Sjezdové noviny

ČESKÁ KARDIOLOGICKÁ SPOLEČNOST

XVII. výroční sjezd
České kardiologické společnosti
10.–13. května 2009, Brno, areál BVV

Ročník 5 ■ Číslo 2 ■ 11. května 2009

XVII. výroční sjezd České kardiologické společnosti
10. - 13. května 2009 v Brně

MSD-SP sympozium
pondělí 11. 5. 2009 • sál Praha • pavilon E • 16:15 - 17:15 hodin

Ezetimib ve světle nových studií

Předsedající
Doc. MUDr. Václav Chaloupka, CSc.

Přednášející

Prof. MUDr. Richard Češka, CSc.
LDL-C: CO CHCEME? CO DĚLÁME? CO DOKÁŽEME?

Prof. MUDr. Helena Vaverková, CSc.
VÝSLEDKY STUDIE IN-CROSS

Prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc.
OVLIVNĚNÍ TLOUŠŤKY INTIMA MEDIA POMOCÍ HYPOLIPIDEMICKÉ LÉČBY

INEGY (ezetimibum/simvastatinum) EZETROL (ezetimibum)

Pracovní skupiny

Prof. MUDr. Jaromír Hradec, CSc.
Předseda výboru PS KVFT
(str. 6)

Nepřehlédněte!

Pondělí 11. 5. 2009
13:00 hodin, Rotunda

VALNÁ HROMADA ČESKÉ KARDIOLOGICKÉ SPOLEČNOSTI

- ZPRÁVA O ČINNOSTI ČKS A JEJÍCH PRACOVNÍCH SKUPIN
- ZPRÁVA O HOSPODAŘENÍ
- ZPRÁVA REVIZNÍ KOMISE
- NÁVRH ZMĚNY STANOV

XVII. výroční sjezd ČKS slavnostně zahájen!

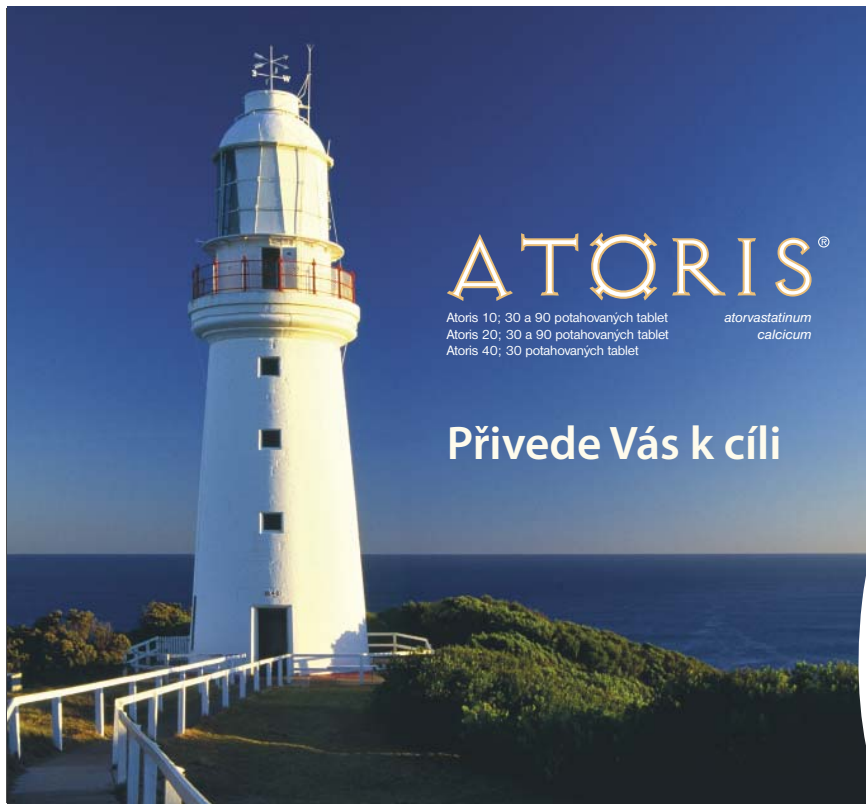
Docent Chaloupka, předseda ČKS, předává čestné členství profesoru Ferrarimu

Účastníky přivítal předseda organizačního výboru, prof. Špinar, který požádal předsedu České kardiologické společnosti (ČKS), doc. Chaloupku, o slavnostní zahájení sjezdu. Doc. Chaloupka připomněl, že letošní výroční sjezd se koná v roce 80. výročí založení Československé kardiologické společnosti, která vznikla jako 3. kardiologická společnost na světě. Ve svém projevu doc. Chaloupka rovněž přivítal slovenské přátele a ocenil zájem zdravotních sester a ostatních zdravotnických pracovníků o účast na sjezdu. Doc. Chaloupka poděkoval organizačnímu a programovému výboru za úsilí věnované přípravě sjezdu. Sjezd rovněž pozdravil významný host, prof. Roberto Ferrari, předseda Evropské kardiologické společnosti (ESC), kterému bylo uděleno čestné členství ČKS. Prof. Ferrari seznámil posluchače se strukturou a činností ESC a pozval české kardiology na nejbližší sjezd ESC, který se uskuteční v Barceloně. V dalším průběhu slavnostního zahájení bylo uděleno čestné členství ČKS významným českým kardiologům. Po následném vystoupení violoncellisty Jiřího Bárty přednesl prof. Aschermann slavnostní přednášku s názvem „Od intervence k prevenci".

Zeptali jsme se

prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc.
Předseda programového výboru XVII. výročního sjezdu ČKS *(str. 3)*

MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.
III. interní klinika
1.LF UK Praha a VFN *(str. 4)*



ATORIS®

Atoris 10; 30 a 90 potahovaných tablet *atorvastatinum*
Atoris 20; 30 a 90 potahovaných tablet *calcicum*
Atoris 40; 30 potahovaných tablet

Přivede Vás k cíli

Základní informace pro předpis léčivého přípravku (připraveno podle schváleného Souhrnu údajů o přípravku)
Kvalitativní a kvantitativní složení: Atoris 10: Atorvastatinum calcicum 10,36 mg v 1 potahované tabletě (což odpovídá 10 mg atorvastatinu), Atoris 20: Atorvastatinum calcicum 20,72 mg v 1 potahované tabletě (což odpovídá 20 mg atorvastatinu), Atoris 40: Atorvastatinum calcicum 41,44 mg v 1 potahované tabletě (což odpovídá 40 mg atorvastatinu). Léková forma: Bílé kulaté konvexní potahované tablety.
Indikace: Atorvastatin je indikován se současně navrhovanou dietou ke snížení zvýšeného celkového cholesterolu, LDLcholesterolu, apolipoproteinu B a hladiny triglyceridů u pacientů s primární hypercholesterolemií včetně familiární hypercholesterolemie (heterozygotní forma) nebo se smíšenou (kombinovanou) hyperlipidemií (odpovídající typu IIa nebo typu IIb podle Fredricksona), pokud dieta a jiné nefarmakologické možnosti nevedly k dostatečnému účinku. Atorvastatin je též indikován ke snížení celkového cholesterolu a LDL-cholesterolu u pacientů s homozygotní familiární hypercholesterolemií, jako přídatná léčba k další hypolipidemické terapii (jako je LDL aferéza) nebo v případech, když tyto léčebné metody nejsou dostupné.
Dávkování a způsob podání:

