



ČESKÁ
KARDIOLOGICKÁ
SPOLEČNOST

VIRTUÁLNÍ
XXIX.

VÝROČNÍ SJEZD
ČESKÉ KARDIOLOGICKÉ
SPOLEČNOSTI

9.–21. května 2021



ODBORNÝ PROGRAM





Generální partner XXIX. výročního sjezdu České kardiologické společnosti



ČESKÁ
KARDIOLOGICKÁ
SPOLEČNOST

Odborný program
virtuálního XXIX. výročního sjezdu České kardiologické společnosti

Zvolte si datum:

9. 5.

10. 5.

11. 5.

12. 5.

13. 5.

14. 5.

17. 5.

18. 5.

19. 5.

20. 5.

21. 5.

postery

SCHÉMA ODBORNÉHO PROGRAMU

NEDELE 9. 5. 2021

17:00 Slavnostní zahájení XXIX. výročního sjezdu ČKS
18:30 Nepřímé dopady COVID-19
19:30 Konec programu

PONDĚLÍ 10. 5. 2021

7:50 Sympozium Zentiva, k.s.
7:58 Přestávka
8:00 Česká asociace akutní kardiologie
Šokové stavy a selhání ledvin
9:00 Přestávka
9:10 Česká asociace pro srdeční rytmus
Srdeční stimulace / ICD v roce 2021
10:10 Přestávka
10:20 Volná sdělení – sportovní kardiologie
11:20 Přestávka
11:30 Česká asociace akutní kardiologie
Noční služba na JIP
13:00 Přestávka
13:20 Sympozium Zentiva, k.s.
13:28 Přestávka
13:30 Sympozium SERVIER s.r.o.
14:30 Přestávka
14:40 Sympozium Boehringer Ingelheim s.r.o.
15:40 Přestávka
15:50 Sympozium Herbacos Recordati, s.r.o.
16:50 Přestávka
17:00 Sympozium Novartis s.r.o.
18:00 Přestávka
18:10 PS Kardiovaskulární farmakoterapie
HOT LINES I.
19:10 Přestávka
19:15 Sympozium CARDION s.r.o.
20:15 Konec programu

ÚTERÝ 11. 5. 2021

7:50 Sympozium Zentiva, k.s.
7:58 Přestávka
8:00 Česká asociace kardiovaskulárních zobrazovacích metod
CT a ischemická choroba srdeční
9:00 Přestávka
9:10 Česká angiologická společnost
Výběr z nových doporučení pro léčbu periferních
tepenných onemocnění
10:10 Přestávka
10:20 Volná sdělení – preventivní kardiologie
11:20 Přestávka
11:30 Česká asociace ambulantních kardiologů
Kazuistika v ambulantní praxi
13:00 Přestávka
13:20 Sympozium Zentiva, k.s.
13:28 Přestávka
13:30 Sympozium SERVIER s.r.o.
14:30 Přestávka
14:40 Slovenská kardiologická společnost
Súčasný výzvy kardiologie
15:40 Přestávka
15:50 Sympozium Pfizer, spol. s r. o.
16:50 Přestávka
17:00 Sympozium BAYER s. r. o.
18:00 Přestávka
18:10 PS Kardiovaskulární farmakoterapie
HOT LINES II.
19:10 Konec programu

STŘEDA 12. 5. 2021

7:50 Sympozium Zentiva, k.s.
7:58 Přestávka
8:00 PS KardioTech: Blok vyvaných sdělení PS KardioTech
9:00 Přestávka
9:10 PS Kardiologických sester a spřízněných profesí
Role sester v kardiologii
10:10 Přestávka
10:20 Volná sdělení – sesterská sekce
11:20 Přestávka
11:30 Česká asociace preventivní kardiologie
Typy a triky nefarmakologických opatření
v prevenci KV onemocnění
13:00 Přestávka
13:20 Sympozium Zentiva, k.s.
13:28 Přestávka
13:30 Sympozium AstraZeneca Czech Republic s.r.o.
15:00 Přestávka
15:10 Sympozium Philips Česká republika s.r.o.
16:10 Přestávka
16:20 Sympozium sanofi-aventis, s.r.o.
17:20 Přestávka
17:30 Akutní koronární syndromy –
speciální populace, speciální situace
18:30 Přestávka
18:40 Česká asociace pro srdeční rytmus
Pokroky a otevřené otázky 2020 ESC Guidelines
pro diagnózu a léčbu FS
19:40 Konec programu

SCHÉMA ODBORNÉHO PROGRAMU

ČTVRTEK 13. 5. 2021

- 8:00 Česká asociace intervenční kardiologie
Jak na to?
- 9:00 Přestávka
- 9:10 Česká společnost pro aterosklerózu
Co má stále více společného kardiologie
s lipidologií (a naopak).
- 10:10 Přestávka
- 10:20 Volná sdělení – akutní kardiologie
- 11:20 Přestávka
- 11:30 Česká asociace intervenční kardiologie
Farmakoterapie při intervenční léčbě
kardiologických onemocnění
- 13:00 Přestávka
- 13:30 Sympozium CARDION s.r.o.
- 14:30 Přestávka
- 14:40 Sympozium BIOTRONIK Praha, spol. s r. o.
- 15:40 Přestávka
- 15:50 Sympozium PRO.MED.CS Praha a.s.
- 16:50 Přestávka
- 17:00 Sympozium Novartis s.r.o.
- 18:00 Přestávka
- 18:10 PS Kardio 35
Nejčastější chyby u atestací, aneb co říkat a
co neříkat...
- 19:10 Konec programu

PÁTEK 14. 5. 2021

- 8:00 PS Kardiologická rehabilitace
Kardiorehabilitace, klinická praxe v období
pandemie covid 19
- 9:00 Přestávka
- 9:10 PS Chorob myokardu a perikardu
Covid 19 a KV onemocnění
- 10:10 Přestávka
- 10:20 Volná sdělení – intervenční kardiologie
- 11:20 Přestávka
- 11:30 Česká asociace pro srdeční rytmus
Klinická neurokardiologie pro udržení harmonie
mezi srdcem a mozkem
- 13:00 Přestávka
- 13:30 Sympozium Amgen s.r.o.
- 14:30 Přestávka
- 14:40 Sympozium CARDION s.r.o.
- 15:40 Přestávka
- 15:50 Sympozium Merck Sharp & Dohme s.r.o.
- 16:50 Přestávka
- 17:00 Sympozium Teva Pharmaceuticals CR s.r.o.
- 18:00 Přestávka
- 18:10 Česká asociace kardiologických
zobrazovacích metod
Srdeční selhání s normální ejekční frakcí levé
komory a echokardiografie: z výšin teorie na
tvrdou zem praxe
- 19:10 Konec programu

PONDĚLÍ 17. 5. 2021

- 8:00 Česká asociace srdečního selhání
Reverzní remodelace srdce
- 9:00 Přestávka
- 9:10 PS Kardiologická farmakoterapie
Co hýbe kardiologickou farmakoterapií
- 10:10 Přestávka
- 10:20 Česká společnost pro hypertenzi
Aktuální diagnostické a terapeutické přístupy
u hypertenze
- 11:20 Přestávka
- 11:30 To nejlepší z české kardiologie 2020
- 13:00 Přestávka
- 13:30 Sympozium SERVIER s.r.o.
- 14:30 Přestávka
- 14:40 Sympozium Boehringer Ingelheim s.r.o.
- 15:40 Přestávka
- 15:50 Sympozium AstraZeneca Czech Republic s.r.o.
- 16:50 Přestávka
- 17:00 Sympozium Amgen s.r.o.
- 18:00 Přestávka
- 18:10 Česká asociace ambulantních kardiologů
Antikogulační terapie 2021 od A do Z
- 19:10 Konec programu

ÚTERÝ 18. 5. 2021

- 8:00 PS Plicní cirkulace
Plicní hypertenze – novinky 2020 I.
- 9:00 Přestávka
- 9:10 PS Plicní cirkulace
Plicní hypertenze – novinky 2020 II.
- 10:10 Přestávka
- 10:20 Česká asociace srdečního selhání
spolupráce: PS Kardiologická farmakoterapie
Novinky ve farmakoterapii chronického
srdečního selhání
- 11:20 Přestávka
- 11:30 PS Kardio 35
Co by měl mladý kardiolog vědět o...?
- 13:00 Přestávka
- 13:30 Sympozium Novartis s.r.o.
- 14:30 Přestávka
- 14:40 Sympozium Herbacos Recordati, s.r.o.
- 15:40 Přestávka
- 15:50 Sympozium Pfizer, spol. s r. o.
- 16:50 Přestávka
- 17:00 Sympozium PRO.MED.CS Praha a.s.
- 18:00 Přestávka
- 18:10 Česká asociace preventivní kardiologie
Preventivní kardiologie má mnoho podob...
- 19:10 Konec programu

SCHÉMA ODBORNÉHO PROGRAMU

STŘEDA 19. 5. 2021

- 8:00 PS Chorob myokardu a perikardu
Novinky v diagnostice a léčbě kardiomyopatií
v roce 2020
- 9:00 Přestávka
- 9:10 Česká asociace kardiologů
zobrazovacích metod
Magnetická rezonance v kardiologii – update
2021
- 10:10 Přestávka
- 10:20 Česká diabetologická společnost
Aktuální směry v diabetologii
- 11:20 Přestávka
- 11:30 Česká asociace srdečního selhání
Organizace péče o nemocné se srdečním
selháním
- 13:00 Přestávka
- 13:30 Sympozium Pfizer, spol. s r. o.
- 14:30 Přestávka
- 14:40 Sympozium BAYER s. r. o.
- 15:40 Přestávka
- 15:50 Sympozium Roche s.r.o., Diagnostics Division
- 16:50 Přestávka
- 17:00 Sympozium Novartis s.r.o.
- 18:00 Přestávka
- 18:10 Česká asociace akutní kardiologie
Srdeční zástava
- 19:10 Konec programu

ČTVRTEK 20. 5. 2021

- 8:00 PS Chlopenní a vrozené srdeční vady v dospělosti
spolupráce: PS Pediatrická kardiologie
Koarktace aorty od počátku do dospělosti
- 9:00 Přestávka
- 9:10 PS Pediatrická kardiologie
spolupráce: PS Chlopenní a vrozené srdeční
vady v dospělosti
Koarktace aorty od počátku do dospělosti II
- 10:10 Přestávka
- 10:20 Česká asociace preventivní kardiologie
Dědičné aortopatie: od genetické diagnostiky
k možnostem léčby
- 11:20 Přestávka
- 11:30 PS Chlopenní a vrozené srdeční vady v dospělosti
Složitá situace u chlopenních vad
- 13:00 Přestávka
- 13:30 Sympozium Philips Česká republika s.r.o.
- 14:30 Přestávka
- 14:40 Sympozium Amgen s.r.o.
- 15:40 Přestávka
- 15:50 Nová doporučení pro léčbu NSTEMI akutních
koronárních syndromů – nejdiskutovanější
témata
- 16:50 Přestávka
- 17:00 Sympozium Edwards Lifesciences Czech Republic s.r.o.
- 18:00 Přestávka
- 18:10 Sympozium Medtronic Czechia
- 19:10 Konec programu

PÁTEK 21. 5. 2021

- 8:00 Česká asociace intervenční kardiologie
Interaktivní kazuistiky
- 9:00 Přestávka
- 9:10 Česká internistická společnost
Vyzvaný blok České internistické společnosti
- 10:10 Přestávka
- 10:20 Volná sdělení – chlopenní a vrozené vady, varia
- 11:20 Přestávka
- 11:30 Sympozium sanofi-aventis, s.r.o.
- 13:00 Přestávka
- 13:30 Sympozium PharmaSwiss Česká republika s.r.o.
- 14:30 Zakončení XXIX. výročního sjezdu

KDYBYSTE LÉČILI SAMI SEBE, CO ZVOLÍTE?



Účinnost a bezpečnost
s přípravkem ELIQUIS®¹

Eliquis®
apixaban

- Superiorita v prevenci CMP a SE vs. warfarin¹
- Superiorita ve snížení rizika výskytu závažného krvácení vs. warfarin¹

Zkrácená informace o přípravku: ELIQUIS® 2,5 mg a 5 mg potahované tablety. Složení: Léčivá látka apixabanum 2,5 mg nebo 5 mg v jedné potahované tabletě; pomocné látky se známými účinkem: 102,86/51,43 mg laktosy (tableta 5/2,5 mg); a další pomocné látky. **Indikace:** Prevence žilních tromboembolických příhod (VTE) u dospělých pacientů, kteří podstoupili elektivní náhradu kyčelního nebo kolenního kloubu. Prevence cévní mozkové příhody (CMP) a systémové embolie (SE) u dospělých pacientů s nevalulární fibrilací síní (NVAf) a s jedním nebo více rizikovými faktory, jako jsou předchozí cévní mozková příhoda nebo tranzitorní ischemická ataka (TIA); věk > 75 let; hypertenze; diabetes mellitus; symptomatické srdeční selhání (třída NYHA > II). Léčba hluboké žilní trombózy (DVT) a plícní embolie (PE), a prevence rekurentní DVT a PE u dospělých. **Dávkování a způsob podání:** Prevence VTE: 2,5 mg perorálně 2x denně. Počáteční dávka by měla být užitá 12 až 24 hod po operaci. Doporučená délka léčby je 32 až 38 dní (náhrada kyčelního kloubu) a 10 až 14 dní (náhrada kolenního kloubu). Prevence CMP a SE u dospělých pacientů s NVAf: 5 mg perorálně 2x denně, snížená dávka 2,5 mg perorálně 2x denně při splnění kritérií pro redukci dávky dle SPC. Pacienti podstupující kardioverzi mohou užít jednorázovou nasycovací dávku 10 mg nejméně 2 hod před výkonem. Léčba akutní DVT a léčba PE: 10 mg perorálně 2x denně prvních 7 dní; poté 5 mg perorálně 2x denně. Prevence rekurentní DVT a PE: 2,5 mg perorálně 2x denně po dokončení 6-ti měsíční léčby apixabanem nebo jiným antikoagulem. Tablety přípravku Eliquis se zapíjejí vodou, užívají se bez závislosti na jídle a lze je také podat rozdrobené a rozmíchané v tekutině či v jablčném protlaku. Podrobnosti viz SPC. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku, klinicky významné aktivní krvácení, jaterní onemocnění spojené s koagulopatií a klinicky relevantním rizikem krvácení, léze nebo stav s významným rizikem závažného krvácení, souběžná léčba jinými antikoagulem vyjma specifických případů viz SPC. **Zvláštní upozornění:** Doporučuje se, aby byl přípravek Eliquis používán s opatrností v podmínkách vyššího rizika krvácení. Podávání přípravku Eliquis se musí přerušit, jestliže se vyskytne závažné krvácení. Podrobnosti vysazení před elektivním výkonem viz SPC. Souběžné užívání přípravku Eliquis s antiagreganci zvyšuje riziko krvácení; při souběžné léčbě NSAID (včetně ASA) a SSRJ/SMRJ je třeba dbát zvýšené opatrnosti. Podrobnosti k podání u poruch ledvin a jater a hemodynamicky nestabilních pacientů viz SPC. Eliquis není doporučen u pacientů s trombózou vananmého, u nichž byl diagnostikován antifosfolipidový syndrom. **Interakce:** Užívání se nedoporučuje u pacientů, kteří současně užívají systémové silné inhibitory CYP3A4 a P-gp, jakými jsou např. azolová antimykotika a inhibitory HIV proteázy. Při současném podávání se slabšími inhibitory CYP3A4 a/nebo P-gp není nutná úprava dávky apixabanu. Při současném podávání apixabanu se silnými induktory CYP3A4 a P-gp není nutná žádná úprava dávky apixabanu, avšak silné induktory CYP3A4 a P-gp by se měly současně podávat s opatrností. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Užívání apixabanu v průběhu těhotenství se nedoporučuje. **Nežádoucí účinky:** Časté: krvácení (oční, z dásní, z úst, gastrointestinální, rektální, abnormální vaginální a urogenitální), hematomy, epistaxe, hematurie, kontuze, anémie, nauzea, kožní vyrážka, trombocytopenie, hypotenze, zvýšení gamaglutamyltransferázy a alaninaminotransferázy. **Předávkování:** Předávkování apixabanem může způsobit vyšší riziko krvácení. Je k dispozici látka ke zvrácení aktivity apixabanu proti faktoru Xa. **Uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Balení:** Eliquis 2,5 mg: mimo jiné – 20, 60, 60x1 nebo 168 potahovaných tablet v blistru. Eliquis 5 mg: 28, 60 nebo 168 potahovaných tablet v blistru. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEIG, Plaza 254, Blanchardstown Corporate Park 2, Dublin 15, D15 T867, Irsko. **Registrační číslo:** mj. EU/1/11/691/002-4.9.11.3.14. **Datum poslední revize textu:** 31.3.2021. Vydě léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se prosím seznáme s úplnou informací o přípravku.

Reference: 1. Granger CB et al. N Engl J Med. 2011; 365: 981–992

PP-ELI-CZE-0123

CMP – cévní mozková příhoda, **SE** – systémová embolie

Pfizer, spol. s r. o.,
Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5
tel.: +420 283 004 111, fax: +420 251 610 270,
www.pfizer.cz





NEDĚLE 9. 5. 2021

17:00-18:30 Slavnostní zahájení XXIX. výročního sjezdu ČKS

Předsedající: A. Linhart, M. Táborský (Praha, Olomouc)

- | | |
|--------------|---|
| 17:00 | 1. SLAVNOSTNÍ UVÍTÁNÍ
A. Linhart, M. Táborský (Praha, Olomouc) |
| 17:05 | 2. PŘEDÁNÍ ČESTNÝCH ČLENSTVÍ
J. Humhal, J. Kettner, G. Marcinek, J. Šochman, L. Špinarová,
V. Vondráček (Praha, Slaný, Brno) |
| 17:25 | 3. PŘEDÁNÍ LIBENSKÉHO ZLATÉ MEDAILE
F. Weidinger, M. Táborský (Vienna, Austria, Olomouc) |
| 17:35 | 4. PŘEDÁNÍ CENY ANEŽKY ČESKÉ
L. Klemsová (Ostrava) |
| 17:45 | 5. PŘEDÁNÍ CEN ZA CELOŽIVOTNÍ PŘÍNOS ČESKÉ KARDIOLOGII
J. Janoušek, D. Karetová, J. Vítovec (Praha, Brno) |
| 17:55 | 6. SLAVNOSTNÍ PŘEDNÁŠKA: MANAGEMENT OF CORONARY SYNDROMES: MILESTONES, GAPS AND NOVELTIES
F. Weidinger (Vienna, Austria) |

18:30-19:30 Nepřímé dopady COVID-19

Předsedající: A. Linhart, M. Táborský (Praha, Olomouc)

- | | |
|--------------|---|
| 18:30 | 7. POHLED ADIKTOLOGA
M. Miovský (Praha) |
| 18:50 | 8. POHLED PSYCHIATRA
M. Anders (Praha) |
| 19:10 | 9. POHLED KARDIOLOGA
M. Táborský, A. Linhart (Olomouc, Praha) |
| 19:30 | KONEC PROGRAMU |

PONDĚLÍ 10. 5. 2021

7:50-7:58 **Symposium Zentiva, k.s.**
Výsledky laboratorní analýzy léčivého
přípravku Diozen SÚKL akreditovanou
laboratoří

7:58 **PŘESTÁVKA**

8:00-9:00 **Česká asociace akutní kardiologie**
Šokové stavy a selhání ledvin
Předsedající: P. Ošťádal, J. Malík (Praha)

- | | | |
|-------------|------------|---|
| 8:00 | 10. | MONITORACE HEMODYNAMIKY
P. Ošťádal (Praha) |
| 8:15 | 11. | OBJEM, INOTROPIKA NEBO VASOPRESORY?
R. Rokyta (Plzeň) |
| 8:30 | 12. | AKUTNÍ KARDIORENÁLNÍ SYNDROMY
J. Malík (Praha) |
| 8:45 | 13. | KONTINUÁLNÍ ELIMINAČNÍ METODY
A. Valeriánová (Praha) |

9:00 **PŘESTÁVKA**

9:10-10:10 **Česká asociace pro srdeční rytmus**
Srdeční stimulace / ICD v roce 2021

Předsedající: L. Šedivá, J. Janoušek (Praha)

- | | | |
|-------------|------------|--|
| 9:10 | 14. | TRVALÁ STIMULACE PŘEVODNÍHO SYSTÉMU
V SYNCHRONII AKTIVACE KOMOR
V. Vančura (Plzeň) |
| 9:20 | 15. | MOŽNOSTI LEADLESS STIMULACE PŘI „FYZIOLOGICKÉ“
STIMULACI
P. Neužil (Praha) |
| 9:30 | 16. | PŘEHLED EXTRAČÍ STIMULAČNÍCH ELEKTROD
A LEADLESS KARDIOSTIMULÁTORŮ
L. Šedivá (Praha) |
| 9:40 | 17. | CO SI NESOU PACIENTI STIMULOVANÍ OD DĚTSTVÍ DO
DOSPĚLOSTI?
J. Janoušek (Praha) |
| 9:50 | | DISKUZE |

10:10 **PŘESTÁVKA**

10:20-11:20 Volná sdělení – sportovní kardiologie

Předsedající: V. Tuka (Praha)

- 10:20 18. HODNOCENÍ EKG SPORTOVCE: DATA Z REGISTRU SPORTOVNÍ AMBULANCE s.r.o.**
B. Jiravská-Godula, O. Jiravský (Ostrava, Karviná, Třinec Podlesí)
- 10:30 19. PRVNÍ DATA Z REGISTRU CENTRA SPORTOVNÍ KARDIOLOGIE NEMOCNICE AGEL TŘINEC – PODLEŠÍ**
B. Jiravská-Godula, O. Jiravský, P. Pešová, D. Krausová, R. Špaček, M. Pleva, M. Pirchala, A. Táborská, L. Škňouřil (Ostrava, Karviná, Třinec Podlesí, Nový Jičín)
- 10:40 20. POZITIVNÍ RODINNÁ ANAMNÉZA NÁHLÉ SRDEČNÍ SMRTI V PREPARTICIPAČNÍM SKRÍNINKU SPORTOVCE**
B. Jiravská-Godula, O. Jiravský (Ostrava, Karviná, Třinec Podlesí)
- 10:50 21. NEINVAZIVNÍ HODNOCENÍ ADRENERGNI ZÁVISLOSTI KOMOROVÝCH ARYTHMIÍ**
D. Kučerová, I. Andršová, T. Novotný, A. Floriánová, T. Chlupová, P. Kala (Brno)
- 11:00 22. MALIGNÍ KOMOROVÁ BOUŘE, GANGLION STELLATUM A DIABETES MELLITUS**
O. Jiravský, R. Špaček, J. Chovančík, R. Štěpánová, A. Svobodník, L. Škňouřil, M. Fiala (Třinec, Brno)

- 11:10 23. PŘÍČINY NÁHLÉ SRDEČNÍ SMRTI U LIDÍ VE VĚKU 1-40 LET V ČESKÉ REPUBLICE – RETROSPEKTIVNÍ STUDIE**
K. Rücklová, M. Dobiáš, M. Bílek, Š. Kučerová Pohlová, M. Kulvajtová, T. Tavačová, P. Tomášek (Praha, Olomouc)

11:20 PŘESTÁVKA

Česká asociace akutní kardiologie

11:30-13:00 Noční služba na JIP

Předsedající: M. Hutýra, M. Želízko (Olomouc, Praha)

- 11:30 24. CO VŠE JDE ZJISTIT ULTRAZVUKEM?**
M. Hutýra (Olomouc)
- 11:45 25. ZAJIŠTĚNÍ CÉVNÍCH VSTUPŮ**
J. Ulman (Praha)
- 12:00 26. KDY PROBUDIT INTERVENČNÍHO KARDIOLOGA?**
M. Želízko (Praha)
- 12:15 27. KDY VYRAZIT NA CT?**
J. Přeček (Olomouc)
- 12:30 28. RESPIRAČNÍ SELHÁNÍ**
V. Pechman (Plzeň)
- 12:45 29. INFEKČNÍ ENDOKARDITIDA**
M. Pazderník (Praha)

13:00 PŘESTÁVKA

Symposium Zentiva, k.s.
13:20-13:28 Výsledky laboratorní analýzy léčivého přípravku Diozen SÚKL akreditovanou laboratoří

13:28 PŘESTÁVKA

Symposium SERVIER s.r.o.
13:30-14:30 5× proč v léčbě hypertenze aneb živá diskuze nad otázníky současných doporučení v léčbě hypertenze

Účastníci diskusního panelu: A. Linhart, M. Vrablík (Praha)

14:30 PŘESTÁVKA

Symposium Boehringer Ingelheim s.r.o.
14:40-15:40 NOACs v 1. volbě u FS – jaká je realita (panelová diskuze)

Účastníci diskusního panelu: A. Linhart, J. Václavík, V. Tesař, A. Tomek (Praha, Olomouc)

15:40 PŘESTÁVKA

Symposium Herbacos Recordati, s.r.o.
15:50-16:50 Postavení betablokátorů v rozličných indikacích dle současných doporučení

Předsedající: M. Táborský (Olomouc)

15:50 30. BETABLOKÁTORY U SRDEČNÍHO SELHÁNÍ
 F. Málek (Praha)

16:05 31. BETABLOKÁTORY U ARYTHMIÍ
 J. Kautzner (Praha)

16:20 32. BETABLOKÁTORY V SEKUNDÁRNÍ PREVENCI INFARKTU MYOKARDU
 P. Janský (Praha)

16:35 DISKUZE

16:50 PŘESTÁVKA

Symposium Novartis s.r.o.
17:00-18:00 Entresto 5 let od studie Paradigm HF – tipy a triky z reálné praxe

Předsedající: M. Táborský (Olomouc)

17:00 33. PŘÍNOS ARNI – MINULOST, PŘÍTOMNOST A BUDOUCNOST
 M. Táborský (Olomouc)

17:15	34.	ENTRESTO A TYPY Z REÁLNÉ KLINICKÉ PRAXE J. Krejčí (Brno)
17:30	35.	OPTIMALIZACE FARMAKOTERAPIE CHSS V POST-AKUTNÍ FÁZI D. Rob (Praha)
17:45		DISKUZE
18:00		PŘESTÁVKA

PS Kardiovaskulární farmakoterapie**18:10-19:10 HOT LINES I.**

Předsedající: L. Špinarová, J. Špinar (Brno)

18:10	36.	SCORED J. Špinar (Brno)
18:20	37.	VERTIS CV (CARDIOVASCULAR OUTCOMES WITH ERTUGLIFLOZIN IN TYPE 2 DIABETES) J. Vítovec (Brno)
18:30	38.	SOLOIST (THE EFFECT OF SOTAGLIFLOZIN ON CARDIOVASCULAR EVENTS IN PATIENTS WITH 2 TYPE DIABETES POST WORSENING HEART FAILURE) L. Špinarová (Brno)
18:40	39.	GALACTIC O. Ludka (Brno)

18:50	40.	STAND UP (EVALUATE THE SAFETY AND EFFICACY OF 48-HOUR INFUSIONS OF HNO (NITROXYL) DONOR IN HOSPITALIZED PATIENTS WITH HEART FAILURE) J. Bělohávek (Praha)
19:00	41.	THE RATE-AF RANDOMIZED CLINICAL TRIAL: EFFECT OF DIGOXIN VS BISOPROLOL FOR HEART RATE CONTROL IN ATRIAL FIBRILLATION J. Vítovec (Brno)

19:10 PŘESTÁVKA**Symposium CARDION s.r.o.****19:15-20:15 Katetrizační léčba srdečního selhání a mechanická prevence CMP pro všechny?**

Ve spolupráci s Českou asociací intervenční kardiologie a Nemocnicí Na Homolce Praha

Předsedající: P. Neužil, M. Mates (Praha)

19:15	42.	KDY UZAVŘÍT OUŠKO LEVÉ SÍŇE/PFO A KDY NE: INDIKUJEME INTERVENCI SPRÁVNĚ? M. Mates (Praha)
19:25	43.	PREDIKCE RECIDIVY CMP PO UZÁVĚRU OUŠKA LEVÉ SÍŇE P. Hála (Praha)

19:35	44.	INTERVENCE MITRÁLNÍ REGURGITACE U SELHÁVAJÍCÍ LEVÉ KOMORY: KOMU JEŠTĚ ANO A KOMU UŽ NE T. Mráz (Praha)
19:45	45.	MOŽNOSTI A PERSPEKTIVY KATETRIZAČNÍ LÉČBY DYSFUNKCE LEVÉ KOMORY P. Neužil (Praha)
19:55	46.	DISKUSE P. Kmoníček, F. Málek, L. Šedivá, T. Mráz (Praha)
20:15	KONEC PROGRAMU	

ÚTERÝ 11. 5. 2021

Symposium Zentiva, k.s.

7:50-7:58 **Výsledky laboratorní analýzy léčivého přípravku Diozen SÚKL akreditovanou laboratoří**

7:58 **PŘESTÁVKA**

Česká asociace kardiiovaskulárních zobrazovacích metod
8:00-9:00 **CT a ischemická choroba srdeční**

Předsedající: H. Línková, D. Zemánek (Praha)

8:00 **101. MÁ KALCIOVÉ SKÓRE REÁLNÝ VÝZNAM V KLINICKÉ PRAXI?**
P. Kuchynka (Praha)

8:20 **102. PŘEDSTAVUJE CT KORONAROGRAFIE DOBROU ALTERNATIVU K SKG?**
J. Baxa (Plzeň)

8:40 **103. JAKÉ POSTAVENÍ MÁ CT KORONAROGRAFIE VE SVĚTLE NOVĚ PUBLIKOVANÝCH GUIDELINES?**
T. Adla (Praha)

9:00 **PŘESTÁVKA**



9:10-10:10 Česká angiologická společnost Výběr z nových doporučení pro léčbu periferních tepenných onemocnění

Předsedající: K. Roztočil, D. Karetová (Praha)

9:10 104. **AKUTNÍ TEPENNÁ ISCHÉMIE**
P. Procházka (Praha)

9:30 105. **AORTOILICKÉ TEPENNÉ VÝDUTĚ**
D. Kučera (Praha)

9:50 106. **INFEKCE VASKULÁRNÍCH GRAFTŮ**
P. Vařejka (Bratislava, SR)

10:10 **PŘESTÁVKA**

10:20-11:20 Volná sdělení - preventivní kardiologie

Předsedající: M. Vrablík (Praha)

10:20 107. **SYNDROM SUPINÁČNÍ HYPERTENZE S ORTOSTATICKOU
HYPOTENZÍ**

J. Galuszka, M. Kaiserová, M. Kamínek, K. Vykoupil,
M. Tábořský (Olomouc)

10:30 108. **HYPERTROFIE LEVÉ KOMORY SRDEČNÍ U PACIENTŮ
S REZISTENTNÍ ARTERIÁLNÍ HYPERTENZÍ VE VZTAHU
K PŘÍTOMNOSTI DIABETES MELLITUS**
E. Kociánová, J. Václavík, M. Kamasová, L. Jelínek, M. Tábořský
(Olomouc, Ostrava)

10:40 109. **VÝSKYT KARDIOVASKULÁRNÍCH A RENÁLNÍCH PŘÍHOD
U PACIENTŮ S REZISTENTNÍ ARTERIÁLNÍ HYPERTENZÍ**
J. Václavík, M. Pumpřla, T. Kvapil, L. Jelínek, J. Jarkovský,
K. Benešová, E. Kociánová, M. Kamasová (Ostrava, Olomouc,
Brno)

10:50 110. **METFORMIN IS ASSOCIATED WITH BETTER QUALITY
OF LIFE AND OUTCOME IN DIABETIC PATIENTS WITH
ADVANCED HEART FAILURE WITH REDUCED EJECTION
FRACTION (HFREF): A SINGLE CENTER STUDY**
J. Beneš, M. Kotrč, K. Kroupová, P. Wohlfahrt, J. Kovář,
J. Franecková, P. Jarolím, J. Kautzner, V. Melenovský (Praha,
Boston, United States)

11:00 111. **DIABETES A PREDIABETES U PACIENTŮ S ICHS VE STUDIU
EUROASPIRE V.**
J. Bruthans, O. Mayer, G. Ferranini, D. De Bacquer, P. Wood,
L. Rydén (Praha, Plzeň, Turin, Italy, Ghent, Belgium, Londýn,
United Kingdom, Stockholm, Sweden)

11:10 112. **SOCIOEKONOMICKÉ CHARAKTERISTIKY PACIENTŮ
S ICHS VE VZTAHU K JEJICH KARDIOVASKULÁRNÍMU
RIZIKOVÉMU PROFILU**
J. Bruthans, O. Mayer, D. De Bacquer, K. Kotseva, D. De Smedt
(Praha, Plzeň, Ghent, London, United Kingdom)

11:20 **PŘESTÁVKA**



11:30-13:00		Česká asociace ambulantních kardiologů Kazuistika v ambulantní praxi Předsedající: V. Danzig, J. Krupička (Praha, Brandýs nad Labem)
11:30	113.	PŘEKVAPENÍ V AMBULANCI KARDIOLOGA IV G. Dostálová (Praha)
11:39	114.	SLEDOVÁNÍ DVOU PACIENTŮ PO PRODĚLANÉ MASIVNÍ PLICNÍ EMBOLIZACI PO DOBU 25 ROKŮ R. Jirmář, P. Povolná (Praha)
11:48	115.	NEJČASTĚJŠÍ KLINICKÉ SITUACE VEDOUcí K INDIKACI UZÁVĚRU DEFEKTU SÍŇOVÉHO SEPTA KATERIZAČNÍ TECHNIKOU V AMBULANTNÍ PRAXI P. Franc, R. Králík, J. Krupička (Brandýs nad Labem)
11:57	116.	SRDEČNÍ SELHÁNÍ A LBBB – UMÍME SPRÁVNĚ LÉČIT A VYLÉČIT? M. Rýzlová (Praha)
12:06	117.	REVERZNÍ REMODELACE – ZÁZRAK, KTERÝ SE NĚKDY DĚJE J. Veselý (Náchod)
12:15	118.	KARDIOMYOPATIE V AMBULANTNÍ PRAXI L. Goláš (Praha)
12:24	119.	„SAMBA I ROCK’N’ROLL“ – ANEB V JAKÉM RYTMU TANČÍ SRDCE PO RFA PRO FIBRILACI SÍNÍ J. Pířová (Hradec Králové)

12:33	120.	PACIENT S KLINICKY VÝZNAMNOU VIRÓZOU V KARDIOLOGICKÉ AMBULANCI L. Berka, S. Krajčková, V. Kunkelová, P. Freimann (Jindřichův Hradec)
12:42	121.	PŘÍNOS EXTENZIVNÍHO VYŠETŘOVACÍHO PROGRAMU U NEMOCNÝCH S KARDIOVASKULÁRNÍMI RIZIKOVÝMI FAKTORY V. Danzig (Praha)
12:51		DISKUZE
13:00		PŘESTÁVKA

Symposium Zentiva, k.s.

