

**CZECH CARDIOVASCULAR
RESEARCH AND
INNOVATION DAYS**

2024

November 4-5, 2024 | Prague, Czech Republic



2024 CZECH CARDIOVASCULAR RESEARCH AND INNOVATION DAYS

November 4-5, 2024 | Prague, Czech Republic

■ Word of Introduction

Dear Researchers and Colleagues,

We are pleased to invite you to participate in the Czech Cardiovascular Research and Innovation Days 2024, which will be held in Prague on November 4-5, 2024 at the Vienna House by Wyndham Andel's Prague Hotel. The conference with international participation is organized by the Czech Society of Cardiology and the official language of the event will be English.

Our primary objective is to bring together leading scientists, clinical and experimental cardiologists, research fellows and trainees to participate in this prestigious scientific forum. We believe that this conference will serve as a valuable opportunity to discuss the latest advances in clinical and experimental cardiovascular research.

We look forward to seeing you in Prague!

Prof. Ostadal,
President, Czech Society of Cardiology

■ General information

Venue: Vienna House by Wyndham Andel's Prague
Stroupeznického 21, 150 00 Praha
Conference rooms: Opal Topaz, Quartz, foyer

■ Registration

for the event is free.

Registration will take place on site:

4 November 2024:	8:00—17:00
5 November 2024:	8:00—16:00

■ Lunch

will be served on 4 and 5 November 2024, from 12:30 to 13:30 in the hotel restaurant.

■ Coffee breaks

will be held in the foyer.

Morning coffee break:	10:30—11:00
Afternoon coffee break:	15:00—16:00

■ Certificates

of the Czech Society of Cardiology will be issued at the registration on site. The event will be accredited by the Czech Medical Chamber with 12 points.

■ Information for presenters

The presenters are asked to hand in their presentation to the technical operator in the slide room at least 1 hour before the start of the block in which the lecture is included. The slide room is located in the room Sapphire A.



2024 CZECH CARDIOVASCULAR RESEARCH AND INNOVATION DAYS

November 4-5, 2024 | Prague, Czech Republic

MONDAY, NOVEMBER 4, 2024 | OPAL TOPAZ

8:45-9:00 Opening Ceremony

Chairpersons: P. Ošťádal, M. Táborský, Z. Moťovská (Prague, Olomouc)

9:00-10:30 Heart failure research network – from basic science to clinical evidence I

Chairpersons: R. Fischmeister, V. Melenovský, Z. Papp (Orsay, France, Prague, Debrecen, Hungary)

- 9:00 1. **LEFT ATRIAL STRAIN INDEX IN PATIENTS WITH HEART FAILURE WITH PRESERVED EJECTION FRACTION** (UID: 34)
A. Chua, J. Weerts, A. Achten, T. Nabeta, C. Sarrazyn, M. Lopez-Santi, S. Mourmans, J. Su, J. Bax, C. Knackstedt, V. Van Empel, N. Ajmone Marsan (Leiden, Netherlands, Maastricht, Netherlands, Massachusetts, United States)
- 9:17 2. **CYCLIC AMP SIGNALING IN THE NORMAL AND FAILING HEART: COMPARTMENTATION AND THERAPEUTIC IMPLICATIONS** (UID: 79)
R. Fischmeister (Orsay, France)
- 9:37 3. **SACOMERIC MYOSIN AS A PHARMACOLOGICAL TARGET IN CARDIOLOGY** (UID: 80)
Z. Papp (Debrecen, Hungary)

- 9:57 4. **NATIVE QRS DURATION AND OUTCOMES IN HEART FAILURE WITH MILDLY REDUCED EJECTION FRACTION: RESULTS FROM A LARGE-SCALED REGISTRY** (UID: 19)
T. Schupp, F. Kronberg, M. Reinhardt, N. Abel, A. Schmitt, F. Lau, T. Bertsch, H. Steffen, K. Weidner, M. Abumayyaleh, J. Kuschyk, M. Behnes, I. Akin (Mannheim, Germany, Mannheim, Nürmeberg, Germany)
- 10:14 5. **INFLAMMATORY PATHWAYS ARE INVOLVED IN THE DEVELOPMENT OF PULMONARY VASCULOPATHY IN HEART FAILURE: TRANSPULMONARY PROTEOMICS STUDY** (UID: 58)
V. Melenovský, D. Jenča, E. Kutílková, H. Al-Hiti, S. Yarnykh, J. Bínová, B. Borlaug, P. Jarolím (Prague, Rochester, United States, Boston, United States)

10:30 Break

11:00-12:30 Arrhythmias – advances in diagnosis and therapy I

Chairpersons: P. McKeown, J. Kautzner, M. Táborský (Belfast, United Kingdom, Prague, Olomouc)

- 11:00 6. **INHERITED LONG QT SYNDROME – RECENT ADVANCES** (UID: 25)
P. McKeown (Belfast, United Kingdom)

2024 CZECH CARDIOVASCULAR RESEARCH AND INNOVATION DAYS

November 4-5, 2024 | Prague, Czech Republic

MONDAY, NOVEMBER 4, 2024 | OPAL TOPAZ

11:20 7. GENOTYPE, PHENOTYPE AND OUTCOMES OF PATIENTS WITH HYPERTROPHIC CARDIOMYOPATHY REFERRED FOR ABLATION OF VENTRICULAR TACHYCARDIA. (UID: 2)
A. Meretta, N. Schaerli, Y. Kimura, A. Wijnmaalen, M. De Riva, S. Piers, M. Bootsma, K. Zeppenfeld (Leiden, Netherlands, Basel, Switzerland)

11:38 8. THE IMPORTANCE OF THE SCAR BORDER ZONE FOR CHARACTERISTICS OF VENTRICULAR TACHYCARDIA AND ABLATION OUTCOME IN POST MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS (UID: 5)
R. Rademaker, M. De Riva, K. Zeppenfeld (Leiden, Netherlands)

Young Investigator
Award Competition

11:56 9. TACHYCARDIA INDUCED ATRIAL CARDIOMYOPATHY (UID: 82)
I. Akin (Mannheim, Germany)

12:14 10. PULSED FIELD ABLATION INDUCES HEMOLYSIS IN VITRO DEPENDING ON THE STRENGTH OF THE ELECTRIC FIELD (UID: 69)
I. Fišerová, O. Fišer, M. Novák, B. Bačová, D. Kvapil, A. Kapáková, J. Trnka, M. Hozman, D. Heřman, A. Gibalová, J. Vrba, D. Vrba, P. Osmančík (Prague, Kladno, Prague 10)

Young Investigator
Award Competition

12:30 Lunch

13:30-15:00 Cardiogenic shock and cardiac arrest

Chairpersons: I. Akin, P. Ošťádal, J. Bělohávek (Mannheim, Germany, Prague)

13:30 11. PREDICTORS AND PROGNOSTIC IMPACT OF EARLY ACUTE KIDNEY INJURY IN CARDIOGENIC SHOCK: RESULTS FROM A MONOCENTRIC, PROSPECTIVE REGISTRY (UID: 20)
T. Schupp, M. Behnes, J. Rusnak, K. Weidner, M. Ruka, J. Dudda, A. Schmitt, J. Forner, S. Egner-Walter, N. Ayasse, T. Bertsch, M. Kittel, I. Akin (Mannheim, Germany, Mannheim, Nurneberg, Germany)

13:45 12. EXTRACORPOREAL MEMBRANE OXYGENATION IN THE THERAPY OF CARDIOGENIC SHOCK: ONE-YEAR OUTCOMES OF THE MULTICENTER, RANDOMIZED ECMO-CS TRIAL (UID: 39)
P. Ošťádal, R. Rokyta, J. Karásek, A. Krüger, D. Vondráková, M. Janotka, J. Naar, J. Šmalcová, M. Hubatová, M. Hromádka, Š. Volovár, M. Seyfrydová, A. Linhart, J. Bělohávek, .. ECMO-CS Investigators (Prague, Pilsen)

14:00 13. OPTIMISING VENOARTERIAL ECMO CARE: INSIGHTS FROM A CARDIAC CENTRE WITHOUT ON-SITE CARDIOSURGICAL EXPERTISE. (UID: 47)
M. Súva, P. Kala, M. Hudec, R. Štípal, M. Poloczek, J. Kaňovský, J. Pařenica (Brno)

14:15 14. CARDIAC RHYTHM CONVERSIONS AND THE OUTCOME IN REFRACTORY OUT-OF-HOSPITAL CARDIAC ARREST. COMPARISON OF EXTRACORPOREAL VS. CONVENTIONAL CARDIOPULMONARY RESUSCITATION. (UID: 61)
Š. Havránek, J. Neuhofer, M. Vesela, P. Kaválková, D. Rob, Z. Fingrová, J. Šmalcová, O. Franěk, M. Huptych, M. Dusík, J. Pudil, A. Linhart, J. Bělohávek (Prague)

2024 CZECH CARDIOVASCULAR RESEARCH AND INNOVATION DAYS

November 4-5, 2024 | Prague, Czech Republic

MONDAY, NOVEMBER 4, 2024 | OPAL TOPAZ

14:30 15. THE TIME-DEPENDENT YIELD OF INVASIVE VS. STANDARD RESUSCITATION STRATEGIES: A SECONDARY ANALYSIS OF THE PRAGUE OUT-OF-HOSPITAL CARDIAC ARREST STUDY (UID: 75)
J. Bělohávek, B. Grunau, D. Rob, M. Hupčych, J. Pudil, Š. Havránek, P. Kaválková, J. Šmalcová (Prague, Vancouver, Canada, Praha)

14:45 16. THE HEMODYNAMIC EFFECTS OF SILVER NANOPARTICLES IN A SEPTIC PORCINE MODEL. (UID: 26)
P. Vintrých, J. Horák, L. Nalos, V. Tégl, M. Matějovič, M. Štengl (Pilsen)

