

# POOHLIADNUTIE SA ZA SPOJENÝM SVETOVÝM I EURÓPSKYM KARDIOLOGICKÝM KONGRESOM V BARCELONE

Andrej Dukát

II. interná klinika LF UK a FNsP, Bratislava

Via pract., 2006, roč. 3 (11): 534–535

Španielsko (mesto Barcelona) sa 31. augusta stalo piatou európskou krajinou (po Írsku, Taliansku, Nórsku a Švédsku), kde sa prijala iniciatíva zákazu fajčiť počas kardiologického kongresu, na výstavných plochách i miestach odpočinku. „Zákon platí pre každého, fajčiara i nefajčiara“, povedala španielska ministerka zdravotníctva pani Elena Salgado Méndezová.

Kongres oficiálne otvorila Jej Veličenstvo kráľovná Sofia Španielska, ktorá zdôraznila zvláštnu úlohu kardiovaskulárnych ochorení a starnutia a pripomenula i problematiku riešenia Alzheimerovej choroby. Kráľovná má tradičný cit pre sociálne aspekty a spomenula málo rozvinuté krajiny, kde je rozvoj ekonomicky náročnej kardiovaskulárnej diagnostiky a liečby prakticky nedostupný. Preto apelovala na potrebu prijať jednoduché, lacné a efektívne preventívne opatrenia.

Potom vystúpil Profesor Michal Tendera, prezident ESC, ktorý zdôraznil vekový aspekt vo vzťahu ku kardiovaskulárnym ochoreniam. Európska populácia v najbližších 50-tich rokoch zostarne, pričom v r. 2050 bude pripadať na každých 100 obyvateľov vo vekovej kategórii 25 – 64 rokov 57 osôb nad 65 rokov. Je to dvakrát viac ako v súčasnosti. Táto časť obyvateľstva bude mať významný podiel na kardiovaskulárnej starostlivosti a bude trpieť na závažné kardiovaskulárne príhody ako sú infarkt myokardu, náhla mozgovocievna príhoda či srdcové zlyhávanie. Upozornil tiež na poslednú iniciatívu ESC v oblasti Charty zdravia srdca.

Napokon Profesor Valentin Fuster, prezident WHF (Svetovej kardiologickej federácie), upozornil na úlohu OSN v oblasti ochorení v miléniových cieľoch do r. 2015. Zakotvené a fokusované sú v ôsmych bodoch, ktoré boli postulované v r. 2000. Veľkou chybou bolo, že sa v nich nezakotvili kardiovaskulárne a iné závažné chronické ochorenia. Profesor Michel Komajda, spolupredsedaajúci programového výboru WCC 2006 upozornil na najdôležitejšie body, ktorým sa bude venovať pozornosť – dvom hot line sekciám, trom updatom klinických skúšok a novým guidelines – odporúčaniam pre klinickú prax. Profesor Sidney Smith pripomenul, že budúci WCC

kongres sa bude konať v r. 2008 v argentínskom Buenos Aires.

## Neinvazívne hodnotenie aterosklerotického plaku

V budúcnosti bude kardiológia postavená do úlohy neinvazívneho hodnotenia aterosklerotického plaku a jeho patológie v kontexte koronárnej choroby srdca. Ako dôležitá otázka vyvstáva, či neinvazívne hodnotenie bude vedieť definovať nestabilný AS plak. V tejto súvislosti sa hodnotili súčasné diagnostické možnosti: duplexná ultrasonografia, zvlášť hodnotenie v reálnom čase (*technika multiple scanning angles*). Ďalšou možnosťou je tzv. Multislice CT angiografia. Dokáže hodnotiť aj nekalifikované plaky asi u 30 % pacientov so stredným rizikom koronárnej choroby srdca. Kardiovaskulárna MR angiografia je zvlášť vhodnou technikou na sériové hodnotenie aterosklerotického ochorenia. PET dokáže presnejšie hodnotenie vulnerabilného plaku. Hodnotí zápalovú a metabolickú aktivitu makrofágov a iných hypermetabolických buniek.