**13:20-13:28 Výsledky laboratorní analýzy léčivého
přípravku Diozen SÚKL akreditovanou
laboratoří**

13:28 PŘESTÁVKA

Symposium SERVIER s.r.o.

13:30-14:30 Žhavé otázky KV prevence:

- Proč češi tráví v nemoci neúměrně mnoho let?
- Co za tím stojí a jak změnit tento negativní trend?

Účastníci diskusního panelu: A. Linhart, J. Piňha (Praha)

14:30 PŘESTÁVKA

Slovenská kardiologická společnost

14:40-15:40 Súčasný výzvy kardiológie

Předsedající: P. Hlivák, A. Linhart (Bratislava, SR, Praha)

14:40 122. AKTUÁLNY PREHĽAD MANAŽMENTU AKÚTNÝCH KORONÁRNÝCH SYNDRÓMOV NA SLOVENSKU – SLOVAKS 2020

M. Studenčan (Košice)

15:00 123. VÝZVY PRI VALVE IN VALVE TAVI

M. Hudec (Banská Bystrica, SR)

15:20 124. KONEKTIVITA A MANAŽMENT ARYTMII 2020
POSTREHY Z EUROPEAN HEART JOURNAL

R. Hatala (Bratislava, SR)

15:40 PŘESTÁVKA

Symposium Pfizer, spol. s r. o.

15:50-16:50 Lze jednoduše léčit v komplikovaném období?

Předsedající: A. Linhart (Praha)

15:50 125. ... A VYUŽÍT NAPLNO POTENCIÁL NOACS
A. Linhart (Praha)

16:05 126. ... PACIENTY S FS A AKS/PCI
I. Varvařovský (Pardubice)

16:20 127. ... PACIENTY PO CMP
D. Šaňák (Olomouc)

16:35 128. ... PACIENTY S ONEMOCNĚNÍM GI TRAKTU
P. Falt (Olomouc)

16:50 PŘESTÁVKA

Symposium BAYER s. r. o.

17:00-18:00 Co jste chtěli vědět a báli se zeptat v oblasti antikoagulační léčby – panelová diskuse

Účastníci diskusního panelu: A. Linhart, M. Souček, M. Penka, P. Hlivák, P. Widimský (Praha, Brno, Bratislava, SR)

18:00 PŘESTÁVKA

PS Kardiovaskulární farmakoterapie

18:10-19:10 HOT LINES II.

Předsedající: Z. Moťovská, J. Václavík (Praha, Ostrava)

18:10	129.	SROVNÁNÍ KLINICKÝCH STUDII S VAKCÍNOU PROTI COVID-19 P. Widimský (Praha)
18:20	130.	EAST-AFNET 4 J. Václavík (Ostrava)
18:30	131.	ALPHEUS (THE ASSESSMENT OF LOADING WITH THE P2Y12 INHIBITOR TICAGRELOR OR CLOPIDOGREL TO HALT ISCHAEMIC EVENTS IN PATIENTS UNDERGOING ELECTIVE CORONARY STENTING) Z. Moťovská (Praha)
18:40	132.	AFFIRM AHF V. Melenovský (Praha)
18:50	133.	EXPLORER-HCM (MAVACAMTEN FOR TREATMENT OF SYMPTOMATIC OBSTRUCTIVE HYPERTROPHIC CARDIOMYOPATHY) D. Zemánek (Praha)
19:00	134.	TIPS-3 (POLYCAP) P. Janský (Praha)

19:10 KONEC PROGRAMU

STŘEDA 12. 5. 2021

7:50-7:58 **Symposium Zentiva, k.s.**
Výsledky laboratorní analýzy léčivého přípravku Doizen SÚKL akreditovanou laboratoří

7:58 **PŘESTÁVKA**

8:00-9:00 **PS CardioTech**
Blok vyzvaných sdělení PS CardioTech
 Předsedající: D. Pospíšil, V. Bulková (Brno)

- | | | |
|------|------|---|
| 8:00 | 135. | 3D TISK V KARDIOLOGII
J. Hečko (Třinec) |
| 8:12 | 136. | FYZIKÁLNÍ PRINCIPY IZOLACE PLICNÍCH ŽIL METODOU PULZNÍHO POLE
Š. Královec (Praha) |
| 8:24 | 137. | TECHNIKA OPRAVY CHLOPNĚ POMOCÍ KLIPU
J. Rolenc (Brno) |
| 8:36 | 138. | HIS BUNDLE PACING – OD TEORIE K PRAKTICKÝM ZKUŠENOSTEM
B. Bitmanová (Liberec) |



8:48 DISKUSE K PŘEDNESENÝM SDĚLENÍM

9:00 PŘESTÁVKA

9:10-10:10 PS Kardiologických sester a spřízněných profesí Role sester v kardiologii

Předsedající: D. Hetclová, Š. Kuchtová (Olomouc, Praha)

9:10 139. SPECIFIKA PALIATIVNÍ PÉČE U NEMOCNÝCH
S CHRONICKÝM SRDEČNÍM SELHÁNÍM
Š. Kuchtová (Praha)9:22 140. OVLIVNITELNÉ RIZIKOVÉ FAKTORY U PACIENTŮ PO CMP
ISCHEMICKÉHO TYPU – CASE STUDY
L. Sedová (České Budějovice)9:34 141. ZPŮSOBY KOMPRESY A. RADIALIS PO SKG
M. Cupiánová, M. Horňáková (Ostrava)9:46 142. ECMO V PRAXI
J. Nakládal (Praha)9:58 143. VLIV TEJPOVÁNÍ BŘICHA NA PERISTALTIKU U PACIENTŮ
NA UMĚLÉ PLICNÍ VENTILACI
A. Zezulková, V. Zdráhalová, P. Nerušilová (Olomouc)

10:10 PŘESTÁVKA

10:20-11:20 Volná sdělení - sesterská sekce

Předsedající: D. Hetclová (Olomouc)

10:20 144. CHRONICKÉ SRDEČNÍ SELHÁNÍ A JEHO VLIV NA KVALITU
ŽIVOTA
J. Haluzíková (Opava)10:32 145. ECMO V PRAXI
J. Nakládal (Praha)10:44 146. DLOUHODOBÉ NÁSLEDKY INFEKCE COVID-19 S LEHKÝM
PRŮBĚHEM
M. Navrátilová, T. Janota, B. Švihelová, A. Slavíčková (Praha)10:56 147. LÉČBA HYPERLIPIDÉMIE V AMBULANTNÍ PRAXI
L. Klemsová, Š. Kolářová (Ostrava)11:08 148. ÚLOHA SESTRY PŘI ŠESTIMINUTOVÉM TESTU CHŮZE
U PACIENTŮ SE SRDEČNÍM SELHÁNÍM
D. Hetclová (Olomouc)

11:20 PŘESTÁVKA

		Česká asociace preventivní kardiologie	
11:30-13:00		Typy a triky nefarmakologických opatření v prevenci KV onemocnění	
		Předsedající: A. Linhart, M. Vrablík (Praha)	
11:30	149.	POHYBOVÁ AKTIVITA (PRIMÁRNÍ PREVENCE; SEKUNDÁRNÍ PREVENCE VČ. PRESKRIPCE POHYBU; JAK MOTIVOVAT)	
		V. Tuka (Praha)	
11:50	150.	DIETA (CO FUNGUJE; CO ROZHODNĚ NEFUNGUJE; JAK MOTIVOVAT)	
		M. Matoulek (Praha)	
12:10	151.	HLAVNĚ SI NEUŠKODIT (PANEL)	
		A. Linhart, M. Matoulek, V. Tuka, M. Vrablík (Praha)	
12:30		DISKUZE	
13:00		PŘESTÁVKA	

		Symposium Zentiva, k.s.	
13:20-13:28		Výsledky laboratorní analýzy léčivého přípravku Diozen SÚKL akreditovanou laboratoří	
13:28		PŘESTÁVKA	

		Symposium AstraZeneca Czech Republic s.r.o.	
13:30-15:00		Rok 2021: rok změny. Co se změní – kdy, jak a pro koho?	
		Předsedající: M. Táborský (Olomouc)	
13:30	152.	ZMĚNY PRO PACIENTY S HFREF	
		M. Lazárová (Olomouc)	
13:50	153.	ZMĚNY V RUKOU KARDIOLOGŮ	
		P. Kala (Brno)	
14:10	154.	NOVÝ POHLED NA PÉČI O SDÍLENÉHO PACIENTA	
		M. Haluzík (Praha)	
14:30	155.	MODEROVANÁ DISKUZE	
		M. Táborský (Olomouc)	
15:00		PŘESTÁVKA	

		Symposium Philips Česká republika s.r.o.	
15:10-16:10		Advanced imaging in structural heart disease interventions	
		Předsedající: M. Táborský, A. Kraina, J. Caha, K. Mikuláš (Olomouc, Praha)	
15:10	156.	INTERACTIVE DEMONSTRATIONS LIVE FROM PHILIPS EXPERIENCE CENTER	
		E. Buts, M. Heye (Eindhoven, Netherlands)	
16:10		PŘESTÁVKA	

Symposium sanofi-aventis, s.r.o.
16:20-17:20 Optimalizace sekundární prevence po IM
 Předsedající: A. Linhart (Praha)

16:20 157. WHAT HAVE WE LEARNED FROM PCSK9 INHIBITOR OUTCOMES TRIALS?
 G. Schwartz (Aurora, United States)
16:45 158. JAK ZLEPŠIT HYPOLIPIDEMICKOU LÉČBU PO IM?
 P. Ošťádal (Praha)
17:10 DISKUZE
17:20 PŘESTÁVKA

17:30-18:30 Akutní koronární syndromy – speciální populace, speciální situace
 Předsedající: M. Táborský, M. Mates (Olomouc, Praha)

17:30 159. INTERVENČNĚ NEŘEŠITELNÝ NÁLEZ
 M. Hromádka (Plzeň)
17:45 160. NO REFLOW
 I. Varvařovský (Pardubice)
18:00 161. KARDIOGENNÍ ŠOK
 Z. Motovská (Praha)

18:15 162. DISKUZE

18:30 PŘESTÁVKA

Česká asociace pro srdeční rytmus
18:40-19:40 Pokroky a otevřené otázky 2020 ESC Guidelines pro diagnózu a léčbu FS
 Předsedající: R. Čihák, M. Fiala (Praha, Brno)

18:40 163. JAKÉ MNOŽSTVÍ FS OPRAVŇUJE TRVALOU ANTIKOAGULAČNÍ LÉČBU?
 R. Čihák (Praha)

18:50 164. JE JASNO V TECHNIKÁCH A KLINICKÉM VÝZNAMU KATETRIZAČNÍ/CHIRURGICKÉ ABLACE FS?
 P. Pařízek (Hradec Králové)

19:00 165. PREVENCE TROMBOEMBOLISMU BEZ ANTIKOAGULACE?
 L. Haman (Hradec Králové)

19:10 166. ČAS NA PERSONALIZOVANOU LÉČBU FS?
 M. Fiala (Brno)

19:20 DISKUZE

19:40 KONEC PROGRAMU

ČTVRTEK 13. 5. 2021

		Česká asociace intervenční kardiologie	
8:00-9:00		Jak na to?	
		Předsedající: T. Kovárník, V. Kočka, M. Želízko (Praha)	
8:00	167.	PRŮKAZ ISCHEMIE JAKO INDIKACE K REVASKULARIZACI	M. Porzer (Ostrava)
8:10	168.	PROFYLAXE CMP/TIA Z POHLEDU KARDIOLOGA	B. Janek (Praha)
8:20	169.	LOW-FLOW LOW-GRADIENT AORTÁLNÍ STENÓZA	M. Želízko (Praha)
8:30	170.	ELEKTIVNÍ PCI – PŘÍPRAVA, SLEDOVÁNÍ, MR KOMPATIBILITA	R. Špaček (Ústí nad Labem)
8:40	171.	MINOCA	J. Sitar (Brno)
8:50		DISKUZE	
9:00		PŘESTÁVKA	

		Česká společnost pro aterosklerózu	
9:10-10:10		Co má stále více společného kardiologie s lipidologií (a naopak)	
		Předsedající: J. Piňha, M. Vrablík (Praha)	
9:10	172.	JE FAMILIÁRNÍ HYPERCHOLESTEROLEMIE PRO KARDIOLOGA VZÁCNÉ ONEMOCNĚNÍ?	T. Freiburger (Brno)
9:30	173.	POTŘEBUJE KARDIOLOG VYŠETŘENÍ APOLIPOPROTEINU B?	V. Soška (Brno)
9:50	174.	LIPOPROTEINOVÁ AFERÉZA: MOŽNOSTI VYUŽITÍ V KARDIOLOGII	V. Blaha (Hradec Králové)
10:10		PŘESTÁVKA	

10:20-11:20 Volná sdělení - akutní kardiologie

Předsedající: P. Ošťádal (Praha)

10:20	175.	MULTISYSTEM INFLAMMATORY SYNDROME IN ADULTS (MIS-A) A SARS-COV-2 INFEKCE – NOVÝ HRÁČ, SE KTERÝM MUSÍME POČÍTAT PŘI DIAGNOSTICE AKUTNÍCH MYOKARDITID (KAZUISTIKA)	M. Mikolášková, M. Holická, L. Kubková, S. Nehyba, J. Maňoušek, M. Felšöci, P. Kala (Brno)
-------	------	---	--

10:30	176.	FLOWCYTOMETRICKÉ STANOVENÍ SUBPOPULACÍ LYMFOCYTŮ Z PERIFERNÍ KRVY PACIENTŮ S TAKOTSUBO SYNDROMEM J. Maňoušek, V. Hrabčáková, K. Marcinechová, J. Pařenica, P. Lokaj, T. Zatočil, T. Ondrůš, P. Kala (Brno)
10:40	177.	ARNI V TERAPII DILATAČNÍ KARDIOMYOPATIE – KAZUISTIKA FAMILIÁRNÍ DILATAČNÍ KARDIOMYOPATIE S VÝZNAMNĚ SNÍŽENOU EF LK (20%) S DOSAŽENÍM KOMPLETNÍ REVERSNÍ REMODELACE J. Pudich, J. Václavík, M. Branny (Ostrava)
10:50	178.	EOSINOFILNÍ MYOKARDITIDA S PRIMOMANIFESTACÍ SRDEČNÍHO SELHÁNÍ V.S. NA PODKLADĚ SYNDROMU CHURG-STRAUSSOVÉ L. Masárová, J. Krejčí, E. Ozábalová, J. Godava, L. Opatřil, R. Panovský, L. Špinarová (Brno)
11:00	179.	TRAUMA SDRUŽENÉ S RESUSCITACÍ: PŘEŽIVŠÍ VERSUS ZEMŘELÍ PACIENTI J. Karásek, J. Slezák, R. Štefela, M. Topinka, R. Polášek, P. Ošťádal (Liberec, Praha)
11:10	180.	PACIENTI S RESUSCITACÍ SDRUŽENÝM TRAUMATEM MAJÍ HORŠÍ 30 DENNÍ PROGNÓZU A NEUROLOGICKÝ STATUS J. Karásek, J. Slezák, R. Štefela, M. Topinka, R. Polášek, P. Ošťádal (Liberec, Praha)
11:20		PŘESTÁVKA

		Česká asociace intervenční kardiologie
11:30-13:00		Farmakoterapie při intervenční léčbě kardiologických onemocnění Předsedající: I. Varvařovský, P. Kala, M. Mates (Pardubice, Brno, Praha)
11:30	181.	ANTITROMBOTICKÁ LÉČBA PŘED A PO ELEKTIVNÍ PCI M. Mates (Praha)
11:42	182.	ANTITROMBOTICKÁ LÉČBA PŘED A PO PCI PRO AKUTNÍ KORONÁRNÍ SYNDROM P. Kala (Brno)
11:54	183.	TRVALÁ ANTIKOAGULAČNÍ LÉČBA A PCI I. Varvařovský (Pardubice)
12:06	184.	ANTITROMBOTICKÁ LÉČBA PO CHLOPENNÍCH INTERVENCÍCH V. Kočka (Praha)
12:18	185.	ANTITROMBOTICKÁ LÉČBA PO IMPLANTACI OKLUDERŮ A PO UZÁVĚRU OUŠKA LEVÉ SÍŇE M. Poloczek (Brno)
12:30	186.	ANTITROMBOTICKÁ LÉČBA U KRVÁČEJÍCÍHO PACIENTA PO PCI K. Kopřiva (Praha)
12:42		DISKUZE
13:00		PŘESTÁVKA



		Symposium CARDION s.r.o.	
13:30-14:30		Administrativa zdravotní péče – výzvy, překážky a příležitosti	
		Předsedající: A. Linhart, M. Táborský (Praha, Olomouc)	
13:30	187.	VEDENÍ ZDRAVOTNICKÉ DOKUMENTACE – POVINNOSTI POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	
		O. Dostál (Brno)	
13:45	188.	CZ-DRG ZMĚNY ÚHRADOVÝCH MECHANISMŮ V KARDIOLOGII	
		V. Bulková (Brno)	
14:00	189.	OCHRANA ZDRAVOTNICKÝCH DAT U POSKYTOVATELŮ ANEB KAM HACKER NEMŮŽE	
		P. Mastný (Brno)	
14:15		DISKUZE	
14:30		PŘESTÁVKA	

		Symposium BIOTRONIK Praha, spol. s r. o.	
14:40-15:40		Symposium Biotronik	
		Předsedající: M. Táborský (Olomouc)	
14:40	190.	WHAT'S NEW IN THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION – ESC GUIDELINES 2020 IN	

		EVERYDAY PRACTICE	
		G. Hindricks (Leipzig, Germany)	
14:55	191.	NEW TECHNOLOGIES OF CATHETER ABLATION OF ATRIAL FIBRILLATION: A FUNDAMENTAL CHANGE IN EFFICACY, SAFETY, ORGANIZATION OF ABLATION TREATMENT	
		J. Kautzner (Praha)	
15:10	192.	HOME MONITORING – AN ESSENTIAL ELEMENT OF MODERN DIGITAL MEDICINE OF THE THIRD MILLENNIUM	
		M. Táborský (Olomouc)	
15:25		DISKUZE	
15:40		PŘESTÁVKA	

		Symposium PRO.MED.CS Praha a.s.	
15:50-16:50		Nové pohledy na léčbu arytmií	
		Ve spolupráci s Klinikou kardiologie IKEM	
		Předsedající: J. Kautzner (Praha)	
15:50	193.	VYPLATÍ SE LÉČIT FIBRILACI SÍNÍ?	
		J. Kautzner (Praha)	
16:00	194.	MOHOU ZMĚNY ŽIVOTNÍHO STYLU SNÍŽIT RIZIKO RECIDIV FIBRILACE SÍNÍ?	
		J. Hašková (Praha)	

16:10	195.	FIBRILACE SÍNÍ PŘI SRDEČNÍ RESYNCHRONIZAČNÍ LÉČBĚ – CO S TÍM? R. Čihák (Praha)
16:20	196.	JAK POSTUPOVAT U ELEKTRICKÉ BOUŘE? P. Peichl (Praha)
16:30	197.	KATETRIZAČNÍ ABLACE MÍSTO KARDIOSTIMULÁTORU? D. Wichterle (Praha)
16:40		DISKUZE
16:50		PŘESTÁVKA

Symposium Novartis s.r.o.

17:00-18:00 5% za 10 let. Současnost a budoucnost KVS prevence (moderovaná diskuse)

Účastníci diskusního panelu: M. Táborský, M. Vrablík,
A. Linhart, R. Češka (Olomouc, Praha)

18:00	PŘESTÁVKA
-------	------------------

PS Kardio 35

18:10-19:10 Nejčastější chyby u atestací, aneb co říkat a co neříkat...

Předsedající: J. Honěk, T. Schimerová (Praha)

18:10	198.	INTERVENČNÍ KARDIOLOGIE J. Veselka (Praha)
18:25		DISKUZE
18:30	199.	NEINVAZIVNÍ KARDIOLOGIE A. Linhart (Praha)
18:45		DISKUZE
18:50	200.	ARYTMOLOGIE J. Kautzner (Praha)
19:05		DISKUZE
19:10		KONEC PROGRAMU



PÁTEK 14. 5. 2021

8:00-9:00		PS Kardiovaskulární rehabilitace KARDIOREHABILITACE, KLINICKÁ PRAXE V OBDOBÍ PANDEMIE COVID 19 Předsedající: E. Sovová, H. Skalická (Olomouc, Praha)
8:00	201.	DLOUHODOBÉ ÚČINKY KARDIOVASKULÁRNÍ TELEREHABILITACE S VYUŽITÍM ZÁPĚSTNÍHO MONITORU SRDEČNÍ FREKVENCE L. Baťalík (Brno)
8:15	202.	JAK NA KARDIOREHABILITACI U PACIENTŮ SE SRDEČNÍM SELHÁNÍM R. Pudil (Hradec Králové)
8:30	203.	CO ŘÍČÍ K AMBULANTNĚ VEDENÉ KARDIOREHABILITACI V DOBĚ COVIDOVÉ PANDEMIE – NEMOCNÍČNÍ PRACOVISTĚ A VEDENÍ KARDIOREHABILITACE E. Sovová (Olomouc)
8:40	204.	CO ŘÍČÍ K AMBULANTNĚ VEDENÉ KARDIOREHABILITACI V DOBĚ COVIDOVÉ PANDEMIE – JAK PROBÍHALA A PROBÍHÁ KARDIOREHABILITACE NA AMBULANTNÍM PRACOVISTĚ I. Karel, H. Skalická (Praha)
8:50		DISKUZE
9:00		PŘESTÁVKA

9:10-10:10		PS Chorob myokardu a perikardu Covid 19 a KV onemocnění Předsedající: J. Krejčí, A. Linhart (Brno, Praha)
9:10	205.	PATOFYZIOLOGIE A PROGNOSTICKÝ VÝZNAM MYOKARDIÁLNÍHO POŠKOZENÍ PŘI COVID 19 A. Linhart (Praha)
9:22		DISKUZE
9:25	206.	ZOBRAZOVACÍ METODY V DETEKCI POSTIŽENÍ MYOKARDU U COVID 19 T. Paleček (Praha)
9:37		DISKUZE
9:40	207.	BIOPTICKÝ NÁLEZ PŘI MYOKARDIÁLNÍM POSTIŽENÍ U COVID 19 J. Krejčí (Brno)
9:52		DISKUZE
9:55	208.	MULTISYSTÉMOVÝ ZÁNĚTLIVÝ SYNDROM PO COVID 19 A JEHO KARDIOVASKULÁRNÍ KONSEKVENCE M. Rezek (Brno)
10:07		DISKUZE
10:10		PŘESTÁVKA

10:20-11:20 Volná sdělení - intervenční kardiologie

Předsedající: P. Kala (Brno)

- 10:20 209. **SROVNÁNÍ POČÍTAČOVÉ TOMOGRAFIE, JÍCNOVÉ A INTRAKARDIÁLNÍ ECHOKARDIOGRAFIE A FLUOROSKOPIE NA SPRÁVNÝ VÝBĚR VELIKOSTI OKLUDÉRU PŘI KATETRIZAČNÍM UZÁVĚRU OUŠKA LEVÉ SÍNĚ**

P. Osmančík, D. Heřman, H. Línková, M. Hozman, M. Laboš (Praha, Karlovy Vary)

- 10:30 210. **AKCELEROVANÁ NEOINTIMÁLNÍ HYPERPLAZIE JAKO PRAVDĚPODOBNÁ PŘÍČINA RECIDIVUJÍCÍCH AKUTNÍCH KORONÁRNÍCH SYNDROMŮ**

J. Obrová, J. Václavík, A. Obr, D. Richter, M. Táborský (Olomouc, Ostrava)

- 10:40 211. **PREDIKCE VELIKOSTI KATETRIZAČNĚ IMPLANTOVANÉHO OKLUDÉRU OUŠKA LEVÉ SRDEČNÍ SÍNĚ POMOCÍ 3D TISKU**

M. Hudec, J. Chovančík, O. Jiravský, J. Hečko, L. Škňouřil (Třinec)

- 10:50 212. **ZKUŠENOSTI S INTRAVASKULÁRNÍ LITOTRYP SÍ RÁZOVOU VLNOU SYSTÉMEM SHOCKWAVE**

V. Novotný, I. Varvařovský, T. Lazarák, V. Rozsival, J. Matějka, M. Plíva, D. Vindiš, A. Herman (Pardubice)

- 11:00 213. **DEDIKOVANÝ PROGRAM CTO PCI – ZKUŠENOSTI A VÝSLEDKY**

V. Novotný, I. Varvařovský, T. Lazarák (Pardubice)

- 11:10 214. **EFEKTIVITA A BEZPEČNOST ZJEDNODUŠENÉHO TAVI PROTOKOLU**

M. Branny, M. Porzer, J. Mrozek, R. Jursa, R. Madry, J. Dudíková, V. Fonioková, K. Vrkočová (Ostrava)

11:20 PŘESTÁVKA

Česká asociace pro srdeční rytmus

11:30-13:00 Klinická neurokardiologie pro udržení harmonie mezi srdcem a mozkiem

Předsedající: J. Kautzner, A. Bulava (Praha, České Budějovice)

- 11:30 215. **FARMAKOLOGICKÉ MODULACE SRDEČNÍHO AUTONOMNÍHO SYSTÉMU V LÉČBĚ KV ONEMOCNĚNÍ**

M. Novák (Brno)

- 11:40 216. **INTERVENCE SRDEČNÍHO SYMPATICKÉHO NERVOVÉHO SYSTÉMU V LÉČBĚ KT/KF A ANGINY PECTORIS**

J. Kautzner (Praha)

- 11:50 217. **ABLACE SRDEČNÍHO PARASYMPATICKÉHO NERVOVÉHO SYSTÉMU V LÉČBĚ FUNKČNÍCH BRADYARYTMIÍ**

D. Wichterle (Praha)

- 12:00 218. **STIMULACE SRDEČNÍHO PARASYMPATICKÉHO SYSTÉMU V LÉČBĚ ARYTMII A SRDEČNÍ SLABOSTI**

P. Neužil (Praha)

12:10	219.	KONKOMITANTNÍ MODULACE PERIATRIÁLNÍCH GANGLIOVÝCH PLEXŮ – ZVYŠUJE ÚČINEK ABLACE FS? P. Peichl (Praha)
12:20	220.	RENÁLNÍ SYMPATICKÁ DENERVACE – NEPŘÍMÉ SRDEČNÍ EFEKTY A. Bulava (České Budějovice)
12:30		DISKUZE
13:00		PŘESTÁVKA

Symposium Amgen s.r.o.

13:30-14:30 Reálná data z klinické kardiologické praxe

Předsedající: J. Bělohávek (Praha)

13:30	221.	PREDIKCE VÝVOJE HLADIN LDL CHOLESTEROLU U PACIENTŮ PO AKS P. Ošťádal (Praha)
13:40	222.	PACIENTI PO IM VE VFN A V KRAJSKÉ NEMOCNICI T. BATI VE ZLÍNĚ V. Tuka, Z. Coufal (Praha, Zlín)
13:50	223.	VELKÁ DATA (BIG DATA) A JEJICH RELEVANCE PRO KAŽDODENNÍ PRAXI M. Vrablík (Praha)
14:00	224.	VSTUPNÍ PROFIL A EFEKT LÉČBY PACIENTŮ NA IPCSK9 V NAŠEM CENTRU T. Altschmiedová (Praha)

14:10	225.	PANELOVÁ DISKUZE
-------	------	-------------------------

14:30 PŘESTÁVKA

Symposium CARDION s.r.o.

14:40-15:40 ICHS a mitrální insuficience – co je nového?

