S J E Z D O V É
N O V I N Y
2. sjezd České asociace ambulantních kardiologů
Olomouc, Clarion Congress Hotel

Rozhovor s předsedkyní České asociace ambulantních kardiologů

MUDr. Hana Skalická, CSc., FESC

SN Jak byste zhodnotila uplynulý rok z pozice předsedkyně ČAAMK?
ČAAMK má za sebou úplné začátky, učíme se tvořivě pracovat v současných podmínkách. Připravujeme podklady pro naše setkávání. Veškeré informace o uskutečněných, proběhlých nebo připravovaných aktivitách jsou dostupné na webových stránkách v oddělení naší asociace. Většinu odprednesených sdělení v rámci naší asociace (se souhlasem autora) je možné stáhnout v PDF formátu. Chystáme možnost přípravy rychlé komunikace se všemi členy asociace, rovněž cestou webu ČKS, dotazy a řešení problémů, návrhy pro zlepšení naší práce. Byli bychom rádi, kdyby se členové asociace podíleli s námi na vytváření společných akcí – každá informace, zvláště negativní, je velmi cenná a určitě s ní budeme pracovat.

SN Jaké plánujete odborné aktivity ČAAMK v budoucnu?
Naše setkávání mají velkou cenu, neboť ve svých ordinacích pracujeme samostatně, dá se říci odděleně od celého světa (do určité míry ve značné izolaci), obvykle bez pomoci a rychle získané rady. Musíme se naučit tento problém překročit, komunikovat a řešit problémy, s nimiž každodenně bojujeme. Většina současných problémů není problémem jednotlivce, ale vychází ze systémových úprav a nařízení. Společným včasným sdělením postřehů bychom si mohli vzájemně odlehčit od tíživých břemen naší práce. Tady se právě nabízí komunikace cestou webu ČKS, na níž jako výbor ČAAMK začínáme pracovat.

SN Jak budete zastoupeni na letošním Výročním sjezdu ČKS?
Obdobně jako ostatní asociace a pracovní skupiny ČKS připravujeme prezentace, které oslovují vel-

Pokračování na straně 2

Rozhovor s předsedou České kardiologické společnosti

prof. MUDr. Miloš Táborský, Ph.D., FESC, MBA

SN Aktivně jste stál za vznikem České asociace ambulantních kardiologů a maximálně podporujete jejich činnost. Jak byste zhodnotil činnost ČAAMK za poslední rok z pozice předsedy České kardiologické společnosti? Jak je činnost ČAAMK vnímána výborem ČKS?
Celý proces transformace probíhal tak, jak jsem si představoval včetně vzdělávacího programu orientovaného na ambulantní kardiologii. Na druhé straně jsou zde aspekty ekonomické, které nejsou v ambulantní sféře ideálně nastavené. Každopádně asociaci můžeme chápat jako funkční jednotku, která je nedílnou součástí České kardiologické společnosti. Na tomto místě bych rád poděkoval doktorce Skalické za její činnost a všem členům výboru ČAAMK za jejich aktivitu. Na druhou stranu mohu potvrdit kontinuální podporu ze strany výboru ČKS.

SN Páteřní vzdělávací akcí ČKS je Výroční sjezd v Brně. Osobně podporujete i regionální vzdělávací akce typu „olomoucké road-show“, kde seznamujete lékaře v regionu s novinkami. V tomto kontextu je dobré zmínit i publikaci „Manuál ambulantního specialisty – kardiologa“, kde jste byl, spolu s paní doktorkou Skalickou, hlavními editory. Jaká očekávání máte od ambulantních kardiologů v oblasti postgraduálního vzdělávání a vědecko-výzkumné činnosti?
Ambulantní kardiologové jsou významnou součástí našich vzdělávacích celostátních i regionálních akcí. Moje vize je jednoznačná v tom, že postupně začnou stále více nabývat na významu elektronické formy vzdělávání. Česká kardiologická

Pokračování na straně 2

inzerce

COSYREL®
bisoprolol fumarát / perindopril arginin

Pokračování ze strany 1

ké spektrum lékařů. Od ostatních se lišíme především snahou o postižení kardiálních onemocnění v souvislostech a vazbách nejen na úrovni kardiologické subspecializace, ale i v dalších mezioborových souvislostech. Tradičně připravujeme 90minutový blok kazuistik, jak se s nimi setkáváme v našich ambulancích. Dalším blokem se vracíme k problematice předoperační příprav našich pacientů, perioperační problematice, letos rozšířené o to, jak připravit nemocné s implantovanými stimulátory a ICD a jak na naši práci navazují anesteziologové.

SN Jak se Vás dotýkají změny v souvislosti s e-Health (e-Rp, e--Neschopenka aj.)?

Změny v souvislosti s e-health se dotýkají členů ČAAMK, a to ve větší míře než lékařů pracujících v nemocnicích. Zákonných povinností v souvislosti s elektronizací zdravotnictví přibývá a obvykle ještě s hrozbou sankcí. Pro nás to znamená zajistit změnu softwaru a technika, který přizpůsobí systém novým požadavkům. Jen málo lékařů je schopných toto zajistit svými silami. S finančními náklady na tyto kroky nebylo počítáno v kalkulačních listech ani v režii na provoz zdravotnického zařízení. Nepřímo neustále podporujeme dobrovolně či nedobrovolně zdravotnictví ze svých prostředků.

SN Jak hodnotíte spolupráci nemocničních a ambulantních kardiologů?

Spolupráce je pořád velmi obtížná, nemocniční lékaři mají pocit, že ambulance zejí prázdnotou a ambulantní specialista má čas řešit úplně veškeré problémy nemocných, často doporučují postupy z ambulance neřešitelné, např. objednání MR (aniž by znali dostupnost), doporučují NOAK všem nemocným bez znalosti podmínek úhrady. Naopak ambulantním lékařům je vyčítáno, že posílají pacienty do nemocnice zbytečně, bez dostatečné dokumentace. Bez oboustranné velké dávky tolerance jsou tyto spory neřešitelné.

SN Setkáváme se u příležitosti 2. sjezdu ČAAMK v Olomouci. Co bylo při přípravě Sjezdu ČAAMK nejtěžší?

Naším cílem je zahájit nový rok opravdu aktualizovaným přístupem ke všem kardiologickým diagnostickým a léčebným postupům, a to v relativně krátkém čase našeho dvoudenního setkání.

Sestavení programu předchází průběžné sledování evropských doporučení a výsledků farmakologických studií. S následným požádáním našich nejlepších specialistů v dané oblasti o přípravu bloku a jednotlivých sdělení. Vzhledem k velkému pracovnímu vytížení přednášejících, je třeba zahájit přípravu s velkým časovým předstihem.

SN V jakých odborných aktivitách (domácích či zahraničních) je zapojena ČAAMK?

Naše asociace spolupracuje s ESC prostřednictvím „Council for Cardiology Practice", jehož současným předsedou je Dr. Riccardo Asteggiano FESC. V současném výboru tohoto CCP nás zastupuje dr. Svítil. Loňského brněnského sjezdu ČKS se Dr. Aspeggiano zúčastnil, byl hostem naší asociace a přednesl sdělení týkající se sledování nemocných po TAVI v kardiologických ambulancích. Dr. Svítil opakovaně reprezentoval naši asociaci přednáškami v rámci Councilu for Cardiology Practice při ESC, jeho důležitá úloha je zastupovat naší asociaci v rámci evropské kardiologické společnosti, za což mu patří poděkování.

Naše asociace spolupracuje průběžně se všemi asociacemi a pracovními skupinami ČKS. Tyto asociace a pracovní skupiny se stávají naší součástí v rámci našeho sjezdu, neboť po nich požadujeme aktualizace informací přizpůsobené ambulantní kardiologii. Předkládáme tak naši členům průběžně novinky a nová doporučení v rámci kardiologických subspecializací. Pro letošní rok je to Česká asociace akutní kardiologie, Česká asociace pro arytmie, pracovní skupina farmakoterapie, pracovní skupina kardiorehabilitace a Společnost pro aterosklerózu, které jsme o tuto nejužší spolupráci požádali.

Pozvánku na Sjezd ČAAMK dostali také internisté a praktičtí lékaři.

