

NOVINKY V KARDIOLOGII PRO PRAXI



23. února 2012, Olomouc

Abstrakta

ISBN 978-80-87327-84-5

Pořadatelé

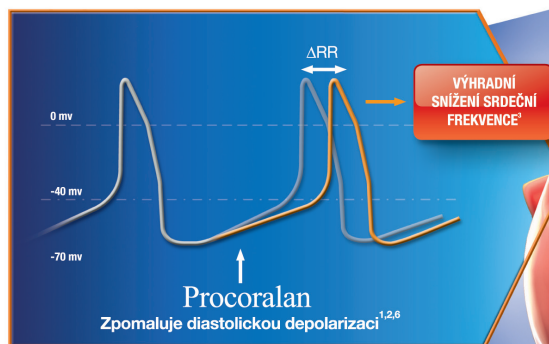
I. interní klinika – kardiologická, LF UP a FN Olomouc
SOLEN, s. r. o.

SOLE
MEDICAL EDUCATION

Procoralan®

ivabradin

**První selektivní a specifický inhibitor
I_f kanálu působící v sinoatriálním uzlu^{1,2}**



- ▶ **Výhradní snížení srdeční frekvence o 10–14 tepů/min.³**
- ▶ **Významná antianginózní a antiischemická účinnost srovnatelná s referenční léčbou^{3,4}**
- ▶ **Zachovává kontraktilitu myokardu, vedení vzruchu a repolarizaci komor⁵**
- ▶ **Vynikající tolerance pacienty^{3,4}**



1 tableta 2× denně

Zkrácená informace o přípravku Procoralan 5 mg a 7,5 mg: **Složení a balení:** Jedna potahovaná tableta obsahuje 5 mg ivabradinu (odpovídající 5,390 mg ivabradinum hydrochloridum) nebo 7,5 mg ivabradinu (odpovídající 8,085 mg ivabradinum hydrochloridum). 56 tablet v 1 balení. **Indikace:** Symptomatická léčba chronické stabilní anginy pectoris u dospělých s ischemickou chorobou srdeční s normálním sinusovým rytmem. Ivabradin je indikován u dospělých, u kterých jsou kontraindikovány nebo nejsou tolerovány betablokatory u pacientů, kteří jsou nedostatečně kontrolováni optimální dávkou betablokátory a jejichž srdeční frekvence je > 60 tepů/min. **Dávkování a způsob podání:** Doporučená úvodní dávka: 5 mg 2krát denně (ráno a večer, během jídla). Po 3 až 4 týdnech léčby může být na základě terapeutické odpovědi dávka zvýšena na 7,5 mg 2krát denně. Pokud se během léčby tepová frekvence v klidu trvale sníží < 50 tepů/min. nebo se objeví symptomy vztahující se k bradykardii jako závrať, únava nebo hypotenze, dávka musí být titrována směrem dolů až na dávku 2,5 mg 2krát denně (půl 5 mg tablety 2krát denně). **Kontraindikace:** Přecitlivělost, kardiogenní šok, akutní infarkt myokardu, těžká jaterní insuficience, sick sinus syndrom, sinoatriální blokáda, srdeční selhání NYHA III – IV, závislost na kardiostimulátoru, nestabilní angina pectoris, AV blokáda 3. stupně, kombinace se silnými inhibitory cytochromu P450 3A4, těhotenství, kojení. Interakce: kombinace s léky snižujícími srdeční frekvenci (nedoporučuje se současné podávání s verapamilem a diltiazemem). Současné užívání přípravků prodlužujících QT interval se nedoporučuje. Inhibitory a induktory CYP3A4 mohou ovlivňovat metabolismus a farmakokinetiku. **Varování a zvláštní opatření pro použití:** Procoralan není účinný v léčbě arytmií. Užívání se nedoporučuje u pacientů s AV blokádou 2. stupně, s rozvojem syndromu dlouhého QT a bezprostředně po cévní mozkové příhodě. Opatrnosti je třeba u pacientů s hypotenzí, se srdečním selháním NYHA I-II a s retinitis pigmentosa. Procoralan ovlivňuje retinální funkci, při neočekávaném zhoršení vizu by mělo být zvaženo ukončení léčby. Neurgentní DC-kardioverze by měla být zvažována 24 h po poslední dávce ivabradinu. **Nežádoucí účinky:** světelné jevy (zrakové vjemy tzv. fosfeny - přechodné zvýšení jasu na omezené ploše zrakového pole), rozmazané vidění, bradykardie, AV blokáda 1. stupně (EKG: prodloužený interval PQ), komorové extrasystoly, bolesti hlavy, závrať, palpitace, supraventrikulární extrasystoly, nauzea, zácpa, průjem, vertigo, dušnost, svalové křeče, hyperurikémie, eozinofilie, zvýšení kreatininu v krvi. Frekvence neznámá: synkopa, hypotenze a nevolnost (vše možná v souvislosti s bradykardií), vyrážka, erytém, svědění. **Uchovávání:** žádné zvláštní podmínky. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. **Registrační číslo:** EU/1/05/316/001-014. **Datum poslední revize textu:** 09/2011.

POŘADATELÉ

- I. interní kardiologická klinika
LF UP a FN Olomouc

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

NOVINKY V KARDIOLOGII PRO PRAXI



23. února 2012, Olomouc

Pořadatelé

*I. interní klinika – kardiologická, LF UP a FN Olomouc
SOLEN, s. r. o.*

Odborný garant

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

Záštitá

*rektor UP prof. RNDr. Miroslav Mašláň, CSc.
ředitel FN Olomouc MUDr. Radomír Maráček*

Organizátor

*SOLEN, s. r. o.
Lazecká 297/51, 779 00 Olomouc*

Kontaktní osoba:

*Mgr. Herta Šustková
585 209 207, 777 622 039, sustkova@solen.cz*

Programové zajištění:

*Zdeňka Bartáková
585 242 681, 777 557 416, bartakova@solen.cz*

*Účast je v rámci celoživotního postgraduálního vzdělávání
dle Stavovského předpisu č. 16 ČLK ohodnocena 6 kredity pro lékaře
a 4 kredity pro všeobecné sestry a zdravotnické záchránáře.*

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Grafické zpracování a sazba: Lucie Šilberská, silberska@solen.cz

ISBN 978-80-87327-84-5

Program

9.00–9.05

Slavnostní zahájení konference
doc. MUDr. Miloš Tábořský, CSc., FESC, MBA

9.05–10.25

**Novinky ve farmakologické a nefarmakologické léčbě
 kardiovaskulárních onemocnění**
garant doc. MUDr. Miloš Tábořský, CSc., FESC, MBA

- Možnosti orgánové podpory v léčbě akutních stavů v kardiologii – MUDr. Martin Hutýra, Ph.D.
- Chirurgická léčba fibrilace síní – MUDr. Štěpán Černý, CSc.
- 15 let zkušeností se srdeční resynchronizační léčbou – MUDr. Marián Fedorco
- Rivaroxaban v prevenci CMP s fibrilací síní – doc. MUDr. Miloš Tábořský, CSc., FESC, MBA – Sympozium firmy BAYER, s.r.o.