Ve spolupráci s Českou asociací intervenční kardiologie

Předsedající: P. Kala, P. Němec (Brno)

14:40	226.	POHLED DO NITRA SRDEČNÍCH CÉV – OPTICKÁ KOHERENTNÍ TOMOGRAFIE J. Kaňovský (Brno)
14:52	227.	KORONÁRNÍ FYZIOLOGIE T. Kovárník (Praha)
15:04	228.	MITRACLIP M. Sluka (Olomouc)
15:16	229.	PERKUTÁNNÍ IMPLANTACE MITRÁLNÍ CHLOPNĚ J. Malý (Praha)
15:28	230.	TAKE-HOME MESSAGE A VÝHLEDY DO BUDOUČNA P. Kala (Brno)
15:40		PŘESTÁVKA

15:50-16:50 **Symposium Merck Sharp & Dohme s.r.o.**
Plicní hypertenze – pohled různých specializací na jedno téma (panelová diskuse)
Účastníci diskusního panelu: P. Jansa, M. Hutýra, P. Horák, M. Šterclová, V. Černý (Praha, Olomouc)

16:50 **PŘESTÁVKA**

17:00-18:00 **Symposium Teva Pharmaceuticals CR s.r.o.**
Je adherence jen otázkou edukace?
Předsedající: M. Vrablík, R. Češka, B. Vohnout (Praha, Bratislava, SR)

18:00 **PŘESTÁVKA**

18:10-19:10 **Česká asociace kardiologických zobrazovacích metod**
Srdeční selhání s normální ejekční frakcí levé komory a echokardiografie: z výšin teorie na tvrdou zem praxe

Předsedající: T. Paleček, D. Marek (Praha, Přerov)

18:10 **231. PATOFYZIOLOGIE HFPEF**
V. Melenovský (Praha)

18:25 **232. ECHOKARDIOGRAFIE A HFPEF - NEJEN E/E'**
T. Paleček (Praha)

18:40 **233. DUŠNÝ PACIENT S NORMÁLNÍ EF U AMBULANTNÍHO KARDIOLOGA: HFPEF?**
K. Linhartová (Plzeň)

18:55 **234. NE KAŽDÝ DUŠNÝ PACIENT S NORMÁLNÍ EF LK MÁ SRDEČNÍ SELHÁNÍ**
H. Línková (Praha)

19:10 **KONEC PROGRAMU**



PONDĚLÍ 17. 5. 2021

8:00-9:00		Česká asociace srdečního selhání Reverzní remodelace srdce Předsedající: V. Melenovský, R. Pudil, I. Málek (Praha, Hradec Králové)
8:00	235.	PATOFYZIOLOGIE REMODELACE MYOKARDU M. Hegarová (Praha)
8:12	236.	CHOROBY A STAVY, KDY LZE REVERZNÍ REMODELACI OČEKÁVAT M. Kubánek (Praha)
8:24	237.	OVLIVNĚNÍ PROCESU REMODELACE FARMAKOTERAPIÍ R. Pudil (Hradec Králové)
8:36	238.	JAK MŮŽE PŘÍSPĚT MODERNÍ ARYTMOLOGIE K NAVOZENÍ REVERZNÍ REMODELACE LK M. Tábořský (Olomouc)
9:00	PŘESTÁVKA	
9:10-10:10		PS Kardiovaskulární farmakoterapie Co hýbe kardiovaskulární farmakoterapií Předsedající: J. Hradec, J. Špinar (Praha, Brno)
9:10	239.	SGLT2 INHIBITORY V LÉČBĚ SRDEČNÍHO SELHÁNÍ PACIENTŮ BEZ DM J. Špinar (Brno)

9:30	240.	PODÁVÁNÍ IPP PŘI ANTITROMBOTICKÉ LÉČBĚ ANO I NE J. Bultas (Praha)
9:50	241.	HYPERVOLÉMIE A KONGESCE U SRDEČNÍHO SELHÁNÍ: JAK JÍ ROZPOZNAT A JAK S NÍ BOJOVAT V. Melenovský (Praha)

10:10 PŘESTÁVKA

10:20-11:20		Česká společnost pro hypertenzi Aktuální diagnostické a terapeutické přístupy u hypertenze Předsedající: R. Cífková (Praha)
--------------------	--	---

10:20	242.	NOVINKY V OBLASTI MĚŘENÍ KREVNÍHO TLAKU J. Mlíková Seidlerová (Plzeň)
10:32	243.	CIRKADIÁNNÍ VARIABILITA KREVNÍHO TLAKU A JEJÍ VÝZNAM PRO ANTIHYPERTENZNÍ LÉČBU: MÁ BYT PODÁVÁNA RÁNO NEBO VEČER? J. Filipovský (Plzeň)
10:44	244.	ADHERENCE, STÁLE TRVAJÍCÍ PROBLÉM J. Widimský jr. (Praha)
10:56	245.	INVAZIVNÍ LÉČBA HYPERTENZE, JAKÉ JE JEJÍ POSTAVENÍ DNES? T. Zelinka (Praha)

11:20 PŘESTÁVKA

11:30-13:00 To nejlepší z české kardiologie 2020

Předsedající: P. Widimský, A. Linhart (Praha)

11:30 246. PATENT FORAMEN OVALE CLOSURE IS EFFECTIVE IN DIVERS: LONG-TERM RESULTS FROM THE DIVE-PFO REGISTRY

J. Honěk, M. Šrámek, T. Honěk, A. Tomek, L. Šefc, J. Januška, J. Fiedler, M. Horváth, Š. Novotný, J. Veselka (Praha, Třinec, Kladno)

11:40 247. LEFT ATRIAL APPENDAGE CLOSURE VERSUS NON-VITAMIN K ANTICOAGULANTS IN HIGH RISK PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION: THE PRAGUE-17 TRIAL

P. Osmančík, D. Heřman, P. Neužil, P. Hála, M. Táborský, P. Kala, M. Poloczek, J. Štásek, L. Haman, M. Branny, J. Chovančík, P. Červinka, J. Holý, T. Kovárník, D. Zemánek, Š. Havránek, V. Vančura, J. Opatrný, P. Pechl, P. Toušek (Praha, Olomouc, Brno, Hradec Králové, Ostrava, Třinec, Ústí nad Labem, Plzeň)

11:50 248. DYSREGULATION OF EPICARDIAL ADIPOSE TISSUE IN CACHEXIA DUE TO HEART FAILURE: THE ROLE OF NATRIURETIC PEPTIDES AND CARDIOLIPIN

V. Melenovský (Praha)

12:00 249. IMPACT OF ACCESS ROUTE TO THE LEFT VENTRICLE ON ASYMPTOMATIC PERIPROCEDURAL BRAIN INJURY: THE RESULTS OF A RANDOMIZED TRIAL IN PATIENTS UNDERGOING CATHETER ABLATION OF VENTRICULAR TACHYCARDIA

E. Borišincová (Praha)

12:10 250. DELETERIOUS EFFECTS OF HYPERACTIVITY OF THE RENIN-ANGIOTENSIN SYSTEM AND HYPERTENSION ON THE COURSE OF CHEMOTHERAPY-INDUCED HEART FAILURE AFTER DOXORUBICIN ADMINISTRATION: A STUDY IN REN-2 TRANSGENIC RAT

P. Kala, H. Bartušková, J. Piřha, S. Kikerlová, Š. Jíchová, V. Melenovský, L. Hořková, J. Veselka, E. Kompanowska-Jezińska, J. Sadowski, O. Gawrys, H. Maxová, L. Červenka (Praha, Warsaw)

12:20 251. MICRORNA-331 AND MICRORNA-151-3P AS BIOMARKERS IN PATIENTS WITH ST-SEGMENT ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION

M. Horváth, V. Horváthová, P. Hájek, C. Štěchovský, J. Honěk, L. Šenolt, J. Veselka (Praha)

12:30 252. EXERCISE DYNAMICS OF CARDIAC BIOMARKERS AND HEMOCONCENTRATION IN PATIENTS WITH CHRONIC SYSTOLIC HEART FAILURE

J. Beneš, M. Kotrč, M. Conrad, J. Kautzner, V. Melenovský, P. Jarolím (Praha, Boston, United States)

12:40 253. COMPLETE RECOVERY OF FULMINANT CYTOTOXIC CD8 T-CELL-MEDIATED MYOCARDITIS AFTER ECMELLA UNLOADING AND IMMUNOSUPPRESSION

I. Jurčová (Praha)

12:50 254. MODIFIED STRATEGIES FOR INVASIVE MANAGEMENT OF ACUTE CORONARY SYNDROME DURING THE COVID-19 PANDEMIC

P. Toušek, V. Kočka, P. Mašek, P. Tůma, M. Neuberg, M. Nováčková, J. Kroupa, D. Bauer, Z. Motlovská, P. Widimský (Praha)

13:00 PŘESTÁVKA

13:30-14:30 **Symposium SERVIER s.r.o.**
Civilizační nemoci – daň za moderní způsob života

Předsedající: D. Karetová (Praha)

- 13:30** 255. **DEPRESIVNÍ PORUCHY U KV ONEMOCNĚNÍ**
M. Anders (Praha)
- 13:55** 256. **ZÁNĚT JAKO HLAVNÍ PŘÍČINA CHRONICKÉHO ŽILNÍHO ONEMOCNĚNÍ, EPIDEMIE 21. STOLETÍ**
D. Karetová (Praha)
- 14:20** **DISKUZE**
- 14:30** **PŘESTÁVKA**

14:40-15:40 **Symposium Boehringer Ingelheim s.r.o.**
Jak mohou kardiologové pomoci diabetikům (panelová diskuse)

Účastníci diskusního panelu: F. Málek, M. Prázný, J. Veselý, S. Hrušková (Praha, Broumov, Liberec)

15:40 **PŘESTÁVKA**

15:50-16:50 **Symposium AstraZeneca Czech Republic s.r.o.**
Aktuální otázky v léčbě pacientů po infarktu myokardu

Předsedající: Z. Moťovská (Praha)

- 15:50** 257. **JAK VYBRAT ANTIAGREGAČNÍ LÉČBU PO INFARKTU MYOKARDU?**
P. Ošťádal (Praha)
- 16:05** 258. **NEPODCEŇUJEME DLOUHODOBÉ RIZIKO PACIENTŮ PO INFARKTU MYOKARDU?**
Z. Moťovská (Praha)
- 16:20** 259. **RIZIKO ISCHEMIE VS. RIZIKO KRVÁCENÍ – MODEROVANÁ INTERAKTIVNÍ DISKUZE**
M. Vrablík (Praha)

16:50 **PŘESTÁVKA**

17:00-18:00 **Symposium Amgen s.r.o.**
Alarmující pravda o cholesterolu

Předsedající: M. Táborský (Olomouc)

- 17:00** 260. **JE VČASNÁ INTERVENCE DO LIPIDOVÉHO METABOLISMU KRITICKÁ PRO DALŠÍ OSUD PACIENTA S AKS?**
M. Hutýra (Olomouc)

- 17:10 261. „ALARMUJÍCÍ“ PRAVDA O CHOLESTEROLU
R. Češka (Praha)
- 17:20 262. ESC NSTE-AKS GUIDELINES 2020
J. Pařenica (Brno)
- 17:30 263. NÁRODNÍ PROGRAM KV PREVENCE A PREVENTIVNÍ
PROGRAMY VZP PLUS
M. Táborský (Olomouc)
- 17:40 264. PANELOVÁ DISKUZE

18:00 PŘESTÁVKA

Česká asociace ambulantních kardiologů

18:10-19:10 Antikogulační terapie 2021 od A do Z

Předsedající: M. Táborský, I. Karel (Olomouc, Praha)

- 18:10 265. ZÁKLADY HEMOSTÁZY, PATOFYZIOLOGICKÝ POHLED NA
ANTIKOAGULAČNÍ LÉČBU
J. Kvasnička (Praha)
- 18:25 DISKUZE
- 18:30 266. ANTIKOAGULAČNÍ LÉČBA U FIBRILACE SÍNÍ: KAM JSME
POKROČILI A JAKÉ JSOU SOUČASNÉ MOŽNOSTI
M. Táborský (Olomouc)
- 18:45 DISKUZE

- 18:50 267. ANTIKOAGULAČNÍ LÉČBA U HLUBOKÉ ŽILNÍ TROMBÓZY,
U PLICNÍ EMBOLIE, U ONKOLOGICKÝCH PACIENTŮ A VE
SPECIÁLNÍCH INDIKACÍCH
J. Hirmerová (Plzeň)

19:05 DISKUZE

19:10 KONEC PROGRAMU

ÚTERÝ 18. 5. 2021

		PS Plicní cirkulace
8:00-9:00		Plicní hypertenze - novinky 2020 I.
		Předsedající: P. Jansa, M. Hutýra (Praha, Olomouc)
8:00	268.	COVID A POSTIŽENÍ PLICNÍCH CÉV V. Dytrych (Praha)
8:12	269.	PLICNÍ HYPERTENZE A SRDEČNÍ ONEMOCNĚNÍ V. Melenovský (Praha)
8:24	270.	PLICNÍ HYPERTENZE A PLICNÍ ONEMOCNĚNÍ D. Ambrož (Praha)
8:36	271.	PRAVÁ KOMORA SRDEČNÍ M. Hutýra (Olomouc)
8:48		DISKUZE
9:00		PŘESTÁVKA
		PS Plicní cirkulace
9:10-10:10		Plicní hypertenze - novinky 2020 II.
		Předsedající: M. Aschermann, I. Šimková (Praha, Bratislava, SR)
9:10	272.	PLICNÍ ARTERIÁLNÍ HYPERTENZE H. Al-Hiti (Praha)

9:22	273.	CHRONICKÁ TROMBOEMBOLICKÁ PLICNÍ HYPERTENZE P. Jansa (Praha)
9:34	274.	VROZENÉ SRDEČNÍ VADY A PLICNÍ CÍRKULACE V DĚTSTVÍ V. Chaloupecký (Praha)
9:46	275.	ORGANIZÁCIA STAROSTLIVOSTI O DOSPELÝCH PACIENTOV S VCHS V BÝVALEJ VÝCHODNEJ EURÓPE I. Šimková (Bratislava, SR)
9:58		DISKUZE
10:10		PŘESTÁVKA

		Česká asociace srdečního selhání
10:20-11:20		Novinky ve farmakoterapii chronického srdečního selhání
		<i>Ve spolupráci s PS Kardiovaskulární farmakoterapie</i>
		Předsedající: F. Málek, J. Špinar, J. Vítovec (Praha, Brno)
10:20	276.	INHIBITORY SGLT2 A JEJICH POSTAVENÍ V LÉČBĚ SRDEČNÍHO SELHÁNÍ J. Špinar (Brno)
10:32	277.	SAKUBITRIL-VALSARTAN – NOVÉ POZNATKY L. Špinarová (Brno)

10:44	278.	VERICIGUAT A DALŠÍ STIMULÁTORY GUANYLÁTCYKLÁZY V. Melenovský (Praha)
10:56	279.	OMECAMTIV MECARBIL V TERAPII SRDEČNÍHO SELHÁNÍ I. Málek (Praha)
11:20	PŘESTÁVKA	

PS Kardio 35**11:30-13:00 Co by měl mladý kardiolog vědět o...?**

Předsedající: P. Kala, M. Holická (Praha, Brno)

11:30	280.	ELEKTROFYZIOLOGIE J. Honěk (Praha)
11:50		DISKUZE
11:52	281.	AKUTNÍ KARDIOLOGIE A ECMO M. Pazderník (Praha)
12:12		DISKUZE
12:14	282.	CHLOPENNÍ VADY POHLEDEM ECHOKARDIOGRAFISTY M. Horváth (Praha)
12:34		DISKUZE
12:36	283.	CHLOPENNÍ VADY POHLEDEM KARDIOCHIRURGA M. Pokorný (Praha)
12:56		DISKUZE
13:00	PŘESTÁVKA	

Symposium Novartis s.r.o.**13:30-14:30 Leqvio: Budoucnost léčby hypercholesterolémie (moderovaná diskuze)**

Účastníci diskusního panelu: R. Češka, J. Čepová, J. Slíva, J. Beneš (Praha)

14:30 PŘESTÁVKA**Symposium Herbacos Recordati, s.r.o.****14:40-15:40 Blokátory Ca kanálů jako základní farmakoterapeutická skupina v léčbě hypertenze**

Předsedající: V. Danzig (Praha)

14:40	284.	POSTAVENÍ CA BLOKÁTORŮ V LÉČBĚ HYPERTENZE DLE SOUČASNÝCH GUIDELINES J. Widimský jr. (Praha)
15:05	285.	KDE JE POZICE LERKANIDIPINU V KOMBINAČNÍ LÉČBĚ HYPERTENZE – KLINICKÁ DATA A PRAKTICKÉ ZKUŠENOSTI E. Kociánová (Olomouc)
15:30		DISKUZE
15:40	PŘESTÁVKA	



15:50-16:50 **Symposium Pfizer, spol. s r. o.**
**Praktické otázky vedení léčby a prevence VTE –
panelová diskuse**

Účastníci diskusního panelu: D. Karetová, J. Hirmerová,
R. Malý, P. Dulíček (Praha, Plzeň, Hradec Králové)

16:50 **PŘESTÁVKA**

17:00-18:00 **Symposium PRO.MED.CS Praha a.s.**
ASA – neopouštěj staré věci pro nové...

Předsedající: M. Vrablík (Praha)

- 17:00** 286. **ASA – STARÝ PES, KTERÝ UMÍ NOVÉ KOUSKY?**
J. Bultas (Praha)
- 17:15** 287. **ASA V PRIMÁRNÍ PREVENCI: NIKDY NEBO NĚKDY ANO?**
M. Vrablík (Praha)
- 17:30** 288. **ASA V SEKUNDÁRNÍ PREVENCI PO AKS: VŽDY NEBO
TÉMĚŘ VŽDY?**
P. Ošťádal (Praha)
- 17:45** **DISKUZE**

18:00 **PŘESTÁVKA**

18:10-19:10 **Česká asociace preventivní kardiologie**
Preventivní kardiologie má mnoho podob...

Předsedající: M. Vrablík, A. Linhart (Praha)

- 18:10** 289. **ČESKÁ ASOCIACE PREVENTIVNÍ KARDIOLOGIE**
M. Vrablík (Praha)
- 18:22** 290. **JE MOŽNÁ PREVENCE SCD NA ZÁKLADĚ
KARDIOGENETIKY?**
T. Novotný (Brno)
- 18:34** 291. **CENTRA SPORTOVNÍ KARDIOLOGIE**
V. Tuka (Praha)
- 18:46** 292. **E-HEALTH A KARDIOVASKULÁRNÍ PREVENCE**
M. Táborský (Olomouc)
- 18:58** **DISKUZE**
- 19:10** **KONEC PROGRAMU**

STŘEDA 19. 5. 2021

8:00-9:00 PS Chorob myokardu a perikardu Novinky v diagnostice a léčbě kardiomyopatií v roce 2020

Předsedající: F. Málek, V. Melenovský (Praha)

8:00 293. **HYPERTROFICKÁ KARDIOMYOPATIE**
D. Zemánek (Praha)

8:17 **DISKUZE**

8:20 294. **AL AMYLOIDÓZA**
R. Pudil (Hradec Králová)

8:37 **DISKUZE**

8:40 295. **TTR AMYLOIDÓZA**
M. Kubánek (Praha)

8:57 **DISKUZE**

9:00 **PŘESTÁVKA**

9:10-10:10 Česká asociace kardiiovaskulárních zobrazovacích metod Magnetická rezonance v kardiologii – update 2021

Předsedající: P. Kuchynka, M. Pleva (Praha, Ostrava)

9:10 296. **ROLE MAGNETICKÉ REZONANCE U AKUTNÍHO
KORONÁRNÍHO SYNDROMU BEZ ELEVACÍ ST SEGMENTU**
R. Panovský (Brno)

9:25 297. **DOKÁŽE MAGNETICKÁ REZONANCE NAHRADIT BIOPSII
MYOKARDU, A V JAKÝCH PŘÍPADECH?**
T. Paleček (Praha)

9:40 298. **VÝZNAM MAGNETICKÉ REZONANCE PRO INDIKACE
OPERACE SRDEČNÍCH CHLOPENNÍCH VAD**
R. Kočková (Praha)

9:55 299. **FIBRÓZA MYOKARDU A JEJÍ DETEKCE MAGNETICKOU
REZONANCÍ - PROGNOSTICKÝ VÝZNAM**
M. Pleva (Ostrava)

10:10 **PŘESTÁVKA**



		Česká diabetologická společnost	
10:20-11:20		Aktuální směry v diabetologii	
		Předsedající: J. Škrha, M. Prázný (Praha)	
10:20	300.	DIABETES MELLITUS A SPORT	E. Horová (Praha)
10:40	301.	HODNOCENÍ KOMPENZACE DIABETU 2021	J. Škrha (Praha)
11:00	302.	DOPADY KORONAVIROVÉ PANDEMIE NA PÉČI O DIABETES A Z TOHO VYPLYVAJÍCÍ KOMPLIKACE	M. Prázný (Praha)
11:20	PŘESTÁVKA		

		Česká asociace srdečního selhání	
11:30-13:00		Organizace péče o nemocné se srdečním selháním	
		Předsedající: F. Málek, M. Tábořský, V. Melenovský (Praha, Olomouc)	
11:30	303.	EPIDEMIOLOGIE SRDEČNÍHO SELHÁNÍ V ČR	M. Tábořský (Olomouc)
11:42	304.	ÚLOHA INTERNISTY V PÉČI O PACIENTY SE SS	J. Vítovec (Brno)

11:54	305.	ÚLOHA AMBULANTNÍHO KARDIOLOGA V PÉČI O NEMOCNÉ S CHSS	J. Veselý (Náchod)
12:06	306.	AMBULANCE SRDEČNÍHO SELHÁNÍ BEZ PROGRAMU TX/LVAD	M. Lazárová (Olomouc)
12:18	307.	AMBULANCE SRDEČNÍHO SELHÁNÍ S PROGRAMEM TX/LVAD	J. Krejčí (Brno)
12:30	308.	ORGANIZACE PÉČE O NEMOCNÉ SE SS V ZAHRANIČÍ	V. Melenovský (Praha)
12:42	309.	NÁVRH ORGANIZACE PÉČE O NEMOCNÉ SE SS V ČR	F. Málek (Praha)
13:00	PŘESTÁVKA		

		Symposium Pfizer, spol. s r. o.	
13:30-14:30		TTR srdeční amyloidóza - od podezření k diagnóze	
		Předsedající: A. Linhart, M. Tábořský (Praha, Olomouc)	
13:30	310.	KLINICKÉ OBRAZY ATTR	M. Kubánek (Praha)

13:45	311.	ATTR-CA - DIAGNOSTICKÝ POSTUP T. Paleček (Praha)
14:00	312.	EFEKT LÉČBY TAFAMIDISEM U PACIENTŮ S ATTR-CA: STUDIE ATTR-ACT J. Krejčí (Brno)
14:15		DISKUZE
14:30		PŘESTÁVKA

14:40-15:40 **Současný pohled na management
polymorbidního pacienta v běžné klinické praxi
– panelová diskuse**

Účastníci diskusního panelu: M. Táborský, H. Skalická,
Š. Havránek, D. Čelovská (Olomouc, Praha, Bratislava, SR)

15:40 **PŘESTÁVKA**

15:50-16:50 **Symposium Roche s.r.o., Diagnostics Division
BIOMARKERY V DOBĚ COVIDOVÉ:
Známá fakta v nové podobě**
Předsedající: T. Kovárník (Praha)

15:50	313.	COVID-19 A TROMBOEMBOLICKÁ NEMOC M. Hutýra (Olomouc)
16:05	314.	COVID-19 A POSTIŽENÍ MYOKARDU T. Kovárník (Praha)
16:20	315.	COVID-19 A ZÁNĚTLIVÝ MULTISYSTÉMOVÝ SYNDROM D. Rajdl (Plzeň)
16:35		DISKUZE
16:50		PŘESTÁVKA

17:00-18:00 **Symposium Novartis s.r.o.
Praktické aspekty vzniku funkční sítě ambulancí
srdečního selhání (specifika, výzvy a plány)**
Předsedající: A. Linhart, F. Málek (Praha)

17:00	316.	CENTRUM SRDEČNÍHO SELHÁNÍ – AMBULANTNÍ JIP? NEDOSTATKY A VÝZVY PŘI PŘECHODU Z NEMOCNICE DO DOMÁČÍ PÉČE J. Bělohávek (Praha)
-------	------	---

- 17:15 317. **STRAŠTI A SLASTI REGIONÁLNÍ AMBULANCE
SRDEČNÍHO SELHÁNÍ**
J. Veselý (Broumov)
- 17:30 318. **PRAKTICKÉ ASPEKTY REFEROVÁNÍ DO TRANSPLANT
CENTRA**
V. Melenovský (Praha)
- 17:45 **DISKUZE**
- 18:00 **PŘESTÁVKA**

Česká asociace akutní kardiologie

18:10-19:10 **Srdeční zástava**

Předsedající: J. Bělohávek, J. Karásek (Praha, Liberec)

- 18:10 319. **NOVÁ GUIDELINES PRO RESUSCITACI 2020**
J. Karásek (Liberec)
- 18:25 320. **STANOVENÍ NEUROLOGICKÉ PROGNÓZY**
D. Vondráková (Praha)
- 18:40 321. **ARYTMICKÁ BOUŘE**
P. Lokaj (Brno)
- 18:55 322. **EXTRAKORPORÁLNÍ RESUSCITACE (ECPR)**
J. Bělohávek (Praha)

19:10 **KONEC PROGRAMU**

ČTVRTEK 20. 5. 2021

8:00-9:00		PS Chlopenní a vrozené srdeční vady v dospělosti Koarktace aorty od počátku do dospělosti Ve spolupráci s PS Pediatriká kardiologie Předsedající: E. Klásková, D. Marek (Olomouc, Přerov)
8:00	323.	PATOFYZIOLOGIE A DIAGNÓZA FETÁLNÍ, PERINATÁLNÍ A DĚTSKÉ KOA J. Kovanda, V. Tomek (Praha)
8:25	324.	KLINICKÝ OBRAZ A DG KOA U DOSPĚLÝCH J. Popelová Rubáčková (Praha)
8:50	325.	JAK NA OPERACI DĚTSKÉ KOA R. Poruban (Praha)
9:00	PŘESTÁVKA	
9:10-10:10		PS Pediatriká kardiologie Koarktace aorty od počátku do dospělosti II! Ve spolupráci s PS Chlopenní a vrozené srdeční vady v dospělosti Předsedající: E. Klásková, D. Marek (Olomouc, Přerov)
9:10	326.	INTERVENČNÍ ZÁKROKY U KOA DĚTÍ O. Materna, M. Jičínský (Praha)

9:30	327.	INTERVENČNÍ ZÁKROKY U KOA DOSPĚLÝCH D. Kučera (Praha)
9:50	328.	OPERACE KOA U DOSPĚLÉ POPULACE Š. Černý (Praha)
10:10	PŘESTÁVKA	

10:20-11:20		Česká asociace preventivní kardiologie Dědičné aortopatie: od genetické diagnostiky k možnostem léčby Předsedající: A. Krebsová, T. Novotný (Praha, Brno)
10:20	329.	GENETICKY PODMÍNĚNÉ AORTOPATIE (PŘEHLED, DIAGNOSTIKA A INDIKAČNÍ KRITÉRIA KE KARDIOCHIRURGICKÉMU ZÁKROKU) D. Žáková (Brno)
10:30	330.	GENETICKÉ VYŠETŘENÍ U AORTOPATIÍ A. Krebsová (Praha)
10:40	331.	METODIKA IMPLANTACE PEARS, „OFF PUMP“ VERSUS „ON PUMP“ J. Pirk (Praha)
10:50	332.	ZÁCHOVNÉ OPERACE U GENETICKY PODMÍNĚNÝCH AORTOPATIÍ P. Fila (Brno)

11:00 333. **POOPERAČNÍ SLEDOVÁNÍ PACIENTŮ**

R. Kočková (Praha)

11:10 **DISKUZE**

11:20 **PŘESTÁVKA**

PS Chlopenní a vrozené srdeční vady v dospělosti

11:30-13:00 **Složité situace u chlopenních vad**

Předsedající: D. Marek, J. Nečas (Přerov, Brno)

11:30 334. **AORTÁLNÍ STENÓZA SE SOUČASNOU MITRÁLNÍ REGURGITACÍ**

Z. Hlubocká (Praha)

11:48 335. **ZKRATOVÁ VADA A PLICNÍ HYPERTENZE**

J. Popelová Rubáčková (Praha)

12:06 336. **TRIKUSPIDÁLNÍ REGURGITACE – VEJCE NEBO SLEPICE?**

D. Zemánek (Praha)

12:24 337. **AO REGURGITACE U SPORTOVCE**

K. Linhartová (Plzeň)

12:42 338. **DEGENERACE BIOPROTÉZY**

M. Brtko (Hradec Králové)

13:00 **PŘESTÁVKA**

Symposium Philips Česká republika s.r.o.

13:30-14:30 **Novel diagnostic imaging methods in cardiology used with MRI and Spectral CT scanning**

Předsedající: M. Táborský (Olomouc)

13:30 339. **SPEED COMFORT CONFIDENCE IN CARDIAC IMAGING" – MR DEMONSTRATIONS FROM PHILIPS EXPERIENCE CENTER, THE NETHERLANDS**

U. Blume, B. Principaal, K. Rajendran (Eindhoven, Netherlands)

14:00 340. **SPECTRAL DETECTOR CT: IMPROVING DIAGNOSTIC CONFIDENCE WITHIN THE CARDIO-VASCULAR DOMAIN"- DEMONSTRATIONS FROM PHILIPS EXPERIENCE CENTER, THE NETHERLANDS**

R. Raaijmakers (Eindhoven, Netherlands)

14:30 **PŘESTÁVKA**

Symposium Amgen s.r.o.

14:40-15:40 **Každé srdce se počítá**

Předsedající: A. Linhart (Praha)

14:40 341. **JAK JSME NA TOM S PLNĚNÍM CÍLŮ PRO LDL CHOLESTEROL DLE NEJNOVĚJŠÍCH DAT?**

R. Cífková (Praha)

- 14:50 342. **NÁRODNÍ PROGRAM KV PREVENCE**
A. Linhart (Praha)
- 15:00 343. **NEMÁ VÁŠ PACIENT S AKS FH?**
V. Blaha (Hradec Králové)
- 15:10 344. **TIPY A RADY NA CESTU PACIENTA DO CENTRA PRO LÉČBU PCSK9I**
M. Šnejdrlová (Praha)
- 15:20 345. **PANELOVÁ DISKUZE**
- 15:40 **PŘESTÁVKA**

15:50-16:50 Nová doporučení pro léčbu NSTE akutních koronárních syndromů – nejdiskutovanější témata

Předsedající: Z. Mořovská, P. Kala (Praha, Brno)

- 15:50 346. **PŘEDLÉČENÍ**
T. Kovárník (Praha)
- 16:05 347. **PRASUGREL VŠEM: ANO – NE?**
M. Mates (Praha)
- 16:20 348. **LÉČBA U PACIENTŮ S FS PO AKS**
M. Tábořský (Olomouc)
- 16:35 349. **DISKUZE**
- 16:50 **PŘESTÁVKA**

- Symposium Edwards Lifesciences Czech Republic s.r.o.**
- 17:00-18:00 **Perspektivy léčby pacientů s aortální a mitrální vadou**
Ve spolupráci s Českou asociací intervenční kardiologie
Předsedající: P. Kala (Brno)

- 17:00 350. **JAK MŮŽEME OPTIMALIZOVAT PROGRAM TAVI?**
M. Želízko, Praha
- 17:10 351. **DEGENERACE CHLOPENNÍ BIOPROTÉZY A MOŽNOSTI JEJÍHO ŘEŠENÍ**
M. Mates, Praha
- 17:20 352. **NOVINKY V KATETRIZAČNÍ LÉČBĚ MITRÁLNÍ REGURGITACE**
D. Zemánek, Praha
- 17:30 353. **INSPIRIS RESILIA – NOVÁ CESTA V BIOLOGICKÝCH CHLOPNÍCH?**
P. Němec, Brno
- 17:40 354. **TAVR – CO JSME SE DOPOSUD NAUČILI A JAKÉ JSOU VÝHLEDY DO BUDOUCNA**
P. Kala, Brno
- 17:50 **DISKUZE**
- 18:00 **PŘESTÁVKA**

Symposium Medtronic Czechia

18:10-19:10 Arytmie & Stroke v diagnostice

Předsedající: M. Škorňa (Brno)

- 18:10 355. SYNKOPA CENTRUM NEMOCNICE NA HOMOLCE – MULTIDISCIPLINÁRNÍ PŘÍSTUP**
L. Dujka, Praha
- 18:35 356. FN BRNO BOHUNICE – SPOLUPRÁCE KARDIOLOGA A NEUROLOGA U STROKE PACIENTŮ**
J. Vlašínová, M. Škorňa (Brno)
- 19:00 DISKUSE**
- 19:10 KONEC PROGRAMU**

PÁTEK 21. 5. 2021

Česká asociace intervenční kardiologie

8:00-9:00 Interaktivní kazuistiky

Předsedající: P. Toušek, J. Bis, M. Branny (Praha, Hradec Králové, Ostrava)

- 8:00 357. KAZUISTIKA 1 – PACIENT SE STEMI**
P. Červinka (Ústí nad Labem)
- 8:12 358. KAZUISTIKA 2 – PACIENT V KARDIOGENNÍM ŠOKU**
J. Bis (Hradec Králové)
- 8:24 359. KAZUISTIKA 3 – PACIENT K HIGH-RISK PCI**
P. Toušek (Praha)
- 8:36 360. KAZUISTIKA 4 – PACIENT S TĚŽKOU RENÁLNÍ INSUFICIENCÍ K PCI**
T. Kovárník (Praha)
- 8:48 DISKUSE**
- 9:00 PŘESTÁVKA**

9:10-10:10 Česká internistická společnost Vyzvaný blok České internistické společnosti

Předsedající: R. Češka, J. Václavík (Praha, Ostrava)

- 9:10 361. **NOVINKY VE VNITŘNÍM LÉKAŘSTVÍ 2021**
J. Václavík (Ostrava)
- 9:25 362. **NÁSTRAHY LABORATORNÍCH VYŠETŘENÍ V INTERNĚ**
B. Lačňák (Ostrava)
- 9:40 363. **POLYPRAGMAZIE A JEJÍ RIZIKA**
J. Hartinger, R. Češka (Praha)
- 9:55 **DISKUZE**
- 10:10 **PŘESTÁVKA**

10:20-11:20 Volná sdělení - chlopenní a vrozené vady, varia

Předsedající: D. Marek (Přerov)

- 10:20 364. **AMIODARONEM INDUKOVANÉ POSTIŽENÍ PLIC**
M. Hudec, P. Vysočanová, V. Brázdil, P. Kala (Brno)
- 10:30 365. **COR TRIATRIATUM SINISTRUM V TĚHOTENSTVÍ: CASE REPORT**
M. Cipovová, T. Zatočil, L. Koc, A. Nečasová, D. Žáková, P. Janků, R. Gerychová, P. Kala (Brno)

- 10:40 366. **SVÍZELNÁ DIAGNOSTIKA PŘÍČINY FIBRILACE KOMOR – HYPERTROFICKÁ KARDIOMYOPATIE ČI BRUGADA SYNDROM?**
S. Lietava, T. Novotný, I. Andršová, M. Kozák, P. Kala (Brno)
- 10:50 367. **KATETRIZAČNÍ LÉČBA KOARKTACE AORTY A STENÓZY AORTÁLNÍ BIOPROTÉZY V JEDNÉ DOBĚ**
M. Branny, T. Jonszta, V. Procházká, M. Porzer, J. Mrozek, R. Jursa, R. Madry, J. Dudíková, T. Veiser (Ostrava)
- 11:00 368. **EMBOlizACE PLICNÍ A KRYPTOGENNÍ CÉVNÍ MOZKOVÁ PŘÍHODA, RIZIKO PERSISTUJÍCÍHO FORAMEN OVALE**
K. Navrátil (Olomouc)

11:20 PŘESTÁVKA

Symposium sanofi-aventis, s.r.o.

11:30-13:00 PRO a předem prohraný soubor „PROTI“ PCSK9i – panelová diskuse

Účastníci diskusního panelu: M. Táborský, V. Blaha, M. Vrablík, R. Češka, J. Veselý, P. Ošťádal, A. Linhart (Olomouc, Hradec Králové, Praha, Broumov)

13:00 PŘESTÁVKA



13:30-14:30 **Symposium PharmaSwiss Česká republika s.r.o.**
Selže srdce kvůli draslíku? Nemusí, když...

Předsedající: R. Pudil (Hradec Králové)

13:30 369. DRASLÍK: PŘÍJEM, VÝDEJ A TĚLESNÉ HOSPODÁŘSTVÍ:
CO NA TO SRDCE?

J. Slíva (Praha)

13:45 370. NORMOKALÉMIE U SRDEČNÍHO SELHÁNÍ: JSOU
REFERENČNÍ HODNOTY OPRAVDU „REFERENČNÍ“?

