





**XXIV. SLOVENSKÝ
ANGIOLOGICKÝ KONGRES**
s medzinárodnou účasťou



21. 9. – 24. 9. 2016
TATRANSKÁ LOMNICA, VYSOKÉ TATRY
PROGRAM a ABSTRAKTY





**XXIV. SLOVENSKÝ
ANGIOLOGICKÝ KONGRES
S MEDZINÁRODNOU ÚČASŤOU**

pod záštitou

*dekana Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave
Spectabilis prof. MUDr. Juraja Šteňa, DrSc.*

**THE 24th SLOVAK
ANGIOLOGICAL CONGRESS
WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION**

*under the auspices of the dean of the Medical Faculty
Comenius University in Bratislava
Spectabilis prof. Juraj Šteňo, MD, DrSc.*

USPORIADATEĽ

**Slovenská angiologická spoločnosť
Slovenskej lekárskej spoločnosti (S.A.S. SLS)**

DÁTUM

21. 9. – 24. 9. 2016

MIESTO KONANIA / CONGRESS VENUE

**Hotel SOREA TITRIS
TATRANSKÁ LOMNICA
Vysoké Tatry / High Tatra**

e-mail: sorea@titris.sk

PREZIDENTKA KONGRESU

prof. MUDr. Viera Štvrtinová, CSc.

VEDECKÝ SEKRETÁR KONGRESU

MUDr. Ewald Ambrózy, PhD.

PROGRAMOVÝ VÝBOR KONGRESU

MUDr. Ewald Ambrózy, PhD., MUDr. Eva Bojdová, MUDr. Oľga Bzdúchová,
MUDr. Katarína Dostálová, PhD., MPH, MUDr. Andrej Džupina, PhD.,
MUDr. Daša Kmecová, PhD., doc. MUDr. Juraj Maďarič, PhD., MPH,
MUDr. Ivar Vacula, PhD., prof. MUDr. Vladimír Šeřfránek, CSc.,
prof. MUDr. Viera Štvrtinová, CSc., primár MUDr. Ľubomír Špak, MPH,
primár MUDr. Ivan Vulev, PhD., MPH, FCIRSE, doc. MUDr. František Žernovický, CSc.

ORGANIZAČNÝ VÝBOR KONGRESU

Ing. Ingrid Bieliková, MUDr. Denisa Čelovská, PhD., MUDr. Marek Kučera, PhD.,
Mgr. Antónia Spústová, Tibor Andrejčák, Lýdia Časnochová, Mária Dúbravčíková

SEKRETARIÁT KONGRESU

Lýdia Časnochová

II. interná klinika LF UK

Mickiewiczova 13, 813 69 Bratislava

telefón: ++421-2-57290 144

fax: ++421-2-57290 701

e-mail: lydia.casnochova@sm.unb.sk

Ing. Ingrid Bieliková

Slovenská lekárska spoločnosť

Cukrová 3, 813 22 Bratislava

telefón: ++421-2-5263 5603

e-mail: bielikova@sls.sk

detralex® bližšie k Vaším pacientom!

Nové
150 tbl balenie,
nový dizajn, lepšia cena

- ➔ **Rýchla a silná účinnosť^{1, 2}**
- ➔ **Dlhodobá liečba³**
- ➔ **Najvyšší stupeň odporúčania v Medzinárodných odporúčaníach a Metodickom liste^{4, 5}**
- ➔ **Zastavuje progresiu ochorenia do závažných štádií vďaka unikátnemu protizápalovému účinku³**

150
tbl balenie
Pacient ušetrí
11,51€! **



Dávkovanie:

Chronické venózne ochorenie

2 tbl 1 x denne

Hemoroidálne ochorenie

6 tbl x 4 dni, 4 tbl x 3 dni, 2 tbl 1 x denne

dlhodobo (akútny hemoroidálny atak)

2 tbl 1 x denne (liečba chronických hemoroidov)

Detralex

Zloženie*: Čistená mikronizovaná flavonoidná frakcia 500 mg: 450 mg Diosminum, 50 mg flavonoidy vyjadrené ako Hesperidinum. **Indikácie*:** Liečba venolymfatickej insuficiencie s nasledujúcimi symptómami: pocit ťažkých nôh, ranný výskyt pocitu unavených nôh, bolesť. Liečba funkčných symptómov akútnej hemoroidálnej epizódy. **Dávkovanie a spôsob podávania*:** Venolymfatická insuficiencia: 2 tablety denne. Akútny hemoroidálny atak: dávka môže byť zvýšená až na 6 tabletiek denne. **Kontraindikácie*:** Precitlivosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. **Upozornenia*:** Podávanie tohto lieku na symptomatickú liečbu akútneho hemoroidu nevylučuje liečbu iných ochorení konečníka. Ak symptómy ihneď neustúpia, má sa vykonať proktologické vyšetrenie a liečba sa má prehodnotiť. **Interakcie*:** Žiadne. **Fertilita*:** Gravidita*. **Laktácia*:** Vyhnúť sa liečbe. **Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje*:** Nežiaduce účinky*: Časté: hnačka, dyspepsia, nauzea, vracanie. Menej časté: kolitída. **Zriedkavé:** bolesť hlavy, závrat, nevoľnosť, vyrážka, pruritus, urtikária. **Neznáme:** bolesť brucha, izolovaný edém tváre, pier, očných viečok. Výnimočne Quinckeho edém. **Predávkovanie*:** **Vlastnosti*:** Venofarmakum a vazoprotektívum. Detralex pôsobí na žilový návrat: redukuje venóznú distenzibilitu a venostázu; na úrovni mikrocirkulácie znižuje kapilárnu permeabilitu a zvyšuje kapilárnu rezistenciu. **Balenie*:** Balenie 60, 90, 120 alebo 150 filmom obalených tablet Detralexu. **Dátum revízie textu:** August 2015

Držiteľ rozhodnutia o registrácii: Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francúzsko. www.servier.com

Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis.

* Podrobné informácie sú uvedené v súhrne charakteristických vlastností lieku, ktorý vám poskytneme na adrese: Servier Slovensko, spol. s r. o., Pribinova 10, 811 09 Bratislava, tel.: 02/59204111, fax: 02/54432690

**Pri porovnaní s dva a pol mesačnou liečbou Detralexom 60 tbl, Zdroj ADC číselník 2/2016

1) Bakri F et al. Phlebology. 1989; (vol. 2):669-671. 2) Yanushko VA et al. Phlebology. 2014; 21(3):146-151. 3) Pointel J.P.; act Méd Int - Angiologie 1988; Suppl. 73: 22-23 4) Nicolaidis A et al. Int Angiol. 2014;33(2):126-39. 5) Štvrtinová V, Sefránek V, Foltán V, Makara P. Metodické listy racionálnej farmakoterapie. 2014;17(7-8)



Život vďaka objavom

arixtra[®]

fondaparín

Skrátená informácia o lieku Arixtra 2,5 mg/0,5 ml

Složenie: Každá naplnená injekčná striekačka (0,5 ml) obsahuje 2,5 mg sodnej soli fondaparínu. Pomocná látka so známym účinkom: Obsahuje menej ako 1 mmol sodíka (23 mg) v jednej dávke, t.j. v podstate zanedbateľné množstvo sodíka. **Lieková forma:** Injekčný roztok. **Terapeutické indikácie:** Prevencia venózných tromboembolických príhod (VTE) u dospelých, ktorí podstupujú závažné ortopedické operácie dolných končatín ako je operácia bedrovej zlomeniny, závažné operácie kolena alebo náhrada bedrového kĺbu. Prevencia venózných tromboembolických príhod (VTE) u dospelých, ktorí podstupujú brušnú operáciu, u ktorých je vysoké riziko tromboembolických komplikácií, ako sú pacienti, ktorí podstupujú brušnú operáciu rakoviny. Prevencia venózných tromboembolických príhod (VTE) u dospelých internistických pacientov, u ktorých je vysoké riziko VTE a ktorí sú imobilizovaní v dôsledku akútneho ochorenia, akým je napríklad srdcová nedostatočnosť a/alebo akútne poruchy dýchacej sústavy a/alebo akútne infekčné alebo zápalové ochorenie. Liečba nestabilnej angíny alebo infarktu myokardu bez elevácie ST segmentu (NAP/NSTEMI) u dospelých, u ktorých nie je indikovaná urgentná (< 120 min) invazívna liečba (PCI). Liečba infarktu myokardu s eleváciou ST segmentu (STEMI) u dospelých, ktorí sú liečení trombolitikami alebo ktorí spočiatku nemajú dostať žiadnu inú formu reperúznej liečby. Liečba dospelých s akútnou symptomatickou spontánnou trombózou povrchových žíl dolných končatín bez sprievodnej hlbokej žilovej trombózy. **Dávkovanie:** Závažné ortopedické alebo brušné operácie: 2,5 mg 1x d s.c., 1. dávka 6 hod. po ukončení operácie, za predpokladu, že bola dosiahnutá liečba. Liečba musí pokračovať do vymiznutia rizika venózneho tromboembolizmu, zvyčajne až dovtedy, kým nie je pacient ambulantný, minimálne 5 až 9 dní po operácii. Prevencia interna: 2,5 mg 1x d s.c. Liečba UA/NSTEMI, u ktorých nie je indikovaná urgentná (< 120 min) invazívna liečba (PCI): 2,5 mg 1x d s.c. Liečba sa má začať čo najskôr po stanovení diagnózy a má pokračovať maximálne 8 dní alebo do prepustenia pacienta z nemocnice, ak k nemu dôjde skôr. Liečba STEMI u dospelých, ktorí sú liečení trombolitikami alebo ktorí spočiatku nemajú dostať žiadnu inú formu reperúznej liečby: Arixtra 2,5 mg 1x d, 1. dávka i.v., následujúce dávky s.c. Liečba sa má začať čo najskôr po stanovení diagnózy a má pokračovať maximálne 8 dní alebo do prepustenia pacienta z nemocnice, ak k nemu dôjde skôr. Liečba SVT: Arixtra 2,5 mg 1x d s.c. po 30 – 45 dní. Špeciálne skupiny pacientov: Poškodenie funkcie obličiek: Fondaparín sa nesmie používať pri liečbe UA/NSTEMI/STEMI u pacientov s Clkreat < 20 ml/min (tj. < 0,33 ml/s). Arixtra 2,5 mg by nemala byť užívaná v liečbe SVT, je-li Clkreat < 20 ml/min., u pacientov s Clkreat 20 – 50 ml/min. redukcia dávky na 1,5 mg. U pacientov s ťažkým poškodením funkcie pečene musí byť fondaparín používaný opatrne. Fondaparín sa neodporúča používať u detí mladších ako 17 rokov kvôli chýbajúcim údajom o bezpečnosti a účinnosti. Ak má pacient podstúpiť koronárnu angioplastiku (inú než primárnu PCI), má sa v súlade so štandardnou praxou podávať nefrakcionovaný heparín (UFH), pričom do úvahy sa má vzívať pacientovo potenciálne riziko krvácania, vrátane času od poslednej dávky fondaparínu. **Kontraindikácie:** Precitlivenosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok, klinicky významné aktívne krvácanie, akútna bakteriálna endokarditída, ťažké poškodenie funkcie obličiek (Clkreat < 20 ml/min.). **Osobitné upozornenia:** Fondaparín sa nesmie aplikovať intramuskulárne. Fondaparín sa musí opatrne podávať pacientom, ktorí majú zvýšené riziko hemorágií, pacientom s aktívnou vredovou gastrointestinálnou chorobou a nedávnym intrakraniálnym krvácaním alebo po nedávnej operácii mozgu, miechy alebo očí. Fondaparín sa musí používať opatrne u pacientov, ktorí sú súbežne liečení inými látkami, ktoré zvyšujú riziko hemorágií (ako sú inhibítory GPIIb/IIIa alebo trombolitiká). U pacientov so STEMI podstupujúcich primárnu PCI sa použitie fondaparínu pred a počas PCI neodporúča. Fondaparín musí byť u starších pacientov používaný opatrne. Ochranný kryt ihly injekčnej striekačky môže obsahovať sušenú prírodnú latexovú gumu, ktorá môže vyvolať alergické reakcie u osôb citlivých na latex. **Liekové a iné interakcie:** Pri prevencii VTE – s fondaparínom súčasne nesmú byť podávané látky, ktoré môžu zvýrazniť riziko hemorágií. Medzi tieto látky patria desirudín, fibrinolytiká, antagonisti receptora GP IIb/IIIa, heparín, heparinoidy alebo nízkomolekulové heparíny (LMWH). Pri následnej liečbe heparínom alebo LMWH by vo všeobecnosti mala byť prvá injekcia podaná jeden deň po poslednej injekcii fondaparínu. **Fertilita, gravidita a kojenie:** Fondaparín sa má predpísať gravidným ženám iba v nevyhnutných prípadoch. Dojčenie sa počas liečby fondaparínom neodporúča. **Nežiaduce účinky:** Časté: pooperačné krvácanie, anémia, krvácanie (hematómy, hematúria, hemoptýza, krvácanie z ďasien). Pred použitím sa oboznáňte s kompletnou informáciou v SPC. **Čas použiteľnosti/uchovávanie:** 3 roky/Uchovávajú sa pri teplote do 25°C. Neuchovávajú sa v mrazničke. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Aspen Pharma Trading Limited, 3016 Lake Drive, Citywest Business Campus, Dublin 24, Irsko. **Reg. č.:** EU/1/02/206/001-004, EU/1/02/206/021-023. **Datum prvej registrácie/prodávania registrácie:** 21. 3. 2002/21. 3. 2007. **Datum poslednej revízie textu SPC:** 15. 10. 2014. Výdej lieku je viazaný na lekársky predpis a liek je hrađený z prostredkov verejného zdravotného poistenia. Pred predpísaním lieku sa oboznáňte, prosím, s úplnými informáciami o lieku, ktoré nájdete v súhrne charakteristických vlastností lieku na www.sukl.sk. Odborné medicínske otázky týkajúce sa liekov spoločnosti Aspen získate na linke 0233329930 a na e-mailovej adrese Aspenmedinfo@professionalinformation.co.uk. **Datum poslednej revízie textu zkrátenej informácie:** 17. 12. 2015.

*Fondaparínux je syntetický, selektívny nepriarny inhibítor koagulačného faktora Xa.

Referencie: 1. SPC Arixtra.

arixtra[®]

fondaparín

**Všetky injekčné
antikoagulačné lieky
nie sú rovnaké^{1,*}**



1x
denne



dávka 2,5 mg

**Liečba dospelých s akútnou
symptomatickou spontánnou trombózou
povrchových žíl dolných končatín bez
sprievodnej hlbokaj žilovej trombózy¹**

 **aspen**
SLOVAKIA

Výbor Slovenskej angiologickej spoločnosti Slovenskej lekárskej spoločnosti (S.A.S. SLS)

Predsedníčka: prof. MUDr. Viera Štvrtinová, CSc.

Vedecký sekretár: MUDr. Ewald Ambrózy, PhD.

Podpredsedníčka: MUDr. Katarína Dostálová, PhD., MPH

Pokladníčka: MUDr. Eva Bojdová

Členovia výboru

prof. MUDr. Vladimír Šefránek, CSc.

doc. MUDr. Juraj Maďarič, PhD., MPH

MUDr. Daša Kmecová, PhD.

MUDr. Ivar Vacula, PhD.

MUDr. Andrej Džupina, PhD.

Dozorná rada

MUDr. Oľga Bzdúchová – predsedníčka

doc. MUDr. František Žernovický, CSc.

MUDr. Augustín Mistrík

Predseda PS Intervenčnej angiológie S.A.S. SLS

primár MUDr. Ľubomír Špak, MPH

Hlavný odborník MZ SR

MUDr. Augustín Mistrík

Výbor Lymfologickej sekcie S.A.S. SLS

Predseda: MUDr. Andrej Džupina, PhD.

Vedecký sekretár: MUDr. Ewald Ambrózy, PhD.

Podpredsedníčka: primárka MUDr. Eva Husarovičová

Členovia výboru: MUDr. Igor Lašan, MUDr. Viliam Bugáň

Dozorná rada

MUDr. Mária Džupinová – predsedníčka

MUDr. Igor Šinák

MUDr. Zlatica Augustovičová

POĎAKOVANIE

V priebehu kongresu sa uskutoční výstavka výrobkov farmaceutických firiem, ako aj zdravotníckej techniky.

Výbor SAS SLS ďakuje v mene všetkých účastníkov kongresu generálnym partnerom, hlavným partnerom, ako i vystavovateľom za prezentáciu firmy a podporu kongresu.

GENERÁLNI PARTNERI

ALFA WASSERMANN CZECH, s. r. o., o. z. Slovensko

ASPEN EUROPE, GmbH

BOEHRINGER-INGELHEIM, RCV GmbH, o. z.

SERVIER Slovensko, s. r. o

HLAVNÍ PARTNERI KONGRESU

BAYER, s. r. o

PFIZER LUXEMBURG SARL, o. z.

VYSTAVOVATELIA A PARTNERI

Aries, a. s.

Beta Plus, s. r. o.

INFO DOKTOR, s. r. o.

Maxis, a. s.

Mölnycke Health Care, s. r. o.

Pobtex, s. r. o.

Sanofi-Aventis Pharma Slovakia, s. r. o.

Schwabe Slovakia, s. r. o.

Thusasne SK, s. r. o.

Firmy prihlásené po uzávierke programu nie sú uvedené v programe.

MEDIÁLNY PARTNER

Solen, s. r. o.

SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU

Názov lieku: Pradaxa 75 mg, Pradaxa 110 mg, Pradaxa 150 mg. **Zloženie lieku:** 75 mg, 110 mg alebo 150 mg dabigatranetexilátu (ako mesilát). **Lieková forma:** Tvrdá kapsula. **Indikácie:** Prírodná prevencia žilových tromboembolických príhod (VTE) u dospelých pacientov, ktorí podstúpili elektívnu totálnu chirurgickú náhradu bedrového kĺbu alebo totálnu chirurgickú náhradu kolena (75 mg a 110 mg). Prevencia mozgových príhod a systémovej embolizácie u dospelých pacientov s **nevalválrnou** fibriláciou predsiŕnia (NVAF), s jedným alebo viacerými rizikovými faktormi ako sú prekonaná mozgová príhoda alebo **tranzitórny ischemický atak (TIA)**; vek \geq 75 rokov; srdcové zlyhanie (NYHA trieda \geq II); diabetes mellitus; hypertenzia (110 mg a 150 mg). Liečba hlbokej žilovej trombózy (DVT) a pľúcnej embólie (PE), a prevencia rekurentnej DVT a PE u dospelých (110 mg a 150 mg). **Dávkovanie a spôsob podávania:** Prevencia VTE u pacientov po elektívnej chirurgickej náhrade kolena: 220 mg 1x denne (2 kapsuly po 110 mg), perorálne, 1-4 hodiny po skončení chirurgického zákroku 1 kapsula, potom 2 kapsuly 1x denne celkovo 10 dní. Prevencia VTE u pacientov po elektívnej chirurgickej náhrade bedrového kĺbu: 220 mg 1x denne (2 kapsuly po 110 mg), perorálne, 1-4 hodiny po skončení chirurgického zákroku 1 kapsula, potom 2 kapsuly 1x denne celkovo 28-35 dní. Prevencia mozgových príhod a systémovej embolizácie u dospelých pacientov s nevalválrnou fibriláciou predsiŕnia s jedným alebo viacerými rizikovými faktormi: 300 mg, 2x denne jedna 150 mg kapsula, pacienti vo veku \geq 80 rokov alebo pacienti súbežne užívajúci verapamil: 220 mg 2x denne jedna 110 mg kapsula, perorálne, dlhodobé. Pred začatím liečby a počas liečby Pradaxou by sa mala stanoviť funkcia obličiek pomocou výpočtu CrCl (viď SPC). Liečba a prevencia DVT a PE u dospelých: odporúčaná denná dávka Pradaxy je 300 mg podaná ako jedna 150 mg kapsula dvakrát denne po liečbe parenterálnym antikoagulačiom počas minimálne 5 dní. Dĺžka liečby sa má po dôkladnom zhodnotení prínosu liečby voči riziku krvácania posúdiť individuálne. Krátkodobá liečba (minimálne 3 mesiace) má vychádzať z prechodných rizikových faktorov (napr. nedávny chirurgický výkon, úraz, imobilizácia) a dlhšie trvania liečby majú vychádzať z trvalých rizikových faktorov alebo idiopatickej DVT alebo PE. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok, pacienti s ťažkým poškodením funkcie obličiek (CrCl 30 ml/min), aktívne klinicky významné krvácanie, lézie alebo stavy ak sa považujú za významný rizikový faktor veľkého krvácania, súbežná liečba akýmkoľvek iným antikoagulačným činidlom, poškodenie funkcie pečene alebo ochorenie pečene s očakávaným vplyvom na prežitie, súbežná liečba so systémovo podávaným ketokonazolom, cyklosporínom, itrakonazolom a dronedarónom, pacienti s umelými náhradami srdcových chlopní vyžadujúci antikoagulačnú liečbu. **Osobitné upozornenia:** Poškodenie funkcie pečene: použitie Pradaxy sa neodporúča. Riziko hemorágie: v prípadoch život ohrozujúceho alebo nekontrolovaného krvácania, keď je potrebné rýchle zvrátenie antikoagulačného účinku dabigatranu, je k dispozícii antidotum (Praxbind, idarucizumab), pri stavoch so zvýšeným rizikom krvácania používať s opatnosťou, odporúča sa dôsledné klinické sledovanie, súbežné použitie tikagreloru zvyšuje riziko krvácania. Môže sa zväziť použitie fibrinolytických liekov na liečbu náhleho cievneho mozgového príhody. Interakcia s indukčtormi P-gp: znižuje koncentráciu liečiva. Chirurgický výkon a zákroky: odporúča sa dočasné prerušenie liečby. Akútne, subakútne a elektívne chirurgické výkony a zákroky: keď je potrebné rýchle zvrátenie antikoagulačného účinku, je k dispozícii antidotum Pradaxy (Praxbind, idarucizumab). Predoperačná fáza: dočasné vysadenie lieku. Spinálna anestézia/epidurálna anestézia/lumbálna punkcia podanie lieku 2 h. po odstránení katétra. Pacienti po chirurgickom zákroku: odporúča sa dôsledné sledovanie. Infarkt myokardu: možné zvýšené relatívne riziko. Infarkt myokardu. Pacienti s aktívnym nádorom. **Liekové interakcie:** Antikoagulačná a antiagregagická; klopidogrel; ASA; NSAID; LMWH; SSRI, SNRI; inhibitory P-gp: amiodarón, dro-nedarón, posakonazol, verapamil, chinidín, ketokonazol, klaritromycín a tikagrelor; indukčtormi P-gp: rifampicín, ľubovník bodkovaný, karbamazepín, fenytoín; inhibitory proteázy: ritonavir; substráty P-gp: digoxín; žalúdočné pH: pantoprazol, ranitidín. **Nežiaduce účinky:** Časté: anémia, pokles hemoglobínu, epistaxa, GIT krvácanie, bolesť brucha, hnačka, dyspepsia, nauzea, rektálne krvácanie, abnormálna funkcia pečene/abnormálne pečevné funkčné testy, kožné krvácanie, krvácanie do urogenitálneho traktu. **Uchovávanie:** uchovávať v pôvodnom obale na ochranu pred vlhkosťou. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Nemecko. **Dátum revízie textu:** Január 2016.

Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Určené pre odbornú verejnosť. Podrobnejšie informácie sú uvedené v Súhrne charakteristických vlastností lieku, ktorý získate na dole uvedenej adrese. Boehringer Ingelheim RCV GmbH & Co KG, o.z., Prievozská 2/A, 821 09 Bratislava, Slovenská republika, e-mail: info.br@boehringer-ingelheim.com

SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU

Názov lieku: Praxbind 2,5 g/50 ml injekčný/infúzný roztok. **Zloženie lieku:** Každý ml injekčného/infúzneho roztoku obsahuje 50 mg idarucizumabu. Každá injekčná liekovka obsahuje 2,5 g idarucizumabu v 50 ml. **Lieková forma:** Injekčný/infúzný roztok. **Indikácie:** Praxbind je špecifický antidotum pre dabigatran a je indikovaný dospelým pacientom liečeným liekom Pradaxa (dabigatranetexilát) v prípadoch, keď sa vyžaduje rýchla reverzia antikoagulačných účinkov dabigatranu: pri neodkladných chirurgických/urgentných zákrokoch, pri život ohrozujúcom alebo nekontrolovanom krvácaní. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Odporúčaná dávka Praxbindu je 5 g (2 x 2,5 g/50 ml). **Kontraindikácie:** Žiadne. **Osobitné upozornenia:** Idarucizumab sa špecificky viaže na dabigatran a antagonizuje jeho antikoagulačný účinok. Nereverzujúce účinky iných antikoagulantov. Precitlivosť na liečivo: treba zväziť pomer rizika a prínosu. Hereditárna fruktózová intolerancia: odporúčaná dávka Praxbindu obsahuje 4 g sorbitolu. Tromboembolické príhody: reverzia liečby dabigatranom vystavuje pacientov riziku trombózy zapríčinených ich primárnym ochorením. V záujme zníženia rizika sa má zväziť obnovenie antikoagulačnej liečby ihneď, ako je to zo zdravotného hľadiska možné. Vyšetrenie proteínov v moči: Praxbind spôsobuje prechodnú proteinúriu ako fyziologickú reakciu na prebytok renálneho proteínu po bolusovej/krátkodobej intravenózne aplikácii 5 g idarucizumabu. Obsah sodíka: Tento liek obsahuje 2,2 mmol (alebo 50 mg) sodíka v jednej dávke. Je potrebné to zohľadniť u pacientov na diéte s kontrolovaným obsahom sodíka. **Liekové interakcie:** Neuskutočnili sa žiadne formálne interakčné štúdie Praxbindu s inými liekmi. Na základe farmakokinetických vlastností a vysokej špecificity väzby na dabigatran sa klinicky relevantné interakcie s inými liekmi považujú za nepravdepodobné. **Nežiaduce účinky:** Nezistili sa žiadne nežiaduce reakcie. **Uchovávanie:** Uchovávať v chladničke (2 °C – 8 °C). Neuchovávať v mrazničke. Uchovávať v pôvodnom obale na ochranu pred svetlom. Pred použitím sa neotvorená injekčná liekovka môže uchovávať pri izbovej teplote (25 °C) po dobu 48 hodín za predpokladu, že sa skladuje v pôvodnom obale na ochranu pred svetlom, alebo 6 hodín, ak je vystavená svetlu. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Nemecko. **Dátum revízie textu:** November 2015.

Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Určené pre odbornú verejnosť. Podrobnejšie informácie sú uvedené v Súhrne charakteristických vlastností lieku, ktorý získate na dole uvedenej adrese. Boehringer Ingelheim RCV GmbH & Co KG, o.z., Prievozská 2/A, 821 09 Bratislava, Slovenská republika, e-mail: info.br@boehringer-ingelheim.com



JEDINEČNÁ OCHRANA^{*1,2}
PRADAXA[®]
S VÄČŠOU KONTROLOU^{1,2}
PRAXBIND[®]

Okamžitá reverzia v minútach.²

*Jediné NOAK (v dávke 150 mg 2x denne) so
signifikantnou ochranou pred iCMP a špecifickým
antidotom k dispozícii.

1) Súhrn charakteristických vlastností lieku Pradaxa, 2016;
2) Súhrn charakteristických vlastností lieku Praxbind, 2015

Pradaxa[®]
dabigatranetexilát

Praxbind[®]
idarucizumab

VŠEOBECNÉ INFORMÁCIE/GENERAL INFORMATION

Miesto konania/Congress venue

Hotel SOREA Titris , TATRANSKÁ LOMNICA, Vysoké Tatry (High Tatra)

e-mail: titris@sorea.sk

Kongresový poplatok

pre členov S.A.S. SLS	70 €
pre nečlenov	90 €
lekári do 30 rokov	30 €
kongresový poplatok na jeden deň, sestry	20 €
prvý autor, študenti a dôchodcovia	bez poplatku

Kongresový poplatok je možné uhradiť na číslo účtu: 4532-012/0200, variabilný symbol: VS: 16-1009/070 alebo v hotovosti pri registrácii. Z kongresového poplatku sa bude hradiť účasť na vedeckom programe, vydanie programu a abstraktov, ako aj ostatné kongresové materiály.

Rokovacie jazyky: slovenský, český, anglický jazyk

Congress Languages: Slovak, Czech and English without simultaneous translation

Časový limit prednášok: 8 minút, pre pozvaných prednášajúcich 15 minút.

The time limit for the lectures is 8 min and for the invited lectures is 15 minutes.

Postery: veľkosť panelov je 125 x 125 cm

Kredity:

Podujatie je zaradené do sústavného medicínskeho vzdelávania kreditovaných podujatí.

Pasívna účasť 21. 9. – 5 kreditov, 22. 9. – 8 kreditov, 23. 9. – 5 kreditov, 24. 9. – 3 kredity.

Potvrdenie o účasti bude možné vyzdvihnúť si v posledný deň kongresu pri registrácii.

Organizátor nebude poskytovať nepeňažné plnenie pre účastníkov podujatia. Účastník preto nemá povinnosť odvodu zrážkovej dane za nepeňažné plnenie v zmysle Zákona o dani z príjmov č. 595/2003 Z. z. v znení neskorších predpisov.

Lístky na obedy 22. 9., 23. 9., 24. 9., spoločenský večer 22. 9. (štvrtok) a výlet 23. 9. (piatok) bude možné si zakúpiť v hotovosti na mieste pri registrácii.

PREHĽAD PROGRAMU

21. 9. 2016	
Streda / Wednesday	
11.00 – 18.00	Registrácia / Registration
14.00	Pracovné otvorenie kongresu
14.00 – 19.30	Vedecký program / Scientific session
19.30	Zasadnutie výboru S.A.S. SLS

22. 9. 2016	
Štvrtok / Thursday	
8.00 – 18.00	Registrácia / Registration
8.30	Slávnostné otvorenie kongresu a príhovory hostí
9.00 – 11.30	Vedecký program / Scientific session
11.30 – 12.30	Plenárne zasadnutie S.A.S. SLS k aktuálnym otázkam angiológie na Slovensku
13.30 – 19.30	Vedecký program / Scientific session
20.00	Banket ANGIO 2016

23. 9. 2016	
Piatok / Friday	
8.00 – 15.00	Registrácia / Registration
8.30 – 12.30	Vedecký program / Scientific session
13.30 – 15.00	Vedecký program / Scientific session
15.15 – 23.00	Prehliadka Levoče spojená s koncertom a večerou / Guided Tour to Levoča with concert and supper

24. 9. 2016	
Sobota / Saturday	
8.00 – 12.00	Registrácia, vydávanie certifikátov / Registration
9.00 – 12.00	Vedecký program / Scientific session
12.00	Ukončenie kongresu / Closing remarks

 Endotelprotektívny účinok¹

 Antitrombotický účinok²

 Kardiovaskulárna ochrana³



Skrátená informácia prípravku VESSEL DUE F kapsuly, VESSEL DUE F injekcie

Liečivá látka: Sulodexidum 250 LSU v 1 kapsule, Sulodexidum 600 LSU v 1 injekčnej ampulke. **Indikácie:** žilová trombóza a posttrombotický syndróm; ischemická choroba srdca, okluzívne postihnutie mozgových tepien, ischemická choroba dolných končatín; mikroangiopatia; diabetická makroangiopatia, diabetická noha, diabetická retinopatia, diabetická nefropatia, diabetická neuropatia; senilná deteriorácia, CMP; prevencia oklúzie a trombózy venae centralis retinae, makulárna degenerácia; zaistenie pacienta po IM, prevencia formácie intrakardiálneho trombu. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Kapsuly: 1-2 kapsuly dvakrát denne po jedle. **Injekcie:** 1 injekčnú ampulku denne, pre i.m. alebo i.v. podanie. **Kontraindikácie:** Individuálna precitlivosť na liečivo alebo iné zložky lieku, na heparín a heparínu podobné látky, Diatéza a hemoragické ochorenia. **Zvláštne upozornenie pre použitie:** Vzhľadom na nízku toxicitu lieku neexistujú zvláštne upozornenia pre používanie. Avšak pri súbežnej liečbe antikoagulantmi sa odporúča pravidelne kontrolovať parametre hemokoagulácie. Bezpečnosť a účinnosť lieku u detí nebola overená v klinických štúdiách a z tohto dôvodu podávanie tohto lieku deťom neodporúčame. **Interakcie:** Sulodexid ako heparínu podobná molekula môže zvýšiť antikoagulačné účinky heparínu samotného a súčasne podávaných perorálnych antikoagulantov. Účinok liečby môže byť v niektorých prípadoch zvýšený súčasným podávaním liekov ovplyvňujúcich agregáciu trombocytov (kyselina acetylsalicylová, ibuprofén, fenylobutazón, indometacín, dipyridamol, dextrán). **Tehotenstvo a dojčenie:** Používanie lieku v gravidite sa neodporúča, aj keď štúdie fetálnej toxicity nedokázali embryo-fetotoxické účinky. Nebolo preukázané, či sulodexid preniká do materského mlieka, preto by sa liek v období laktácie mal podávať iba v nevyhnutných prípadoch. **Účinky na schopnosť šoférovať a obsluhovať stroje:** Liek neovplyvňuje vedenie motorových vozidiel a obsluhu strojov. **Nežiaduce účinky:** Pri perorálnom podávaní sa môžu objaviť gastrointestinálne ťažkosti ako nauzea, vracanie a bolesť v epigastriu. Pri parentálnom podávaní sa môže vyskytnúť bolesť, pálenie, sčervenanie alebo hematóm v mieste vpichu. **Predávkovanie:** V prípade predávkovania sa môže objaviť krvácanie. V prípade krvácania je nevyhnutné podať injekčne 1 % protamín sulfát (8 ml i.v. = 30 mg), tak ako sa zvyčajne používa pri heparinovej hemoragii. **Balenie:** 50 kapsúl v blistri, 10 injekčných ampuliek v plastovom príteraze. **Uchovávanie:** Uchovávať pri teplote do 30 °C. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** ALFA Wassermann S.p.A., Alanno (PE), Taliansko. **Registračné číslo:** Kapsuly: 85/0669/92-C/5, Injekcie: 85/0670/92-C/5, **Dátum poslednej revízie textu:** November 2006. **Upozornenie:** Výdaj liečivého prípravku je viazaný na lekársky predpis. Prípravok je hradený z prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Pred podaním sa oboznáňte s úplnou informáciou o lieku. Súhrnné informácie o prípravku sú k dispozícii na adrese: Alfa Wassermann Czech s.r.o., organizačná zložka Slovensko, Prešernova 4, 811 02 Bratislava.

Referencie: 1. Kristova A. – Evaluation of endothelium-protective effect of drugs in experimental model of endothelial damage, *Physiol. Res.* 49: 123-128, 2000
2. Coccheri S. et al. – Sulodexide in the treatment of intermittent claudication (results of randomized, double-blind, multicenter, placebo-controlled study), *European Heart Journal.* 2002 23, p. 1057-1065
3. Davignon - Role of Endothelial Dysfunction in Atherosclerosis, *Circulation.* 2004;109 [suppl III]:III-27-III-32.

Jednoduchý začiatok a pokračovanie v liečbe HŽT/PE

15 mg 2x denne počas prvých 21 dní
Od 22. dňa 20 mg 1x denne¹

HŽT - hlboká žilová trombóza; PE - pľúcna embólia

Referencie: 1. SPC Xarelto, Súhrn charakteristických vlastností lieku, Júl 2015

▼ Tento liek je predmetom ďalšieho monitorovania. To umožní rýchle zistenie nových informácií o bezpečnosti. Od zdravotníckych pracovníkov sa vyžaduje, aby hlásili akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie. Tlačivo na hlásenie nežiaducej reakcie je dostupné na http://www.sukl.sk/sk/bezpecnost-liekov/hlasenie-o-neziaducich-ucinkoch?page_id=536.

Zloženie lieku: *liečivo:* 10 mg/15 mg/20 mg rivaroxabanu. **Lieková forma:** Filmom obalená tableta. **Terapeutické indikácie:** 10 mg; Prevencia venózneho tromboembolizmu (VTE) u dospelých pacientov, ktorí absolvovali elektívny chirurgický výkon na nahradenie bedrového alebo kolenného kĺbu. 15 mg/20 mg; Prevencia cievnnej mozgovej príhody (CMP) a systémovej embolizácie (SE) u dospelých pacientov s nevalvulárnou fibriláciou predsenií (FP) s jedným alebo viacerými rizikovými faktormi, ako je kongestívne srdcové zlyhanie, hypertenzia, vek ≥ 75 rokov, diabetes mellitus, prekonaná cievnna mozgová príhoda alebo tranzitórny ischemický atak. Liečba hlbokéj žilovej trombózy (DVT) a pľúcnej embólie (PE) a prevencia rekurencie DVT a PE u dospelých. *Osobitné skupiny pacientov: Pacienti podstupujúci kardioverziu: u pacientov, u ktorých môže byť potrebná kardioverzia, sa liečba Xareltom môže začať alebo sa môže v liečbe pokračovať. **Kontraindikácie:** Precitlivenosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok; aktívne, klinicky významné krvácanie; zranenie alebo stav, ak sa považuje za významné riziko závažného krvácania; súčasne liečba inými antikoagulantmi s výnimkou osobitných okolností pri prestavovaní antikoagulačnej liečby alebo pri podávaní UHF v dávkach nevyhnutných na udržanie otvorených centrálnych žilových alebo arteriálnych katétrov; ochorenie pečene súvisiace s koagulopatiou a klinicky významným rizikom krvácania, vrátane cirhotických pacientov s Childovým-Pughovým typom B a C; gravidita a laktácia. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** V súlade s praxou antikoagulačnej liečby sa počas liečby odporúča klinické sledovanie. Liečbu Xareltom treba pri výskyte krvácania prerušiť. S rastúcim vekom sa môže zvyšovať riziko krvácania. **Neodporúča sa:** u pacientov s ťažkým poškodením funkcie obličiek (klírens kreatinínu < 15 ml/min); u pacientov, ktorí súčasne dostávajú systémovú liečbu silnými inhibítormi CYP3A4 a P-gp, napr. azolové antimykotiká alebo inhibítory proteázy HIV; u pacientov so zvýšeným rizikom krvácania; u pacientov ktorým sú súčasne podávané silné induktory CYP3A4, ak nie sú starostlivo sledované príznaky a prejavy trombózy. **Neodporúča sa z dôvodu nedostatku klinických údajov:** u pacientov mladších ako 18 rokov; u pacientov súčasne liečených s dronedarónom. 15 mg/20 mg; u pacientov s náhradnými chlopňami, u hemodynamicky nestálych pacientov s pľúcnou embóliou alebo u pacientov, u ktorých sa vyžaduje trombolýza alebo pľúcna embolektómia. **Použitie s opatrnosťou:**

stavy so zvýšeným rizikom krvácania; u pacientov s ťažkým poškodením funkcie obličiek (klírensom kreatinínu 15-29 ml/min) alebo u pacientov s poškodením funkcie obličiek, ktorí súčasne užívajú iné lieky, ktoré zvyšujú plazmatické koncentrácie rivaroxabanu; u pacientov súčasne liečených liekmi ovplyvňujúcimi hemostázu; v prípade neuroaxiálnej anestézie (spinálna/epidurálna anestézia) alebo spinálnej/epidurálnej punkcie. 15 mg/20 mg; u pacientov so stredným až závažným poškodením funkcie obličiek je potrebné sa riadiť špecifickými odporúčaniami a v prípade DVT/PE pacientov je potrebné posúdiť mieru rizika krvácania a rekurencie DVT/PE. U pacientov s rizikom vzniku ulcerózneho gastrointestinálneho ochorenia možno zvážiť vhodnú profylaktickú liečbu. Hoci liečba rivaroxabanom nevyžaduje rutinné sledovanie expozície, hladiny rivaroxabanu možno merať kalibrovanými kvantitatívnymi testami na prítomnosť anti-faktora Xa, čo môže byť užitočné vo výnimočných situáciách. Xarelto obsahuje laktózu. **Nežiaduce účinky:** Časté: anémia, závrat, bolesť hlavy, krvácanie do oka, hypotenzia, hematóm, krvácanie z nosa, hemoptýza, krvácanie z ďasien, krvácanie do gastrointestinálneho traktu, bolesť brucha a bolesť v gastrointestinálnom trakte, dyspepsia, nauzea, zápcha, hnačka, vracanie, pruritus, vyrážka, ekchymóza, krvácanie do kože a podkožné krvácanie, bolesť v končatinách, krvácanie do urogenitálneho traktu (menoragia, veľmi časté u žien < 55 rokov liečených na DVT, PE a prevenciu rekurencie), poškodenie funkcie obličiek, horúčka, periférny edém, znížená celková sila a energia, zvýšenie transamináz, postprocedurálna hemoragia, kontúzia, mokvanie rany. **Menej časté:** trombocytémia, alergická reakcia, alergická dermatitída, cerebrálna a intrakraniálna hemoragia, synkopa, tachykardia, sucho v ústach, abnormálna funkcia pečene, žihľavka, hemartróza, pocit nepohody, zvýšené: bilirubin, alkalická fosfatáza v krvi, LDH, lipáza, amyláza, GGT. **Zriedkavé:** žltáčka, svalová hemoragia, lokalizovaný edém, zvýšený konjugovaný bilirubin, cievnne pseudoaneurizmy. **Neznáme:** syndróm kompartmentu alebo zlyhanie obličiek (akútne) sekundárne po krvácaní. Postregistračné sledovanie (frekvencia sa nedá odhadnúť): angioedém a alergický edém, cholestáza a hepatitída (vrátane poškodenia pečeneových buniek), trombocytopenia*.

*Všimnite si prosím zmenu v Súhrne charakteristických vlastností lieku **Výdaj lieku:** Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis.

Držiteľ rozhodnutia o registrácii: Bayer Pharma AG, Berlin, Nemecko. **Registračné čísla:** EU/11/08/472/001-037.

Pred predpísaním lieku sa, prosím, podrobne oboznámte s úplným znením Súhrnu charakteristických vlastností lieku.

Dátum revízie textu: 07/2015.

Dátum prípravy materiálu: 07/2016.