10.25–10.45

PŘESTÁVKA

10.45–11.45

Srdeční selhání
garant prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc., FESC

- Doporučení pro diagnostiku chronického srdečního selhání – ČKS 2011 – prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc., FESC, prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc., FESC
- Nová doporučení pro srdeční selhání – léčba – prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc., FESC, prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc., FESC
- Kazuistika nemocného se srdečním selháním – prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc., FESC, prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc., FESC

11.45–12.20

PŘESTÁVKA

12.20–13.35

Ischemická choroba srdeční
garant prof. MUDr. Michael Aschermann, DrSc., FESC

- Možnosti a limitace moderní echokardiografie v detekci viability myokardu – MUDr. Dan Marek
První živý vstup z echokardiografických laboratoří I. interní kliniky – kardiologické, FN Olomouc – MUDr. Jiří Ostřanský
- Moderní léčba akutního koronárního syndromu protidestickovými léky – MUDr. David Richter
- Co je možné zlepšit v léčbě AIM v České republice? – MUDr. Petr Kala, Ph.D.
- Současná doporučení stratifikace invazivního přístupu u nemocných s akutním koronárním syndromem bez elevací ST segmentu – MUDr. Marcela Škvařilová, Ph.D.

13.35–13.50

PŘESTÁVKA

13.50–15.10**Hypertenze****garant MUDr. Jan Václavík, Ph.D.**

- Novinky v diagnostice a léčbě hypertenze – MUDr. Jan Václavík, Ph.D.
- Kazuistiky z praxe Centra pro léčbu hypertenze – MUDr. Eva Kociánová
Druhý živý vstup z I. interní kliniky – kardiologické FN Olomouc – „Renální decompence u pacienta s rezistentní hypertenzí” – MUDr. David Richter, doc. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, MBA
- Hypertenze v těhotenství – MUDr. Yvona Hřčková
- Jak vyšetřujeme pacienty v Centru pro hypertenzi – Pavla Doupalová, Ivana Buriánková, Ilona Benušová, MUDr. Jan Václavík, Ph.D.

15.10–16.10**EKG kurz – doc. MUDr. Čestmír Číhalík, CSc.****16.10****Losování ankety + závěr konference***Změna programu vyhrazena*

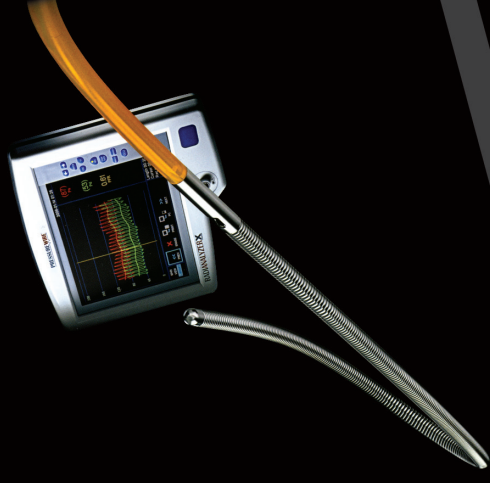
Vybrané vzdělávací akce na rok 2012

- 29.–30. 3. 2012 **INTERNÍ MEDICÍNA PRO PRAXI – VII. KONFERENCE AMBULANTNÍCH INTERNISTŮ** (Olomouc, RCO)
- 26.–27. 4. 2012 **MEDICÍNA PRO PRAXI – X. KONGRES PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ A SESTER** (NH Olomouc Congress)
- 15. 6. 2012 **V. KONFERENCE SESTRA V PRAXI** (Olomouc, RCO)
- 25.–26. 6. 2012 **INVAZIVNÍ KARDIOLOGIE V ČESKÉM RÁJI**
- 8. 11. 2012 **III. OLOMOUC KAZUISTICKÁ** (NH Olomouc Congress)
- 8. 11. 2012 **IV. KONFERENCE CHLAMYDIOVÁ INFEKCE – ZÁKEŘNÝ NEPŘÍTEL** (NH Olomouc Congress)

cardion

www.cardion.cz

pressureWire™ Certus



CARDION s.r.o., Rybnícká 136, 634 00 Brno
telefon: +420 547 241 313, fax: +420 547 241 314



ST. JUDE MEDICAL™
MORE CONTROL. LESS RISK

Novinky ve farmakologické a nefarmakologické léčbě kardiovaskulárních onemocnění

garant doc. MUDr. Miloš Táborský, CSc., FESC, MBA

čtvrtek / 23. 2. 2012 / 9.05–10.25 hod.

Možnosti orgánové podpory v léčbě akutních stavů v kardiologii

Hutyra M.

I. interní klinika – kardiologická,
FN a LF UP, Olomouc

V přednášce jsou shrnuty současné možnosti, indikační kritéria a praktické aspekty orgánové podpory/protekce, které jsou rutinně používány u pacientů s akutním onemocněním srdce. Jedná se o mechanické srdeční podpory, kontinuální hemoeliminační metody a proces terapeutické hypotermie.

Chirurgická léčba fibrilace síní

Černý Š.

Kardiochirurgické oddělení,
Kardiocentrum, Nemocnice
Na Homolce, Praha

Úvod: Chirurgická léčba fibrilace síní (FS) má poměrně dlouhou historii sahající až do počátku 80. let 20. století. Zlomové bylo uvedení MAZE operace J. Coxem v roce 1987. Tento postup a jeho další modifikace se používá již přes 20 let při chirurgické léčbě nemocných se všemi formami FS.

