



SJEZDOVÉ

č. 3

10. 5. 2005

NOVINY

sponzor ZENTIVA

XIII. VÝROČNÍ SJEZD ČESKÉ KARDIOLOGICKÉ SPOLEČNOSTI – BRNO 8.–11. 5. 2005

VALNÁ HROMADA ČESKÉ KARDIOLOGICKÉ SPOLEČNOSTI



V pondělí se v Rotundě pavilonu A konala Valná hromada České kardiologické společnosti. Předseda společnosti profesor MUDr. Jaromír Hradec, CSc., přednesl zprávu o činnosti ČKS od minulého sjezdu. Mimo jiné uvedl, že ČKS každoročně pořádá tři stěžejní akce, největší z nich je Výroční sjezd ČKS v Brně, dále Den mladých výzkumníků a Kardiologický den na Homolce. Zatímco sjezd v Brně je postgraduálního charakteru, Den mladých výzkumníků je pořádán pro lékaře do 35 let a nejlepší práce jsou vždy oceněny. Kardiologický den na Homolce bývá v listopadu a prezentuje se zde výzkumná činnost: granty, výzkumné záměry. Skutečnost je bohužel taková, že zatímco o postgraduál, o všeobecnou kardiologii je obrovský zájem, ostatní akce jsou navštěvovány velice málo, konstatoval profesor Hradec. Práce ČKS je organizována v rámci dvanácti Pracovních skupin, připravuje se vznik třinácté. PS pořádají vlastní akce, kde se prezentují jednotlivé práce. Hovořilo se i o zastoupení ČKS v zahraničí, o práci profesora

Petra Widimského ve výboru Evropské kardiologické společnosti a o účasti dalších lékařů v jiných strukturách. Ve stádiu příprav jsou doporučené postupy, tzv. guide lines, jejichž vypracováním na podkladě studií probíhajících u nás i ve světě jsou pověřeny skupiny odborníků. Nepostupuje-li lékař podle těchto doporučení, měl by zdůvodnit proč. Dále se hovořilo o podpoře vzdělání a výzkumu ze strany ČKS. Tradičně jsou udělovány výzkumné domácí a zahraniční granty. Na program se dostala i spolupráce se státními orgány a jinými organizacemi (dohadovací řízení ohledně léků...). ČKS se také finančně podílela na pomoci Srí Lance.

Zpráva o hospodaření ČKS v roce 2004 přednesena jejím pokladníkem profesorem MUDr. Pavlem Gregorem, DrSc., ukázala vyrovnaný rozpočet.

Velmi kritická byla zpráva revizní komise o auditu přednesená členem revizní komise ČKS profesorem MUDr. Petrem Widimským, DrSc. Zpráva kritizuje určité skutečnosti, jako např. prodělečnost některých akcí pořádaných v rámci ČKS, nedostatečnou administrativu projevující se v absenci zápisů z valných hromad, schůzí apod.

Profesor MUDr. Roman Čerbák, CSc., přednesl zprávu volební komise, vyhlásil výsledky voleb a představil složení nového výboru ČKS.

Na závěr valné hromady profesor MUDr. Jaromír Hradec, CSc., předal funkci předsedy ČKS novému předsedovi profesorovi MUDr. Michaelu Aschermannovi, DrSc., který přednesl svůj inaugurační projev.

Složení nového výboru ČKS

Michael Aschermann (prezident), Jaromír Hradec, Michael Želízko, Jan Bytešník, Ladislav Groch, Václav Chaloupka, Petr Widimský, Jan Vojáček, Lenka Špinarová, Ivan Málek, Vladimír Rozsival, Aleš Linhart, Hana Rosolová

Nová revizní komise ČKS bude pracovat ve složení: Josef Kautzner, Martin Fiala, Lubomír Berka.

Rozhovor s náhodným účastníkem

V pondělí jsme zastihli při odchodu z Rotundy pavilonu A brněnského výstaviště po vyzvaných slavnostních přednáškách kardiologa z Ústí nad Orlicí: „Sjezdu ČKS se účastním pravidelně, každoročně už asi 15 let. Je pro mne vždy velice zajímavý, protože je přínosem pro další praxi. Témata souvisejí s praxí, nejedná se pouze o teoretizování nebo experimentální práce, ale o otázky patřící do kliniky a klinického použití. Letos je kongres zaměřen na fibrilaci síní a na srdeční selhání, což nás v praxi trápí velmi mnoho.