Streda, 21. 9. 2016

VEĽKÁ SÁLA

14.00

Pracovné otvorenie kongresu

14.00 – 15.00

Prednáškový blok č. 1 / Scientific session No. 1

VASKULITÍDY / VASCULITIDES

Predsedníctvo: Oľga Bzdúchová (Bratislava), Eva Hirnerová (Bratislava)

- 1. Vaskulitídy – princípy diagnostiky a liečby / Vasculitides – principles of diagnostic and treatment – Štvrtinová V., Rovenský J.** (II. interná klinika LF UK a UNB, Bratislava a NÚRCH, Piešťany)
- 2. Vaskulitídy a obličky / Vasculitides and kidney – Hirnerová E., Vacula I., Kučera M., Mižičková M., Štvrtinová V.** (II. interná klinika UNB a LF UK a Rádiologická klinika UNB, LF UK a SZU, Bratislava)
- 3. Vaskulitídy a pľúca / Vasculitides and lungs – Kučera M., Hirnerová E.** (II. interná klinika LF UK a UNB, Bratislava)
- 4. Obrovskobunková arteritída a žilová trombóza / Giant cell arteritis and venous thrombosis – Čelovská D., Krahulcová J., Štvrtinová V.** (II. interná klinika LF UK a UNB, Bratislava)
- 5. Primárne vaskulitídy veľkých ciev, postihnutie ascendentnej aorty pri Takayasuovej arteritíde – kazuistika / Primary large vessels' vasculitides, involvement of ascendent aorta in Takayasu arteritis – case report – Hasáková J., Bučeková E., Hulman M., Štvrtinová V.** (Klinika kardiochirurgie NÚSCH, a. s., Bratislava a II. interná klinika LF UK, Bratislava)

15.00 – 16.00

Prednáškový blok č. 2 / Scientific session No. 2

HORÚCE TÉMY / HOT TOPICS

Predsedníctvo: Juraj Maďarič (Bratislava), Ľubomír Špak (Košice)

6. **Intervenčná liečba periférneho artériového ochorenia končatín – aktuálne štúdie** / Interventional treatment of PAOD – current studies – Špak Ľ. (Angiologické oddelenie Kardiologickej kliniky, VÚSCH, Košice)
7. **Ochorenia aorty – aktuálne štúdie** / Diseases of aorta – current studies – Flák Ľ. (Klinika kardiológie a angiológie, NÚSCH, a. s., Bratislava)
8. **Liečba karotických stenóz – aktuálne štúdie** / Treatment of carotid stenosis – current studies – Maďarič J. (Klinika kardiológie a angiológie, NÚSCH, a. s., Bratislava)
9. **Povrchová žilová trombóza – aktuálne štúdie** / Superficial vein thrombosis – current studies – Štvrtinová V. (II. interná klinika LF UK a UNB, Bratislava)

16.00 – 16.30 **Prestávka**

16.30 – 17.30

Prednáškový blok č. 3 / Scientific session No. 3

KARDIOVASKULÁRNE RIZIKO A MOŽNOSTI PREVENČIE /

CARDIOVASCULAR RISK AND PREVENTION POSSIBILITIES

Predsedníctvo: Katarína Dostálová (Bratislava), Jiří Spáčil (Praha)

10. **Riziko KV úmrtí, sonografické vyšetrenie karotid, index kotníkového tlaku a rychlost pulsových vln: upřesnění KV rizika?** / Heart score, carotid artery examination, ABI and pulse wave velocity: improving cardiovascular risk stratification? – Spáčil J., Svobodová J. (Cévní ordinace, SPAMED s.r.o., Praha, Česká republika)
11. **Vplyv zvýšenej tuhosti aorty na zaťaženie ľavej komory** / Influence of increased aortic stiffness on left ventricular load – Bulas J., Potočárová M., Murín J., Luha J., Kozlíková K., Čaprnda M. (I. interná klinika LF UK a UNB, Bratislava)
12. **Mikroalbuminúria a subklinická ateroskleróza** / Microalbuminuria and subclinical atherosclerosis – Szabóová E., Kocsisová A., Fatľová E. (IV. interná klinika UPJŠ LF a UN LP, Košice)

- 13. Detekcia markerov mäkkého plátu pri aterosklerotickom postihnutí arteria carotis interna** / Detection of markers of soft plaque in atherosclerotic stenosis of internal carotid artery – Štefanič P., Frankovičová M., Berek P., Zavacká M., Sihotský V., Kubíková M., Staško P., Kopolovets I., Leško N. (Klinika cievnej chirurgie, VÚSCH, a. s., Košice)
- 14. Prevencia – ako ďalej?** / Prevention – how to continue? – Dostálová K., Ambrózy E., Kukučková L., Moricová Š. (Fakulta verejného zdravotníctva SZU, Bratislava)

17.30 – 18.30

Prednáškový blok č. 4 / Scientific session No. 4

PRE A KONTRA / PRO AND CONTRA

Predsedníctvo: Juraj Maďarič (Bratislava), Ján Tomka (Bratislava)

- 15. Ktorého pacienta s karotickou stenózou by som operoval?** / Which patient with carotid stenosis I would operate on? – Tomka J. (Klinika cievnej chirurgie, NÚSCH, a. s., Bratislava)
- 16. Ktorého pacienta s karotickou stenózou by som indikoval na karotický stenting?** / Which patient with carotid stenosis I would indicate to carotid stenting? – Maďarič J. (Klinika kardiológie a angiológie, NÚSCH, a. s., Bratislava)

Diskusia

- 17. Ktorý pacient s aneuryzmou abdominálnej aorty je kandidátom na otvorený chirurgický výkon?** / Which patient with abdominal aortic aneurysm is a candidate for open surgery? – Mondek P. (Odd. cievnej chirurgie, FN Nitra)
- 18. Ktorý pacient s aneuryzmou abdominálnej aorty je kandidátom na endovaskulárnu liečbu?** / Which patient with abdominal aortic aneurysm is a candidate for endovascular treatment? – Špak Ľ. (Angiologické oddelenie Kardiologickej kliniky, VÚSCH, Košice)

Diskusia

18.30 – 19.30

Prednáškový blok č. 5 / Scientific session No. 5

CHOROBY ŽÍL / DISEASES OF THE VENOUS SYSTEM

Predsedníctvo: Július Mazuch (Martin), František Žernovický (Bratislava)

- 19. Venózne aneurizmy / Venous aneurysms** – Mazuch J., Červená Z., Mazuchová J. (Chirurgická klinika a Transplantačné centrum JLF UK a UNM, Martin)
- 20. Nulová pozícia ELVeS katétra v SF junkcii pri ablácii VSM / ELVeS catheter zero position in SF junction at VSM ablation** – Výrostko V., Pružinec D. (Oddelenie jednoduchovej chirurgie, cievna ambulancia, Nemocnica Handlová)
- 21. ASVAL – kazuistika a minireview / ASVAL (Ambulatory Selective Varicose vein Ablation under Local anaesthesia)** – case report and minireview – Samek P., Pittaluga P., Chastanet S. (Ambulancia cievnej chirurgie, Chiraven, Košice)
- 22. Využitie termoablácie v liečbe venózneho insuficiencie / Utilization of thermoablation in the treatment of venous insufficiency** – Torma N., Frankovičová M., Lacková V., Kopolovets G. (Cievna klinika – IMEA, Košice a Klinika cievnej chirurgie UPJŠ LF a VÚSCH, a.s., Košice)
- 23. Úloha C-reaktívneho proteínu v manažmente venózneho tromboembolizmu / Role of C-reactive protein in management of venous thromboembolism** – Petrovič T., Koller T., Kovářová M., Payer J. (V. interná klinika LF UK a UNB, Nemocnica Ružinov, Bratislava)
- 24. Vyšetrenie na cievnej ambulancii Nemocničná a. s. Malacky v akútnom režime – percento výskytu supponovaných akútnych stavov / Examination in Angiology Clinic, Nemocnična a.s. Malacky in emergency mode – percentage of occurrence of presupposed acute medical cases** – Frič M., Jurga R. (Angiologická ambulancia, Nemocničná a. s., Malacky)

19.30

MALÁ SÁLA

Zasadnutie výboru S.A.S. SLS

Štvrtok, 22. 9. 2016

VEĽKÁ SÁLA

8.30 **Slávnostné otvorenie kongresu, príhovory hostí
a odovzdanie cien**

9.00 – 10.00

Prednáškový blok č. 6 / Scientific session No. 6

MINULOSŤ a SÚČASNOSŤ ANGIOLÓGIE / BACKGROUND AND PRESENT TIMES OF ANGIOLOGY

Predsedníctvo: V. Blažek (Aachen), V. Štvrtinová (Bratislava)

- 25. Oliva-Roztočil index: téměř zapomenutý parametr fotopletysmografické analýzy periferní pulsově vlny / Oliva-Roztočil Index: an almost forgotten parameter for PPG peripheral pulse wave analysis – Blažek V. (Helmholtz-Institute for Biomedical Engineering, RWTH Aachen University, Aachen, Germany)**
- 26. Niekoľko poznámok k Epitome medicinae, VI, 5 Pavla z Aiginy. Angiológia v Byzancii? / Some remarks on Paul of Aegina's Epitome medicinae, VI, 5. Angiology in Byzantium? – Gogola M. (Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky, Oddelenie histórie medicíny a zdravotníctva, LF UK, Bratislava)**
- 27. Historie diagnostiky a léčby „thrombophlebitis profunda“ / History of diagnosis and treatment of deep venous thrombophlebitis – Broulíková A. (Fakultní poliklinika, III. interní klinika 1. LF UK, Praha, Česká republika)**
- 28. Trombóza cestovateľov u seniorov – cestovať či necestovať? / Travelers' thrombosis in seniors – to travel or not to travel? – Dostálová K., Kukučková L., Moricová Š., Luha J. (Fakulta verejného zdravotníctva SZU, Bratislava)**
- 29. Vplyv karotickej endarterektómie na úroveň kognitívnych funkcií a well-being – predstavenie prebiehajúceho výskumu / Impact of carotid endarterectomy on level of cognitive functions and well-being – introduction of the ongoing research – Dietzová S., Slovenská E., Frankovičová M. (Klinika cievnej chirurgie, VÚSCH, a. s., Košice)**

10.00 – 11.30

Prednáškový blok č. 7 / Scientific session No. 7

100 rokov od objavu heparínu / 100 years after discovery of heparin

Predsedníctvo: Vladimír Šefránek (Bratislava), Viera Štvrtinová (Bratislava)

- 30. 100 rokov od objavu heparínu – pohľad angiológa / 100 years after discovery of heparin – the angiologist's view** – Štvrtinová V. (II. interná klinika LF UK a UNB, Bratislava)
- 31. 100 rokov od objavu heparínu – pohľad chirurga / 100 years after discovery of heparin – the surgeons' view** – Kothaj P. (II. chirurgická klinika SZU a FNŠP FDR, Banská Bystrica)
- 32. 100 rokov od objavu heparínu – pohľad hematológa / 100 years after discovery of heparin – the haematologists' view** – Hulíková M. (Centrum hemostázy a trombózy, HemoMedika, Košice)
- 33. 100 rokov od objavu heparínu – pohľad cievneho chirurga / 100 years after discovery of heparin – the vascular surgeons' view** – Šefránek V. (Klinika cievnej chirurgie, NÚSCH, a. s., Bratislava)
- 34. 100 rokov od objavu heparínu – pohľad kardiológa / 100 years after discovery of heparin – the cardiologists' view** – Margóczy R. (Odd. všeobecnej kardiológie, SÚSCCH, Banská Bystrica)
- 35. Heparinom indukovaná trombocytopenia II. typu – stále aktuálny multidisciplinárny problém, máme dostatočné skúsenosti? / Heparin Induced Thrombocytopenia type II. – still current multidisciplinary problem, have we enough experience?** – Baboňová S., Skladaný L., Kapusta D., Zúbek V., Donáth V., Kothaj J., Okapec S., Kaniansky M. (II. interná klinika SZU, FNŠP FDR, Banská Bystrica)

11.30 – 12.30 **Plenárne zasadnutie S.A.S. SLS k aktuálnym otázkam angiológie na Slovensku**

12.30 – 13.30 **Prestávka na obed**

13.30 – 14.30

Prednáškový blok č. 8 / Scientific session No. 8

**KAZUISTIKY V LIEČBE HŽT – INDIVIDUÁLNY PRÍSTUP K
PACIENTOVI / CASE REPORTS IN DVT THERAPY – INDIVIDUAL
APPROACH TO THE PATIENT**

Sympóziu je podporené z edukačného grantu spoločnosti BAYER

Predsedníctvo: Juraj Maďarič (Bratislava)

- 36. Liečba HŽT po arteriálnej intervencii / DVT therapy after arterial intervention**
– Maďarič J. (Klinika kardiológie a angiológie, NÚSCH, a. s., Bratislava)
- 37. Liečba HŽT u onkologického pacienta / DVT therapy in oncologic patient** – Vacula I.
(II. interná klinika, Lekárska fakulta Univerzity Komenského, Bratislava)
- 38. Liečba HŽT u staršieho pacienta / DVT therapy in elderly patient** – Širila M.
(Angiologická ambulancia, ASM TN s. r. o., Trenčín)

14.30 – 15.30

Prednáškový blok č. 9 / Scientific session No. 9

ŠTÚDIA SURVET / THE SURVET STUDY

Sympóziu je podporené z edukačného grantu spoločnosti

ALFA-WASSERMANN

Predsedníctvo: Andrej Džupina (Bardejov), Viera Štvrtinová (Bratislava)

- 39. SURVET – Najdôležitejšie odkazy stretnutia LIVE v Ríme / The most important messages from the LIVE Meeting in Rome** – Moščovič M. (Angiologické oddelenie Kliniky kardiológie, VÚSCH, a. s., Košice)
- 40. SURVET štúdia – klinický prínos pre prax internistu, kardiológa, angiológa / SURVET study – clinical contribution for the practice of internist, cardiologist, angiologist** – Maďarič J. (Klinika kardiológie a angiológie, NÚSCH, a. s., Bratislava)

Diskusia

15.30 – 16.00

Prestávka

SU(R)VET

Sulodexid

V P R E V E N C I I
R E K U R E N T N É H O
V E N Ó Z N E H O
T R O M B O E M B O L I Z M U

Významne znižuje riziko rekurencie
žilového tromboembolizmu o **51%***
bez zjavného zvýšenia rizika krvácania¹

Vessel Due® F

Skrátaná informácia prípravku VESSEL DUE F kapsuly, VESSEL DUE F injekcie

Liečivá látka: Sulodexidum 250 LSU v 1 kapsule, Sulodexidum 600 LSU v 1 injekčnej ampulke. **Indikácie:** žilová trombóza a posttrombotický syndróm; ischemická choroba srdca, okluzívne postihnutie mozgových tepien, ischemická choroba dolných končatín; mikroangiopatia; diabetická makroangiopatia, diabetická noha, diabetická retinopatia, diabetická nefropatia, diabetická neuropatia; senilná deteriorácia, CMP; prevencia oklúzie a trombózy venae centralis retinae, makulárna degenerácia; zaistenie pacienta po IM, prevencia formácie intrakardálneho trombu. **Dávkovanie a spôsob podávania: Kapsuly:** 1-2 kapsuly dvakrát denne po jedle. **Injekcie:** 1 injekčnú ampulku denne, pre i.m. alebo i.v. podanie. **Kontraindikácie:** Individuálna precitlivosť na liečivo alebo iné zložky lieku, na heparin a heparinu podobné látky. **Diatéza a hemoragické ochorenia. Zvláštne upozornenie pre použitie:** Vzhľadom na nízku toxicitu lieku neexistujú zvláštne upozornenia pre používanie. Avšak pri súčasnej liečbe antikoagulantami sa odporúča pravidelne kontrolovať parametre hemokoagulácie. Bezpečnosť a účinnosť lieku u detí nebola overená v klinických štúdiách a z tohto dôvodu podávanie tohto lieku deťom neodporúčame. **Interakcie:** Sulodexid ako heparinu podobná molekula môže zvýšiť antikoagulačné účinky heparinu samotného a súčasne podávaných perorálnych antikoagulantov. Účinok liečby môže byť v niektorých prípadoch zvýšený súčasným podávaním liekov ovplyvňujúcich agregáciu trombocytov (kyselina acetylsalicylová, ibuprofén, fenylbutazón, indometacín, dipyrídamol, dextrán). **Tehotenstvo a dojčenie:** Používanie lieku u gravidít sa neodporúča, aj keď štúdie fetálnej toxicity nedokázali embryo-fetotoxické účinky. Nebolo preukázané, či sulodexid preniká do materskeho mlieka, preto by sa liek v období laktácie mal podávať iba v nevyhnutných prípadoch. **Účinky na schopnosť šoférovať a obsluhovať stroje:** Liek neovplyvňuje vedenie motorových vozidiel a obsluhu strojov. **Nežiaduce účinky:** Pri perorálnom podávaní sa môžu objaviť gastrointestinálne ťažkosti ako nauzea, vracanie a bolesť v epigastriu. Pri parenterálnom podávaní sa môže vyskytnúť bolesť, pálenie, sčervenenie alebo hematóm v mieste vpichu. **Predávkovanie:** V prípade predávkovania sa môže objaviť krvácanie. V prípade krvácania je nevyhnutné podať injekčne 1% protamin sulfát (3 ml i.v. = 30 mg), tak ako sa zvyčajne používa pri heparinovej hemoragii. **Balenie:** 50 kapsúl v blistri, 10 injekčných ampuliek v plastovom priereze. **Uchovávanie:** Uchovávať pri teplote do 30 °C. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** ALFA Wassermann S.p.A., Alarino (PE) Taliansko. **Registračné číslo:** Kapsuly: 85/0669/92-C/S, Injekcie: 85/0670/92-C/S, **Dátum poslednej revízie textu:** November 2006, **Upozornenie:** Výdaj liečivého prípravku je viazaný na lekársky predpis. Prípravok je hradený z prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Pred podaním sa oboznámte s úplnou informáciou o lieku. **Súhrnné informácie o prípravku sú k dispozícii na adrese:** Alfa Wassermann Czech s.r.o., organizačná zložka Slovensko, Plynárska 1, 811 02 Bratislava.

Referencie:

* HR: 0,49-95 % CI: 0,27 – 0,92; p = 0,02; u pacientov s prvou nevyprovokovanou epizódou TEN, po 3 – 12 mesiacoch antikoagulačnej liečby VKA, v kombinácii s kompresnou terapiou;
1. Andreozzi GM, et al. Circulation. 2015;132:1891-7

16.00 – 17.00

Prednáškový blok č. 10 / Scientific session No. 10

**KROK VPRED – ZMENY V TERAPII HŽT A PE / A STEP FORWARD –
CHANGES IN THE THERAPY OF DVT AND PE**

Sympóziu je podporené z edukačného grantu spoločnosti BOEHRINGER-INGELHEIM

Predsedníctvo: Viera Štvrtinová (Bratislava)

41. **Vykročiť z rutiny? Zmena prístupu v liečbe HŽT/PE / A step out from routine? Change in the DVT/PE therapy approach** – Hulíková M. (Centrum hemostázy a trombózy, HemoMedika, Košice)
42. **Úskalia liečby hlbokej žilovej trombózy / Dangers of DVT therapy** – Moščovič M. (Angiologické oddelenie Kliniky kardiológie, VÚSCH, a. s., Košice)
43. **Vnímanie liečby a prevencie VTE na Slovensku – reálna prax / Perception of VTE therapy and prevention in Slovakia – real practice** – Džupina A. (Angiologická ambulancia Bardejov, ALIAN, s. r. o., Bardejov)

17.00 – 18.00

Prednáškový blok č. 11 / Scientific session No. 11

BLOK MLADÝCH ANGIOLÓGOV / YOUNG ANGIOLOGISTS' SESSION

Predsedníctvo: Juraj Maďarič (Bratislava), Viera Štvrtinová (Bratislava)

44. **Endovaskulárna liečba stenózy dialyzačnej artériovenózneho fistuly a manažment dysfunkcie cievnej spojky z pohľadu angiológa / Endovascular treatment of dialysis arteriovenous fistula stenosis and management of dysfunctional vascular shunt from the angiologist's point of view** – Grofčíková J., Špak Ľ., Moščovič M., Hudák M., Koščo M., Pataky Š., Tormová Z. (VÚSCH, a. s., Košice)
45. **Incidencia, diagnostika a liečba postkatetrizačných pseudoaneurizmiem / Incidence, diagnostic and therapy of postcatheterisation pseudoaneurysms** – Pavlíková L., Špak Ľ., Hudák M., Koščo M., Pataky Š., Moščovič M. (Angiologické oddelenie Kliniky kardiológie, VÚSCH, a. s., Košice)
46. **Identifikácia periprocedurálneho rizika karotického stentingu – skúsenosti jedného centra / Periprocedural complications after carotid artery stenting** – Rašiová M., Špak Ľ., Farkašová Ľ., Pataky Š., Koščo M., Hudák M., Leško N. (Angiologické oddelenie Kardiologickej kliniky, VÚSCH, a. s., Košice)

- 47. Steroidy v prevencii post-implantačného zápalového syndrómu po EVAR / Steroids in prevention of post-implantation syndrome after EVAR –** Flak L., Vulev I., Tóth M., Mađaričová T., Vašková J., Bažík R., Balász T., Drobny P., Mikuláš J., Mađarič J. (Klinika kardiológie a angiológie, Klinika diagnostickej a intervenčnej rádiológie, NÚSCH, a. s., Bratislava)

18.00 – 19.30

Prednáškový blok č. 12 / Scientific session No. 12

**BLOK PRACOVNEJ SKUPINY INTERVENČNEJ ANGIOLÓGIE S.A.S. SLS /
SESSION OF WORKING GROUP OF THE INTERVENTIONAL
ANGIOLOGY S.A.S. SMA)**

Predsedníctvo: Juraj Mađarič (Bratislava), Ľubomír Špak (Košice)

- 48. Indikácie k endovaskulárnej liečbe stenózy renálnej tepny /** Indications for interventional treatment of renal artery stenosis – Mađarič J. (Klinika kardiológie a angiológie, NÚSCH, a. s., Bratislava)
- 49. Endovaskulárna liečba stenózy renálnej tepny /** Endovascular treatment of renal artery stenosis – Špak Ľ. (Angiologické oddelenie Kliniky kardiológie, VÚSCH, a. s., Košice)
- 50. Kontrastová nefropatia /** Contrast nephropathy – Baltsová T. (Transplantačné centrum, I. chirurgická klinika UPJŠ LF a UNLP, Košice)
- 51. Renálna denervácia – indikácie a výsledky /** Renal denervation – indications and results – Moščovič M. (Angiologické oddelenie Kliniky kardiológie, VÚSCH, a. s., Košice)
- 52. Kazuistiky /** Case reports – Koščo M., Pataky Š. (Angiologické oddelenie Kliniky kardiológie, VÚSCH, a. s., Košice)