Počáteční dávka	10 mg
Maximální dávka	80 mg

Běžně se léčba zahajuje 10 mg atorvastatinu 1x denně. Úprava dávkování následuje individuálně podle výchozích výsledků LDL- cholesterolu, v porovnání s cílovými hladinami LDL-cholesterolu a podle reakce pacienta na léčbu. Úprava dávkování se provádí s odstupem 4 týdnů a déle. Maximální dávka je 80 mg atorvastatinu jednou denně. Užívání není závislé na denní době či příjmu potravy. Primární hypercholesterolemie a smíšená hyperlipidemie: Ve většině případů je dávka 10 mg atorvastatinu 1x denně dostačující. Terapeutický účinek se objeví zpravidla za 2 týdny a maximální terapeutický efekt bývá zpravidla dosažen za 4 týdny. Účinek je při dlouhodobé terapii stálý. Heterozygotní familiární hypercholesterolemie: Léčba se obvykle zahajuje 10 mg atorvastatinu denně. Další úprava dávkování je pak individuální a úpravy dávkování by měly být prováděny po 4 týdnech až do dávky 40 mg atorvastatinu denně. Poté může být dávkování zvýšeno až na maximální dávku 80 mg denně nebo se může kombinovat sekvestrant žlučových kyselin se 40 mg atorvastatinu. Homozygotní familiární hypercholesterolemie: U pacientů s homozygotní familiární hypercholesterolemií je dávkování atorvastatinu 10 - 80 mg denně. Atorvastatin by se měl podávat jako přídatná léčba k další hypolipidemické terapii (jako je LDL aferéza) nebo v případech, když tyto léčebné metody nejsou dostupné. Kontraindikace: Atorvastatin je kontraindikován u pacientů: s přecitlivělostí na jakoukoliv složku přípravku; s jaterním onemocněním v aktivním stavu nebo neobjasněným přetrvávajícím zvýšením sérových transamináz na více než trojnásobek normálních hodnot; s myopatií; v těhotenství; v období kojení; u žen v reprodukčním věku, které neužívají vhodnou antikoncepci. Zvláštní upozornění: Při léčbě atorvastatinem může dojít ke zvýšení hodnot jaterních enzymů v séru. I když je toto zvýšení u většiny pacientů malé a nemá žádný klinický význam, doporučuje se sledovat aktivitu jaterních enzymů v séru před zahájením léčby a během léčby. Je-li zjištěno zvýšení hodnoty aspartátaminotransferázy (AST) a/nebo alaninaminotransferázy (ALT) nad hodnotu třikrát vyšší než horní hranice normálních hodnot, je třeba léčbu atorvastatinem ukončit. Objeví-li se symptomy myopatie, doporučuje se stanovit hodnotu kreatinkinázy (CK) v séru. V případě významného patologického zvýšení aktivity kreatinkinázy je třeba léčbu ukončit. Interakce: Současné užívání atorvastatinu a cyklosporinu, antibiotik (erythromycin, clarithromycin, quinupristin a dalfopristin), inhibitorů proteázy, azolových antimykotik nebo nefazodonu, dále pak fibrátů nebo niacinu může mít za následek zvýšení hodnoty atorvastatinu v séru, které může vést ke vzniku myopatie s rozpadem svalových buněk (rhabdomyolýzou) se selháním ledvin. Současné užívání atorvastatinu a warfarinu může zvyšovat vliv warfarinu na koagulační parametry. Těhotenství a kojení: Atorvastatin je v době těhotenství a při kojení kontraindikován. Nežádoucí účinky: Většina pacientů atorvastatin velmi dobře snáší. Nežádoucí účinky jsou obvykle mírné a přechodné. Při klinických studiích ukončila léčbu kvůli nežádoucím účinkům souvisejícím s atorvastatinem méně než 2 % pacientů. Mezi nejobvyklejší nežádoucí účinky (s frekvencí > 1/100 a <1/10) patří: zácpa, nadýmání, dyspepsie, nausea, průjem, alergické reakce, insomnia, bolest hlavy, závrať, parestézie, kožní vyrážka, pruritus, myalgie, artralgie, astenie, bolest na hrudi, bolest zad, periferní otok. Balení: 30 a 90 potahovaných tablet po 10 mg a 20 mg a 30 potahovaných tablet po 40 mg. Uchovávání: Žádné zvláštní podmínky uchovávání. Doba použitelnosti: Atoris 10, 20, 40: 2 roky

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

Datum poslední revize textu SPC Atoris 10, 20, 40: 21. 2. 2007
Držitel rozhodnutí o registraci: KRKA, d.d., Novo mesto, Slovinsko
Registrační číslo: Atoris 10: 31/021/05-C, Atoris 20: 31/022/05-C, Atoris 40: 31/323/05-C
Léčivý přípravek je vydáván pouze na lékařský předpis.
Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.
Nepřetržitá veřejná informační služba
- tel./zázn./fax: 221 115 150, e-mail: info@krka.cz

KRKA

Invence a znalosti pro účinné a bezpečné výrobky nejvyšší kvality.

Kontaktní adresa: Krka ČR, s.r.o., Sokolovská 79/192, 186 00 Praha 8 - Karlín, tel.: +420 221 115 115, fax: +420 221 115 116, www.krka.cz

Abstrakta čestných členů České kardiologické společnosti

Předání čestného členství ČKS profesoru Janouškovi

Herlesova přednáška: Poruchy srdečního rytmu u dětí a pacientů s vrozenou srdeční vadou - historické milníky a soudobé výzvy

Základní kámen moderní dětské arytmologie byl položen v roce 1981 publikací monografie autorů A. Garsona, Jr. a P. C. Gilletta z Texas Children's Hospital v Houstonu s názvem "Pediatric Cardiac Dysrhythmias". Tamtéž byla také vyškolena první generace amerických i evropských dětských arytmologů v čele se zakládající evropskou představitelkou tohoto oboru prof. Margreet Bink-Boelkens s holandského Groningen. Mechanismus řady poruch srdečního rytmu a principy jejich diagnostiky a léčby nebyly tehdy ještě známy. Léčba většiny tachyarytmií se omezovala na použití antiarytmik s řadou významných nežádoucích účinků. S výjimkou chirurgické léčby prováděné v několika málo světových centrech neexistovala intervenční elektrofyziologie.

Co přineslo následujících 30 let? Odhalení celé plejády geneticky podmíněných arytmií zcela změnilo náš pohled na příčiny náhlé arytmické smrti v dětském věku. Byla jasně definována většina indikací k léčbě poruch srdečního rytmu odvozená z ontogenetické dynamiky arytmogenních substrátů a zohledňující věk pacienta jako základní rizikový faktor komplikací intervenční terapie a léčby implantáty. Studium postincisionálních arytmogenních substrátů se stalo východiskem pro možnost ovlivnění významné příčiny morbidity a mortality po operacích vrozených srdečních vad. Byla zavedena kauzální léčba tachyarytmií katetrizační ablací. Miniaturizace hardwaru spolu s alternativními implantačními technikami umožnila použití kardiostimulátorů a implantabilních defibrilátorů v jakémkoli věku.

Spektrum v současné době relativně snadno dostupné diagnostiky a léčby v sobě však zahrnuje nová rizika a výzvy. Použití implantátů, jakkoli svůdné z hlediska možnosti prevence náhlé srdeční smrti, je stále ještě zatíženo příliš velkým počtem dlouhodobých komplikací. Indikace musí být podpořeny přesnější stratifikací individuálního rizika vrozených a pooperačních arytmií a množství komplikací omezeno adaptací hardwaru na dětský věk. Způsoby implantace kardiostimulátorů musí lépe zohledňovat hemodynamické aspekty srdeční stimulace jako je např. synchronie komorové kontrakce. Techniky chirurgické korekce vrozených srdečních vad by měly předcházet vzniku postincisionálních arytmogenních substrátů. Současnou technologickou schopnost zabránit u dětí a pacientů s vrozenou srdeční vadou většině život ohrožujících arytmií musíme spojit s kvalitou života rovnou nebo velice blízkou zdravé populaci.

Vzhledem k malému počtu pacientů léčených v jednotlivých centrech jsou jednou se nejdůležitějších možností dalšího vědeckého rozvoje oboru mezinárodní registry a multicentrické studie. Minimální komunikační bariéry současného světa a perfektní systém péče o děti s onemocněním srdce v České republice je vynikajícím předpokladem pro trvalé aktivní zapojení české dětské arytmologie do mezinárodního kontextu.

prof. MUDr. Jan Janoušek, Ph.D.
Department of Paediatric Cardiology,
University of Leipzig, Heart Centre,
Leipzig, Germany

MUDr. Vambera po předání čestného členství

Luklova přednáška: Levá síň – morfologie, fyziologie a patofyziologie a její význam pro klinické rozhodování

Levá síň (LS) je v běžné echokardiografické i klinické praxi poněkud opomíjeným oddílem srdce, kterému je věnována v určitém směru jako významnému funkčnímu celku v učebnicích a monografích jen minimální pozornost.