15:00 Break

15:30-17:00 Coronary artery disease – from drugs to procedures and devices

Chairpersons: J. Kubica, Z. Mořovská, V. Jakovljevic (Toruń, Poland, Prague, Kragujevac, Serbia)

15:30 17. THE EFFECTS OF DIFFERENT PLANT EXTRACTS ON CARDIOVASCULAR SYSTEM: FOCUS ON OXIDATIVE STRESS (UID: 85)
V. Jakovljevic (Kragujevac, Serbia)

15:50 18. LOW-DOSE TICAGRELOR WITH OR WITHOUT ACETYLSALICYLIC ACID IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME: RATIONALE AND DESIGN OF THE ELECTRA-SIRIO 2 TRIAL. (UID: 86)
J. Kubica (Toruń, Poland)

16:10 19. PRETREATMENT WITH DUAL ANTIPLATELET THERAPY IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION (UID: 74)
Z. Mořovská, O. Hlinomaz, P. Kala, K. Benešová, J. Mrózek, M. Hromádka, T. Muzafarova, J. Přeček, J. Mateika, P. Tomašov, J. Bis, P. Červinka, A. Vodzinská, V. Hraboš, J. Jarkovský (Prague, Brno, Ostrava, Pilsen, Olomouc, Pardubice, Liberec, Hradec Králové, Třinec, Ústí nad Labem)

16:24 20. MYOCARDIAL INFARCTION WITH MULTIVESSEL DISEASE. DOES PRESENCE OF CHRONIC TOTAL OCCLUSION MAKES A DIFFERENCE? (UID: 68)
D. Bauer, Š. Špányi, M. Neuberger, V. Kočka, P. Toušek (Prague)

16:36 21. IRON DEFICIENCY AND ALL-CAUSE MORTALITY AFTER MYOCARDIAL INFARCTION (UID: 12)
D. Jenča, V. Melenovský, J. Mrázková, M. Šramko, M. Kotrč, M. Želízko, V. Adámková, J. Piřha, J. Kautzner, P. Wohlfahrt (Prague)

16:48 22. SPINAL CORD STIMULATION IN THE TREATMENT OF REFRACTORY ANGINA PECTORIS: 25-YEAR CLINICAL EXPERIENCE AT A SINGLE CENTER (UID: 56)
J. Naar, D. Urgošik, P. Volf, P. Michálek, P. Neužil (Prague)

17:00 End of program

2024 CZECH CARDIOVASCULAR RESEARCH AND INNOVATION DAYS

November 4-5, 2024 | Prague, Czech Republic

MONDAY, NOVEMBER 4, 2024 | QUARTZ

9:00-10:30 Session: Cardiovascular procedures – a colorful spectrum

Chairpersons: I. Bernat, M. J. Van Oort, J. Honěk (Pilsen, Leiden, Netherlands, Prague)

9:00 76. CURRENT USE AND OUTCOMES OF CORONARY LITHOTRIPSY IN A REAL-WORLD, ALL-COMERS REGISTRY (BENELUX-IVL) (UID: 22)

Young Investigator Award Competition

M. J. Van Oort, I. Al Amri, B. Bingen, F. Oliveri, B. Claessen, A. Dimitriu-Leen, T. Vossenbergh, J. Kefer, H. Girgis, F. Van der Kley, J. Jukema, J. Montero-Cabezas (Leiden, Netherlands, Amsterdam, Netherlands, Nijmegen, Netherlands, Leeuwarden, Netherlands, Brussels, Belgium, 's-Hertogenbosch, Netherlands)

9:15 77. SMARTBAND - FEASIBILITY STUDY OF INVASIVE BLOOD PRESSURE MONITORING AFTER PROXIMAL AND DISTAL TRANSRADIAL CARDIAC CATHETERIZATION AND INTERVENTION VIA AN ARTERIAL CANNULA INSERTED UNDER THE TR BAND (UID: 31)

Š. Jirouš, I. Bernat, A. Buchnerová, J. Pešek, J. Bis, D. Slezák, J. Koza, R. Rokyta (Pilsen)

9:30 78. RENAL DENERVATION IMPROVES RIGHT VENTRICULAR FUNCTION, RESTORES NOREPINEPHRINE LEVELS, AND REVERSES VENTRICULAR SPECIFICITY OF SELECTED MARKERS IN HYPERTENSIVE RATS WITH HEART FAILURE INDUCED BY VOLUME OVERLOAD (UID: 65)

Young Investigator Award Competition

M. Miklovič, O. Gawryś, Z. Honetschlägerová, P. Kala, Z. Husková, S. Kikerlová, Z. Vaňourková, M. Adamová, H. Maxová, G. Puertas-Frias, A. Kvasilová, M. Kitamoto, Š. Jíchová, L. Steiner Mrázová, A. Vrbáčková, V. Stránecký, T. Mráček, D. Sedmera, V. Melenovský (Prague)

9:45 79. INTRAVASCULAR LITHOTRIPSY OF PERIPHERAL ARTERIES – INTERIM ANALYSIS OF A RANDOMIZED BICENTRIC STUDY (UID: 38)

F. Staněk, D. Procházka, O. Zubkovsky, J. Sulženko, B. Kožnar, D. Kučera (Prague, Kladno)

10:00 80. DNA BREAKS AND ELECTRIC CARDIOVERSION (UID: 72)

P. Zdráhal, R. Hazuková, M. Pumpřila, M. Řezáčová, Z. Zadák, M. Hutýra, M. Pleskot, V. Šídová, M. Táborský (Olomouc, Hradec Králové, Vysoká nad Labem)

10:15 81. EARLY MOBILIZATION AFTER PACEMAKER IMPLANTATION (EMAPI). (UID: 42)

J. Šmíd, M. Brada, V. Vančura, R. Rokyta (Pilsen)

10:30 Break

2024 CZECH CARDIOVASCULAR RESEARCH AND INNOVATION DAYS

November 4-5, 2024 | Prague, Czech Republic

MONDAY, NOVEMBER 4, 2024 | QUARTZ

11:00-12:30 Sex - an important variable in cardiovascular diseases

Chairpersons: B. Ošťádal, P. Lopez Santi, Z. Motovská
(Prague, Leiden, Netherlands, Brno)

11:00 28. **SEX-DIFFERENCES IN TRIGLYCERIDEMIC GENETIC RISK SCORES AND RISK OF MYOCARDIAL INFARCTION.** (UID: 8)

J. Hubáček, V. Todorovova, V. Adámková, V. Staněk,
M. Vrablík, M. Šatný (Prague)

11:25 29. **SEX DIFFERENCES IN CARDIAC TOLERANCE TO OXYGEN DEPRIVATION - 40 YEARS OF CARDIOVASCULAR RESEARCH** (UID: 13)

B. Ošťádal, Z. Drahota, M. Hlavackova, P. Alanova, P. Ošťádal
(Prague)

11:45 30. **THE IMPORTANCE OF SEX DIFFERENCES IN LEFT VENTRICULAR REMODELING FOR RISK STRATIFICATION OF PATIENTS WITH AORTIC REGURGITATION** (UID: 3)

Young Investigator
Award Competition

P. Lopez Santi (LEIDEN, Netherlands)

12:10 31. **ADVERSE EFFECTS OF SHIFT WORK ON CARDIOVASCULAR HEALTH DURING PREGNANCY AND FETAL DEVELOPMENT** (UID: 90)

I. Rabinovich-Nikitin (Manitoba, Canada)

12:30 Lunch

13:30-15:00 Cardiomyopathies – future research directions

Chairpersons: L. Kirshenbaum, R. Pudil, G. Pierce (Winnipeg, Manitoba, Canada, Hradec Králové, Winnipeg, Canada)

13:30 32. **INNATE IMMUNITY AND DOXORUBICIN-CARDIOMYOPATHY.** (UID: 76)

L. Kirshenbaum, R. Dhingra, R. Thingnam, I. Rabinovich-Nikitin, E. Kirshenbaum, V. Margulets (Winnipeg, Manitoba, Canada, Manitoba, Canada)

13:50 33. **GENETIC BASIS FOR CARDIOMYOPATHY IN A REPRESENTATIVE COHORT IN THE CZECH REPUBLIC** (UID: 66)

M. Adamová, E. Kutlíková, V. Melenovský, A. Krebsová (Prague)

14:07 34. **NUCLEAR PROTEIN IMPORT IN CARDIOVASCULAR CELLS: LOST IN SPACE** (UID: 92)

G. Pierce (Winnipeg, Canada)

14:27 35. **PREVALENCE OF TRANSTHYRETIN AMYLOIDOSIS IN PATIENTS WITH SEVERE AORTIC STENOSIS UNDERGOING TRANSCATHETER AORTIC VALVE REPLACEMENT – PRELIMINARY RESULTS OF A PROSPECTIVE STUDY** (UID: 59)

M. Zemková, Z. Hlubocká, T. Paleček, J. Habásko (Prague)

14:44 36. **EFFECTIVENESS OF CONTEMPORARY RISK STRATIFICATION IN PATIENTS WITH HYPERTROPHIC CARDIOMYOPATHY: A PILOT STUDY** (UID: 10)

Young Investigator
Award Competition

M. Jenšovský, J. Bonaventura, V. Puchnerová, E. Gleta,
E. Hansvenclová, P. Ošťádal (Prague)

15:00 Break

2024 CZECH CARDIOVASCULAR RESEARCH AND INNOVATION DAYS

November 4-5, 2024 | Prague, Czech Republic

MONDAY, NOVEMBER 4, 2024 | QUARTZ

15:30-17:00 Congenital and Valvular heart diseases from the bedside

Chairpersons: R. M. Neijenhuis, R. Kočková, D. Marek (Leiden, Netherlands, Prague, Přerov)