Štvrtok, 22. 9. 2016

MALÁ SÁLA

14.00 – 15.30

Prednáškový blok č. 13 / Scientific session No. 13

SEKCIA SESTIER / NURSES SESSION

Predsedníctvo: Ewald Ambrózy (Bratislava), Daša Kmecová (Košice)

- 53. Participácia sestry pri diagnostike a liečbe CLI / The participation of nurses in the diagnosis and treatment of CLI – Gibodová R. (Klinika kardiológie – angiologické oddelenie intenzívnej starostlivosti, VÚSCH, a. s., Košice)**
- 54. Extrakraniálna a intrakraniálna cerebrálna intervencia – rozdiely v periprocedurálnej starostlivosti / Extracranial and intracranial cerebral interventions – differences in the periprocedural management – Kocíková I., Radošovská Z., Bachratá S. (Oddelenie kardiológie a angiológie NÚSCH, a. s. Bratislava)**
- 55. Komplikácie karotického stentingu z pohľadu sestry / Complications of carotid stenting in terms nurse – Valigová L. (Klinika kardiológie, Angiologické oddelenie, VÚSCH, a. s., Košice)**
- 56. Lokálna liečba chronických rán / Local treatment of chronic wounds – Gažová Z. (Angiologická ambulancia, II. interná klinika UNB a LF UK, Bratislava)**
- 57. Ošetrovateľské intervencie u pacientov s diabetickou nohou / Nursing interventions in patients with diabetic leg – Halászová A., Valková T., Krištofová M. (Klinika kardiológie, Angiologické oddelenie, VÚSCH, a. s., Košice)**
- 58. Ošetrovateľské intervencie u pacientov s brušnou aneuryzmou / Nursing interventions in patients with abdominal aneurysm – Truhanová S. (Klinika kardiológie, Angiologické oddelenie, VÚSCH, a. s., Košice)**

17.00 – 18.00

POSTEROVÁ SEKCIA / POSTER SESSION

Predsedníctvo: Eva Bojdová (Nitra), Jozef Bulas (Bratislava)

- 59. The efficacy of BEMER and pentoxifiline infusion therapy in peripheral arterial obliterative disease, Fontain II. – Sandor Ivan Bernát (Internal Medicine-Angiology, Medical Centre, Hungarian Defence Forces, Budapest, Hungary)**

- 60. Prínos merania centrálneho systolického tlaku u pacientov s artériovou hypertenziou / Suitability of measuring of central systolic blood pressure in patients with hypertension – Potočárová M., Bulas J., Murín J., Luha J., Kozlíková K., Čaprnda M. (I. interná klinika LF UK a UNB, Bratislava)**
- 61. Prozápalové markery aterosklerózy u pacientov s periférnym artériovým ochorením dolných končatín / Proinflammatory markers of atherosclerosis in patient with peripheral arterial disease – Vaľková M., Lazúrová I., Petrášová D., Frankovičová M. (I. interná klinika, Univerzitná nemocnica L. Pasteura, Košice)**

20.00

BANKET ANGIO 2016**Piatok, 23. 9. 2016****VEĽKÁ SÁLA****8.30 – 9.45****Prednáškový blok č. 14 / Scientific session No. 14****BLOK CENTRAL EUROPEAN VASCULAR FORUM / SESSION OF THE CENTRAL EUROPEAN VASCULAR FORUM**

Predsedníctvo: Csaba Dzsinich (Budapest), Mária Frankovičová (Košice), Karel Roztočil (Praha)

- 62. Ohlednutí za vaskulárnými výročí 2016 – od Karla IV. po současnost / Review of vascular anniversaries 2016 – from Charles IV. to present time – Roztočil K. (Odd. periférní cirkulace IKEM, Praha, Česká republika)**
- 63. Diagnostika a chirurgická liečba viscerálnych aneuryziem / Diagnostic and treatment of visceral artery aneurysms – Kopolovets I., Berek P., Sihotský V., Kubíková M., Špak L., Štefanič P., Frankovičová M. (Klinika cievnej chirurgie, VÚSCH, a. s., Košice)**
- 64. Debranching of the aortic arch for hybrid solution-methods and pitfalls – Dzsinich Cs., Vallus G., Darabos G., Teknős D., Nyíri G., Pataki T. (NIH of Hungary, Central Military Hospital, Budapest, Hungary)**

- 65. NIRS – ako neuromonitoring počas karotickej endarterektómie / NIRS – neuromonitoring during carotid endarterectomy** – Sihotský V., Frankovičová M., Kubíková M., Berek P., Kopolovets I., Smola A., Tomečko M., Zavacká M., Štefanič P. (Klinika cievnej chirurgie, VÚSCH, a. s., Košice)
- 66. Subclavian artery stenosis with aortic arch dilatation. One case report** – Ostrowski T., Kosicki A., Szostek M., Jakuczun W., Szostek G., Szostek M., Gałązka Z. (Department of General and Endocrine Surgery, Medical University of Warsaw, Poland)

9.45 – 10.45

Prednáškový blok č. 15 / Scientific session No. 15

ENDOVASKULÁRNA LIEČBA (EVL) AKÚTNEJ ISCHEMICKEJ CMP V SR – AKTUÁLNY STAV / ENDOVASCULAR TREATMENT OF ACUTE ISCHEMIC STROKE IN SLOVAK REPUBLIC – CURRENT SITUATION

Blok Pracovnej skupiny intervenčnej neurorádiológie (PS INR) Slovenskej spoločnosti kardiovaskulárnej a intervenčnej rádiológie (SKVIR)

Predsedníctvo: Ivan Vulev (Bratislava)

- 67. Úvod do problematiky akútnej ischemickej CMP, výber pacientov, historický prehľad liečby a možnosti zrýchlenia door-to-puncture časov v podmienkach východného Slovenska / Introduction to the problem of acute stroke, selection of the patients, historical view to the treatment and possibility of acceleration of door-to-puncture time in Eastern Slovakia** – Pedowski P., Gdovinová Z. (Klinika rádiodiagnostiky a zobrazovacích metód, UN LP, Košice)
- 68. Aktuálna medicína dôkazov a 24/7 servis EVL akútnej ischemickej CMP na západnom Slovensku / Current evidence-base medicine and 24/7 service of endovascular treatment of acute ischemic stroke in Western Slovakia** – Vulev I., Balázs T., Bažik R., Mikuláš J., Drobný P., Bandžák J., Kuchárik M. (KDIR NÚSCH, a. s., Bratislava)
- 69. Stent-trombektómia uzáverov veľkých mozgových tepien na strednom Slovensku – technika výkonu, manažment pacienta a výsledky / Stent-thrombectomy of the large brain arteries occlusions in Middle Slovakia – technique of the procedure, management of the patient and results** – Vozár M., Sivák J., Hadvig S. (RDO SÚSCCH, a. s., Banská Bystrica)

10.45 – 11.00

Prestávka

11.00 – 11.30

Prednáškový blok č. 16 / Scientific session No. 16

**KLINICKÉ VÝZVY V ANTIKOAGULAČNOM MANAŽMENTE
VENÓZNEHO TROMBOEMBOLIZMU / CLINICAL CHALLENGE IN
ANTICOAGULATION MANAGEMENT OF VTE**

Sympóziu je podporené z edukačného grantu spoločnosti PFIZER

Predsedníctvo: Viera Štvrtinová (Bratislava)

- 70. Liečba a prevencia VTE vo svetle nových odporúčaní** / Treatment and prevention of VTE in the light of new recommendations – Štvrtinová V. (II. interná klinika LF UK a UNB, Bratislava)
- 71. Kazuistika pacienta s pľúcnou embóliou** / Case report of a patient with pulmonary embolism – Gergely P. (JIS Interné odd. NsP Levice, Kardiologická a angiologická ambulancia, Levice)

11.30 – 12.30

Prednáškový blok č. 17 / Scientific session No. 17

**KOMPLEXNÁ LIEČBA CHRONICKÉHO VENÓZNEHO OCHORENIA /
COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC VENOUS DISEASE**

Sympóziu je podporené z edukačného grantu spoločnosti SERVIER

Predsedníctvo: Viera Štvrtinová (Bratislava), František Žernovický (Bratislava)

- 72. Venózna hypertenzia – od patofyziológie k liečbe** / Venous hypertension – from pathophysiology to treatment – Štvrtinová V. (II. interná klinika LF UK a UNB, Bratislava)
- 73. Dokážeme dlhodobou liečbou MPFF ovplyvniť zápal a tým zabrániť progresii CVD?** / Can we affect inflammation by the long term treatment with MPFF and thereby stop the CVD progression? – Šumaj M. (Angiologická ambulancia, FN, Trenčín)
- 74. Je každý reflux do veľkej safény indikovaný na radikálnu liečbu?** / Is every reflux in the great saphenous vein indicated for radical therapy? – Žernovický F. (Klinika cievnej chirurgie, NÚSCH, a. s., Bratislava)

12.30 – 13.30

Prestávka na obed

13.30 – 15.00

Prednáškový blok č. 18 / Scientific session No. 18

CHOROBY S ÚČASŤOU MIKROCIRKULÁCIE / DISEASES WITH PARTICIPATION OF MICROCIRCULATION

Predsedníctvo: Ewald Ambrózy (Bratislava), Július Kmec (Košice)

- 75. Intravitálna kapilaroskopia v klinickej praxi** / Intravital Capillaroscopy in Clinical Practice – Ambrózy E. (II. interná klinika LF UK a UN, Bratislava)
- 76. Raynaudov syndróm – význam kapilaroskopie v diagnostike a diferenciálnej diagnostike** / Raynaud's syndrome – significance of capillaroscopy in diagnostics and differential diagnostics – Kmecová D., Kmec J. (Angiologická ambulancia, ANGIOCARE, s. r. o., Košice)
- 77. Terapia septických komplikácií diabetickej nohy** / Therapy of Septic Complications of Diabetic Foot – Šimo J., Smolen V. (I. chirurgická klinika LF UK a UNB, Bratislava)
- 78. Sekundárny lymfedém dolných končatín po onkogynekologickom ochorení – význam správnej kompresívnej terapie** / Secondary lymphoedema of lower limbs after oncogynecological disease – significance of adequate compression therapy – Kmecová D., Kmec J. (Angiologická ambulancia, ANGIOCARE, s. r. o., Košice)

15.15 – 23.00

Prehliadka Levoče spojená s organovým koncertom v Bazilike sv. Jakuba Apoštola / Guided Tour to Levoča with concert in the Basilika of Saint Jakub Apostol

Sobota, 24. 9. 2016

VEĽKÁ SÁLA

9.00 – 10.30

Workshop 1

Intravitálna kapilaroskopia – praktické ukážky – Ambrózy E. (II. interná klinika LF UK a UN Bratislava), Kmecová D. (Angiologická ambulancia Angiocare, s. r. o., Košice)

MALÁ SÁLA

9.00 – 12.00

Workshop 2

Kompresívna terapia – techniky bandážovania – Martinkovičová A. (THUASNE SK, s. r. o.)

Kompresívna liečba – praktické ukážky – Džupina A. (Angiologická ambulancia, ALIAN, Bardejov)

JEDINE ELIQUIS® SPÁJA OBOJE

Zvoľte ELIQUIS®, jediný inhibitor faktora Xa, ktorý preukázal superiórne zníženie rizika CMP/systémovej embólie so signifikantne nižším výskytom závažného krvácania oproti warfarínu¹

Prevenca
CMP/ systémovej
embólie u pacientov
s NVAF*
s NVAF*

SUPERIORITA
preukázaná pri
**CMP/
SYSTÉMOVEJ
EMBÓLII**

oproti warfarínu¹

SUPERIORITA
preukázaná pri
**ZÁVAŽNOM
KRVÁCANÍ**
oproti warfarínu¹

SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU

Eliquis 2,5 mg filmom obalené tablety, Eliquis 5,0 mg filmom obalené tablety

Každá filmom obalená tableta obsahuje 2,5 mg alebo 5 mg apixabanu. **Charakteristika:** Apixaban je silný, perorálny, reverzibilný, priamy a vysoko selektívny inhibitor faktora Xa. **Farmakoterapeutická skupina:** Antitrombotiká, priamy inhibitor faktora Xa, ATC kód: B01AF02. **Indikácie:** Prevencia venózných tromboembolických príhod (VTE) u dospělých pacientov, ktorí absolvovali elektívny chirurgický výkon na nahradenie bedrového alebo kolenného kĺbu*. Prevencia mozogovej príhody a systémovej embólie u dospělých pacientov s nevalvulárnou fibriláciou predĺžením (NVAF) s jedným alebo viacerými rizikovými faktormi, ako napríklad prekonalná cieľna mozgová príhoda alebo tranzitória ischemická útok (TIA); vek ≥ 75 rokov, hypertenzia, diabetes mellitus, symptomatické srdcové zlyhanie (NYHA trieda \geq II). Liečba hlbokéj venózy embólie (DVT) a pľúcnej embólie (PE) a prevencia rekurentnej DVT a PE u dospělých. **Dávkovanie:** Prevencia VTE (VTEp): 2,5 mg apixabanu dvakrát denne perorálne, dĺžka liečby 32 až 38 dní po náhrade bedrového kĺbu a 10 až 14 dní po náhrade kolenného kĺbu. Prevencia mozogovej príhody a systémovej embólie u pacientov s NVAF: odporúčaná dávka apixabanu je 5 mg dvakrát denne perorálne. Zníženie dávky: u pacientov s NVAF a s minimálne dvoma nasledujúcimi charakteristikami: vek ≥ 80 rokov, telesná hmotnosť ≤ 60 kg alebo sérový kreatinín $\geq 1,5$ mg/dl (133 mikromol/l) je odporúčaná dávka apixabanu 2,5 mg užívaná perorálne dvakrát denne. Pacienti s kŕmením kreatinínu 15–29 ml/min majú dostať dávku apixabanu 2,5 mg dvakrát denne, a liečba sa má pokračovať s opatnosťou. Liečba má pokračovať dlhodobou. U pacientov s kŕmením kreatinínu < 15 ml/min alebo u dialyzovaných pacientov sa apixaban neodporúča. Liečba DVT, liečba PE a prevencia rekurentnej DVT a PE (VTEr): odporúčaná dávka apixabanu na liečbu akútnej DVT a liečbu PE je 10 mg užívaných perorálne dvakrát denne počas prvých 7 dní, po ktorých nasleduje 5 mg užívaných perorálne dvakrát denne, minimálne 3 mesiace. Odporúčaná dávka apixabanu na prevenciu rekurentnej DVT a PE je 2,5 mg užívaných perorálne dvakrát denne. Ak sa indikuje na prevenciu rekurentnej DVT a PE, dávka 2,5 mg dvakrát denne sa má začať podávať po ukončení 6-mesačnej liečby apixabanom dávkou 5 mg dvakrát denne alebo inými antikoagulantmi. Zmena liečby z parenterálnych antikoagulantov na Eliquis (a naopak) sa môže uskutočniť pri ďalšej plánovanej dávke. Zmena liečby antagonistom vitamínu K (VKA) na Eliquis: Pri zmene liečby z antagonistu vitamínu K (VKA) na Eliquis sa má prerušiť liečba warfarínom alebo iná liečba VKA a liečba Eliquisom sa má začať vtedy, keď je medzinárodný normalizovaný index (INR) < 2 . Zmena liečby z Eliquisu na liečbu VKA: Pri zmene liečby z Eliquisu na liečbu VKA sa má pokračovať v podávaní Eliquisu minimálne 2 dni po začatí liečby VKA. Po 2 dňoch súčasného podávania Eliquisu s liečbou VKA, sa má vyšetriť INR pred ďalšou plánovanou dávkou Eliquisu. Súčasné podávanie Eliquisu a liečby VKA má pokračovať, pokiaľ sa nedosiahne hodnota INR ≥ 2 . Kardioverzia (NVAF): Pacienti môžu apixaban užívať až počas kardioverzie. **Kontraindikácie:** Pochopenie na liečbu alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. Klinicky významné aktívne krvácanie. Ochronenie pečene spojené s koagulopatiou a klinicky významným rizikom krvácania. Lézia alebo ochorenie s významným rizikom závažného krvácania ako je súčasne alebo nedávna gastrointestinálna ulcerácia, prítomnosť maligných novotvarov s vysokým rizikom krvácania, nedávne poranenie mozgu alebo chrbtice, nedávny chirurgický zákrok na mozgu, mieche alebo očiach, nedávna intrakraniálna hemorágia, známe alebo suspektné ezofageálne varixy, arteriovenózne malformácie, vaskulárne aneuryzmy alebo významné intraspinálne alebo intracerebrálne vaskulárne abnormality. Súbežná liečba s akoukoľvek inou antikoagulačnou látkou, napr. nefrakciono-

vaným heparínom, s heparínmi s nízkou molekulárnou hmotnosťou, derivátmi heparínu, perorálnymi antikoagulantmi (warfarín, rivaroxaban, dabigatran atď.) s výnimkou okolností prechodu liečby na apixaban alebo z apixabanu, alebo keď sa UFH podáva v dávkach potrebných na udržanie permanentného centrálného žilového alebo arteriálneho katétra. **Osobitné upozornenia:** Riziko krvácania: pri podávaní Eliquisu je potrebné pacientov pozorne sledovať pre príznaky krvácania. V prípadoch, kde je zvýšené riziko krvácania sa odporúča opatnosť. Ak sa objavia závažné krvácanie, podávanie Eliquisu sa má prerušiť. Liečba apixabanom nevyžaduje pravidelné monitorovanie expozície. Z dôvodu zvýšeného rizika krvácania je súbežná liečba inými antikoagulantmi kontraindikovaná. Súbežné používanie Eliquisu s protidoštičkovými liečivami zvyšuje riziko krvácania. Opatnosť je nutná, ak sú pacienti súbežne liečení nesteroidnými antiflogistikami (NSAIDs), vrátane kyseliny acetylsalicylovej. Hemodialýza nie je účinný prostriedok pri liečbe predávkovania apixabanom. Použitie Eliquisu sa neodporúča u pacientov s protieklymi srdcovými chlopňami. **Interakcie:** Použitie Eliquisu sa neodporúča u pacientov, ktorým sa súbežne podáva systémovej liečba silnými inhibítormi CYP3A4 a Pgp, ako azolové antimykotiká a inhibítory HIV proteázy. Súbežné používanie apixabanu so silnými induktormi CYP3A4 a P-gp môže viesť k zníženiu plazmatických koncentrácií apixabanu, nevyžaduje sa úprava dávky apixabanu, avšak tieto lieky sa majú podávať s opatnosťou. Antikoagulačná, inhibičná agregácie trombocytov a NSAIDs: z dôvodu zvýšeného rizika krvácania je súbežná liečba inými antikoagulantmi kontraindikovaná. Po kombinovanom podaní enoxaparínu (v jednorazovej dávke 40 mg) s apixabanom (v jednorazovej dávke 5 mg) sa pozoroval aditívny účinok na aktivitu anti-faktora Xa. Látky spájané s ťažkým krvácaním sa neodporujú používať s Eliquisom: trombolýtiká, trombotická, antagonisty receptora GP1Ib/IIIa, tienopyridíny (napr. klopidoogrel), dipyrídamol, dextrán a sulfonpyrazón. **G gravidita a laktácia:** Neodporúča sa užívať apixaban počas gravidity. **Nežiaduce účinky:** časté: anémia, epistaxa, kontúzia, hematómy, hematóm, krvácanie do oka, nauzea, rektálne, gingiválne a gastrointestinálne krvácanie. **Uchovávanie:** Tento liek nevyžaduje žiadne zvláštne podmienky na uchovávanie. Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Pred podaním lieku sa zoznáme s úplným znením Súhrnu charakteristických vlastností lieku (SPC). **Dátum aktualizácie skrátenej informácie o lieku:** Január 2016. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEIG, Bristol-Myers Squibb House, Uxbridge Business Park, Sanderson Road, Uxbridge, Middlesex UB8 3TH, Veľká Británia. **Miestne zastúpenie držiteľa rozhodnutia o registrácii:** PFIZER Luxembourg SARL, o.z., tel.: +42123355 5500. **Upravené podľa SPC schváleného agentúrou EMA:** 14. 1. 2016. *tyka sa iba Eliquisu 2,5 mg

Literatúra: 1. Granger CB, Alexander JH, McMurray JJ, et al; for the ARISTOTLE Committees and Investigators. Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med. 2011;365(11):981–992. *Nevalvulárna atrálna fibrilácia



PFIZER Luxembourg SARL, Pribinova 25, 811 09 Bratislava
tel.: 02/33 55 55 00, fax: 02/33 55 54 99, www.pfizer.sk

VASKULITÍDY / VASCULITIDES

1. Vaskulitídy – princípy diagnostiky a liečby / Vasculitides – principles of diagnostic and treatment

Štvrtinová V.¹, Rovenský J.²

¹II. interná klinika LF UK a UNB, Bratislava
²NÚRCH, Piešťany

Vaskulitídy predstavujú skupinu chorôb, ktorých klinický obraz ako aj priebeh je odlišný u toho-ktorého pacienta. Môžu zasiahnuť cievu každej veľkosti a typu v hociktorom orgáne. U jedného choroba zasiahne len jednu cievu, jeden orgán, u druhého viaceré cievy a viaceré tkanivá a orgány. U niekoho spravíme rýchlo správnu diagnózu a uspejeme s liečbou. U iného nám bude trvať mesiace i roky, kým stanovíme definitívnu diagnózu a liečba ochorenia nebude ani zďaleka úspešná. Pacient bude mať stále pocit, že nie je zdravý, buď preto, že jeho choroba bude progredovať, alebo preto, že budeme musieť použiť taký arzenál liekov, ktoré vďaka množstvu vedľajších nepriaznivých účinkov budú neustále spôsobovať pacientovi nepríjemné subjektívne pocity a výrazné nepohodlie. U niektorých však napriek agresívnej liečbe bude viesť vaskulitída k rýchlej progresii a smrti.