Současný stav chirurgické léčby FS: V současné době jsou pro peroperační ablaci, kromě klasické chirurgické techniky, dostupné i alternativní ablační energie (radiofrekvence, kryo a ultrazvuk) a redukováné a optimalizované konfigurace

ablačních lézí. Dlouhodobý efekt chirurgické léčby na udržení sinusového rytmu se dle typu arytmie a dle techniky chirurgické ablace pohybuje ve většině souborů mezi 70 a 90 %. Chirurgická peroperační ablace je v současné době plně indikována jako součást komplexního kardiochirurgického zákroku tehdy, pokud nemocný podstupuje srdeční operaci na základě strukturálního srdečního onemocnění (ICHS, chlopenní vada). Na tento fakt je vždy třeba myslet při referování nemocného ke kardiochirurgickému výkonu a doložit evidenci o FS. Chirurgická ablace FS jako samostatný výkon se v současné době v ČR provádí již na několika pracovištích a ve shodě se světovými trendy se uplatňují 2 strategie: chirurgická PVI a miniinvasivní cryo-maze. Indikovaní jsou především mladí nemocní s permanentní nebo perzistující FS, kteří nejsou vhodní ke katetrizační ablací, nebo u nich tato strategie nebyla úspěšná. Právě tyto nemocní profitují z primární chirurgické léčby FS. Větší šanci na úspěch u těchto nemocných mají radikálnější postupy v obou síních. Tyto výkony se v současné době již neprovádějí z plné stereotomie, ale z jednostranné minitorakotomie v délce cca 6 cm.

Závěr: Chirurgie má v současnosti pevné místo v léčbě FS a má i potenciál pro další rozvoj. Do budoucna lze předpokládat vznik multidisciplinárních týmů pro léčbu FS a v oblasti chirurgických ablačních technik především elektrofyzilogicky cíleně navigované a minimálně invazivní postupy.

15 let zkušeností se srdeční resynchronizační léčbou

Fedorco M.

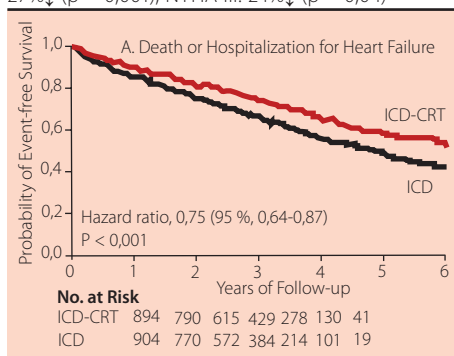
I. interní klinika – kardiologická, FN a LF UP, Olomouc

Během posledních deseti let bylo pomocí kontrolovaných klinických studií provedeno srovnání srdeční resynchronizační léčby (SRL) se standardní léčbou srdečního selhání a bylo spolehlivě prokázáno, že resynchronizační terapie přináší zlepšení symptomů i prognózy u pacientů se závažnou srdeční nedostatečností a poruchami intra- a interventrikulárního vedení vzruchu. Všechny těchto studií se téměř výhradně účastnili pacienti s normálním sinusovým rytmem. Dat pro nemocné s permanentní fibrilací síní a indikací k SRL je výrazně méně. Závažným problémem zůstává stále poměrně vysoké procento non-responderů této léčby, které dosahuje 15–30 %. Za posledních 15 let bylo prezentováno velké množství parametrů a algoritmů, které by měly snížit počet non-responderů takto ekono-

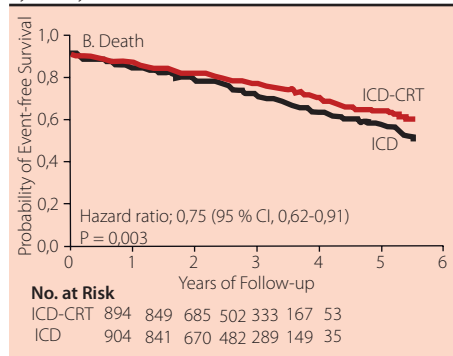
micky náročné léčby. Echokardiografie v podobě výsledků studie PROSPECT zatím zklamala nejvíce. V současné době probíhá velká mezinárodní randomizovaná studie ECHO-CRT, která by měla ozřejmit některé echokardiografické parametry, které by měly zlepšit stratifikaci nemocných. Z dalších metod se jeví jako perspektivní zejména vyšetření magnetickou rezonancí a stanovení lokalizace a rozsahu jizvy pomocí pozdního syčení myokardu gadoliniem a optimalizace polohy levokomorové elektrody dle zpoždění mezi počátkem nativního QRS komplexu a počátkem aktivace levé komory srdeční.

Významnou změnu v pohledu na SRL přinesly výsledky studie RAFT, která jasně na mortalitních datech (dokonce snížení celkové mortality) prokazuje indikaci SRL u nemocných s méně pokročilým srdečním selháním v třídě NYHA II, avšak pouze u QRS > 150 ms (obrázky 1, 2). Výsledky této významné studie byly také implementovány do nových Doporučení pro léčbu srdečního selhání České kardiologické společnosti (2012).

Obrázek 1. SRL snižuje o 25 % hospitalizace pro srdeční selhání a mortalitu – výsledky studie RAFT NYHA II: 27%↓ ($p = 0,001$), NYHA III: 24%↓ ($p = 0,04$)



Obrázek 2. SRL snižuje o 29 % celkovou mortalitu u pacientů NYHA II a o 21 % u pacientů NYHA III – výsledky studie RAFT



Srdeční selhání

garant prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc., FESC

čtvrtek / 23. 2. 2012 / 10.45–11.45 hod.

Doporučení pro diagnostiku chronického srdečního selhání – ČKS 2011

Špinar J.¹, Vítovec J.², a kol.

¹Interní kardiologická klinika,

LF MU a FN Brno

²I. interní kardiologická klinika,

LF MU a FN u sv. Anny v Brně

Chronické srdeční selhání (CHSS) se v evropských zemích vyskytuje u 1–2 % populace s výrazným nárůstem ve vyšších věkových skupinách.

Chronické srdeční selhání je syndrom postižení srdce, u kterého přes dostatečné plnění komor klesá minutový výdej a srdce není schopno krýt metabolické potřeby tkání. K projevům srdečního selhání bez poklesu srdečního výdeje může dojít při nepřiměřeném vzestupu plnicího tlaku komor.