15:30 37. **EVALUATING THE RIGHT VENTRICLE AND TRICUSPID VALVE IN HEART FAILURE** (UID: 125)
J. Čelutkienė (Vilnius, Lithuania)

15:48 38. **IMPACT OF MITRAL VALVE REPAIR ON REGIONAL AND GLOBAL LV REMODELING IN BARLOW'S DISEASE** (UID: 36)
C. E. Berg-Hansen, D. Cramariuc, R. Haaverstad, M. Kokorina, R. Persson, S. Urheim (Bergen, Norway)

16:06 39. **THE OUT-OF-HOSPITAL CARDIAC ARREST IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND PRE-EXISTING AORTIC STENOSIS.** (UID: 64)
T. Muzafarova, Z. Motovská, P. Kala, O. Hlinomaz, M. Hromadka, J. Mrozek, M. Šramko, M. Hutýra, R. Petr, P. Tomašov, O. Ionita, J. Jarkovsky (Prague, Brno, Pilsen, Ostrava, Olomouc, Liberec)

16:24 40. **INCREMENTAL VALUE OF BIVENTRICULAR STRAIN IN PATIENTS WITH SEVERE AORTIC STENOSIS.** (UID: 44)
S. Camille, X. Galloo, D. Tine, F. Van der Kley, M. Meucci, S. Butcher, M. Rinchenkhand, A. Chua, M. Lopez Santi, J. Bax, N. Ajmone Marsan (Leiden, Netherlands, Leiden, Ghent, Belgium)

16:42 41. **EFFECT OF SODIUM-GLUCOSE COTRANSPORTER 2 INHIBITORS IN ADULTS WITH CONGENITAL HEART DISEASE** (UID: 6)

Young Investigator
Award Competition

R. M. Neijenhuis, S. MacDonald, F. Zemrak, B. Mertens, A. Dinsdale, A. Hunter, N. Walker, L. Swan, S. Reddy, J. Rotmans, J. Jukema, M. Jongbloed, G. Veldtman, A. Egorova (Leiden, Netherlands, Cardiff, United Kingdom, London, United Kingdom, Glasgow, United Kingdom, Stanford, United States)

17:00 End of program

2024 CZECH CARDIOVASCULAR RESEARCH AND INNOVATION DAYS

November 4-5, 2024 | Prague, Czech Republic

TUESDAY, NOVEMBER 5, 2024 | OPAL TOPAZ

9:00-10:30 Session: Multidisciplinary approach to cardiovascular diseases

Chairpersons: R. Cífková, P. Kuchynka, L. Elbl (Prague, Brno)

- 9:00 56. **ACCURACY OF EVENT RATE AND EFFECT SIZE ESTIMATION IN MAJOR CARDIOVASCULAR TRIALS** (UID: 96)
C. Olivier (Freiburg, Germany)
- 9:22 58. **LONG-TERM SURVIVAL AFTER AN ISCHEMIC STROKE. THE ESH-STROKE SURVEY** (UID: 71)
R. Cífková (Prague)
- 9:44 59. **IDENTIFYING PATIENTS AT RISK FOR LATE-ONSET CARDIOTOXICITY THROUGH GLOBAL LONGITUDINAL STRAIN –TIME FOR INTEGRATION INTO FOLLOW-UP GUIDELINES?** (UID: 40)
E. Řiháčková, L. Elbl, L. Bouček, M. Řiháček, M. Vyskočilová (Brno, Prostějov)
- 10:06 60. **RISK STRATIFICATION AND CORONARY OPTICAL COHERENCE TOMOGRAPHY FINDINGS IN ASYMPTOMATIC PATIENTS WITH TYPE 1 DIABETES MELLITUS** (UID: 62)
R. Roland, M. Dubsky, P. Wohlfahrt, N. Marhefkova, V. Karmazin, M. Haluzik, J. Kautzner, M. Pazdernik (Prague)

Young Investigator
Award Competition

10:30 Break

11:00-12:30 Session: Novel devices and innovative techniques for treating heart disease

Chairpersons: S. Bartus, P. Kala, T. Schupp (Krakow, Poland, Brno, Mannheim, Germany)

- 11:00 61. **OCT IN DETECTION OF VULNERABLE PLAQUE** (UID: 98)
S. Bartus (Krakow, Poland)
- 11:20 62. **THE ACCURACY OF DETAILED ANALYSIS OF OPTICAL COHERENCE TOMOGRAPHY IN DETECTION OF PLAQUE LIPID CONTENT: DUAL-IMAGING STUDY WITH OPTICAL COHERENCE TOMOGRAPHY AND NEAR-INFRARED SPECTROSCOPY** (UID: 28)
K. Kopřiva, M. Mates, Z. Chen, M. Sonka, T. Kovárník (Prague, Iowa City, United States)
- 11:38 63. **DIAGNOSTIC PERFORMANCE OF AI-QCTISCHEMIA FOR ABNORMAL FFR ACROSS VARIOUS PLAQUE TYPES AND BURDENS** (UID: 50)
P. A. Kamila, N. Nurmohamed, I. Danad, P. Knaapen, J. Earls, J. Bax, A. Van Rosendael (Leiden, Netherlands, Amsterdam, Netherlands, Nijmegen, Netherlands, Denver, United States)
- 11:56 64. **ACETYSALICYLIC ACID USE AND DEVELOPMENT OF CARDIAC ALLOGRAFT VASCULOPATHY: A NATIONAL PROSPECTIVE STUDY USING HIGHLY AUTOMATED 3-D OPTICAL COHERENCE TOMOGRAPHY ANALYSIS** (UID: 16)
L. Mayerová, P. Wohlfahrt, M. Sonka, Z. Chen, J. Kautzner, V. Melenovsky, V. Karmazin, I. Malek, H. Bedanova, A. Tomasek, E. Ozabalova, J. Krejčí, T. Kovarnik, M. Pazdernik (Prague, Iowa City, United States, Brno)

Young Investigator
Award Competition

2024 CZECH CARDIOVASCULAR RESEARCH AND INNOVATION DAYS

November 4-5, 2024 | Prague, Czech Republic

TUESDAY, NOVEMBER 5, 2024 | OPAL TOPAZ

- 12:13 65. **IMPACT OF AUTOLOGOUS STEM CELL TRANSPLANTATION ON CARDIAC PERFORMANCE IN SYSTEMIC SCLEROSIS** (UID: 43)
J. He, X. Wang, S. Ahmed, J. Bax, J. Vries-Bouwstra, N. Ajmone Marsan (Leiden, Netherlands)

Young Investigator
Award Competition

12:30 Lunch

13:30-15:00 Session: Pulmonary circulation and right heart

Chairpersons: P. Jansa, N. Elmasry, M. Mates (Prague, Leiden, Netherlands)

- 13:30 66. **CLINICAL CHARACTERISTICS AND LONG-TERM SURVIVAL OF CHRONIC THROMBOEMBOLIC PULMONARY HYPERTENSION (CTEPH) PATIENTS TREATED WITH MULTIMODAL THERAPY - DATA FROM NATIONWIDE DATABASE** (UID: 24)
L. Miksová, M. Svoboda, V. Dytrych, M. Širanec, M. Rajčínova, S. Heller, M. Paďour, D. Ambrož, M. Aschermann, T. Prskavec, M. Nižnanský, J. Lindner, T. Grus, A. Linhart, P. Jansa (Prague, Brno)

Young Investigator
Award Competition

- 13:48 67. **DEVELOPMENT OF SIGNIFICANT TRICUSPID REGURGITATION AFTER PACEMAKER IMPLANTATION: ASSOCIATION WITH RIGHT VENTRICULAR FUNCTION** (UID: 46)
Y. Obayashi, T. Nabeta, X. Galloo, J. Bax, N. Ajmone Marsan (Leiden, Netherlands, Leiden)

- 14:06 68. **PULMONARY HYPERTENSION AND RIGHT VENTRICULAR-PULMONARY ARTERIAL COUPLING IN CHRONIC HEMODIALYSIS POPULATION** (UID: 48)
K. Burýšková Salajová, J. Malík, A. Valeriánová (Prague)

Young Investigator
Award Competition

- 14:24 69. **COMPARISON OF PULMONARY CIRCULATION PARAMETERS ACQUIRED BY CARDIOVASCULAR MAGNETIC RESONANCE WITH RIGHT HEART CATHETERIZATION AND ECHOCARDIOGRAPHY IN PATIENTS WITH RECENT-ONSET DILATED CARDIOMYOPATHY** (UID: 35)

L. Opatřil, R. Panovský, M. Mojica-Pisciotti, J. Máchal, T. Holeček, V. Feitová, J. Godava, H. Poloczková, V. Kindl, A. Michael, J. Krejčí (Brno)

- 14:42 70. **CHANGES IN RIGHT VENTRICLE AND RIGHT ATRIUM FUNCTION FOLLOWING MITRAL VALVE REPAIR FOR PRIMARY MITRAL REGURGITATION** (UID: 52)
N. Elmasry, H. W. Wu, M. Palmen, J. Bax, N. Ajmone Marsan (Leiden, Netherlands)

15:00-15:30 Conference Closing and Awards Ceremony

Chairpersons: Z. Motovská, P. Ošťádal (Prague)

15:30 End of program

2024 CZECH CARDIOVASCULAR RESEARCH AND INNOVATION DAYS

November 4-5, 2024 | Prague, Czech Republic

TUESDAY, NOVEMBER 5, 2024 | QUARTZ

9:00-9:40 Session: Innovations in Cardiovascular Imaging

Symposium sponsored by Philips and Cardion

Chairpersons: V. Kočka, P. Ošťádal, Z. Motovská (Prague)

9:00 71. LATEST INNOVATIONS OF PHILIPS IN THE CATHLAB (UID: 102)