Domnívám se, že i pro lékaře internisty a praktické lékaře je náš sjezd posilující, pojetí „kardiologického updatu" přináší nový pohled na aktuální kardiologickou problematiku s upozorněním na záludnosti diagnostiky a novinek v terapiích. Naší snahou je posílit komunikaci mezi praktickými lékaři, internisty s ambulantními kardiology, aby byli pacienti racionálně podchyceni a odesílání do našich ambulancí

Pokračování na straně 3

Pokračování ze strany 1

společnost v této době shodou okolností vybavuje své kanceláře veškerou technikou pro webináře a zahajujeme v průběhu února, března zkušební provoz tohoto vybavení. Každá asociace i pracovní skupina ČKS má možnost si vytvořit vlastní seminář, distribuovat jej mezi své členy a pozvat si své hosty. Tuto formu vzdělávání považuji za velice efektivní, protože součástí tohoto vzdělávání jsou i zkušební testy, které bychom chtěli certifikovat, aby byly součástí postgraduálního vzdělávání.

SN Ohledně postgraduální přípravy kardiologů – jsou vedeni k ambulantní kardiologické péči?

Za výbor ČKS mohu konstatovat, že velice citlivě vnímáme nedostatek mladých erudovaných kardiologů a že současná generace šedesátníků, sedmdesátníků bude muset být v krátké době nahrazena novými mladými perspektivními nástupci. Snažíme se z hlediska vzdělávání o to, aby došlo k určitému zjednodušení kardiologické přípravy, eventuálně i k mírnému zkrácení tak, aby byla lepší dostupnost. Důkazem toho je, že v roce 2017 atestovalo úspěšně téměř 60 mladých kardiologů, přesně jich bylo 59. Zdůrazňuji „úspěšně", protože naším cílem je, abychom přivedli do praxe kolem 60 mladých kardiologů každým rokem. Ne každý z mladých kardiologů bude pracovat v Kardiocentru, ale mnoho z nich se zapojí do ambulatní kardiologické praxe, kterou budou vykonávat kvalitně vykonávanou podle posledních odborných poznatků.

SN V loňském roce jste zmiňoval určitou asymetrii v dostupnosti kardiologické péče (Jihočeský, Olomoucký či Západočeský kraj). Rok je v tomto ohledu jistě krátká doba, ale jsou náznaky ze strany plátců zdravotní péče tuto disproporci řešit?

Výbor ČKS vnímá, že dochází k postupnému zlepšování, ale je to také na základě našich edukačních programů, na které reaguje většina kardiologů pozitivně, ať to jsou novinky ve farmakoterapii či nové nefarmakologické léčbě. Tím vzniká lepší dostupnost kardiologické péče, ale je to běh na dlouhou trať. Jako příklad mohu uvést zahájení činnosti implantace ICD v Krajské nemocnici v Jihlavě, z čehož mám velkou radost, protože je to opět krok ke zkvalitnění naší péče. Ale máme před sebou také úkoly, například z oblasti elektrofyziologie, kdy plánujeme otevřít v roce 2019 nové ICD centrum v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Velký důraz klademe na interdisciplinární spolupráci, kde může být příkladem kardio--diabetologie, což je velice praktická záležitost pro každou kardiologickou praxi. Tuto oblast má na starosti profesor Linhart. Dále mohu jmenovat sportovní kardiologii, kardio-gerontologii, která reflektuje problém starších pacientů kardiaků, kde evidujeme každoroční nárůst pacientů.

SN Ambulantní sektor zaznamenává zvýšené finanční nároky na provoz ambulancí (např. pravidelné BTK kontroly, e--recepty, e-neschopenky, nároky na mzdy sester), které jsou často podpořeny legislativně a nebylo s nimi počítáno při při tvorbě úhrady výkonů ani při platbách za režii.

Osobně si myslím, že ambulantní kardiologická sféra je na tom nejhůř, protože všechny úhradové vyhlášky minulých let akcentovaly mírný nárůst úhrad zdravotní péče v nemocnicích – konkrétně v Kardiocentrech a bohužel nedocházelo k nárůstu plateb v oblasti ambulantní. Proto je jedním z našich úkolů zlepšovat ekonomickou situaci kardiologické ambulatní sféry. Pro každou kardiologickou ambulance se zvyšují nároky z hlediska nových elektronických prvků ve zdravotnictví, ať jsou to e-Recepty, e-Neschpenky nebo zatím pozastavená EET pokladna. Také je nutno vzít v úvahu platy sester, které jsou v ambulatní oblasti velmi žádané. Také průměrné platy ambulantních kardiologů jsou dnes relativně nižší než kardiologů v Kardiocentrech. Na všechny uvedené aspekty musíme v budoucnu zaměřit také naši pozornost.

SN A lze nalézt jiné zdroje financování ambulantní péče?

Pokračování na straně 3

Dokončení ze strany 2

a následně do Kardiocenter tak, jak vyžaduje jejich zdravotní stav a odpovídá současným možnostem medicíny.

SN Jak hodnotíte mezioborovou spolupráci? V čem vidíte prostor pro zlepšení?
Mezioborová spolupráce je jeden z nejtěžších úkolů medicíny. Zaujetí specialistů ke svému problému obvykle přesahuje rámec snadné komunikace. To znamená, že v případě polymorbidních pacientů se řešení přesouvá mezi lékaři a stanovení priorit se v některých případech stává téměř neřešitelným úkolem. Za sebe se domnívám, že jediným spojovacím článkem musí být praktický lékař, jeho práce je závislá na kvalitě podkladů od všech spolupracujících lékařů.

SN Co byste ráda vzkázala svým členům či ostatním ambulantním kardiologům?
Děkuji všem, kteří si našli čas a olomoucký sjezd navštívili. Považuji to za formu podpory a důvěry v práci celého výboru ČAAMK.
Za sebe bych si přála, aby každé setkání bylo přínosné jak ve smyslu odborného růstu, tak posílení osobních vztahů umožňující komunikaci, přesahující běžný rozměr setkání.

Na otázky SN odpovídala
MUDr. Hana Skalická, CSc., FESC
předsedkyně
České asociace ambulantních kardiologů

Dokončení ze strany 2

Nemůžeme spoléhat na alternativní způsoby financování. Je třeba najít správný systémový model financovaný plátci zdravotní péče. Například ambulantní sektor by měl mít jiný výpočet z úhradové vyhlášky, aby zohlednil určitý prospektivní růst, například o 2–4 % ročně, což by bylo významné pro každou kardiologickou ambulanci.

SN Co byste vzkázal nebo popřál členům České asociace ambulantních kardiologů?
Především bych chtěl poděkovat za jejich dosavadní aktivitu, popřát ji, aby byli i nadále stejně aktivní a podporovali i činnost České kardiologické společnosti, která se jim snaží vytvářet lepší podmínky pro jejich každodenní činnost. Naším společným cílem je především zlepšení ekonomické situace, jelikož po odborné stránce jsme na velmi dobré úrovni.

Na otázky SN odpovídal
prof. MUDr. Miloš Táborský, Ph.D., FESC, MBA
předseda České kardiologické společnosti

ČESKÁ KARDIOLOGICKÁ SPOLEČNOST

Arytmologie

prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc., FESC

Vaším klinickým i výzkumným zájmem jsou katetrizační ablace srdečních arytmií a srdeční resynchronizační léčba, kde i Vaše pracoviště zaujímá čelní postavení v počtu výkonů katetrizačních ablací pro arytmie.

SN Jaká jsou nejčastější úskalí komorových arytmií a čemu by měl věnovat ambulantní kardiolog v této souvislosti zvýšenou pozornost?
Komorové arytmie představují široké spektrum stavů s různou manifestací a klinickou i prognostickou závažností. Za nejčastější úskalí považuji to, že mnoho lékařů si není jisto jak má pacienty s komorovými arytmiemi vyšetřovat a léčit. V řadě případů vyšetřují pacienty zbytečně, jindy naopak nejsou nemocní s podezřením na strukturní postižení srdce vyšetřeni dostatečně. U typických případů fokální ektopie nebo idiopatické komorové tachykardie (např. z výtokových traktů komor) stačí obvykle anamnéza a echokardiografické vyšetření. Důležité je rozhodnout, zda se mají tito pacienti léčit – pokud nemají potíže a mají normální funkci levé komory, není to potřeba. To vše je na rozhodnutí ambulantního kardiologa. Je také důležité rozpoznat elektrické abnormality svědčící pro primární elektrické syndromy (např. prodloužení intervalu QT nebo obraz odpovídající syndromu Brugadových). V případech hemodynamicky závažných arytmií nebo dokonce oběhové zástavy je nutno komplexní vyšetření za hospitalizace, včetně koronarografie, magnetické rezonance nebo genetického vyšetření. Takoví nemocní skončí téměř vždy s implantabilním kardioverterem-defibrilátorem. Pokud mají opakované terapie nebo dokonce elektrickou bouři, měli by být optimálně referováni do centra specializovaného na katetrizační ablace komorových arytmií.