J. Beneš (Praha)

14:00 371. CO MŮŽE SPECIALISTA A PRAKTICKÝ LÉKAŘ SPOLEČNĚ
UDĚLAT PRO ZLEPŠENÍ PROGNÓZY NEMOCNÝCH SE
SRDEČNÍM SELHÁNÍM

J. Veselý (Broumov)

14:15 372. DISKUZE

14:30-14:40 **Zakončení XXIX. výročního sjezdu**

Předsedající: A. Linhart, M. Táborský (Praha, Olomouc)



Posterová sekce – lékaři + technici

47. **KAZUISTIKA PACIENTA S DISEKČÍ ASCENDENTNÍ AORTY**
K. Bažantová, M. Tropp, V. Kaučák (Velké Němčice)
48. **ADENOSIN-SENZITIVNÍ FOKÁLNÍ ŠÍŇOVÁ TACHYKARDIE Z OBLASTI ATRIOVENTRIKULÁRNÍHO UZLU (IESAKA) – SÉRIE 2 KAZUISTIK**
T. Roubíček, P. Stojadinovič, P. Kučera, R. Čihák (Liberec, Praha)
49. **TROMBOSY MESENTERICKÝCH VEN**
R. Kološová, P. Baša, D. Jurenka, J. Vaculová, D. Kučera (Frýdek-Místek, Praha)
50. **TĚŽKÁ PLICNÍ HYPERTENZE S PRAVOSTRANNÝM SRDEČNÍM SELHÁNÍM PŘI NÁDOROVÉ TROMBOTICKÉ MIKROANGIOPATII JAKO PRVNÍ PROJEV KARCINOMU ŽALUDKU U MLADÉHO PACIENTA**
M. Rádllová, J. Rosmusová, D. Ambrož, D. Baran, T. Roubíček, R. Polášek (Liberec, Praha)
51. **POZDNÍ CÉVNÍ KOMPLIKACE U PACIENTA PO KATÉTROVÉ IMPLANTACI AORTÁLNÍ CHLOPNĚ TRANSFEMORÁLNÍM PŘÍSTUPEM.**
F. Kováčik, A. Směkal, M. Rada, J. Přeček, M. Hutýra, M. Tábořský (Olomouc)
52. **PORUCHA TRVALÉHO KARDIOSTIMULÁTORU PŘI AKUTNÍM INFARKTU MYOKARDU PŘEDNÍ STĚNY**
D. Vindiš, J. Matějka, M. Pavolko, I. Varvařovský, V. Novotný, T. Lazarák, V. Rozsívál, M. Plíva (Pardubice)
53. **SRDEČNÍ AL AMYLOIDÓZA JAKO PŘÍČINA NÁMAHOVÉ DUŠNOSTI U PACIENTA V KARDIOLOGICKÉ AMBULANCI**
E. Kapsová, D. Břečka, T. Veiser, J. Václavík, M. Branny, M. Pleva, V. Židlík (Ostrava, Třinec)
54. **PARCIÁLNÍ ANOMÁLNÍ VÝÚSTĚNÍ HORNÍ PRAVOSTRANNÉ PLICNÍ ŽÍLY DO HORNÍ DUTÉ ŽÍLY VSV PŘEKLASIFIKOVÁNA V DOSPĚLOSTI**
B. Bortlíčková, J. Samlík, J. Bárta (Ostrava)
55. **NOVĚ ZJIŠTĚNÁ DYSFUNKCE U ONKOLOGICKÉ PACIENTKY SE STRESOVOU REAKCÍ**
K. Vykoupil, J. Pysko, M. Rada, P. Heinc, M. Tábořský (Olomouc)
56. **LEVOKOMOROVÁ STIMULACE JAKO ALTERNATIVA PRAVOKOMOROVÉ STIMULACE U PACIENTA S 1D PM A EXTRÉMNĚ DILATOVANOU PRAVOU SÍNÍ – KAZUISTIKA**
S. Vogeltanzová, M. Brousilová, V. Vančura, H. Wünschová (Praha)
57. **SPONTÁNNÍ DISEKCE KORONÁRNÍCH TEPEN**
M. Plíva, I. Varvařovský, T. Lazarák, D. Vindiš, V. Novotný, J. Matějka, V. Rozsívál (Pardubice)
58. **SPONTÁNNÍ REGRESE KARDIOGENNÍHO ŠOKU – NEOBÝKLÁ KAZUISTIKA Z KATETRIZAČNÍHO SÁLU**
M. Špaček, R. Nykl, J. Vácha, M. Sluka, M. Tábořský (Olomouc)

59. **ÚPORNÁ TROMBÓZA OUŠKA LEVÉ SÍNĚ U MLADÉHO PACIENTA**
J. Vácha, M. Špaček, R. Nykl, M. Sluka, M. Táborský (Olomouc)
60. **PŘÍSPĚVEK KE KORONÁRNÍM SPASMŮM**
V. Rozsival, T. Lazarák, V. Novotný, M. Plíva, D. Vindiš, I. Varvařovský (Pardubice)
61. **MYOKARDITIDA JAKO PŘÍČINA SRDEČNÍHO SELHÁNÍ U MLADÉHO MUŽE – OD STANOVENÍ DIAGNÓZY K TRANSPLANTACI SRDCE**
R. Aiglová, M. Lazárová, M. Táborský, P. Flodrová, P. Flodr (Olomouc)
62. **PULMONARY TRANSIT TIME RATIO MĚŘENÝ POMOCÍ ZÁTĚŽOVÉ MAGNETICKÉ REZONANCE SRDCE**
L. Opatřil, R. Panovský, M. Mojica-Pisciotti, J. Máchal, T. Holeček, L. Masárová, V. Feitová, V. Kincl, J. Krejčí, G. Závodná, L. Špinarová (Brno)
63. **STENÓZA RENÁLNÍ TEPNY U MLADÉ PACIENTKY S ARTERIÁLNÍ HYPERTENZÍ**
L. Jelínek, M. Táborský (Olomouc)
64. **PACIENTI S KONSTRIKTIVNÍ PERIKARDITIDOU BÝVAJÍ CHYBNĚ VEDENI POD DIAGNÓZOU CHRONICKÉ OBSTRUKČNÍ PLICNÍ NEMOCI – SOUBOR 3 KAZUISTIK**
D. Baran, T. Roubíček, R. Polášek (Liberec)
65. **MORFOLOGIE BIVENTRIKULÁRNÍ STIMULACE NA POVRCHOVÉM EKG PŘI LV-ONLY PACINGU.**
L. Nečasová, J. Kukla, M. Bláhová, P. Stojadinovič (Praha)
66. **INFEKČNÍ ENDOKARDITIDA NATIVNÍ AORTÁLNÍ CHLOPNĚ S MASIVNÍ AORTÁLNÍ REGURGITACÍ U MLADÉ NERIZIKOVÉ ŽENY**
D. Tavačová, J. Václavík, M. Branny, M. Ráchela (Ostrava)
67. **RYCHLE ROSTOUCÍ MYXOM LEVÉ SÍNĚ – KAZUISTIKA**
J. Pudich, J. Václavík, M. Branny (Ostrava)
68. **TECHNICKÁ PŘÍPRAVA 3D MODELŮ LEVÉ SÍNĚ PRO SIZING A PŘEDOPERAČNÍ PŘÍPRAVU UZÁVĚRU OUŠKA LEVÉ SÍNĚ.**
J. Hečko, M. Hudec, J. Chovančík, L. Škňouřil, O. Jiravský (Třinec)
69. **ELEKTRICKÁ KARDIOVERZE PRO SÍŇOVÉ ARYTMIE V NEMOCNICI AGEL TŘINEC-PODLEŠÍ V LETECH 2015–2019.**
L. Rucki, O. Jiravský, J. Chovančík, L. Škňouřil (Třinec)
70. **BRUGADA SYNDROM U PACIENTKY S MYOTONICKOU DYSTROFIÍ II. TYPU**
M. Rada, J. Přeček, K. Vykoupil, P. Heinc, M. Táborský (Olomouc)
71. **INTERVENCE TYPICKÉ KOARKTACE AORTY S POUŽITÍM BALONEXPANDABILNÍHO STENTGRAFTU**
D. Žáková, P. Malík, J. Sikora, J. Ničovský, O. Pokorná, J. Ondrášek, P. Němec (Brno)

72. **KAM AŽ LZE DOBĚHNOUT S KOMOROVOU TACHYKARDIÍ ANEB PRVNÍ MANIFESTACE ARYTMOGENNÍ KARDIOMYOPATIE PRAVÉ KOMORY SRDEČNÍ**
K. Vymětalová, T. Roubíček, P. Peichl, R. Polášek (Liberec, Praha)
73. **ČIŠTĚNÍ ZUBNÍCH KANÁLKŮ JAKO PŘÍČINA AUTONEHODY**
D. Balázsik, Z. Coufal, M. Gřiva, P. Kopřiva, J. Karlíček (Zlín)
74. **RARITNÍ INFEKČNÍ ENDOKARDITIDA AORTÁLNÍ CHLOPNĚ**
P. Vojtěchová, J. Pol, J. Ničovský, A. Tomášek, I. Pařenicová, P. Pavlík, J. Černošek, P. Němec (Brno)
75. **PERKUTÁNNÍ KORONÁRNÍ INTERVENCE KMENE LEVÉ VĚNČITÉ TEPNY POMOCÍ STENTU SYNERGY MEGATRON**
P. Tomašov, L. Jaworski, J. Horák, R. Polášek (Liberec)
76. **MANUÁLNÍ KOMPRESSE PSEUDOANEURYSMATU FEMORÁLNÍ TEPNY**
A. Smékal, F. Kováčik (Olomouc)
77. **DVOJNÁSOBNÝ ÚSPĚCH MODERNÍCH TERAPEUTICKÝCH POSTUPŮ S ISCHEMICKOU DYSFUNKCÍ LEVÉ KOMORY**
K. Bouzková (Praha)
78. **KOMPLEXNÍ ŘEŠENÍ KOMPLIKOVANÉ INFEKČNÍ ENDOKARDITIDY. STANDARDNÍ POSTUP V NESTANDARDNÍ SITUACI COVID–19 PANDEMIE – KAZUISTIKA.**
T. Gisting, R. Kološová, I. Pavlas, L. Pohludková, K. Zeman (Frýdek-Místek)
79. **COVID–19 JAKO TERMINÁLNÍ KOMPLIKACE CHRONICKÉHO SRDEČNÍHO SELHÁNÍ – KAZUISTIKA**
T. Gisting, R. Kološová, I. Pavlas, L. Pohludková, K. Zeman (Frýdek-Místek)
80. **KULOVITÁ EXPANZE UTLAČUJÍCÍ PRAVOSTRANNÉ ODDÍLY**
M. Kamasová, J. Přeček, Y. Hřčková, M. Tábořský, P. Šantavý (Olomouc)
81. **VYUŽITÍ STERILNÍHO KRYTÍ TEGADERMTM U PACIENTŮ PO IMPLANTACI CIED A JEHO VLIV NA VÝSKYT RANNÝCH INFEKČÍ**
A. Drozdová, O. Jiravský, J. Franková, J. Chovančík, L. Škňouřil (Třinec 1)
82. **EXTRAKCE DISLOKOVANÉHO LEADLESS KARDIOSTIMULÁTORU Z RENÁLNÍ ŽÍLY – OBRAZOVÁ KAZUISTIKA**
D. Hadidová, J. Mrózek, M. Branny, J. Bárta, D. Šipula, K. Vrkočová (Ostrava)
83. **TERAPIE IN-STENT RESTENOS 2 – DOSAVADNÍ VÝSLEDKY**
L. Pleva, P. Kukla, M. Porzer, J. Mrózek, T. Grélz, T. Kovárník, M. Padour (Ostrava, Praha)

84. KOMPLETNÍ AV DISOCIACE JAKO NEZVYKLÝ EKG PROJEV KOMPLETNÍHO TROMBOTICKÉHO UZÁVĚRU PROXIMÁLNÍ ČÁSTI RAMUS INTERVENTRICULARIS ANTERIOR (RIA).

R. Nykl, D. Richter, M. Sluka, J. Ostřanský, R. Náplava, M. Špaček, M. Táborský (Olomouc)

85. VÝZNAMNÁ NOVĚ VZNIKLÁ PARAVALVULÁRNÍ REGURGITACE

M. Prokopová, T. Mráz, P. Neužil (Praha)

86. TĚHOTENSTVÍ U PACIENTKY S EISENMENGEROVÝM SYNDROMEM

J. Látal, E. Kociánová, M. Hutýra, E. Klásková, M. Ľubušký, M. Šimek, M. Táborský (Olomouc)

87. MÉNĚ ČASTÁ PŘÍČINA DUŠNOSTI U PACIENTA BEZ STRUKTURÁLNÍHO POŠKOZENÍ SRDCE

J. Pysko, K. Vykoupil, L. Jelínek, M. Táborský (Olomouc)

88. KATETRIZAČNÍ UZÁVĚR OUŠKA LEVÉ SÍNĚ OKLUDEREM-9 LETÉ ZKUŠENOSTI

J. Chovančík, M. Hudec, O. Jiravský, L. Gajdušek, M. Dorda, J. Hečko, L. Škřouň, P. Kuřová, Š. Konderlová (Třinec)

89. VÝSTUPY MULTICENTRICKÉ STUDIE PŘÍČIN NÁHLÉ SRDEČNÍ SMRTI (SCD) V ČESKÉ REPUBLICE A PRIMÁRNÍ PREVENCE SRDEČNÍ ZÁSTAVY U PŘÍBUZNÝCH

A. Krebsová, P. Votýpka, P. Peldová, Š. Pohlová – Kučerová, M. Kulvajtová, A. Gřegořová, M. Segeřová, H. Wünschová,

J. Hašková, T. Tavačová, K. Rücklová, J. Houšťková, A. Pilin, M. Bílek, P. Tomášek, J. Petřková, M. Dobiáš, M. Macek, J. Janoušek, J. Kautzner (Praha, Hradec Králové, Ostrava, Olomouc)

90. ROZSÁHLÁ PARADOXNÍ EMBOLIZACE PŘI OTEVŘENÉM FORAMEN OVALE

M. Špalek, J. Dostál, M. Tropp (Ostrava)

91. NEOBÝVLÁ PŘÍČINA AKUTNÍ KONČETINOVÉ ISCHEMIE U MLADÉ PACIENTKY

J. Horáková, J. Marek, D. Ambrož, A. Linhart (Praha)

92. PERIKARDIÁLNÍ HEMATOM PŘI DEFEKTU SPODNÍ STĚNY LEVÉ KOMORY JAKO KOMPLIKACE SELEKTIVNÍ KORONAROGRAFIE

M. Vícha, J. Přech, F. Koubek, M. Troubil, P. Šantavý, M. Táborský (Olomouc)

93. DYSFUNKCE IMPLANTOVANÉ TREPROSTINILOVÉ PUMPY PO MECHANICKÉM INZULTU U PACIENTKY S PLICNÍ ARTERIÁLNÍ HYPERTENZÍ

J. Přech, M. Hutýra, M. Rada, M. Táborský (Olomouc)

94. RECIDIVA HLUBOKÉ ŽILNÍ TROMBÓZY S PLICNÍ EMBOLIÍ V RÁMCI KOINCIDENCE VROZENÉHO TROMBOFILNÍHO STAVU S INFEKČÍ SARS-COV-2

M. Mikulica, Z. Coufal (Zlín)

95. SRDEČNÍ SELHÁNÍ MANIFESTUJÍCÍ SE PO PORODU

J. Flašík, Y. Hrková, J. Pysko, M. Táborský (Olomouc)

96. **VÝSKYT JEDNOTLIVÝCH PŘÍČIN SEKUNDÁRNÍ
HYPERTENZE U PACIENTŮ S REZISTENTNÍ ARTERIÁLNÍ
HYPERTENZÍ**
T. Kvapil, E. Kociánová, M. Kamasová, L. Jelínek, K. Vykoupil,
K. Benešová, J. Jarkovský, J. Václavík (Olomouc, Brno)
97. **FLUTTER SÍNÍ U EXTRÉMNĚ OBÉZNÍHO PACIENTA SE
SRDEČNÍM SELHÁNÍM A INTRAKARDIÁLNÍ TROMBÓZOU**
M. Nociar, M. Hetmer, P. Kala (Brno)
98. **PRVNÍ ZKUŠENOSTI KARDIOVASKULÁRNÍHO
SIMULAČNÍHO CENTRA**
J. Kaňovský, R. Smitalová, K. Hlaváčová, I. Prokopová,
M. Poloczek, P. Kala (Brno)
99. **TROMBUS PRAVÉ SÍNĚ ASOCIOVANÝ S PERIFERIÍ
IMPLANTOVANÝM CENTRÁLNÍM ŽILNÍM KATETREM –
LOKÁLNÍ TROMBOLÝZA JAKO MOŽNÉ ŘEŠENÍ?**
M. Brabec, M. Radvan, L. Koc, M. Kameník, P. Čučková,
S. Lietava, P. Kala (Brno)
100. **RECIDIVUJÍCÍ SPONTÁNNÍ KORONÁRNÍ DISEKCE –
KAZUISTIKA**
M. Višňovský (Prešov, SR)

Abecední seznam prvních autorů *(jméno / číslo přednášky)*

Adla T.	103	Bulková V.	188	Gistingier T.	78, 79	Janek B.	168	Kopřiva K.	186
Aiglová R.	61	Bultas J.	286, 240	Goláň L.	118	Janoušek J.	17, 5	Kovanda J.	323
Al-Hiti H.	272	Buts E.	156	Hadidová D.	82	Jansa P.	273	Kováčik F.	51
Altschmiedová T.	224	Chaloupecký V.	274	Haluzík M.	154	Janský P.	134, 32	Kovárník T.	360, 346, 314, 227
Ambrož D.	270	Chovančík J.	88	Haluzíková J.	144	Jelínek L.	63	Královec Š.	136
Anders M.	255, 8	Cipová M.	365	Haman L.	165	Jiravská-Godula B.	20, 19, 18	Krebsová A.	89, 330
Balázsik D.	73	Cífková R.	341	Hartinger J.	363	Jiravský O.	22	Krejčí J.	312, 34, 307, 207
Baran D.	64	Cupánová M.	141	Hašková J.	194	Jirmář R.	114	Kubánek M.	310, 236, 295
Baťalík L.	201	Černý Š.	328	Hatala R.	124	Jurčová I.	253	Kuchtová Š.	139
Baxa J.	102	Červinka P.	357	Hála P.	43	Kala P.	182, 354, 153, 230	Kuchynka P.	101
Bažantová K.	47	Češka R.	261	Hečko J.	68, 135	Kala P.	250	Kučera D.	105, 327
Beneš J.	252, 110, 370	Čihák R.	163, 195	Hegarová M.	235	Kamasová M.	80	Kučerová D.	21
Berka L.	120	Danzig V.	121	Hetclová D.	148	Kaňovský J.	98, 226	Kvapil T.	96
Bělohávek J.	40, 316, 322	Dostál O.	187	Hindricks G.	190	Kapsová E.	53	Kvasnička J.	265
Bis J.	358	Dostálová G.	113	Hirmerová J.	267	Karásek J.	180, 179, 319	Lačňák B.	362
Bitmanová B.	138	Drozdová A.	81	Hlubocká Z.	334	Karel I.	204	Lazárová M.	152, 306
Blaha V.	343, 174	Dujka L.	355	Honěk J.	246, 280	Karetová D.	256	Látal J.	86
Blume U.	339	Dytrych V.	268	Horáková J.	91	Kautzner J.	216, 31, 191, 200, 193	Lietava S.	366
Borišincová E.	249	Falt P.	128	Horová E.	300	Klemsová L.	4, 147	Linhart A.	151, 125, 342, 1, 205, 199
Bortlíčková B.	54	Fiala M.	166	Horváth M.	251, 282	Kmoneček P.	46	Linhartová K.	233, 337
Bouzková K.	77	Fila P.	332	Hromádka M.	159	Kociánová E.	108, 285	Línková H.	234
Brabec M.	99	Filipovský J.	243	Hudec M.	364	Kočková R.	298, 333	Lokaj P.	321
Branny M.	214, 367	Flašík J.	95	Hudec M.	123	Kološová R.	49	Ludka O.	39
Brtko M.	338	Franc P.	115	Hudc M.	211				
Bruthans J.	112, 111	Freiberger T.	172	Humhal J.	2				
Bulava A.	220	Galuszka J.	107	Hutyra M.	271, 260, 313, 24				

Abecední seznam prvních autorů *(jméno / číslo přednášky)*

Malík J.	12	Novotný T.	290	Prázný M.	302	Sovová E.	203	Václavík J.	109, 361, 130
Malý J.	229	Novotný V.	213, 212	Procházka P.	104	Studenčan M.	122	Veselka J.	198
Maňoušek J.	176	Nykl R.	84	Prokopová M.	85	Šaňák D.	127	Veselý J.	371, 317, 305,
Masárová L.	178	Obrová J.	210	Přeček J.	93, 27	Šedivá L.	16		117
Materna O.	326	Opatřil L.	62	Pudich J.	67, 177	Šedová L.	140	Vindiš D.	52
Mates M.	181, 347, 351, 42	Osmančík P.	247, 209	Pudil R.	237, 294, 202	Šimková I.	275	Višňovský M.	100
Matoulek M.	150	Ošťádal P.	288	Pyszo J.	87	Škrha J.	301	Vícha M.	92
Málek F.	30, 309	Ošťádal P.	257, 158, 221, 10	Raaijmakers R.	340	Šnejdrová M.	344	Vítovec J.	37, 41, 304
Málek I.	279	Paleček T.	297, 232, 311,	Rada M.	70	Špaček M.	58	Vlašínová J.	356
Melenovský V.	231, 241, 269,		206	Rajdl D.	315	Špaček R.	170	Vogeltanzová S.	56
	132, 318, 248,	Panovský R.	296	Rádlová M.	50	Špalek M.	90	Vojtěchová P.	74
	278, 308	Pařenica J.	262	Rezek M.	208	Špinar J.	239, 36, 276	Vondráková D.	320
Mikolášková M.	175	Pařízek P.	164	Rob D.	35	Špinarová L.	38, 277	Vrablík M.	289, 223, 287,
Mikulica M.	94	Pazderník M.	281, 29	Rokyta R.	11	Tavačová D.	66		259
Miovský M.	7	Pechman V.	28	Rolenc J.	137	Táborský M.	292, 348, 263,	Vykoupil K.	55
Mlíková Seidlerová J.	242	Peichl P.	219, 196	Roubíček T.	48		9, 33, 192, 303,	Vymětalová K.	72
Moťovská Z.	131, 161, 258	Pirk J.	331	Rozsívál V.	60		238, 155, 266	Weidinger F.	3, 6
Mráz T.	44	Pišová J.	119	Rucki L.	69	Tomašov P.	75	Wichterle D.	217, 197
Nakládal J.	145, 142	Pleva L.	83	Růcklová K.	23	Toušek P.	254, 359	Widimský P.	129
Navrátil K.	368	Pleva M.	299	Rýzlová M.	116	Tuka V.	291, 149, 222	Widimský jr. J.	244, 284
Navrátilová M.	146	Plíva M.	57	Schwartz G.	157	Ulman J.	25	Zelinka T.	245
Nečasová L.	65	Pokorný M.	283	Sitar J.	171	Valeriánová A.	13	Zemánek D.	336, 133, 352,
Neuzil P.	45, 218, 15	Poloczek M.	185	Slíva J.	369	Vančura V.	14		293
Němec P.	353	Popelová Rubáčková J.	324, 335	Sluka M.	228	Varvařovský I.	183, 126, 160	Zezulková A.	143
Nociar M.	97	Poruban R.	325	Směkal A.	76	Vařejka P.	106	Žáková D.	71, 329
Novák M.	215	Porzer M.	167	Soška V.	173	Vácha J.	59	Želízko M.	169, 350, 26



NEČEKEJTE, AŽ BUDE PŘÍLIŠ POZDĚ

I mírně zvýšený krevní tlak výrazně zhoršuje
kardiovaskulární prognózu pacienta.¹

TRIPLIXAM[®]
perindopril arginin | indapamid | amlodipin

Znázorňovací informace o přípravku TRIPLIXAM

SLOŽENÍ: Triplixam 5 mg / 125 mg / 5 mg obsahuje 5 mg perindoprilu argininu / 125 mg indapamidu / 5 mg amlodipinu. Triplixam 5 mg / 125 mg / 10 mg obsahuje 5 mg perindoprilu argininu / 125 mg indapamidu / 10 mg amlodipinu. Triplixam 5 mg / 25 mg / 5 mg obsahuje 5 mg perindoprilu argininu / 25 mg indapamidu / 5 mg amlodipinu. Triplixam 10 mg / 25 mg / 10 mg obsahuje 10 mg perindoprilu argininu / 25 mg indapamidu / 10 mg amlodipinu. **INDIKACE:** Substituční terapie pro pacienty s hypertenzí, kteří je dobře odpovídají na léčbu kombinací perindoprilu indapamidu a amlodipinu podávány současně v této dávce. **DAVKOVÁNÍ A PŘÍJEM:** Jedna tableta denně, nejlépe ráno a před jídlem. Funkci kombinace není vhodná pro iniciální léčbu, lék nutná změna dávkování dává jednotlivých složek by měla být. **KONTRAINDIKACE:** Důležitými kontraindikacemi. Pacienti s nálezem dekompenzovaným srdečním selháním. Závažná porucha funkce ledvin ($GFR < 30 \text{ ml/min}$). Středně závažná porucha funkce ledvin ($GFR 30-60 \text{ ml/min}$) pro Triplixam amide, deriváty dihydroxydionů, jakýkoli jiný inhibitor ACE nebo na křečkovou pomocnou látku. Anamnéza angioneurotické otoky. (Quinckeho edém) současného s předchozí terapií inhibitory ACE (viz bod Upozornění). **PRAVIDLA PRO VYUŽITÍ:** Při užívání přípravku Triplixam s přípravky obsahujícími alkalické a pacienti s diabetem melitem nebo poruchou funkce ledvin ($GFR < 60 \text{ ml/min}$ / $73 \text{ ml}^2/\text{min}$) (viz Interakce). Současné užívání se saprofinil, kalasaretem (viz body Interakce). Signifikační bilaterální stenóza renálních arterií nebo stenóza renální arterie u jedné funkce ledviny (viz Upozornění). **UPZORNĚNÍ:** Místní upozornění: **Důležitá bloková systémová renin-angiotensinového systému.** Důležitá bloková RAMS pomocí kombinované účinnosti inhibitorů ACE. Blokové renogonitorm angiotensinového systému. Inhibice ledví a střevní se neobjevuje. **Interakce:** Léčba přípravkem může být při užívání přípravku Triplixam s přípravky obsahujícími alkalické a pacienti s diabetem melitem nebo poruchou funkce ledvin ($GFR < 60 \text{ ml/min}$ / $73 \text{ ml}^2/\text{min}$) (viz Interakce). Současné užívání se saprofinil, kalasaretem (viz body Interakce).

EUVASCOR®

atorvastatin / perindopril arginin



POLOVIČNÍ
OCHRANA
NESTAČÍ

TLAK A CHOLESTEROL POD KONTROLOU V JEDNÉ KAPSLI



KDYBYSTE LÉČILI SAMI SEBE, CO ZVOLÍTE?



Účinnost a bezpečnost
s přípravkem ELIQUIS®¹

Eliquis®
apixaban

- Superiorita v prevenci CMP a SE vs. warfarin¹
- Superiorita ve snížení rizika výskytu závažného krvácení vs. warfarin¹

Zkrácená informace o přípravku: ELIQUIS® 2,5 mg a 5 mg potahované tablety. **Složení:** Léčivá látka apixabanum 2,5 mg nebo 5 mg v jedné potahované tabletě; pomocné látky se známými účinkem: 102,86/51,43 mg laktosy (tableta 5/2,5 mg); a další pomocné látky. **Indikace:** Prevence žilních tromboembolických příhod (VTE) u dospělých pacientů, kteří podstoupili elektivní náhradu kyčelního nebo kolenního kloubu. Prevence cévní mozkové příhody (CMP) a systémové embolie (SE) u dospělých pacientů s nevalulární fibrilací síní (NVAf) a s jedním nebo více rizikovými faktory, jako jsou předchozí cévní mozková příhoda nebo tranzitorní ischemická ataka (TIA); věk > 75 let; hypertenze; diabetes mellitus; symptomatické srdeční selhání (třída NYHA > II). Léčba hluboké žilní trombózy (DVT) a plicní embolie (PE), a prevence rekurentní DVT a PE u dospělých. **Dávkování a způsob podání:** Prevence VTE: 2,5 mg perorálně 2x denně. Počáteční dávka by měla být užita 12 až 24 hod po operaci. Doporučená délka léčby je 32 až 38 dní (náhrada kyčelního kloubu) a 10 až 14 dní (náhrada kolenního kloubu). Prevence CMP a SE u dospělých pacientů s NVAf: 5 mg perorálně 2x denně, snížená dávka 2,5 mg perorálně 2x denně při splnění kritérií pro redukci dávky dle SPC. Pacienti podstupující kardioverzi mohou užít jednorázovou nasyčovací dávku 10 mg nejméně 2 hod před výkonem. Léčba akutní DVT a léčba PE: 10 mg perorálně 2x denně prvních 7 dní; poté 5 mg perorálně 2x denně. Prevence rekurentní DVT a PE: 2,5 mg perorálně 2x denně po dokončení 6-ti měsíční léčby apixabanem nebo jiným antikoagulantem. Tablety přípravku Eliquis se zapíjejí vodou, užívají se bez závislosti na jídle a lze je také podat rozdrocené a rozmíchané v tekutině či v jablčném protlaku. **Podrobnosti viz SPC.** **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Klinicky významné aktivní krvácení, jaterní onemocnění spojené s koagulopatií a klinicky relevantním rizikem krvácení, léze nebo stav s významným rizikem závažného krvácení, souběžná léčba jinými antikoagulanty vyjma specifických případů viz SPC. **Zvláštní upozornění:** Doporučuje se, aby byl přípravek Eliquis používán s opatrností v podmínkách vyššího rizika krvácení. Podávání přípravku Eliquis se musí přerušit, jestliže se vyskytne závažné krvácení. Podrobnosti vysazení před elektivním výkonem viz SPC. Souběžné užívání přípravku Eliquis s antiagreganci zvyšuje riziko krvácení; při souběžné léčbě NSAID (včetně ASA) a SSRI/SNRI je třeba dbát zvýšené opatrnosti. Podrobnosti k podání u poruch ledvin a jater a hemodynamicky nestabilních pacientů viz SPC. Eliquis není doporučen u pacientů s trombózou v anamnéze, u nichž byl diagnostikován antifosfolipidový syndrom. **Interakce:** Užívání se nedoporučuje u pacientů, kteří současně užívají systémové silné inhibitory CYP3A4 a P-gp, jakými jsou např. azulová antimykotika a inhibitory HIV proteázy. Při současném podávání se slabšími inhibitory CYP3A4 a/nebo P-gp není nutná úprava dávky apixabanu. Při současném podávání apixabanu se silnými induktory CYP3A4 a P-gp není nutná žádná úprava dávky apixabanu, avšak silné induktory CYP3A4 a P-gp by se měly současně podávat s opatrností. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Užívání apixabanu v průběhu těhotenství se nedoporučuje. **Nežádoucí účinky:** Časté: krvácení (oční, z dásní, z úst, gastrointestinální, rektální, abnormální vaginální a urogenitální), hematomy, epistaxe, hematurie, kontuze, anémie, nauzea, kožní vyrážka, trombocytopénie, hypotenze, zvýšení gamaglutamyltransferázy a alaninaminotransferázy. **Předávkování:** Předávkování apixabanem může způsobit vyšší riziko krvácení. Je k dispozici látka ke zvrácení aktivity apixabanu proti faktoru Xa. **Uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky uchovávání. **Balení:** Eliquis 2,5 mg: mimo jiné - 20, 60, 60x1 nebo 168 potahovaných tablet v blistru. Eliquis 5 mg: 28, 60 nebo 168 potahovaných tablet v blistru. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Bristol-Myers Squibb/Pfizer EELG, Plaza 254, Blanchardstown Corporate Park 2, Dublin 15, D15 T867, Irsko. **Registrační číslo:** mj. EU/1/11/691/002-4.9.11.3.14. **Datum poslední revize textu:** 31.3.2021. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se prosím seznáme s úplnou informací o přípravku.