E. Buts (Eindhoven, Netherlands)

9:20 72. CARDIOMEMS - FIRST EXPERIENCES WITH AN IMPLANTABLE SENSOR FOR HEART FAILURE (UID: 103)

J. Bělohávek (Prague)

9:40 Break

9:45-10:30 Session: Myocardial diseases

Chairpersons: T. Paleček, J. Matějka, P. Alánová (Prague, Pardubice)

9:45 73. PRIMARY VERSUS SECONDARY TYPE OF TAKOTSUBO SYNDROME (UID: 37)

K. Bartošková, P. Toušek (Prague)

10:00 74. HIF-1 α AND MITOCHONDRIA IN CARDIOPROTECTION INDUCED BY ADAPTATION TO CHRONIC HYPOXIA (UID: 15)

P. Alánová, L. Alán, B. Opletalová, R. Bohuslavová, K. Holzerová, D. Benák, B. Ošťádal, F. Kolář, G. Pavlínková (Prague)

10:15 75. TEN-YEAR FOLLOW-UP OF PATIENTS WITH UNEXPLAINED LEFT VENTRICULAR SYSTOLIC DYSFUNCTION EVALUATED BY ENDOMYOCARDIAL BIOPSY (UID: 33)

Young Investigator Award Competition

J. Habásko, J. Marek, P. Kuchynka, J. Podzimková, B. Danek, L. Roblová, B. Chocholová, I. Vítková, M. Kreidlová, K. Kyšperská, T. Kovárník, S. Šimek, J. Horák, A. Linhart, T. Paleček (Prague)

10:30 Break

11:00-12:30 Heart failure research network – from basic science to clinical evidence II

Chairpersons: N. Dhalla, F. Málek, J. Krejčí (Manitoba, Canada, Prague, Brno)

11:00 23. MOLECULAR TARGETS FOR DRUG DEVELOPMENT FOR THE THERAPY OF HEART FAILURE (UID: 88)

N. Dhalla (Manitoba, Canada)

11:20 24. AN ASSOCIATION OF BIOMARKERS OF CARDIAC REMODELING, MYOCARDIAL FIBROSIS AND INFLAMMATION WITH THE PARAMETERS OF HEART FUNCTION AND STRUCTURE IN THE PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION (UID: 27)

F. Málek, T. Andreasová, Z. Zákostelská-Jirásková, P. Neužil, J. Vránová (Prague)

2024 CZECH CARDIOVASCULAR RESEARCH AND INNOVATION DAYS

November 4-5, 2024 | Prague, Czech Republic

TUESDAY, NOVEMBER 5, 2024 | QUARTZ

11:38 25. **EICOSANOIDS IN CORONARY SINUS NEGATIVELY CORRELATE WITH NATRIURETIC PEPTIDES IN HEART FAILURE WITH REDUCED EJECTION FRACTION: INSIGHTS FROM EICOSANOIDS IN HUMAN HEART FAILURE STUDY** (UID: 7)
P. Kala, T. Hnát, J. Mikula, K. Ježdíková, J. Honěk, K. Kotaška, P. Ošťádal (Prague)

Young Investigator
Award Competition

11:55 26. **ANALYSIS OF IRON DEFICIENCY IN DIABETIC AND NON-DIABETIC PATIENTS WITH HEART FAILURE** (UID: 57)
M. Bakošová, J. Krejčí, J. Godava, T. Honek, P. Hude, E. Ozábalová, H. Poloczková, J. Máchal, H. Bedáňová, P. Němec (Brno)

12:12 27. **STUDY OF THE EFFECTIVENESS OF MINERALOCORTICOID RECEPTOR ANTAGONISTS ON NEUROHUMORAL PARAMETERS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE** (UID: 1)
N. Nuritdinov, B. Alyavi (Tashkent, Uzbekistan, Tashkent)

12:30 Lunch

13:30-15:00 **Session: Arrhythmias – advances in diagnosis and therapy II**

Chairpersons: I. Baczko, P. Peichl, A. Varró (Szeged, Hungary, Prague)

13:30 82. **SALBUTAMOL ATTENUATES THE ARRHYTHMOGENIC**

EFFECT OF AMINOPHYLLINE IN CARDIAC ORGANIDS EXPERIMENTAL MODEL (UID: 70)

M. Pešl, D. Kabanov, Š. Klimovič, D. Beckerová, M. Ščurek, K. Brat, M. Bebarová, V. Rotrekl, J. Příbyl, Z. Stárek (Brno)

13:48 83. **ELECTROPHYSIOLOGICAL CHANGES AND POSSIBLE INCREASED PROARRHYTHMIC RISK AFTER ENDURANCE TRAINING IN DOG** (UID: 107)
A. Varró (Szeged, Hungary)

14:06 84. **THE IKS ACTIVATOR DHA CAN NORMALIZE REPOLARIZATION IN CONGENITAL LONG QT TYPE 2 TRANSGENIC RABBIT MODELS IN A GENOTYPE-SPECIFIC FASHION** (UID: 108)
I. Baczko (Szeged, Hungary)

14:24 86. **CATHETER ABLATION IN CARDIOGENIC SHOCK TREATED BY A MECHANICAL CIRCULATORY SUPPORT** (UID: 63)

Young Investigator
Award Competition

M. Dusík, Š. Havránek, J. Šimek, D. Rob, J. Bělohávek (Prague)

14:42 87. **MARKERS OF HAEMOLYSIS AND RENAL TUBULAR INJURY AFTER CATHETER ABLATION FOR ATRIAL FIBRILLATION USING PULSED FIELD AND RADIOFREQUENCY ENERGY** (UID: 41)
M. Hozman, P. Osmančík, D. Heřman, B. Bačová, S. Hassouna, I. Fišerová, V. Melenovský (Prague)

15:00 End of program



2024 CZECH CARDIOVASCULAR RESEARCH AND INNOVATION DAYS

November 4-5, 2024 | Prague, Czech Republic

POSTER SECTION

9:00-17:00 Poster section - Posters

42. **CORONARY ARTERY MICROVASCULAR DYSFUNCTION** (UID: 73)
M. Pumpřla, R. Hazuková, P. Zdráhal, M. Kamínek, M. Hutýra, M. Tábořský (Olomouc)
43. **ROLE OF FOLLISTATIN LIKE 1 (FSTL1) PROTEIN IN RECENT ONSET DILATED CARDIOMYOPATHY: ENERGETIC METABOLISM PERSPECTIVE** (UID: 60)
J. Novák, M. Hořák, J. Fialová Kučerová, H. Poloczková, J. Kučera, S. Uldrijan, V. Rotrekl, J. Bienertová Vašků, J. Krejčí (Brno)
44. **EXERCISE-INDUCED POLYMORPHIC VENTRICULAR ARRHYTHMIAS IN PATIENTS WITH FREQUENT VENTRICULAR COMPLEXES** (UID: 55)
D. Kučerová, T. Novotný, I. Andršová, T. Chlupová, J. Zídková, P. Kala (Brno, Česká republika, Brno)
45. **MELATONIN LEVELS IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION – PILOT RESULTS.** (UID: 54)
K. Melajová, K. Skálová, V. Bednářová, J. Máchal, Z. Stárek, Z. Bendová, M. Pešl (Brno, Prague)
46. **INCIDENCE OF APPROPRIATE AND INAPPROPRIATE SHOCKS IN PATIENTS WITH ICD FROM SECONDARY PREVENTION** (UID: 53)
D. Kiss, M. Kozák, L. Křivan, M. Sepší, J. Vlašínová, S. Lietava, T. Fürst, P. Kala (Brno, Olomouc)
47. **HAS THE CRANIAL EXTENSION OF THE SMALL SAPHENOUS VEIN GOT SIMILAR PARAMETERS IN YOUNG HEALTHY POPULATION AS IN ELDERLY POLYMORBID POPULATION? IS IT A SUITABLE ALTERNATIVE FOR VENOUS GRAFTS?** (UID: 49)
M. Veselá, K. Brabec, G. Dostálová, A. Linhart, D. Kachlík (Prague)
48. **HEART RATE VARIABILITY IN PATIENTS UNDERGOING PULMONARY VEIN ISOLATION USING PULSED FIELD AND RADIOFREQUENCY ENERGY** (UID: 45)
J. Veselá, D. Heřman, M. Hozman, J. Karch, V. Filipcová, L. Povišer, J. Hozmanová, I. Kolesárová, P. Osmančík (Prague)
49. **IDENTIFYING PREDICTORS OF RISK STRATIFICATION IN HOSPITALIZED HEART FAILURE PATIENTS** (UID: 32)
J. Čížek, K. Šebístková, P. Mašek, M. Neuberg, P. Toušek (Prague)
50. **EPICARDIAL ABLATION IN PATIENTS WITH BRUGADA SYNDROME: A SINGLE CENTRE EXPERIENCE** (UID: 30)
A. Rafaj, P. Peichl, A. Krebsová, D. Wichterle, P. Stojadinovič, R. Čihák, J. Hašková, P. Štiavnický, E. Borišincová, J. Kautzner (Prague)

POSTER SECTION

51. **WILD-TYPE TRANSTHYRETIN CARDIAC AMYLOIDOSIS: THE JOURNEY TO DIAGNOSIS IN THE CZECH REPUBLIC. THE RESEARCH PROJECT OF THE CZECH SOCIETY OF CARDIOLOGY** (UID: 29)

B. Chocholová, I. Jurčová, H. Poloczková, E. Mazsárová, R. Aiglová, M. Kubánek, J. Krejčí, T. Paleček (Prague, Brno, Olomouc)

52. **SECRETONEURIN AND ITS ABILITY TO IDENTIFY PATIENTS AFTER OHCA VERSUS PATIENTS WITHOUT A HISTORY OF VENTRICULAR ARRHYTHMIA** (UID: 23)