Diagnóza primárnych systémových vaskulitíd sa dá zvyčajne potvrdiť alebo vyvrátiť zobrazovacími metódami (najmä angiografickým vyšetrením) a histopatologickým vyšetrením bioptickej vzorky. Prínos angiografie je predovšetkým pri vaskulitídach zasahujúcich veľké a stredné cievy. Histologické zhodnotenie správne zvoleného tkaniva zostáva definitívnym prostriedkom na určenie diagnózy vaskulitídy, aj

keď ani toto nemusí byť v niektorých prípadoch špecifické. Jedným z dôležitých predpokladov je správne načasovanie odberu vzorky tkaniva na histologické vyšetrenie, pretože histologický obraz cievneho zápalu v období akútneho zápalového štádia ochorenia sa podstatne odlišuje od nálezu prítomného v chronickom. Vaskulitídy predstavujú skupinu heterogénnych porúch, pri ktorých je vedúcim príznakom zápal cievnej steny. Sú typickým multisystémovým ochorením, a teda pri ich diagnostike a liečbe musí spolupracovať celý tím rôznych medicínskych odborníkov.

2. Vaskulitídy a obličky / Vasculitides and kidney

Hirnerová E., Vacula I., Kučera M., Mižičková M., Štvrtinová V.

II. interná klinika UNB a LF UK
a Rádiologická klinika UNB, LF UK
a SZU, Bratislava

Systémové vaskulitídy predstavujú heterogénnu skupinu ochorení, ktoré sa môžu manifestovať veľmi pestrou klinickou symptomatológiou, pričom v mnohých prípadoch ide o život ohrozujúce ochorenia. V popredí symptomatológie viacerých vaskulitíd a neraz aj ich prvým klinickým prejavom môže byť poškodenie obličiek. Klinický obraz tohto poškodenia môže byť rôzny v závislosti od toho, aké veľké cievy sú pri vaskulitíde potiahnuté.

Vaskulitídy postihujúce malé cievy môžu poškodzovať glomeruly s následným vznikom glomerulonefritídy, vaskulitídy postihujúce stredne veľké a veľké cievy (napr. Takayasuova arteritída, obrovskobunková arteritída) môžu

viest k stenóze až obliterácii renálnej artérie s následným vznikom renovaskulárnej hypertenzie a ischemickej nefropatie.

So závažnými formami renálneho poškodenia vyúsťujúcimi až do renálneho zlyhania sa stretávame najmä pri granulomatóze s polyangiitídou a mikroskopickej polyangiitíde, ktoré postihujú typicky malé cievy a radia sa do skupiny vaskulitíd spojených s pozitívou protilátok proti cytoplazme neutrofilových leukocytov (ANCA). Poškodenie obličiek sa pri týchto vaskulitídach klinicky prejavuje ako hypertenzia, mikroskopická hematuria, proteinúria, renálna insuficiencia. Renálne zlyhanie je veľmi časté, asi 30 – 40 % pacientov si vyžaduje už v čase stanovenia diagnózy dialyzačnú liečbu. V diagnostike má rozhodujúcu úlohu renálna biopsia, pri ktorej je charakteristickým nálezom fokálno-segmentálna nekrotizujúca glomerulonefritída, často i s extrakapilárnou proliferáciou.

Záver: Nerozpoznané alebo nesprávne liečené renálne vaskulitídy ohrozujú pacientov renálnym zlyhaním s nevyhnutnosťou chronickej dialyzačnej liečby, ale aj inými závažnými, neraz život ohrozujúcimi komplikáciami. Včasná diagnóza a liečba môže zlepšiť prognózu týchto pacientov.

3. Vaskulitídy a pľúca / Vasculitides and lungs

Kučera M., Hirnerová E.

II. interná klinika LF UK a UNB,
Bratislava

Vaskulitídy sú heterogénnou skupinou relatívne vzácne sa vyskytujúcich ochorení ciev so zápalovou infiltráciou a nekrózou cievnej steny. Spreádzajú bežné aj vzácnejšie ochorenia a ich klinický obraz je veľmi pestrý. Poškodenie pľúc pri

vaskulitídach zahŕňa rozmanitú skupinu ochorení, pričom môžu byť postihnuté pľúcne artérie, vény a kapiláry. Pľúcne vaskulitídy delíme na primárne, sekundárne a v mnohých prípadoch aj idiopatické. Klinické prejavy sú charakterizované na základe veľkosti, typu a umiestnenia postihnutých ciev. Respiračný systém môže byť potencionálne poškodený pri všetkých systémových vaskulitídach s odlišnými klinickými, rádiologickými a histopatologickými prejavmi. Postihnutie pľúc býva najčastejšie asociované s vaskulitídami primárnymi alebo idiopatickými, pri poškodení ciev malého kalibru a v prítomnosti ANCA (anti neutrophil cytoplasmic antibody) pozitívnych vaskulitíd. V súčasnosti poznáme niekoľko pľúcnych jednotiek, ktorých spoločným patologickým znakom je nález sarkoid-like granulómov, vaskulitídy a rôzneho stupňa nekrózy.

Autori opisujú klinickú kazuistiku u 21-ročného muža pôvodne liečeného kombinovanou antimikrobiálnou liečbou, kde jedinou klinickou manifestáciou bolo relatívne pokročilé poškodenie pľúc.

4. Obrovskobunková arteritída a žilová trombóza / Giant cell arteritis and venous thrombosis

Čelovská D., Krauhcová J., Štvrtinová V.
II. interná klinika LF UK a UNB,
Bratislava

Úvod do problematiky: Obrovskobunková arteritída (OBA) je charakterizovaná imunitne sprostredkovaným systémovým granulomatóznym zápalom veľkých a stredne veľkých ciev hlavne starších ľudí. Asociácia s aterotrombotickými príhodami je dobre známa, ale riziko venózneho tromboembolizmu (VTE) je u týchto pacientov

stále podceňované. Cieľom prezentovanej štúdie bolo určiť rizikový profil pacientov s OBA pre VTE a posúdiť tromboprofylaktickú liečbu.

Súbor pacientov: V štúdií sme vyšetrili 27 pacientov s OBA s priemerným vekom $71 \pm 9,7$ rokov, 21 žien a 6 mužov. 77,7 % pacientov malo diabetes mellitus 2. typu alebo poruchu glukózovej tolerancie, 92,6 % artériovú hypertenziu, 14,8 % bolo aktívnych fajčiarov. Kontrolnú skupinu tvorilo 30 pacientov bez anamnézy kardiovaskulárnych príhod s porovnateľným zastúpením pohlavia a veku.

Výsledky: Počas dvojročného sledovania sa vyskytla hĺbková žilová trombóza dolných končatín u 1 pacienta a superficiálna venózna trombóza u 3 pacientov s OBA. 21 pacientov užívalo kyselinu acetylsalicylovú a 3 pacienti sulodexid. Varixy boli prítomné u 30 % pacientov s OBA a u 33 % probandov v kontrolnej skupine. Všetci pacienti s OBA užívali dlhodobo kortikosteroidy, 26 % chorých malo COX2-inhibítory v liečbe. V kontrolnej skupine sa počas sledovacieho obdobia nevyskytla žiadna VTE udalosť.

Záver: Pacienti s OBA majú zvýšené riziko VTE, hlavne v úvodnej fáze ochorenia. Vek s kardiovaskulárnymi rizikovými faktormi, ale aj liečba kortikosteroidmi zvyšujú riziko žilovej trombózy. Liečba nízkou dávkou kyseliny acetylsalicylovej je bežná v prevencii aterotrombotických príhod. Optimálna tromboprofylaxia u chorých s OBA je stále diskutabilná. Prístup k tromboprofylaxii u pacientov s vaskulitídou je v klinickej praxi nedostatočný a vyžaduje preskúmanie v prospektívnych štúdiách.

Kľúčové slová: venózne tromboembolizmus, obrovskobunková arteritída, tromboprofylaxia

5. Primárne vaskulitídy veľkých ciev, postihnutie ascendentnej aorty pri Takayasuovej arteritíde – kazuistika / Primary large vessels' vasculitides, involvement of ascendent aorta in Takayasu arteritis – case report

Hasáková J.¹, Bučeková E.¹, Hulman M.¹, Štvrtinová V.²

¹Klinika kardiochirurgie, NÚSCH a. s., Bratislava

²II. interná klinika LF UK a UNB, Bratislava

Pod vaskulitídami rozumieme skupinu ochorení, ktorých spoločným znakom je zápal krvných ciev veľkého, stredného a malého kalibru. Rozlišujeme pritom primárne vaskulitídy a sekundárne vaskulitídy, ktoré sú vyvolávané liekmi, infekciami alebo inými chorobami, predovšetkým nádormi a systémovými chorobami spojiva. Medzi primárne systémové vaskulitídy s najťažším priebehom patrí Takayasuova arteritída. Takayasuova arteritída predstavuje systémovú vaskulitídu veľkých ciev neznámej etiológie. Ochorenie vzniká typicky u mladých žien vo veku 10 – 25 rokov. Rozoznávame dve štádiá ochorenia – 1. skoré zápalové štádium a 2. štádium chronických vaskulookluzívnych zmien. Na potlačenie príznakov zápalu sa využívajú kortikosteroidy a imunosupresíva. Niekedy si liečba ochorenia vyžaduje chirurgické riešenie. V prezentácii spracúvame kazuistiku pacientky s dilatáciou ascendentnej aorty pri Takayasuovej arteritíde, ktorá sa podrobila úspešnému chirurgickému zákroku.

KARDIOVASKULÁRNE RIZIKO A MOŽNOSTI PREVENČIE / CARDIOVASCULAR RISK AND PREVENTION POSSIBILITIES

10. Riziko KV úmrtí, sonografické vyšetrenie karotid, index kotníkového tlaku a rýchlosť pulsových vlny: upřesnění KV rizika? / Heart score, carotid artery examination, ABI and pulse wave velocity: improving cardiovascular risk stratification?

Spáčil J., Svobodová J.

Cévní ordinace, SPAMED s.r.o., Praha, Česká republika

Background: Heart SCORE is a basic tool for assessing cardiovascular risk (CVR). However we have other markers of CVR, which are intima media thickness of common carotid artery (IMT), pulse wave velocity (CAVI) and ankle brachial index (ABI).

Methods: This study involves 100 patients (59 men, 41 women) aged between 21 and 68 years (mean 55.6 years), without organ damage of atherosclerosis. CVR was estimated by SCORE tables, IMT ACC was assessed by ultrasonography and CAVI and ABI by Va Sera 1500 examination.

Results: Mean heart SCORE was 6.7, high score (≥ 5) was in 53% of patients. Abnormal findings on carotid artery (IMT $\geq 0,9$ and/or plaque) was found in 73% of examined persons. In 12% of patients there was only one abnormal finding. ABI below 1 was found in 11% of patients and below 0.9 only in 1 patient. Average CAVI was 7.8. Abnormal values were in 18% of patients. But only 4% of patients had only one abnormal

finding. We found correlation between age and IMT ACC, age and CAVI, IMT ACC and CAVI and CAVI and ABI.

Conclusion: Pulse wave velocity, expressed as CAVI and ABI, has small value for CVR stratification in clinical practise.

11. Vplyv zvýšenej tuhosti aorty na zaťaženie ľavej komory / Influence of increased aortic stiffness on left ventricular load

Bulas J., Potočárová M., Murín J., Luha J., Kozlíková K., Čaprnda M.

I. interná klinika LF UK a UNB, Bratislava

Na neinvazívne hodnotenie tuhosti aorty sa používa rýchlosť šírenia pulzovej vlny v aorte (pulse wave velocity, PWVao), pričom zvýšená tuhosť tepny podmieňuje zvýšenú rýchlosť pulzovej vlny. Hodnota PWVao 10 m/s je hraničná a jej zvýšenie definuje zvýšenú tuhosť aorty, ako jedno z predklinických kardiovaskulárnych ochorení, a znamená zvýšené kardiovaskulárne riziko.

Ľavá komora generuje iniciálnu tlakovú vlnu, ktorá sa propaguje do periférie niekoľkonásobne rýchlejšie než je tok krvi. Odrazené (sekundárne) tlakové vlny vznikajú v celom priebehu aorty a vracajú sa späť k srdcu, pričom sumácia iniciálnej a odrazených tlakových vln dáva výsledný systolický tlak v každom mieste (bode) aorty. Typickými miestami na vznik odrazených vln sú zmeny prievitu aorty, odstupy ciev, bifurká-

cia aorty, arterioly, ale aj zmena štruktúry steny a elasticity aorty.

Odrazená tlaková vlna postupuje proti smeru toku krvi, a ústie ľavej komory môže dosiahnuť v rôznej fáze srdcového cyklu. Pri zvýšenej tuhosti aorty môže dosiahnuť ústie aorty ešte počas systoly (v neskorej, alebo dokonca už v strednej časti systoly) a tým navýšiť prácu ľavej komory potrebnú na jej dokončenie. Navýšený tlak v ústí ľavej komory predlžuje trvanie ejekcie ľK proti vyššiemu odporu (vyššia hodnota tlaku), čím sa zvyšuje pracovné zaťaženie ľavej komory a spotreba energie.

S cieľom zhodnotiť vplyv zvýšenej tuhosti aorty na dynamiku ejekcie ľavej komory sme analyzovali časové parametre srdcového cyklu a centrálnu hemodynamiku u hypertenzných pacientov. V rámci komplexného kardiologického vyšetrenia s preventívnym zameraním, sme vyšetrili súbor sto konzekutívnych ambulantných pacientov, 64 žien a 38 mužov, priemerného veku 64 ± 10 rokov, ktorí boli liečení pre artériovú hypertenziu. Na vyšetrenia sme použili prístroj Arteriograf, ktorý na oscilometrickom princípe meria krvný tlak na ramene a následne, tou istou manžetou, sníma pulzovú krivku na arteria brachialis. Táto pulzová krivka je potom podrobená rozboru (pulse wave analysis, PWA) a na základe jej charakteristík je odhadnutá hodnota systolického tlaku vygenerovaného ľavou komorou (P1) a hodnota tlaku P2 daná súčtom iniciálnej – primárnej tlakovej vlny a odrazenej – sekundárnej tlakovej vlny, ako aj výpočet amplitúdy krvného tlaku (PP) a augmentačného indexu (Aix), ako pomeru P2-P1/PP. Pri pružných cievach je hodnota

rozdielu P2-P1 a tiež augmentačného indexu negatívna, pretože P2 je menší ako P1 (nedošlo k augmentácii – k navýšeniu tlaku P2 nad primárnu tlakovú vlnu P1). Prístroj stanovuje aj trvanie ejekcie ľavej komory (ED) a čas medzi vrcholom iniciálnej tlakovej vlny a vrcholom odrazenej tlakovej vlny (Return time, RT). Presnosť prístroja je validizovaná invazívnymi katetizačnými meraniami a má dobrú zhodu aj s inými prístrojmi na neinvazívne stanovovanie aortovej tuhosti a centrálného systolického tlaku.

Výsledky: Hodnota centrálného systolického tlaku sa zvyšovala v závislosti od rýchlosti šírenia pulzovej vlny. U 55 % pacientov bol centrálny systolický tlak (CSBP) vyšší, než tlak nameraný na ramene (sTK-brach). Na základe toho sme rozdelili pacientov na dve podskupiny a porovnali sme časové intervaly centrálnej hemodynamiky srdcového cyklu. V skupine s vyšším centrálnym systolickým tlakom bolo signifikantne dlhšie trvanie doby ejekcie ľavej komory, ED (331 ms vs. 316 ms) a kratší čas návratu odrazenej tlakovej vlny (RT) ako prejavu zvýšenej tuhosti (107 ms vs. 121 ms). V skupine s vyššou tuhosťou bola nižšia aj hodnota plochy pod krivkou odrazenej tlakovej vlny v diastole (Diastolic Reflection Area, DRA), ktorá prispieva k prekrveniu ľavej komory počas diastoly.

Záver: Z výsledkov našej práce vyplýva, že zvýšená tuhosť aorty nielenže zvyšuje pracovné zaťaženie myokardu ľavej komory predĺžením ejekčnej doby pri vyšších hodnotách krvného tlaku, ale súčasne zhoršuje aj podmienky na prekrvenie myokardu počas diastoly.

Podakovanie: táto práca vznikla v rámci plnenia úlohy VEGA Ministerstva školstva SR č. 1/0939/14.

12. Mikroalbuminúria a subklinická ateroskleróza / Microalbuminuria and subclinical atherosclerosis

Szabóová E., Kocsisová A., Fatľová E.
IV. interná klinika UPJŠ LF a UNLP,
Košice

Úvod: Albuminúria je silným prediktorom kardiovaskulárnych a renálnych ochorení u diabetickej a nediabetickej populácie a predikuje rozvoj diabetu a artériovej hypertenzie. Vyšetrenie albuminúrie/mikroalbuminúrie (MAU) sa odporúča na stratifikáciu rizika u diabetikov aj hypertonikov.

Cieľom našej štúdie bolo vyšetriť MAU u klinicky zdravých jedincov stredného veku a vyhodnotiť vzťah MAU a subklinickej aterosklerózy (AS).

Súbor a metódy: 198 klinicky zdravých jedincov bolo zaradených do štúdie (79 Ma 119 Ž, vo veku 45 ± 5 r.). Tradičné rizikové faktory AS, bazálne biochemické parametre (glykémia, HbA1c, lipidy, Lp(a), hsCRP, kyselina močová, kreatinín, GFR/MDRD, mikroalbuminúria, fibrinogén) a niektoré markery subklinickej AS (karotická IMT, AS pláty, členkovo-brachiálny index – ABI, rýchlosť pulzovej vlny – PWV, augmentačný index – Aix, prietokom indukovaná vazodilatácia – FMD) boli hodnotené.

Výsledky: Priemerná hodnota MAU v našom súbore bola $7,75 \pm 19,74$ mg/l. Len u 4 % (8 jedincov bez diabetu a hypertenzie) sme potvrdili MAU. Z nich, až na jedného pacienta, všetci mali dokumentovanú subklinickú AS (nie morfológické, ale funkčné zmeny artériovej stený: FMD, Aix, patologické ABI).

Záver: Naše výsledky potvrdzujú nízku prevalenciu MAU u klinicky zdravých jedincov

stredného veku. Mikroalbuminúria odzrkadľuje stav vaskulárnej dysfunkcie s rizikom orgánového poškodenia. Prevencia mikroalbuminúrie predstavuje zároveň aj prevenciu vzniku vaskulárnej dysfunkcie.

13. Detekcia markerov mäkkého plátu pri aterosklerotickom postihnutí arteria carotis interna / Detection of markers of soft plaque in atherosclerotic stenosis of internal carotid artery

Štefanič P., Frankovičová M., Berek P.,
Zavacká M., Sihotský V., Kubíková M.,
Staško P., Kopolovets I., Leško N.
Klinika cievnej chirurgie, VÚSCH, a. s.,
Košice

Cieľ práce: Cieľom tejto práce je interpretovať ucelený prehľad problematiky aterosklerózy krčných tepien, vplyv špecifických zápalových markerov, Lp – PLA 2 na stabilitu aterosklerotických plátov u symptomatických a asymptomatických pacientov a tiež poukázať na súčasné indikačné kritériá na chirurgickú liečbu, ktoré sa pravdepodobne v blízkej budúcnosti budú meniť, vzhľadom na to, že špecifické zápalové markery pravdepodobne budú súčasťou indikačných kritérií.

Materiál a metódy: U 40 pacientov s hemodynamicky závažnou stenózou ACI, ktorí boli operovaní na Klinike cievnej chirurgie VÚSCH, a. s., v Košiciach, bola Elisa metódou stanovená koncentrácia Lp - PLA 2 v krvnej plazme, taktiež u všetkých pacientov bola stanovená hladina CRP a štandardný lipidový profil. Všetci pacienti mali pred operáciou vykonané USG krčných tepien. Na základe echogenity aterosklerotic-

kého plátu boli pacienti rozdelení na 3 skupiny (hypoechogénny, zmiešaný, hyperechogénny plát). Podľa neurologickej symptomatológie boli pacienti rozdelení na asymptomatických (20) a symptomatických (20).

Výsledky: U asymptomatických pacientov a u pacientov s tvrdým aterosklerotickým plátom boli stanovené hodnoty Lp - PLA 2 nižšie v porovnaní s pacientmi, u ktorých bol ultrasonograficky popisovaný mäkký plát. Taktiež zvýšené hodnoty Lp - PLA 2 boli zaznamenané u všetkých pacientov, ktorí prekonalí cievnu mozgovú príhodu, prípadne tranzitórny ischemický atak. Zvýšene hladiny S - chol. a S - TG boli zaznamenané u pacientov s mäkkým aterosklerotickým plátom.

Záver: V budúcnosti nebudú pravdepodobne všetci asymptomatickí pacienti so stenózou krčnej tepny nad 70 % operovaní, ale výber chorých na operačnú liečbu bude pravdepodobne závisieť aj od hodnoty špecifických markerov mäkkého plátu a tiež od ultrasonografického hodnotenia aterosklerotického plátu.

Kľúčové slová: fosfolipáza A2, aterosklerotický plát, karotická endarterektómia, stenóza krčnej tepny, cievna mozgová príhoda

14. Prevencia – ako ďalej? / Prevention – how to continue?

Dostálová K., Ambrózy E., Kukučková L., Moricová Š.

Fakulta verejného zdravotníctva SZU,
Bratislava

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (1998) primárna zdravotná starostlivosť spočíva v poskytovaní základnej zdravotnej starostlivosti, ktorá je dostupná za cenu, ktorú si štát, alebo komunita

môžu dovoliť, a to metódami, ktoré sú praktické, vedecky overené a spoločensky prijateľné.

Je zrejme, že v každej spoločnosti sú materiálne, personálne a organizačné zdroje limitované, a preto je nutné zamerať starostlivosť o jedincov, komunity či populáciu preventívne, čiže predchádzať chorobám v tom najširšom zmysle slova.