Pro stanovení diagnózy chronického srdečního selhání musí být přítomny symptomy srdečního selhání + známky srdečního selhání + objektivně prokázaná porušená srdeční funkce.

Srdeční dysfunkce může být:

- **systolická**, kdy klesá stažlivost, což vede ke snížení ejekční frakce a srdečního výdeje,
- **diastolická**, kdy se srdeční komory špatně plní krví, nejčastěji při poklesu jejich poddajnosti (= vzestupu tuhosti) a zhoršené roztážitelnosti. Při postižení pouze diasto-

lické funkce se srdeční selhání také nazývá srdeční selhání se zachovanou ejekční frakcí (HFPEF – heart failure with preserved ejection fraction).

Ke stanovení tíže nebo funkční závažnosti srdečního selhání se běžně používá **klasifikace NYHA** (New York Heart Association) na 4 funkční třídy. V amerických doporučení je upravena do stadií **A–D**.

U pacientů s chronickým srdečním selháním by mělo být provedené vyšetření krevního obrazu, elektrolytů, kreatininu, glykémie, jaterních testů, kyseliny močové a vyšetření moči a sedimentu.

Stanovení plazmatických koncentrací natriuretických peptidů či jejich fragmentů, zejména **BNP a NT-proBNP** může být přínosem pro diagnostiku. Hranice normy, která vylučuje srdeční selhání u neléčeného nemocného, je

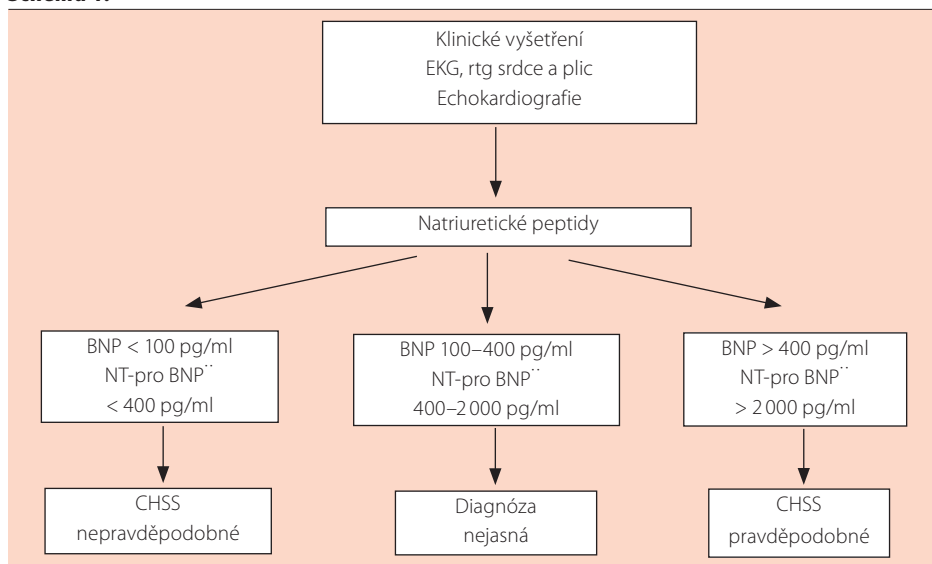
Tabulka 1. Diagnostická kritéria srdečního selhání

- Symptomy srdečního selhání (dušnost v klidu nebo při zátěži, slabost, únavnost)
- Známky srdečního selhání (tachykardie, tachypnoe, cval, chrůpky, pleurální výpotek, zvýšený CŽT, periferní otoky, hepatomegalie, kardiomegalie, III. ozva, šelesty)
- Prokázaná porušená srdeční funkce v klidu (objektivně dokumentovaná systolická či diastolická dysfunkce při echokardiografii či jiné zobrazovací metodě, zvýšené natriuretické peptidy)
- Odpověď na léčbu (v případě, že diagnóza je sporná)

Tabulka 2.

NYHA	ACC/AHA 2005	Definice	VO2 max (orientačně)
Třída I	stadium B	bez omezení činnosti; každodenní námaha nepůsobí pocit vyčerpání, palpitace nebo dušnost; nemocní zvládnou běžnou tělesnou aktivitu včetně rychlé chůze či běhu 8 km/hod.	> 20 ml/kg/min.
Třída II	stadium C	menší omezení tělesné činnosti; každodenní námaha vyčerpává, způsobuje dušnost, palpitace; nemocní zvládnou lehkou tělesnou aktivitu, ale běžná již vyvolá únavu či dušnost	16–20 ml/kg/min.
Třída III	stadium C	značné omezení tělesné činnosti; již nevelká námaha vede k vyčerpání, dušnosti nebo palpitacím; v klidu bez obtíží; nemocní jsou dušní či unavení při základních činnostech, jako je oblékání, mytí apod.	10–16 ml/kg/min.
Třída IV	stadium D	obtíže při jakékoliv tělesné činnosti invalidizují; dušnost nebo palpitace se objevují i v klidu; nemocní mají klidové obtíže a jsou neschopni samostatného života	< 10 ml/kg/min.

Dle ACC/AHA 2005 stadium A jsou pouze riziková nemocní pro srdeční selhání (hypertenze, diabetes mellitus, renální postižení, plicní onemocnění), ale zatím s normální funkcí levé komory.

Schéma 1.

BNP < 100 pg/ml a NT-proBNP < 400 pg/ml. U nemocných, kteří již jsou léčeni, nevylučuje normální hladina BNP či NT-proBNP srdeční selhání.

Nová doporučení pro srdeční selhání – léčba

Vítovec J.¹, Špinar J.²

¹I. interní kardiologická klinika, LF MU a FN u sv. Anny v Brně

²Interní kardiologická klinika, LF MU a FN, Brno

Podáváme přehled zásad nefarmakologické a farmakologické léčby chronického srdečního selhání dle posledních doporučení pro diagnostiku a léčbu srdečního selhání České kardiologické společnosti 2011.