Reference: 1. Granger CB et al. N Engl J Med, 2011; 365: 981-992

PP-ELI-CZE-0124

CMP – cévní mozková příhoda, **SE** – systémová embolie

Pfizer, spol. s r. o.,
Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5
tel.: +420 283 004 111, fax: +420 251 610 270,
www.pfizer.cz





Entresto™

sacubitril/valsartan

Entresto™ pomáhá pacientům se symptomatickým chronickým srdečním selháním se sníženou ejekční frakcí **žít déle, s nižším rizikem hospitalizací a cítit se lépe.**¹⁻⁵

20%

snížení rizika kardiovaskulárního úmrtí
oproti enalaprilu ($p < 0,001$)^{1,2}

21%

snížení rizika hospitalizace kvůli srdečnímu selhání
oproti enalaprilu ($p < 0,001$)^{1,2}



Lepší kvalita života
ve srovnání s enalapilem³⁻⁵



Entresto 24 mg/26 mg potahované tablety • Entresto 49 mg/51 mg potahované tablety • Entresto 97 mg/103 mg potahované tablety

Zkrácená informace • **Složení:** Jedna potahovaná tableta obsahuje 24,3 mg, 48,6 mg nebo 97,2 mg sacubitrilu a 25,7 mg, 51,4 mg nebo 102,8 mg valsartanu (jako sacubitril a valsartan natrii complexus). **Indikace:** K léčbě symptomatického chronického srdečního selhání s redukováním ejekční frakcí u dospělých pacientů. **Dávkování:** Doporučená zahajovací dávka přípravku Entresto je jedna tableta 49 mg/51 mg dvakrát denně. Dávka by měla být zdvojnásobena za 2-4 týdny do dosažení cílové dávky jedna tableta 97 mg/103 mg dvakrát denně, podle tolerance pacienta. Při problémech s tolerancí (systolický krevní tlak ≤ 95 mmHg, symptomatická hypotenze, hyperkalemie, renální dysfunkce) se doporučuje úprava dávek souběžných léčivých přípravků, přechodná titrace dávek přípravku Entresto směrem dolů nebo jeho vysazení. **Kontraindikace:** Současné užívání s ACE inhibitory. Přípravek Entresto nesmí být podán do 36 hodin po ukončení léčby ACE inhibitory. Angioedém související s předchozí léčbou ACE inhibitory nebo s léčbou ARB v anamnéze. Dědičný nebo idiopatický angioedém. Současné užívání s léčivými přípravky obsahujícími aliskiren u pacientů s diabetem mellitus nebo u pacientů s poruchou funkce ledvin (eGFR < 60 ml/min/1,73 m²). Závažná porucha funkce jater, bilární cirhóza a cholestáza. Druhý a třetí trimestr těhotenství. Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění/varování:** Duální blokáda RAAS • Léčba kombinací sakubitril/valsartan nesmí být zahájena do 36 hodin po užití poslední dávky ACE inhibitoru. Pokud je léčba přípravkem Entresto ukončena, léčba ACE inhibitory nesmí být zahájena do 36 hodin po podání poslední dávky kombinace sakubitril/valsartan. • Kombinace sakubitril/valsartan s primárními inhibitory reninu jako je aliskiren se nedoporučuje. • Přípravek Entresto obsahuje valsartan, a proto nemá být podáván současně s jiným přípravkem obsahujícím ARB. **Hypotenze** • Léčba nemá být zahájena, dokud STK není ≥ 100 mmHg. U pacientů léčených kombinací sakubitril/valsartan byly hlášeny případy symptomatické hypotenze, zejména u pacientů ve věku ≥ 65 let, pacientů s renálním onemocněním a pacientů s nízkým STK (< 112 mmHg). Při zahajování léčby kombinací sakubitril/valsartan nebo během titrace dávek je třeba rutinně monitorovat krevní tlak. Symptomatická hypotenze se objeví pravděpodobněji, pokud byl pacient v objemově deplci, např. při léčbě diuretiky, dietním omezení soli, průjmu nebo zvracení. Deplece sodíku a/nebo objemové deplece mají být korigovány před zahájením léčby kombinací sakubitril/valsartan, ale tato korektivní akce musí být pečlivě vyvážená oproti riziku objemového přetížení. **Porucha funkce ledvin** • Pacienti s lehkou a středně těžkou a těžkou poruchou funkce ledvin podléhají většímu riziku rozvoje hypotenze. U pacientů v terminálním stádiu renálního onemocnění se podávají přípravku Entresto nedoporučuje. Užívání kombinace sakubitril/valsartan může být spojeno se sníženou funkcí ledvin. Riziko může být dále zvýšeno dehydratací nebo současným užíváním nesteroidních protizánětlivých léků (NSAID). **Hyperkalemie** • Léčba nemá být zahájena, pokud je sérová hladina draslíku $> 5,4$ mmol/l. Užívání kombinace sakubitril/valsartan může být spojeno se zvýšeným rizikem hyperkalemie, i když hypokalemie se může také vyskytnout. Pokud je sérová hladina draslíku $> 5,4$ mmol/l, je třeba zvážit vysazení. **Angioedém** • U pacientů léčených kombinací sakubitril/valsartan byl hlášen angioedém, má být podáván kombinace sakubitril/valsartan ihned ukončeno a má být poskytnuta vhodná léčba a sledování až do doby kompletního a trvalého ústupu známek a příznaků. Přípravek nesmí být znovu podán. Angioedém spojený s otokem laryngu může být fatální. Pokud je pravděpodobné, že je obstrukce dýchacích cest způsobena otokem jazyka, glottisu nebo hrtanu, je třeba nasadit rychlé vhodné terapie, např. roztok adrenalinu 1 mg/1 ml (0,3-0,5 ml) a/nebo přijmout opatření nutná k zajištění průchodných dýchacích cest. Pacienti černošské rasy mají zvýšenou vnímavost k rozvoji angioedému. Pacienti se stenózou renální arterie • Kombinace sakubitril/valsartan může zvyšovat hladinu urey v krvi a kreatininu v séru u pacientů s bilaterální nebo unilaterální stenózou renální arterie. U pacientů se stenózou renální arterie je třeba dbát opatrnosti a doporučení se sledovat renální funkce. Pacienti s poruchou funkce jater • U pacientů se středně těžkou poruchou funkce jater (Child-Pugh klasifikace B) nebo s hodnotami AST/ALT více než dvojnásobek horní hranice normálního rozmezí je k dispozici omezená klinická zkušenost. U těchto pacientů může být expozice zvýšena a bezpečnost není stanovena. Pokud se přípravek používá u těchto pacientů, doporučuje se dbát opatrnosti. **Interakce:** Opatrnosti je zapotřebí při současném podání se statiny, sildenafilem, lithiem, kalium šetrnými diuretiky včetně antagonistů mineralokortikoidů (např. spironolakton, triamteren, amilorid), náhradami draslíku nebo solemi s obsahem draslíku, nesteroidními antirematiky včetně selektivních COX-2 inhibitorů, inhibitorů OATP1B1, OATP1B3, OAT3 (např. ritamipin, cyclosporine) nebo MPR2 (např. ritonavir). **Těhotenství a kojení:** Užívání kombinace sakubitril/valsartan se nedoporučuje během prvního trimestru těhotenství a je kontraindikováno během druhého a třetího trimestru těhotenství. Kvůli možnému riziku nežádoucích reakcí u kojenných novorozenců/děti se přípravek nedoporučuje během kojení. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: Hyperkalemie, hypotenze, porucha funkce ledvin. Časté: Kašel, anémie, hypokalemie, závrať, bolest hlavy, synkopa, ortostatická hypotenze, průjem, nauzea, gastritida, selhání ledvin, únava, astenie. **Podmínky uchovávání:** Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí. **Dostupné léčivé formy/velikosti balení:** PVC/PVDC/Al blistry v balení obsahujícím 14, 20, 28, 56, 168 nebo 196 potahovaných tablet nebo vícenásobná balení obsahující 168 (3 balení po 56) nebo 196 (7x28) potahovaných tablet (pouze dvě nejvyšší síly). **Poznámka:** Dříve než lék předepíšete, přečtěte si pečlivě úplnou informaci o přípravku. **Reg. č.:** EU/1/15/1058/001-022. **Datum registrace:** 19.11.2015. **Datum poslední revize textu SPC:** 25.6.2020. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novartis Europharm Limited, Vista Building Elm Park, Merriam Road, Dublin 4, Irsko. **Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.**

REFERENCE: 1. SPC přípravku Entresto. Poslední verze textu 25.6.2020. 2. McMurray JJV et al. NEJM 2014;371:993-1004. 3. Packer et al. Circulation 2015;131:54-61. 4. Lewis EF et al. Circ Heart Fail 2017;10:e003430. 5. Chandra A et al. JAMA Cardiol 2018;3(6):490-505.

Novartis s. r. o., Na Pankráči 1724/129
140 00 Praha 4, tel.: +420 225 775 111
www.novartis.cz, info.cz@novartis.com

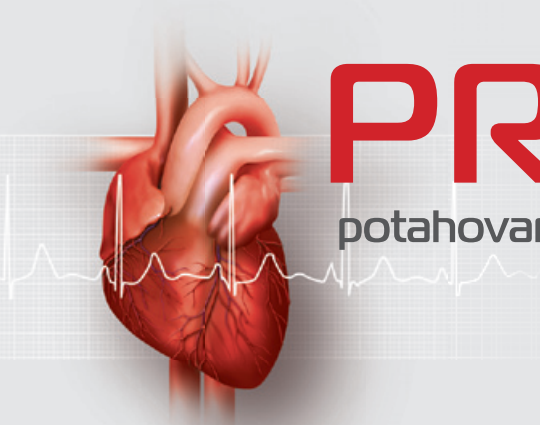
ENTRESTO™
je ochranná známka
společnosti Novartis AG.



NOVARTIS

Reimaging Medicine

CZ2012215845/12/2020



PROPANORM®

potahované tablety 150 mg, potahované tablety 300 mg

- **obnova sinusového rytmu při fibrilaci síní**
- **prevence recidiv fibrilace síní**
- **udržení sinusového rytmu**

PROPAFENON je vzhledem k příznivému poměru účinnosti a bezpečnosti lékem první volby v léčbě poruch rytmu u nemocných bez strukturálního srdečního onemocnění.

Zkrácené informace o léčivém přípravku **Propanorm 150 mg potahované tablety, Propanorm 300 mg potahované tablety.**

Složení: Propafenon hydrochlorid 150 mg nebo 300 mg v 1 potahované tabletě. **Indikace:** Symptomatické stavy tachykardiální supraventrikulární srdeční arytmie vyžadující léčbu, tj. tachykardie AV spojení, supraventrikulární tachykardie u WPW syndromu nebo paroxysmální atrální fibrilace. Žávaná symptomatická ventrikulární tachykardie, je-li považována lékařem za stav ohrožující život. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na propafenon nebo na kteroukoli pomocnou látku, Brugada syndrom v anamnéze, výrazné strukturální onemocnění myokardu (infarkt myokardu během posledních 3 měsíců, nekontrolované městnavé srdeční selhání, kde výdej levé srdeční komory je nižší než 35 %, kardiogenní šok, kromě šoku vyvolaného arytmií, těžká symptomatická bradykardie, syndrom chorého sinu, sinoatriální blokáda, AV blok II. a vyššího stupně, raménková nebo intraventrikulární blokáda při nepřítomnosti kardiostimulátoru, těžká hypotenze), manifestní nerovnováha elektrolytů (např. poruchy metabolismu draslíku), těžká obstrukční plicní nemoc, myasthenia gravis, souběžná léčba ritonavirem. Propafenon se smí v průběhu těhotenství podat pouze v případě, kdy potenciální přínos léčby převyšuje možné riziko pro plod. Kojcím matkám je nutno podávat s opatrností. **Nežádoucí účinky:** Bradykardie, tachykardie, atrální flutter, palpitace, poruchy vedení vzruchu, AV nebo raménková blokáda, hypotenze, bolest na hrudi, nauzea až zvracení, sucho v ústech, průjem, zácpa, bolest břicha, únava, abnormální funkce jater, úzkost, poruchy spánku, závratě, mdloby, bolesti hlavy, poruchy chuti, rozmazané vidění, dyspnoe, astenie, pyrexie. **Interakce:** Při současném podávání propafenonu s metoprololem, warfarinem, cyklosporinem, theofylinem a digoxinem dochází ke zvýšení plazmatických hladin těchto léčiv. K významnému zesílení účinku propafenonu dochází při kombinaci s lokálními anestetiky (anestezie ve stomatologii). Při kombinaci s betablockátory, tricyklickými antidepresivy může dojít k zesílení antiarytmického působení propafenonu. Rifampicin a fenobarbital účinky propafenonu snižují. Kombinace amiodaronu s propafenonem zvyšuje riziko proarytmických abnormalit. Hladinu propafenonu mohou zvyšovat látky inhibující aktivitu enzymů CYP2D6, CYP1A2, CYP3A4, např. ketokonazol, cimetidin, chinidin, erythromycin a grapefrutová šťáva. **Upozornění:** Indikace a dávkování je třeba zvláště pečlivě stanovit u nemocných se zavedeným kardiostimulátorem. Nemocné s dlouhodobou terapií antikoagulancí je třeba sledovat klinicky i laboratorně. **Dávkování a způsob podání:** Písně individuální. Pro fázi titrace dávek a pro udržovací léčbu pacientů s hmotností cca 70 kg se doporučuje denní dávka 450–600 mg propafenon-hydrochloridu rozdělená do 2–3 jednotlivých dávek denně. Příležitostně může být nutné zvýšení denní dávky na 900 mg. Ke zvýšení dávky se nesmí přistupovat dříve než po 3–4 dnech léčby. Pokud u pacientů dojde k významnému rozšíření komplexu QRS nebo ke vzniku AV bloku II. a III. stupně, je třeba zvážit snížení dávky. Individuální udržovací dávka se stanovuje pod kardiologickým dohledem zahrnujícím monitorování EKG a opakované kontroly krevního tlaku (ve fázi titrace dávky). U pacientů s poruchou funkce jater a/nebo ledvin může docházet ke kumulaci léčivé látky v organizmu i při podávání běžných terapeutických dávek. Tablety se mají polykat vcelku bez rozkousání, po jídle a mají se zapít trochu tekutinou. **Balení:** 50 a 100 potahovaných tablet po 150 mg a 300 mg. **Datum revize textu:** 29. 6. 2020 (Propanorm 150 mg) a 29. 6. 2020 (Propanorm 300 mg). S podrobnějšími informacemi o přípravku se seznámte v SPC. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků zdravotního pojištění.

Výrobce a držitel rozhodnutí o registraci: PRO.MED.CS Praha a. s., Telčská 377/1, Michle, 140 00 Praha 4, Česká republika.

Literatura: Lefflerová K. Propafenon. Remedia 2017; 27: 494–497.

PRO.MED.CS Praha a. s.

Telčská 377/1, Michle, 140 00 Praha 4, Česká republika, www.promed.cz

**PRO.MED.CS
Praha a. s.**

Xarelto®

**Od 1.11. 2020 nově hrazeno* v prevenci
CMP/SE u pacientů s NVFS jako lék 1. volby,
tj. bez nutnosti kontraindikace warfarinu**



Od 1. 11. 2020 je nově pacientům s nevalvulární fibrilací síní indikovaným k antikoagulační léčbě hrazen* **přípravek Xarelto®** 15 mg a 20 mg v primární i sekundární prevenci cévní mozkové příhody a systémové embolizace jako lék 1. volby, tj. **bez nutnosti podmíněné kontraindikace warfarinu:**

- pacientům, kterým byla nově diagnostikována fibrilace síní,
- pacientům s fibrilací síní, kteří byli doposud na léčbě warfarinem.

Přípravek je hrazen na základě preskripce **internisty, neurologa, kardiologa, angiologa, hematologa, ortopeda, chirurga a geriatra.**

* V souladu s platnými úhradovými podmínkami a s podmínkami uvedenými v souhrnu údajů o přípravku.

CMP, cévní mozková příhoda; NVFS, nevalvulární fibrilace síní; SE, systémová embolizace

2/2021 PP-XAR-CZ-0445-1



Zkrácené informace o léčivém přípravku

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. Podrobnosti o hlášení nežádoucích účinků viz bod 4.8 SPC.

Název přípravku: Xarelto 15 mg potahované tablety, Xarelto 20 mg potahované tablety. **Složení:** Jedna potahovaná tableta obsahuje rivaroxabanum 15 mg nebo 20 mg.

Indikace: Dospělí: Prevence cévní mozkové příhody (CMP) a systémové embolizace u dospělých pacientů s nevalvulární fibrilací síní s jedním nebo více rizikovými faktory, jako jsou městnavé srdeční selhání, hypertenze, věk ≥ 75 let, diabetes mellitus, anamnéza CMP nebo tranzitorní ischemická ataka. Léčba hluboké žilní trombózy (HŽT) a plicní embolie (PE) a prevence recidivující HŽT a PE u dospělých. Pediatrická populace:* Léčba žilního tromboembolismu (VTE) a prevence recidivy VTE u dětí a dospívajících ve věku méně než 18 let a s tělesnou hmotností od 30 kg do 50 kg po minimálně 5 dnech úvodní parenterální antikoagulační léčby. **Dávkování a způsob podání:** **Prevence cévní mozkové příhody a systémové embolizace (SPAF) u dospělých:** 20 mg jednou denně. **Léčba / prevence recid. HŽT a PE u dospělých:** První tři týdny se podává 15 mg dvakrát denně a dále 20 mg jednou denně. Krátkodobou léčbu (alespoň 3 měsíce) je třeba zvážit u pacientů s HŽT nebo PE provokovanou významnými přechodnými rizikovými faktory. Delší léčba se má zvážit u pacientů s provokovanou HŽT nebo PE nesouvisející s významnými přechodnými rizikovými faktory, s neprovokovanou HŽT nebo PE nebo recidivující HŽT nebo PE v anamnéze. Je-li indikována prodloužená prevence recidivující HŽT a PE (po dokončení alespoň 6 měsíců léčby HŽT nebo PE), doporučená dávka je 10 mg jednou denně. Více informací viz SPC. **Léčba VTE a prevence recidivy VTE u dětí a dospívajících:*** Léčba přípravkem Xarelto se má u dětí a dospívajících ve věku méně než 18 let zahájit až po minimálně 5 dnech úvodní parenterální antikoagulační léčby. Dávka pro děti a dospívající se vypočítá na základě tělesné hmotnosti, detaily viz SPC.

Způsob podání: Přípravek Xarelto 15 mg a 20 mg se má užívat s jídlem. Pacientům, kteří nejsou schopni polykat celé tablety, může být tableta přípravku Xarelto těsně před užitím rozdrcena a smíchána s vodou nebo s jablečným pyré a poté podána perorálně. Specifika u dětí a dospívajících viz SPC. **Vynechání dávky:** Při vynechání dávky při podávání 15 mg dvakrát denně by měl pacient užít dávku co nejdříve, aby byla zajištěna denní dávka 30 mg denně. Při vynechání dávky při podávání jednou denně by dávka neměla být tentýž den zdvojnásobena, vynechaná dávka by měla

být užita co nejdříve a dále se pokračuje jednou denně. Informace o převodech z antagonistů vitamínu K a parenterálních antikoagulancií na Xarelto a naopak – viz plné znění SPC. **Speciální populace u dospělých:** **Ledvinová nedostatečnost:** Při clearance kreatininu (CrCl) 15–29 ml/min se doporučuje opatrnost. Použití se nedoporučuje u pacientů s CrCl nižší než 15 ml/min. **SPAF:** CrCl 50–80 ml/min: dávka se neupravuje. CrCl 15–49 ml/min: dávka se snižuje na 15 mg jednou denně. **Léčba HŽT a PE:** Úvodní ani následná dávka se neupravuje (15 mg 2× denně 3 týdny a potom 20 mg jednou denně). CrCl 15–49 ml/min: Snižování dávky z 20 mg jednou denně na 15 mg jednou denně je třeba zvážit, pokud u pacienta riziko krvácení převáží riziko vzniku recidivující HŽT a PE. Doporučení pro použití dávky 15 mg je založeno na farmakokinetickém modelu a nebylo v těchto klinických podmínkách studováno. **Pacienti podstupující kardioverzi:** Léčba přípravkem Xarelto může být zahájena nebo v ní lze pokračovat u pacientů, jejichž stav vyžaduje provedení kardioverze. **Pacienti s nevalvulární fibrilací síní, kteří podstupují PCI (perkutánní koronární intervenci) s implantací stentu:** U pacientů s nevalvulární fibrilací síní, kteří potřebují perorální antikoagulační a podstupují PCI s implantací stentu, existují omezené zkušenosti s podáváním snížené dávky 15 mg přípravku Xarelto jednou denně (nebo 10 mg přípravku Xarelto jednou denně u pacientů se středně závažnou renální insuficiencí [CrCl 30–49 ml/min]) současně s inhibitorem P2Y₁₂ po dobu nejvýše 12 měsíců. **Speciální populace u dětí:** viz SPC.* **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou nebo pomocnou látku. Klinicky významné aktivní krvácení. Léze nebo stavy s významným rizikem závažného krvácení jako např.: současné nebo nedávno prodělané ulcerace GIT, přítomnost maligních nádorů s vysokým rizikem krvácení, nedávno prodělané poranění mozku nebo míchy, operace mozku, míchy nebo oka v nedávné době, intrakraniální krvácení v nedávné době, jícnové varixy nebo podezření na ně, arteriovenózní malformace, cévní aneurysma nebo významné cévní abnormality v míše nebo mozku. Souběžná léčba jiným antikoagulačním přípravkem se nedoporučuje (výjimky – viz plné znění SPC). Jaterní onemocnění spojené s koagulopatií a klinicky relevantním rizikem krvácení včetně cirhotiků stupně Child Pugh B a C. Těhotenství a kojení. **Zvláštní upozornění a opatření:** Pacienti, kteří při léčbě trpí závratěmi či prodělali synkopu, by neměli řídit a obsluhovat stroje. Pokud se objeví závažné krvácení, podávání přípravku Xarelto je třeba přerušit. Častěji bylo pozorováno slizniční krvácení a anémie. Doporučuje se sledování a event. vyšetření hemoglobinu/hematokritu, zvláště u rizikových skupin pacientů. Se zvyšujícími se věkem se může zvyšovat riziko krvácení. **Podávání s opatrností:** Pacienti s renálním poškozením, kteří současně

užívají jiné léčivé přípravky, které zvyšují koncentraci rivaroxabanu v plazmě. Podávání s opatrností při současném podávání přípravků ovlivňujících krevní srážlivost – detaily viz SPC. Při riziku vředové choroby gastroduodena lze zvážit profylaktickou léčbu.

Podávání se nedoporučuje: Pacienti s CrCl nižší než 15 ml/min, krvácivé poruchy, léčbou neupravená těžká arteriální hypertenze, GIT onemocnění bez aktivní ulcerace, které může potenciálně vést ke krvácivým komplikacím, cévní retinopatie, bronchiectázie nebo plicní krvácení v anamnéze, pacienti se srdečními chlopenními náhradami; rivaroxaban by se neměl používat k tromboprofylaxi u pacientů, kteří nedávno podstoupili transkatéetrovou náhradu aortální chlopně (TAVR), u pacientů s PE, kteří jsou hemodynamicky nestabilní nebo kteří mohou podstoupit trombolýzu nebo plicní embolektomii, při intoleranci galaktózy, vrozeném nedostatku laktázy nebo malabsorpci glukózy a galaktózy. Pacienti s antifosfolipidovým syndromem: Přímo působící perorální antikoagulancia (DOAC) zahrnující rivaroxaban nejsou doporučena u pacientů s trombózou v anamnéze, u nichž byl diagnostikován antifosfolipidový syndrom. Detaily viz SPC. **Invasivní procedura a chirurgický výkon:** Xarelto se vysazuje nejméně 24 hodin předem. Pokud není možné výkon odložit, je třeba posoudit zvýšené riziko krvácení s ohledem na neodkladnost zákroku. Léčba má být znovu zahájena, pokud to situace umožní a je nastolena hemostáza. **Pacienti s nevalvulární fibrilací síní, kteří podstupují PCI s implantací stentu:** Klinická data jsou k dispozici z intervenční studie s primárním cílem posoudit bezpečnost u pacientů s nevalvulární fibrilací síní, kteří podstupují PCI s implantací stentu. U pacientů s cévní mozkovou příhodou/TIA v anamnéze nejsou k dispozici žádné údaje. **Spinální/epidurální anestezie nebo punkce:** S použitím v těchto situacích nejsou klinické zkušenosti. Více informací – viz plné znění SPC. Hladiny rivaroxabanu měřené kalibrovanou kvantitativní analýzou anti-faktoru Xa mohou být užitečné ve výjimečných situacích. V případě krvácení lze zvážit podávání buď specifické reverzní látky inhibitoru faktoru Xa (andexanet alfa) nebo specifické prokoagulační reverzní látky. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Přípravek je kontraindikován během těhotenství a kojení. Účinky na fertilitu nejsou známy. **Interakce:** Současné podání se silnými inhibitory CYP3A4 a současně P-gp (např. azolová antimykotika a inhibitory proteáz HIV) se nedoporučuje. Je potřeba se vyhnout současnému podávání silných induktorů CYP 3A4 (např. rifampicin) pokud není pacient pozorně sledován kvůli známkám a příznakům trombózy. Interakce s klaritromycinem, erythromycinem a flukonazolem pravděpodobně není u většiny pacientů klinicky významná, ale může být potenciálně významná u vysoce rizikových pacientů. Dronedaron by neměl být podáván spolu s rivaroxabanem, vzhledem k omezeným klinickým údajům. Opatrnost je nutná při podání jiných přípravků ovlivňujících krevní srážlivost. SSRI/SNRI: Při

současném užívání je možné zvýšené riziko krvácení. Rozsah interakcí u pediatrické populace není znám.* **Nežádoucí účinky:** **Časté:** anémie, závratě, bolest hlavy, oční krvácení vč. spojivkového, hypotenze, hematom, epistaxe, hemoptýza, gingivální krvácení, krvácení z GIT, bolesti břicha, dyspepsie, nauzea, zvracení, zácpa, průjem, zvýšení transamináz, pruritus, vyrážka, ekchymóza, kožní a podkožní krvácení, bolest v končetinách, urogenitální krvácení, porucha funkce ledvin, horečka, periferní edém, pokles celkové síly a energie, pooperační krvácení, kontuze, sekrece z ran. **Méně časté:** trombocytóza, trombocytopenie, alergické reakce, alergická dermatitida, angioedém a alergický edém, mozkové a intrakraniální krvácení, synkopa, tachykardie, sucho v ústech, porucha jater, zvýšení hladiny bilirubinu, ALP, GGT, kopřivka, hemartróza, pocit indispozice, zvýšení hladiny LDH, lipázy, amylázy. **Vzácné:** žloutenka, zvýšení hladiny konjugovaného bilirubinu, cholestáza, hepatitis, krvácení do svalů, lokalizovaný edém, cévní pseudoaneurysma. **Velmi vzácné:** anafylaktické reakce včetně anafylaktického šoku, SJS/TEN, DRESS syndrom. **Není známo:** kompartment syndrom sekundárně po krvácení, renální selhání/akutní renální selhání sekundárně po krvácení. **Podmínky uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Bayer AG, 51368 Leverkusen, Německo. **Registrační čísla:** Xarelto 15 mg: EU/1/08/472/011-016, EU/1/08/472/023, EU/1/08/472/036, EU/1/08/472/038, EU/1/08/472/048. Xarelto 20 mg: EU/1/08/472/017-021, EU/1/08/472/024, EU/1/08/472/037, EU/1/08/472/039, EU/1/08/472/049. **Datum poslední revize textu:** 21. ledna 2021.

Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek Xarelto 20 mg potahované tablety a Xarelto 15 mg potahované tablety je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Aktuální výši a podmínky úhrady naleznete na www.sukl.cz. **Před předepsáním léčivého přípravku si pečlivě přečtěte úplnou informaci o přípravku.** Souhrn údajů o přípravku i s informacemi, jak hlásit nežádoucí účinky najdete na www.bayer.cz nebo obdržíte na adrese BAYER s.r.o., Siemensova 271/74, 155 00 Praha 5, Česká republika.

* Všimněte si, prosím, změny (změn) v informacích o léčivém přípravku.

MA-XAR-CZ-0062-1
01/2021



PRVNÍ PERORÁLNÍ
ANTIKOAGULANS SE
SPECIFICKÝM ANTIDOTEM¹

VAŠE PŘEDVÍDAVOST, JEHO BUDOUCNOST.

PRADAXA®



Bezpečnostní profil
ověřený reálnou praxí²⁻¹³



Bezpečnost ještě umocněna
možností okamžitého zvrácení
účinku¹

Pradaxa®
dabigatran-etexilát

Praxbind®
idarucizumab

Closing the Circle

PC-CZ-100363

1. Praxbind® Souhrn údajů o přípravku. 2. Connolly SJ et al. N Engl J Med. 2009;361(12):1139-1151. 3. Connolly SJ et al. N Engl J Med. 2010;363(19):1875-1876. 4. Connolly SJ et al. Circulation. 2013;128(3):237-243. 5. Deltelzweig S et al. Curr Med Res Opin. 2016;32(3):573-582. 6. Graham DJ et al. Circulation. 2015;131(2):157-164. 7. Larsen TB et al. Am J Med. 2014;127(7):650-656. 8. Larsen TB et al. Am J Med. 2014;127(4):329-336. 9. Lauffenburger JC et al. J Am Heart Assoc. 2015;4(4):e001798. 10. Poster prezentovaný na kongresu ESC 29. 8.-2. 9. 2015 v Londýně. 11. Seeger JD et al. Thromb Haemost. 2016;Oct 8:1-13. (Epub před tiskem). 12. Tepper P et al. Prezentováno na kongresu ESC 30. 8. 2015 v Londýně. 13. Villines TC et al. Thromb Haemost. 2016;Oct 8:1-9. (Epub před tiskem).

*Všimněte si prosím změny v informacích o léčivém přípravku.

Zkrácená informace o přípravku Pradaxa®

Složení: Jedna tvrdá tobolka obsahuje 75/110/150 mg dabigatranu etexilátu. **Indikace:** Primární prevence žilních tromboembolických příhod u dospělých pacientů, kteří podstoupili elektivní totální náhradu kyčelního nebo kolenního kloubu (vPTE). Prevence cévní mozkové příhody a systémové embolie u dospělých pacientů s nevalvulární fibrilací síní s jedním nebo více rizikovými faktory jako je cévní mozková příhoda nebo tranzitorní ischemická ataka (TIA) v anamnéze; věk ≥ 75 let; střední selhání (NYHA třída ≤ II); diabetes mellitus; hypertenze (SPAF). Léčba hluboké žilní trombózy (DVT) a plicní embolie (PE) u dospělých pacientů. *Léčba žilních tromboembolických příhod (VTE) a prevence recidivujících VTE u pediatrických pacientů od narození do 18 let věku. **Dávkování a způsob podání:** vPTE: Doporučená dávka je 220 mg 1x denně. Perorální léčbu je třeba zahájit během 1 - 4 hodin po ukončení operace podáním 1 tob. po 110 mg, poté je nutno pokračovat 2 tob. 1x denně po celkovou dobu 10 dní po elektivní náhradě kolenního kloubu a 28 - 35 dní po náhradě kyčelního kloubu. Pro následující pacienty je doporučena denní dávka 150 mg, užívána jednou denně ve formě 2 tob. po 75 mg; se síř. léčbou poruchou funkce ledvin (clearance kreatininu, CrCl 30-50 ml/min); současně užívají verapamil, amiodaron, chinidin; věk 75 let nebo starší. U pacientů se síř. léčbou poruchou funkce ledvin a současně léčených verapamilem zvážit snížení dávky na 75 mg denně. SPAF: Doporučená denní dávka je 300 mg (1 tob. po 150 mg 2x denně). Léčba musí být dlouhodobá. DVT/PE: Doporučená denní dávka je 300 mg (1 tob. po 150 mg 2x denně) po léčbě parenterálním antikoaguliem ≥ 5 dní. Délka léčby je individuální po posouzení přínosu vs. rizika léčby. *DVT/PE u pediatrických pacientů: Doporučená dávka tobulek dabigatranetexilátu vychází z věku a tělesné hmotnosti pacienta. Tobolku polykat celou, neolvírat, protože film může být zvýšeno riziko krvácení. Dávka 220 mg (1 tob. po 110 mg 2x denně) - věk 80 let a vyšší, současně užívání verapamilu. Pro následující pacienty by měla být zvolena denní dávka přípravku 300 mg nebo 220 mg dle individuálního posouzení rizika tromboembolie nebo rizika krvácení: věk 75-80 let; síř. léčba porucha funkce ledvin; gastritida, ezofagitida nebo gastroezofageální reflux; ostatní se zvýšeným rizikem krvácení. Funkce ledvin by měla být zhodnocena výpočtem CrCl před zahájením léčby, aby byla vyloučena pacientů s těžkou poruchou funkce ledvin (tj. CrCl < 30 ml/min). *U pediatrických pacientů s eGFR < 50 ml/min/1,73 m² je léčba dabigatranetexilátem kontraindikována. U pacientů léčených přípravkem Pradaxa by měla být funkce ledvin posouzena nejméně 1x ročně nebo častěji podle potřeby. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou nebo pomocnou látku přípravku; těžká porucha funkce ledvin (CrCl < 30 ml/min); *eGFR < 50 ml/min/1,73 m² u pediatrických pacientů; klinicky významné aktivní krvácení; organické léze nebo stavy, jestliže jsou považovány za významné rizikové faktory závažného krvácení. Mohou to být nedávné gastrointestinální ulcerace, přítomnost maligních nádorů s vysokým rizikem krvácení, nedávné poranění mozku nebo páteře, nedávny chirurgický výkon v oblasti mozku, páteře nebo oka, nedávne intrakraniální krvácení, známá přítomnost nebo podezření na jicnové varixy, arteriovenózní malformace, cévní aneurysmata nebo závažné intraspinální či intracerebrální cévní anomálie; souběžná léčba jinými antikoagulanty např. nefrakcionovaný heparin, nízkomolekulární hepariny, deriváty heparinu, perorální antikoagulantia kromě zvláštních situací, kdy dochází ke změně antikoagulační léčby nebo je nefrakcionovaný heparin podáván v dávkách nutných k udělení průchodnosti centrálních žilních nebo arteriálních katetrů; porucha funkce jater nebo jaterní onemocnění ovlivňující přejít; souběžná léčba systémově podávanými ketokonazolem, cyklosporemem, iflrazakonazolem, dronedaronelem a fixní kombinací dvek glekapiravenu/pibrentavosu, *umělá náhrada srdeční chlopně vyžadující antikoagulační léčbu. **Zvláštní upozornění:** Nedoporučuje se podávat pacientům s dvojnásobným zvýšením hodnot jaterních testů nad horní hranici normy. Dabigatran 150 mg 2x denně byl spojen s vyšším výskytem závažných gastrointestinálních krveč. Pozorováno u pacientů 75 let a starších. K prevenci možno podat PPI. Opětne podávat u pacientů se zvýšeným rizikem krvácení. Faktory zvyšující riziko krvácení: věk ≥ 75 l, CrCl 30-50 ml/min, současně podávání inhibitorů glykoproteinu P (např. amiodaronu, chinidinu, verapamilu) * u pediatrických pacientů nebylo zkoumáno, ale může zvýšit riziko krvácení, hmotnost < 50 kg, ASA, klopidoget, tikagrelor, NSAID, SSRI, SNRI, jiné léky ovlivňující hemostázu, poruchy koagulace, trombocytopenie, poruchy funkce trombocytů, nedávna biopsie, závažné zranění, bakteriální endokarditida. Aktuální chirurgický a jiný výkon: léčbu dočasné přerušit; pokud je to možné, výkon odložit nejméně o 12 hod. Nedoporučuje se podávat u pacientů podstupujících anestezii s pooperativním ponecháním epidurálního zavedeného katetru. **Interakce:** Nefrakcionovaný heparin, nízkomolekulární heparin a deriváty heparinu, (fondaparinux, desirudin), trombolitika, antagonisté vitamínu K, rivaroxaban nebo jiné perorální antikoagulantia, látky ovlivňující agregaci krevních destiček (GPIIb/IIIa, tiklopidin, prasugrel, tikagrelor, dextran a sulfonijon) – žádné nebo omezené zkušenosti a může být zvýšené riziko krvácení. Současné podávání ASA, klopidogetu, NSAID zvyšuje riziko krvácení. Dabigatran etexilát a dabigatran nejsou metabolizovány v systému cytochromu P450, proto nejsou předpokládány související lékové interakce. Inhibitory glykoproteinu P: amiodaron, verapamil, chinidin, ketokonazol, dronedaron, klaritromycin, tikagrelor, *poskonazol – pečlivě sledování, k identifikaci zvýšeného rizika krvácení možno použít pTT a dTT testy. Vyhnut se současnému podávání se silnými induktoři glykoproteinu P (třezalka tečkovaná, karbamazepin, rifampicin, *fenytoin). **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášeným je krvácení. Hlášený jako časté: anémie, bolest břicha, průjem, nauzea (SPAF); epistaxe, dyspepsie, gastrointestinální krvácení, kožní krvácení, urogenitální krvácení (SPAF, DVT/PE); rektální krvácení (DVT/PE). **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávat v původním obalu, chránit před vlhkostí. **Datum poslední revize textu:** 11. 1. 2021 **Držitel rozhodnutí o registraci:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Ingelheim am Rhein, Německo. **Registrační č.:** Pradaxa 75 mg EU/1/08/442/001-002; Pradaxa 110mg EU/1/08/442/005-007; Pradaxa 150mg EU/1/08/442/011. **Výdej pouze na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před podáním se seznámte s úplnou informací o přípravku.**

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky. Podrobnosti o hlášení nežádoucích účinků viz bod 4.8. SPC přípravku.