Determinanty určujúce zdravie: životný štýl, životné prostredie, genetické faktory a úroveň zdravotníctva sú všeobecne známe. Podiel zodpovednosti na ochrane a podpore zdravia nesie každý jedinec vo vzťahu k sebe samému, voči komunite a spoločnosti. Rovnako spoločnosť nesie zodpovednosť za ochranu a podporu zdravia kontinuálne naprieč generáciami v danej krajine v globálnom kontexte.

Prevenciou rozumieme vopred urobené opatrenia za účelom predchádzania chorobám. Ochrana zdravia (health protection) je nástroj na elimináciu zdravotného rizika zapríčineného akýmkoľvek druhom ľudskej činnosti. Je kombináciou legislatívnych opatrení a vedeckého riadenia, ako aj vzdelávacích aktivít. Podpora zdravia (health promotion) pozostáva zo vzdelávania, organizácie, ekonomiky a iných foriem zdravotníckej inšpekcie, aby zainteresovaní jedinci participovali aktívne na podpore vlastného zdravia individuálne ako aj aktívnou kooperáciou jednotlivcov, skupín, spoločnosti alebo inštitúciami.

Primárna prevencia zahŕňa starostlivosť o budúce generácie. Metódy primárnej prevencie bránia vzniku ochorenia prostredníctvom odstránenia pôvodcov chorôb alebo zvýšením odolnosti voči chorobám – napr. očkovaním, zdravou výživou, pohybovou aktivitou a pod. Sekundárna prevencia používa metódy na detekciu a riešenie existujúceho ochorenia pred

objavením sa jeho príznakov – napr. skrining onkologických ochorení.

Terciárna prevencia sa zameriava na znížení negatívneho vplyvu symptomatických ochorení (invalidizácia, smrť) prostredníctvom rehabilitácie a liečby.

Kvartérna prevencia má za úlohu zmierniť alebo sa vyhnúť zbytočným alebo nadmerným intervenciám v systéme zdravotnej starostlivosti. Symbolicky sa prvá zmienka o kvartérnej prevencii objavuje na prelome tisícročí v roku 2000. Kvartérna prevencia identifikuje pacienta s rizikom „overmedicalisation“, aby ho chránila pred nadmernou a nežiaducou invazivitou, ako diagnostickou tak liečebnou. Zároveň zvažuje zásahy, ktoré sú eticky prijateľné. V súčasnosti sa prioritne rozvíja vo všeobecnom lekárstve.

V súčasnosti sa všeobecným lekárom v Slovenskej republike otvárajú možnosti zá-

chyty periférneho artériového ochorenia pomocou merania členkových tlakov dopplerovskou metódou, ktorá rozširuje armamentárium všeobecného lekára dané anamnézou a klinickým vyšetrením. Všeobecný, rodinný lekár, je lekárom prvého kontaktu, ktorý dominantne určuje spôsob a mieru zdravotníckej starostlivosti. Je preto na ňom, aby racionálne naložil s výsledkami dopplerovského merania a prevzal zodpovednosť v starostlivosti o pacientov s periférnym artériovým ochorením, aká mu prináleží. Po zhodnotení anamnestických údajov, dôslednom klinickom vyšetrení a meraní členkových tlakov zväží, či si stav pacienta vyžaduje konzultáciu angiológa.

Úspešná prevencia nielenže redukuje ľudské utrpenie, ale zlepšuje kvalitu života, zvyšuje ekonomickú produktivitu a v neposlednom rade znižuje náklady na liečbu ochorení a ich komplikácií.

CHOROBY ŽÍL / DISEASES OF THE VENOUS SYSTEM

19. Venózne aneurizmy / Venous aneurysms

Mazuch J., Červená Z., Mazuchová J.
Chirurgická klinika a Transplantačné centrum JLF UK a UNM, Martin

Venózne aneurizmy (VA) sú na rozdiel od arteriálnych aneuriziem zriedkavé. O venózných aneurizmách hovoríme vtedy, ak je ich priemer 1,5-krát väčší ako normálny lúmen ciev v príslušnej lokalite. Po makroskopickej stránke rozlišujeme vretenovité (fuziformné) a vakovité (sakulárne) VA.

Z mikroskopického hľadiska poukazujú histopatologické vyšetrenia na stratu elastických a svalových vlákien žilovej steny s jej následným oslabením.

Z hľadiska lokalizácie sa môžu VA vyskytnúť v ktorejkoľvek časti venózneho systému. Na končatinách môžu byť VA lokalizované v hĺbkovom, alebo povrchovom venóznom systéme. VA sú častejšie na dolných končatinách.

VA môžu byť symptomatické alebo asymptomatické a môžu dosiahnuť rôzne veľkosti. Symptomatické VA môžu byť spojené s bolesťou a tlakom v rôznych lokalitách, intestinálnym krvácaním alebo tromboembolickou komplikáciou.

Autori opisujú a demonštrujú vlastné klinické prípady VA, ktoré chirurgicky riešili. Väčšina VA bola lokalizovaná na končatinách a často súvisela aj s varikóznou chorobou dolných končatín, angiodyspláziami a venóznymi homotransplantátmi. Každá VA sa môže komplikovať krvácaním a trombózou.

Radikálna chirurgická liečba je predpokladom dobrých dlhodobých výsledkov.

20. Nulová pozícia ELVeS katétra v SF junkcii pri ablácii VSM / ELVeS catheter zero position in SF junction at VSM ablation

Výrostko V., Pružinec D.

Oddelenie jednodňovej chirurgie, cievna ambulancia, Nemocnica Handlová, Handlová

Cieľpráce: Porovnať výsledky operácií pri polohe vlákna 1 cm od SF junkcie a pri polohe 0 cm od SF junkcie pri ablácii vena saphena magna. Ako kritérium sme použili hodnotenie dĺžky pahýľa v.s.m. podľa STUMP klasifikácie.

Materiál a metódy: V práci porovnáваме dva súbory zoperovaných pacientov bez žiadnych vynímajúcich kritérií (všetky štádiá CVO podľa CEAP, vek, morbidita, BMI, diameter vény, recidívy...). Použitý prístroj Biolitec 1470 nm. Prvý súbor je zložený s pacientov operovaných v roku 2013 metódou ELVeS s radiálnym vláknom single ring s polohou vlákna 1 cm od SF junkcie (250 pacientov). Druhý súbor je zložený s pacientov operovaných v roku 2015 metódou ELVeS s radiálnym vláknom single ring s polohou vlákna v SF junkcii v nulovej polohe (200 pacientov). Sonografické kontroly boli vykonané na 7. pooperačný deň a 6 mesiacov po operácii.

Výsledky: Pri porovnaní oboch súborov boli signifikantne lepšie výsledky pri nulovej pozícii ELVeS katétra, ako pri polohe katétra 1 cm od SF junkcie. Pri kontrole na 7. pooperačný deň bol pahýľ v.s.m. STUMP 0 u všetkých pacientov operovaných v nulovej pozícii katétra v porovnaní so súborom s uložením katétra 1 cm od junkcie, kde 7. pooperačný deň bol pahýľ v.s.m. STUMP 0 u 76,3 % pacientov. Neboli zaznamenané žiadne komplikácie.

Záver: Záverom môžeme konštatovať, že nulová pozícia ELVeS katétra v SF junkcii prináša lepšie výsledky pri ablácii vena saphena magna a neprináša žiadne komplikácie v porovnaní s polohou katétra 1 cm od SF junkcie.

21. ASVAL – kazuistika a minireview / ASVAL (Ambulatory Selective Varicose vein Ablation under Local anaesthesia) – case report and minireview

Samek P., Pittaluga P., Chastanet S.
Ambulancia cievnej chirurgie, Chiraven, Košice

Ambulantná selektívna ablácia varixov v lokálnej anestézii (ASVAL) je založená na ascendentnej teórii vzniku (antegrádnej hemodynamickej evolúcii) varixov dolných končatín. Autori prezentujú kazuistiku a minireview základných princípov a výsledkov tejto metódy a zdôrazňujú potrebu individuálneho prístupu k liečbe varixov dolných končatín.

Ambulatory selective varicose vein ablation under local anaesthesia is based on the ascending theory - antegrade haemodynamic evolution of varicose veins of lower limbs. Authors present case report and minireview of basic principles and results of this method and emphasise the need for individual approach to the treatment of lower limb varicosities.

23. Úloha C-reaktívneho proteínu v manažmente venózneho tromboembolizmu / Role of C-reactive protein in management of venous thromboembolism

Petrovič T., Koller T., Kovářová M., Payer J.

V. interná klinika LF UK a UNB,
Nemocnica Ružinov, Bratislava

Cieľ práce: C-reaktívny proteín (CRP) je asociovaný s rizikom arteriálnych kardiovaskulárnych ochorení, ale jeho úloha pri venóznom tromboembolizme (VTE) ostáva nejasná. Cieľom práce bolo preskúmať vzťah CRP a VTE.

Materiál a metódy: Analýza dvoch prác realizovaných na V. internej klinike LF UK a UNB Ružinov. V prvej išlo o 82 pacientov, ktorí podstúpili CT pulmoangiografické vyšetrenie pri prijatí do nemocnice pre podozrenie na akútnu pľúcnu embóliu (PE) v období január 2007 – február 2010. Pri prijatí im bolo realizovaný aj odber CRP. Druhá práca sa týkala 232 pacientov v období január 2009 – august 2012, ktorí boli prijatí na naše pracovisko s podozrením na venózny tromboembolizmus. Rovnako pri prijatí absolvovali CT pulmoangiografické vyšetrenie, resp. ultrasonografické vyšetrenie hĺbkového žilového systému a vyšetrenie CRP.

Výsledky: V prvej práci malo z 82 pacientov potvrdenú pľúcnu embóliu 46 pacientov. Priemerné CRP u nich bolo 46 mg/l (95 % IS: 35,186-56,337), kým u 36 pacientov bez PE bolo priemerné CRP 37,28 mg (95 % IS: 17,849-56,723), rozdiel nebol štatisticky významný. Ak však zoberieme hodnotu CRP < 5 mg/l, pacienti bez PE mali takúto hodnotu v 36 % (13 z 36), kým zo 46 pacientov s PE mali CRP < 5 mg/l len dvaja (4,3 %), $p = 0,0007$. OR (pomer šancí) pre pacientov s potvrdenou pľúcnou embóliou pre hodnotu CRP < 5 mg/l bolo 0,0804, 95% IS: 0,0167 – 0,3873, $p = 0,0017$.

V druhej práci s 232 pacientmi malo VTE zistených 124 pacientov. Priemerné CRP u pacientov bez VTE bolo 21,35 mg/l (95 % IS: 5,30 – 78,59), kým u pacientov s VTE bolo priemerné

CRP 31 mg/l (95 = IS: 16,2-84,53), $p = 0,0072$. CRP > 5mg/l malo v skupine bez VTE 76,4 % pacientov, kým v skupine s VTE mali CRP > 5 mg/l temer všetci – 96,9 %, $p = 5$ mg/l u pacientov s VTE bolo 9,29 (95 % IS: 2,5–34,49, $p = 0,0009$).

Záver: Význam C-reaktívneho proteínu pri venóznom tromboembolizme ostáva nejasný. V oboch našich súboroch pacientov sme však zistili len minimum pacientov s potvrdenou akútnou pľúcnou embóliou alebo hĺbkovou žilovou trombózou, ktorí mali súčasne hodnotu CRP < 5 mg/l.

24. Vyšetrovanie na cievnej ambulancii Nemocničná a. s. Malacky v akútnom režime – percento výskytu suponovaných akútnych stavov / Examination in Angiology Clinic, Nemocnična a.s. Malacky, in emergency mode – percentage of occurrence of presupposed acute medical cases

Frič M., Jurga R.

Angiologická ambulancia,
Nemocničná a. s., Malacky

V roku 2014, keď bolo na našej ambulancii 216 pracovných dní, bolo vyšetrených 2 936 pacientov, v priemere 13,5 pacienta za deň; z toho 1 042 mužov – M (35 %), 1 894 žien – W (65 %), priemerného veku 62 rokov, M 62,6 rokov, W 61,6 rokov.

V akútnom režime bolo z toho vyšetrených 271 pacientov, čo tvorí 9,2 % všetkých pacientov, v priemere 1,25 pacientov/deň; z toho 111 M (41 %), 160 W (59 %) – tento rozdiel je štatisticky významný, vekového rozsahu 21 – 92 rokov, priemerného veku 63 rokov, z toho M 64,7 rokov, W 62,6 rokov – tento rozdiel je štatisticky nevýznamný.

Súbor 271 pacientov pozostával ďalej zo 163 pacientov odoslaných z ambulancií (V) – (60 %) a 108-krát z pacientov hospit. na oddeleniach nemocnice (O) – (40 %): rozdiel je štatisticky významný.

Ďalej súbor 271 pacientov pozostával z 84 pacientov so suponovaným akútnym ochorením arter. systému (A): 31 % a 187 pacientov so suponovaným akútn. ochorením žilného systému (Ž): 69 %; rozdiel je štatisticky významný.

Z celkového počtu 271 pacientov bola diagnóza akútneho ochorenia cievneho systému potvrdená (+) 113-krát = 42 %, diagnóza nebola potvrdená (-) 158-krát = 58 %. Štatisticky na hladine významnosti alfa = 0,05 sme overili, že $W_{0,05} = (t, t < -1,64)$, čiže u väčšiny pacientov sa akútny stav nepotvrdil.

Z arter. časti súboru A = 84 pacientov sa diagnóza potvrdila (A+) 59-krát, t. j., v 71 % prípadov, nepotvrdila sa (A-) 25-krát, t. j. v 29 %, ... $W_{0,05} = (t, t > 1,64)$, t. j. potvrdenie diagnózy bolo štatisticky významné.

Zo žilovej časti súboru Ž = 187 pacientov sa diagnóza akútneho ochorenia žilového systému potvrdila (Ž+) 53-krát = 28 %, nepotvrdila sa (Ž-) 134-krát = 72 %, ... $W_{0,05} = (t, t < -1,64)$ sa potvrdil vyšší počet neprítomnej diagnózy, teda že (Ž-) je štatisticky významne väčšie ako (Ž+).

Z podsúboru ambulancných pacientov V = 163 pacientov bola diagnóza (V+) potvrdená v 63 prípadoch, t. j. 39 %, nepotvrdená (V-) 100-krát, t. j. v 61 %; ... $W_{0,05} = (t, t < -1,64)$, neprítomnosť diagnózy je štatisticky významná.

V podsúbore pacientov z oddelení nemocnice (O) = 108 pacientov bola diagnóza potvrdená (O+) 50-krát = 46 %, nepotvrdená (O-) 58-krát = 54 %; ... $W_{0,05} = (t, t < -1,96)$, neprítomnosť diagnózy je štatisticky nevýznamná.

V podsúbore mužov (M) = 111 pacientov sa diagnóza potvrdila (M+) 56-krát = 50,5 %, nepotvrdila sa (M-) 55-krát = 49,5 %, rozdiel je štatisticky nevýznamný.

V podsúbore žien (W) = 160 pacientov sa diagnóza potvrdila (W+) 57-krát = 36 %, nepotvrdila (W-) 103-krát = 64 %; ... $W_{0,05} = (t, t < -1,64)$ u väčšiny pacientov sa akútny stav nepotvrdil.

Podsúbor pacientov s potvrdenou diagnózou (+) 113 pacientov pozostával z 59 (A+) = pacientov a 54 (Ž+) pacientov; rozdiel je štatisticky nevýznamný.

Podsúbor pacientov s nepotvrdenou diagnózou (-) 158 pacientov pozostával z 54 (A-) a 103 (Ž-); rozdiel je štatisticky významný.

Priemerný vek pac. s potvrdenou diagnózou(+) 113 je v podsúbore (A+) 68,5 roka, v podsúbore (Ž+) 60,6 roka; ... $W_{0,05} = (t, t > 1,64)$ – teda priemerný vek je v skupine (A+) štatisticky významne vyšší.

V podsúbore s nepotvrdenou diagnózou (-) 158 pacientov je priemerný vek (A-) 64 r, (Ž-) 61 rokov, rozdiel je štatisticky nevýznamný.

M 111x = A+ 44x = 40% W 160x = Ž- 93x = 58 %
 Ž- 39x = 35 % Ž+ 42x = 26 %
 A- 16x = 14 % A+ 15x = 10 %
 Ž+ 12x = 11 % A- 10 x = 6 %

Záverom možno konštatovať:

1. Vo väčšine prípadov sa supponovaná diagnóza nepotvrdila (ale číslo 113 prípadov, t. j. 42 % je napriek tomu hrozivo vysoké)
2. Potvrdených diagnóz akútnych porúch arter. systému (71 %) bolo štat. významne viac ako nepotvrdených
3. Nepotvrdených diagnóz akútnych porúch žilného systému bolo štat. významne viac (72 %) ako potvrdených
4. Priemerný vek pac. s akútnymi poruchami arter. systému (A+) 68,6 roka je štatisticky významne vyšší ako u pacientov s akútn. poruchami žilového systému (Ž+) 62,8 roka.

MINULOSTĚ A SÚČASNOSTĚ ANGIOLÓGIE / BACKGROUND AND PRESENT TIMES OF ANGIOLOGY

25. Oliva-Roztočil index: téměř zapomenutý parametr fotopletysmografické analýzy periferní pulsově vlny / Oliva- Roztočil Index: an almost forgotten parameter for PPG peripheral pulse wave analysis

Blažek V.

Helmholtz-Institute for Biomedical
Engineering, RWTH Aachen University,
Aachen, Germany

Motivation, materials and methods:

A number of measurement methods are available today for unobtrusive, noninvasive monitoring of peripheral arterial and venous hemodynamics and vascular status. These include the plethysmography (PPG), which allows both body-attached and contactless investigation of cardiovascular relevant vital parameters.

Already in 1982, Oliva and Roztočil suggested a simple algorithm for assessment and quantification of the shape of the peripheral arterial blood volume pulse wave (Oliva, I., Roztočil, K.: *Pulsová vlna v diagnostice ischemické choroby dolních končetin*. Avicenum Publishing House, Praha). They showed that this parameter allows, among other things, discrimination between different stages of peripheral arterial disease. In this disease, the state of elasticity of the vascular wall plays a decisive role. Thus, it was recently investigated in several simulative and experimental studies, whether the Oliva-Roztočil Index (ORI) can also be used for the quantification of pain and / or stress.

The modeling of the pulse waveform as a function of the degree of stenosis and current vascular elasticity was carried out in analogy to the established theory of electrical transmission lines. The change in shape of the peripheral arterial blood volume pulse was recorded before, during, and after a pain provocation using PPG sensors working in reflection and transmission mode.

Results: Our preliminary results of the simulation studies prove a strong dependence of the ORI on the elasticity of the arterial vessel wall. The modeling of a 60% stenosis in the external iliac artery resulted in a highly significant increase of the ORI from 0.192 to 0.35. Our „pain-experiments“ (cold test and capsaicin-test) confirm the ORI's sensitivity to these stimuli. The characteristics and the kinetics of these changes, however, vary greatly from subject to subject. It was also found that ORI (and the shape of the peripheral pulse wave in general) is influenced from the used PPG sensor modality (reflective or transmissive).

Conclusion: Oliva and Roztočil have termed their evaluation index in 1982 „meziraménková hodnota P/L“. The fact that this diagnostically sensitive parameter is more or less forgotten can, in our opinion, only be explain by the lack of automatic analysis of the pulse waveform in previous and current PPG equipment.

The special merit of Oliva and Roztočil lies in their proposed normalization of the blood volume pulse (pulse amplitude and pulse length). Therefore, we propose to designate „P/L“ in the future as Oliva-Roztočil Index. Our previous

results (Venema, B.: *Photonische Sensorkonzepte für ein mobiles Gesundheitsmonitoring. PhD Thesis No 32, MedIT / RWTH Aachen University, 2015; Köny, M.: Entscheidungsunterstützungssysteme für den anästhesiologischen Arbeitsplatz der Zukunft auf Basis vernetzter Medizingeräte. PhD Thesis No 33, MedIT / RWTH Aachen University, 2015, both published in Shaker Verlag GmbH, Maastricht and Herzogenrath; Blazek, V. et al.: Unobtrusive Cardiorespiratory Monitoring. Analgesia & Anesthesia Journal, in press) allow to conclude that the ORI can be seen as pain- and stress-sensitive parameter in addition to the clinically established pain indexes ANI (Analgesia Nociception Index) and SSI (Surgical Stress Index).*

Moreover, it can attain relevancy in the functional angiological and phlebological screening diagnostics. The photoplethysmographic investigation of ORI is especially attractive as it can in principle be detected remotely and with portable equipment, e.g. in preterm born babies (not yet fully developed skin) or in skin wound areas.

26. Niekoľko poznámok k Epitome medicinae, VI, 5 Pavla z Aiginy. Angiológia v Byzancii? / Some remarks on Paul of Aegina's Epitome medicinae, VI, 5. Angiology in Byzantium?

Gogola M.

Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky, Oddelenie histórie medicíny a zdravotníctva, LF UK, Bratislava

Pavol z Aiginy (známy aj ako Pavol z Aeginy, resp. Paulus Aegineta; 625 – 690) patril medzi najvýznamnejších lekárov raného stredoveku. Hoci o jeho osobnom živote sa nám veľa infor-

mácií nezachovalo, pokiaľ ide o jeho profesiu, zanechal po sebe rozsiahle medicínske dielo pozostávajúce zo siedmich kníh, ktoré sa nazýva Epitome medicinae. V tomto kompendiu pojednáva od hygieny a dietetiky, cez diagnostiku horúčok, kožných či črevných problémov a toxikológiu až po chirurgiu a farmakológiu. Sám Pavol sa považuje predovšetkým za kompilátora, keďže preberá informácie od iných a podľa vlastných slov len zbiera informácie, aby vytvoril akúsi príručku o medicíne. Neskorší lekári a autori vedeckých spisov, ktorí z jeho diela čerpali (najmä arabskej proveniencie) ho však považovali za renomovaného lekára a vedca a často z jeho diela vychádzali. V piatej kapitole šiestej knihy (týkajúcej sa chirurgie) sa Pavol z Aiginy v krátkosti zaoberá aj angiológiou. Tejto kapitole ako aj osobe Pavla z Aiginy sa budeme venovať v našom príspevku.