Dopoledne jsme navštívili v hlavním sále pavilonu E blok připravený pracovní skupinou Srdeční selhání o praktických problémech v kardiologii. Příspěvky byly velice přínosné. Objevuje se zde spousta zajímavých nových věcí, které lze pro praxi použít s doporučením jak léčby, tak ochrany pacienta před rozvojem srdečního selhání. Myslím, že v tomto je právě velký přínos sjezdu ČKS.

Na sjezdu je příliš mnoho přednášek, zajímavá témata se někdy časově překrývají a bohužel nelze být na dvou židličkách současně. To je snad jediný problém kongresu. Poznatky si potom musíme doplnit ze suplementů. Je to akce velice zdařilá a rád na ni jezdím už řadu let.

Organizace je tu vždy skvělá, nemá chybu. Systém organizace je propracovaný, nezaznamenal jsem žádný závažný organizační zádrhel.“

PROFESOR SOMERS PŘED ODJEZDEM PRO SJEZDOVÉ NOVINY



V pondělí po ukončení jeho přednášky Sleep apnea and cardiovascular disease-evidence, mechanisms and clinical implementations jsme jej požádali o krátký rozhovor.

Pane profesore, navštívili jste již někdy v minulosti Českou republiku nebo přijíždíte poprvé?

Nenavštívili, je to moje první návštěva. Setkal

jsem se však s řadou lidí z České republiky a byl jsem nadšen jejich srdečností a spoluprací s nimi.

Měl jste doposud informace o kongresu nebo jste obdržel pozvání přímo od organizátorů? Jakým způsobem jste se dostal na kongres?

O kongresu jsem věděl, neboť spolupracuji s řadou lékařů z České republiky. MUDr. Kára

a MUDr. Pohanka nás navštívili na naší universitě. Jsem potěšen výbornou spoluprací s českými kolegy. Česká kardiologie a věda je na mimořádně vysoké úrovni.

Jak hodnotíte kongres po organizační stránce?
Organizace je excelentní, dokonalá.

(Profil profesora Virenda K. Somerse, MD, D. Phil, jsme zveřejnili v premiérovém vydání Sjezdových novin.)

HERLESOVA PŘEDNÁŠKA: VZTAH PATOLOGIE PLICNÍCH ŽIL K FIBRILACI SÍNÍ



Elektrofyzilogická studie francouzských autorů z roku 1998 prokázala zásadní úlohu plicních žil (PŽ) jako spouštěče fibrilace síní (FS). Ektopický vzruch vzniká ve výběžcích myokardu levé síně na PŽ, tzv. myokardiálních rukávech plicních žil (MRPŽ). Morfologických studií MRPŽ je zatím nemnoho a věnují se většinou jejich anatomii – hustotě, délce, tloušťce, uspořádání svaloviny a pod.

V naší studii 100 nekroptických srdcí (393 PŽ) jsme se soustředili na patologii MRPŽ, zejména na přítomnost izolovaného síňového amyloidu – formy senilního amyloidu, jehož prekurzorem je síňový natriuretický peptid a dále na nálezy jizvení myokardu rukávů. Jde o zatím světově největší studovanou sestavu a první, která systematicky zkou-

má vyskyt a závažnost (semikvantitativně) amyloidu a jizvení v MRPŽ a jejich možný význam v patogenezi FS.

Myokardiální rukávy byly vytvořeny u 89 % všech PŽ. Byly delší u horních než u dolních a u levých než u pravých žil; nejdelší tedy byly u levé horní PŽ – průměrně 12 mm (nejdelší byl 27 mm).

Skupina nemocných s FS (permanentní nebo paroxysmální) (n=51) měla průměrný věk 77,3±7,7 roků, skupina bez FS (n=49) 70,0±12,0 roků.

Amyloid v MRPŽ byl přítomen ve 38 případech s FS (74,5 %) a ve 28 případech bez FS (57,1 %). Stupeň závažnosti amyloidu byl v průměru vyšší u skupiny s FS než u skupiny bez FS; nejvíce byla postižena pravá horní PŽ.

Jizvení myokardu bylo obecně těžší v periferních částech rukávů (směrem k plicím) nežli v jejich částech centrálních (při levé síni). Alespoň minimální jizvení bylo prokázáno ve všech rukávech. Výrazně těžší bylo u nemocných s FS; nejvíce postiženy byly levostranné PŽ. Nebyla prokázána závislost stupně jizvení MRPŽ na stupni koronární aterosklerózy.

Z výsledků studie lze soudit, že depozice senilního amyloidu a zejména jizvení MRPŽ tvoří obecný arytmogenní terén, přítomný u všech osob vyššího věku, a že závažnější stupně postižení častěji vedou k FS.