SN V diagnostice komorových arytmií je kromě klinického vyšetření používáno celé spektrum dalších metod, hlavně EKG, echokardiografie a selektivní koronarografie. Jsou všechny diagnostické metody dostatečně využívány?
Některé jsou obecně nadužívány (například selektivní koronarografie v případech rekurentní monomorfní komorové tachykardie by neměla být prováděna pokud není jiná indikace). Jiné jsou možná využívány méně než by mohly být nebo nejsou vyšetření provedena dobře. Příkladem je magnetická rezonance srdce. Také se často zapomíná na možnost genetického vyšetření, zejména u mladších nemocných s kardiomyopatiemi nebo podezřením na primární elektrické syndromy.

SN Jsou pacienti s komorovými arytmiemi včas diagnostikováni a případně referováni do center? Jaká informace je zásadní pro lékaře kardiocentra od ambulantního kardiologa?
Těžko lze situaci generalizovat. Máme spolupracující kardiology, kteří odesílají správně pacienty, kterým by měla být provedena některá z intervencí. Najdou se ale kardiologové, kteří léčí zbytečně amiodaronem idiopatické komorové arytmie, které nečiní nemocnému žádné potíže. Jsou lékaři, kteří nepomýšlí na možnost arytmií indukované kardiomyopatie při dysfunkci levé komory a komorových arytmiích a odešlou nemocného k implantaci ICD. Jiní lékaři přístroj bez rozmyslu naimplantují, přestože lze v takových případech situaci vyřešit katetrizační ablací komorové arytmie. Zásadní jsou informace anamnestické, případně přehled vývoje funkce levé komory srdeční v průběhu sledování a také EKG dokumentace (pokud je arytmie zachycena na EKG, má být vždy odeslána do kardiocentra i kopie EKG křivky).

SN V léčbě pacientů s komorovými arytmiemi je využívána také farmakologická léčba. Lze očekávat nějaké novinky?
Obávám se, že nikoliv. Dá se říci, že neexistuje antiarytmikum, které by dlouhodobě zlepšovalo prognózu nemocných s komorovými arytmiemi. Antiarytmika by měla zůstat vyhrazená pro léčbu závažných recidivujících komorových arytmií, a to spíše do doby než bude možno provést nějakou intervenci.

SN Pro jaké procento pacientů s komorovými arytmiemi je vhodný implantabilní kardioverter a radiofrekvenční ablace?
Přesné procento lze těžko odhadnout, protože skutečný výskyt komorových arytmií v populaci není známý a liší se zásadně podle přítomnosti nebo chybění srdečních onemocnění. U setrvalých forem arytmií převažují jednoznačně ty, které provázejí organické srdeční onemocnění. Naprostou většinu idiopatických komorových arytmií lze vyléčit katetrizační ablací, a proto by jí měla být dána vždy přednost před dlouhodobou farmakoterapií. U nemocných s organickým srdečním onemocněním a recidivami komorové tachykardie, zejména při dysfunkci levé komory je indikována implantace ICD. Nicméně, opakované terapie z ICD by měly opět představovat indikaci ke katetrizační ablaci ve specializovaném centru. Ukazuje se, že včasná ablace může snížit pravděpodobnost dalších recidiv a zlepšit prognózu nemocných. Ta však primárně závisí na závažnosti srdečního onemocnění a přidružených onemocněních.

Na otázky SN odpovídal
prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc., FESC,
přednosta
Kliniky kardiologie IKEM

Lékové interakce a farmakogenetika v kardiovaskulární farmakoterapii

prof. MUDr. Jan Bultas, CSc.

SN S jakými typy lékových interakcí se setkáváme v ordinaci ambulantního kardiologa?

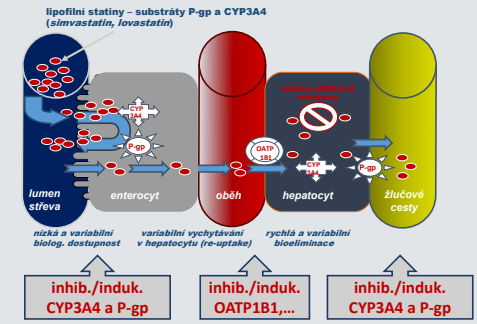
Nejprve nutno předeslat, že riziko lékových interakcí exponenciálně stoupá s počtem užívaných léčiv. V kardiologii, kde často léčíme seniory s více chorobami, je polyfarmacie běžná. Při současném podávání 5 až 8 léčiv, což je běžná praxe u polymorbidního nemocného, se riziko lékových interakcí pohybuje kolem 10 %. Naštěstí jen malá část z nich je klinicky významná a skutečně nemocného ohrožuje.

Lékové interakce lze rozdělit podle charakteru – na *famakodynamické* a *farmakokinetické*. Prvý typ, kdy se sčítá, výsledný efekt léčiv dobře předpovídáme. Sem patří například zvýšení rizika krvácení při kombinaci protidestičkových léčiv a antikoagulancií či převodních poruch při léčbě betablokátory s antiarytmiky. Tyto typy lékových interakcí zkušený kardiolog anticipuje a zde nebývá problém.

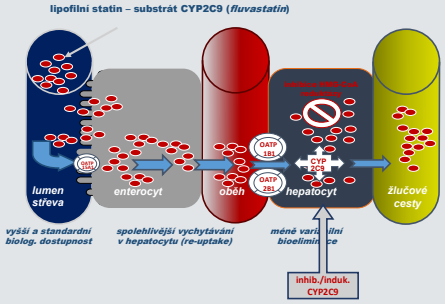
V praxi jsou daleko významnější lékové interakce na bázi vzájemného ovlivnění biologické dostupnosti, biotransformace a eliminace léčivy, tedy interakce farmakokinetické. Přestup přes biologické membrány většiny léčiv je kontrolován systémem influxních a efluxních transportérů, transformace pak oxidázami v rámci izoenzymů CYP či transferázami, které modifikují molekulu vnesením hydrofilní skupiny (zejména glukuronidové). Jednotlivá léčiva mohou na transportních a metabolických systémech soutěžit, mohou je inhibovat či aktivovat. Právě inhibice a aktivace bývají klinicky významné. Přehled substrátů, aktivátorů a inhibitorů je pro ambulantního kardiologa běžně dostupný, například je již léta součástí BREVÍŘE Kardiologie/Angiologie.

Farmakokinetiku ovlivňuje též *genetická výbava* – většina transportních a metabolických systémů je polymorfních a v populaci se běžně setkáváme s osobami s jednou či dvěma inaktivními alelami či dokonce s multiplikací alel, rozeznáváme tak pomalé, střední a rychlé metabolizátory. *Farmakogenetika* tak ovlivňuje jak expozici léku, tak i riziko lékové interakce. Příkladem jsou osoby s vysokou aktivitou izoenzymu CYP2C9, který degraduje warfarin. U nich podáváme warfarin zpravidla ve vyšší dávce. Při inhibici oxidázy CYP2C9 např. amiodaronem, jsou nemocní ohroženi krvácením podstatně více, než pomalí metabolizátoři, kdy již aktivitu enzymu neovlivníme.

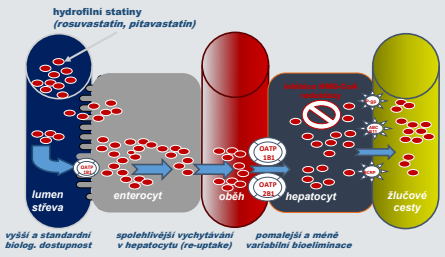
Absorpce, biotransformace a eliminace simvastatinu



Absorpce, biotransformace a eliminace fluvastatinu



Absorpce, biotransformace a eliminace rosuvastatinu



Praktický význam lékových a potravinových interakcí a farmakogenetiky je možno vysvětlit na příkladu statinů, jedné z nejčastěji užívaných léčiv v kardiologické praxi. Ve studii PRIMO či v recentní analýze výskytu nežádoucích účinků statinů (European Heart Journal, Volume 38, Issue 32, 21 August 2017) bylo doloženo, že léčba simvastatinem je spojena s několikanásobně vyšším výskytem myalgií/myopatií v porovnáním s léčbou rosuvastatinem a fluvastatinem. Proč tomu tak je? Příčin je několik. První vyplývá ze skutečnosti, že lipofilní statiny (simvastatin a lovastatin) jsou substráty efluxní pumpy glykoproteinu P (P-gp), která významně snižuje jejich biologickou dostupnost na 2–3 %. Inhibice P-gp, například řadou antiarytmik, verapamilem či antidepresivy, zásadním způsobem zvýší jejich biologickou dostupnost a jejich koncentrace stoupá asi desetinásobně. Atorvastatin, který je substrátem P-gp s nízkou afinitou má dostupnost kolem 20% a při inhibici P-gp je tak expozice zvýšena pouze na dvoj- až trojnásobek. Koncentrace rosuvastatinu či fluvastatinu, které nejsou substráty P-gp pak ovlivněna není. V další fázi je vstup statinů do hepatocytu, tedy do místa působení, facilitován influxními pumpami typu OATP (Arganic Aniont Transporting Polypeptide). V hepatocytu dochází k inhibici hydroxymetylglutaryl CoA-reduktázy a snížení syntézy cholesterolu a současně k eliminaci statinu do žluče. U simvastatinu, jehož vstup do hepatocytu je usnadněn pouze jedním typem pumpy (OATP1B1) tak při inhibici pumpy (např. telmisartanem) či při inaktivitě obou alel vázne eliminace statinu a výskyt myalgií/myopatií stoupá více než desetinásobně. Expozice rosuvastatini či fluvastatinu, substrátů více influxních, vzájemně se zastupujících pump, ovlivněna není a výskyt nežádoucích účinků je proto podstatně nižší (obr. 1 až 3).