Zkrácená informace o přípravku Praxbind 2,5 g/50 ml injekční/infuzní roztok

Složení: 1 ml injekčního/infuzního roztoku obsahuje idarucizumabum 50 mg. Jedna injekční lahvička obsahuje idarucizumabum 2,5 g v 50 ml. **Léková forma:** Injekční/infuzní roztok **Indikace:** Specifický přípravek k reverzi účinku dabigatranu. Je indikován u dospělých pacientů léčených přípravkem Pradaxa (dabigatran-etexilát) v situacích, kdy je třeba urychleně zvrátit jeho antikoagulační účinky: při nálehavých chirurgických/urgentních výkonech, při život ohrožujícím nebo nekontrolovaném krvácení. **Dávkování a způsob podání:** Omezeno pouze pro použití v nemocnici. Doporučená dávka je 5 g (2 x 2,5 g/50 ml). Podání druhé 5 g dávky lze zvážit v situacích: rekurence klinicky významného krvácení spolu s prodloužením doby srážení krve; pokud by potenciální obnovou krvácení bylo život ohrožující a zůstá se prodloužená doba srážení krve; pokud pacientů vyžadují další nálehavý chirurgický/urgentní výkon a vykazují prodlouženou dobu srážení krve. Relevantními koagulačními parametry jsou aktivovaný parciální tromboplastinový čas (aPTT), dilutovaný trombinový čas (dTT) nebo ekarinový koagulační čas (ECT). Praxbind (2 x 2,5 g/50 ml) se podává intravenózně jako dvě po sobě následující infuze, každá v délce 5 až 10 minut, nebo jako bolusová infuze. Pacienti s poruchou funkce ledvin, jater nebo ve věku ≥ 65 let nevyžadují žádnou úpravu dávky. Léčbu přípravkem Pradaxa (dabigatran-etexilát) lze znovu zahájit 24 hod. po podání přípravku Praxbind, pokud je pacient klinicky stabilní a bylo dosaženo odpovídající hemostázy. Po podání přípravku je kyselí zahájit jinou antitrombotickou terapií (např. nízkomolekulární heparin), pokud je pacient klinicky stabilní a bylo dosaženo odpovídající hemostázy. **Kontraindikace:** Žádné **Zvláštní upozornění:** Idarucizumab nezruší účinky jiných antikoagulantů, je kombinovat se standardními podpůrnými opatřeními. Obsahuje 4 g sorbitolu, riziko léčby přípravkem Praxbind se u pacientů s hereditární intolerancí fruktózy musí zvážit oproti potenciálnímu přínosu léčby. Způsobuje gastrochodnou proteinurii jako fyziologickou reakci na nadbytek bílkovin procházejících ledvinami. Proteinurie nesvědčí o poškození ledvin. **Interakce:** Klinicky relevantní interakce s jinými léčivými přípravky se považují za nepravděpodobné. **Nežádoucí účinky:** Žádné nebyly zjištěny. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** V chladničce (2 °C – 8 °C); v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem, po otevření injekční lahvičky stabilita prokázána na dobu 6 hodin při pokojové teplotě. Neotevřenou injekční lahvičku lze před použitím uchovávat při pokojové teplotě (až do 30 °C) po dobu až 48 hodin, v původním obalu, chráněnou před světlem. Roztok nemá být vystaven světlu po dobu delší než 6 hodin. **Datum poslední revize textu:** 17. 9. 2020. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Ingelheim am Rhein, Německo **Registrační č.:** EU/1/15/056/001 **Výdej pouze na lékařský předpis. Léčivý přípravek Praxbind je hrazen z veřejného zdravotního pojištění jako nemocniční léčivý přípravek na základě zařazení do seznamů Nléky (VZP) a NHVLP (SZP). Před podáním se seznámte s úplnou informací o přípravku.**



Při léčbě diabetu 2. typu¹

SÍLA DOSÁHNOUT VÍCE^{**1,2}

MNOHO BENEFITŮ, PROKÁZANÁ OCHRANA¹

KV a renální ochrana

38%

SNÍŽENÍ RELATIVNÍHO
RIZIKA
KV ÚMRTÍ^{1,3}

35%

SNÍŽENÍ RELATIVNÍHO
RIZIKA HOSPITALIZACE PRO
SRDEČNÍ SELHÁNÍ^{1,3}

39%

SNÍŽENÍ RELATIVNÍHO
RIZIKA VZNIKU
ČI ZHORŠENÍ
NEFROPATIE¹

Prokázaná účinnost



HbA_{1c}
průměrné snížení
-0,7 %
v týdnu 24²
(výchozí hodnota = 7,9 %)



Krevní tlak
průměrné snížení
-4,5 mmHg
v týdnu 24²
(výchozí hodnota = 130 mmHg)



Hmotnost
průměrné snížení
-2,1 kg
v týdnu 24²
(výchozí hodnota = 81,6 kg)

¹ U dospělých diabetiků 2. typu s KV onemocněním¹

^{**}JARDIANCE kromě antidiabetického účinku prokazatelně snižuje tělesnou hmotnost a krevní tlak; JARDIANCE není indikována ke snižování tělesné hmotnosti ani krevního tlaku¹

[†]Dospělí diabetici 2. typu s nedostatečnou kompenzací diabetu a s ICHS, ICHDK nebo po IM či CMP²

CMP - cévní mozková příhoda; **ICHS** - ischemická choroba srdeční; **ICHDK** - ischemická choroba dolních končetin; **IM** - infarkt myokardu; **KV** - kardiovaskulární

Reference: ¹ SPC Jardiance ² Zinman B, Inzucchi S, Lachin J, et al. EMPA REG OUTCOME™. Rationale, design, and baseline characteristics of a randomized, placebo-controlled cardiovascular outcome trial of empagliflozin. Cardiovasc Diabetol. 2014;13(102):1-8. ³ Zinman B, Wanner C, Lachin J, et al. EMPA-REG OUTCOME Investigators. Empagliflozin, cardiovascular outcomes and mortality in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2015;373(22):2117-2129. ⁴ Wanner C, Inzucchi S, Lachin J, et al. EMPA-REG OUTCOME™ Investigators. Empagliflozin and progression of kidney disease in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2016;375(4):323-334. ⁵ Wäring H, Merker L, Seewaldt-Becker E, et al. EMPA-REG MET Trial Investigators. Empagliflozin as add-on to metformin in patients with type 2 diabetes: a 24-week, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Diabetes Care. 2014;37(6):1650-1659.

Jardiance[®]
(empagliflozin)

Synjardy[®]
(empagliflozin/
metformin HCl)

Zkrácená informace o léčivém přípravku — Jardiance 10 mg potahované tablety

Složení: Jardiance 10 mg: jedna tableta obsahuje empagliflozinum 10 mg. **Indikace:** K léčbě diabetu mellitus II. typu ke zlepšení kontroly glykémie u dospělých pacientů s nedostatečnou kompenzací diabetu samotnou dietou a tělesným cvičením: jako monoterapie pokud je metformin nevhodný z důvodu nesnášenlivosti; v kombinaci s jinými léčivými přípravky ke snížení hladiny glukózy, včetně kombinace s inzulínem. **Dávkování a způsob podávání:** Počáteční dávka empagliflozinu je 10 mg jednou denně v monoterapii nebo v kombinované terapii. U pacientů, kteří tolerují empagliflozin v dávce 10 mg jednou denně, kteří mají eGFR ≥ 60 ml/min/1,73 m² a potřebují přísnější kontrolu glykémie, lze dávku zvýšit na 25 mg jednou denně. Maximální denní dávka je 25 mg. Pokud je empagliflozin podáván v kombinaci s derivátem sulfonylurey (SU) nebo inzulínem, lze pro snížení rizika hypoglykémie zvážit nižší dávku derivátu SU nebo inzulínu. Léčba empagliflozinem se nezhajuje u pacientů s eGFR < 60 ml/min/1,73 m². **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroakoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** U pacientů, u kterých existuje podezření na DKA nebo u kterých byla DKA diagnostikována, je nutné léčbu empagliflozinem okamžitě ukončit. Léčbu je třeba přerušit u pacientů, kteří jsou hospitalizováni z důvodu velkých chirurgických výkonů nebo akutního závažného zdravotního stavu. Před zahájením léčby empagliflozinem je třeba v pacientově anamnéze zvážit faktory s predispozicí k diabetické ketoacidóze. Pacienti ve věku 75 let a starší mohou mít vyšší riziko hypovolemie. Terapeutická zkušenost u pacientů ve věku 85 let a starších je omezená. Tablety obsahují laktózu, proto pacienti s intolerancí galaktózy, vrozeným deficitem laktázy nebo malabsorpcí glukózy a galaktózy, by tento přípravek neměli užívat. U pacientů ženského i mužského pohlaví užívajících inhibitory SGLT2 byly po uvedení přípravku na trh hlášeny případy nekrotizující fasciitidy perineae (zvané též Fournierova gangrén). V případě podezření na Fournierovu gangrénu je třeba přípravek Jardiance vysadit a rychle zahájit léčbu. **Interakce:** Empagliflozin může zvýšit diuretický efekt thiazidových a kličkových diuretik a může zvyšovat riziko dehydratace a hypotenze. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášenými nežádoucími příhodami v klinických hodnoceních byly hypoglykémie (při kombinované léčbě s derivátem sulfonylurey nebo inzulínem); dále vaginální moniliáza, vulvovaginitida, balanitida a jiné infekce genitálu, infekce močových cest, žízeň, pruritus, časté močení; hypovolemie, dysurie; zvýšená hladina kreatininu v krvi/snížená glomerulární filtrace, zvýšený hematokrit, zvýšené sérové lipidy; a vzácně diabetická ketoacidóza. **Těhotenství a kojení:** Podávání přípravku Jardiance v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. Přípravek Jardiance se během kojení nemá podávat. **Balení, výdej a uchování:** Jednodávkové PVC/Al blistry v krabičce obsahující 30x1 nebo 90x1 potahovaných tablet. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchování. **Registrační číslo:** EU/1/14/930/014 – 30 tbl (10 mg), EU/1/14/930/017 – 90 tbl (10 mg). **Datum poslední revize textu:** 3. 9. 2020. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Str. 173, D 55216 Ingelheim am Rhein, Německo. Před předepsáním se prosím seznáme s úplným zněním souhrnu údajů o přípravku. Úplné znění souhrnu údajů o přípravku je uveřejněno na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky: <http://www.ema.europa.eu/> popř. na stránkách Státního ústavu pro kontrolu léčiv www.sukl.cz.

Zkrácená informace o léčivém přípravku — Synjardy 5 mg/850 mg potahované tablety, Synjardy 5 mg/1000 mg potahované tablety

Složení: Jedna tableta obsahuje empagliflozinum 5 mg a 850 mg resp. 1000 mg metformini hydrochloridum. **Indikace:** Léčba dospělých ve věku 18 let a starších s diabetem II. typu jako doplněk diety a tělesného cvičení ke zlepšení kontroly glykémie u pacientů nedostatečně kontrolovaných na maximální tolerované dávce metforminu podávaného v monoterapii, v kombinaci s jinými léčivými přípravky k léčbě diabetu u pacientů nedostatečně kontrolovaných metforminem a těmito léčivými přípravky a u pacientů, kteří jsou již léčeni kombinací empagliflozinu a metforminu v samostatných tabletkách. **Dávkování a způsob podávání:** Doporučená dávka přípravku je jedna tableta dvakrát denně. Dávku je třeba zvolit dle pacientova současného léčebného režimu, účinnosti a snášenlivosti za použití doporučené denní dávky empagliflozinu a nepřekročení maximální doporučené denní dávky metforminu. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroakoli pomocnou látku, jakýkoliv typ akutní metabolické acidózy, diabetické překoma, závažné renální selhání (GFR < 30 ml/min), akutní stavy, které mohou změnit funkci ledvin, jako je: dehydratace, těžká infekce, šok, akutní nebo chronické onemocnění, které může způsobit hypoxii tkáně (zejména akutní onemocnění nebo zhoršení chronického onemocnění) jako je: dekompenzované srdeční selhání, respirační selhání, nedávný infarkt myokardu, šok, porucha funkce jater, akutní alkoholová intoxikace, alkoholismus. **Zvláštní upozornění:** U pacientů, u kterých existuje podezření na DKA nebo u kterých byla DKA diagnostikována, je nutné léčbu empagliflozinem okamžitě ukončit. Léčbu je třeba přerušit u pacientů, kteří jsou hospitalizováni z důvodu velkých chirurgických výkonů nebo akutního závažného zdravotního stavu. Před zahájením léčby empagliflozinem je třeba v pacientově anamnéze zvážit faktory s predispozicí k diabetické ketoacidóze. Jestliže existuje podezření na metabolickou acidózu, léčbu tímto léčivým přípravkem je třeba okamžitě ukončit a pacienta okamžitě hospitalizovat. Laktátová acidóza je velmi vzácná, avšak závažná, metabolická komplikace, která se nejčastěji vyskytuje při akutním zhoršení renální funkce nebo při kardiopulmonálním onemocnění či sepsi a může se objevit jako důsledek akumulace metforminu. Léčivý přípravek musí být vysazen před radiologickým vyšetřením s podáním jódových kontrastních látek a nesmí být znovu podán dříve než za 48 hodin a pouze poté, co byla funkce ledvin znovu zhodnocena a shledána normální. Podávání metforminu musí být ukončeno během operace v celkové anestézii. Léčba může být znovu zahájena nejdříve 48 hodin po operaci nebo obnovení perorální výživy a za předpokladu, že renální funkce byla znovu vyhodnocena a bylo zjištěno, že je stabilní. Pacienti ve věku 75 let a starší mohou mít vyšší riziko hypovolemie. Terapeutická zkušenost u pacientů ve věku 85 let a starších je omezená. Zahájení léčby u této populace se nedoporučuje. Při léčbě empagliflozinem bylo pozorováno zvýšení hematokritu. U pacientů ženského i mužského pohlaví užívajících inhibitory SGLT2 byly po uvedení přípravku na trh hlášeny případy nekrotizující fasciitidy perineae (zvané též Fournierova gangrén). V případě podezření na Fournierovu gangrénu je třeba přípravek Jardiance vysadit a rychle zahájit léčbu. **Interakce:** nedoporučuje se souběžné podávání s alkoholem, transportéry organických kationtů a s jódovými kontrastními látkami. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášenými nežádoucími příhodami v klinických hodnoceních byly hypoglykémie v kombinaci s inzulínem a/nebo derivátem sulfonylurey a gastrointestinální příznaky. V klinických hodnoceních s empagliflozinem jako přídatnou léčbou k metforminu nebyly zjištěny žádné další nežádoucí účinky v porovnání s nežádoucími účinky jednotlivých složek. **Těhotenství a kojení:** V době, kdy pacientka plánuje těhotenství, a v průběhu těhotenství se doporučuje, aby diabetes nebyl léčen tímto léčivým přípravkem. Tento léčivý přípravek se během kojení nemá podávat. **Balení, výdej a uchování:** Perforované jednodávkové PVC/PVDC/Al blistry v krabičce obsahující 60 nebo 180 potahovaných tablet. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek Synjardy je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Tento léčivý přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchování. **Datum poslední revize textu:** 3. 9. 2020. **Registrační čísla:** 5 mg/850 mg: EU/1/15/1003/005 (1x60x1 tbl.); 5 mg/850 mg: EU/1/15/1003/008 (2x90x1 tbl.); 5 mg/1000 mg: EU/1/15/1003/014 (1x60x1 tbl.); 5 mg/1000 mg: EU/1/15/1003/017 (2x90x1 tbl.). **Držitel rozhodnutí o registraci:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Str. 173, D55216 Ingelheim am Rhein, Německo. Před předepsáním se prosím seznáme s úplným zněním souhrnu údajů o přípravku. Úplné znění souhrnu údajů o přípravku je uveřejněno na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky: <http://www.ema.europa.eu/> popř. na stránkách Státního ústavu pro kontrolu léčiv www.sukl.cz.

BRILIQUE™
ticagrelor

**MŮŽE
UDĚLAT
ROZDÍL**

BRILIQUE® 90 mg SNIŽUJE KV MORTALITU
VS. CLOPIDOGREL PO 12 MĚSÍCÍCH.¹

PRODLOUŽENÉ PODÁVÁNÍ
BRILIQUE® 60 mg + ASA SNIŽUJE
U RIZIKOVÝCH PACIENTŮ PO IM
KV MORTALITU VS. ASA SAMOTNÁ³

AKS – akutní koronární syndrom / KV – kardiovaskulární / IM – infarkt myokardu

[illegible][illegible]

* Všechné údaje o nových informacích o přípravku, výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis a přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Předtím, než přípravek předpíše, pečlivě prostudujte Souhrn údajů o přípravku (SPC). Podrobné informace o tomto přípravku jsou k dispozici na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky (<http://www.ema.europa.eu>) nebo na adrese zástupce držitele rozhodnutí o registraci v ČR: AstraZeneca Czech Republic s.r.o., U Trezorky 921/2, 158 00 Praha 5 – Jinonice, tel.: +420 222 807 111, www.astrazeneca.cz

© AstraZeneca 2019 Registrovaná ochranná známka BRILIQUE je majetkem AstraZeneca plc.
Referenční číslo dokumentu: 12092019API | POUZE PRO ODBORNOU VĚŘEJNOST.

References: 1. Wallentin L, Becker RC, Budaj A et al. Ticagrelor versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes. *N Engl J Med* 2009; 361: 1045–1057. 2. Bonaca MP, Bratt DL, Cohen M, et al. PEGASUS-TIMI 54 Steering Committee and Investigators. Long-term use of ticagrelor in patients with prior myocardial infarction. *N Engl J Med* 2015; 372: 1791–800. 3. Dellborg M et al. *Eur Heart J* 2017;38(suppl):794–795. Abs P3670. (Presented at ESC 2017).

-21%

-29%

AstraZeneca 

Nová indikace od AstraZeneca

První a jediný gliflozin schválený pro léčbu srdečního selhání se sníženou ejekční frakcí pro pacienty s či bez diabetu 2. typu^{1,3,4,5}

Proč zvolit lék Forxiga®

-26%

Forxiga® signifikantně snižuje riziko KV mortality, hospitalizace pro srdeční selhání nebo urgentního příjmu pro srdeční selhání

ve srovnání s placebem o 26 % RRR (4,9 % ARR, NNT 21), $p < 0,0001^{*1,2}$

1x

Jednoduché podání bez titrace: 10 mg, 1x denně¹

Nová indikace je založena na výsledcích studie DAPA HF. V této studii kardiovaskulárních „outcomes“ s dapagliflozinem u pacientů se srdečním selháním se sníženou ejekční frakcí bylo 2368 pacientů léčených dapagliflozinem 10 mg a 2368 pacientů placebem po dobu 18 měsíců (medián). Populace pacientů zahrnovala pacienty s diabetem 2. typu, pacienty bez onemocnění diabetem a pacienty s eGFR ≥ 30 ml/min. /1,73 m².^{1,2}

-17%

Forxiga® snižuje riziko úmrtí ze všech příčin

ve srovnání s placebem o 17 % RRR (2,3 % ARR)^{**1,2}



Forxiga® zlepšuje život pacientů a má bezpečnostní profil srovnatelný s placebem

u pacientů s diabetem 2. typu i bez něj^{***1,2}

Pro symptomatické pacienty

Forxiga® je doporučena AHA-EESC⁶

se srdečním selháním se sníženou ejekční frakcí

forxiga
(dapagliflozin)

Forxiga® zlepšuje život pacientů a snižuje mortalitu²

Zkrácená informace o léčivém přípravku FORXIGA® 5 mg potahované tablety, FORXIGA® 10 mg potahované tablety

Kvalitativní a kvantitativní složení: Dapagliflozinum propandiolium monohydricum odpovídající dapagliflozinum 5 mg v 1 potahované tabletě. Jedna 5 mg tableta obsahuje 25 mg laktosy. Dapagliflozinum propandiolium monohydricum odpovídající dapagliflozinum 10 mg v 1 potahované tabletě. Jedna 10 mg tableta obsahuje 50 mg laktosy. **Terapeutické indikace:** Diabetes mellitus 2. typu (DM2) - u dospělých pacientů - jako přídavná léčba k dietě a fyzické aktivitě ke zlepšení kontroly glykemie - jako monoterapie, pokud je podávání metforminu nevhodné v důsledku intolerance; - jako přídavná léčba k jiným léčivým přípravkům k léčbě DM2. Výsledky studií ve vztahu ke kombinované léčbě s jinými léčivými přípravky, vlivy na kontrolu glykemie a kardiovaskulární příhody a studované populace viz SPC. Diabetes mellitus 1. typu (DM1) - u dospělých pacientů - jako přídavná léčba k inzulinu u pacientů s BMI ≥ 27 kg/m², pokud podávání samotného inzulinu při optimalizaci léčby nevede k adekvátní kontrole glykemie. Srdeční selhání (SS) - k léčbě dospělých pacientů se symptomatickým chronickým srdečním selháním se sníženou ejekční frakcí. **Dávkování a způsob podání:** DM2 - 10 mg dapagliflozinu jednou denně. Pokud je dapagliflozin podáván v kombinaci s inzulinem nebo inzulinovými sekretagogy, lze uvažovat o jejich snížení dávce, aby se snížilo riziko hypoglykemie. DM1 - 5 mg jednou denně, pouze jako přídavná léčba k inzulinu. Léčba má být zahájována a kontrolována specialisty na léčbu diabetu 1. typu. SS - 10 mg dapagliflozinu jednou denně. Přípravek se podává perorálně, jednou denně, kdykoli v průběhu dne, s jídlem nebo mimo jídlo. Tablety se polykají celé. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Není nutná úprava dávky s ohledem na funkci ledvin. Glykemická účinnost je závislá na funkci ledvin, a proto léčba nemá být zahajována za účelem zlepšení glykemické kontroly u pacientů s GFR < 60 ml/min a má být ukončena, pokud je hodnota GFR trvale nižší než 45 ml/min. U pacientů se SS a s poruchou funkce ledvin (GFR < 30 ml/min) jsou s dapagliflozinem pouze omezené zkušenosti. U pacientů se SS a DM2 je třeba zvážit další léčbu snižující glykémii, pokud hodnota GFR trvale klesne pod 45 ml/min. Dapagliflozin nebyl studován u pacientů se SS a DM1. Forxiga 10 mg se nedoporučuje k léčbě SS u pacientů s DM1. U pacientů s těžkou poruchou funkce jater je zvýšená expozice dapagliflozinu. Nedoporučuje se upravovat dávku dle věku. V důsledku mechanismu účinku zvyšuje dapagliflozin diurézu, která může vést k mírnému snížení krevního tlaku. Opakující se zápotřeby u pacientů, u kterých může nezbytné snížit dávku inzulinu v době zahájení léčby dapagliflozinem, představovat riziko. DM2 - U pacientů léčených inhibitory společného transportéru pro sodík a glukózu (SGLT2), byly vzácně hlášeny případy diabetické ketoacidózy (DKA), u rizikových pacientů je nutno užívat SGLT2 opatrně. DM1 - V klinických studiích s dapagliflozinem měli pacienti s DM1 vyšší výskyt příhod DKA než ve skupině s placebem. Před zahájením léčby mají být pacienti vyšetřeni s ohledem na riziko DKA. Více informací viz SPC. Pokud se vyskytnou známky nebo symptomy ketoacidózy, mají být pacienti poučeni, aby si změřili hladiny ketonů. Po uvedení přípravku SGLT2 na trh byly u pacientů hlášeny případy nekrotizující fasciitidy perineae (Fournierova gangréna) - jde o vzácnou, ale závažnou a potenciálně život ohrožující příhodu, která vyžaduje neodkladnou léčbu a je třeba pozvat pacienta. Vylučování glykemických moči může způsobit zvýšený riziko infekcí močových cest. Zkušenosti s dapagliflozinem u pacientů se SS ve třídě IV podle NYHA jsou omezené. Ve studiích pacientů s DM2 s SGLT2 byl pozorován zvýšený výskyt amputací na dolních končetinách a není záměrná, zda jde o skupinový účinek. Je důležité poučit pacienty o pravidelné preventivní péči o nohy. Starší pacienti (≥ 65 let) mohou být rizikováni z pohledu objemové deplece. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Dapagliflozin může zvyšovat diuretický účinek thiazidů a kalciových diuretik a může zvyšovat riziko dehydratace a hypotenze. U pacientů s DM1 a známým rizikem časté nebo závažné hypoglykemie může být nezbytné snížit dávku inzulinu v době zahájení léčby dapagliflozinem. Nedoporučuje se monitorovat glykémii metodou stanovení N-AG, nebo měření neli v pacientů užívajících SGLT2 spolehlivě. **Těhotenství a kojení:** Nejsou dostupné údaje o použití dapagliflozinu u těhotných žen. Jakmile je zjištěno těhotenství, musí se léčba dapagliflozinem přerušit. Není známo, zda se dapagliflozin a/nebo jeho metabolity vylučují do lidského mateřského mléka. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Přípravek Forxiga nemá žádný vliv nebo má zanedbatelný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. Pacienti mají být upozorněni na riziko hypoglykemie, pokud je dapagliflozin podáván souběžně s deriváty sulfonylmocoviny nebo s inzulinem. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášenými nežádoucími účinky v klinických studiích byly infekce pohlavních orgánů, výskyt hypoglykemie při srovnatelnosti s placebem, jejich frekvence se zvýšila při kombinaci se SÚ či inzulinem. Dalšími častými nežádoucími účinky byly infekce močových cest, zvýšená kreatinina, závrat, dysurie, polyurie, bolest zad, zvýšený hematokrit, snížená renální clearance kreatininu během zahájení léčby, dyslipidemie a vyrážka. Méně časté jsou plynosťové infekce, objemová deplece, žízeň, zácpa, sucho v ústech, nurytie, vulvovaginální pruritus, pruritus genitálu, zvýšený kreatinin (z zvýšená močovina v krvi, snížená tělesná hmotnost, velmi vzácně angioedém). U pacientů užívajících inhibitory SGLT2, včetně dapagliflozinu, byly velmi vzácně hlášeny případy Fournierovy gangrény. Bezpečnostní profil dapagliflozinu u subjektů se SS a DM1 byl podobný profilu bezpečnosti dapagliflozinu u subjektů s DM2. Výjimkou byl vyšší výskyt příhod DKA ve studiích s DM1. Dapagliflozin 10 mg se nemá používat k léčbě pacientů s DM1. **Zvláštní opatření pro uchování:** Nevyžaduje se. **Druh obalu a velikost balení:** Alu/Al blister, 30x1 a 90x1 potahované tablety v perforovaných jednokomorových blistrech. **Držitel rozhodnutí o registraci:** AstraZeneca AB, SE 151 85 Södertälje, Švédsko. **Registrační čísla:** EU/1/12/795/004-005, EU/1/12/795/009-010. **Datum revize textu:** 3. 11. 2020. © AstraZeneca 2020. Registrovaná ochranná známka FORXIGA je majetkem AstaZeneca plc. Referenční číslo dokumentu: 03112020APl.

Přípravek Forxiga 5 mg se hraze z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přípravek Forxiga 10 mg je v ČR částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Přechtěte si pozornost úplnou informaci o přípravku, kterou naleznete na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky (EMA) <http://ema.europa.eu> nebo na adrese zástupce držitele rozhodnutí o registraci v ČR: AstraZeneca Czech Republic s. r. o., U Trezorky 921/2, 158 00 Praha 5 - Jinonice, tel.: +420 222 807 111, www.astrazeneca.cz

* HR 0,74; 95 % CI (0,65 - 0,85). ** HR 0,83; CI (0,71-0,97). *** Léčba dapagliflozinem ve srovnání s placebo léčbou vedla ke statisticky i klinicky významnému snížení příznaků srdečního selhání, jak dokumentuje změna v KCCQ-TSS v 8. měsíci léčby, při srovnání s výchozí hodnotou (WR 1,18 [95% CI 1,11 - 1,26]; $p < 0,0001^{1,2}$

RF = kardiovaskulární, HFA ESC = Asociace pro srdeční selhání Evropské kardiologické společnosti, ARR = absolutní snížení rizika, RRR = relativní snížení rizika, NNT = number needed to treat, eGFR = odhadovaná rychlost glomerulární filtrace, CI = confidence interval, HR = hazard ratio, WR = win ratio.

Reference: 1. SPC Forxiga 2. McMurray JJV et al. N Engl J Med. 2019;381(21):1995-2008. 3. SPC Invokana. 4. SPC Jardiance. 5. SPC Steglatro. 6. Seferovic PM et al. Eur J Heart Fail. 2020. doi:10.1002/ehf.2026.

Jediný PCSK9i podávaný 1× měsíčně v jednom peru^{1,2}

NOVINKA

Praluent 300 mg Předplněné jedno pero jednou měsíčně¹



PRALUENT v kombinaci s maximálně tolerovanou dávkou statinu pomáhá snižovat riziko kardiovaskulárních příhod u pacientů s prokázaným aterosklerotickým KV onemocněním.¹

Praluent®
alirocumab

PRALUENT je jediný inhibitor PCSK9, který je spojen se snížením úmrtnosti z jakékoliv příčiny v KV studiích.^{1,2,3}

Zkrácená informace o přípravku

▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. To umožní rychlé získání nových informací o bezpečnosti. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili jakákoli podezření na nežádoucí účinky.