Ivo Šteiner
Hradec Králové

Prof. Markku NIEMINEN, MD, PhD

Profesor kardiologie na helsinské univerzitě patří k nejuznávanějším odborníkům v oblasti akutní kardiologie, výzkumu příčin a léčby kardiovaskulárních onemocnění. V posledních letech se zaměřuje zejména na otázky související s problematikou akutního srdečního selhání, jeho patofysiologie a léčby. Z jeho iniciativy a koordinace vydala Evropská kardiologická společnost první Doporučení pro diagnostiku a léčbu akutního srdečního selhání, která jsou nesmírně potřebné a jistě se stanou základem dalších národních doporučení pro tuto problematiku.

Prof. Markku Nieminen vystudoval Lékařskou fakultu na University of Helsinky (studium ukončeno 1972), titul PhD obhájil na helsinské univerzitě na téma Echocardiography. V roce 1980 získal specializaci ve vnitřním lékařství a kardiologii. V roce 1980-81 získal prestižní stipendijní pobyt na Harvard Medical School, Boston, USA, jako Research Fellow in Cardiology a v následujícím roce se stal nejprve docentem experimentální kardiologie a v roce 1986 docentem vnitřního lékařství. Od roku 1997 je profesorem kardiologie a přednostou kardiologického oddělení na Lékařské fakultě helsinské univerzity.

Prof. Nieminen publikoval řadu originálních sdělení v mezinárodních časopisech a řadu kapitol v knihách a mezinárodních učebnicích. Prof. Nieminen je členem Editorial Boardu mnoha renomovaných časopisů a významných lékařských společností.

SESTERSKÁ SEKCE

Silné zastoupení na letošním sjezdu má střední zdravotnický personál. Do zahájení sjezdu se zaregistrovalo na 550 osob.

Staniční sestra **Renata Uhrová** z KJIKAK FN u sv. Anny nám k sekci sester sdělila.

Jaké sympozium se vám nejvíce líbilo po odborné stránce?

Sesterské sekce bohužel nejsou rozděleny. Rozhodně by bylo lepší je v budoucnosti dělit. Mám-li zhodnotit sekce z mého pohledu, byla to volná sdělení v Sesterské sekci č. I. Za dokonale bych označila sdělení č. 131 – Důvod a čas váhání k vyhledání pomoci při akutním infarktu myokardu a sdělení Použití těžké ventilační masky s PEEP ventilem u každého plicního otoku – kazuistika.

V sekci č. II mě nejvíce zaujaly Kvalita života u pacientů po implantaci bioventrikulárního kardiostimulátoru a téma Úloha sestry v diagnostice a léčbě závažných bradyarytmií.

Druhá otázka se týká společenských akcí pořádaných během XIII. sjezdu ČKS. Kterého společenského programu byste se zúčastnila?

Kdyby to bylo možné, ráda bych navštívila Divadlo Husa na provázku. Určitě by mě lákaly Běsi od Dostojevského.

NAVRÁTILOVA PŘEDNÁŠKA: ALOTRANSPLANTACE A AUTOTRANSPLANTACE SRDEČNÍCH CHLOPNÍ – CO NEVÍME ANI PO 40 LETECH?

Když jsem se dozvěděl o nominaci na Navrátilovu přednášku, byl jsem současně zaskočen a potěšen. Pravidelně jsem na kardiologických kongresech naslouchal slavnostním přednáškám a zaskočila mne představa, že budu nyní stát v Rotundě s mikrofonem v ruce. Předpokládal jsem ale, že když mně výbor vyzval k této přednášce, očekává jistě výše uvedené téma, protože se této problematice věnuji 25 let. Potěšilo mne tedy, že alespoň někteří významní kardiologové přikládají této kontroverzní oblasti kardiochirurgie význam.

Profesor Jan Navrátil patřil nepochybně ke kardiochirurgům evropského formátu a právě před 40 lety (tedy plně v souladu se světovým trendem) provedl první úspěšné náhrady srdečních chlopní u nás. Patřil tedy k těm, kteří u nás vybudovali základy, na kterých se mohla rozvíjet i naše práce.

Je na místě připomenout, že problematikou aortálních alotransplantátů se již od roku 1964 zabýval Hubka v Bratislavě (operace zavedl do kliniky 1969 a publikoval v zahraničí 1972). V té době bylo zpracování štěpů „v plenkách“ a výsledky byly velmi špatné. Moderním způsobem připravované alogenní chlopní štěpy jsou v Československu u dětí implantovány od roku 1982 (Dětské kardiocentrum FN Motol) a od roku 1994 i u dospělých nemocných (kardiologická klinika FN Motol), první Rossova operace se uskutečnila na stejném pracovišti v roce 1996. Chlopní štěpy od kadaverózních dárců od roku 1992 plně dostupné díky unikátní spolupráci všech Transplantačních center s Bankou kardiovaskulární tkáně, působící při TC Motol.