Podobných příkladů je mnoho, přehled významných lékových interakcí základních lékových skupin je podán v přednášce.

SN Lze pozorovat výrazné zvýšení lékových interakcí s masivním nástupem NOAC do kardiovaskulární farmakoterapie?

Je pravdou, že v některých zemích, konkrétně v Austrálii/Novém Zélandu byl s nástupem přímých perorálních antikoagulancií zaznamenán vyšší výskyt krvácení, zejména krvácení do trávicího traktu. Regulační orgány tehdy jako jednu z příčin odhalily nerespektování kontraindikací souběžného podávání některých léčiv. Nicméně v Evropě tento fenomén zaznamenán nebyl.

Obecně lze říci, že v porovnání s warfarinem mají přímá antikoagulancia potenciál pro vznik lékových interakcí menší. Praktický význam má silná inhibice P-gp při léčbě dabigatran etexilátem, neboť významně stoupá biologická dostupnost léčiva či silná inhibice P-gp a CYP3A4 při léčbě apixa-

Pokračování na straně 5

Dokončení ze strany 4

banem a rivaroxabanem, kdy klesá eliminace. Tyto kontraindikace respektujeme. Jinak to však může být při podávání středních inhibitorů, např. amiodaronu či verapamilu, které kontraindikovány nejsou. Zde koncentrace přímých perorálních antikoagulancií stoupá jen o 50, maximálně o 100 %, což je na hranici klinického významu. Když však přistupuje další faktor zvyšující expozici, např. nižší hmotnost či snížení renálních funkcí, může i takovéto „hraniční" zvýšení vést ke krvácivým projevům.

SN Je aktivní snaha lékáren upozorňovat pacienty na nevhodné kombinace léků přínosem nebo spíš komplikací pro lékaře (např. současného podávání warfarinu a amiodaronu)?

Úsilí farmaceutů snížit výskyt nežádoucích účinků farmakoterapie je jistě pochopitelný a je jej nutno jen přivítat. Farmaceuti mají přece jen větší znalosti o působení léků a o riziku interakcí než většina kliniků. Na druhé straně však lékař má řadu vlastních zkušeností, a má-li i teoretické znalosti, pak odhadne lépe klinický význam případné lékové interakce. Na Vámi uvedeném příkladu současného podávání warfarinu a amiodaronu lze demonstrovat, že prostý vztah zvýšení expozice warfarinu při nasazení amiodaronu není tak jednoduchý a přímočarý. Amiodaron inhibuje biodegradaci S-warfarinu (oxidázou CYP2C9), ale již méně R-warfarinu. Inhibice CYP2C9 se projeví částečně u středních a významně u rychlých metabolizátorů (kterých je v populaci méně). Navíc u amiodaronu –léku s poločasem plasmatické eliminace kolem 50 dnů a s velmi vysokou distribucí do tukové tkáně – se hladina zvyšuje, resp. snižuje velmi pozvolna. Léková interakce (zvýšení či snížení hodnoty INR) se tak projeví až s odstupem řady týdnů či dokonce měsíců. Prosté konstatování život ohrožující lékové interakce tak spíše nemocného vyděsí, než by bylo přínosem. Naštěstí s obdobnou informací pacienta ze stran farmaceuta se setkáváme jen vzácně.

SN Jakým lékovým interakcím v kardiovaskulární farmakoterapii by měla být věnována větší pozornost?

Zcela jistě je nutno respektovat lékové interakce u léčiv ovlivňujících důležité funkce (například srdeční akci či hemostázu) nebo mající toxický efekt (např. cytostatika). Typickým příkladem je digoxin, léčivo s velmi úzkým terapeutickým oknem. Při plasmatické koncentraci pod 0,5 ng/ml efekt selhává, naopak při koncentraci nad 0,9 ng/ml se objevují maligní arytmie a stoupá mortalita. Digoxin je substrátem P-gp a inhibice této influxní pumpy násobně zvyšuje koncentraci digoxinu. Zde může léková interakce bezprostředně nemocného ohrozit. Obdobným příkladem z kardiologické praxe je kombinace řady antiarytmik (zejm. amiodaronu a propafenonu), substrátů izoenzymu CYP2D6 s inhibitory této oxidázy ze skupiny psychofarmak. Obdobných příkladů, třeba z oblasti antitrombotik, je možno uvést řadu, nicméně to je již nad rozsah tohoto rozhovoru.

Na otázky SN odpovídal
prof. MUDr. Jan Bultas, CSc.,
přednosta Ústavu farmakologie
3. lékařské fakulty UK

PS Kardiovaskulární rehabilitace

prof. MUDr. Eliška Sovová, PhD., MBA

SN Jaký je současný stav ambulantní kardiorehabilitace v ČR? Jaké jsou novinky?

Kardiorehabilitace je stále Popelkou v kardiologii. Existují pouze ojedinělá pracoviště, která se komplexní rehabilitací zabývají. Proč tomu tak je, má několik příčin a to zejména špatné financování této péče, až po špatnou compliance nejen pacientů, ale i lékařů. Kardiorehabilitace má být komplexní přístup a tak se má věnovat nejen předpisu a provádění pohybové aktivity, ale má se věnovat i otázce kouření, nadváhy a obezity a psychologickým faktorům. Novinkou v poslední době je zejména možnost použití nejrůznějších možností monitorace pacientů pomocí vyspělých technologií.

SN Jak byste hodnotila spolupráci nemocničních a ambulantních kardiologů v souvislosti s kardiovaskulární rehabilitací?

Spolupráce je velmi individuální a záleží hlavně na osobních vztazích mezi vedením kardiocentra a ambulantním kardiologem. Musíme zde ale připomenout, že ač by se zdálo, že síť ambulantních kardiologů je početně velká, v našem okolí se na termín ke kardiologovi čeká až tři měsíce. Navíc existuje pouze minimum kardiologů, kteří by měli vybavený prostor a ambulantní rehabilitaci prováděli. I když existuje kod pro pojišťovny, ne všichni ho mají nasmlouvaný, i když o něj zažádali. Navíc dobře prováděná rehabilitace vyžaduje zaměstnat fyzioterapeuta, což udělá málokdo. Když k tomu připočteme to, že ne všichni kardiologové věří léčebné síle pohybu, tak to podle toho s kardiorehabilitací v ČR vypadá.

SN Na co by měl ambulantní kardiolog myslet resp. na co se nejčastěji nemyslí při kardiorehabilitaci?

Dobře vedená kardiorehabilitace je komplexní a individuální, šitá na míru každému pacientovi. Věnuje se nejen pohybu, ale i zhodnocení jídelníčku, spolupracuje s Centrem pro odvykání kouření a má dobrého psychologa.

SN Jaké místo zaujímá lázeňská léčba v současné kardiorehabilitaci?

V České republice je lázeňská péče nedílnou součástí kardiovaskulární rehabilitace. Jsem ráda, že lázně celkem s úspěchem přežily snížení úhrad od pojišťoven a že poskytují zásadní péči u pacientů po infarktu myokardu a po kardiochirurgických operacích. Je jen škoda, že pojišťovny již nehradí jednou za život preventivní program, se kterým jsme měli velmi dobré zkušenosti.

SN Jaké jsou výsledky kardiovaskulární rehabilitace na Vašem pracovišti?

I na našem pracovišti trochu bojujeme s nezájmem našich kolegů na kardiologii, což je hlavně pro pacienta velká škoda. Snažíme se dělat kardiorehabilitaci komplexně tak, jak je to popsáno výše. Pacienti si při programu zvýší zdatnost, zhubnou i několik desítek kil, zbaví se třeba užívání léků, psycholog často odhalí příčinu stresu…

SN Jaké jsou možnosti kardiovaskulární rehabilitace v ambulanci kardiologa v budoucnu?