27. Historie diagnostiky a léčby „thrombophlebitis profunda“ / History of diagnosis and treatment of deep venous thrombophlebitis

Broulíková A.

Fakultní poliklinika, III. interní klinika
1. LF UK, Praha, Česká republika

V historickém ohlédnutí je připomenuta problematika názorů na etiopatogenezi a diagnostické možnosti žilní trombózy. Pozornost je věnována možnostem vyšetřovacích postupů v rozmezí posledních 50 let od pracných pletysmografických a dalších instrumentálních metod až k současné situaci, kdy klíčovou roli v diagnostice žilní trombózy hraje duplexní sonografie a moderní zobrazovací metody (CT a MR flebografie).

29. Vplyv karotickej endarterektómie na úroveň kognitívnych funkcií a well-being – predstavenie prebiehajúceho výskumu/ Impact of carotid endarterectomy on level of cognitive functions and well-being – introduction of the ongoing research

Dietzová S., Slovenská E., Frankovičová M.
Klinika cievnej chirurgie, VÚSCH, a. s.,
Košice

Stenóza karotickej artérie je dnes považovaná za jeden z rizikových faktorov alterácie kognitívnych funkcií (Dutra, A. P., 2012). Výskum má za cieľ zistiť u pacientov aktuálny stav kognitívnych funkcií (exekutívne funkcie, vizuomotorická koordinácia, pamäť, učenie, pozornosť, duševná kontrola, verbálna fluencia, abstrakcia) a well-beingu. Podľa stanoveného konceptu výskumnej práce výskumnú vzorku tvoria pacienti so symptomatickou alebo asymptomatickou, unilaterálnou alebo bilaterálnou stenózou karotídy, ktorí podstupujú karotickú endarterektómiu. Výskumné dáta sú získavané prostredníctvom semištruktú-

rovaného interview, sebahodnotiaceho dotazníka a vybraných výkonových psychodiagnostických metód, a to predoperačne a 3 mesiace po operácii. Podľa prehľadovej štúdie, zaoberajúcej sa kognitívnymi funkciami a stenózou karotídy (Dutra, A.P., 2012), väčšina štúdií opisuje po chirurgickej intervencii zlepšenie kognitívnych funkcií (napr. Soinne, L. et al., 2008), sú štúdie, ktoré chirurgickú intervenciu nespájajú s vplyvom na kognitívne funkcie a tiež také, ktoré hovoria o jej priamom vplyve na úbytok kognitívnych funkcií (napr. Wasser, K. et al., 2012). Predbežné výsledky predoperačne naznačujú subnormný až patologický výkon v testoch kognitívnych funkcií u vyšetrovaných pacientov. Význam výskumu je možné vidieť na strane lekárov pri indikácii na chirurgickú intervenciu a zvažovaní jej benefitov, na strane psychológov pri skvalitňovaní diferenciálnej diagnostiky, ako aj na strane samotného pacienta, ktorý je bezprostredne informovaný o aktuálnom stave jeho kognitívnych funkcií, prípadne nutnosti dispenzáru u neurológa, odborného vedenia u klinického psychológa.

Kľúčové slová: karotická artéria, endarterektómia, kognitívne funkcie, well-being

BLOK MLADÝCH ANGIOLOGOV / *YOUNG ANGIOLOGISTS' SESSION*

44. Endovaskulárna liečba stenózy dialyzačnej artériovenózneho fistuly a manažment dysfunkcie cievnej spojky z pohľadu angiológa / Endovascular treatment of dialysis arteriovenous fistula stenosis and management of dysfunctional vascular shunt from the angiologist's point of view

Grofcíková J., Špak Ľ., Moščovič M., Hudák M., Koščo M., Pataky Š., Tormová, Z. VÚSCH, a. s., Košice

Natívna artériovenózna fistula je najoptimálnejším dlhodobým cievny prístupom pre hemodialýzu. Jej životnosť je však obmedzená a najčastejšími príčinami jej zlyhania sú stenóza a následná trombóza. Úlohou multidisciplinárneho tímu je predĺžiť funkčnú priechodnosť fistuly, pričom ani cievnochirurgické, ani endovaskulárne riešenie často nie sú schopné zabezpečiť dlhodobú priechodnosť cievnej spojky. Voľba metódy liečby zlyhávania funkcie fistuly je do istej miery kontroverzná. V súčasnosti je v liečbe stenózy AV fistuly preferovaný endovaskulárny postup pre svoju miniinvazivitu, opakovateľnosť a šetrenie etáže. Pri rozhodovaní o spôsobe liečby hrajú rolu aj skúsenosti miestneho centra. V retrospektívnej analýze predstavujeme výsledky Angiologického oddelenia Kliniky Kardiológie VÚSCH, a. s., Košice v oblasti endovaskulárnej liečby stenóz artériovenózných fistúl. Vyhodnotili sme úspešnosť intervencií realizovaných v roku 2014, so strednou dobou sledovania 18 mesiacov

(12 – 26 mesiacov). Dosiadnutá 6- a 12-mesačná pointervenčná primárna priechodnosť, ako aj ďalšie sledované parametre v našom súbore boli porovnateľné s dátami metaanalýz a výsledkami novších zahraničných štúdií v danej oblasti.

Kľúčové slová: artériovenózna fistula, dysfunkcia, stenóza, PTA, priechodnosť

45. Incidencia, diagnostika a liečba postkatetrizačných pseudoaneuriziem / Incidence, diagnostic and therapy of postcatheterisation pseudoaneurysms

Pavlíková L., Špak Ľ., Hudák M., Koščo M., Pataky Š., Moščovič M.

Angiologické oddelenie Kliniky kardiológie, VÚSCH, a. s., Košice

Postkatetrizačné pseudoaneurizmy (PSA) patria medzi najčastejšie vaskulárne komplikácie. Spolu so zvyšujúcim sa počtom a rozširovaním spektra endovaskulárnych výkonov rastie aj ich počet. V závislosti od miesta vpichu môžu vzniknúť v rôznej lokalizácii, najčastejšie v oblasti slabiny po katetrizácii femorálnej artérie. Pri podozrení na prítomnosť PSA na základe klinického obrazu si diagnózu spoľahlivo potvrdíme USG vyšetrením s prítomnosťou typických sonografických známk PSA. USG využívame aj pri dneš preferovanej kompresii PSA sondou (USGC) alebo aplikácii trombínu do dutiny PSA (UGTI). Chirurgická liečba má svoje miesto v liečbe PSA väčších rozmerov, infikovanej PSA alebo pri zly-

haní konzervatívnych postupov. Včasnou diagnostikou a správnu liečbou môžeme predísť ďalším komplikáciám, z ktorých najzávažnejšou je ruptúra PSA. Práca je zameraná na prehľad klinických charakteristík pacientov s postkatetri-začnými PSA na Klinike kardiológie, VÚSCH, a. s., Košice v roku 2015 a analýzu faktorov vplyvujúcich na zvýšenie rizika chirurgickej revízie PSA.

Kľúčové slová: pseudoaneuryzma, USGC, UGTI, chirurgická revízia

46. Identifikácia periprocedurálneho rizika karotického stentingu – skúsenosti jedného centra / Periprocedural complications after carotid artery stenting

Rašiová M., Špak Ľ., Farkašová Ľ., Pataky Š., Koščo M., Hudák M., Leško N. Angiologické oddelenie Kardiologickej kliniky, VÚSCH, a. s., Košice

Cieľ štúdie: Optimálna liečba stenóz karotických artérií je napriek mnohým rôznorodým štúdiám predmetom diskusií. Cieľom štúdie realizovanej na Angiologickom oddelení Kliniky Kardiológie VÚSCH Košice bolo v súbore pacientov liečených karotickým stentingom (CAS) identifikovať výšku rizika periprocedurálnych komplikácií v závislosti od demografických a klinických faktorov a analyzovať vplyv sledovaných faktorov na mortalitu z akýchkoľvek príčin.

Metódy: Retrospektívne bolo sledovaných 502 pacientov priemerného veku $67,2 \pm 8,4$ rokov liečených od 20. 6. 2008 do 31. 12. 2015. Priemerná dĺžka sledovania bola 1054 dní (medzikvartilné rozpätie 547,3; 1454,8). Z databázy pacientov

VÚSCH boli sledované demografické ukazovatele, laboratórne parametre, komorbidity a výskyt periprocedurálnych komplikácií – cieвна mozgová príhoda (CMP) a smrť do 30 dní od CAS.

Výsledky: V periprocedurálnom období (do 30 dní od CAS) bola CMP/smrt' zaznamenaná u 3,8 % pacientov ($n = 19$). U pacientov so symptomatickou stenózou karotickej artérie sa periprocedurálna CMP/smrt' vyskytla u 5,4 % pacientov ($n = 10$), u pacientov s asymptomatickou stenózou karotickej artérie u 2,8 % ($n = 9$) pacientov. Riziko CMP/smrti do 30 dní od intervencie 3,0-násobne zvyšoval vek ≥ 75 rokov a 3,4-násobne ischemická CMP (iCMP) v období > 6 mesiacov pred CAS. V dlhodobom sledovaní bola dokumentovaná signifikantne 1,8-násobne vyššia mortalita z akýchkoľvek príčin u pacientov s ischemickou chorobou srdca (ICHS), 1,6-násobne vyššia mortalita u pacientov s diabetes mellitus (DM) a 1,6-násobne vyššia mortalita u pacientov s iCMP > 6 mesiacov pred CAS v porovnaní s pacientmi bez týchto ochorení. Po korekcii na vek, typ lézie, pohlavie a prítomnosť komorbidít pretrvávala 1,5-násobne vyššia mortalita u pacientov s iCMP > 6 mesiacov pred CAS v porovnaní s pacientmi tohto ochorenia, riziko u pacientov s ICHS a DM bolo v porovnaní s pacientmi bez týchto ochorení štatisticky nevýznamné.

Záver: Výskyt periprocedurálnych komplikácií po karotickom stentingu v centre s dostatočnými skúsenosťami je akceptovateľný, čo potvrdzuje vhodnosť tejto metódy ako alternatívy karotickej endarterektómie u správne selektovaných pacientov. U pacientov starších ako 75 rokov v porovnaní s mladšími bolo potvrdené vyššie riziko periprocedurálnej CMP/smrti. V porovnaní s pacientmi bez iCMP > 6 mesiacov pred CAS, bolo u pacientov

s iCMP > 6 mesiacov pred CAS zvýšené riziko periprocedurálnej CMP/smrti a v dlhodobom sledovaní mortalita zo všetkých príčin.

47. Steroidy v prevencii post-implantačného zápalového syndrómu po EVAR / Steroids in prevention of post-implantation syndrome after EVAR

Flak L., Vulev I., Tóth M., Maďaričová T., Vašková J., Bažík R., Balász T., Drobny P., Mikuláš J., Maďarič J.

Klinika kardiológie a angiológie, Klinika diagnostickej a intervenčnej rádiológie, NÚSCH, a.s. Bratislava

Úvod: Post-implantačný zápalový syndróm (PIS) je relatívne častou komplikáciou po endovaskulárnej liečbe ochorení aorty (endovascular aortic repair – EVAR). Je definovaný prítomnosťou febrilit (> 38 °C), leukocytózy (> 12 000/μl), zvýšeného CRP (> 10 mg/l) v intervale 72 hod po EVAR, pri negatívnych výsledkoch mikrobiologických vyšetrení. I keď nezvyšuje mortalitu, vedie k predĺženiu hospitalizácie, častejšiemu užívaniu antibiotík a častejším rehospitalizáciám. Cieľom našej práce bolo zhodnotiť efekt pred-implantačne aplikovaných steroidov na výskyt a závažnosť PIS a na klinický priebeh po EVAR.

Metódy: Pacientov prijatých k EVAR sme v období 12 mesiacov zaraďovali striedavo do

skupín A, B, C k pred-implantačnej i. v. aplikácii metylprednizolonu 250 mg (skupina A, n = 15), hydrokortizonu 200 mg (skupina B, n = 13), alebo žiadnej kortikoidnej liečby (skupina C, n = 15). Analyzovali sme prejavy PIS, dĺžku hospitalizácie, užívanie antibiotík, ako aj vedľajšie prejavy aplikácie kortikoidov.

Výsledky: Výskyt PIS bol signifikantne nižší v skupine A v porovnaní so skupinami B a C (27 % vs. 85 % vs. 73 %, $p < 0,05$). Pred-implantačné podanie metylprednizolonu (skupina A) bolo spojené s nižšími hodnotami C-reaktívneho proteínu (43 ± 52 vs. 152 ± 93 , vs. 169 ± 86 mg/l, $p < 0,005$), menej častým výskytom febrilit (priemerná telesná teplota po implantácii $36,7 \pm 0,5$ vs. $37,2 \pm 0,5$ vs. $37,2 \pm 0,6$ $p < 0,05$) a s nižšími hodnotami fibrinogénu ($3,3 \pm 0,8$ vs. $4,7 \pm 0,9$ vs. $4,3 \pm 1,3$ g/l, $p < 0,05$), v porovnaní so skupinami B a C. Pacienti skupiny A užívali ATB zriedkavejšie (13 % vs. 53 %, $p < 0,05$). Nebol pozorovaný rozdiel v trvaní hospitalizácie, nepozorovali sme žiadne nežiaduce účinky aplikácie kortikoidov, medzi skupinami nebol zistený rozdiel vo výskyte endoleaku ani v potrebe včasnej reintervencie.

Záver: Pred-implantačná aplikácia metylprednizolonu 250 mg redukuje výskyt a závažnosť post-implantačného zápalového syndrómu po EVAR, ako aj užívanie ATB liečby. Na odporúčanie rutinnej aplikácie kortikoidov (metylprednizolonu) pred EVAR je potrebná analýza väčšieho súboru pacientov a dlhšie sledované obdobie.

SEKCIA SESTIER / NURSES SESSION

53. Participácia sestry pri diagnostike a liečbe CLI / The participation of nurses in the diagnosis and treatment of CLI

Gibodová R.

Klinika kardiológie – angiologické oddelenie intenzívnej starostlivosti, VÚSCH, a. s., Košice

Kritická končatinová ischémia (CLI) je klinickou manifestáciou konečného štádia periférneho artériového ochorenia dolných končatín, najčastejšie vyvolaného aterosklerózou. Vo väčšine prípadov ide o postihnutie tepien predkolenia, ktoré sa kombinuje s postihnutím ostatných končatinových tepien. CLI v súčasnosti vzbudzuje intenzívny záujem, aj vzhľadom na stúpajúci počet pacientov s diabetes mellitus. Významným ukazovateľom v diagnostike tohto ochorenia je meranie členkovo-ramenného indexu (ABI). Ďalšou možnosťou v rámci diagnostiky je meranie transkutánneho kyslíka (TcPO₂).

Cieľom práce je poukázať na participáciu sestry pri diagnostike a liečbe CLI. Poukázať tiež na význam merania členkovo-ramenného indexu a meranie transkutánneho kyslíka v diagnostike ischemickej choroby dolných končatín.

Kľúčové slová: kritická končatinová ischémia, diagnostika, členkovo-ramenný index (ABI), transkutánný kyslík (TcPO₂), ošetrovateľská starostlivosť

54. Extrakraniálna a intrakraniálna cerebrálna intervencia – rozdiely v periprocedurálnej starostlivosti / Extracranial and intracranial cerebral interventions – differences in the periprocedural management

Kocíková I., Radošovská Z., Bachratá S. Oddelenie kardiológie a angiológie NÚSCH, a. s., Bratislava

Ischemická cievna mozgová príhoda je jednou z hlavných príčin morbiditu a mortality v populácii. S rozvojom neinvazívnych diagnostických metód (CT, MR angiografia) narastá počet zachytených nielen extrakraniálnych stenóz karoticko-vertebrálneho arteriálneho systému, ale aj intrakraniálnych lézií. Endovaskulárna liečba je popri chirurgickej revaskularizácii alternatívou riešenia extrakraniálnych stenóz. V intrakraniálnej lokalizácii je v prípade zlyhania medikamentózneho riešenia liečebnou metódou voľby. Existujú rozdiely v príprave pacienta a periprocedurálnej starostlivosti pri intervenčnom riešení extrakraniálnych a intrakraniálnych arteriálnych lézií, ktorým sa venujú autori v prezentácii.

55. Komplikácie karotického stentingu z pohľadu sestry / Complications of carotid stenting in terms nurse

Valigová L.

Klinika kardiológie, Angiologické oddelenie, VÚSCH, a. s., Košice

Karotický stenting (CAS) – ide o intervenčnú endovaskulárnu liečebnú metódu zúženia mozgových tepien, vychádzajúca z konceptu rozťahnutia stenotických častí karotickej cievy pomocou balónika a implantácia stentu, a to všetko v bezpečných podmienkach, s použitím emboloprotekcie (filtra, ktorý zabráňuje prípadnej embolizácii do mozgu).

Implantácia stentu je invazívny výkon, ktorý okrem svojich benefitov ako napr. prevencia NCMP, prináša so sebou aj komplikácie. Tie môžu byť z hľadiska

miesta vzniku periférne, systémové a celkové. Z hľadiska časového okamžité, skoré a neskoré. Prinášame vám prehľad najčastejších komplikácií tohto výkonu, ktoré určite nie sú zanedbateľné. Sestry poskytujúce ošetrovateľskú starostlivosť takýmto pacientom po CAS, musia byť dostatočne informované o možnosti vzniku komplikácií a ich prejavoch u pacienta.

Kľúčové slová: karotický stenting, komplikácie, sestra, pacient

57. Ošetrovateľské intervencie u pacientov s diabetickou nohou / Nursing interventions in patients with diabetic leg

Halászová A., Valková T., Krištofová M.
Klinika kardiológie, Angiologické oddelenie, VÚSCH, a. s., Košice

Periférne artériové obliterujúce ochorenie dolných končatín (PAO) je najdôležitejším fak-

torom ovplyvňujúcim prognózu diabetického vredu a je jedným z hlavných rizikových faktorov budúcej amputácie dolnej končatiny.

Cieľom práce je poukázať na diagnostiku, liečbu a ošetrovateľskú starostlivosť u pacientov s diabetickou nohou hospitalizovaných na angiologickom oddelení s endovaskulárnou liečbou a následnou starostlivosťou v domácom prostredí.

V našej prezentácii chceme poukázať na syndróm diabetickej nohy, ktorý je jedným z vážnych komplikácií cukrovky, často vedúcej k strate končatiny. Správna diagnóza, včasná liečba, angiointervencia a ošetrovateľská starostlivosť zlepšuje šancu na záchranu končatiny.

Kľúčové slová: diabetická noha, ošetrovateľská starostlivosť, vyšetровacie metódy, angiografia

POSTEROVÁ SEKCIA / POSTER SESSION

59. The efficacy of BEMER and pentoxifilline infusion therapy in peripheral arterial obliterative disease, Fontain II.

Sandor Ivan Bernát

Internal Medicine-Angiology, Medical Centre, Hungarian Defence Forces, Budapest, Hungary

Background: It is well known, that pentoxifillin and Bio-Electro-Magnetic-Regulation (BEMER) have beneficial effects on the microcirculation. After the BEMER treatment the spontaneous arteriolic vasomotion, the number of opened capillaries, the local pO₂ increase.

After the pentoxifillin therapy the deformability of erythrocytes and leukocytes increase, and aggregation of platelets decreases. The question of our study was: has any beneficial effect of BEMER therapy on microcirculation in patients suffering from peripheral obliterative arterial disease (POAD), and in this way, can we increase the circulation of lower extremities and the pain free and maximal walking distance.

Patients / Methods: We recruited 30 patients, suffering from POAD (Fontaine IIa and IIb).

The inclusion criterias were: intermittent claudication, the ancle brachial index lower, than 0,9 and pathological results of Doppler examinations. The exclusion criterias were: rheumatological diseases, serious cardiac and pulmonary diseases. The first step of our study was to determine the pain free and maximal walking distance with a treadmill unit.

One week later we repeated these examinations: this was the placebo period. We did not calculate with the change of walking distance during the placebo

period, so we measured the net results. The patients received 8 and 20 minutes BEMER treatment 16 times. After the treatment we measured the pain free and maximal walking distance again. In the second period patients recived 2x200 mg pentoxifylline in 2x250 ml. physiological solution. After this therapy we measured the treadmill examinations again.

Results: After the placebo period the mean of pain free walking distance increased with 8.7%, the mean of maximal walking distance increased with 11.6%. We did not calculate with this placebo effects. After the BEMER treatment the pain free and maximal walking distance increased with 57.4% (p=0.005) and with 36.6% (p=0.042).

After the pentoxifillin therapy the pain free and maximal walking distace increased with 15.5% and 20.5%. The two form of therapy together increased the pain free and maximal walking distance mainly with 81.9% and 84.0%. The combined therapy was very effective in contrast to placebo and BEMER treatment (p=0.000373 and p=0.00741). The clinical results of the BEMER therapy were good and excelent in 43% of patients. The clinical effectivness of combined therapy were good and excelent in 70% of patients.