Alogenní chlopní štěpy mají výhody „nestenovaných“ xenochlopní, tedy výbornou hemodynamiku a nízkou trombogenicitu. Bohužel s sebou nesou ale také stejnou nevýhodu, tzn. omezenou životnost. Jsou rutinně užívány pro náhradu semilunárních chlopní, použití do pozice atrioventrikulárních chlopní spadá do kategorie klinického experimentu.

Zatímco většina dětských kardiologů pokládá alotransplantáty za nejlepší dostupnou protězu pro řešení především komplexních vrozených srdečních vad, použití v kardiologii dospělých je kontroverzní. Nejčastěji jsou lidské aortální štěpy užívány při řešení infekční endokarditidy aortální chlopně. Použití pulmonálního alotransplantátu spadá do stejné kategorie operací především proto, že naprostá většina pracovišť překlenuje defekt mezi pravou komorou a plicnicí (způsobený odběrem alotransplantátu) pulmonálním alotransplantátem. Nabízí se dokonce otázka: Je implantace chlopních alotransplantátů a alotransplantátů do aortální pozice kardiologicko-artistickou nebo nabízí nemocnému nějaké výhody?

Zastánci alotransplantátů zdůrazňují na velkých sestavách pacientů především vynikající hemodynamiku alo- i alotransplantátů a dále fakt, že během 10 až 15 let po implantaci do aortální pozice selže 30–35 % xenotransplantátů, zatím co jen 10–20 % alotransplantátů (horší výsledky je nutné ale očekávat, bohužel, u adolescentů a mladých nemocných). Údaje o dlouhodobých výsledcích Rossovy operace jsou zatím kusé. Nicméně registr (Missoula, Montana, USA) udává po 25 letech více než 80 % nemocných bez nutnosti reoperace na autograftu, či pulmonálním allograftu.

Po 40 letech tedy zatím neznáme ideální chlopní náhradu, nevíme, kolik chlopních alotransplantátů je ročně ve světě vyrobeno, ani kolik jich je implantováno. Neznáme ideální způsob zpracování a uložení těchto štěpů a neznáme přesně dlouhodobé výsledky při jejich klinickém použití.

Víme ale, že existuje nadějná perspektiva využití moderních biotechnologických postupů ke konstrukci chlopních protéz nové generace. Teoreticky se rýsuje možnost zachovat vazivový „skelet“ alotransplantátů a osídlit jej např. vykultivovanými buňkami příjemce nebo jinými buňkami, které snad budou schopné „udržovat“ mechanicky odolnou „novou tkáň“, tedy vytvořit funkční tkáňový štěp s podstatně delší životností.

Zájemce o diskutovanou problematiku si dovoluji pozvat na telekonferenci Aortic Root Surgery, kterou pod vedením Sira Magdi Yacoubu pořádáme 19. a 20. prosince 2005 v Českých Budějovicích.

Jaroslav Špatenka
Kardiologická klinika a Transplantační centrum FN Motol, Praha 5

O PRŮBĚHU SJEZDU

Docent MUDr. Václav Chaloupka, CSc., je předsedou organizačního výboru XIII. výročního sjezdu České kardiologické společnosti. Koordinoval veškeré přípravy sjezdu, odborný i společenský program, firemní expozice, Sjezdové noviny a spoustu dalších činností běžnému účastníkovi prakticky neznámých.

Jste spokojen s průběhem sjezdu?

Zatím jsem žádnou Jobovu zprávu neslyšel, všichni vy-

jadřují svou spokojenost. Líbilo se především slavnostní zahájení. Neslyšel jsem ani žádnou zprávu o tom, že by některá sekce probíhala špatně, odborný program v pořádku. Počasí nám taky přeje, takže do této chvíle nevím o ničem, co by nám sjezd narušilo. Expozice firem je velice pěkná, na evropské úrovni.

Jak vypadají statistiky?

Statistiky svědčí o stále rostoucím zájmu lidí o výroční sjezd ČKS. K pondělnímu datu (9. 5. 2005) se sjezdu účastní 2 261 lidí, z toho na místě se registrovalo 416 účastníků, což je nejvyšší počet v historii sjezdu. K tomu je třeba přičíst 320 zástupců firem. Počítáme stále ještě s účastí dalších 417 lidí, kteří je registrovali předem, ale zatím se nedostavili. Letošní statistiky jsou bezkonkurenční ve srovnání s předchozími ročníky.