Zásady léčby srdečního selhání

Léčba srdečního selhání zahrnuje:

- primární a sekundární prevenci, včetně úpravy životosprávy,
- farmakoterapii – inhibitory ACE, nebo sartany, blokátory aldosteronových receptorů,

betablokátory, diuretika, ivabradin (u sinuového rytmu nad 70/min. při max. dávce betablokátorů či při jejich kontraindikaci), nitrožilní inotropika či vazodilatancia; ostatní léky jen při komplikacích či přidružených onemocněních,

- přístrojovou léčbu – implantabilní kardiovertery-defibrilátory, biventrikulární stimulátory – resynchronizační léčba, mechanické srdeční levostranné, pravostranné či oboustranné podpory,
- intervenční nechirurgickou léčbu (především revaskularizace, ale i zákroky na chlopních, radiofrekvenční ablace arytmií apod.),
- chirurgickou léčbu (především revaskularizace a zákroky na chlopních),
- ortotopickou transplantaci srdce.

Cílem léčby srdečního selhání je zlepšit kvalitu života, tj. zmenšit nebo úplně odstranit symptomy, zvýšit toleranci zátěže, snížit mortalitu a prodloužit nemocným život. Současné léčebné možnosti, vždy individualizované pro každého nemocného, mohou přinést pozoruhodné výsledky.

Ischemická choroba srdeční

garant prof. MUDr. Michael Aschermann, DrSc., FESC

čtvrtek / 23. 2. 2012 / 12.20–13.35 hod.

Možnosti a limitace moderní echokardiografie v detekci viability myokardu

Marek D.

I. interní – klinika kardiologická,
FN a LF UP Olomouc

Přednáška popisuje hlavní aspekty stanovení viability myokardu pomocí echokardiografických modalit, jejich senzitivitu, specifitu a metodologická úskalí.

Viabilní myokard známe ve dvou základních formách:

- stunning: post-ischemický, non-infarzovaný myokard s abnormitami kontrakce při zachované perfuzi, jde o perfusion–contraction mismatch,
- hibernace: chronicky ischemický, dysfunkční myokard, který vykáže zlepšení po revaskularizaci.

Je známo, že viabilní nerevaskularizovaný (ischemický) myokard znamená prognostické riziko; revaskularizace viabilního myokardu (> 4 segmenty) dle retrospektivních analýz zlepšuje přežití. Otázkou je, která metoda je referenční pro stanovení viability myokardu (echo, CT, NMR, izotopy...).

Dle kontrolovaných studií je v odborných doporučeních ohodnocen přínos detekce viability pro efekt revaskularizace jak u akutních ische-

mických syndromů (tř. IIa), tak i u hibernujícího myokardu – chronické ischemie (tř. I).

Možnosti echokardiografie pro detekci viabilního myokardu:

- klidový obraz 2D
- kinetika 2D, 3D
 - ztlušťování
 - WMS, color kinesis...
- Doppler (TDI)
 - segmentální rychlosti
 - strain/rate
- izovolumická kontrakce
- speckle tracking – strain/rate
- kontrast – perfuze
- akustická denzitometrie

Jako testovací látky jsou užívány: dobutamin – syntetický katecholamin, dipyridamol – blokuje vychytávání adenosinu, adenosine – přímá vazodilatace (steal efekt), enoximone, milrinone – inhibitory fosfodiesterázy, levosimendan – Ca senzitizer.

Nejpraktičtější echokardiografickou modalitou zůstává dobutaminové echo, které je osvědčené, finančně dostupné a organizačně relativně málo náročné. Hlavní limitací echokardiografie byla, je a bude vždy vyšetřitelnost pacienta. Hodnocení viability echokardiograficky však v sobě skrývá také značnou dávku subjektivity. Při pochybnostech je třeba zvolit jinou metodu pro detekci viability.

Moderní léčba akutního koronárního syndromu protidestičkovými léky

Richter D.

**I. interní klinika – kardiologická,
FN a LF UP, Olomouc**

Úvodem sdělení diagnostika a klinická klasifikace akutních koronárních syndromů (AKS), poté následuje přehled současné standardní antitrombotické léčby AKS i ve vztahu k léčbě AKS perkutánní koronární intervencí s implantací stentů. Následně základní charakteristika nových antiagregačních léků (prasugrel, ticagrelor), výsledky randomizovaných studií s těmito preparáty a jejich implementace do oficiálních doporučených postupů, závěrem i některé aspekty zavádění nových antiagregancií do reálné praxe.

Co je možné zlepšit v léčbě AIM v České republice?

Kala P.

**Interní kardiologická klinika,
LF MU a FN Brno**

Česká republika patří mezi země s velmi dobře propracovaným systémem péče o pacienty s akutním koronárním syndromem (AKS) – především akutním infarktem myokardu s STE-elevacemi (STEMI).

Velmi dobře byl tento stav dokladován v rámci evropského projektu Stent-for-Life (SfL), který si dal za cíl zlepšení péče o pacienty s AIM v Evropě. Asi nejlépe stav péče o pacienty se STEMI v ČR ukazuje prakticky 100 % využití primární koronární intervence

(pPCI) pro reperfuzi infarktové tepny, která je poskytována ve 23 non-stop (24/7) katetrizačních centrech rovnoměrně rozložených v rámci celé republiky.

Po dosažení optimální hodnoty kvantity je dalším krokem zlepšení kvality. Zde máme několik možností: 1. zvýšení efektivity lepší organizací péče i provedení souvisejících systémových změn, 2. využití moderních postupů nejen v oblasti intervenční kardiologie, ale i farmakologie a 3. snížení rizika komplikací volbou tepenného přístupu pro srdeční katetrizaci.

Transport nemocných – optimálně by měl být pacient při podezření na AIM převezen Rychlou lékařskou pomocí (RLP) zajišťující vedle vitálních funkcí také okamžité natočení 12svodového EKG a první farmakologickou léčbu. V případě STEMI je nutno provést tzv. přímý transport do katetrizačního centra, které se v mezidobí připraví na příjem pacienta. V rámci Evropy a projektu SfL jsme v tomto ohledu pouze na průměru s cca 55 % pacientů transportovaných RLP. Trvání transportu měřené od stanovení diagnózy po poskytnutí reperfuzní léčby by nemělo přesáhnout 90 až maximálně 120 min. Tento důležitý časový interval však v rámci ČR není přesně zdokumentovaný a odhaduje se, že až u 30 % pacientů není dodržen. Jedinou možností monitorace se tak jeví vytvoření tzv. Transportního protokolu nejspíše na poli PS Intervenční kardiologie ČKS. Z dobře fungujícího Národního registru koronárních intervencí (NRKI) na druhou stranu vyplývá vynikající úroveň a zkušenost české intervenční kardiologie, kdy medián doby od příchodu na katetrizační sál do reperfuze je pouhých 24 min.