Prevence, kam kardiovaskulární rehabilitace patří, má velkou budoucnost. Naše vláda se zavázala plnit program WHO Zdraví 2020, kde pohybová aktivita patří k prioritám programu. Do budoucna se kardiorehabilitace bude provádět za telemonitorace a tím odpadnou některé limitace, které tyto možnosti omezují (finance, vzdálenost od centra…).

Na otázky SN odpovídala
prof. MUDr. Eliška Sovová, PhD., MBA
předsedkyně PS
Kardiovaskulární rehabilitace

PS Kardiovaskulární farmakoterapie

prof. MUDr. Jaromír Hradec, CSc., FESC

SN Jaké místo zaujímá farmakoterapie v ordinaci ambulantního kardiologa?

Mám-li odpovědět co nejstručněji, pak naprosto klíčové. Léčbě kardiovaskulárních nemocných je dnes velmi komplexní, její součástí jsou různá režimová opatření, bohatá paleta léků a celá řada nefarmakologických léčebných postupů včetně přístrojových a chirurgických. V centru zájmu ambulantního kardiologa ale nepochybně jsou léky. Naprostá většina léků, které v kardiologii používáme, je naštěstí „evidence based". To znamená, že o jejich prospěšnosti a bezpečnosti máme nezvratné důkazy v podobě výsledků velkých morbiditně/mortalitních studií. V kardiologii to považujeme za samozřejmost, ale zdaleka ne ve všech medicínských oborech tomu tak je.

SN Co považujete za zásadní farmakologické novinky v kardiologii za rok 2017?

Tou nejdůležitější farmakologickou novinkou roku 2017 je podle mne fakt, že SÚKL konečně stanovil podmínky a výši úhrady pro první duální inhibitor RAAS a neprilysinu, to je sacubitril/vaksartan (přípravek Entresto®). To je základním předpokladem toho, abychom mohli u stabilizovaných nemocných s HFrEF tento přípravek začít používat jako účinnější náhražku za inhibitor ACE, případně sartan.

Další novinkou roku 2017 je rozšíření spektra přímých perorálních antiokoagulancií (DOAC) o edoxaban. Jako čtvrtý DOAC na našem trhu to ale bude mít těžké.

Přestože máme u nás již přibližně rok registrovány dva přípravky ze skupiny inhibitorů PCSK9 (evolocumab a alirocumab), SÚKL stále těmto moderním a velmi účinným hypolipidemikům nestanovil výši a podmínky úhrady.

SN Jedním z témat přednáškového bloku je problematika užívání digoxinu. Jak často je využíván digoxin v kardiologických praxích? Na co se nejčastěji nemyslí při léčbě digoxinem?

Digoxin, kdysi jeden z nejčastěji používaných léků v léčbě srdečního selhání, se stal velmi kontroverzním lékem. Stále si udržuje svoje místo jako antiarytmikum využívané ke kontrole srdeční frekvence u nemocných s HFrEF a současně s tachyfibrilací síní. Ale i v této indikaci je dnes lékem první volby beta-blokátor, digoxin se přidává do kombinace pouze při nedostatečném účinku samotného beta-blokátoru. U nemocných se sinusovým rytmem je možné účinek digoxinu vyzkoušet u výrazně symptomatických nemocných s nízkou EF a dilatovanou komorou s cílem snížit riziko hospitalizací. Riziko obávaných intoxikací digitalisem je při nízkých denních dávkách, které v současnosti používáme (obvykle 0,125 mg) a monitorování plazmatické koncentrace, minimální.

Já se přiznám, že v posledních několika letech požívám digoxin u svých nemocných minimálně. Jak ale ukázalo hlasování při jednom z programových bloků o léčbě srdečního selhání při loňském výročním sjezdu ČKS, je obliba digoxinu mezi ambulantními kardiology stále pro mne překvapivě velká.

SN Jak je důležité znát podrobněji obsah SPC pro lékaře? Je tento dokument skutečně právně závazný?

SPC (z angl. summary of product characteristics), tedy souhrn údajů o léčivém přípravku, je povinný soubor informací, které musí výrobce, resp. distributor, poskytovat spolu s léčivem. SPC je základním zdrojem informací pro lékaře, farmaceuty a další odborné pracovníky ve zdravotnictví, v souladu s ním se pak musí připravovat veškeré další informační tiskoviny, např. příbalový leták, informace o léku v inzerátech aj. Jako součást registrační dokumentace je proto znění SPC právně závazné především pro držitele rozhodnutí o registraci, tedy pro farmaceutickou firmu, kterou chrání před případnými soudními procesy. Podle mého názoru ale není znění SPC právně závazné pro lékaře, který se může v léčbě nemocného od znění SPC a registrovaných indikací odchýlit, má-li k tomu důvod. Pak ale musí být schopen takovéto použití léčivého přípravku „off label" dobře zdůvodnit. V případě event. soudního procesu je právně závazné až rozhodnutí soudu. Nejsem ale právník, a proto opakuji, že to je moje vlastní interpretace. V podotázce se ptáte, jak nemocnému nasazovat kombinované léčivé přípravky, např. dvoj- až trojkombinace antihypertenziv. Domnívám se, že správné je (a je to i v souladu s SPC takovýchto kombinovaných přípravků) nejprve vyzkoušet vhodnou kombinaci přípravků a jejich dávek v podobě „monopřípravků" a teprve pak nemocného převést na fixní kombinaci.

SN Na jaké aktivity PS Kardiovaskulární farmakoterapie byste rád pozval ambulantní kardiology?

Především na programové bloky, které připravila PS Kardiovaskulární farmakoterapie na výroční sjezd ČKS v květnu v Brně. Tradičně to bude oblíbený blok HOTLINES, ve kterém budou představeny výsledky 9 nejzajímavějších a nejdůležitějších klinických studií, které byly publikovány v uplynulém roce. Nepochybně atraktivní budou také diskuze typu Pro a proti, tentokráte na dvě aktuální témata, a sice „Nahradí ARNI iACE/ARB v léčbě srdečního selhání?" a „Nastává soumrak aspirinu?" Doporučuji také programový blok nazvaný „Aktuality z kardiovaskulární farmakoterapie", ve kterém bude přehledovými referáty shrnuta problematika kardiotoxicity onkologické léčby, kardiotoxicity návykových látek, perspektivy hypolipidemické léčby a novinky v léčbě akutního srdečního selhání.

K výročnímu sjezdu ČKS také tradičně vyjde 2. číslo časopisu Remedia, které bude z valné většiny věnováno kardiologické problematice.

Na otázky SN odpovídal

prof. MUDr. Jaromír Hradec, CSc., FESC
III. interní klinika – klinika endokrinologie a metabolismu 1. LF UK a VFN

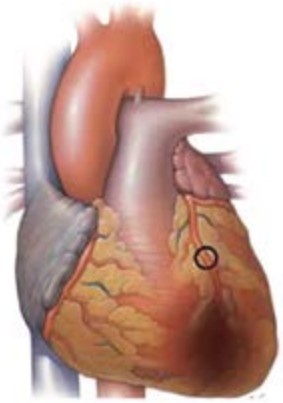
19.–20. ledna 2018, Clarion Hotel Olomouc

2. SJEZD
ČESKÉ ASOCIACE AMBULANTNÍCH KARDIOLOGŮ

Akutní koronární syndrom

SN Jaké jsou nejzásadnější změny v nových guidelines AKS 2017 – STEMI a DAPT?
Jako klíčové vidím zpřesnění definice k časovým intervalům, abychom mluvili všichni jedním jazykem; stanovení času 0, což je diagnóza STEMI, prodloužení času k volbě PCI jako primární strategie z 80 na 120 minut a ev. zkrácení doby na podání fibrinolýzy do 10 minut, pokud je indikována (v ČR vzácněji),- jako rutinní postup radiální přístup pro PCI, pokud je možný a rutinní používání DES. Dále doporučení SKG a PCI u nemocných po KPR pokud mají STEMI nebo vysokou pravděpodobnost ischemie myokardu jako příčinu zástavy srdce a provedení PCI u všech dalších významných stenóz koronárních tepen před propuštěním domů. Pokud se týká antitrombotické léčby, pak individualizovat léčbu zejména kombinovanou s antikoagulační léčbou dle poměru rizik ischemických a krvácivých a opakovaně stanovenou strategii v čase přehodnocovat dle aktuální situace.

SN Jaká je doporučená délka podávání antiagregace po AKS? Lze tuto dobu prodloužit?
Doporučená délka podávání DAPT po AKS je 12 měsíců bez ohledu na zvolenou léčebnou strategii – tj. PCI, CABG nebo pouze farmakologická léčba. U nemocných s vysokými riziky ischemické příhody, kteří dobře tolerovali DAPT po dobu 12 měsíců lze individuálně doporučit prodloužení.