## Metabolický syndróm a adiponectín

Posledné desaťročia sú charakterizované výrazným nárastom obezity, metabolického syndrómu a diabetu mellitu II. typu. V tejto súvislosti prebiehajú intenzívne výskumy na poli adiponectínu, polypeptidického hormónu, ktorý kontroluje celý rad metabolických procesov v adipocyte i celom organizme. Jeho nízke hladiny sa zisťujú pri obezite, inzulinovej rezistencii, diabete a zvýšenom kardiovaskulárnom riziku. Variant adiponectínového génu, na ktorý upozornil profesor H. Drexel z rakúskeho Feldkirchu na sledovanej vzorke 402 mužov, je v budúcnosti možné použiť na celkovú predikciu kardiovaskulárneho rizika. Hladiny sérového adiponectínu sa ukazujú byť najvyššie v CC genotype a najnižšie v GG genotype. Pacienti s CG a GG gentympmi majú 1,5 – 2,4 násobne vyššie riziko budúcich kardiovaskulárnych príhod, než pacienti s CC genotypom. G alela s 11 377 polymorfizmom adiponectínového génu u osôb predstavuje zvýšené kardiovaskulárne riziko. U týchto pacientov je potrebná v budúcnosti

zvýšená starostlivosť a korekcia modifikovateľných rizikových faktorov.

## Asymptomatické abnormality

Asymptomatické abnormality v arytmológii predstavujú dôležitú súčasť s dosahom na každodennú klinickú prax. Každoročne sa zaznamenávajú náhle úmrtia atlétov či v kolektívnych športoch futbalistov i hokejistov a široko sa pertraktujú v komunikačných prostriedkoch i tlači. V tejto súvislosti sa zdôraznila úloha elektrokardiogramu, dlhodobého EKG monitorovania s účelom zistiť asymptomatické abnormality. Z primárnych elektrických abnormalít sa okrem iných upozornilo na WPW syndróm, Brugadaov syndróm, Lénegreho chorobu, kongenitálnu AV blokádu a predĺžené či skrátené QT syndrómy. Následné intervenčné prístupy (vrátane profylaktickej ablácie) však ostávajú naďalej kontroverzné.

## Takotsubo syndróm

Kardiológovia sa zamerali na sledovanie nového syndrómu – Takotsubo sy. A až sedem abstraktov sledovalo túto problematiku na kongrese. V r. 1990 H. Sato popísal nový syndróm, ktorý je charakterizovaný prechodnou dysfunkciou ľavej komory s bolesťou na hrudníku, EKG zmenami a minimálnym uvoľnením myokardiálnych enzýmov, napodobňujúc tak akútne infarkt myokardu. Ventrikulogram ukázal, že ľavá komora nadobúda zvláštny tvar nádoby, ktorá sa v Japonsku nazýva tsubo. Ako synonymá sa v literatúre tiež používajú akútne ľavokomorové balónovanie, reverzibilná záťažová kardiomyopatia, „broken heart“ syndróm a záťažou vyvolaný „stunning“ myokardu. Zdá sa, že kľúčovou v syndróme je záťaž. Táto môže byť ako fyzická, tak i psychická.

Mayo Clinic publikovala tieto kritériá pre Takotsubo syndróm: novo vzniknuté EKG abnormality (elevácie ST a inverzie T), nedostatok obštrukcie v koronárnych artériách, prechodnú akinézu a dyskínézu v ľavej komore, neprítomnosť kardiomyopatie, traumy hlavy, intrakraniálneho krvácania, či feochromocytómu. Akokoľvek sú pacienti rizikovní, v 5 % majú opakovanú akútne príhodu v priebehu 2 rokov a potrebujú ďalšie sledovanie.