Pacienti s AKS bez ST-elevací (NSTEMI-AKS) – v doporučení pro revaskularizace myokardu ČKS i ESC se objevuje skupina vysoce rizikových pacientů, u kterých by měla být koronografie indikována emergentně v průběhu prvních 2 hod. od vzniku obtíží blízcím se léčbě STEMI (pacienti se známými hemodynamické či elektrické nestability, trvajících stenokardiemi a dušnosti či významnými EKG změnami). V současnosti je však takto indikováno minimum pacientů.

V rámci nejmodernějších postupů v léčbě AIM se nabízí jednak implantace lékových stentů především 2. generace a jednak využití účinnějších antiagregancií, která v ČR nyní zastupuje prasugrel. Za stav hodný změny je nutno považovat „flexibilitu“ zařazení tohoto preparátu do úhradového systému, který představoval poslední (nečestné) místo v regionu střední a západní Evropy. Ke snížení rizika krvácivých a lokálních komplikací vede využití radiálního přístupu ke katetrizacím, jehož využití je opodstatněně minimálně u pacientů se STEMI.

Současná doporučení stratifikace invazivního přístupu u nemocných s akutním koronárním syndromem bez elevací ST segmentu

Škvařilová M

**I. interní klinika – kardiologická,
FN a LF UP, Olomouc**

Akutní koronární syndrom bez elevací ST segmentů (NSTEMI) je v ekonomicky vyspělých krajích běžnou příčinou mortality i morbidity. Na léčbu těchto nemocných jsou vynakládány značné finanční částky. Doporučení, jak nejlépe pečovat o tyto nemocné, jsou každé tři roky revidována skupinou expertů a aktualizována podle výsledků velkých randomizovaných studií. V roce 2011 bylo publikováno několik studií a metaanalýz, které prokazují, že lepší prognózu mají nemocní s rutinně invazivním přístupem (koronografie + revaskularizace je provedena do 8 a nejpozději do 72 hod. od vzniku obtíží). Není však jednoznačné, zda z tohoto postupu profitují i velmi staří nemocní (starší 85 let?), pacienti s vysokým rizikem krvácení (např. užívající warfarin), nemocní s nízkou glomerulární filtrací < 30 ml/min., diabetici s těžkým difúzním postižením koronárního řečiště, pacienti po opakovaných revaskularizacích nebo pacienti s vysokým rizikem vzniku kontrastní látkou indukované nefropatie. Klíčem je důsledná stratifikace rizika s použitím TIMI skóre nebo GRACE skóre event. CRUSADA bleeding skóre.

Hypertenze

garant MUDr. Jan Václavík, Ph.D.

čtvrtek / 23. 2. 2012 / 13.50–15.10 hod.

Novinky v diagnostice a léčbě hypertenze

Václavík J.

Centrum pro hypertenzi,
I. interní klinika – kardiologická,
LF UP a FN Olomouc

V přednášce jsou shrnuty nejnovější poznatky v diagnostice a léčbě hypertenze. Bude diskutováno využití ambulantního monitorování krevního tlaku při stanovení diagnózy hypertenze, cílové hodnoty krevního tlaku u hypertoniků ve světle nejnovějších studií, adherence pacientů k léčbě, účinnost nefarmakologických léčebných postupů a indikace k volbě jednotlivých tříd a kombinací antihypertenziv. Dále budou zmíněny nově dostupné preparáty a nové lékové formy k léčbě arteriální hypertenze, výhody použití fixní kombinace antihypertenziv, nové farmakologické a nefarmakologické postupy v léčbě pacientů s rezistentní hypertenzí a indikace ke specializovaným vyšetřením v Centru pro hypertenzi.

Kazuistiky z praxe Centra pro léčbu hypertenze

Kociánová E.

I. interní klinika – kardiologická,
LF UP a FN Olomouc

Rezistentní hypertenze je definována jako hypertenze nedostatečně odpovídající na léčbu

minimálně třemi preparáty z hlavních skupin antihypertenziv, z nichž jedno je diuretikum. Centrum pro léčbu hypertenze FN Olomouc se právě těmito pacienty zabývá. Někteří z nich mají dosud nerozpoznanou identifikovatelnou – sekundární příčinu hypertenze, u některých je rezistentní hypertenze esenciální a léčebná strategie vyžaduje specifický přístup za pomoci nejmodernějších metod. V tomto sdělení bude prezentováno pět kazuistik pacientů s odlišnými příčinami hypertenze a jejich management s prostorem pro individuální rozhodování auditoria.

Hypertenze v těhotenství

Hrčková Y.

I. interní klinika – kardiologická,
LF UP a FN Olomouc

V těhotenství se můžeme setkat s řadou onemocnění kardiovaskulárního systému. V rozvinutých zemích postihuje kardiovaskulární onemocnění asi 1–4 % gravidit. Stále tato onemocnění patří mezi hlavní příčiny mateřské mortality a morbidity. Mezi nejčastější choroby se řadí vrozené srdeční vady, arytmie, arteriální hypertenze. V poslední době se v graviditě vyskytuje i ischemická choroba srdeční. V naší přednášce se budeme věnovat dělení hypertenze, vyšetřování a léčbě hypertenze v graviditě.

Jak vyšetřujeme pacienty v Centru pro hypertenzi

Doupalová P., Benušová I.,
Buriánková I., Václavík J.
I. interní klinika – kardiologická,
LF UP a FN Olomouc

Role sestry při vyšetřování sekundární hypertenze. Poučení a příprava pacienta.

Diagnostika primárního hyperaldosteronizmu – zátěžový test s infuzí fyziologického roztoku, selektivní odběry z nadledvinkových žil. Diagnostika suspektního feochromocytomu – clonidinový supresní test. Diagnostika, případně vyloučení hyperkortizolizmu – dexametazonový supresní test. Léčba – PTRa (perkutánní transluminální renální angioplastika), renální denervace.

EKG kurz

doc. MUDr. Čestmír Číhalík, CSc.

čtvrtek / 23. 2. 2012 / 15.10–16.10 hod.

EKG kurz

Číhalík Č.
Interní klinika,
Krajská nemocnice
T. Bati, a. s., Zlín

Více než 100 let stará metoda EKG má stále své nezastupitelné místo ve škále kardiologických vyšetřovacích metod.