SN Kdy je nutné zkrácení duální protidestičkové léčby?
DAPT by měla být vždy individualizovaná, t.j. u každého jedince zvážena rizika možných ischemických komplikací a krvácivých komplikací. Velmi důležité je tato rizika posuzovat v čase, popřípadě přehodnotit původní strategii v důsledku nových informací. Nutné zkrácení je právě při výskytu závažného krvácení.

SN Jak častý je switch mezi jednotlivými inhibitory P2Y12 a na co je třeba při záměně myslet?
My podobnou skutečnost známe již z doby zavádění clopidogrelu do praxe – před 15 lety lék Plavix (clopidogrel) stál přibližně stejně jako dnes Brilique – tedy byl vlastně ještě dražší. Tenkrát jsme věděli přibližně, že okolo 60–70 % nemocných ho přestane užívat z ekonomických důvodů. Snažili jsme se kontrolovat a přesvědčovat alespoň ty nejvíce rizikové pacienty. Pro switch mezi jednotlivými inhibitory P2Y12 z našeho pracoviště nemám data, ale četnost změny bude podobná jako uváděná ve studii Prague 18, tj. 35–45 %. Nejvíce ohroženi jsou právě ti nemocní, kteří mají vysoké riziko ischemických komplikací a těm je nutné věnovat zvýšenou pozornost. Tady je role ambulantnch kardiologů nezastupitelná.

SN Jakou máte zkušenost s podáváním duální protidestičkové léčby na Vašem pracovišti?
DAPT používáme u AKS na našem pracovišti v IKEM od publikování výsledků studie CURE, tedy od druhé poloviny roku 2001. Z mých zkušeností vyplývá, že častěji jsme řešili časně vzniklé závažné krvácivé komplikace. Závažné ischemické komplikace byly vzácnější, ale pokud se vyskytly, měly často fatální následky. Ty méně závažné se k nám ale nemusely dostat. Proto platí, že čím je účinnější antitrombotická léčba, tím je zároveň vyšší riziko krvácení a proto je nutné léčbu individualizovat a v čase přehodnocovat.

Na otázky SN odpovídal
doc. MUDr. Jiří Kettner, CSc., FESC
zástupce přednosty
Kliniky kardiologie IKEM

doc. MUDr. Vilém Danzig, Ph.D., FESC

Anketa pro člena výboru ČAAMK

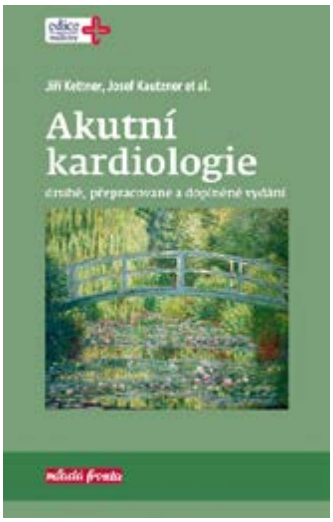
SN Je současná podoba Sjezdu ambulantních kardiologů optimální – dvoudenní „kardio-update“?
Dvoudenní formát sjezdu se mi jeví zcela optimální, ať chceme nebo nechceme, realita je taková, že pro mnohé ambulantní specialisty je pátek jediným trochu volnějším dnem, kterého je možno využít i ke vzdělávání a mnozí to tak činíme. Od pondělí do čtvrtka většina z nás tvrdě pracuje a extenze sjezdu do těchto dnů by byla problematická i s ohledem na pacienty. Současně myslím, že našemu povolání je třeba něco obětovat i z volného času, a to je právě ta sobota. Formát, kdy odkudkoliv z republiky stačí na sjezd vyrazit v pátek ráno a v sobotu večer být doma, se mi jeví ideálním. Aby to byl skutečně „kardio-update“ bychom myslím všichni chtěli, snažíme se o to a budeme snažit i nadále. I letos budou na sjezdu probírána nová doporučení z roku 2017, začátek roku je ideální dobou k prezentaci loňských novinek.

SN Jsou skutečně všichni ambulantní kardiologové včas informováni o nutných změnách ve vyšetřovacích postupech a terapii?
Určitě všichni o všem a ještě včas ne, to snad ani nejde, ale i olomoucké sjezdy by měly přispět k tomu, aby bylo informováno co nejvíce z nás o co nejvíce novinkách a to co nejdříve. Samozřejmě se všechno touto formou obsáhnout nedá a celoživotní samostudium k naší lékařské práci prostě patří. Nezastírám, že osobně mám jistou výhodu v tom, že jako ambulantní kardiolog z Kardiocentra se mi informace dostávají jaksi samospádem.

SN Kde spatřujete nenaplněný potenciál práce ambulantního kardiologa? Jaké jsou možnosti zapojení širšího spektra ambulantních kardiologů do společných akcí – je to využito?
Leckde. Směrem k centrovým kardiologům jednotlivých superspecializací, k ostatním ambulantním specialistům (osobně myslím, že by se mělo více spolupracovat s obecnými ambulantními internisty) i k praktickým lékařům. A v neposlední řadě k našim pacientům, jejich zájem o edukační aktivity je velký, ale ne vždy jsme schopni ho uspokojit. V rámci ČKS je spolupráce myslím dobrá a má stále zlepšující se trend, letos se do Brna chystají společné bloky, kupříkladu s Asociací zobrazovacích metod. Je to velká zásluha předsedkyně naší asociace MUDr. Skalické, která dbá o odpovídající podíl členů naší asociace při přípravě a vedení společných bloků. Věřím, že podobné projekty budou úspěšné a bude jich přibývat.

Na otázky SN odpovídal
doc. MUDr. Vilém Danzig, Ph.D., FESC
zástupce přednosty pro výuku
a vedoucí lékař Kardiologických ambulancí FP II. interní kliniky kardiologie a angiologie VFN a 1. LF UK

Akutní kardiologie – 2. vydání



SN Co bylo motivací k vytvoření 2. vydání publikace „Akutní kardiologie“?
Poněvadž první vydání knihy bylo během několika měsíců rozebráno, byli jsme vyzváni redakcí MF k vytvoření 2. vydání.

SN Kdo spolupracoval při tvorbě díla? Jaký byl autorský kolektiv?
Autorský kolektiv tvořili až na jednu výjimku lékaři z Kliniky kardiologie IKEM – ta jedna výjimka byla paní doktorka, která má velké zkušenosti s paliativní péčí, což je jedna z kapitol.

SN V čem spatřujete největší změny od 1. vydání?
Přesvědčil jsem redakci, aby se zvětšily obrázky a byly lépe čitelné než v 1. vydání, přidali jsme 3 zcela nové kapitoly – Elektrokardiografická diferenciální diagnostika arytmií, Náhlá srdeční smrt a Základy nutriční terapie v akutní kardiologii – doplnili jsme kapitolu Akutní kardiologie u těhotných o podrobnou a praktickou tabulku s uvedením bezpečných a naopak rizikových léků pro těhotné a další kapitoly o novinky za poslední rok.

SN Co bylo při psaní nejtěžší?
Mít nekonečnou trpělivost s opakovaným a velmi pečlivým čtením textů, což se odehrávalo většinou v nočních hodinách a ve dnech volna.

SN Jaké je členění publikace?
Knihu tvoří 22 kapitol vždy s tématem konkrétního kardiovaskulárního problému a přehledem nejužívanějších léků v akutní kardiologii, 23. kapitola je rozdělena na 12 podkapitol a zabývá se základními a nejčastějšími výkony a postupy v akutní kardiologii. Rychlá a přehledná orientace v diagnostice, diferenciální diagnostice, základní léčbě i následné léčbě včetně celé řady nefarmakologických postupů s definitivním řešením – to jsou hlavní přednosti knihy, která s touto problematikou a v tomto rozsahu na českém trhu dosud chyběla.

SN Jak dlouho publikace vznikala?
Od sestavení obsahu a přípravy vzorové kapitoly do konečné recence 1 rok intenzívní práce. Představa, že 2. vydání bude snazší, se ukázala jako velice mylná, nakonec jsme více či méně předělávali všechny kapitoly a další 3 zcela nové přidali, a tak práce trvala opět 1 rok.

SN Existuje v zahraničí literatura, kterou jste se nechal inspirovat?
Po pravdě řečeno jsem ani moc nehledal konkrétní inspiraci – věděl jsem, že chci dát dohromady knihu kapesního formátu, která bude umožňovat rychlé a přehledné řešení akutních situací. Takže nejvíce mne inspiroval vlastně můj notes do kapsy, kam jsem si mnoho let zapisoval různé postupy a poznámky.