Přednáška probírá stručně základní morfologii LS, jejího ouška, plicních žil, mezisíňové přepážky a důležité vztahy k srdci jako celku. Podává přehled modalit, které umožňují vyšetření a zhodnocení funkce LS.

Podán přehled metodiky správného hodnocení rozměrů a volumu LS.

Těžiště je zaměřeno na transtorakální a transesophageální vyšetření.

Na pracovní křivce rozlišujeme 3 hlavní fáze činnosti LS: funkci rezervoáru, funkci conduitu a kontrakční funkci. Fyziologii LS hodnotíme z hlediska 3 uvedených hlavních fází funkce LS, plnícího tlaku a volumu LS během těchto fází. Na základě definice a charakteristiky těchto fází lze sledovat tyto změny v podmínkách zvýšeného plnícího tlaku levé komory. Dále probrána otázka remodelace LS a její mechanizmy v patofyziologii hlavních hemodynamických změn při objemovém a tlakovém přetížení LS, při diastolické dysfunkci a diastolickém selhání srdce.

Pro úplnost uvedeny známky stagnace krve, charakteristické známky nitrosíňové trombózy a dynamika funkce ouška LS. Tyto změny jsou důležité při rozhodovacích procesech v léčbě fibrilace síní a jiných arytmiích a před arytmologickými zákroky. Zmíněna problematika mezisíňové přepážky, její morfologie a funkce a význam foramen ovale ve vztahu k periferní embolizaci.

Důležitá je změna funkce LS při srdečním selhání, hypertenzi a chlopňových vadách. Cíl přednášky je směřován ke zlepšení každodenní klinické a echokardiografické praxe a k porozumění významu stavu a funkce LS jako důležitého prognostického indikátoru kardiovaskulární morbidity a mortality.

MUDr. Milan Vambera, CSc.
Kardioecho s.r.o., České Budějovice,
Kardiocentrum – Kardiologické oddělení,
Nemocnice České Budějovice a.s.

Usměvavá docentka Nečasová s čestným členstvím ČKS

Navrátilova přednáška: Vrozené srdeční vady v dospělosti - Proč? Jak? Kde?

V České republice (ČR), stejně jako ve světě přibývá dospělých, u kterých byla v dětství diagnostikována a korigována vrozená srdeční vada (VSV). Díky rychlému rozvoji diagnostiky a léčby kritických VSV v novorozeneckém a kojeneckém věku přežívá první rok života více jak 90 % dětí a dospělosti se dožije až 85 % z nich. Odhadem žije nyní v ČR asi 30 000 dospělých s VSV, většinou asymptomatických s dobrou kvalitou života, ale i tak ohrožených možnými pozdními komplikacemi i náhlou smrtí. Sledováno je však pouze 10-15 % a zcela chybí celostátní databáze.

Rozvojem kardiochirurgie i katetrizační intervence budou přibývat adolescenti a dospělí pacienti s komplexními vadami, u kterých je riziko komplikací a nutnost reintervencí daleko vyšší (30 %). Reziduální nálezy, postincizionální poškození a arytmie vedou k srdečnímu selhání, proto sledování těchto pacientů je nezbytné pro včasné zahájení léčby.

Naší snahou je navázání na ve světě vysoce ceněný „Český systém komplexní péče o VSV u dětí", který zahrnuje péči od prenatálního období do 18 let věku v rámci multidisciplinárního týmu a to tak, aby všichni pacienti po dovršení věku 18 let byli zařazeni do jednotné databáze VSV v dospělosti v ČR a nadále sledováni ambulantními kardiology ve spolupráci se specializovanými centry.

Ve specializovaném centru by byli trvale sledováni nemocní se středně významnými a komplexními vadami, řešeny všechny následné komplikace i možnost návaznosti na kardiochirurgickou léčbu.

Ve svém sdělení referujeme o práci ambulance VSV v dospělosti naší kliniky, kde pracujeme od 1. 1. 1998, o svých představách i realizaci péče o VSV v Brně a na Moravě v návaznosti na ostatní centra v ČR.

Sledujeme 977 pacientů, ze kterých je 279 (31 %) rizikových se středně významnými a komplexními vadami s možností komplikací.

Nečasová A., Zatočil T., Brychta T.,
Tesák M., Maňoušek J., Špinar J.
Interní kardiologická klinika,
FN Brno - Bohunice

Rozhovor s předsedou programového výboru XVII. výročního sjezdu ČKS

SN V letošním roce jste poprvé v roli předsedy programového výboru. Jak obtížné pro Vás bylo program vytvořit?
Program sjezdu nevytváří naštěstí předseda programového výboru sám. Osobně bych s tím měl mnoho nových vrásek na čele, kdyby nebylo podpory současného předsedy ČKS, doc. Václava Chaloupky, který má s přípravou velké zkušenosti. Mimo to lví podíl na přípravě programu má i organizátorka sjezdu paní Ludmila Klímová. Oběma bych tímto rád poděkoval za podporu a spolupráci.
Hlavní náplň sjezdu tvoří stejně jako v minulých letech bloky pracovních skupin. Doufáme, že i letos budou středem zájmu. Alespoň podle názvů je obsah jednotlivých sekcí velmi slibný. Mimo to spoléháme jako vždy na bloky partnerských společností, České společnosti pro hypertenzi, České angiologické společnosti, České společnosti pro aterosklózu a Slovenské kardiologické společnosti.

prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc., předseda programového výboru XVII. výročního sjezdu ČKS

SN Je na sjezdu přeci jenom něco nového?
Hned začátek sjezdu je novátorský. Zahájíme ho blokem edukačních přednášek a představením nově se utvářejícího Českého kardiovaskulárního institutu (ČKVI). Tento institut je motivován snahou o vytvoření instituce, která by po odborné stránce koordinovala edukaci mladých kardiologů, která je dnes plně v režii 22 akreditovaných pracovišť. Příkladem pro její vznik se stal holandský model, který prokázal svoji životnost od svého vzniku v roce 1994. Cíle a stav příprav vzniku této instituce objasní na kongresu prof. Petr Widmský, který je hlavním koordinátorem projektu.

SN V programu jsme nenalezli obvyklý blok přednášek zahraničních hostí, jak je to možné?
Pokud budete pátrat po samostatném bloku zahraničních přednášek, pak marně. Přitom hostí není letos o nic méně. Abychom posílili zájem účastníků sjezdu o tyto přednášky, snažili jsme se je zařadit do kontextu jednotlivých bloků odborných společností. Výjimkou v tomto směru bude vystoupení současného předsedy Evropské kardiologické společnosti prof. Ferrariho, který vystoupí v bloku, který jsme nazvali Sympózium České a Evropské kardiologické společnosti (pondělí 11.5., v 11.00 hodin v Rotundě). Na jeho přednášku pak naváže prezentace a oponentura doporučených postupů pro léčbu infarktu myokardu s elevacemi ST.

SN Jak se odráží současná ekonomická situace v zájmu o pořádání firemních symposií?
Ačkoli lze pozorovat změny v zájmu firem o rozsah firemních prezentací i o výstavní plochy, zatím k zásadnímu úbytku firemních symposií nedošlo. Firemní prezentace se obvykle těší všeobecnému zájmu a poskytují širší prostor pro prezentaci výsledků nedávno skončených studií než jen tradiční Hotlines.