Jde o metodu levnou a rychlou s okamžitým výsledkem. A je jen na nás, jak dokážeme získanou EKG křivku interpretovat.

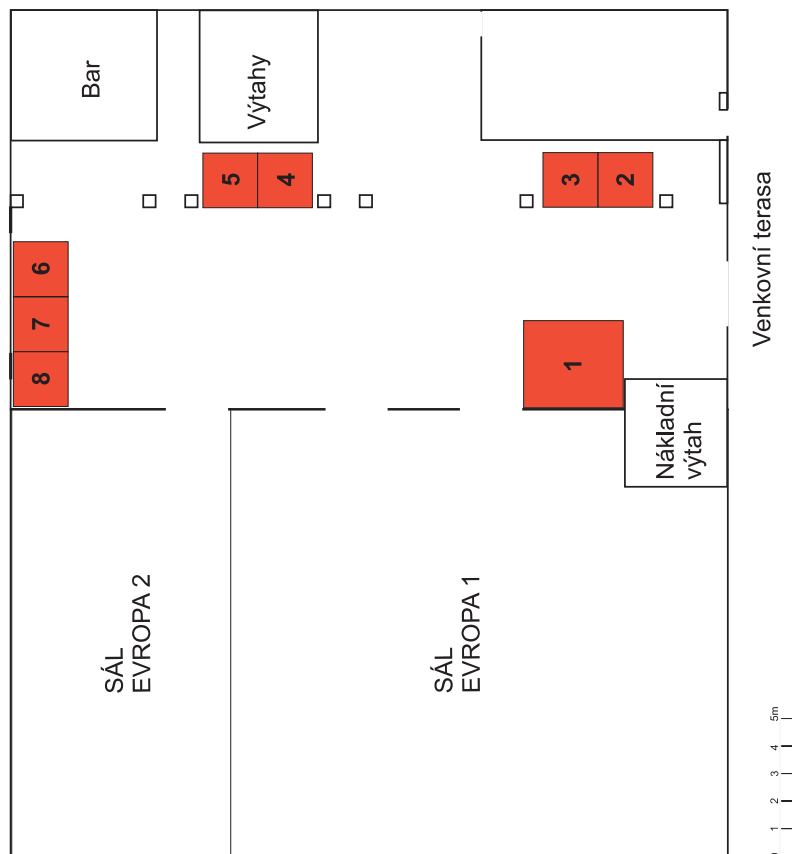
Platí, že znalost dalších klinických dat má při interpretaci EKG křivky zásadní význam.

Lekce je rozdělena do 4 tématických okruhů:

- EKG a bolest na hrudníku
- EKG a palpitace
- EKG a synkopa
- EKG a náhlá smrt

V každém bloku je prezentována řada EKG křivek často spojených s konkrétní kazuistikou, kdy správná interpretace jednotlivých křivek v kontextu se správně odebranou anamnézou a s výsledky dalších vyšetřovacích metod přináší často překvapivé a nečekané rozuzlení daného případu. V průběhu kurzu je dán prostor i pro interaktivní vstupy posluchačů a diskuzi k jednotlivým případům.

Rozmístění vystavovatelů na vzdělávací akci
NOVINKY V KARDIOLOGII PRO PRAXI
 NH Olomouc Congress, 23. 2. 2012



■ VÝSTAVNÍ PROSTORY

- 1 BAYER s.r.o.
- 2 sanofi-aventis, s.r.o.
- 3 Merck Sharp & Dohme IDEA, Inc.
- 4 SERVIER s.r.o.
- 5 Boehringer Ingelheim, spol. s r.o.
- 6 BTL zdravotnická technika, a.s.
- 7 PRO.MED.CS Praha a.s.
- 8 ELI LILLY ČR, s.r.o.

POŘADATELÉ

- I. interní kardiologická klinika LF UP a FN Olomouc
- společnost SOLEN, s.r.o.

Záštitu nad akcí převzali:

- ředitel FN Olomouc
- rektor UP Olomouc

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

NOVINKY V KARDIOLOGII PRO PRAXI



23. února 2012, Olomouc

Hlavní partner



Bayer HealthCare

Partneři

Boehringer Ingelheim, spol. s r. o.

BTL zdravotnická technika, a. s.

CARDION s. r. o.

Eli Lilly ČR, s.r.o.

Medial spol. s r. o.

Merck Sharp & Dohme IDEA, Inc.

PRO.MED.CS Praha a. s.

sanofi-aventis, s. r. o.

SERVIER s. r. o.

*Pořadatelé děkují uvedeným firmám za spoluúčast
na finančním zajištění konference*