Název přípravku: Praluent 75 mg injekční roztok v předplněném peru, Praluent 150 mg injekční roztok v předplněném peru, Praluent 300 mg injekční roztok v předplněném peru. **Složení:** Alirocumabum 75 mg nebo 150 mg v 1 ml roztoku, nebo 300 mg ve 2 ml roztoku. **Indikace:** Primární hypercholesterolemie a smíšená dyslipidemie: Přípravek Praluent je indikován k léčbě dospělých pacientů s primární hypercholesterolemií (heterozygotní familiární a nefamiliární) nebo se smíšenou dyslipidemií jako doplněk k dietnímu opatření: v kombinaci se statinem nebo se statinem a jinou hypolipidemickou léčbou u pacientů, u kterých nelze dosáhnout cílových hodnot LDL cholesterolu maximální tolerovanou dávkou statinu, samostatně nebo v kombinaci s jinou hypolipidemickou léčbou u pacientů, kteří netolerují statiny nebo u kterých je podávání statinu kontraindikováno. Prokázané aterosklerotické kardiovaskulární onemocnění: Přípravek Praluent je indikován k léčbě dospělých s prokázaným aterosklerotickým kardiovaskulárním onemocněním ke snížení kardiovaskulárního rizika snížením hladin LDL-C, jako doplněk korigující další rizikové faktory: v kombinaci s maximální tolerovanou dávkou statinu a jinou hypolipidemickou léčbou či bez ní, nebo samostatně nebo v kombinaci s jinou hypolipidemickou léčbou u pacientů, kteří netolerují statiny nebo u kterých je podávání statinu kontraindikováno. **Dávkování a způsob podání:** Obvyklá počáteční dávka alirolukumabu je 75 mg podaných subkutánně jednou za 2 týdny. U pacientů, u kterých je zapotřebí výraznější snížení LDL cholesterolu (> 60 %), může být počáteční dávka 150 mg podávána jednou za 2 týdny

nebo dávka 300 mg jednou za 4 týdny podávána subkutánně. Pro podání dávky 300 mg je zapotřebí podat buď jednu injekci s obsahem 300 mg, nebo následně 2 injekce s obsahem 150 mg do dvou rozdílných míst aplikace. Subkutánní podání do stehna, břicha nebo horní části paže. **Pediatrická populace:** Bezpečnost a účinnost přípravku Praluent u dětí a dospívajících ve věku do 18 let nebyla dosud stanovena. Zkušenost s alirolukumabem u pediatrické populace je limitována 18 pacienty ve věku 8 až 17 let s homozygotní familiární hypercholesterolemií (HoFH). Ve srovnání se známým bezpečnostním profilem u dospělých nebyl zjištěn žádný nový bezpečnostní nále. U pediatrických pacientů mladších 8 let nebyly studie s alirolukumabem provedeny. U starších pacientů není nutná úprava dávky. U pacientů s mírnou nebo se středně závažnou poruchou funkce jater nebo ledvin není nutná úprava dávky. Každé předplněné pero nebo předplněná injekční stříkačka je pouze pro jednorázové použití. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na teroukoly pomocnou látku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Před zahájením léčby je nutno vyloučit sekundární příčiny hyperlipidemie nebo smíšené dyslipidemie. Alirolukumab má být u pacientů se závažnou poruchou funkce ledvin a jater používán s opatrností. Pokud se vyskytnou známky a příznaky závažných alergických reakcí, léčba alirolukumabem musí být ukončena a musí být zahájena vhodná symptomatická léčba. Aby se zlepšila sledovatelnost biologických léčivých přípravků, má se přehledně zaznamenat název podaného přípravku a číslo šarže. **Interakce:** Alirolukumab je biologický léčivý přípravek, nepředpokládá se jeho farmakokinetický vliv na jiné léčivé přípravky a na izoenzymy cytochromu P450. Statiny a jiná hypolipidemická terapie zvyšují produkci PCSK9, což vede ke zvýšení clearance touto cestou a ke snížení systémové expozice alirolukumabu. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Používání alirolukumabu se nedoporučuje během těhotenství, pokud klinický stav ženy nevyžaduje léčbu alirolukumabem. Není známo, zda se alirolukumab vylučuje do lidského mateřského mléka, je nutné rozhodnout, zda v tomto období přerušit kojení nebo přerušit používání alirolukumabu. N nejsou k dispozici žádné údaje o nepříznivých účincích na plodnost u lidí. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Alirolukumab nemá žádný nebo má zanedbatelný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat

hovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Časté: známky a příznaky onemocnění horních cest dýchacích, svědění, reakce v místě injekce (erytém/zčervenání, svědění, otok, bolest/citlivost). Vzácné: hypersenzitivita, hypersenzitivní vaskulitida, kopřivka, numulární ekzém. **Předávkování:** Nutná symptomatická léčba. **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávat v chladničce (2–8 °C). Chránit před mrazem. Mimo chladničku max. 30 dní, chránit před světlem, při teplotě do 25 °C. **Doba použitelnosti:** Praluent 75 mg 3 roky, Praluent 150 mg, 300 mg 2 roky. **Balení:** 1, 2 nebo 6 předplněných per. **Držitel rozhodnutí o registraci:** sanofi-aventis groupe 54, rue La Boétie, F - 75008 Paris, Francie. **Registrační číslo:** EU/1/15/1031/001-12. **Datum revize textu:** 14. 12. 2020. Před použitím přípravku se seznáme s úplnou informací o přípravku. Použití léčivého přípravku je s ohledem na veřejný zájem koncentrováno do specializovaných pracovišť, která jej účtují jako zvlášť účtovány přípravek zdravotní pojišťovny na základě smlouvy uzavřené mezi nimi a zdravotní pojišťovnou. V takovém případě je Praluent 75 mg injekční roztok a Praluent 150 mg injekční roztok v předplněném peru plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, Praluent 300 mg injekční roztok v předplněném peru bude dostupný na trhu v České republice od 1. 5. 2021 a je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Souhrn údajů o přípravku obdržíte na adrese: sanofi-aventis, s.r.o., Evropská 846/176a, 160 00 Praha 6, tel.: 233 086 111, fax: 233 086 222, www.sanofi-aventis.cz.

KV = kardiovaskulární; **PCSK9i =** inhibitor proprotein konvertázy subtilisin/kexin typu 9.

Literatura

1. Souhrn údajů o přípravku PRALUENT, datum poslední revize textu 14. 12. 2020.
2. SPC přípravku Repatha. 3. Sabatine S, M, et al. Evolocumab and Clinical Outcomes in Patients with Cardiovascular Disease N Engl J Med. 2017;376:1713–22.

* Pouze s nominální statistickou významností podle hierarchické shlukové analýzy (HR 0,85, 95% CI 0,73–0,98).

Praluent®
alirocumab

Určeno pro odbornou veřejnost.
MAT-CZ-2100293 - 1.0 - 03/2021

SANOFI

SPOLEČNĚ K DOSAŽENÍ CÍLOVÝCH HODNOT LDL CHOLESTEROLU

ZENON
Rosuvastatin + Ezetimibe

**PŘÍPRAVEK ZENON OBSAHUJE FIXNÍ KOMBINACI DVOU AKTIVNÍCH LÁTEK: ROSUVASTATIN A EZETIMIBE,
KTERÉ SIGNIFIKANTNĚ SNIŽUJÍ HLADINU LDL CHOLESTEROLU O 69,8 %, v porovnání s monoterapií rosuvastatinem.^{1,2}**

Zkrácená informace o přípravku

NÁZEV PŘÍPRAVKU: Zenon 10 mg/10 mg potahované tablety, Zenon 10 mg/20 mg potahované tablety, Zenon 10 mg/40 mg potahované tablety.

LEČNÁ LÁTKA: Jedna tableta obsahuje ezetimibu 10 mg a rosuvastatinu 10 mg (jako rosuvastatinu calcium), ezetimibu 10 mg a rosuvastatinu 40 mg (jako rosuvastatinu calcium).

INDIKACE: Přípravek Zenon je indikován k substituční terapii u dospělých pacientů, kteří jsou adekvátně kontrolováni kombinací rosuvastatinu a ezetimibu podávanými současně ve stejné dávce jako ve fixní kombinaci, avšak jako samostatná přípravek, jako doplněk diety k léčbě primární hypercholesterolemie (heterozygotní familiární a nefamiliární) nebo homozygotní familiární hypercholesterolemie a ke snížení rizika kardiovaskulárních příhod u pacientů s ischemickou chorobou srdeční (ICHS) a anamnézou akutního koronárního syndromu (AKS). **DÁVKOVÁNÍ:** Přípravek Zenon není vhodný pro počáteční léčbu. Zahájení léčby nebo úprava dávkování, pokud je třeba, by měla být prováděna s jednosložkovými přípravky a teprve po nastavení vhodných dávek lze přejít na fixní kombinaci odpovídajících sil. Pacienti by měli užívat dávky odpovídající jejich předchozí léčbě. Doporučená denní dávka je jedna tableta přípravku Zenon denně, nezávisle na jídle. Tablety se polykají celé a zapíjejí se vodou. **Pediatrická populace:** Bezpečnost a účinnost přípravku Zenon u dětí do 18 let nebyla dosud stanovena. Podávání není nevyváženo. **Pretrávávacího zvýšení jaterních transamináz, zvýšení transamináz nad trojnásobek hranice normálních hodnot, těžká porucha funkce ledvin, myopatie, souběžná léčba cyklosporinem, těhotenství, kojení, podávání ženám ve fertilním věku bez účinné kontracepce.** Dávka 10 mg/40 mg je kontraindikována u pacientů s predispozicí k myopatii/rhabdomyolýze (např. při středně těžké poruše funkce ledvin, hypothyreóze, osobní či rodinné anamnéze dědičných muskulárních poruch, anamnéze muskulární toxicity po inhibitory HMG-CoA reduktázy nebo fibrátch, abuzu alkoholu, asijským původem, souběžné léčbě s fibráty). **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ A OPATŘENÍ PRO POUŽITÍ:** U pacientů léčených rosuvastatinem ve všech dávkách, zvláště pak v dávkách > 20 mg, byly hlášeny nežádoucí účinky na kosterní sval, např. myalgie, myopatie a vzácně rhabdomyolýza. Velmi vzácně byl hlášen výskyt rhabdomyolýzy při užívání ezetimibu v kombinaci s inhibitory HMG-CoA reduktázy. Pokud existuje podezření na myopatii na základě svalových příznaků nebo je diagnóza myopatie potvrzena zvýšením hladiny kreatininofosforylázy (CPK) > 10násobek horní hranice normální (CK) se nutno přípravek Zenon, všechny státní a všechny ostatní léky, které pacient současně užívá, okamžitě vysadit. Kreatininizace (CK) se nemá stanovovat po fyzické námaze nebo za přítomnosti jiné možné příčiny. S opatrností je třeba přistupovat k pacientům s predispozičními faktory k myopatii/rhabdomyolýze. U těchto pacientů, pokud jsou hladiny kreatininizace výrazně zvýšeny (> 5 ULN) léčba by se neměla zahajovat. V průběhu léčby je třeba pacienty požádat, aby okamžitě hlásili nevyvážitelné bolesti svalů, svalovou slabost nebo křeče, zvláště pokud jsou spojeny s malátností nebo norečkov. Před začátkem a tři měsíce po nasazení léčby se doporučuje provést jaterní testy. Vzhledem k neznámým účinkům zvýšené expozice ezetimibu u pacientů se středně těžkou nebo těžkou jaterní nedostatečností se nedoporučuje těmto jedincům přípravek Zenon podávat. U pacientů léčených dávkou 40 mg rosuvastatinu je vhodné zvážit zražení sledování funkce ledvin do rutinních kontrol. U pacientů s mírnou poruchou funkce ledvin není nutná úprava dávkování. U pacientů se středně těžkou poruchou funkce ledvin (clearance kreatininu < 60 ml/min) je doporučeno úvodní dávka 5 mg rosuvastatinu. Pacienti se zvýšeným rizikem pro vznik diabetu mají být klinicky a biochemicky monitorováni. Pokud je u pacienta podezření na rozvoj intersticiálního plicního onemocnění, terapie státní má být ukončena. Současné užívání s některými inhibitory proteáz se nedoporučuje, pokud nedojde k úpravě dávky rosuvastatinu. Bezpečnost a účinnost ezetimibu podávaného spolu s fibráty nebyla stanovena. Pokud se přípravek Zenon přidává k warfarinu, jiným kumarinovým antikoagulantům nebo flutidionu, je nutno odpovídajícím způsobem sledovat mezinárodní normalizační poměr. Přípravek Zenon se nesmí podávat současně se systémem léčby kyselinou fusidovou nebo s lékem 7 dnů po ukončení léčby kyselinou fusidovou. Výsledky farmakokinetických studií ukazují zvýšenou expozici u asijské populace ve srovnání

s příslušníky bělošské populace. Přípravek Zenon se nedoporučuje užívat dětem a dospívajícím do 18 let věku. Pacienti se svazujícími/midžidčními problémy s intolerancí galaktosy, vrozeným deficitem laktasy nebo s malabsorpcí glukosy a galaktosy nesmí tento lék užívat. **INTERAKCE:** Kontraindikováno je současné podávání s cyklosporinem. U pacientů užívajících fenofibrát a ezetimibe je možné riziko cholelitiázy a onemocnění žlučníku. Současné podávání rosuvastatinu s léčivými přípravky, které mohou zvýšit plazmatické koncentrace rosuvastatinu, jako např. některé inhibitory proteáz včetně kombinací ritonavir a atazanavir, lopinavir a/nebo tipranavir, dále gemfibrozil, regorafenil nebo simvastatin, může vést ke zvýšenému riziku myopatie. Pokud je systémová léčba kyselinou fusidovou nezbytná, musí se po dobu léčby kyselinou fusidovou léčba rosuvastatinem. Současné podávání antacid snižilo rychlost absorpce ezetimibu, ale na biologickou dostupnost ezetimibu nemělo žádný vliv. Současné podávání rosuvastatinu a suspenze antacid s obsahem hydroxidu lithného a hydroxidu hořečnatého vedlo k poklesu plazmatických koncentrací rosuvastatinu asi o 50 %. Tento vliv byl menší, pokud se antacidum podalo 2 hodiny po podání rosuvastatinu. Současné podávání kolestiraminu snížilo průměrnou velikost plochy pod křivkou (AUC) celkového ezetimibu (ezetimib + ezetimib-glukuronid) přibližně o 55 %. Pokud je ezetimib přidán k warfarinu, jiným kumarinovým antikoagulantům nebo flutidionu, musí být INR patřičně sledován. Zahájení léčby přípravkem či zvýšení dávky rosuvastatinu u pacientů souběžně léčených antagonisty vitamínu K (např. warfarin nebo jiná kumarinová antikoagulantia) může vést ke zvýšení protrombinového času. Souběžné podávání rosuvastatinu a erythromycinu vedlo ke 20 % zmenšení AUC (0-4) a 30% snížení hodnoty C_{max} rosuvastatinu. Souběžné podávání rosuvastatinu a peroralních kontraceptiv vedlo ke zvětšení AUC ethinylestradiolu o 26 % a noregestoru o 34 %. Neocukrává se žádná klinicky významná interakce s digoxinem, dapsonem, dextromethorlanem, peroralními kontraceptivy (ethinylestradiol a levonorgestrel), gliclazidem, tolbutamidem nebo midazolámem. Cimetidin neměl na biologickou dostupnost ezetimibu žádný vliv. Pokud je nutné současně podávat rosuvastatin s jinými léčivými přípravky známými, že zvyšují expozici rosuvastatinu, dávkování rosuvastatinu musí být upraveno. **FERTILITA, TĚHOTENSTVÍ A KOJENÍ:** Přípravek Zenon je kontraindikován v průběhu těhotenství a kojení. Ženy ve fertilním věku by měly během léčby používat vhodné antikoncepční metody. O vlivu ezetimibu na lidskou fertilitu nejsou k dispozici žádné údaje z klinických studií. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE:** Při řízení vozidla nebo obsluze stroje je třeba vzít v úvahu, že se během léčby může objevit závrať. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY:** časté: bolesti hlavy, závrať, zácpa, nauzea, bolesti břicha, průjem, flatulencia, myalgie, astenie, únava, zvýšení ALT a/nebo AST, diabetes mellitus. **PŘEDÁVÁNÍ:** Symptomatická a podpráhová léčba s kontrolou jaterních funkcí a hladiny kreatininizace. Hemodialýza pravděpodobně nemá význam. **ZVLÁŠTNÍ OPATŘENÍ PRO UCHOVÁVÁNÍ:** Uchovávejte při teplotě do 30 °C v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem a vlhkostí. **DRUH OBALU A VELIKOST BALENÍ:** OPA/Al/PVC/Al blister, papírová krabička. Velikost balení: 30, 90 potahovaných tablet. **DŘÍŽEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** sanofi-aventis, s.r.o., Evropská 846/176A, 160 00 Praha 6, Česká republika **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** Zenon 10 mg/10 mg potahované tablety: 31/321/14-C, Zenon 10 mg/20 mg potahované tablety: 31/322/14-C, Zenon 10 mg/40 mg potahované tablety: 31/323/14-C. **DATUM POSLEDNÍ REVIZE TEXTU:** 13.9.2019. **VÝDEJ:** Léčivé přípravky jsou vázány na lékařský předpis. Léčivé přípravky Zenon 10 mg/10 mg potahované tablety, Zenon 10 mg/20 mg potahované tablety, Zenon 10 mg/40 mg potahované tablety jsou plně hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Reference: 1. SPC Zenon, poslední revize textu 13. 09. 2019. 2. Efficacy and safety of rosuvastatin 40 mg alone or in combination with ezetimibe in patients at high risk of cardiovascular disease (results from the EXPLORER study). Am J Cardiol. 2007 Mar 1; 99(5): 673-80. Pro podrobné informace čtěte SPC, které obdržíte na adrese: sanofi-aventis, s.r.o., Evropská 846/176A, Praha 6, 160 00, Česká republika. Tel.: 233 086 111, fax: 233 086 222, www.sanofi.cz

URČENO PRO DOBROU VĚDOMOST.

SANOFI



SAFE FOLLOW-UP REDUCTION
FDA & CE
approved*

EARLY DETECTION
FDA & CE
approved*

MORTALITY REDUCTION
CE
approved*

BIOTRONIK Home Monitoring®

Continuity of Care 



Událost u pacienta
s implantátem



Pacientská jednotka
Cardio Messenger



Mobilní bezdrátová
síť



Platforma
Home Monitoring



Klinické rozhodnutí
lékaře

www.biotronik.com

* Detailní popis je uveden v návodu k použití pro servisní středisko služby Home Monitoring.



BIOTRONIK
excellence for life



RADIAL ACCESS STARTS WITH TERUMO

Glidesheath Slender®

Transradial Introducer Kit

**RADIFOCUS®
Introducer II**

RADIFOCUS® Optitorque® AND Outlook®
Angiographic Catheters

**RADIFOCUS®
Guide Wire M**
J-Tip 0.035" Diagnostic Guidewires

TR Band®
Radial Artery Compression Device

www.terumo-europe.com

www.cardion.cz

cardion

TRi
TERUMO RADIAL INTERVENTION

Terumo.
Transforming Transradial.

Betaloc® ZOK

Metoprolol succinate



Dávkování 1× denně¹

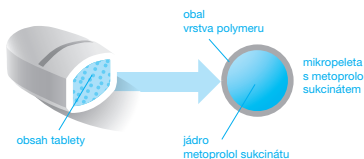
Podávání léku 1× denně zlepšuje compliance pacientů.



Řízené uvolňování¹

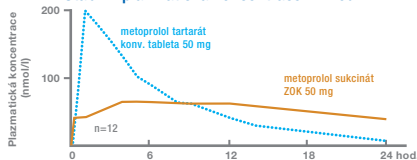
Potahované tablety s prodlouženým uvolňováním obsahují několik stovek mikropelet s jantarem metoprololu. Každá mikropeleta je potažena vrstvou polymeru, která řídí rychlost uvolňování. Po spolknutí se tableta rychle rozpadá a mikropelety se dispergují v gastrointestinálním traktu a uvolňují léčivou látku po dobu asi 20 hodin. Tak je dosaženo rovnoměrných plazmatických koncentrací metoprololu po dobu 24 hodin (na rozdíl od konvenčních tablet s metoprolelem).¹

Stavba tablety Betaloc® ZOK¹



Upraveno dle Plosker GL, Clissold SP. Drugs 1992;43:382-414

Dávkování 1× denně Stabilní plazmatická koncentrace 24 hodin¹,³



Upraveno dle Wieselgren I et al, J Clin Pharmacol 1990;30:S28-32

Dávkování u 7 schválených indikací¹

Chronické srdeční selhání¹

Doporučená počáteční dávka přípravku po dobu prvních dvou týdnů je 25 mg jednou denně. U pacientů třídy III-IV podle NYHA se doporučuje počáteční dávka 12,5 mg jednou denně po dobu prvního týdne. Doporučuje se dávku vždy po 14 dnech zvýšit na dvojnásobnou až na cílovou dávku 200 mg jednou denně (nebo nižší maximálně tolerovanou dávku).

Hypertenze¹

50 mg 1× denně mírná až středně těžká hypertenze, 100–200 mg 1× denně při potřebě zvýšení dávky nebo kombinace s jinými antihypertenzivy.

Udržovací léčba po infarktu myokardu¹

200 mg 1× denně

Angina pectoris¹

100–200 mg 1× denně, lze kombinovat s jinými antianginózními léčivy

Srdeční arytmie¹

100–200 mg 1× denně

Funkční srdeční poruchy s palpitacemi¹

100 mg 1× denně, lze zvýšit na 200 mg

Profylaxe migrény¹

100–200 mg 1× denně

Zkrácená informace o léčivém přípravku Betaloc® ZOK 25 mg, Betaloc® ZOK 50 mg, Betaloc® ZOK 100 mg, Betaloc® ZOK 200 mg.
NÁZEV PŘÍPRAVKU: 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 metoprolol succinas 23,75 mg, resp. 47,5 mg, resp. 95 mg, resp. 190 mg (odp. metoprolol tartras 25 mg, 50 mg, resp. 100 mg, resp. 200 mg). **DRŽITEL:** Herbacos Recordati s.r.o., Strossova 239, 530 03 Pardubice, Česká republika. **TERAPEUTICKÉ INDIKACE:** Léčba hypertenze, anginy pectoris; poruch srdečního rytmu zahrnující zejména supraventrikulární tachykardii; po infarktu myokardu; funkčních srdečních poruch s palpitacemi; profylaxe migrény; léčba hypertyreózy. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ:** Doporučené dávkování je 100–200 mg jednou denně. Maximální denní dávka pro přípravek Betaloc® ZOK je 400 mg. Betaloc® ZOK je určen pro podávání jednou denně, nejlépe ráno před jídlem nebo v průběhu jídla. Tablety je nutné zapít vodou. Celé tablety nebo jejich poloviny se nesmějí kousat ani drtit. **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, neléčené feochromocytom, metabolická acidoza. 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). **ZVLÁŠTNÍ 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; současně užívání se sympatomimetiky a xantiny vede ke vzájemné inhibici účinku; užívání betablokátorů vede k zesílení hypoglykemického účinku. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Metoprolol by neměl být podáván v průběhu těhotenství a kojení. V případě, že těhotná žena užívá metoprolol, se doporučuje provádět vhodné monitorování matky/plodu. **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 REVIZE TEXTU:** 15. 3. 2021. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** 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. **Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Lék k vnitřnímu užití. Přípravek je hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním přípravku si pečlivě prostudujte úplné znění Souhrnu údajů o přípravku, které naleznete na webových stránkách: <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0231692&tab=texts>.**

Datum výroby materiálu: březen 2021

Kód materiálu: CZ-BET-2021-05-inzerát

Tento materiál je určený pro odbornou veřejnost a interní účely společnosti.

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.

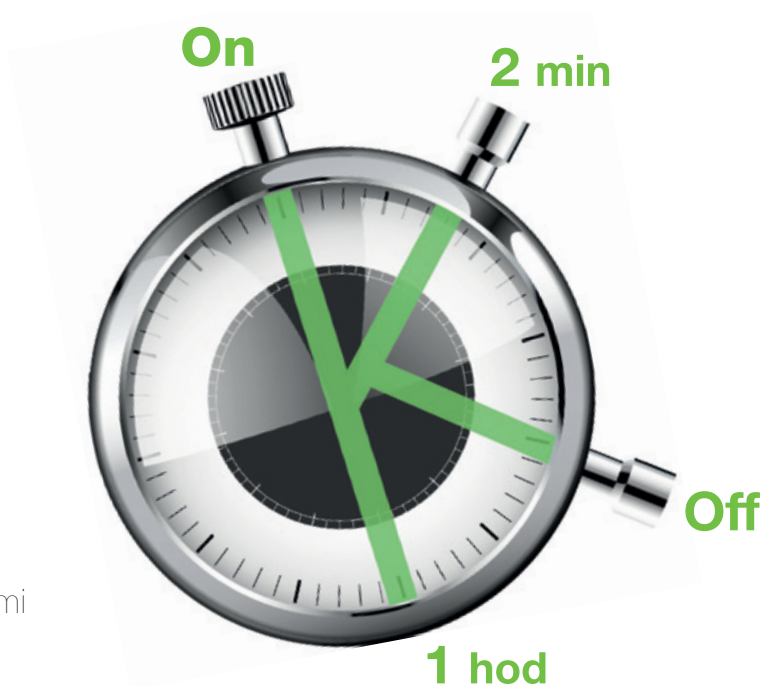
MAH / VÝHRADNÍ DISTRIBUTOR PRO ČR:
Herbacos Recordati s.r.o.
Strossova 239, 530 03 Pardubice



Kengrexal[®] **cangrelor**

**Intravenózní P2Y₁₂ inhibitor
pro následující pacienty:**

- s plicní ventilací
- s redukovanou GI absorpcí
- s nepřístupnými dýchacími cestami
- s kardiogenním šokem



Rychlá **on/off** reakce

Literatura:

Akers WS et al. J Clin Pharmacol. 2010. Jan;50(1):27-35
SPC Kengrexal



Chiesi CZ s.r.o.

Smrčková 2485/4, 180 00 Praha 8
Tel.: +420 261 221 745, Tel/fax.: +420 261 221 767
chiesi-cz@chiesi.com, www.chiesi.cz

Kengrexal[®] cangrelor

Intravenózní P2Y₁₂ inhibitor

Zkrácená informace o přípravku:

Název a složení: Kengrexal 50mg prášek pro koncentrát pro injekční / infuzní roztok. Jedna lahvička obsahuje cangrelor tetrasodium, což odpovídá cangrelor 50 mg. Po rekonstituci obsahuje 1ml koncentrátu cangrelor 10 mg. Po naředění obsahuje 1ml koncentrátu cangrelor 200 mikrogramů.

Indikace: Kengrexal, podávaný spolu s kyselinou acetylsalicylovou (ASA), je indikován ke snížení výskytu kardiovaskulárních trombotických příhod u dospělých pacientů s ischemickou chorobou srdeční, kteří podstupují perkutánní koronární intervenci (PCI) a kteří nebyli léčeni perorálně podávaným inhibitorem P2Y₁₂ před provedením PCI a u kterých není léčba perorálně podávaným inhibitorem P2Y₁₂ možná nebo vhodná. **Dávkování a způsob užívání:** Doporučená dávka Kengrexalu u pacientů podstupujících PCI, je intravenózní bolus v dávce 30 µg/kg, bezprostředně následovaný intravenózní infuzí v dávce 4 µg/kg/min. Bolusovou injekci a infuzi je třeba podat před provedením zákroku a pokračovat v ní po dobu nejméně 2 hodin nebo po dobu trvání zákroku, podle toho, co bude trvat déle. Dle rozhodnutí lékaře lze v infuzi pokračovat po dobu celkem 4 hodin. **Kontraindikace:** Aktivní krvácení nebo zvýšené riziko krvácení z důvodu poruchy hemostázy a/nebo ireverzibilních poruch koagulace nebo v důsledku nedávné velké operace/traumatu nebo nekontrolovatelné závažné hypertenze. Jakákoli anamnéza cévní mozkové příhody nebo tranzitorní ischemické ataky. Hypersenzitivita na léčivou nebo kteroukoli pomocnou látku. **Interakce:** Klopidoogrel podávaný během infuze kengreloru nemá očekávanou inhibici na krevní destičky. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji mírné až středně těžké krvácení a dušnost. Žádáme zdravotnické pracovníky, aby hlásili podezření na nežádoucí účinky na adresu: SÚKL, Šrobárova 48, 100 41 Praha. www.sukl.cz/nahlasit-nezadouci-ucinek. **Zvláštní upozornění:** Podávání Kengrexalu může zvýšit riziko krvácení, srdeční tamponády, obsahuje sorbitol, pacienti s intolerancí fruktózy by ho neměli užívat. **Těhotenství a kojení:** Podávání Kengrexalu v těhotenství se nedoporučuje. Neví se, zda se Kengrexal vylučuje do mateřského mléka. Riziko pro kojenec nelze vyloučit. **Zvláštní požadavky pro uchovávání:** Před rekonstitucí se nevyžaduje, po ní viz bod 6.3. SPC.

Držitel rozhodnutí o registraci: Chiesi Farmaceutici S.p.A., Via Palermo 26/A 43122 Parma, Itálie.

Reg. č.: EU/1/15/994/001. **Datum revize textu:** prosinec 2019

Přípravek je pouze na lékařský předpis a je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním přípravku se seznámte s úplnou informací o přípravku.



Chiesi CZ s.r.o.
Smrkova 2485/4, 180 00 Praha 8
Tel.: +420 261 221 745, Tel/fax.: +420 261 221 767
chiesi-cz@chiesi.com, www.chiesi.cz



ZETOVAR®

ezetimibum a atorvastatinum



- » 10 mg/10 mg
- » 10 mg/20 mg
- » 10 mg/40 mg
- » 10 mg/80 mg

DVOJÍ SÍLA pro volný průchod cév

Zkrácená informace o přípravku Zetovar 10 mg/10 mg tablety, Zetovar 10 mg/20 mg tablety, Zetovar 10 mg/40 mg tablety, Zetovar 10 mg/80 mg tablety. Léčivá látka: Jedna tableta obsahuje ezetimibum 10 mg a atorvastatinum 10 mg nebo 20 mg nebo 40 mg nebo 80 mg. **Indikace:** Pídatná terapie k diete u dospělých s primární (heterozygotní a homozygotní familiární a nefamiliární) hypercholesterolemii nebo smíšenou hyperlipidemií, která již byla kontrolována atorvastatinem a ezetimibem podávaným souběžně ve stejné dávce. **Dávkování:** Doporučená dávka je jedna tableta denně. Maximální doporučená dávka je 10 mg/80 mg denně. Pacient musí být na odpovídající hypolipidemické diete i v průběhu léčby. Přípravek není vhodný pro počáteční terapii. Zahájení léčby nebo úprava dávky má být provedena pouze s monokomponenty. **Starší pacienti:** Není nutno dávku upravovat. **Pediatrická populace:** Bezpečnost a účinnost nebyla stanovena. **Pacienti s poruchou funkce jater:** Se středně těžkou až těžkou poruchou funkce jater (Child-Pugh ≥ 7) se musí podávat opatrně, s aktivním onemocněním jater je kontraindikován. **Pacienti s poruchou funkce ledvin:** Není nutno dávku upravovat. Nutno podávat buď ≥ 2 hodiny před nebo ≥ 4 hodiny po podání sekestrantů žlučových kyselin. Způsob podání perorální. Zapít dostatečným množstvím tekutiny (např. jednou sklenicí vody). Lze podat jako jednu dávku kdykoli během dne (nejlépe ve stejnou dobu), s jídlem nebo bez jídla. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku. V těhotenství a při kojení a u žen ve fertilním věku, které nepoužívají vhodnou antikoncepci. Aktivní onemocnění jater nebo při nevyjasněných přetrvávajících zvýšených sérových transamináz přesahujících 3násobek horního limitu normálu (ULN) a u pacientů léčených antivirotiky glekaprevirem/pibrentasivirem proti hepatitidě C. **Zvláštní upozornění:** Většina pacientů, u nichž došlo k rozvoji rhabdomyolýzy, užívala statin současně s ezetimibem. Rhabdomyolýza velmi vzácně při monoterapii ezetimibem a velmi vzácně při přidání jiným látkám s vyšším rizikem rhabdomyolýzy. Atorvastatin, může ve vzácných případech způsobovat myalgii, myositidu a myopatii, která může progredovat do rhabdomyolýzy. Během nebo po léčbě statiny, včetně atorvastatinu, byla hlášena imunitně zprostředkovaná nekrotizující myopatie (IMNM). **Před léčbou:** U predispozice k rhabdomyolýze nutno předepisovat opatrně. Hladinu CPK je nutno před zahájením léčby změřit v následujících situacích: porucha funkce ledvin, hypotyreóza, dědičné svalové poruchy u osobní nebo rodinné anamnéze, svalová toxicita při užití statinu nebo fibrátu v anamnéze, jaterní onemocnění a/nebo značná konzumace alkoholu v anamnéze, starší pacient (věk > 70 let), situace, kde může dojít ke zvýšení plazmatických hladin, jako jsou interakce a zvláštní populace, včetně genetických subpopulací. Pokud jsou při výchozím vyšetření hladiny CPK významně zvýšeny (> 5 násobek ULN), léčba se nemá zahajovat. **Monitorování během léčby:** Pokud se objeví svalová bolest, křeče nebo svalová slabost, zvláště pokud je doprovázeno malátností nebo horečkou, je nutno změřit hladiny CPK. Pokud jsou významně zvýšeny (> 5 násobek ULN), musí se léčba ukončit. Přípravek se musí vysadit, pokud dojde ke klinicky významnému zvýšení hladin CPK (> 10 násobek ULN) nebo pokud je diagnostikována rhabdomyolýza nebo je na ni podezření. **Jaterní enzymy:** Testy jaterních funkcí je nutno provést před zahájením léčby a poté je provádět pravidelně. Pokud zvýšení transamináz o více než 3násobek ULN přetrvává, doporučuje se snížení dávky nebo vysazení přípravku. Opatrnost u pacientů požívajících značné množství alkoholu a/nebo mají v anamnéze onemocnění jater. **Jaterní nedostatečnost:** U středně závažné nebo závažné jaterní nedostatečnosti se přípravek nedoporučuje. Zvýšená pozornost u pacientů s předchozí hemoragickou CMP nebo lúkanárním infarktem, v případě podezření na intersticiální plicní nemoc, u pacientů s vysokým rizikem vzniku diabetu mellitu. Přípravek obsahuje laktózu a sodík. **Interakce:** Cyklosporin: Nutná opatrnost a sledovat koncentrace cyklosporinu. Fibráty: Současné podávání s fibráty se nedoporučuje. **Inhibitory CYP3A4:** Současné podávání silných inhibitorů CYP3A4 (např. cyklosporinu, telitromycinu, klaritromycinu, delavirdinu, stiripentolu, ketokonazolu, vorikonazolu, itraconazolu, posakonazolu, některých antivirotik používaných k léčbě hepatitidy C (např. elbasviru/grazopreviru) a inhibitorů HIV proteázy, včetně ritonaviru, lopinaviru, atazanaviru, indinaviru, darunaviru atd.) je nutno se vyhnout. Při současném podávání se středně silnými inhibitory CYP3A4 (např. erythromycin, diltiazem, verapamil a flukonazol), je nutné zvážit nižší maximální dávku přípravku. **Inhibitory BCRP (Breast Cancer Resistant Protein):** Při současném podávání inhibitorů BCRP (např. elbasvir a grazoprevir), nemá dávka atorvastatinu překročit 20 mg/den. **Induktory cytochromu P450 3A4:** Současné podávání s induktory cytochromu P450 3A4 (např. efavirenz, rifampicin, třezalka tečkovaná) může vést k snížení plazmatických koncentrací atorvastatinu. **Inhibitory transportérů:** Inhibitory transportních proteinů (např. cyklosporin) mohou zvyšovat systémovou expozici atorvastatinu. **Gemfibrozil/deriváty jinylinu fibrové:** Současné podání může zvýšit riziko svalových příhod, včetně rhabdomyolýzy. **Kyselina fusidová:** Po dobu léčby vysadit léčbu atorvastatinem. **Kolchicin:** Při předepisování atorvastatinu s kolchicinem je nutná opatrnost. **Bocoprevir:** Při současném podávání zvážit zahájení nižší možnou dávkou přípravku Zetovar, při titraci nepřesáhnout denní dávku 10/20 mg. **Antikoagulační:** V případech, kdy se přípravek Zetovar přidá k warfarinu, jinému kumarinovému antikoagulanci nebo fluindionu, je nutno sledovat INR. **Digoxin:** Pacienti užívající zároveň digoxin musí být sledováni. **Perorální kontraceptiva:** Současné podávání atorvastatinu s perorálními kontraceptivy vedlo ke zvýšeným plazmatickým koncentracím norelgestronu a ethinylstradiolu. **Warfarin:** U pacientů léčených kumarinovými antikoagulanci je nutno stanovit protrombínový čas před zahájením léčby, dostatečně často během časné fáze léčby nebo při změně dávky nebo po vysazení přípravku. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Ženy ve fertilním věku musí během léčby používat antikoncepci. Během těhotenství a kojení je přípravek kontraindikován. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Zanedbatelný vliv. Byla hlášena závrať. **Nežádoucí účinky:** Časté: nazofaryngitida, alergické reakce, hyperglykémie, bolest hlavy, faryngolaryngální bolest, epistaxe, nadýmání, průjem, zácpa, nevolnost, dyspepsie, bolest břicha, artralgie, svalové křeče, otoky kloubů, bolesti v končetinách, bolesti zad, myalgie, bolest hlavy, pyrexie, abnormální test jaterních funkcí, zvýšená kreatinináza v krvi, zvýšené ALT a/nebo AST. **Uchovávaní:** V původním obalu, chránit před světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Zentiva, k.s., U Kabelovny 130, 102 37 Praha 10, Česká republika. **Datum revize textu:** 28. 8. 2019. Výdej je vázán na lékařský předpis. Přípravek je plně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před použitím přípravku se seznámte s úplnou informací o přípravku.