Lozap®

Lozap® H

CO ZAZNĚLO V HOT LINES

V pondělí 9. 5. ve 14.00 v Rotundě byla tradiční sekce Českého kardiologického sjezdu HOT LINES. Bylo prezentováno sedm nejvýznamnějších studií ukončených, přednesených či publikovaných v poslední době. Symposiu předsedal prezident ČKS prof. MUDr. Jaromír Hradek, CSc. a vědecký sekretář ČKS prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc.

Doc. MUDr. Lenka Špinarová, CSc., představila studii **SENIORS** (Study of the Effects of Nebivolol Intervention on Outcomes and Rehospitalisation in Seniors with Heart Failure) (Eur Heart J 2005; 26 (3): 215-225), která měla za cíl zhodnotit účinek nebivololu na morbiditu a mortalitu starších pacientů s chronickým srdečním selháním, bez ohledu na ejekční frakci.

Vstupním kritériem byl věk na 70 let a srdeční selhání definované: jako hospitalizace pro městnavé srdeční selhání v posledních 12 měsících nebo ejekční frakce levé komory nižší než 35 % při hodnocení v posledních 6 měsících. Podávání nebivololu bylo zahájeno dávkou 1,25 mg denně za postupné titrace přes 2,5 mg a 5 mg dávku na cílovou dávku 10 mg. Minimální doba sledování byla 12 měsíců.

Celkem bylo zařazeno 2135 pacientů z 11 zemí. Česká republika zařadila 312 pacientů. Průměrná doba sledování byla ve skupině nebivololu 1863 patientských let a 1839 patientských let v placebové skupině.

Primární cíl – kombinace úmrtí nebo hospitalizace z kardiovaskulárních příčin – byl ve skupině s nebivololem 31,1 % vs 35,3 % v placebu ($p < 0,039$). Snížení absolutního rizika je 4,2 %, což představuje potřebu léčit (NNT) 24 pacientů po dobu 21 měsíců k zabránění jedné události. Celková mortalita se ve skupině nebivololu a placeba nelišila: 15,8 vs 18,1 %, $p < 0,21$. Náhla smrt se vyskytla ve skupině nebivololu v 36 % a v placebové skupině ve 48 %.

Ve studii SENIORS byl prokázán příznivý efekt nebivololu jak pro pacienty s nízkou, tak zachovalou ejekční frakcí levé komory. Nebivolol by mohl být prospěšný pro pacienty se srdečním selháním bez ohledu na ejekční frakci.

Prof. MUDr. Jiří Vítovec představil studii **PEACE** (Prevention of Events with Angiotensin Converting Enzyme Inhibition Trial) (N Engl J Med. 2004; 351: 2058-2068), která testovala hypotézu (primární cíl studie), zda u nízkorizikových pacientů s prokázanou ICHS se potvrdí účinnost ACE-I ve srovnání s placebem na snížení úmrtí s kardiovaskulárních příčin, či snížení vzniku nefatální infarktu myokardu. Sekundárním cílem studie byl složený cíl: kardiovaskulární úmrtí, nefatální IM a koronární revaskularizace. Do studie bylo zahrnuto 8290 nemocných. Zařazovací kritéria byla věk 50 a více let, ICHS dokumentovaná infarktem myokardu, aortokoronárním bypassesem (CABG) či koronární angioplastikou (PTCA) před více než třemi měsíci, či stenózou nejméně jedné koronární tepny nad 50 %. Ejekční frakce nad 40 %, normální kinetiku levé komory při ventrikulografii či echokardiografickém vyšetření. Nemocný musel tolerovat léčbu ACE inhibitory v run-in fázi s více než 80 % adhezí k léčbě. Dávka trandolaprilu byla titrována dle tolerance do 4 mg.

Výsledky studie PEACE ukazuje obrázek. Je patrné, že nebyl pozorován efekt na snížení primárního cíle, na celkovou mortalitu či na nový infarkt myokardu. Byl pozorován významný trend na snížení cévních mozkových příhod, statisticky významné snížení hospitalizací, či úmrtí na srdeční selhání a statisticky významné snížení výskytu nového diabetes mellitus.