**Liekmi poťahované stenty**

Iba málokedy medicínsky produkt vyvolá taký entuziazmus, ako tomu bolo v r. 2001 na ESC v Štokholme po zverejnení štúdie RAVEL. Sirolimom poťahovaný stent nemal dokázanú restenózu po 6 mesiacoch. Po piatich rokoch a po aplikácii okolo štyroch miliónov liekmi poťahovaných stentov situácia nie je zďaleka tak ružová, ako sa spočiatku zdalo. V štúdií SIRIUS, ktorá sledovala pacientov v bežnej praxi ako sú pacienti s diabetom, dlhými léziami, viacvetvovým postihnutím, atď., títo nemali zďaleka taký benefit pri DES. Keď sa sledovalo obdobie po roku a viac (Prof. M. Pfisterer), ukázalo sa, že trombózy sa vyskytujú častejšie u liekmi poťahovaných stentov (DES), než u klasických (BMS). Neskorá trombóza sa ukazuje byť závažným problémom stentovania a čaká na riešenie v budúcnosti.

**Diabetes mellitus II. typu a gestačný diabetes**

Diabetes mellitus II. typu a gestačný diabetes predstavujú chorobné stavy, ktoré môžu viesť k tomu, že dieťa sa narodí s vrodeným ochorením srdca či hypertrofickou kardiomyopatiou (E. J. Meijboom, Lausanne, Švajčiarsko). Vieme tiež dávnejšie, že deti matiek diabetičiek majú päťnásobne vyšší výskyt vrodených ochorení srdca či kardiomyopatie. V analyzovanom období r. 2003 – 2005 sa v retrospektívnom sledovaní tento vzťah potvrdil. A to aj napriek dobrej kontrole glykémie u diabetických matiek. Pre prax sa preto zdôraznilo, že treba u týchto rizikových tehotenstiev monitorovať echokardiogram medzi 12 – 16 týždňami na vylúčenie štrukturálneho srdcového postihnutia a po 32 týždňoch na vylúčenie hypertrofickej kardiomyopatie. Navrhlo sa aj

umiestnenie subkutánnej inzulínovej pumpy na zlepšenie prekoncepčnej glykemickej kontroly.

**Záver**

Spojený kongres ESC a WCC v Barcelone priniesol mnoho nových poznatkov na poli kardiológie. Boli rozoberané na viac než 300 vedeckých sekciiach na 30 miestach v kongresovom centre. Navyše bolo prihlásených vyše 10 500 abstraktov z 94 krajín sveta. Napokon sa z nich na vedecké rokovanie vybralo takmer 4 000 (3 917 abstraktov), takže každý účastník kongresu si mal z čoho vybrať a s istotou profitoval z nových poznatkov v kardiológii.

**prof. MUDr. Andrej Dukát, CSc.**  
 II. interná klinika LF UK a FNsP  
 Mickiewiczova 13, 813 69 Bratislava  
 e-mail: andrej.dukat@faneba.sk