J. Dodulík, J. Plášek, N. Chobolová, L. Evin, M. Lazárová, Z. Švagera, D. Stejskal, J. Václavík (Ostrava)

53. **THE IMPLANTATION OF LVAD CAUSES CHANGES IN THE AORTIC MIRNOME AND PROTEOME** (UID: 17)

D. Dlouhá, P. Pompach, Š. Chytilová, P. Ivák, Š. Nováková, Z. Tučanová, D. Hlaváček, I. Netuka (Prague, Vestec)

54. **GLOBAL LONGITUDINAL STRAIN PREDICTS CLINICAL OUTCOME IN PATIENTS AFTER ACUTE ISCHEMIC STROKE WITHOUT LEFT VENTRICULAR DYSFUNCTION.** (UID: 14)

M. Mihalovič, P. Mikulenka, T. Kníže, I. Štetkářová, P. Toušek (Prague)

55. **THE IMPACT OF EARLY USE OF ECHOCARDIOGRAPHY PERFORMED BY NON-CARDIOLOGIST IN PATIENTS WITH CHEST PAIN - THE ENDEMIC STUDY** (UID: 9)

P. Grenar, M. Jakl, K. Mědílek, J. Nový, R. Pudil (Hradec Králové, Hradec, Hradec Králové)



2024 CZECH CARDIOVASCULAR RESEARCH AND INNOVATION DAYS

November 4-5, 2024 | Prague, Czech Republic

Main sponsors



Sponsors



**Kardiologie
Profesor
Táborský**



Partners



První a jediný INHIBITOR SRDEČNÍHO MYOSINU^{1,2}

CAMZYOS[®]
(mavacamten)^{2.5, 5, 10, 15mg capsules}

Pro léčbu symptomatické
obstrukční hypertrofické
kardiomyopatie (oHCM)
u pacientů s NYHA II a III^{1,2}

2x více pacientů léčených
mavakamtenem dosáhlo
primárního složeného cíle
v porovnání s placebem
(37 % vs 17 %)^{1,2}

>4 násobné snížení obstrukce
LVOT u pacientů léčených
mavakamtenem v porovnání
s placebem (-47 mmHg
vs -10 mmHg)^{1,2}

65 % pacientů léčených
mavakamtenem se zlepšilo
o ≥ 1 NYHA třídu v porovnání
s 31 % pacientů s placebem^{1,2}

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.

Název léčivého přípravku: Camzyos 2,5 mg tvrdé tobolky, Camzyos 5 mg tvrdé tobolky, Camzyos 10 mg tvrdé tobolky, Camzyos 15 mg tvrdé tobolky. **Složení:** Jedna tvrdá tobolka obsahuje mavakamten 2,5 mg nebo 5 mg nebo 10 mg nebo 15 mg. **Indikace:** Camzyos je indikován k léčbě symptomatické hypertrofické obstrukční kardiomyopatie (oHCM) (NYHA, třída II-III) u dospělých pacientů. **Dávkování a způsob podání:** Před zahájením léčby je třeba pomocí echokardiografie vyšetřit ejekční frakci levé komory (LVEF). Léčbu nelze zahájit, pokud je LVEF < 55 %. Ženy ve fertilním věku musí mít před zahájením léčby negativní těhotenský test. Přiměřená dávka se stanovuje na základě genotypizace na určení fenotypu cytochromu P450 (CYP) 2C19 (CYP2C19). Pacienti s fenotypem pomalého metabolizátora CYP2C19 mají zvýšené expozice mavakamtenu (až 3násobně), což může vést ke zvýšenému riziku systolické dysfunkce v porovnání s normálními metabolizátory. Pokud k zahájení léčby dojde před určením fenotypu CYP2C19, mají pacienti dodržovat pokyny pro dávkování pro pomalé metabolizátory, dokud nebude určen fenotyp CYP2C19. Rozsah dávek je 2,5 mg až 15 mg. Podrobné informace o dávkování viz SPC. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. Těhotenství. Souběžná léčba silnými inhibitory CYP3A4 u pacientů s fenotypem pomalého metabolizátora CYP2C19 a s neurčeným fenotypem CYP2C19. Souběžná léčba kombinací silného inhibitoru CYP2C19 a silného inhibitoru CYP3A4. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Mavakamten snižuje LVEF a může způsobit srdeční selhání v důsledku systolické dysfunkce definované jako symptomatická LVEF < 50 %. U pacientů se závažným interkurentním onemocněním, jako je infekce nebo arytmie (včetně fibrilace síní nebo jiné nekontrolované tachyarytmie), nebo těch, kteří podstupují velkou operaci srdce, může být vyšší riziko systolické dysfunkce a progresse do srdečního selhání. Před zahájením léčby je třeba změřit LVEF a poté ji pečlivě sledovat. Přerušení léčby může být nezbytné k zajištění, že LVEF zůstane ≥ 50 %. Zahájení léčby nebo zvýšení dávky silného nebo středně silného inhibitoru CYP3A4 nebo jakéhokoli inhibitoru CYP2C19 může zvýšit riziko srdečního selhání v důsledku systolické dysfunkce. Podrobné informace viz SPC. **Interakce s jinými léčivými přípravky:** Jeli u pacienta užívajícího mavakamten zahájena léčba novým negativně inotropním léčivem, nebo je zvýšena dávka negativně inotropního léčiva, je třeba zajistit pečlivý lékařský dohled s monitorováním LVEF, dokud není dosaženo stabilního dávkování a klinické odpovědi. U středně rychlých, normálních, rychlých a ultrarychlých metabolizátorů CYP2C19 je mavakamten primárně metabolizován cytochromem CYP2C19 a v menší míře cytochromem CYP3A4. U pomalých metabolizátorů CYP2C19 je metabolizován především cytochromem CYP3A4. Inhibitory/induktory CYP2C19 a inhibitory/induktory CYP3A4 tak mohou ovlivnit clearance mavakamtenu a zvýšit/snížit jeho plazmatickou koncentraci v závislosti na fenotypu CYP2C19. Podrobné informace viz SPC. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Ženy ve fertilním věku musí mít před zahájením léčby negativní těhotenský test a musejí používat účinnou antikoncepci během léčby a po dobu 6 měsíců po jejím ukončení. Studie na zvířatech prokázaly reprodukční toxicitu. **Nežádoucí účinky:** Nejčastější nežádoucí účinky jsou závratě, dušnost, systolická dysfunkce a synkopa. Pro další informace viz SPC. **Velikost balení:** 14, 28 nebo 98 tvrdých tobolek. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG, Dublin, Irsko. **Registrační čísla:** EU/1/23/1716/001-008. **Poslední revize textu:** 07/2024.

Před předepsáním si přečtěte úplný souhrn údajů o přípravku (SPC). Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Podrobné informace o tomto léčivém přípravku jsou k dispozici na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky (EMA) <http://ema.europa.eu> nebo jsou dostupné u zástupce držitele rozhodnutí o registraci v ČR: Bristol-Myers Squibb spol. s r.o., Budějovická 778/3, 140 00 Praha 4, www.bms.com/cz.

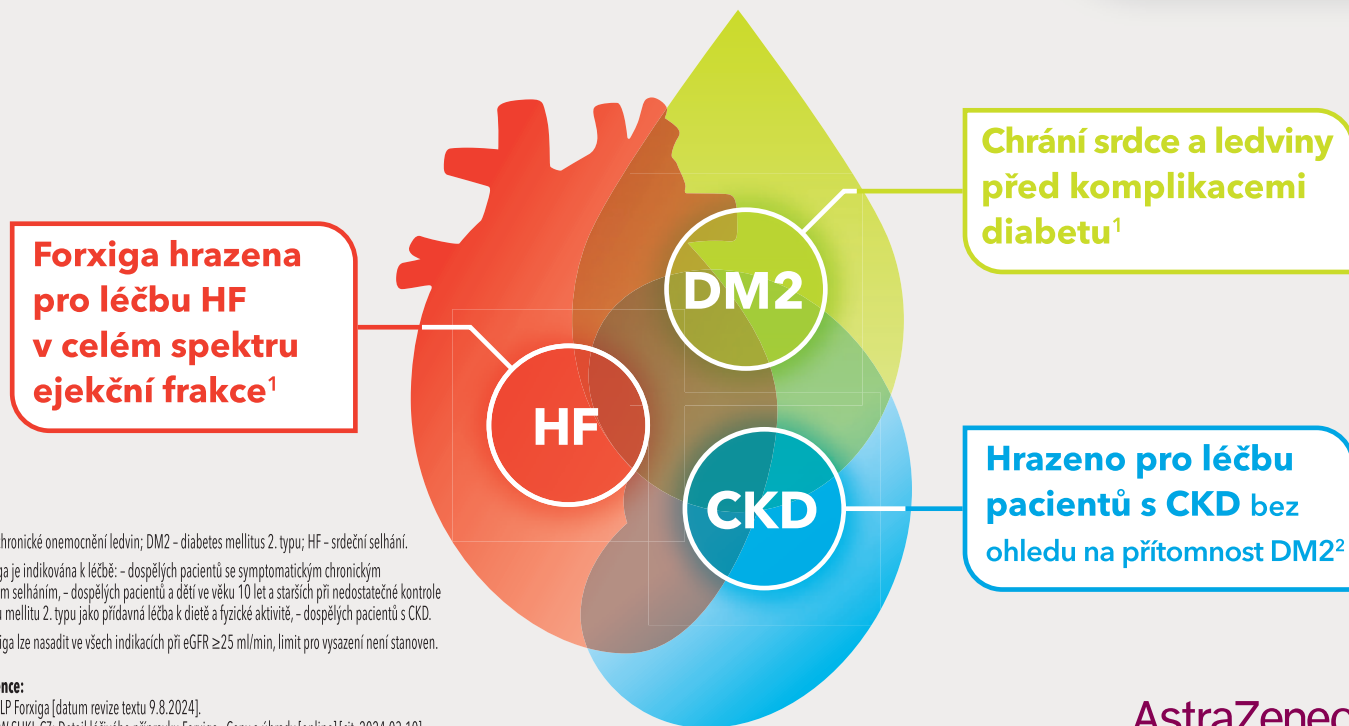
*Všimněte si prosím změn v Souhrnu údajů o přípravku.