Určeno pro odbornou veřejnost.

Zentiva, k.s., marketingové oddělení,
U kabelovny 130, 102 37 Praha 10,
tel.: (+420) 267 241 111, www.zentiva.cz

ZENTIVA



candesartan cilexetil - amlodipini besilas

SÍLY:

8 mg/5 mg
16 mg/5 mg
16 mg/10 mg

FIXNÍ KOMBINACE PRO LÉČBU HYPERTENZE¹

CARAMLO 8 mg/5mg tablety, CARAMLO 16 mg/10mg tablety, CARAMLO 16 mg/5mg tablety. Léčivá látka: candesartanum cilexetilum 8mg nebo 16mg a amlodipinum (ve formě amlodipini besilas) 5mg nebo 10mg v jedné tabletě. **Indikace:** Substituční léčba dospělých s esenciální hypertenzí, jejichž krevní tlak je dostatečně kontrolován amlodipinem a candesartanem podávaným současně ve stejné dávce. **Dávkování:** Pacienti mají užívat sílu odpovídající jejich předchozí léčbě. Max. denní dávka candesartan-cilexetilu je 32 mg a max. denní dávka amlodipinu je 10 mg. U pacientů se středně těžkou poruchou funkce ledvin se doporučuje sledovat hladiny draslíku a kreatininu. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivé látky, dihydropyridinové deriváty nebo na kteroukoli pomocnou látku. Závažná hypotenze. Šok, včetně kardiogenního šoku. Obstrukce výtoku traktu levé komory srdeční. Hemodynamicky nestabilní srdeční selhání po akutním IM. 2. a 3. trimestr těhotenství. Závažná porucha funkce jater a/nebo cholestáza. Současné užívání s přípravky obsahujícími aliskirenu u pacientů s diabetes mellitus nebo s poruchou funkce ledvin (GFR < 60 ml/min/1,73 m²). **Zvláštní upozornění:** Pacienti se srdečním selháním mají být léčeni s opatrností, od 75 let a pacienti s poruchou funkce ledvin mají být pod dohledem: kontrola funkce ledvin. U pacientů s poruchou funkce jater je třeba zvýšené opatrnosti, jak při zahájení léčby, tak při zvyšování dávky. U starších pacientů by se má dávkování zvyšovat s opatrností. Amlodipin není dialyzovatelný. Pokud je candesartan podáván hypertenzním pacientům s poruchou funkce ledvin, doporučuje se pravidelný monitoring hladin draslíku a kreatininu v séru. Duální blokáda RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, sartanů nebo aliskirenu se nedoporučuje. Inhibitory ACE a sartany nemají být používány současně u pacientů s diabetickou nefropatií. Během anestezie a chirurgického výkonu se u pacientů užívajících ALIRA může kvůli bloádě systému RAAS objevit hypotenze. Je třeba zvýšené opatrnosti u pacientů trpících hemodynamicky závažnou stenózou aortální či dvojicé chlopně nebo obstrukční hypertrofií kardiomyopatií. Pacienti s primárním hyperaldosteronismem nebudou obecně reagovat na antihypertenzní léčivé přípravky působící inhibicí RAAS. Monitorování hladin draslíku má být prováděno podle potřeby. U pacientů se srdeční nedostatečností léčených candesartanem se může vyskytnout hyperkalemie. Přípravek obsahuje laktosu. **Interakce:** Amlodipin: Souběžné užívání se silnými či středně silnými inhibitory CYP3A4 může vést k významnému nárůstu expozice amlodipinem. Během souběžné léčby, zejména silnými induktory CYP3A4, a po ní, monitorovat krevní tlak a případně zvážit úpravu dávky. Nedoporučuje se podávání amlodipinu s grapefrutem a grapefrutovou šťávou. U pacientů náchylných k maligní hypertenzii nebo léčených pro maligní hypertenzii se doporučuje vyhnout se současnému užívání blokátorů kalciového kanálu. Antihypertenzní účinek amlodipinu je aditivní k účinku ostatních léčivých přípravků s antihypertenzními účinky. Při současném užívání takrolimu s amlodipinem existuje riziko zvýšené hladiny takrolimu v krvi. U pacientů užívajících amlodipin je limitní dávka simvastatinu 20 mg denně. **Kandesartan:** Duální blokáda systému RAAS pomocí kombinovaného užívání inhibitorů ACE, sartanů nebo aliskirenu je spojena s vyšší frekvencí nežádoucích účinků. Nedoporučuje se současně užívat kandesartan a lithium. Při podávání s NSAID je nutno opatrnost, zvláště u starších pacientů. Pacienti musí být adekvátně hydratováni. Je třeba zvážit kontroly funkce ledvin po zahájení takové kombinované terapie a též v pravidelných intervalech během ní. Souběžné podávání diuretik šetřících draslík, draslíku, solných náhražek obsahujících draslík anebo jiných léčivých přípravků, které mohou zvýšit hladiny draslíku v séru, může vést k vzestupu sérového draslíku. **Těhotenství a kojení:** Nedoporučuje se užívat v průběhu 1. trimestru těhotenství. Kontraindikován během 2. a 3. trimestru těhotenství. Užívání se během kojení nedoporučuje. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Mírný vliv na schopnost řídit dopravní prostředky nebo obsluhovat stroje. Pokud pacient užívající Caramlo trpí závratí, bolestí hlavy, pocítuje únavu nebo nevolnost, může mít narušenou schopnost reakce. Zvýšená opatrnost se doporučuje zejména na začátku léčby. **Nežádoucí účinky:** Amlodipin: Nespavost, změny nálad (včetně úzkosti), deprese, ospalost, závratě, bolesti hlavy (především na začátku léčby), třes, porucha chuti, synkopa, hypotenze, parestezie, porucha zraku (včetně diplopie), tinitus, bušení srdce, arytmie (včetně bradykardie, komorové tachykardie a síňové fibrilace), zrudnutí, hypotenze, dušnost, kašel, rinitida, bolest břicha, nauzea, zvracení, dyspepsie, změna pravidelnosti vyměšování (včetně průjmy a zácpy), zvracení, sucho v ústech, alopecie, purpura, změna barvy kůže, zvýšené pocení, svědění, vyrážka, exantém, kopřivka, otoky kotníků, bolesti kloubů, svalů, svalové křeče, bolesti zad, poruchy močení, nykturie, zvýšená frekvence močení, impotence, gynekomastie, otoky, únava, bolesti na hrudi, astenie, bolest, malátnost, nárůst nebo pokles tělesné hmotnosti. **Kandesartan:** infekce dýchacích cest, závratě/motání hlavy, bolesti hlavy. **Velikost balení:** 28 nebo 98 tablet. **Podmínky uchovávání:** Uchovávat při teplotě do 30 °C v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Registrační číslo:** 58/246/14-C, 58/247/14-C, 58/283/18-C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Zentiva, k. s., U Kabelovny 130, Dolní Měcholupy, 102 37 Praha 10, Česká republika. **Datum poslední revize textu:** Caramlo 8 mg/5 mg a 16 mg/10 mg: 17. 1. 2019; Caramlo 16 mg/5 mg: 25. 9. 2019. **Výdej:** Přípravek je vázán na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním přípravku se seznáme s úplnou informací o přípravku.

Reference: 1. SPC přípravku Caramlo, datum revize textu 25. 9. 2019.

Určeno pro odbornou veřejnost.

Zentiva, k.s., marketingové oddělení, U Kabelovny 130, 102 37 Praha – Česká republika, tel.: +420 267 241 111, www.zentiva.com, e-mail: zentiva@zentiva.com

zentiva

Kardiální biomarkery, *které pomáhají zachraňovat životy*

Elecsys® Troponin T hs

Klíčový biomarker pro diagnostiku
akutního koronárního syndromu (non-STEMI)

Elecsys® NT-proBNP

Zásadní biomarker pro diagnostiku
srdečního selhání

Elecsys® GDF-15

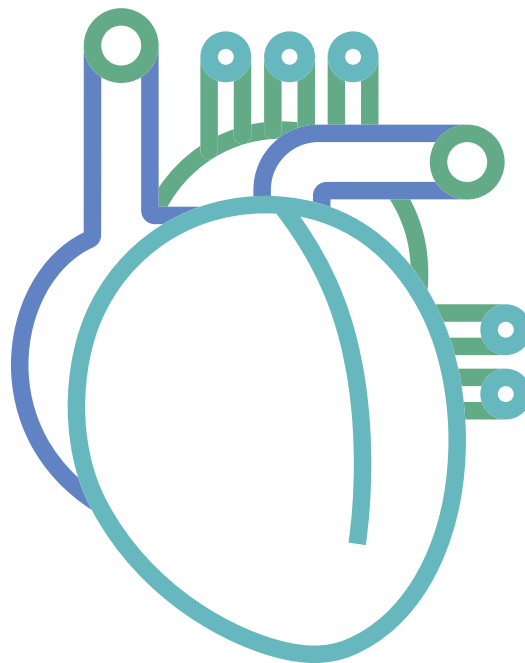
Významný biomarker pro predikci rizika krvácení
u pacientů s atriální fibrilací

ROCHE s. r. o., Diagnostics Division

Na Valentince 3336/4, 150 00 Praha 5

prague_marketing.propagace@roche.com nebo www.roche-diagnostics.cz

© 2021 ROCHE



1 MILLION PATIENTS. CONTINUED INNOVATION.

20+
YEARS OF
REVEAL™ ICM

**INDUSTRY-
LEADING AF
DETECTION
ACCURACY**
8X FEWER FALSE
POSITIVE AF
EPISODES^{1,2}

700+
PUBLISHED
CLINICAL
ARTICLES AND
ABSTRACTS³

1998



Reveal™ ICM

2000



Reveal™ Plus ICM

2007



Reveal™ DX ICM

2009



Reveal™ XT ICM

2014



Reveal LINQ™ ICM

2017



TruRhythm™ Detection
Inside Reveal LINQ™ ICM

2018

**1 Million
Patients
Monitored⁴**

Today — the world's
smallest, most
accurate Insertable
Cardiac Monitor^{1,2,5}

References

¹ Purerfellner H, Sanders P, Sarkar S, et al. Adapting detection sensitivity based on evidence of irregular sinus arrhythmia to improve atrial fibrillation detection in insertable cardiac monitors. *Europace*. November 1, 2018;20(F1_3):f321-f328. ² Nolkner G, Mayer J, Boldt LH, et al. Performance of an Implantable Cardiac Monitor to Detect Atrial Fibrillation: Results of the DETECT AF Study. *J Cardiovasc Electrophysiol*. December 2016;27(12):1403-1410. ³ Medtronic Reveal™ publications. Data on file. 2018. ⁴ Medtronic Reveal™ ICM family data. Data on file. 2018. ⁵ Reveal LINQ Comparison Guide. 2018.

Indications, Safety, and Warnings

See the device manual for detailed information regarding the instructions for use, the implant procedure, indications, contraindications, warnings, precautions, and potential adverse events. If using an MRI SureScan™ device, see the MRI SureScan technical manual before performing an MRI. For further information, contact your local Medtronic representative and/or consult the Medtronic website at www.medtronic.com.

Consult instructions for use at this website. Manuals can be viewed using a current version of any major internet browser. For best results, use Adobe Acrobat Reader® with the browser.



www.medtronic.com/manuals

Important Reminder

This information is intended only for users in markets where Medtronic products and therapies are approved or available for use as indicated within the respective product manuals. Content on specific Medtronic products and therapies is not intended for users in markets that do not have authorization for use.

Brief Statement:

See the device manual for detailed information regarding the implant procedure, indications, contraindications, warnings, precautions, and potential adverse events.

Learn More at: Medtronic.com/1MillionRevealPatients

Medtronic
Further, Together



Rychlá kontrola frekvence. — Bez kompromisů.

**Nejvyšší
kardio-
selektivita**

**B1:B2
255:1⁸**

- **Ultra-rychlá kontrola srdeční frekvence²**
- **Omezený vliv na krevní tlak a inotropní účinek.²⁻³**
- **Příznivý profil nežádoucích účinků^{3,5,6}**
- **Umožňuje precizní kontrolu⁷**

Rychlý a precizní management akutní atriální fibrilace.³
První volba též pro **pacienty se srdeční dysfunkcí.¹**

Literatura: 1 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. Eur Heart J 2016Aug27 pii: ehw2010. Available at: <http://eurheartj.oxfordjournals.org>. 2 Krümpal G., et al.: Bolus application of landiolol and esmolol: comparison of the pharmacokinetic and pharmacodynamic profiles in a healthy caucasian group. Eur J Clin Pharmacol 2017;73: 417-428. 3 Souhrn údajů o přípravku Rapibloc® v aktuálním znění 4 Tsuchiya H., et al.: Characteristic interactivity of landiolol, an ultra-short-acting highly selective β-1-blocker, with biomimetic membranes: comparisons with β-1-selective esmolol and non-selective propranolol and alprenolol. Front Pharmacol 2013 Dec 2; 4:150. 5 Syed Y.Y.: Landiolol: A Review in Tachyarrhythmias. Drugs 2018; 78:377 – 388. 6 Yamashita T., et al: A prospective observational survey on landiolol in atrial fibrillation/ atrial flutter patients with chronic heart failure – AF-CHF landiolol survey. Journal of Cardiology 2019 Nov. Vol. 74, Issue 5: 418-425. 7 Plosker G.L.: Landiolol: a review of its use in intraoperative and postoperative tachyarrhythmias. Drugs 2013; 73:959-977. 8 European Heart Journal Supplements (2018) 20 (Supplement A), A1-A24. (pp: 5).

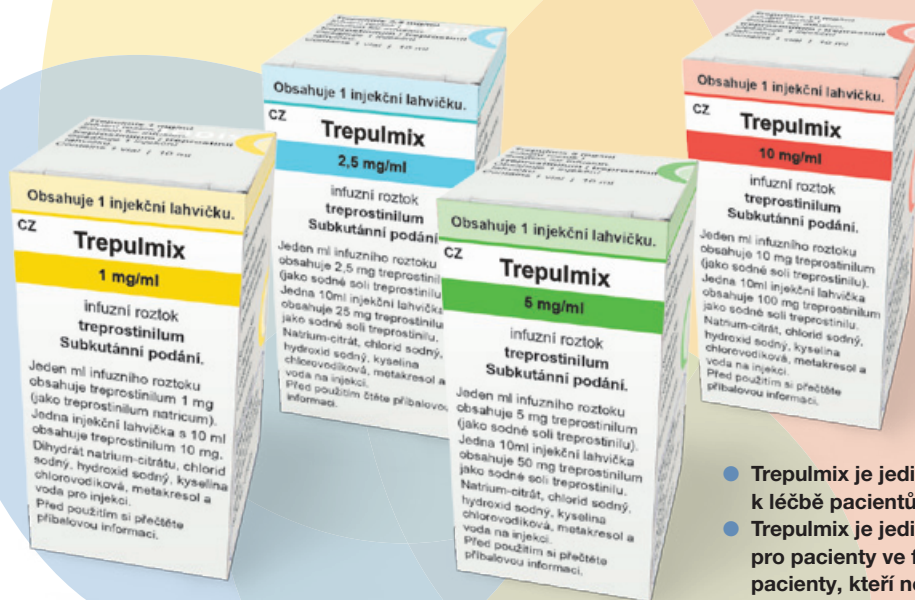


Zkrácená informace o přípravku: Rapibloc 300 mg prášek pro infuzní roztok. Jedna injekční lahvička obsahuje llandiolol hydrochlorid 300 mg, což odpovídá llandiololum 280 mg. Po rekonstituci jeden ml obsahuje llandiolol hydrochlorid 6 mg. Rapibloc nesmí být podáván bez rekonstituce. **Terapeutické indikace:** Supraventrikulární tachykardie a pro rychlou kontrolu komorové frekvence u pacientů s fibrilací síní nebo síniovým flutterem v perioperačním a pooperačním stavu nebo za jiných okolností, což je žádoucí krátkodobá kontrola komorové frekvence krátkodobě působícím agens. Nekompenzační sinusová tachykardie, pokud si podle úsudku lékaře vyžaduje rychlý srdeční frekvence specifickou intervenci. Llandiolol není určen k použití k léčbě chronických stavů. **Dávkování a způsob podání:** Llandiolol je určen k intravenóznímu podání, kvalifikovaným zdravotníkům a titrace dávky je individuální. Obvykle zahájena infuzní rychlostí 10 - 40 mikrogramů/kg/min, čímž je dosaženo účinnu zpomalení srdečního rytmu během 10 - 20 min. Pokud je vyžadován rychlý nástup účinku zpomalení srdečního rytmu (do 2 až 4 min), lze zvážit nasycovací dávku 100 mikrogramů/kg/min po dobu 1 min s následnou kontinuální intravenózní infuzí 10 - 40 mikrogramů/kg/min. U pacientů se srdeční dysfunkcí se mají používat nižší dávky. Udržovací dávka se může po omezenou dobu zvýšit až na 80 mikrogramů/kg/min, pokud to kardiovaskulární stav pacienta vyžaduje a umožňuje a není překročena maximální denní doporučená dávka, což je (landiolol hydrochlorid 57,6 mg/kg/den (na základě 40 mikrogramů/kg/min a maximální dobou trvání infuze 24 hodin). Konverzní vzorec pro kontinuální intravenózní infuzi (mikrogramů/kg/min na ml/h (Rapibloc 300 mg/50 ml = 6 mg/ml): Cílová dávka (mikrogramů/kg/min) x tělesná hmotnost (kg)/100 = infuzní rychlost (ml/h). (Přehledná tabulka úplné SPC). Volitelné podání bolusu u hemodynamicky stabilních pacientů: Konverzní vzorec ze 100 mikrogramů/kg/min na ml/h (Rapibloc 300 mg/50 ml = 6 mg/ml) Infuzní rychlost nasycovací dávky (ml/h) po dobu 1 minuty = tělesná hmotnost (kg). V případě nežádoucích účinků má být dávka llandiololu snížena nebo je třeba infuzi přerušit a pacienti mají dostat příslušnou lékařskou péči. V případě hypotenze a bradykardie je možné podávání llandiololu obnovit v nižší dávce poté, co se krevní tlak nebo srdeční frekvence vrátily na přijatelnou úroveň. U pacientů s nízkým systolickým krevním tlakem je při úpravě dávky a během udržovací infuze nutná zvláštní opatrnost. Přejed na alternativní léky: Po dosažení požadované kontroly srdeční frekvence a stabilního klinického stavu může být pacient převezen na alternativní léčivé přípravky (jako jsou perorální antiarytmika). Dávkování llandiololu může být sníženo a postupně přerušeno. **Zvláštní skupiny pacientů:** *Starší pacienti (≥ 65 let) a pacienti s poruchou funkce ledvin* nevyžadují úpravu dávkování, llandiolol se má používat s opatrností u pacientů s poruchou funkce ledvin. U pacientů se všemi stupni *poruchy funkce jater* se doporučuje opatrné dávkování počínaje nejnižší dávkou. **Srdeční dysfunkce.** U pacientů s poruchou funkce levé komory (NYHA 3-4), po kardiocirurcké operaci, během ischemie nebo při septických stavech, byly pro dosažení kontroly srdečního rytmu používány nízké dávky, zvyšující se postupně za důkladného sledování tlaku krve. **Pediatrická populace.** Bezpečnost a účinnost llandiololu u dětí ve věku 0 až 18 let nebyla dosud stanovena. **Způsob podání:** Rapibloc musí být před podáním rekonstituován a použit ihned po otevření, nesmí být misen s jinými léčivými přípravky s výjimkou roztoků používaných k rekonstituci. Llandiolol má být podáván intravenózně přes centrální infuzi nebo periferní infuzi a nemá být podáván pomocí stejné infuze s jinými léčivými přípravky. U llandiololu se na rozdíl od jiných beta-blokátorů nenebje tachykardie jako reakce na náhlé ukončení podávání po 24 hodinách kontinuální infuze. Nicméně, pacienti mají být pečlivě sledováni, pokud má být podávání llandiololu přerušeno. **Kontraindikace:** hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku, těžká bradykardie (puls méně než 50 tepů za minutu) - Sick sinus syndrom, těžké poruchy vodivosti atrioventrikulárního (AV) uzlu (bez kardiostimulátoru): AV blokáda 2. nebo 3. stupně, kardiogenní šok, těžká hypotenze, dekompenzované srdeční selhávání, pokud je považované za nesouvisející s arytmií, plicní hypertenze, nelenčený feochromocytom, akutní astmatický záchvat, těžká, nekontrolovaná metabolická acidóza. **Zvláštní upozornění:** Llandiolol má být používán s opatrností u diabetiků nebo v případě hypoglykemie. Doporučuje se průběžné monitorovat krevní tlak a EKG u všech pacientů. Beta-blokátory je třeba se vyhnout u pacientů se syndromem preexcitace v kombinaci s fibrilací síní - riziko fibrilace komor. Současné podávání llandiololu s verapamilem nebo diltiazemem u pacientů s abnormálními atrioventrikulárními vedení se nedoporučuje. Beta-blokátory mohou zvýšit počet a trvání anginiózních záchvatů u pacientů s Prinzmetalovou anginou, neselektivní beta-blokátory se nedoporučují, u selektivních je třeba dbát zvýšené opatrnosti. S opatrností u pacientů s (preexistujícími) srdečním selháním, nebo pokud je pacient hemodynamicky kompromitovaný nebo užívá jiné léky, které snižují periferní resistenci, komorové plnění, kontraktilitu myokardu nebo propagaci elektrického impulzu v myokardu. Při prvních známkách nebo příznacích dalšího zhoršování má být podávání llandiololu přerušeno. Beta blokátory mají být používány u pacientů s feochromocytomem s velkou opatrností a pouze po předchozí léčbě blokátory alfa-receptorů. Pacienti s bronchospastickým onemocněním by zpravidla neměli dostávat beta-blokátory, llandiolol může být s opatrností u těchto pacientů používán. V případě bronchospasmu musí být infuze okamžitě ukončena, a pokud je to nutné, je třeba podat beta-2 agonistu. U pacientů s poruchami periferního oběhu podávat llandiolol s velkou opatrností. Beta-blokátory mohou zvýšit jak citlivost vůči alergenům, tak i závažnost anafylaktických reakcí. Pacienti užívající beta-blokátory nemusí reagovat na obvyklé dávky adrenalinu, používané k léčbě anafylaktické reakce. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** S antagonisty vápníku, jako jsou deriváty dihydropyridinu (například nifedipin), mohou zvýšit riziko hypotenze. Podávání llandiololu je třeba opatrně titrovat při současném podávání s verapamilem, diltiazemem, antiarytmiky první třídy, amiodaronem nebo přípravky na bázi náprstníku. Llandiolol nemá být používán současně s verapamilem nebo diltiazemem u pacientů s abnormálními atrioventrikulárními vedení. Současné užívání llandiololu a inzulinu nebo perorálních antidiabetických léčivých přípravků může mít vliv na účinek snižování hladiny cukru v krvi. Anesteziolog má být informován, že pacient dostává kromě llandiololu i beta-blokátory. Kombinace llandiololu s gangliovými blokátory může zvýšit hypotenzi účinek. NSAID mohou snížit hypotenzní účinky beta-blokátorů. Zvláštní opatrnosti je třeba při současném používání floktateninu nebo amisolpridu s beta-blokátory. Současné podávání llandiololu s tricyklickými antidepresivy, barbituráty a fenothiaziny, jakož i jinými léky proti vysokému krevnímu tlaku může zvýšit účinek na snižování krevního tlaku. Když se sympatomimetika, která působí jako agonisté betaadrenergních receptorů, podávají současně s llandiololem, mohou působit proti jeho účinkům. Přípravky způsobující snížení hladiny catecholaminů (např. reserpin, klonidin, dexmedetomidin) mohou mít při současném podávání s beta-blokátory zesilující účinek. Současné používání klonidinu a beta-blokátorů zvyšuje riziko „rebound“ hypertenze. V průběhu infuze llandiololu podáván intravenózně heparin u pacientů podstupujících kardiovaskulární operaci, došlo k 50% poklesu hladiny llandiololu v plazmě. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Podávání llandiololu v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. Pokud se považuje léčba llandiololem za nezbytnou, je třeba monitorovat uteroplacentární průtok krve a růst plodu. Novorozence musí být pečlivě monitorováni. Riziko pro kojené dítě nelze vyloučit. Na základě posouzení prospěšnosti kojení pro dítě a prospěšnosti léčby pro matku je nutno rozhodnout, zda přerušit kojení nebo ukončit/přerušit podávání llandiololu. Nebylo prokázáno, že by měl llandiolol vliv na plodnost. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji pozorovaným nežádoucím účinkem llandiololu byla hypotenze a bradykardie. **Podezření na nežádoucí účinky hláste na adresu:** Státní ústav pro kontrolu léčiv, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10, webové stránky: www.sukl.cz/mahlasit-nezadouci-ucinek. **Seznam pomocných látek:** Mannitol (E421) Dihydroxid sodný (k úpravě pH). **Doba použitelnosti:** 3 roky. Chemická a fyzikální stabilita před použitím po rekonstituci byla prokázána po dobu 24 hodin při teplotě 25 °C. Z mikrobiologického hlediska by měl být přípravek použit okamžitě. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** přípravek nevyžaduje. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Amomed Pharma GmbH Storchengasse 1, 1150 Vídeň, Rakousko. **Registrační číslo:** 58/487/14-C. **Datum revize textu:** 17. 9. 2020. **Léčivý přípravek je hrazen z veřejného zdravotního pojištění v případě hospitalizace. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Dříve, než přípravek předepíšete, seznámte se s úplným souhrnem údajů o přípravku.**



K léčbě chronické tromboembolické plicní hypertenze (CTEPH) u dospělých pacientů ve funkční třídě III nebo IV dle klasifikace WHO¹

- inoperabilní ● perzistentní nebo rekurentní CTEPH po chirurgické léčbě¹



- Trepulmix je jediný prostacyklin, schválený k léčbě pacientů s inoperabilní CTEPH¹
- Trepulmix je jediná farmakologická léčba pro pacienty ve funkční třídě WHO IV a pro pacienty, kteří netolerují riociguát nebo potřebují kombinační léčbu¹
- 10 ml lahvičky ve 4 různých silách umožňují individuální dávkování

REFERENCE:

1. Souhrn údajů o přípravku v aktuálním znění, březen 2021

AOP Orphan Pharmaceuticals AG,
Pod Děvinem 28, 150 00 Praha 5, Česká republika, tel: +420 251 512 947,
fax: +420 251 512 946, e-mail: info@aoporphan.com, www.aoporphan.cz

 **AOP ORPHAN**
FOCUS ON RARE DISEASES

SPOLÉHAJÍ NA VÁS

Protože Vy jim můžete pomoci zabránit další KV příhodě^{1,2}

 **Repatha®**
(evolokumab)

1. SPC Repatha říjen 2020.
2. Sabatine MS, et al.; Circulation. 2018;138:756-66.

Zkrácená informace o léčivém přípravku REPATHA

Název léčivého přípravku: Repatha 140 mg injekční roztok v předplněném peru. **Kvalitativní a kvantitativní složení:** Jedno předplněné pero obsahuje evolokumabum 140 mg v 1 ml roztoku. **Léková forma:** Injekční roztok (injekce) v předplněném peru (SureClick). **Terapeutické indikace:** Primární hypercholesterolemie (heterozygotní familiární a nefamiliární) nebo smíšená dyslipidemie u dospělých jako přídavek k dietě, a to: 1. v kombinaci se statinem nebo statinem a s dalšími hypolipidemiky u pacientů, u kterých není dosaženo cílových hladin LDL-C maximální tolerovanou dávkou statinu, nebo 2. v monoterapii nebo v kombinaci s dalšími hypolipidemiky u pacientů, kteří netolerují statin nebo u kterých je statin kontraindikován. Homozygotní familiární hypercholesterolemie v kombinaci s dalšími hypolipidemiky u dospělých a dospívajících pacientů ve věku 12 let a starších. Prokázané aterosklerotické kardiovaskulární onemocnění u dospělých ke snížení kardiovaskulárního rizika, a to 1. v kombinaci s maximální tolerovanou dávkou statinu s dalšími hypolipidemiky nebo bez nich, nebo 2. v monoterapii nebo v kombinaci s dalšími hypolipidemiky u pacientů, kteří netolerují statin nebo u kterých je statin kontraindikován. **Dávkování a způsob podání:** Podává se subkutánně do břicha, stehna nebo do horní oblasti paže. Primární hypercholesterolemie a smíšená dyslipidemie u dospělých/ Prokázané aterosklerotické kardiovaskulární onemocnění u dospělých: Doporučená dávka je 140 mg 1x za dva týdny nebo 420 mg 1x měsíčně. Obě dávky jsou klinicky ekvivalentní. Homozygotní familiární hypercholesterolemie u dospělých a dospívajících pacientů ve věku 12 let a starších: Úvodní doporučená dávka je 420 mg 1x měsíčně. Pokud nebylo po 12 týdnech dosaženo klinicky významné odpovědi na léčbu, frekvence dávek je možné zvýšit na 420 mg 1x za 2 týdny. Pacienti na aferze mohou zahájit léčbu dávkou 420 mg 1x za 2 týdny, aby toto schéma odpovídalo cyklu aferzy. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Sledovatelnost: Má se přehledně zaznamenat název podaného léčivého přípravku a číslo šarže. Epizoda funkce jater: Pacienti s těžkou poruchou funkce jater (Child-Pugh C) nebyli studováni a evolokumab se má používat s opatrností. Sučný přírodní kaučuk: Kyt sklenné předplněné injekční stříkačky je vyroben ze suchého přírodního kaučuku (derivát latexu), který může vyvolávat závažné alergické reakce. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Nebyly provedeny žádné studie interakcí. V klinických studiích byla hodnocena farmakokinetická interakce mezi statiny a evolokumabem. Při použití kombinace statinu a evolokumabu není nutná úprava dávky statinu. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Údaje o podávání těhotným ženám jsou omezené nebo nejsou k dispozici. V těhotenství lze použít pouze tehdy, když klinický stav ženy vyžaduje léčbu evolokumabem. Není známo, zda se evolokumab vylučuje do lidského mateřského mléka. Riziko pro kojené novorozence/kojence nelze vyloučit. Na základě posouzení prospěšnosti kojení pro dítě a prospěšnosti léčby pro matku je nutno rozhodnout, zda přerušit kojení nebo ukončit/přerušit podávání přípravku Repatha. Nejsou k dispozici žádné údaje o vlivu evolokumabu na fertilitu u člověka. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášené nežádoucí účinky při podávání doporučených dávek jsou nasopharyngitida (7,4 %), infekce horních cest dýchacích (4,6 %), bolest zad (4,4 %), artralgie (3,9 %), chřipka (3,2 %) a reakce v místě vpichu injekce (2,2 %). **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Amgen Europe B.V., Minervum 7061, 4817 XK Breda, Nizozemsko. **Registrační číslo:** EU/1/15/1016/003.

Datum revize textu: 29. října 2020.

Před předepsáním přípravku se, prosím, seznámte s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění v indikaci primární hypercholesterolemie nebo smíšené dyslipidemie u pacientů adherujících k dietní opatření i ke stávající hypolipidemické léčbě v kombinaci s vysoce intenzivní hypolipidemickou terapií.

URČENO PRO ODBORNOU VĚŘEJNOST.

Amgen s.r.o., Klimentůvská 46, 11002 Praha 1 Tel.: +420 221 773 500, www.amgen.cz
SC-CZ-AMG145-00608
CZ-REP-0121-00005

AMGEN®

Cardiovascular

Amgen s.r.o.

Klimentůvská 1216/46,
110 02 Praha 1, Česká republika
Tel.: +420 221 773 500
www.amgen.cz