SN Existuje v současnosti něco, co byste rád udělal v budoucnosti jinak?
Vždycky je co zlepšovat – po grafické i faktické stránce např. přehlednější schémata, lepší anebo nové obrázky, ale při filosofii zachování kapesního formátu jsou další grafické možnosti omezené. Nicméně jakoukoliv radu přijímám.

SN Komu byste primárně titul doporučil?
Kniha Akutní kardiologie v kapesním formátu je především klinicky zaměřená publikace s cílem praktického návodu k diagnostice a léčbě akutních kardiovaskulárních nemocí a je určena zejména pro lékaře pracující na koronárních jednotkách, jednotkách intenzívní péče, urgentních příjmech nemocnice, ale i lékařům na interních odděleních a všem, kdo mají zájem o kardiologii.

SN Na které části publikace byste rád upozornil ambulantní kardiology?
Každý ambulantní kardiolog se může setkat ve své ordinaci s akutní situací; právě proto, že je neřeší denně, je dobré mít „pomocníka“, a to tato kniha podle mého názoru je pro mnoho situací – např. první ošetření a podání léků, elektrokardiografická diagnostika arytmií, nejčastější problémy s kardiostimulátorem či defibrilátorem a řada dalších; navíc se z knihy dozví, jaký je doporučený následující postup v Kardiocentru a jeho definitivní řešení.

SN Závěrem, komu byste rád poděkoval?
Rád bych poděkoval všem spoluautorům za výbornou spolupráci a zejména spolueditorovi, prof. Kautznerovi, oběma recenzentům a prof. Staňkovi za úvodní slovo a v neposlední řadě mojí rodině, že to se mnou vydržela.

Na otázky SN odpovídal
doc. MUDr. Jiří Kettner, CSc., FESC

Anketa pro člena výboru ČAAMK

MUDr. Ivan Karel

SN Je současná podoba Sjezdu ambulantních kardiologů optimální – dvoudenní „kardio-update“?
Osobně se domnívám, že ano. Během těchto dvou dnů se dají stihnout horké novinky i zásadní změny, které se udály v posledním roce. Tento časový úsek je tak akorát, aby se probraly skutečně podstatné věci. Nevede to k tomu, že rozbředneme do okrajových informací. Navíc kombinace pátek a sobota je příznivá jak pro práci, tak i pro rodinu.

SN Jsou skutečně všichni ambulantní kardiologové včas informováni o nutných změnách ve vyšetřovacích postupech a terapii?
Každý český kardiolog, ať ambulantní nebo nemocniční, má plný přístup k informacím. Jedná se o webové stránky České kardiologické společnosti a samozřejmě i stránky jednotlivých asociací a pracovních skupin. Je zde vše, novinky ve vyšetřovacích postupech i léčbě, doporučené postupy i vybrané přednášky a prezentace. Vychází několik českých a mnoho zahraničních časopisů, „náš“ Cor et Vasa v tištěné i elektronické podobě. A když se podíváme na seznam akcí, které se v průběhu roku konají, tak si myslím, že si nikdo nemůže stěžovat na nedostatečný přístup k informacím. Stačí si jen vybrat.

SN Kde spatřujete nenaplněný potenciál práce ambulantního kardiologa? Jaké jsou možnosti zapojení širšího spektra ambulantních kardiologů do společných akcí – je to využito?
Stále se domnívám, že do ambulancí kardiologů se nedostávají vždy ti správní, tedy kardiologičtí pacienti. Někdy jsme zahrnováni „banalitami“ ve smyslu korekce krevního tlaku u pacienta na monoterapii a nedostanou se k nám pacienti s ICHS, s chlopenními vadami, arytmiemi. Zůstávají na cestě mezi nemocnicí, praktickým lékařem a internistou a nedostanou se až ke kardiologovi. Větší potenciál a zapojení ambulantních kardiologů, zejména těch, kteří pracují v samostatných ambulancích mimo nemocnice, vidím právě v užší spolupráci s Kardiocentry. Všichni se o to snažíme, většina z nás má osobní vazby na svá „předchozí pracoviště“ a z toho těžíme a získáváme profit pro naše pacienty. Přínosné jsou i společné akce - konference a sjezdy na kterých se dohromady podílí více asociací nebo pracovních skupin. Rovněž některé sekce na výročním květnovém sjezdu bývají pořádané společně více subjekty. Když se ohlédneme, můžeme s uspokojením shrnout, že spolupráce tu přeci jen je a to je rozhodující zejména pro ty, o které se staráme, pro naše pacienty.

Na otázky SN odpovídal
MUDr. Ivan Karel
člen výboru ČAAMK

Fyzioterapeuti kardiologům

DESATERO RAD PRO ECHOKARDIOGRAFISTU

1. Vždy se pokuste nastavit výšku židle a lehátka tak, abyste se k pacientovi museli ohýbat co nejméně. Někteří lékaři upřednostňují i sezení na lůžku těsně za pacientem, kdy se o něj mohou opřít.
2. Židle by měla být otočná a opatřena anatomicky vytvarovanou opěrkou zad, popř. si lékař může vypodložit bederní páteř srolovaným ručníkem/bederní opěrkou. Diskutabilní je provádění echokardiografie na židli na kolečkách. Taková židle je nestabilní a lékaři neumožní pevnou oporu.
3. U horní končetiny provádějící pohyb sondou si podložte loket malým polštářkem/ručníkem/polohovacím válcem. Získáte tak další opěrný bod a odlehčíte Vašemu loketnímu kloubu.
4. Sondu v ruce držte takovým způsobem, aby prsty nesvíraly sondu křečovitě a zápěstí se nevyvracelo příliš do krajních poloh (palmární, dorzální flexe).
5. Snažte se sedět vzpřímeně, temeno hlavy lehce vytahujte ke stropu, ramena držena od uší, lehce zpevněný střed těla tak, aby se napětí nepřenášelo do oblasti bederní páteře.
6. Dolní končetiny by měly být v ose, tedy nevyvracet kolena zevně ani dovnitř, nedávat nohu přes nohu
7. Výška židle by měla být taková, aby kyčle byly lehce výše než kolena.
8. Horní končetina pracující s PC by měla být opět měkce podložena pod zápěstím a předloktím.
9. Monitor by měl být ve výšce očí a umístěn tak, aby se minimalizovala rotace hlavy vyšetřujícího.
10. V práci i po pracovní době provádějte kompenzační cviky. Při přetrvávajících obtížích se obraťte fyzioterapeuta, který na základě komplexního vyšetření stanoví rehabilitační plán přesně pro Vás.

Nejčastější lokalizace obtíží jsou krční a bederní páteř, pletenec ramenní, loket, zápěstí a ruka. Mezi onemocnění způsobená přetěžováním těchto oblasti mohou patřit cervikalgie, lumbalgie, impingement syndrom, bursitidy, tendinitidy, tendovaginitidy, epikondylititdy atd.

DOPORUČENÉ KOMPENZAČNÍ CVIKY

Cviky se pokuste provádět mezi vyšetřeními i po pracovní době. Všechny cviky mohou být prováděny vsedě či ve stoji.

1) Krční páteř

a. Pomalé opisování půlkruhu hlavou dopředu od jednoho ramene ke druhému. Uvolnění šíjového svalstva.

b. Úklon hlavy k jednomu rameni, ramena relaxována, ruku, na kterou je prováděn úklon, položit na hlavu, dojít do pocitu mírného tahu v trapézovém svalu opačného ramene, výdrž 20 sekund v dané poloze s uvolněným dýcháním, poté vystřídat strany.

Cvik 1a

Cvik 1b

2) Ramena

a. Kroužení rameny dopředu a dozadu.

b. Zatáhnout loket do strany tak, aby nastal pocit tahu v rameni, výdrž 20 s v dané poloze s uvolněným dýcháním, poté vystřídat strany.

c. Vzpřímený sed na židli, vytočit horní končetiny dlaněmi dopředu, palce tlačit co nejvíce za sebe, lopatky vědomě tlačit šikmo dolů k páteři (ne k sobě), hlavu vytahovat vzhůru ke stropu, neprohýbat se v bedrech. Uvolněně dýchat, výdrž 10 sekund, poté uvolnit.