Reference: 1. Souhrn údajů o přípravku CAMZYOS. 2. Olivotto I, Oreziak A, Barriaes-Villa R, a kol. Mavacamten for treatment of symptomatic obstructive hypertrophic cardiomyopathy (EXPLORERHCM): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet. 2020;396(10253):759-769.

UDĚLEJTE PRO SVÉ PACIENTY VÍCE ZVOLTE FORXIGU




forxiga
(dapagliflozin)



CKD - chronické onemocnění ledvin; DM2 - diabetes mellitus 2. typu; HF - srdeční selhání.

* Forxiga je indikována k léčbě: - dospělých pacientů se symptomatickým chronickým srdečním selháním, - dospělých pacientů a dětí ve věku 10 let a starších při nedostatečné kontrole diabetu mellitu 2. typu jako přidavná léčba k dietě a fyzické aktivitě, - dospělých pacientů s CKD.

LP Forxiga lze nasadit ve všech indikacích při eGFR ≥ 25 ml/min, limit pro vysazení není stanoven.

Reference:

1. SPC LP Forxiga [datum revize textu 9.8.2024].

2. WWW.SUKL.CZ: Detail léčivého přípravku Forxiga - Ceny a úhrady [online] [cit. 2024-03-10].

AstraZeneca 

Zkrácená informace o léčivém přípravku FORXIGA® 10 mg potahované tablety

Kvalitativní a kvantitativní složení: Dapagliflozinum propandiolum 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 a dětí ve věku 10 let a starších - jako přídatná léčba k dietě a fyzické aktivitě ke zlepšení kontroly glykémie - jako monoterapie, pokud je podávání metforminu nevhodné v důsledku intolerance; - jako přídatná léčba k jiným léčivým přípravkům k léčbě DM2. Výsledky studií ve vztahu ke kombinované léčbě s jinými léčivými přípravky, vlivy na kontrolu glykémie a kardiovaskulární příhody a studované populace viz SPC. **Srdeční selhání (SS)** – k léčbě dospělých pacientů se symptomatickým chronickým srdečním selháním. **Chronické onemocnění ledvin (CKD)** – k léčbě dospělých pacientů s chronickým onemocněním ledvin. **Dávkování a způsob podání:** Doporučená dávka je 10 mg dapagliflozinu jednou denně. Pokud je dapagliflozin podáván v kombinaci s inzulínem nebo inzulínovými sekretagogy, lze uvažovat o jejich snížení dávce, aby se snížilo riziko hypoglykémie. 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:** Nemí nutná úprava dávky s ohledem na funkci ledvin. Nedoporučuje se zahájit léčbu dapagliflozinem u pacientů s eGFR < 25 ml/min. Účinnost dapagliflozinu na snížení glukózy závisí na funkci ledvin, a je snížena u pacientů s eGFR < 45 ml/min a pravděpodobně chybí u pacientů s těžkou poruchou funkce ledvin a je třeba zvážit další léčbu snižující hladinu glukózy, pokud je nutná další kontrola glykémie. Dapagliflozin se nemá používat k léčbě pacientů s diabetem 1. typu. 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. Opatrnosti je zapotřebí u pacientů, u kterých může pokles krevního tlaku vyvolaný dapagliflozinem představovat riziko. U pacientů léčených inhibitory společného transportéru pro sodík a glukózu (SGLT2i), byly vzácně hlášeny případy diabetické ketoacidózy (DKA), u rizikových pacientů je nutno užívat SGLT2i opatrně. 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 přípravků SGLT2i na trh byly u pacientů hlášeny případy nekrotizující fasciitidy perinea (Fournierova gangréna) – jde o vzácnou, ale závažnou a potenciálně život ohrožující příhodu, která vyžaduje neodkladnou léčbu a je třeba poučit pacienta. Vylučování glukózy močí může být spojeno se zvýšeným rizikem infekcí močových cest. Zkušenosti s dapagliflozinem u pacientů se SS ve třídě IV podle NYHA jsou omezené. Nejsou žádné zkušenosti s dapagliflozinem u léčbě CKD u pacientů bez diabetu, kteří nemají albuminurii. Pacienti s albuminurií mohou mít s léčby dapagliflozinem větší prospěch. Ve studiích pacientů s DM2 s SGLT2i byl pozorován zvýšený výskyt amputací na dolních končetinách a není známo, zda jde o skupinový účinek. Je důležité poučit pacienty o pravidelné preventivní péči o nohy. Starší pacienti (≥ 65 let) mohou být rizikovější z pohledu objemové deplece. Pacienti léčení dapagliflozinem budou mít pozitivní výsledek testu na glukózu v moči, což je dáno mechanismem účinku léčivé látky. V průběhu léčby dapagliflozinem byly pozorovány zvýšené hodnoty hematokritu. Pacienti s výrazným zvýšením hodnoty hematokritu mají být sledováni a vyšetřeni pro vyloučení hematologického onemocnění.* **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** Dapagliflozin může zvyšovat diuretický účinek thiazidů a kličkových diuretik a může zvyšovat riziko dehydratace a hypotenze. Nedoporučuje se monitorovat glykémii metodou stanovení 1,5-AG, neboť měření není u pacientů užívajících SGLT2i spolehlivé. Dapagliflozin může zvyšovat renální exkreci lithia a hladina lithia v krvi se může snížit, koncentrace lithia v séru se má kontrolovat častěji. **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 hypoglykémie, pokud je dapagliflozin podáván souběžně s deriváty sulfonylmočoviny nebo s inzulínem. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášenými nežádoucími účinky v klinických studiích byly infekce pohlavních orgánů, byly popsány případy fimózy, výskyt hypoglykemií byl srovnatelný s placebem, jejich frekvence se zvýšila při kombinaci se SU či inzulínem. Dalšími častými nežádoucími účinky byly infekce močových cest, závrť, dysurie, polyurie, bolest zad, zvýšený hematokrit, snížená renální clearance kreatininu během zahájení léčby, dyslipidemie a vyrážka. Méně časté jsou plísňové infekce, objemová deplece, žízeň, zácpa, sucho v ústech, nykturie, vulvovaginální pruritus, pruritus genitálu, zvýšený kreatinin či zvýšená močovina v krvi, snížená tělesná hmotnost, vzácně DKA (při použití u DM2), velmi vzácně angioedém, tubulointersticiální nefritida. U pacientů užívajících inhibitory SGLT2, včetně dapagliflozinu, byly velmi vzácně hlášeny případy Fournierovy gangrény. Celkový bezpečnostní profil dapagliflozinu u pacientů s SS a CKD odpovídal známému bezpečnostnímu profilu dapagliflozinu. **Zvláštní opatření pro uchování:** Nevýžaduje se. **Druh obalu a velikost balení:** Al/Al blister, 28 a 98 potahovaných tablet v neperforovaných kalendářních blistrech; 30x1 a 90x1 potahovaná tableta v perforovaných jednodávkových blistrech. **Držitel rozhodnutí o registraci:** AstraZeneca AB, SE 151 85 Södertälje, Švédsko. **Registrační čísla:** EU/112/795/007-008, EU/112/795/009-010. **Datum revize textu:** 9. 8. 2024.

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

© AstraZeneca 2024. Registrovaná ochranná známka FORXIGA je majetkem AstraZeneca plc. Přípravek Forxiga 10 mg je v ČR hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění a jeho výdej je vázán na lékařský předpis. Na trhu nemusí být aktuálně dostupná všechna balení. Přečtěte si pozorně 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, <http://www.astrazeneca.cz>.

CZ-5840 | Datum přípravy: 8/2024

AstraZeneca Czech Republic s.r.o.

U Trezorky 921/2, 158 00 Praha 5 – Jinonice | tel.: +420 222 807 111 | www.astrazeneca.cz



Když perorální
protidestičková léčba
není vhodná,
máme to v ruce.



Kengrexal[®]
cangrelor

intravenózní P2Y₁₂ inhibitor
s rychlou **ON/OFF** reakcí¹

Zkrácená informace o přípravku

Název a složení: Kengrexal 50 mg prášek pro koncentrát pro injekční / infuzní roztok. Jedna lahvička obsahuje cangrelor tetrasodium, což odpovídá cangreloru 50 mg. Po rekonstituci obsahuje 1 ml koncentráту cangreloru 10 mg. Po naředění obsahuje 1 ml koncentráту cangreloru 200 µg. **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 inhibítoem P2Y₁₂ před provedením PCI a u kterých není léčba perorálně podávaným inhibítoem P2Y₁₂ možná nebo vhodná. **Dávkování a způsob podání:** Doporučená dávka Kengrexalu u pacientů podstupujících PCI, je intravenózní bolus v dávce 30 µg/kg, bezprostředně následovaný intravenózní infúzí v dávce 4 µg/kg/min. Bolusovou injekci a infúzi 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 infúzi 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 cangreloru 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 10. 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 kojení 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:** 23.04.2022. Přípravek je pouze na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění, viz Seznam cen a úhrad léčivých přípravků: www.sukl.cz/sukl/seznam-leciv-a-pzlu-hrazenych-ze-zdrav-pojisteni. Před předepsáním přípravku se seznáme s úplnou informací o přípravku, na webových stránkách Evropské agentury pro léčivé přípravky: www.ema.europa.eu nebo na stránkách Státního ústavu pro kontrolu léčiv www.sukl.cz. Určeno pro odbornou veřejnost.