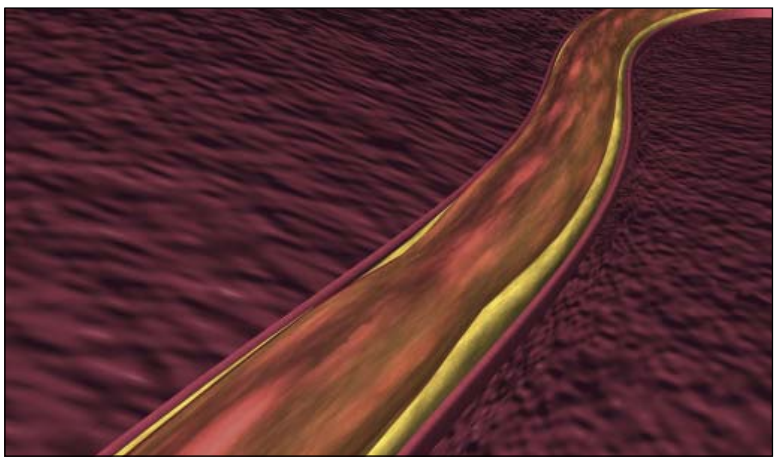
SN Jaký prostor je vymezen volným sdělením lékařů a sester?
Jako každý rok, považujeme sjezd za zásadní právě pro volná sdělení vlastních výsledků a zkušeností. Proto jsme i letos časem na ně nešetřili. Na druhé straně již tradičně se snažíme klást důraz i na kvalitu. Všechna sdělení hodnotí celkem 5 hodnotitelů a práce jsou přijímány na základě jejich posouzení. Celkem bude 29 bloků volných sdělení lékařů a 5 bloků volných sdělení sester. Zároveň budou probíhat posterové sekce. Celkově bylo podáno 364 abstrakt, z nichž odborní oponenti nakonec vybrali k prezentaci 352. Měl jsem možnost osobně hodnotit řadu sdělení a můj osobní pocit je, že většina má ve srovnání s minulými roky kvalitativně stoupající tendenci. Pochopitelně bychom byli rádi, kdyby se větší část z těchto sdělení nakonec dočkala prezentace ve formě publikací in extenso. Důležitou informací v tomto směru je, že i oficiální časopis České kardiologické společnosti – Cor et Vasa, byl nyní zařazen do seznamu recenzovaných neimpaktovaných časopisů, určených Radou vlády ČR (RIV). To je po změně vydavatele v minulém roce (nyní Medical tribune) významný posun vpřed.
Osobně jsem rád, že můžeme dát prostor k prezentaci našim sestrám. Nejde jen o podpopru jejich odborného růstu, ale především o prezentaci výsledků jejich práce, bez níž se nikdo z nás nemůže obejít.

Slavnostní večeře ČKS s významnými hosty v letohrádku Mitrovských

Zvyšuje antihypertenzní léčba poddajnost cév u hypertoniků?

SN Jaký byl design studie AVALON-AWC?

Studie AVALON-AWC byla podstudií širšího projektu AVALON, který srovnával vliv léčby atorvastatinem a amlodipinem v monoterapii a kombinaci na dosažení cílových hodnot sérových lipidů a krevního tlaku u nemocných s dyslipidemií a arteriální hypertenze. Podstudie AVALON – AWC byla zaměřena na pochopení mechanizmů příznivého působení uvedených léčiv na úrovni cévní stěny. Ve studii AVALON – AWC bylo celkem 661 pacientů randomizováno k léčbě atorvastatinem, amlodipinem, kombinací obou anebo placebem v prvních 8 týdnech trvání studie. V dalších 8 týdnech všichni účastníci dostávali kombinaci atorvastatinu s amlodipinem v základní dávce. V průběhu posledních 12 týdnů sledování byly dávky obou léčiv titrovány k dosažení cílových hodnot lipidů a krevního tlaku. Hlavním sledovaným ukazatelem byly změny poddajnosti (compliance) malých a velkých tepen hodnocených neinvazivní osciometrickou metodikou a srovnání vlivu jednotlivých léčebných intervencí s placebem a mezi sebou.



SN Jaká byla vstupní kritéria týkající se hypertenze a dyslipidémie?

Do sledování AVALON – AWC byli zařazeni nemocní s arteriální hypertenzí s se systolickým TK v rozmezí 130–178 mmHg a diastolickým TK od 85 do 109 mmHg. Pacienti museli mít LDL-c v rozmezí 2,6–6,5 mmol/l.

SN Kolik pacientů se účastnilo studie?

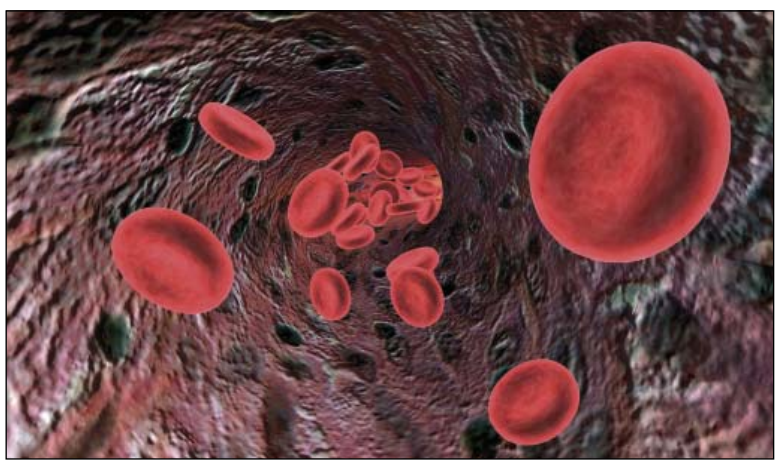
Celkem bylo do studie zařazeno 668 nemocných, z toho 405 mužů, průměrného věku 55,2 roku.

SN Kolik pacientů dostávalo kombinaci amlodipin a atorvastatin?

Po vstupní 8 týdnů trvající wash-out periodě bylo ke kombinované léčbě amlodipin 5 mg + atorvastatin 10 mg randomizováno 171 nemocných na dobu 8 týdnů. Poté následovala 12týdenní fáze, během níž byli kombinací amlodipinu a atorvastatinu léčeni všichni sledovaní a dávky léčiv byly titrovány k dosažení cílových hodnot TK a sérových lipidů.

SN Jaká byla compliance malých artérií po léčbě kombinací (amlodipin 5 mg+atorvastatin 10 mg) ve srovnání s monoterapií amlodipinem?

Kombinace amlodipinu s atorvastatinem zlepšila compliance malých arterií po 8 týdnech léčby o 19,3 % zatímco amlodipin v monoterapii o 11,3 %, což byl statisticky významný rozdíl ($p < 0,03$).



SN Jaká byla compliance velkých artérií po léčbě kombinací (amlodipin 5 mg+atorvastatin 10 mg) ve srovnání s monoterapií amlodipinem?

Poddajnost velkých arterií byla významně zlepšena při podávání kombinace amlodipinu s atorvastatinem (+10,3 %) i při léčbě samotným amlodipinem (+10 %).

Je zřejmé, že zatímco k ovlivnění cévní funkce tenkostěnných malých arterií je zapotřebí kratší doby, u arterií velkého kalibru je čas nezbytný k uplatnění efektů intervence delší. Proto není překvapením nález studie AVALON – AWC, který dokumentuje časný nástup zlepšení poddajnost malých arterií při podávání kombinace amlodipinu s atorvastatinem a menší vliv na compliance arterií většího kalibru.

SN Jaký byl vztah mezi arteriální compliance a krevním tlakem?

V celé skupině nemocných byla patrná negativní korelace mezi výší krevního tlaku a arteriální compliance. Jinými slovy, čím nižší krevní tlak, tím lepší poddajnost zejména arterií většího kalibru.

SN Jaký byl vztah mezi arteriální compliance a LDL-cholesterolem?

Na rozdíl od vztahu mezi krevním tlakem a cévní compliance nebyla mezi hladinou LDL-cholesterolu a parametry cévní poddajnosti zjištěna žádná korelace.

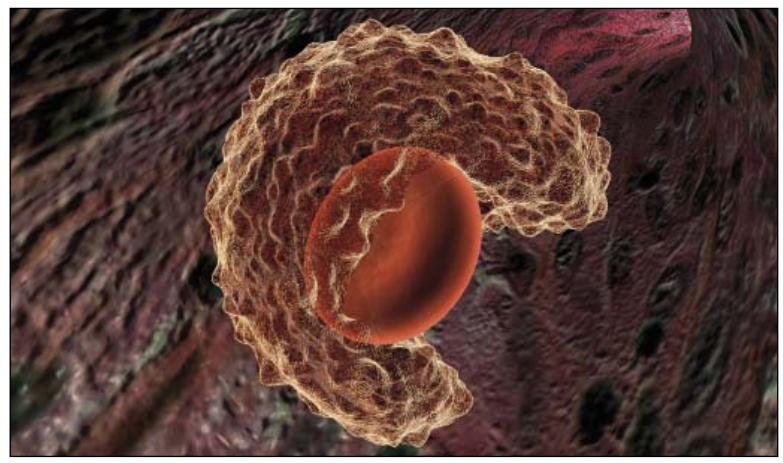
SN Jaký byl účinek kombinace (amlodipin 5 mg+atorvastatin 10 mg) na krevní tlak a na LDL-cholesterol?