Prof. MUDr. Jindřich Špinar představil studii **CAMELOT** – Effect of anti-hypertensive agents on cardiovascular events in patients with coronary disease and normal blood pressure (JAMA 2004; 292: 2217-26), která srovnává účinek amlodipinu (10 mg) nebo enalaprilu (20 mg) oproti placebu u nemocných s ischemickou chorobou srdeční a průměrnou hodnotou krevního tlaku v oblasti normálního až optimálního krevního tlaku. Celkem bylo zařazeno 1991 nemocných s angiograficky dokumentovanou ischemickou chorobou srdeční.

Studie CAMELOT ukázala na poměrně významný pokles kardiovaskulárních příhod u nemocných se stabilní ischemickou chorobou srdeční a normálním krevním tlakem. Počet nemocných, potřebných léčit amlodipinem vs. placebo, na zábranu jedné kardiovaskulární příhody, byl 16. Ukazuje se, že současná doporučení pro kontrolu hypertenze u nemocných s ischemickou chorobou srdeční nejsou dostatečná a že bychom krevní tlak měli snižovat mnohem více, než na hodnoty 149/90 mm Hg.

Studie CAMELOT je třetí z klinických studií v řadě za sebou (po studiích ALLHAT a VALIUE), jež neprokazují v přímém srovnání větší účinek látek blokujících systém renin-angiotenzin (ACE-I či AIIA) ve srovnání s amlodipinem.

Prof. MUDr. Jiří Widimský jr. představil studii **ASCOT BPLA** – Anglo – Scandinavian Cardiac Outcomes Trial – Blood pressure lowering arm (před-nesena v ACC v Orlandu, březen 2005). ASCOT (Anglo-Scandinavian Cardiac Outcome Trial), která hodnotila vliv léčby amlodipinu +/- perindoprilu v porovnání s léčbou atenolemalem +/- bendroflumethiazidem na snížení kardiovaskulárních příhod. Studie zahrnuje více než 19000 pacientů s hypertenzí a dalšími nejméně třemi kardiovaskulárními rizikovými faktory, avšak bez zjevné ischemické choroby srdeční (ICHS). Kombinace amlodipin/perindopril byla přítomna u 85,7 % pacientů této věty, kombinace ateno-lol/bendroflumethiazid dokonce u 91,4 %. Z výsledků vyplývá, že léčba amlodipin/perindopril významně snížila celkovou (14 %) a kardiovaskulární (24 %) mortalitu, fatální a nefatální CMP (23 %) a vznik nového diabetes mellitus (32 %) v porovnání s léčbou atenolol/bendroflumethiazid. Snížení primárního end pointu (nefatální IM a fatální ICHS) o 10 % nedosáhlo statistické významnosti, pravděpodobně z důvodu předčasného ukončení studie.

Dále byla prezentována studie **SC-HEFT** (MUDr. Táborský), **REALITY** (MUDr. Želízko), **PCAT** (prof. Widimský Petr). Vzhledem k tomu, že na mnoho dalších důležitých studií (TNT, CLARITY a jiné) již nebyl prostor, je třeba zvážit, zda by blok HOT lines neměl trvat alespoň 90 minut.

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



LUKLOVA PŘEDNÁŠKA: LÉČBA FIBRILACE SÍNÍ



Fibrilace síní (FS) je nejčastější arytmií vedoucí k hospitalizaci. Její výskyt se udává v 0,5 %. Výskyt FS navíc roste s věkem, takže v 9. decéniu dosahuje až 11 %. Předpokládá se, že v roce 2015 bude výskyt FS v 9. decéniu činit až 15 %, takže se již dnes hovoří o endémii FS. Nejčastějším srdečním onemocněním u nemocných s FS je arteriální hypertenze (45 %), novější studie však udávají výskyt hypertenze u FS až v 70 %. Méně často mají nemocní s FS ICHS (16 %), revmatickou srdeční vadu (10 %) a srdeční insuficienci (14 %). K dalším faktorům, podléhajícím se na vzniku FS, patří tyreotoxikóza, abusus alkoholu, perikarditida a postperikardiotomický syndrom a dále autonomní vlivy.

Nejnáléhavějším úkolem v léčbě fibrilace síní je prevence trombembolie (TE), která v 80 % směřuje do CNS s následným vznikem CMP. Relativní riziko TE zvyšuje neregulovaná FS 3,5x, FS revmatického původu 18x. Mezi rizikové faktory TE u FS patří věk nad 65 let, diabetes, čerstvě manifestovaná srdeční dekompenzace a anamnéza ischemické CMP. Nejúčinnější prevencí TE je trvalá warfarinizace nemocných s cílovým INR 2-3. AFIRM studie ukázala, že riziko TE přetrvává i u nemocných se sinusovým rytmem. Antikoagulační je tedy měla být prováděna i po verzi na sinusový rytmus, tedy bez ohledu na aktuální rytmus nemocného. Nadějným lékem v prevenci TE je ximelagatran (XIM), který patří mezi přímé inhibitory trombinu. Studie SPORTIF III a V ukázaly, že při dávkování 2x36 mg denně je tento lék stejně účinný a bezpečný jako warfarinizace nemocných s cílovým INR 2-3.