Literatura: **1. SPC přípravku Kengrexal 50 mg prášek pro koncentrát pro injekční/infuzní roztok.**

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

 **Repatha[®]**
(evolokumab)



Snížení LDL-C přípravkem Repatha[®] je rychlé*, přetrvává po celou dobu léčby a redukuje KV riziko u pacientů v sekundární prevenci včetně těch, kteří nedávno prodělali IM a užívají maximální tolerovanou dávku statinů a případně ezetimibu.¹⁻³

* Snížení LDL-C o přibližně 55-75 % bylo při léčbě evolokumabem dosaženo již v 1. týdnu a během dlouhodobé léčby přetrvávalo.*

Reference: **1.** Sabatine MS, et al.; Circulation. 2018;138:756-66. **2.** SPC Repatha březen 2023. **3.** Giugliano RP, et al. Lancet. 2017;390:1962-71.

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 familiální a nefamiliální) nebo smíšené dyslipidemie u dospělých a heterozygotní familiální hypercholesterolemie u pediatrických pacientů ve věku 10 let a starších jako přídatek 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 familiální hypercholesterolemie** v kombinaci s dalšími hypolipidemiky u dospělých a pediatrických pacientů ve věku 10 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 smíšené dyslipidemie (včetně heterozygotní familiální hypercholesterolemie)** dospělá a pediatrická pacientů (ve věku 10 let a starší) **Prokázané aterosklerotické kardiovaskulární onemocnění u dospělých:** Doporučená dávka je 140 mg 1x za dva týdny nebo 420 mg 1x měsíčně. **Homozygotní familiální hypercholesterolemie u dospělých a pediatrických pacientů ve věku 10 let a starších:** Úvodní doporučená dávka je 420 mg 1x měsíčně. Pokud nebylo po 12 týdnech dosaženo klinicky významné odpovědi na léčbu, frekvenci dávek je možné zvýšit na 420 mg 1x za 2 týdny. Pacienti na aterosklerotické onemocnění mohou zahájit léčbu dávkou 420 mg 1x za 2 týdny, aby toto schéma odpovídalo cyklu aterosklerotické onemocnění. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoliv pomocnou látku. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** Sledovatelnost: Má se předlétně zaznamenat nález podávaného léčivého přípravku a číslo šarže. **Caution:** Funkce jater (Child-Pugh C) nebyly studovány a evolokumab se má používat s opatrností. **Sučný přírodní kaučuk:** Kyt skleněné předplněné injekční stříkačky je vyroben ze suchého přírodního kaučuku (derivát latexu), který může vyvolat závažné alergické reakce. **Interakce s jinými léčivými přípravky a jiné formy interakce:** V klinických studiích byla hodnocena farmakokinetická interakce mezi statiny a evolokumabem. Při použití kombinace statinu a evolokumabu není nutná úprava dávek statinů. **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 kojení 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. **Nejstející údaje o vlivu evolokumabu na fertilitu u člověka.** **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášené nežádoucí účinky při podávání doporučených dávek jsou nasopharyngitis (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). Chráněte před mrazem. Uchovávejte v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Amgen Europe B.V., Minervum 7061, 4817 ZK Breda, Nizozemsko. **Registrační číslo:** EU/1/15/1016/003. **Datum revize textu:** 30. března 2023. **Před předepsáním přípravku se, prosím, seznáme 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 adheřujících k dietním opatřením i ke stávající hypolipidemické léčbě v kombinaci s vysokou intenzivní hypolipidemickou terapií.**

URČENO PRO ODBORNOU VEŘEJNOST

Amgen s.r.o., Pod rážkou 1637/2, Holešovice, 170 00 Praha 7, tel.: + 420 221 773 500, www.amgen.cz

SC-CZ-AMG145-00608

CZE-145-0924-80001

AMGEN



PHILIPS

Image guided therapy

Azurion

Azurion SHD solutions

The demands of transcatheter valvular and other structural heart procedures require a future-proof, fully integrated environment that provides the right image and the right information at the right time. The **Azurion SHD solutions** are designed to adapt to your workflow needs, allowing the system to work seamlessly around you so that you can focus on your patient. At the center of our SHD offer is the unique **EchoNavigator solution**. It is the flagship example of Philips' commitment to multimodality and workflow integration, bringing together the best of both worlds from the industry leader in interventional X-ray and ultrasound cardiac solutions.

innovation  you

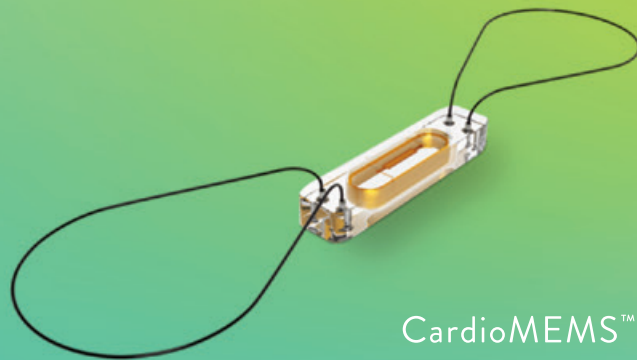




EARLIER INSIGHTS FOR OPTIMIZED PATIENT CARE

FOR HEART FAILURE PATIENTS
WITH PRESERVED EJECTION FRACTION

cardion



CardioMEMS™
HF System



LEQVIO®
(inklisiran) 284 mg injekční roztok
v předplněné injekční stříkačce

✓ Jediné hypolipidemikum ve vaší ambulanci s dávkováním **2× ročně**^{1,2,*}

✓ Efektivní a dlouhodobé snížení LDL-C o **50-55 %**¹

✓ **Příznivý** bezpečnostní profil¹



* Po počáteční dávce je další dávka za 3 měsíce a další vždy po 6 měsících.

Pro více informací o LEQVIO® naskenujte QR kód:



▼ 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 SPC bod 4.8.

Zkrácená informace o přípravku LEQVIO 284 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce

Složení: Jedna předplněná injekční stříkačka obsahuje inklesiranum natrium odpovídající inklesiranu 284 mg v 1,5 ml roztoku. **Indikace:** Přípravek Leqvio je indikován u dospělých s primární hypercholesterolemii (heterozygotní familiární a nefamiliární) nebo smíšenou dyslipidemií jako doplněk k dietním opatřením; v kombinaci se statinem nebo statinem v kombinaci s jinými přípravky snižujícími hladinu lipidů u pacientů neschopných dosáhnout cíle pro LDL-C při maximální tolerované dávce statinu, nebo samostatně nebo v kombinaci s jinými přípravky snižujícími hladinu lipidů u pacientů nesnášenlivosti statinu nebo u nichž je statin kontraindikován. **Dávkování:** Doporučená dávka je 284 mg inklesiranu podávaná jako jednorázová subkutánní injekce: počáteční dávka, další po 3 měsících a poté každých 6 měsíců. Pokud je plánovaná dávka opožděna o méně než 3 měsíce, má být inklesiran podán a dávkování má pokračovat podle pacientova původního schématu. Pokud je plánovaná dávka opožděna o více než 3 měsíce, má být zahájen nový dávkovací režim – má být podána počáteční dávka inklesiranu, další po 3 měsících a poté každých 6 měsíců. Inklesiran lze podávat okamžitě po poslední dávce monoklonální protilátky inhibující PCSK9. Pro udržení snížení LDL-C se doporučuje, aby byl inklesiran podán do 2 týdnů po poslední dávce monoklonální protilátky inhibující PCSK9. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění/varování:** Účinek hemodialýzy na farmakokinetiku inklesiranu nebyl studován. Vzhledem k tomu, že inklesiran je vylučován ledvinami, nemá se hemodialýza provádět po dobu nejméně 72 hodin od podání inklesiranu. **Interakce:** Inklesiran není substrátem pro běžné transportéry léčiv, a přestože nebyly provedeny studie *in vitro*, nepředpokládá se, že bude substrátem pro cytochrom P450. Inklesiran není inhibitorem nebo induktorem enzymů cytochromu P450 nebo běžných transportérů léčiv. Proto se neočekává, že by inklesiran měl klinicky významné interakce s jinými léčivými přípravky. Na základě omezených dostupných údajů nejsou očekávány klinicky významné interakce s atorvastatinem, rosuvastatinem nebo jinými statiny. **Těhotenství a kojení:** Údaje o podávání inklesiranu těhotným ženám jsou omezené nebo nejsou k dispozici. Podávání inklesiranu v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. Není známo, zda se inklesiran vylučuje do lidského mateřského mléka. Riziko pro kojení novorozence/děti nelze vyloučit. **Nežádoucí účinky:** Časté: Reakce v místě vpichu. **Podmínky uchovávání:** Chraňte před mrazem. **Dostupné léčivé formy/velikosti balení:** Předplněná injekční stříkačka s ochranným pouzdem jehly, 1,5 ml roztoku v předplněné injekční stříkačce (sklo třídy I) s pístečkou (brombutyl, fluorotekem potažený pryž) s jehlou, pevným krytem jehly a s ochranným pouzdem jehly. Velikost balení jedna předplněná injekční stříkačka s ochranným pouzdem jehly. **Poznámka:** Dříve než lék předepíšete, přečtěte si pečlivě úplnou informaci o přípravku. **Reg. č.:** EU/1/20/1494/002 **Datum registrace:** 9.12.2020 **Datum poslední revize textu SPC:** 24.03.2022 **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novartis Europharm Limited, Vista Building, Elm Park, Marrow Road, Dublin 4, Irsko. **Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis; přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.**

Reference: 1. SPC Leqvio 284 mg injekční roztok v předplněné injekční stříkačce, datum poslední revize 24.3.2022. 2. SÚKL, www.sukl.cz. 3. Wright R.S., Raal F.J., Koenig W., Landmesser U., Leiter L.A., Vikanunnessa S., et al.: Inklesiran administration potently and durably lowers LDL-C over an extended-term follow-up: the ORION-8 trial. Cardiovasc Res. 2024;cvae109.