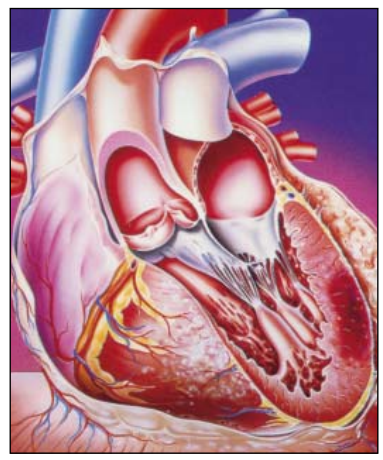
Kombinační léčba amlodipinem a atorvastatinem vedla k významnému poklesu krevního tlaku o 12,8/8,3 mmHg ve srovnání se vstupní hodnotou. Hladina LDL-c vlivem kombinované léčby poklesla o 37,4 %, což bylo statisticky významně více nejen ve srovnání s placebem, ale dokonce i ve srovnání s monoterapií atorvastatinem. Tento nález svědčí pro aditivní působení současné léčby amlodipinem a atorvastatinem.

SN Jakou roli hraje délka podávání kombinace (amlodipin 5 mg+atorvastatin 10 mg) s ohledem na funkci artérií a na krevní tlak?

SN Jaká je výhoda podávání kombinace (amlodipin 5 mg+atorvastatin 10 mg) co se týká výskytu hemoragických cévních mozkových příhod či infarktu myokardu?

Léčba kombinací amlodipinu s atorvastatinem byla testována v řadě menších klinických sledování a její vliv na cévní funkci byl detailně zkoumán například právě ve studii AVALON – AWC, která byla komentována. Význam léčby touto kombinací z hlediska prevence makrovaskulárních komplikací aterosklerózy byl však nejlépe dokumentován studií ASCOT. V tomto dlouhodobém obrovském klinickém hodnocení bylo riziko infarktu myokardu kombinací atorvastatinu a amlodipinu sníženo o 48 % a to nikoli ve srovnání s placebem, ale s aktivní léčbou betablokátorem a diuretikem. Ve stejném srovnání kleslo relativní riziko iktu o 44 %. Potvrzuje se předpoklad, že současná intervence více rizikových faktorů má pro prognózu nemocných větší význam než agresivní ovlivnění jednoho vybraného rizika.





SN Co je příčinou zlepšeného tonusu a následné zlepšené endoteliální funkce při léčbě amlodipinem a atorvastatinem?

Obě léčebné strategie zlepšují cévní compliance podobným mechanismem- úpravou endoteliální dysfunkce. Snížení krevního tlaku amlodipinem sníží tzv. wall-shear stres, tedy skluzné napětí, které poškozuje endoteliální buňky při arteriální hypertenzi. Atorvastatin zlepšuje endoteliální funkci snížením koncentrace aterogenních lipidů, jejichž depozice v subendoteliálním prostoru je jedním z mechanismů endoteliálního poškození. Navíc je prokázáno, že atorvastatin snižuje koncentraci adhezívních molekul, redukuje oxidační stres, má protizánětlivé a antiproliferační účinky. Souhrn těchto vlivů se promítá do výsledného příznivého ovlivnění funkce endotelu a zpomalení progrese aterosklerózy.

SN Jak byste závěrem zhodnotil studii AVALON – AWC? Jaký je její význam pro praxi?

Studie AVALON – AWC je zajímavě uspořádané sledování poodhalující mechanismy v pozadí dobře popsaného prospěchu z léčby hypertenze amlodipinem a dyslipidemie atorvastatinem. Léčba kombinací antihypertenziva a hypolipidemika ovlivňuje endoteliální funkci, hodnocenou parametrem cévní poddajnosti, významně více nežli by odpovídalo prostému součtu působení jednotlivých léčiv v monoterapii. Tento nález je vzkazem pro praxi. U rizikových osob se současným výskytem arteriální hypertenze a dyslipidémie je léčba amlodipinem v kombinaci s atorvastatinem bezpečným způsobem nejen ke snížení hladin rizikových faktorů, ale i ke zlepšení cévní poddajnosti a endoteliální funkce. Všechny tyto vlivy jsou zodpovědné za pokles rizika kardiovaskulárních komplikací u léčených pacientů, což je vlastní a konečný cíl terapie.

MUDr. Michal Vrablík, Ph.D.
III. interní klinika - klinika endokrinologie a metabolismu, 1.LF UK Praha a VFN

Caduet®
amlodipinum/atorvastatinum

Užitečný hráč do týmu...

Sníží riziko infarktů myokardu o více než 50 %
(snížení rizika rozvoje ICHS o 53 %)[1)]

Zvýší compliance pacienta
30 % nárůst adherentních pacientů*[2,3)]
proti skupině pacientů léčených volnou kombinací amlodipinu + atorvastatinu!

Vhodný do kombinace s ACEi, sartany, beta blokátory, diuretiky[4)]

* adherentní pacient = compliance ≥ 80 %[3)]

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU. CADUET 5 mg/10 mg, 10 mg/10 mg, potahované tablety.
Léčivá látka: Amlodipinum 5 mg nebo 10 mg; atorvastatinum 10 mg v jedné potahované tabletě. **Indikace:** Prevence kardiovaskulárních příhod u rizikových pacientů s hypertenzí a normální nebo zvýšenou hladinou cholesterolu bez přítomné ICHS, u nichž je vhodné podávání této kombinace v souladu se současnými doporučeními pro léčbu. **Dávkování a způsob podání:** Běžná počáteční dávka je 5 mg/10 mg jedenkrát denně, neužívat s ostatními blokátory kalciových kanálů nebo s jinými statiny. Přípravek se může užívat kdykoli v průběhu dne, s jídlem nebo bez jídla. **Kontraindikace:** Známá přecitlivělost na dihydropyridiny, amlodipin, atorvastatin nebo kteroukoliv složku přípravku, jaterní onemocnění v aktivním stavu, kombinace s itrakonazolem, ketokonazolem, telithromycinem, v těhotenství a při kojení. **Zvláštní upozornění:** Jaterní testy by měly být provedeny před zahájením léčby a pravidelně kontrolovány v průběhu a po skončení léčby. **Interakce:** Induktory a inhibitory enzymu CYP3A4 (např. cyklosporin, erythromycin, klarithromycin, nefadozon), dantrolen, fibráty, niacin, baklofen, diltiazem. **Těhotenství a kojení:** Přípravek CADUET je kontraindikován. **Nežádoucí účinky:** Bolesti břicha, nauzea, dyspepsie, průjem, zácpa, nadýmání, svědění, vyrážka, artralgie, myalgie, insomnie, somnolence, závratě, bolesti hlavy, hypestézie, parestézie, palpitace, zrudnutí. **Předávkování:** Zatím neexistují žádné informace o předávkování přípravkem CADUET u lidí. **Uchovávání:** Při teplotě do 30°C. **Balení:** mj. 30 potahovaných tablet v blistru. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, Praha 5, 150 00, Česká republika. **Registrační číslo:** CADUET 5 mg/10 mg: 83/616/05-C, CADUET 10 mg/10 mg: 83/617/05-C. **Datum poslední revize textu:** 4.3.2009. **Výdej léčivého přípravku** je vázán na lékařský předpis. **Přípravek je hrazen** z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se, prosím, seznamte s úplnou informací o přípravku.

REFERENCE: 1) Sever P et al. for the ASCOT Investigators. Eur Heart J 2006;27:2982-2988. **2)** Nichol MB, Patel BV, Thiebaud P, et al. A single pill combining antihyper-tensive and statin therapies improves patient adherence compared with multi-drug combinations: Results from the Caduet Adherence Research Program and Education (CARPE) – PBM Adherence Study. 21st Annual Scientific Meeting of American Society of hypertension. May 16-20, 2006 (poster). **3)** Černá V, Skoupá J, Frňka P, Malý M. Compliance pacientů užívajících amlodipin a/nebo atorvastatin v ČR. Farmakoekonomika, říjen 2008, ročník 3, číslo 2-3, str. 46-49. **4)** Doporučení diagnostických a léčebných postupů u arteriální hypertenze 2. novelizované vydání 2008. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře. 2008. Autoři: MUDr. Igor Karen, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, prof. MUDr. Jiří Widimský jr., CSc., Česká společnost pro hypertenzi.