Studie AFIRM, RACE a PIAF ukázaly, že kontrola srdeční frekvence je z prognostického hlediska rovnocenným postupem jako kontrola srdečního rytmu. Z farmakologických postupů se ke kontrole srdeční frekvence u FS používají dioxin (DIG), nondihydropyridinové kalciové blokátory (CaB) a betablokátory (BB). V aktuální situaci se diltiazem ukázal jako rychlejší a účinnější působící než DIG. BB sice konzistentně a významně snižují srdeční frekvenci v klidu i při zátěži, ale jejich vliv na pracovní kapacitu nemocných není jednoznačný. Subanalýza studie AFIRM ukázala, že cílové optimální srdeční frekvence bylo nejčastěji dosaženo kombinací DIG s BB nebo CaB.

Data z Euro Heart Survey ukazují, že u nově diagnostikované FS, paroxysmální FS i u persistentní FS je více než v 70 % lékaři volena kontrola srdečního rytmu. V prevenci recidiv

FS po verzi na SR a jeho dlouhodobém udržení je propafenon zhruba dvakrát účinnější než placebo (67 % proti 35 %). Zhruba dvojnásobně účinnější než propafenon nebo sotalol je amiodaron, který po kardioverzi udrží po dvou letech sinusový rytmus v 63 %. Z novějších antiarytmik se pro tyto účely prokázal jako účinný dofetilid (studie DIAMOND), jeho relativní nevýhodou je však zhruba 3 % výskyt torsade de pointes. Chemicky podobné amiodaronu je nové antiarytmikum dronedaron, který u nemocných s FS bez systolické dysfunkce v dávce 800 mg denně významně prodlužuje dobu do první recidivy FS.

Vznik recidivy FS jsou bezprostředně přecházeny strukturální a elektrickou remodelací síní, v nichž hraje stěžejní roli angiotenzin II. Experimentální práce u psů s FS vzniklou na podkladě srdeční slabosti vyvolané rychlou stimulací komor také prokázaly, že enalapril na rozdíl od hydrochlorotiazidu s isosorbid dinitrátem může vzniku FS zabránit. V preparátech ze síně byl také histologicky významně menší objem fibrotické tkáně. Zdá se tedy, že nejde o hemodynamický, ale o specifický účinek enalaprilu. V retrospektivních studiích se také ukázalo, že vznik FS je významně méně častý u nemocných se srdeční slabostí nebo hypertenzí, léčených ACE inhibitory. Prospektivní studie TRACE u nemocných léčených pro srdeční slabost prokázala téměř poloviční výskyt FS u nemocných léčených trandolaprelem proti nemocným na placebo. Enalapril také více než trojnásobně snižuje počet recidiv FS po elektrické kardioverzi. Podobně je tomu u irbesartanu.

Závěry:

1. Hlavním prostředkem prevence trombembolických komplikací fibrilace síní zůstává warfarin s cílovým INR 2-3, jako slibný se jeví ximelagatran.
2. I když není přesně známa optimální cílová frekvence komor u fibrilace síní, za nejúčinnější prostředek kontroly srdeční frekvence lze považovat kombinaci dioxinu s blokátory kalcia nebo betablokátory.
3. Udržení sinusového rytmu je stále atraktivní strategií léčby fibrilace síní, problémem však zůstávají nemocní s fibrilací síní a srdeční slabostí, kde je k dispozici pouze amiodaron.
4. Nejblíže kauzální léčbě fibrilace síní jsou inhibitory ACE a blokátory receptorů angiotenzinu, které brání strukturální remodelaci síní a tím i vzniku fibrilace síní.