LEQVIO a logo LEQVIO jsou registrované ochranné známky společnosti Novartis AG. Licencováno od Alnylam Pharmaceuticals, Inc.

NOVARTIS | Reimagining Medicine

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



SÍLA TROJÍ OCHRANY

JARDIANCE® chrání
dospělé pacienty snížením rizika:

- CKD** – progresse onemocnění ledvin nebo KV úmrtí^{†1}
- HF** – hospitalizace pro HF nebo KV úmrtí^{†2,3}
- DM2+KVO** – KV úmrtí^{§4}



PC-CZ-103021

POZNÁMKY

[†]Randomizovaná, dvojité zaslepená, placebem kontrolovaná studie EMPA-KIDNEY s paralelními skupinami s populací 6 609 pacientů s CKD hodnotila účinnost a bezpečnost JARDIANCE 10mg ve srovnání s placebem. Primárním cílovým parametrem ve studii EMPA-KIDNEY bylo kompozitum KV úmrtí nebo progresse onemocnění ledvin. U pacientů léčených přípravkem JARDIANCE došlo k 28% RRR pro tento cílový parametr (HR = 0,72; 95% CI = 0,64 – 0,82; p < 0,001).³

[‡]Randomizovaná, dvojité zaslepená, placebem kontrolovaná studie s paralelními skupinami EMPEROR-Reduced s symptomatickým chronickým srdečním selháním a sníženou ejekční frakcí (EF LK ≤ 40 %). Primárním cílovým parametrem ve studii EMPEROR-Reduced bylo kompozitum KV úmrtí nebo HHF analyzované jako doba do první příhody. U pacientů léčených přípravkem JARDIANCE došlo k 25% RRR pro tento cílový parametr (HR = 0,75; 95% CI = 0,65–0,86; p < 0,001).¹ Randomizovaná, dvojité zaslepená, placebem kontrolovaná studie EMPEROR-Preserved s paralelními skupinami se symptomatickým s chronickým srdečním selháním a zachovanou ejekční frakcí (EF LK > 40 %). Primárním cílovým parametrem ve studii EMPEROR-Preserved bylo kompozitum KV úmrtí nebo HHF analyzované jako doba do první příhody. U pacientů léčených přípravkem JARDIANCE došlo k 21% RRR pro tento cílový parametr (HR = 0,79; 95% CI = 0,69 – 0,90; p < 0,001).²

[§]Primárním kompozitním cílovým parametrem ve studii EMPA-REG OUTCOME byl šbodový ukazatel MACE definovaný jako doba do KV úmrtí, nefatálního infarktu myokardu nebo nefatální cévní mozkové příhody podle analýzy společné skupiny užívající JARDIANCE ve srovnání s placebem. Pacienti byli dospělí s nedostatečnou kompenzací DM2 a s ICHS, ICHDK nebo po IM či cévní mozkové příhodě. 14% RRR pro šbodový ukazatel MACE (HR = 0,86; 95% CI = 0,74–0,99; p = 0,04 pro superiority) byl zejména tvořen snížením rizika KV úmrtí (HR = 0,62; 95% CI = 0,49–0,77).⁴

ZKRATKY

ICHS = ischemická choroba srdeční; **CI** – interval spolehlivosti; **CKD** – chronické onemocnění ledvin; **KV** – kardiovaskulární; **KVO** – kardiovaskulární onemocnění; **HF** – srdeční selhání; **HFmrEF** – srdeční selhání s mírně sníženou ejekční frakcí; **HFpEF** – srdeční selhání se zachovanou ejekční frakcí; **HFREF** – srdeční selhání se sníženou ejekční frakcí; **HHF** – hospitalizace pro srdeční selhání; **HR** – poměr rizik; **EF LK** – ejekční frakce levé srdeční komory; **MACE** – velká nežádoucí kardiovaskulární příhoda; **IM** – infarkt myokardu; **ICHDK** – ischemická choroba dolních končetin; **RRR** – snížení relativního rizika; **DM2** – diabetes 2. typu.

REFERENCE

1. Herrington WG et al. Empagliflozin in patients with chronic kidney disease. N Engl J Med. 2023;388(2):117-127. 2. Packer M et al. Cardiovascular and renal outcomes with empagliflozin in heart failure. N Engl J Med. 2020;383(15):1413-1424. 3. Anker SD et al. Empagliflozin in heart failure with a preserved ejection fraction. N Engl J Med. 2021;385(16):1451-1461. 4. Zinman B et al. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2015;373(22):2117-2128. 5. Souhrn údajů o přípravku JARDIANCE. Ingelheim am Rhein, Německo; Boehringer Ingelheim International GmbH; prosinec 2023 (dostupné na www.sukl.cz)

Zkrácená informace o léčivém přípravku Jardiance 10mg potahované tablety

Složení: Jardiance 10mg: jedna tableta obsahuje empagliflozinum 10mg. **Indikace:** K léčbě diabetes mellitus II. typu ke zpepšení kontroly glykémie u dospělých a dětí ve věku 10 let a starších 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 inzulinem. K léčbě dospělých se symptomatickým chronickým srdečním selháním. K léčbě dospělých s chronickým onemocněním ledvin. **Dávování a způsob podávání:** Diabetes mellitus II. typu: počáteční dávka empagliflozinu je 10mg jednou denně v monoterapii nebo v kombinované terapii. U pacientů, kteří tolerují empagliflozin v dávce 10mg jednou denně, kteří mají eGFR ≥ 60 ml/min/1,73 m² a potřebují přísnější kontrolu glykémie, lze dávku zvýšit na 25mg jednou denně. Maximální denní dávka je 25mg. U dětí s eGFR ≥ 60 ml/min/1,73 m² a u dětí ve věku do 10 let nejsou dostupné žádné údaje. **Srdeční selhání:** doporučená dávka je 10mg empagliflozinu jednou denně. **Chronické onemocnění ledvin:** doporučená dávka je 10mg empagliflozinu jednou denně. **Nedoporučuje se zahajovat léčbu u pacientů s eGFR < 20 ml/min/1,73 m².** U pacientů s diabetem 2. typu se účinek empagliflozinu na snížení glykémie u pacientů s hodnotou eGFR < 45 ml/min/1,73 m² snižuje a u pacientů s hodnotou eGFR < 30 ml/min/1,73 m² pravděpodobně mizí zcela. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **Zvláštní upozornění:** U pacientů, u kterých existuje podezření na ketoacidózu nebo u kterých byla ketoacidóza 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 zvažovat faktory s predispozicí k diabetické ketoacidóze. Empagliflozin se nemá používat u pacientů s diabetem I. typu. Pacienti ve věku 75 let a starší mohou mít vyšší riziko hypovolemie. Tablety obsahují laktózu, proto pacienti s intolerancí galaktózy, zrozeným deficitem laktázy nebo malabsorpcí glukózy a galaktózy, by tento přípravek neměli užívat. U pacientů ženského i mužského pohlaví s diabetem mellitus užívajících inhibitory SGLT2 byly hlášeny případy nekrotizující fasciitidy perinea (Fournierova gangréna). 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. Pokud je empagliflozin podáván v kombinaci s inzulinem nebo inzulinovým sekretogem, lze z důvodu snížení rizika vzniku hypoglykémie zvažovat nižší dávku inzulinu nebo inzulinového sekretogatu. Studie interakcí byly provedeny pouze u dospělých. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji hlášenými nežádoucími příhodami v klinických hodnoceních na diabetes mellitus II. typu byly hypoglykémie (při kombinované léčbě s derivátem sulfonylurej nebo inzulinem). **Nejčastější nežádoucí účinkem** léčiva u dětí byla hypoglykémie. Celkové bílé bezpečnostní profilu u dospělých s onemocněním diabetes mellitus II. typu. U dospělých se dále vyskytovala vaginální monilíaza, vulvovaginíta, balanitída a jiné infekce genitálu, infekce močových cest, zčernění, pruritus, časté močení; hypovolemie, dysurie; zvýšená hladina kreatininu v krvi/snížená glomerulární filtrace, zvýšený hematokrit, zvýšené sérové lipidy; a vzácně diabetická ketoacidóza. **Nejčastěji hlášenými nežádoucími příhodami v klinických hodnoceních u srdečního selhání** byla hypovolemie; dále zácpa, angioedém. Přítomnost Diabetes mellitus II. typu zvyšovala frekvenci nežádoucích účinků u pacientů se srdečním selháním. **Nejčastějšími nežádoucími účinky v klinickém hodnocení u chronického onemocnění ledvin** byla dna a akutní selhání ledvin, které byly hlášeny častěji u pacientů, kteří dostávali placebo. Celkový bezpečnostní profil empagliflozinu byl obecně v rámci hodnocených indikací konzistentní. **Těhotenství a kojení:** Podávání přípravku Jardiance v těhotenství se z preventivních důvodů nedoporučuje. Přípravek Jardiance se během kojení nemá podávat. **Balení, výdej a uchování:** Jednotlivkové PVC/Al blistry v krabičce obsahující 28x1, 30x1, 90x1 nebo 100x1 potahovaných tablet. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Tento léčivý přípravek obsahuje žádné zvláštní podmínky uchování. **Registrační číslo:** EU/1/14/930/013 – 28 tbl (10 mg), EU/1/14/930/014 – 30 tbl (10 mg), EU/1/14/930/017 – 90 tbl (10 mg), EU/1/14/930/018 – 100 tbl (10 mg). **Datum poslední revize textu:** 7. 12. 2023. **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.

^{*)}Všimněte si, prosím, změny v informacích o léčivém přípravku