CAD-2009.01.19

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

Pfizer Pracujeme společně pro zdravější svět™ www.pfizer.cz

Pracovní skupina Kardiovaskulární farmakoterapie

Něco o Pracovní skupině Kardiovaskulární farmakoterapie a jejím programu na výročním sjezdu ČKS

Když asi před 5 lety vznikala pracovní skupina Kardiovaskulární farmakoterapie (PS KVFT), rozhodl se přípravný výbor, že nová PS nebude pořádat obvyklé pracovní dny, konference, workshopy či jak se všelijak pravidelné odborné akce PS nazývají. Přípravný výbor tehdy vycházel z toho, že odborných akcí je dost, dokonce daleko více, než kolika se většina z nás stihne ročně zúčastnit, ať již aktivně nebo pasivně. Každý známe frustrace osobní, kdy se nemůžeme zúčastnit akce, které bychom se z odborných i společenských důvodů zúčastnit měli či chtěli, protože hlavně musíme pracovat a také dovolená zdaleka není nevyčerpatelná. Nebo frustrace skupinové, kdy jedna akce koliduje s druhou a přitom obě oslovují přibližně stejnou cílovou skupinu kardiologů, nebo situace, kdy se pracoviště takřka vyprázdní, protože všichni jedou na akci, která svým zaměřením odpovídá zaměření pracoviště a nemá kdo zajistit provoz na koronární jednotce, noční pohotovostní služby, udělat jícnové echo apod. Proto se tehdy přípravný výbor dohodl a rozhodl, že PS KFFT nebude výroční odborné konference pořádat a místo toho připraví vždy jednou ročně – k výročnímu sjezdu ČKS - monotematické na kardiovaskulární farmakoterapii zaměřené číslo časopisu. Navázali jsme plodnou spolupráci s vydavatelstvím časopisu REMEDIA a vznikla dobrá a užitečná tradice specializovaných kardiovaskulárních čísel tohoto časopisu, která jsou k dispozici při registraci pro každého účastníka výročního sjezdu. Je to vlastně taková malá konference nebo symposium s řadou postgraduálních sdělení, které si člověk odveze domů a může si je v klidu přečíst a prostudovat doma, kdy se mu to hodí, má na to chuť i čas. A ještě si k tomu může dát třeba šálek kávy nebo sklenku dobrého vína. A tak i letos najdou účastníci kongresu ve speciálním kardiovaskulárním čísle časopisu Remedia v písemné podobě z pera našich předních odborníků a renomovaných autorů prakticky vše, co do odborného programu výročního sjezdu PS KVFT letos připravila a ještě mnohem více.

Také programové bloky, které PS KVFT připravila pro letošní výroční sjezd, jsou tradiční a doufáme, že budou pro účastníky sjezdu zajímavé a užitečné. Za téma postgraduálního symposia jsme zvolili problematiku, o které se domníváme, že je na kardiologických kongresech obecně opomíjena – cévní mozkové příhody (CMP). V symposiu nazvaném „Sekundární farmakologická prevence CMP“ zazní čtyři přehledové přednášky. První nás uvede do problematiky a seznámí nás s epidemiologií CMP v ČR (Dr. J. Bruthans) a v dalších třech budou postupně probrány tři lékové skupiny, které v současnosti tvoří páteř prevence CMP – protidestičkové léky (Prof. J. Hradec), blokátory RAAS (prof. J. Bultas) a hypolipidemika (Dr. M. Vrablík).

Hlavní programový blok PS KVFT má stručný název HOTLINES. V minulých letech v něm byly prezentovány výsledky důležitých klinických studií, které byly ukončeny a publikovány v poslední době. Letos bude sekce HOTLINES košatější. Tradičně v ní budou posluchači seznámeni s výsledky několika klinických studií, které považujeme z různých důvodů za důležité – budou to studie JUPITER, která velmi úspěšně testovala účinek rosuvastatinu proti placebu u zdravých osob s nízkými koncentracemi LDL-cholesterolu, ale se zvýšenou koncentrací hsCRP, a některé její podstudie, studie AURORA, která studovala také účinek rosuvastatinu proti placebu, tentokráte ale u nemocných s pokročilým renálním selháním, kteří jsou na hemodialýze, studie ATHENA, která prokázala prospěšné účinky nového antiarytmika dronedaronu (odvozeného od amiodaronu, ale bez atomu jódu v molekule) u nemocných s fibrilací síní, studie ACTIVE A, která ukázala, že clopidogrel s ASA je významně účinnější než ASA samotná v prevenci tromboembolických příhod u nemocných s fibrilací síní, kteří nemohou z jakýchkoliv důvodů být na warfarinu. Výsledky dvojice klinických studií PRIMA a TIME CHF jsou dalšími kamínky do skládačky odpovědi na otázku, zda je užitečné řídit léčbu nemocných s chronickým srdečním selháním podle plazmatických koncentrací natriuretických peptidů typu B (BNP nebo NT-proBNP). A konečně budou prezentovány výsledky dvou velkých kanadských retrospektivních analýz prognózy nemocných po infarktu myokardu (průzkum Ontario) a nemocných s chronickým srdečním selháním (průzkum Quebeck) při dlouhodobé léčbě různými inhbibitory ACE. V tomto případě nejde o klasické klinické studie, ale domníváme se, že výsledky jsou velmi důležité pro klinickou praxi. Další částí HOTLINES bude informace o nově registrovaných kardiovaskulárních lécích v ČR. Jsou to následující léky: nový protidestičkový lék ze skupiny thienopyridinů prasugrel (Efient®, Eli Lilly), první perorální přímý inhibitor trombinu dabigatran (Pradaxa®, Boehringer Ingelheim), první perorální antagonista koagulačního faktoru Xa rivaroxaban (Xarelto®, Bayer) a antianginózní lék s mechanismem účinku podobným trimetazidinu ranolazin (Ranexa®, Menarini). A konečně třetí částí programového bloku HOTLINES bude farmakoterapeutická aktualita v podobě přednášky Dr. J. Bytešníka „Nové obzory v antiarytmické léčbě fibrilace síní“, která by měla být jakousi protiváhou současného opojení z nefarmakologické léčby fibrilace síní různými katetrizačními ablačními technikami, které navozuje zdání, že farmakologická antiarytmická léčba je nemoderní a v podstatně již „na odpis“. Což samozřejmě není pravda a Dr. Bytešník se nás o tom pokusí přesvědčit.

Shodou okolností jsou oba programové bloky PS KVFT, tj. symposium o sekundární farmakologické prevenci CMP i HOTLINES zařazeny do odborného programu výročního sjezdu na úterý 12. května. Srdečně Vás na ně zveme! A ještě pro úplnost, PS KVFT se společně s PS Srdeční selhání podílí ještě na jednom odborném programovém bloku. Je jím diskuze pro a proti na téma „Kombinace inhibitorů ACE a sartanů v léčbě srdečního selhání - ano či ne?“ Osoby protagonisty a antagonisty, prof. J. Vítovce a prof. J. Špinara slibují, že se posluchači při této diskusi nudit nebudou.

