporučuje podávat během těhotenství a kojení. Přípravek se ne užívá k léčbě akutního záchvatu anginy pectoris, zároveň také není indikován k počáteční léčbě nestabilní anginy pectoris nebo infarktu myokardu, ani ve fázi před hospitalizací, ani během prvních dnů hospitalizace. **INTERAKCE:** Žádné. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** Vzácně byly zaznamenány gastrointestinální obtíže: nauzea, vomitus. **VELIKOST BALENÍ:** 60 potahovaných tablet s řízeným uvolňováním. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** 83/328/01-C. **DRŽITEL REGISTRAČNÍHO ROZHODNUTÍ:** Les Laboratoires Servier, 22, rue Garnier, 92 200 Neuilly-sur-Seine, Francie. Úplná informace o přípravku viz Souhrn údajů o přípravku. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE TEXTU:** 10. 10. 2001. **UCHOVÁVÁNÍ:** Při teplotě do 25 °C.

Přípravek je dostupný v lékárnách na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Informace o konkrétních podmínkách úhrady vám poskytne zastupující společnost Servier s.r.o. **INFORMACE NA ADRESE:** Servier s.r.o., Klimentská 46, 110 02 Praha 1, tel.: 222 118 312, fax: 222 118 300, www.servier.cz.



PŘIJĎTE VYHRÁT!

KVÍZ PREDUCTAL MR PROBÍHÁ DNES

25. 5. 2008

NA STÁNKU SPOLEČNOSTI SERVIER