365	FEI
<b>Baxter</b>	
FEIBA TIM 4 plv inj Rp.	16/0133/80-C/S Baxter AG, Rakúsko
IS: Koncentráty koagulačných faktorov, antihemofilných koagulačných komplexov. Z: Factor coagulans VIII 500 I.U., Protetinum humanum 200-600 mg. I: Liečba a profylaxia krvácania a zabezpečenie chirurgických zákrokov u pacientov s hemofiliou A s inhibítorom faktora VIII, hemofiliou B s inhibítorom faktora IX. V kombinácii s koncentrátmi faktora VIII kontinuálna dlhodobá liečba na úplné a trvalé odstránenie inhibítora faktora a umožnenie bežnej liečby koncentrátmi faktora VIII. KI: Diseminovaná intravazálna hemokoagulácia, infarkt myokardu, akútna trombóza a/alebo embolizácia. NÚ: Reakcie z precitlivosti (napr. horúčka, urtikária, nauzea, vracanie, dýchavičnosť, pokles krvného tlaku, šok). V priebehu liečby sa môžu vyskytnúť tromboembolické príhody, najmä po vysokých dávkach a/alebo u pacientov s rizikovým faktorom trombózy. D: 50-100 I.U. na kg tel.hm. denne, max. 200 I.U. P: 24 S6278: 1x, 500 I.U.	
FELDENE gel** Rp.	29/0130/91-C/S Pfizer, USA
** zrušená registrácia	
FELDEN-FELDENE inj** Rp.	29/0214/89-C/S Pfizer, Belgicko
** zrušená registrácia	
FELODIPIN-RATIOPHARM 5 mg tbl plg Rp.	83/0026/04-S ratiofarm, Nemecko
FELODIPIN-RATIOPHARM 10 mg tbl plg C08CA02	
IS: Vazodilatancia, antihypertenzívna, antagonistka kalcia. Z: Felodipinum 5 mg alebo 10 mg v 1 tablete. I: Esenciálna hypertenzia. KI: Precitlivosť na drobný lieku, kardiogénny šok, ťažká aortálna alebo mitrálna stenóza, hypertrofická obštrukčná kardiomyopatia, nestabilná angina pectoris, dekompenzované zlyhanie srdca, akútny infarkt myokardu (do 4-8 týždňov po infarkte), vážne poškodenie pečene, gravidita. NÚ: Veľmi časté: začervenanie kože, bolesti hlavy, hučanie v ušiach, ktoré sa vyskytujú najmä na začiatku liečby, pri zvýšení dávky alebo pri užívaní vysokých dávok. Časté: periférny opuch, záchvaty anginy pectoris alebo zvýšenie frekvencie záchvatov, ich intenzity a trvania, ak pacient mal už predtým anginu pectoris. Menej časté: závraty, únava, pokles krvného tlaku, mdloba, palpácia, tachykardia, dušnosť, nepokoj, parestézia, chvenie, bolesti svalov, bolesti kĺbov, gastrointestinálne ťažkosti, porušenie na tel. hmotnosti, potenie, poškodenie kožná alergia, hyperplázia dásien a gingivítida. Zriedkavo: leukocytoblastický zápal ciev. Veľmi zriedkavo: poruchy funkcie pečene, exfoliatívna dermatitída, horúčka, poruchy erekcie, infarkt myokardu, gynecomasia, menoragia. D: Individuálne. Počiatočná dávka 5 mg 1x denne. Po min. 2 týždňoch možno zvýšiť na 10 mg 1x denne, prípadne ďalšie antihypertenzívum. Udržiavacia dávka 5-10 mg 1x denne, max. dávka 10 mg denne. P: 36 20317: 30 x 10 mg 40053: 30 x 5 mg	
FEM 7 emp tdm Rp.	56/0479/97-S Laboratoire Theramec, Monaco
IS: Hormóny. Z: Estradiolum hemihydricum 1,5 mg v 1 náplasti. I: Hormonálna substitučná liečba menopauzálnych symptémov: vazomotorické symptómy, ako	



**Vydavateľstvo Pharmamonitoring ďakuje všetkým odborníkom v oblasti zdravotníctva, ktorí v roku 2006 prejavili záujem o publikáciu MANUÁL – Lieky registrované v Slovenskej republike.**

Zároveň by sme Vás chceli upovedomiť o ankete, ktorá bude prebiehať v termíne od 1. 12. 2006 do 31. 12. 2006, v ktorej sa môžete vyjadriť k nášmu manuálu. Vaše pripomienky, rady a názory nám, prosím, v uvedenom termíne zasielajte na adresu **hankarazova@chello.sk** alebo faxom na číslo **02/62411587**. V prípade, že ste sa s našim manuálom ešte nestretli, prvých 70 záujemcov má teraz jedinečnú možnosť bezplatne ho získať, pokiaľ sa zaviazajú, že nám v uvedenom termíne napíše k nemu svoje pripomienky. Objednávkový kupón nájdete na **www.slais.sk**.



*Želáme všetkým šťastný Nový rok 2007 a prajeme veľa osobných aj pracovných úspechov.*

Vydavateľstvo Pharmamonitoring