V posledních letech přibývá čím dál více nefarmakologických klinických studií. Testovány jsou různé přístrojové léčebné postupy, např. ICD, srdeční resynchronizační léčba, různé antiarytmické ablační techniky, revaskularizační postupy atd. Tyto nefarmakologické klinické studie byly PS KVFT pochopitelně opomíjeny. Protože však výsledky takovýchto klinických studií jsou neméně důležité než výsledky farmakologických studií, jsou na letošním výročním sjezdu ČKS poprvé bloky HOTLINES dva. Kromě výše popsaného je v programu zařazen i blok HOTLINES připravený výborem ČKS, ve kterém zazní jednak výsledky nefarmakologických klinických studií, jednak výsledky několika českých klinických studií a průzkumů.

prof. MUDr. Jaromír Hradec, CSc.
předseda výboru PS KVFT

Soutěž o nejlepší kasuistiku na téma „Diferenciální diagnostika dušnosti“

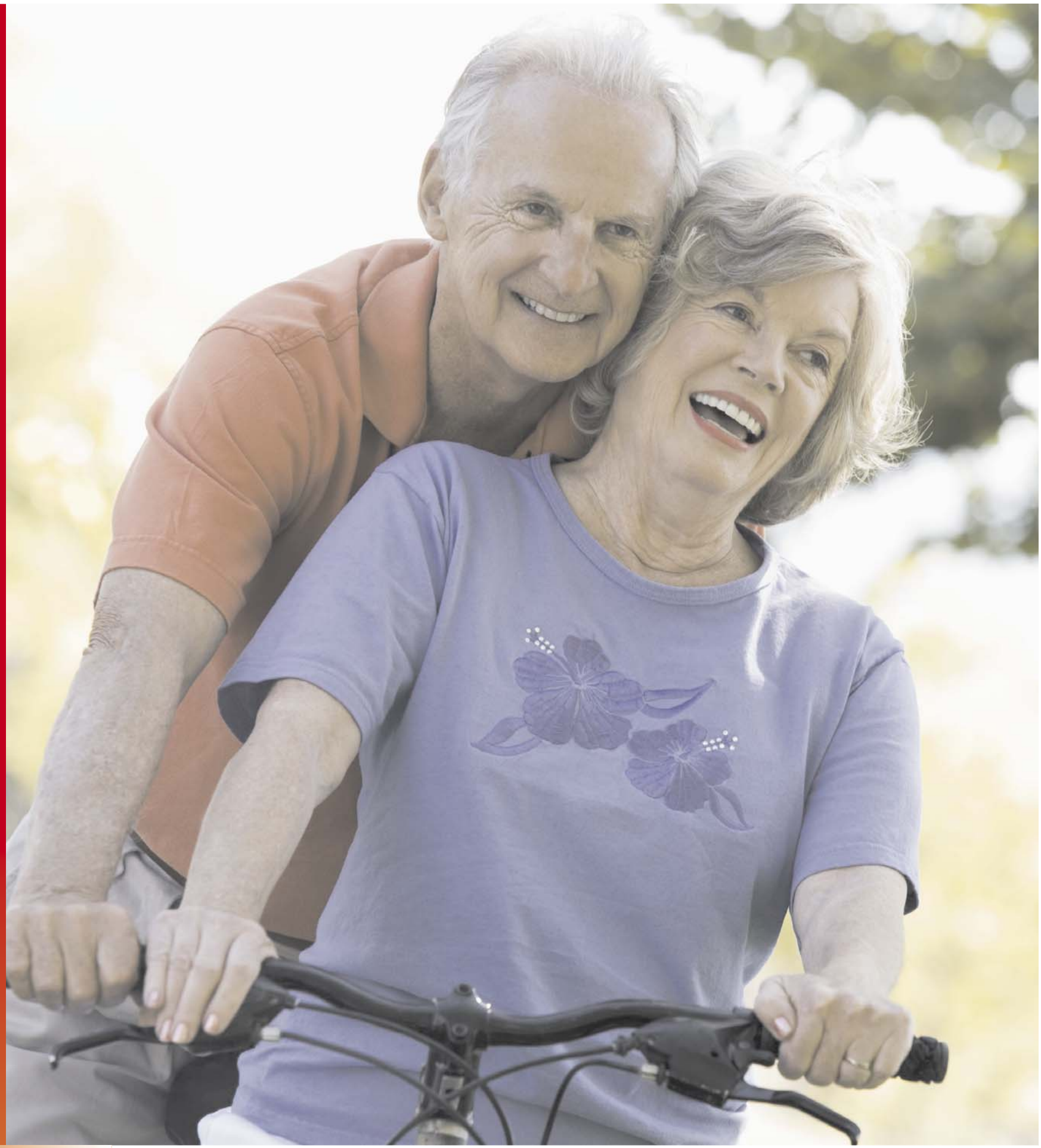
Česká kardiologická společnost vypisuje soutěž o nejlepší kasuistické sdělení na téma „Diferenciální diagnostika dušnosti“. Soutěž je sponzorována edukačním grantem společnosti ACTELION ve výši 100.000,- Kč. Nejlepším pěti autorům bude udělena odměna ve výši, kterou stanoví odborná porota složená ze členů výboru společnosti. Práce budou otištěny v časopise Cor et Vasa. Kasuistiky ve formátu dle požadavků časopisu Cor et Vasa zasílejte na adresu: cks@kardio-cz.cz s označením KASUISTIKA. Uzávěrka soutěže je stanovena na 30. 9. 2009.

Centrum pro plicní hypertenzi
II. interní klinika VFN a 1. LF UK
U nemocnice 2, 128 08 Praha 2
VOLEJTE ZDARMA:
800 333 340

Centrum pro léčbu plicní arteriální hypertenze
IKEM, Vídeňská 1958/9
140 21 Praha 4
VOLEJTE ZDARMA:
800 888 068

Vyjádřete podezření na plicní arteriální hypertenzi (PAH) včas!

ZÁLEŽITOST SRDEČNÍ



VASEXTEN®

ORIGINÁLNÍ BLOKÁTOR KALCIOVÉHO KANÁLU

***Vasexten®* – zkrácená informace o přípravku**

Složení: VASEXTEN 10, tobolky s řízeným uvolňováním obsahují 10 mg barnidipini hydrochloridum, což odpovídá 9,3 mg barnidipinu v 1 tobolce. VASEXTEN 20, tobolky s řízeným uvolňováním obsahují 20 mg barnidipini hydrochloridum, což odpovídá 18,6 mg barnidipinu v 1 tobolce.

Indikace: Mírná až středně těžká esenciální hypertenze.

Dávkování a způsob podání: Doporučená úvodní dávka je 10 mg jedenkrát denně, a to ráno. Lze ji zvýšit na 20 mg jedenkrát denně, pokud je to nutné. Ke zvýšení dávky lze přistoupit pouze po dosažení ustáleného stavu na počáteční dávce, což obvykle trvá přinejmenším 3 až 6 týdnů. Pacienti se sníženou funkcí ledvin: U pacientů s mírnou až středně těžkou renální dysfunkcí je třeba věnovat zvýšenou pozornost zvyšování dávky z 10 mg na 20 mg jednou denně.

Způsob podání: Tobolky se užívají nejlépe se sklenicí vody. VASEXTEN lze užívat před, po i během jídla. Kombinace: VASEXTEN může být podáván zároveň s betablokátory nebo ACE inhibitory.

Kontraindikace: Známá přecitlivělost na jednu nebo více složek přípravku nebo na některou látku ze skupiny dihydropyridinů. Jaterní nedostatečnost. Závažná renální dysfunkce (clearance kreatininu <10 ml/mm). Nestabilní angina pectoris a akutní infarkt myokardu (během prvních 4 týdnů). Neléčené srdeční selhání. Při užívání v kombinaci se silnými inhibitory enzymu CYP3A4 (výsledky in vitro interakčních studií) může dojít ke vzestupu hladin barnidipinu v krvi. Proto by se zároveň s barnidipinem neměly užívat antiproteázy, ketokonazol, itrakonazol, erytromycin a klaritromycin.

Interakce: Současné podávání barnidipinu a jiných antihypertenziv může vést ke zvýšenému antihypertenznímu účinku. Je třeba věnovat pozornost současnému podávání alkoholu, neboť ten může účinky potencovat.

Těhotenství a laktace: Užívání během těhotenství: Barnidipin může být v těhotenství podáván, pouze pokud výhody ospravedlňují možná rizika pro plod. Užívání během laktace: Výsledky testu na zvířatech ukázaly, že barnidipin (nebo jeho metabolity) se mohou vylučovat do lidského mléka. Z tohoto důvodu se kojení nedoporučuje.