Cvik 2a

Cvik 2b

Cvik 2c

3) Loket a zápěstí

a. Kroužky v zápěstích.

b. Protažení extenzorů předloktí – natáhnout horní končetinu před sebe malíkovou stranou k zemi, ohnout ji v zápěstí směrem doleva (palmární flexe), druhou rukou tlačit na hřbet ruky tak, aby podporovala palmární flexi do pocitu tahu v předloktí. Výdrž 20 sekund s uvolněním dýcháním, poté uvolnit.

c. Protažení flexorů předloktí – natáhnout horní končetinu před sebe dlaní ke stropu, ohnout ji v zápěstí směrem k zemi (dorzální flexe), druhou rukou tlačit na dlaň ruky tak, aby podporovala dorzální flexi do pocitu tahu v předloktí. Výdrž 20 sekund s uvolněným dýcháním, poté uvolnit.

Cvik 3b

Cvik 3c

Ing. K. Doskočilová, Bc. A. Plobstová, Mgr. I. Svojšová
Kardioambulance s.r.o., Praha

Anketa pro člena výboru ČAAMK

MUDr. Zorjan Jojko

SN Je současná podoba Sjezdu ambulantních kardiologů optimální – dvoudenní "kardio-update"?
Mám za to, že s hodnocením je třeba ještě počkat. Přeci jen máme letos teprve druhý sjezd. Pokud bychom ale vyšli z ohlasů z minulého roku, pak ano.

SN Jsou skutečně všichni ambulantní kardiologové včas informováni o nutných změnách ve vyšetřovacích postupech a terapii?
Jsem rád, že vznikla naše asociace a že má svůj vlastní sjezd, který se dle mého názoru vedle Kardiologického dne Petra Niederleho dívá na kardiologické problémy zcela jinýma očima, než ostatní odborné akce. Probíráme zde novinky nejen z úhlu odborného, ale i z hlediska jejich dostupnosti a jimi vznikajících změn nákladů naší péče. Mám za to, že ambulantním kardiologům toto velmi dobře doplňuje to, co se dovědí v odborné literatuře. Na Vaši otázku tedy odpovím tak, že ti, co přijeli či přijedou, tak ano.

SN Kde spatřujete nenaplněný potenciál práce ambulantního kardiologa? Jaké jsou možnosti zapojení širšího spektra ambulantních kardiologů do společných akcí – je to využito?
Myslím, že kolegové, ambulantní kardiologové, se přes svou nespornou velkou pracovní zátěž na vlastních pracovištích snaží být čím dál tím aktivnější v rámci jak odborných, tak společenských akcí širšího kardiologického světa. Je to dobře, protože lékaři z nemocnic mnohdy nemají představu, co přesně děláme, čím přesně se zabýváme a jak důležitou roli hrajeme v životě kardiologicky nemocných pacientů. Vidím-li tedy někde rezervy, které je třeba pozitivně vyplnit, pak je to míra vzájemného pochopení obsahu práce a významu všech skupin lékařů – kardiologů. Věřím, že takové akce, jako je sjezd naší asociace, tomu velmi pomáhají.

Na otázky SN odpovídal
MUDr. Zorjan Jojko
člen výboru ČAAMK

inzerce

Betaloc® ZOK
β1
Metoprolol succinate

Dávkování 1x denně[1]
Podávání léku 1x denně zlepšuje compliance pacientů.

Řízené uvolňování[1]
Každá peleta je obalena vrstvou polymeru, která řídí rychlost uvolňování. Tak je dosaženo rovnoměrné plazmatické koncentrace metoprololu po dobu 24 hodin.[1]

Chronické srdeční selhání[1]
12,5 mg 1x denně počáteční dávka pro NYHA II-IV, 25 mg 1x denně počáteční dávka pro NYHA I-II, po 14 dnech titrace na dvojnásobnou dávku. Cílová dávka je 200 mg 1x denně.

Hypertenze[1]
50 mg 1x denně mírná až středně těžká hypertenze, 100-200 mg 1x denně při potřebě zvýšení dávky.

Léčba po infarktu myokardu[1]
200 mg 1x denně

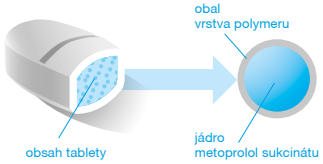
Angina pectoris[1]
100-200 mg 1x denně

Srdeční arytmie[1]
100-200 mg 1x denně

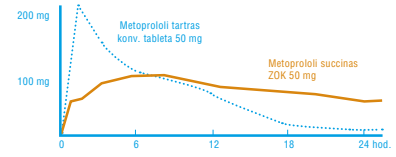
Palpitace[1]
100 mg 1x denně

Profylaxe migrény[1]
100 mg 1x denně

Stavba tablety Betaloc® ZOK[1]



Betaloc® ZOK – dávkování 1x denně
stabilní sérová koncentrace 24 hodin[2,3]



1. SPC Betaloc ZOK
2. Plosker GL, Clissold SP. Drugs 1992;43:382-414.
3.Wieselgren I et al, J Clin Pharmacol 1990;30:S28-32.

Zkrácená informace o přípravku Betaloc ZOC
NÁZEV: Betaloc ZOK 25 mg, Betaloc ZOK 50 mg, Betaloc ZOK 100 mg, Betaloc ZOK 200 mg tablety s prodlouženým uvolňováním. SLOŽENÍ: Jedna potahovaná tableta obsahuje metoprololi succinas 23,75 mg, resp. 47,5 mg, resp. 95 mg, resp. 190 mg (odp. metoprololi tartras 25 mg, 50 mg, resp. 100 mg, resp. 200 mg). DRŽITEL: AstraZeneca UK Limited, 1 Francis Crick Avenue, Cambridge Biomedical Campus, Cambridge CB2 0AA, Velká Británie. INDIKACE: Léčba hypertenze, angíny pectoris; poruch srdečního rytmu zahrnující zejména supraventrikulární tachykardii; po infarktu myokardu; funkčních srdečních poruch s palpitacemi; profylaxe migrény; léčba hyperthyreózy. DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ: Doporučené dávkování je 100-200 mg jednou denně. KONTRAINDIKACE: A-V blok druhého a třetího stupně, dekompenzovaná srdeční nedostatečnost, sinusová bradykardie (< 50 tepů/min.), sick-sinus syndrome, sinoatriální blok, kardiogenní šok a těžká periferní arteriální cirkulační insuficience, hypotenze (systolický TK nižší než 100 mm Hg), astma bronchiale a chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN) těžkého stupně, nelečený feochromocytom, metabolická acidóza. Metoprolol se nesmí podávat pacientům se suspektním akutním infarktem myokardu, pokud je tepová frekvence nižší než 50 tepů/min., P-Q interval je delší než 0,24 s nebo je systolický krevní tlak menší než 100 mm Hg (13,33 kPa). UPOZORNĚNÍ: U pacientů, kteří jsou léčeni betablokátory; při léčbě pacientů s astmatem, nebo chronickou obstrukční plicní nemocí; u pacientů s A-V blokem; riziko ovlivnění metabolismu cukrů nebo maskování hypoglykémie; pokud je metoprolol podáván pacientům s feochromocytomem, mělo by být současně podáváno též alfa-sympatolytikum. INTERAKCE: Beta1-sympatolytika (např. oční kapky) a ganglioplegika; inhibitory monoaminooxidázy; betablokátory; blokátory kalciového kanálu; inhibitory CYP2D6; současná léčba indometacinem a jinými inhibitory prostaglandin syntetázy může snižovat účinek betablokátorů; při současném užívání s dalšími antihypertenzivy, tricyklickými antidepresivy, barbituráty nebo fenothiazinem dochází k prohloubení hypotenzního účinku; současné užívání se sympatomimetiky a xantiny vede ke vzájemné inhibici účinku; užívání betablokátorů vede k zesílení hypoglykemického účinku. FERTILITA, TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ: Metoprolol se nedoporučuje podávat během těhotenství a kojení. NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY: Mezi časté nežádoucí účinky patří bradykardie, posturální poruchy (velmi vzácně doprovázené synkopou), studené končetiny, palpitace. ZVLÁŠTNÍ OPATŘENÍ PRO UCHOVÁVÁNÍ: Uchovávejte při teplotě do 30 °C. DATUM PRVNÍ REGISTRACE: Betaloc ZOK 25 mg: 21.3.2001; Betaloc ZOK 50 mg: 20.12.2000; Betaloc ZOK 100 mg: 15.4.1998; Betaloc ZOK 200 mg: 20.12.2000. DATUM POSLEDNÍ REVIZE TEXTU: září 2017. REGISTRAČNÍ ČÍSLA: Betaloc ZOK 25 mg: 58/117/01-C;Betaloc ZOK 50 mg: 58/628/00-C; Betaloc ZOK 100 mg: 58/015/98-C; Betaloc ZOK 200 mg: 58/629/00-C. Před předepsáním léku se seznamte se souhrnem údajů o přípravku. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Distribuce: Herbacos Recordati, s.r.o., Štrossova 23, 9530 03 Pardubice, Česká republika