Jan Lukl

TORVACARD 20

ATORVASTATINUM CALCICUM

**Cíl na dosah**

moderní kvalitní péče

Podrobné informace získáte v Souhrnu údajů o přípravku nebo na adrese:

Zentiva CZ s.r.o., marketingové oddělení, U Kabelovny 130, 102 37 Praha 10, Dolní Měcholupy
Tel.: 267 242 111, fax: 261 141 254, www.zentiva.cz, TOR/02.05/005/27078990/CZ

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU TORVACARD® 10, TORVACARD® 20, TORVACARD® 40: Léčivá látka: atorvastatinum calcicum 10,34; 20,68; 41,36 mg v 1 potahované tabletě, což odpovídá 10, 20, 40 mg atorvastatinu. **Indikace:** U pacientů s kardiovaskulárním onemocněním a/nebo dyslipidemií je Torvacard indikován k sekundární prevenci kombinovaného rizika smrti, nefatálního infarktu myokardu, srdeční zástavy a rehospitalizace pro anginu pectoris. Primární hypercholesterolémie, familiární hypercholesterolémie, kombinovaná hyperlipidémie, hypertriglyceridémie, dysbetalipoproteinémie při nedostatečné odpovědi na dietu a jiná nefarmakologická opatření. **Dávkování:** doporučená počáteční dávka přípravku TORVACARD® je 10 mg. Maximální denní dávka je 80 mg atorvastatinu. **Kontraindikace:** přecitlivělost na složky přípravku, onemocnění jater, přetrvávající zvýšené hodnoty sérových aminotransferáz, těhotenství a kojení. **Interakce:** riziko myopatie při užívání statinů je zvýšené při současném podávání následujících léků: cyklosporin, fibráty, makrolidová antibiotika, antimykotika azolového typu nebo niacin. **Zvláštní upozornění:** vzhledem k možnosti vzniku myopatie a zvýšení sérových aminotransferáz je vhodné pacienty sledovat. Při zahájení terapie je nezbytné pacienty poučit, aby neprodleně informovali lékaře o výskytu svalových bolestí nebo slabosti. **Těhotenství a kojení:** atorvastatin je kontraindikován během těhotenství. Při léčbě se nemá kojit. **Nežádoucí účinky:** atorvastatin bývá obvykle velmi dobře snášen. Nežádoucí účinky bývají mírné a přechodného charakteru: bolesti břicha, zácpa, nadýmání, nauzea, bolest hlavy, slabost. **Velikost balení:** 30 nebo 90 x 10, 20 nebo 40 mg tbl. obd. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Zentiva, a.s. **Datum poslední revize textu:** 23.3.2005. **Výdej:** přípravek je vázán na lékařský předpis. **Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se seznamte s úplnou informací o přípravku.**

ZENTIVA

Ze středečního programu vybíráme

- Jedna z pracovních skupin, která je na pořadu dne, se sejde v 8.30 hod. v Rotundě pavilonu A. Zaměří se na **arytmie a trvalou kardiostimulaci**.
- **Proběhne veřejná oponentura** nových/inovovaných Doporučení pro léčbu České kardiologické společnosti.
- Po přestávce od 11 hod. se sejde **PS Srdeční selhání Aktualizace doporučení pro diagnostiku a léčbu chronického srdečního selhání** (ECS guidelines 2005).
- V sále Morava od 8.30 hod. PS Echokardiografie se bude zabývat Výzkumem echokardiografie u nekardiálních chirurgických výkonů u kardiaků.
- **PS Echokardiografie** – Vybrané kapitoly z echokardiografie u aortálních vad.
- Po přestávce od 10.30 hod. se budou zabývat tématem „**Vzácnější postižení myokardu: úloha echokardiografie**“.
- **PS Kardiovaskulární farmakoterapie** svolává přehledový blok do hlavního sálu pavilonu E od 8.30 hod. Po přestávce od 11.00 hod. **PS Interventní kardiologie** organizuje téma Autotransplantace kmenových buněk v léčbě ICHS. V tomto bloku zazní 2 oponentury PRO (J. Meluzín), PROTI (P. Widimský).

Pozvání na dnešní Galavečer – Kongresový sál hotelu Voroněž

Dnešním slavnostním galavečerem nás provede čerstvý držitel dvou prestižních ocenění TýTý v kategorii Moderátor soutěžních a zábavných programů a Pořad roku, jímž se stal zábavný pořad ČT 1 **moderovaný** našim dnešním hostem **Vladimírem Hronem**. Jeho One Man Show díky „muži mnoha tváří“ v tom nejlepší smyslu slova je příslibem skvělé večerní zábavy i nálady.

Pro zranění předem avizované mladé houslistky Jany Procházkové dochází ke změně programu. Jsme přesvědčeni, že umění Terezy Mátlové přispěje k hlubokému prožitku po ukončení dnešního náročného pracovního dne. Dodejme jen, že Tereza Mátlová vystudovala hru na flétnu a klavír a po studiu zpěvu, zaměřeného na barokní hudbu, vystudovala zpěv na AMU u profesorky Hudecové. Zúčastnila se řady mistrovských kurzů v tuzemsku i zahraničí.