Nežádoucí účinky: periferní otoky, návaly krve, bolesti hlavy, závratě/vertigo, palpitace. Tyto příznaky měly tendenci se zmírnit nebo vymizet během další léčby (během jednoho měsíce periferní otoky a do dvou týdnů návaly krve, bolesti hlavy a palpitace). Kožní vyrážka a (reverzibilní) vzestup alkalické fostatázy a sérových transamináz jsou známé nežádoucí účinky ostatních dihydropyridinů. Ačkoli byl zřídka přechodný a reverzibilní vzestup jaterních enzymů zaznamenán i u barnidipinu, není považován za klinicky relevantní. Dále je třeba věnovat pozornost výskytu gingivální hyperplazie, která patří k nežádoucím účinkům objevujícím se u jiných dihydropyridinů. U barnidipinu však nebyla nikdy pozorována. Některé dihydropyridiny mohou zřídka vyvolat bolest v prekordiu nebo anginu pectoris. Mechanismus účinku: Bardnidipin (čistý S,S izomer) je lipofilní blokátor vápníkového kanálu odvozený od 1,4-dihydropyridinu. Vykazuje vysokou afinitu k vápníkovým kanálům buněk hladkého svalstva cévní stěny. Receptorová kinetika barnidipinu je charakterizována pomalým nástupem účinku a silnou a dlouhotrvající vazbou. Snížení periferního odporu způsobuje účinek barnidipinu na snižování krevního tlaku. Při užívání přípravku VASEXTEN trvá antihypertenzní účinek během celého 24-hodinového dávkovacího intervalu. Dlouhodobé užívání přípravku nevede ke vzestupu klidové srdeční frekvence. Vliv barnidipinu na kardiovaskulární morbiditu a mortalitu nebyl dosud studován. Nicméně nedávno dokončené kontrolované studie s jinými dlouhodobě působícími dihydropyridiny svědčí pro podobné pozitivní účinky na morbiditu a mortalitu, jako mají u starších hypertoniků jiná antihypertenzíva. Metabolické účinky: Barnidipin nemá žádné negativní účinky na sérové lipidy, hladinu glukózy a elektrolytů. Pacienti s renální dysfunkcí: Plazmatické hladiny barnidipinu jsou v průměru dvakrát vyšší u pacientů s renální dysfunkcí nevyžadující hemodialýzu než u zdravých dobrovolníků. Průměrné plazmatické hladiny u pacientů vyžadujících hemodialýzu jsou více než trojnásobné ve srovnání se zdravými dobrovolníky a jsou doprovázeny i zvýšenou variabilitou.

Doba použitelnosti: 3 roky.

Balení: 30×10 mg; 30×20 mg; (tobolky s řízeným uvolňováním).

Informace o způsobu výdeje : pouze na lékařský předpis

Registrační číslo : Vasexten 10 : 58/255/01-C; Vasexten 20 : 58/256/01-C

Datum poslední revize textu : 18.10. 2006

Informace o hrazení: přípravek je hrazen z prostř. veřejného zdravotního pojištění

Pro další informace kontaktujte firmu Astellas na uvedené adrese.

astellas
Leading Light for Life

Sokolovská 100/94, 186 00 Praha

Výběr z úterního programu XVII. výročního sjezdu ČKS

pondělí ROTUNDA

Česká společnost pro hypertenzi
Vysoký normální krevní tlak
Předsedající: J. Widimský, O. Mayer jr. (Praha, Plzeň)

8:30 **POPULÁRNÍ DATA**
R. Cífková (Praha)
8:50 **VYSOKÝ NORMÁLNÍ TK A PREDIABETES**
H. Rosolová (Plzeň)
9:10 **LÉČEBNÉ INTERVENCE**
J. Filipovský (Plzeň)

Česká společnost pro hypertenzi
Chyby a omyly u hypertenze
Předsedající: J. Špinar, M. Souček (Brno)

9:30 **DIAGNOSTICKÉ PŘÍSTUPY**
J. Widimský jr. (Praha)
9:50 **VYŠETŘOVACÍ METODY**
A. Linhart (Praha)
10:10 **LÉČEBNÉ PŘÍSTUPY**
J. Vítovec (Brno)

10:30 Přestávka

PS Kardiovaskulární farmakoterapie
HOTLINES
Předsedající: J. Hradec, J. Vítovec (Praha, Brno)

11:00 **STUDIE JUPITER + PODSTUDIE**
J. Hradec (Praha)
11:10 **STUDIE AURORA**
J. Vítovec, V. Monhart (Brno, Praha)
11:20 **STUDIE ATHENA**
J. Bytešník (Praha)
11:30 **STUDIE ACTIVE A**
P. Janský (Praha)
11:40 **STUDIE ONTARIO**
J. Bultas (Praha)
11:50 **STUDIE PRIMA A TIME CHF**
J. Špinar (Brno)
12:00 **LÉKY: KARDIOVASKULÁRNÍ LÉKY REGISTROVANÉ V ČR V MINULÉM ROCE**
J. Bultas, J. Vítovec (Praha, Brno)
12:10 **AKTUALITA: NOVÉ OBZORY V ANTIARYTMICKÉ LÉČBĚ FIBRILACE SÍNÍ**
J. Bytešník (Praha)
12:25 **DISKUZE**

PS Srdeční selhání
Neischemické srdeční selhání
Předsedající: L. Špinarová, M. Hegarová (Brno, Praha)

14:00 **NOVÁ KLASIFIKACE KARDIOMYOPATIÍ**
L. Hošková (Praha)
14:15 **DISKUZE**
14:20 **MYOKARDITIDY A ZÁNĚTLIVÁ KARDIOMYOPATIE:**
DIAGNOSTIKA A LÉČBA
M. Kubánek (Praha)
14:35 **DISKUZE**
14:40 **POKROČILÁ STÁDIA HYPERTROFICKÉ A RESTRIKTIVNÍ KARDIOMYOPATIE**
I. Málek (Praha)

PS Srdeční selhání
Trenink u CHSS
Předsedající: J. Vítovec, J. Špinar (Brno)

15:00 **DYNAMICKÝ TRÉNINK U CHRONICKÉHO SRDEČNÍHO SELHÁNÍ**
L. Špinarová, P. Dobšák (Brno)
15:20 **SILOVÝ TRÉNINK U CHRONICKÉHO SRDEČNÍHO SELHÁNÍ**
V. Chaloupka (Brno)

Pozvánka na kardioběh Jiřího Tomana

ÚTERÝ 12. KVĚTNA

Zveme Vás na 6. ročník memoriálu významného brněnského kardiologa Jiřího Tomana.

Všichni účastníci obdrží pohár, láhev a iontový nápoj.

Vyhlášení vítězů proběhne na Gala večeru v hotelu Voroněž ve 21.45 hodin.

PROGRAM ZÁVODNÍHO DNE
6:00-6:30 - prezentace závodníků
6:45 - start závodu
8:30 - výsledková listina

Sjezdové noviny připravili:
Pracovní skupiny ČKS
doc. MUDr. Václav Chaloupka, CSc.
MUDr. Ondřej Auzký
Ludmila Klímová

TARGET MD
www.target-md.com

sazba a grafické zpracování:
Tomáš Kraus
Lubor Špaček

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

Sjezdové noviny v akci

Čtenář Sjezdových novin

Počasí nad Výstavištěm 11. 5.

den		noc	
	12/21 °C		11 °C

Vlhkost: 65 %
Oblačnost: 85 %
Tlak: 1018 hPa
Vítr: 1 m/s, severní

Snížení kardiovaskulárního rizika hypertoniků

Pondělí 11. května 2009, 16.15–17.15 hodin
Sál: Morava (Pavilon E)

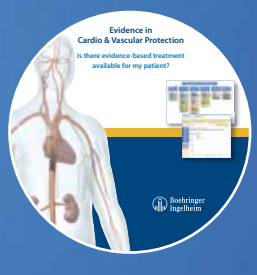
prof. MUDr. Renata Cífková, CSc.
Preventivní kardiologie
IKEM Praha

prof. MUDr. Aleš Linhart, DrSc.
II. interní klinika kardiologie a angiologie
VFN Praha

prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc.
Interní kardiologická klinika
FN Bohunice Brno

Léčba hypertoniků s vyšším kardiovaskulárním rizikem.	R. Cífková
Klinický program PROTECTION a jeho výsledky.	A. Linhart
Blokáda RAS u pacientů s vyšším kardiovaskulárním rizikem. Co je nového?	J. Špinar

Každý účastník sympózia obdrží interaktivní CD ROM s databází důležitých klinických studií kardiovaskulární prevence.



Satelitní sympozium Boehringer Ingelheim pořádané v rámci konání XVII. výročního sjezdu České kardiologické společnosti

Boehringer Ingelheim

MICARDIS
MICARDISPLUS