Mediální partneři

Intervenční
a akutní
kardiologie

Interní
medicina
pro praxi

Medicina
pro praxi



Zkrácená informace o přípravku Xarelto 15 mg a 20 mg

Složení a léková forma: Rivaroxaban 15 a 20 mg, potahované tablety. **Indikace:** Prevence CMP a systémové embolizace u dospělých pacientů s nevalvulární fibrilací síní s jedním nebo více rizikovými faktory, jako jsou městnavé srdeční selhání, hypertenze, věk ≥ 75 let, diabetes mellitus, anamnéza CMP nebo TIA. Léčba hluboké žilní trombózy (HŽT) a prevence recidivující HŽT a plicní embolie (PE) po akutní HŽT u dospělých. **Dávkování a způsob podání:** Tablety se mají užívat s jídlem. Vždy je nutné zvažovat přínos a potenciální rizika. **Prevence cévní mozkové příhody a systémové embolizace (SPAF):** 20 mg jednou denně. **Léčba HŽT:** První tři týdny se podává 15 mg dvakrát denně a dále 20 mg jednou denně. Krátkodobá léčba (3 měsíce) je indikována při přechodných rizikových faktorech a dlouhodobá léčba při trvalých rizikových faktorech nebo idiopatické HŽT. Délka léčby je individuální po zvážení přínosu a rizika. S podáváním nad 12 měsíců jsou zkušenosti omezené. **Vynechání dávky:** Při vynechání dávky při podávání 15 mg dvakrát denně by měl pacient užít dávku co nejdříve, aby byla zajištěna denní dávka 30 mg denně. Při vynechání dávky při podávání jednou denně by dávka neměla být tentýž den zdvojnásobena, vynechaná dávka by měla být užita co nejdříve a dále se pokračuje jednou denně. **Ledvinová nedostatečnost:** Clearance kreatininu 50–80 ml/min: Dávka se neupravuje. Clearance kreatininu 15–49 ml/min: Při pokračování léčby HŽT a SPAF: dávka se snižuje na 15 mg jednou denně. Úvodní léčba HŽT se nemění (15 mg 2x denně). Při clearance kreatininu 15–29 ml/min se doporučuje opatrnost. Clearance kreatininu < 15 ml/min je kontraindikací. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou nebo pomocnou látku. Klinicky významné aktivní krvácení. Jaterní onemocnění spojené s koagulopatií a klinicky relevantním rizikem krvácení včetně cirhotiků stupně Child Pugh B a C. Těhotenství a kojení. Věk do 18 let. **Zvláštní upozornění a opatření:** Pacienti, kteří při léčbě trpí závratěmi či prodělali synkopu, by neměli řídit a obsluhovat stroje. Častěji bylo pozorováno slizniční krvácení a anémie. Doporučuje se sledování a event. vyšetření hemoglobinu/hematokritu, zvláště u rizikových skupin pacientů. **Podávání s opatrností:** Pacienti s renální insuficiencí, zvláště při současném podávání silných inhibitorů CYP 3A4 (klaritromycin, telitromycin), při současném podávání přípravků ovlivňujících krevní srážlivost (např. NSA, ASA, antitrombotika) při vrozené nebo získané poruše krvácení, dekompenzované hypertenzi, aktivním gastrointestinálním vředu nebo jeho nedávné anamnéze, retinopatii, nedávném nitrolebním nebo mozkovém krvácení, intraspinální nebo intracerebrální cévní abnormitě, nedávné operaci mozku, páteře nebo oftalmologickém zákroku, bronchiektáziích nebo plicním krvácením v anamnéze. Při riziku vředové choroby gastroduodena lze zvážit profylaktickou léčbu. **Podávání se nedoporučuje:** Při podávání azolových antimykotik, nebo inhibitorů proteáz HIV, pacientům s chlopenními náhradami, pacientům s akutní plicní embolií, pacientům léčeným dronedaronem a při intoleranci nebo malabsorpci glukózy a galaktózy. **Invasivní procedura a chirurgický výkon:** Xarelto se vysazuje nejméně 24 hodin předem. Pokud není výkon možné odložit, musí se zvážit zvýšené riziko krvácení. Léčba má být znovu zahájena pokud to situace umožní a je nastolena hemostáza. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Současné podání se silnými inhibitory CYP3A4 a současně P-gp (např. azolová antimykotika a inhibitory proteáz HIV) se nedoporučuje. Opatrnost je nutná při podání jiných přípravků ovlivňujících krevní srážlivost a při užívání induktorů CYP3A4 (např. rifampicin). **Nežádoucí účinky:** Časté: Anémie, závratě, cefalea, synkopa, oční krvácení vč. spojivkového, tachykardie, hypotenze, hematom, epistaxe, krvácení do GIT, bolesti břicha, dyspepsie, nauzea, zvracení, zácpa, průjem, pruritus, rash, ekchymóza, urogenitální krvácení, horečka, periferní edém, slabost, zvýšení transamináz, pooperační krvácení, kontuze. Méně časté: Trombocytémie, alergie, krvácení do CNS, hemoptýza, sucho v ústech, abnormality jaterní funkce, kožní a podkožní krvácení, hemartróza, poškození ledvin, pocit indispozice, lokalizovaný edém, zvýšená hladina bilirubinu, ALP, LDH, lipázy, amylázy, GMT, sekrece z ran. Vzácné: Žloutenka, krvácení do svalů. **Není známo:** Pseudoaneuryzma po perkutánní intervenci, kompartment syndrom, akutní renální selhání sekundárně po krvácení. **Zvláštní opatření pro uchování:** Žádné zvláštní podmínky. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Bayer Pharma AG, 13342 Berlín, Německo. **Registrační číslo:** Xarelto 15 mg: EU/1/08/472/011-016, Xarelto 20 mg: EU/1/08/472/017-021. **Datum revize textu:** prosinec 2011. Před použitím přípravku se seznámte s úplnou informací o přípravku. Pouze na lékařský předpis. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Souhrn údajů o přípravku obdržíte na adrese BAYER s.r.o., Bayer Pharma, Siemensova 2717/4, 155 00 Praha 5, Česká Republika, www.bayer.cz

Literatura

1. Xarelto SPC prosinec 2011
2. Patel, N *Engl J Med.* 2011;365(10):883-891.



Bayer HealthCare

První perorální přímý inhibitor faktoru Xa



Xarelto®
rivaroxaban

Jednoduše ochrání více pacientů

NOVĚ Xarelto® pro prevenci mrtvice při FS
1 tableta 1x denně¹

Mrtvice devastuje. Xarelto chrání

**Jednoduchá prevence bez
nutnosti monitorace¹**

ÚČINNOST

**Vysoce účinný první perorální
inhibitor faktoru Xa^{a,1,2}**

BEZPEČNOST

**Nižší výskyt intrakraniálního
krvácení a fatálního krvácení^{b,1,2}**

FS = fibrilace síní

Pro pacienty s mechanickou chlopenní náhradou není příravek Xarelto doporučen.

^a Per-protocol, on-treatment analýza. Výskyt příhod: Xarelto (1.7%/rok) vs warfarin (2.2%/rok), $P < 0.001$ pro non-inferioritu.

^b Méně intrakraniálních krvácení: Xarelto (0.5%/rok) vs warfarin (0.7%/rok), $P = 0.019$. Méně fatálních krvácivých příhod: Xarelto (0.2%/rok) vs warfarin (0.5%/rok), $P = 0.003$.

Pacienti léčení přípravkem Xarelto měli významně vyšší výskyt následujících závažných krvácivých příhod: pokles hemoglobinu ≥ 2 g/dL (2.8%/rok vs 2.3%/rok, $P = 0.019$) a transfúzí (1.7%/rok vs 1.3%/rok, $P = 0.044$).

Při léčbě přípravkem Xarelto bylo ve srovnání s warfarinem pozorováno více slizničních krvácení.



Bayer HealthCare



Xarelto®
rivaroxaban

Jednoduše ochrání více pacientů