Key words: bio-electro-magnetic-regul

60. Prínos merania centrálneho systolického tlaku u pacientov s artériovou hypertenziou / Suitability of measuring of central systolic blood pressure in patients with hypertension

Potočárová M.¹, Bulas J.¹, Murín J.¹, Luha J.², Kozlíková K.³, Čaprná M.⁴

¹I. interná klinika LF UK a UNB,
Bratislava

²Ústav lekárskej biológie, genetiky
a klinickej genetiky LF UK a UNB,
Bratislava

³Ústav lekárskej fyziky, biofyziky,
informatiky a telemedicíny LF UK,
Bratislava

⁴II. interná klinika LF UK a UNB,
Bratislava

V diagnostike a hodnotení úspechu liečby artériovej hypertenzie hrá dominantnú úlohu meranie brachiálneho krvného tlaku. Meranie centrálného systolického tlaku v aorte (SBPao) presnejšie opisuje systolické zaťaženie ľavej komory. Amplifikácia tlaku smerom na perifériu spôsobuje, že SBPao je nižší ako periférny tlak na a. brachialis. V dostupnej literatúre nie je dostatočne opísaný význam abnormálneho obrátenia pomeru periférneho a centrálného systolického tlaku.

Cieľ práce: Naším cieľom bolo analyzovať význam rozdielnych hodnôt systolického tlaku krvi centrálna a na periférii, porovnať dosiahnutie cieľových hodnôt TK na a. brachialis a v aorte a zhodnotiť význam merania SBPao u pacientov s artériovou hypertenziou.

Súbor a metódy: Súbor tvorili pacienti s liečenou artériovou hypertenziou, ktorí boli v čase merania klinicky stabilní a dosahovali cieľové hodnoty TK na a. brachialis (n = 100, muži/ženy 38/62, vek $64,0 \pm 10,7$). U všetkých pacientov bolo realizované základné klinické, laboratórne a echokardiografické vyšetrenie. SBPao bolo stanovené neinvazívne prístrojom Arteriograph. Pacienti boli na základe výsledkov meraní rozdelení do dvoch skupín – v prvej

boli pacienti s vyšším sTK na periférii, v druhej skupine boli pacienti s vyšším TK v aorte v porovnaní s TK na a. brachialis. Štatistické rozdiely medzi skupinami sme vyrátali pomocou programu SPSS.

Výsledky: Napriek uspokojivým hodnotám TK na a. brachialis takmer štvrtina pacientov (24 %) dosahovala zvýšené hodnoty TK v aorte. Viac než polovica pacientov (55 %) mala namerané vyššie hodnoty v centrálnom riečisku v porovnaní so súčasným meraním TK na a. brachialis. Porovnaním dvoch skupín pacientov s rozličným pomerom periférneho/centrálného TK sme u pacientov so zvýšeným TK centrálna zistili signifikantnú závislosť od veku ($66,3 \pm 8,5$ vs. $61,2 \pm 12,4$ roky, $p = < 0,05$), antropomorfných údajov (výšky, hmotnosti, BMI) a parametrov artériovej tuhosti – rýchlosť šírenia pulzovej vlny v aorte ($9,8 \pm 1,8$ vs. $9,2 \pm 1,6$ m/s, $p = < 0,05$) a augmentačný index aorty ($40,0 \pm 5,7$ vs. $23,7 \pm 7,3$, $p = < 0,001$). Skupiny sa signifikantne líšili vo výške systolického TK ($124,9 \pm 9,1$ vs. $121,8 \pm 11,0$, $p = < 0,05$) a srdcovej frekvencie ($60,4 \pm 8,2$ vs. $65,2 \pm 8,1$, $p < 0,01$); diastolický TK na a. brachialis bol rovnaký v oboch skupinách. Nepreukázali sme signifikantnú závislosť od prítomnosti hypertrofiie ľavej komory, sledovaných komorbidít a rizikových faktorov ani počtu užívaných antihypertenzív.

Diskusia: Vplyv antihypertenzívnej liečby na SBPao a význam merania SBPao pre klinickú prax sú stále predmetom výskumu. Nové, neinvazívne metódy zvyšujú dostupnosť merania SBPao a tým zlepšujú monitoring liečby a odhad prognózy pacientov s artériovou hypertenziou.

Podakovanie: Táto práca vznikla v rámci plnenia úlohy VEGA Ministerstva školstva SR č. 1/0939/14.

61. Prozápalové markery aterosklerózy u pacientov s periférnym artériovým ochorením dolných končatín / Proinflammatory markers of atherosclerosis in patient with peripheral arterial disease

Vaľková M., Lazúrová I., Petrášová D., Frankovičová M.,

I. interná klinika, Univerzitná nemocnica L. Pasteura, Košice

Úvod: Ateroskleróza je vedúcou príčinou morbidity a mortality v priemyselne rozvinutých krajinách. Jej hlavnou príčinou je chronický zápal aktivujúci endotelium, ktorý zapríčiňuje vaskulárnu dysfunkciu a vo finálnom štádiu spôsobuje cievnú oklúziu. Periférne artériové ochorenie (PAO) je dôležitou a relatívne častou manifestáciou systémovej aterosklerózy. Význam prozápalových cytokínov je stále málo preskúmaný.

Cieľom práce je zistiť vzťah prozápalových cytokínov k rizikovým faktorom PAO dolných končatín.

Súbor a metódy: Súbor tvorilo 55 pacientov s diagnózou PAO dolných končatín definovanou hodnotou ABI $\leq 0,9$ (priemerného veku $63,65 \pm 6,11$ rokov), kontrolná skupina pozostávala z 34 osôb bez PAO DK (priemerného veku $59,88 \pm 6,10$ rokov). Sledovali sme štádium PAO, glykémiu, inzulín, lipidový profil a zápalové cytokí-

ny, t. j. CRP, IL-6 a TNF- α . U oboch skupín sme merali členkovo-ramenný index (ABI) a hrúbku intimy-médie (IMT) spoločnej karotickej (CCA) a spoločnej femorálnej tepny (FCA).

Výsledky: v skupine s PAO sme zistili signifikantne vyššie hladiny celkového cholesterolu ($p = 0,04$), TAG ($p = 0,005$) a nižšie hladiny HDL cholesterolu ($p < 0,0001$) a vyššiu hladinu glykémie ($p = 0,008$) v porovnaní s kontrolnou skupinou. Pacienti s PAO mali významne vyššie hladiny CRP ($p = 0,0044$), IL-6 ($p < 0,0001$) a TNF- α ($p < 0,0001$) v porovnaní s kontrolami. Zistili sme priamy vzťah medzi ABI, IMT AFC a hladinami HDL cholesterolu ($p < 0,0001$). Taktiež IMT AFC aj ACC priamo korelovala s hodnotami TNF- α ($p < 0,0001$, $p = 0,0002$).

V skupine s PAO sme medzi fajčiarimi a nefajčiarimi zaznamenali štatistický významný rozdiel v hladine HDL cholesterolu ($p = 0,0046$), fajčiari mali aj vyššie štádium PAO ($p = 0,008$) s poklesom ABI ($p = 0,0017$).

Záver: PAO je asociované so stúpajúcimi hladinami prozápalových biomarkerov ako sú CRP, IL-6 a TNF alfa a USG meranou hrúbkou intimy-médie AFC a ACC, ktoré priamo súvisia aj s progresiou ochorenia, v porovnaní so skupinou bez PAO. Prozápalové cytokíny, najmä TNFalfa sú vhodným markerom štádia choroby, avšak pre praktické použitie väčšiny z nich v klinickej praxi sú potrebné ďalšie štúdie.

BLOK CENTRAL EUROPEAN VASCULAR FORUM / *SESSION OF THE CENTRAL EUROPEAN VASCULAR FORUM*

63. Diagnostika a chirurgická liečba viscerálnych aneuryziem / Diagnostic and treatment of visceral artery aneurysms

Kopolovets I., Berek P., Sihotský V., Kubíková M., Špak L., Štefanič P., Frankovičová M.,
Klinika cievnej chirurgie, VÚSCH, a. s.,
Košice

Úvod: Viscerálne aneuryzmy sú zriedkavým klinickým nálezom. Zo všetkých aneuryziem predstavujú cca 1 %. Väčšina pacientov sú asymptomatickí a prítomnosť aneuryziem je náhodným nálezom pri komplexnom vyšetrení z dôvodu iného ochorenia. Ruptúra viscerálnej aneuryzmy je asociovaná s vysokou letalitou. Podľa literatúry riziko ruptúry viscerálnej aneuryzmy je od 5 % pri veľkosti 15 – 22 mm, do 50 – 70 % pri veľkosti aneuryzmy viac ako 32 mm. Preto včasná diagnostika tohto ochorenia je veľmi dôležitá z hľadiska možnej ruptúry, ktorá ma vysokú letalitu.

Cieľ: Zhodnotiť indikácie a možnosti chirurgickej liečby viscerálnych aneuryziem.

Materiál a metodika. Na klinike cievnej chirurgie VÚSCH a. s. a LF UPJŠ v roku 2016 sme chirurgicky liečili 3 pacientov s viscerálnou aneurizmom: 2 pacienti s aneurizmom a. lienalis a 1 pacient s aneurizmom a. mesenterica superior. V rámci diagnostiky každému pacientovi bolo realizované CT-angio abdomenu a komplexné predoperačné vyšetrenie. Jeden pacient s aneurizmom a. lienalis bol po implantácii stentgraftu pre progresiu infrarenálnej AAA.

Výsledky. Peroperačné obdobie bolo u všetkých pacientov bez komplikácie. U jedného pacienta sa o 2 týždne po operácii rozvinula akútna pankreatitída.

Záver. Objektívnym diagnostickým kritériom viscerálnych aneuryziem je CT-angiografia abdomenu. Existujú dve možnosti liečby tohto ochorenia: endovaskulárna a chirurgická. Voľba metódy liečby závisí od veľkosti aneuryzmy, lokalizácie a klinického nálezu. Prítomnosť viscerálnej aneuryzmy väčšej ako 2 – 2,5-krát fyziologického diametru artérie je indikáciou na liečbu tak u symptomatických, ako aj u asymptomatických pacientov. Chirurgická liečba je bezpečnou metódou, ktorá pozostáva z resekcii aneuryzmy a podľa možnosti následnej rekonštrukcie cievy s obnovou krvného toku cez zrekonštruovanú tepnu.

66. Subclavian artery stenosis with aortic arch dilatation. One case report

Ostrowski T., Kosicki A., Szostek M., Jakuczun W., Szostek G., Szostek M., Gałązka Z.

Department of General and Endocrine Surgery. Medical University of Warsaw, Poland

Objective: To assess efficacy of endovascular and open surgery methods in “difficult case” of subclavian steal syndrome.

Material and methods: 64-years old man suffering from subclavian steal symptoms (dizzi-

ness, vertigo) was treated in the Department of General and Endocrine Surgery. Dilatation of the aortic arch in the place of stenosed left subclavian artery origin, challenged diagnostic and therapy difficulties. Thoracic stentgraft covering fifty millimeters wide aorta in the place of the left subclavian artery origin was done as a first procedure in May 2008. Due to progression of subclavian steal symptoms, transposition of the subclavian artery to the left common carotid artery was performed five months later, in October 2008. After these two technically and clinically successful procedures patient was asymptomatic.

Results: In the controlled aortic arch angiography-CT, type I leak was revealed. In January 2009

one more stentgraft segment was added, which covered right subclavian artery origin. In April 2009 endovascular recanalisation and stent implantation of the right subclavian artery was applied. After two another months, in June 2009, angioplasty and second stent implantation was needed because of restenosis. Lastly, endovascular balloon stent dilatation, in June 2012 were done. From then, during four years of observation, no artery restenosis and no brain and hand ischemia symptoms were notified.

Conclusion: 1. Combined endovascular and open surgery procedures sometimes seems to be the best therapeutic option in difficult arterial stenosis. 2. All complications should be treated to preserve primary good result of treatment.

CHOROBY S ÚČASŤOU MIKROCIRKULÁCIE / *DISEASES WITH PARTICIPATION OF MICROCIRCULATION*

76. Raynaudov syndróm – význam kapilaroskopie v diagnostike a diferenciálnej diagnostike / Raynaud's syndrome – significance of capillaroscopy in diagnostics and differential diagnostics

Kmecová D., Kmec J.

Angiologická ambulancia,
ANGIOCARE, s.r.o., Košice

Raynaudov syndróm (RS), ktorý bol po prvýkrát opísaný v r. 1832 Mauricom Raynaudom je najčastejšou vazoneurózou v klinickej praxi. Ide o recidivujúce ischemické ataky prstov (respektíve iných akrálnych častí tela) vyvolané chladom alebo emocionálnym stresom, môžu vznikáť ale aj spontánne. Prejavujú sa tzv. syndrómom trikolóry – v 1. fáze (biela) sa uplatňuje vazokonstrikcia prstových arteriol, následne dochádza ku stagnácii deoxygеноvanej krvi v kapilárach a žilách, čo vedie k modrastému zafarbeniu – 2. fáza (modrá) a nakoniec dochádza k reaktívnej hyperémii, ktorá sa prejavuje sčervenáním prstov – 3. fáza (červená). Niekedy nemusia byť evidentné všetky 3 farebné zmeny – neúplný RF s bi/monofázickým priebehom. Subjektívne sú záchvaty sprevádzané pocitom necitlivosti, mravenčenia, opuchu až bolesti. Prevalencia RS sa udáva 5 – 20 % v závislosti od klimatických podmienok. Etiopatogenéza RS nie je dodnes celkom objasnená. Kľúčovým mechanizmom je porucha rovnováhy medzi vazokonstrikčnými a vazodilatačnými procesmi v cievnej stene v prospech vazokonstrikcie. Tradične sa RS roz-

deľuje na primárny (80 %) – benígne funkčné ochorenie a sekundárny (20 %), ktorý je spojený s výskytom iných závažnejších ochorení. V diferenciálnej diagnostike RS je nutné vylúčiť predovšetkým tieto sekundárne príčiny:

- reumatologické ochorenia: najčastejšie systémová sklerodermia, ale aj systémový lupus erythematosus, demato/polymyozitída, Sjögrenov a Sharpov syndróm, zmiešané ochorenia spojiva
- arteriálne ochorenia: aterosklerotického alebo vaskulitického pôvodu, útlakový thoracic outlet syndróm, aneuryzmy s možnou periférnou embolizáciou
- choroba z vibrácií
- lieky a toxické príčiny: betablokátory, ergotamín, chemoterapeutiká
- neurologické ochorenia: syndróm karpálneho tunela, cervikobrachiálny syndróm
- hematologické ochorenia: polycytémie, trombocytémie, kryoglobulinémie
- endokrinné ochorenia: hypotyreóza, feochromocytóm
- malígne ochorenia, omrzliny, infekcie (hepatitídy, borrelióza) a primárna pľúcna hypertenzia

V klinickej praxi je nutné odlišiť primárny RS od sekundárneho RS, nakoľko tento môže vyústiť až do závažných trofických defektov a gangrén prstov. Jednou z diagnostických metodík, ktorá je nápomocná v diferenciálnej diagnostike medzi primárnym a sekundárnym RS je kapilaroskopia. Kapilaroskopia umožňuje priamu vizualizáciu kapi-

lár in vivo. Ide o neinvazívnu, pomerne nenáročnú metodiku, ktorá je zahrnutá v diferenciálno-diaagnostických kritériách medzi primárnym a sekundárnym RS navrhnutých Le-Royom. Vykonáva sa pomocou videokapilaroskopu s 50 – 500-násobným zväčšením. Pred vyšetrením sa na nechťové lôžko kvapne kvapka imerzného oleja, pacient by mal byť adaptovaný na konštantnú teplotu a v sediacej polohe. Štandardne je nutné vyšetriť aspoň 8 prstov na oboch horných končatinách. Za normálnych podmienok sú kapiláry štíhle, symetricky palísádovite usporiadané okolo nechťového lôžka a majú tvar obráteneho U. Počas vyšetrenia sa hodnotí denzita kapilár – normálne 9 – 13 kapilár/1 mm resp. 30 – 50 kapilár/mm², ich morfológia – dĺžka – normálne 200 – 400 µm, šírka – slučka 10 – 16 µm a subpapilárny plexus, ktorý je viditeľný asi u 30 % zdravej populácie. Kapilaroskopické vyšetrenie je veľmi nápomocné v diferenciálnej diagnostike medzi primárnou a sekundárnou formou RS. Pri sekundárnom RS je kapilaroskopický obraz „abnormálny“. Je narušená architektónika kapilárneho riečiska v oblasti nechťového lôžka, dochádza k zmene tvaru kapilár, sú detegovateľné morfometricky zmenené kapiláry – elongácia (> 700 µm), tortuozita, kríčkovitá „bushie“ kapiláry, megakapiláry – > 50 µm (typické pre sklerodermiu), dochádza k redukcii počtu kapilár až k vývoju avaskulárnych zón (žiadna kapilára/500 µm) a k tvorbe hemorágií. Je nutné si uvedomiť, že kapilaroskopia nie je metódou „stanovenia konkrétnej presnej diagnózy“, ale je nápomocnou vyšetrovacou metódou v diagnostike a diferenciálnej diagnostike RS, pretože abnormálne kapilaroskopické nálezy upozorňujú, že nejde o funkčné ochorenie mikrocirkulácie, ale je nutné myslieť na iné sekundárne príčiny. Udáva sa, že až u 15 – 20 % pacientov s abnormálnym

kapilaroskopickým obrazom sa do 2 rokov manifestuje systémové ochorenie. V závere prednášky autori prezentujú kapilaroskopické nálezy z vlastnej ambulantnej praxe.

77. Terapia septických komplikácií diabetickej nohy / Therapy of Septic Complications of Diabetic Foot

Šimo J., Smolen V.

I. chirurgická klinika LF UK a UNB, Bratislava

Diabetická noha je spolu s diabetickou nefropatiou a retinopatiou jednou z najväznejších komplikácií DM. Vzniká na podklade periférneho postihnutia arteriálneho systému – mikroangiopatie; často je kombinovaná aj s aterosklerózou. Klinicky sa manifestuje 1. mikroangiopatiou, 2. polyneuropatiou, 3. lokálnou infekciou akrálnych častí DK 4. kombináciou predchádzajúcich príznakov. Lokálny nález pri diabetickej nohe varíruje od príznakov ischémie, nekrózy cez formy zápalu – flegmóna, gangréna – až po ťažký septický stav, ktorý priamo ohrozuje život pacienta. V diagnostike diabetickej nohy sa používa rtg a CT vyšetrenie skeletu, DUS arteriálneho systému DK, artériografia, CT a MRI artériografia v závislosti od rozsahu a štádia ochorenia.

Lokalizácia a rozsah postihnutia arteriálneho systému sú limitujúcim faktorom na indikáciu cievného rekonštrukčného výkonu (klasického, endovaskulárneho), ktorý môže prispieť k záchrane DK, prípadne k posunu úrovne amputácie dolnej končatiny distálnym smerom.

Najčastejším agensom kolonizujúcim a neskôr vyvolávajúcim infekciu pri diabetickej nohe je *Staphylococcus epidermidis* a *Staphylococcus aureus*, ale kultivujú sa aj enterokoky, G- baktérie, kmene *Pseudomonas*, *Klebsiella* a plesne.

U pacientov so septickými komplikáciami diabetickej nohy je primárna vždy chirurgická liečba. Podľa stavu pacienta je možné využiť 1. nekrektómiu, amputáciu palcov, drenáž jednotlivých kompartmentov nohy, discíziu planty na zvládnutie septického stavu a následne vyššiu amputáciu, alebo 2. primárnu amputáciu DK najčastejšie v predkolení, prípadne v suprakondylickej oblasti. Postup závisí od stavu pacienta a rozsahu postihnutia DK. Nedeliteľnou súčasťou liečby je antibiotická terapia v začiatkoch empirická, neskôr cieľená, ktorá však nemôže nahradiť chirurgickú terapiu.

Autori prezentujú 3 kazuistiky pacientov:

1. Primárnu amputáciu predkolenia u septického pacienta s diabeticou nohou s lymfedémom.
2. Amputáciu palca s incíziou plantae pedis s následnou PTA predkolenných artérií
3. Nekrektómiu, sequestrotómiu, drenáž nohy s implantáciou lokálnych antibiotík

Záver: Chirurgická liečba septických pacientov s diabeticou nohou vyžaduje urgentný operačný výkon individuálne prispôsobený konkrétnemu pacientovi s cieľom odstrániť ložisko sepsy, liečiť septické komplikácie a pripraviť pacienta na prípadnú cievnú rekonštrukciu.

78. Sekundárny lymfedém dolných končatín po onkogynecologickom ochorení – význam správnej kompresívnej terapie / Secondary lymphoedema of lower limbs after oncogynecological disease – significance of adequate compression therapy

Kmecová D., Kmec J.

Angiologická ambulancia, ANGIOCARE, s.r.o., Košice

Lymfedémy dolných končatín (DK) delíme na primárne a sekundárne. Príčinou sekundárnych lymfedémov môžu byť infekčné ochorenia (najčastejšie erysipel), trauma a onkologické ochorenia. Onkologické ochorenia sú v Slovenskej republike 2. najčastejšou príčinou smrti obyvateľstva, hneď po kardiovaskulárnych ochoreniach. Podľa zdravotníckej ročenky SR z roku 2014 kardiovaskulárne ochorenia klesajú (od r. 2012 klesol počet úmrtí na KVS ochorenia v SR u mužov o 8 % a u žien o 11 %), naopak onkologické ochorenia stále narastajú (od r. 2012 stúpol počet úmrtí na onkologické ochorenia v SR u mužov o 9 % a u žien o 12 %). Nárastom onkologických ochorení narastajú aj možné komplikácie ich liečby. Po onkologickej liečbe môže dôjsť k vývoju sekundárneho lymfedému – ako na horných končatinách (najčastejšie karcinómom prsníka u žien), ale aj na dolných končatinách – u žien najčastejšie karcinóm maternice a ovárií, u mužov najčastejšie karcinóm prostaty, u oboch pohlaví dochádza k vývoju lymfedému pri liečbe lymfómov. Príčinou vzniku sekundárnych lymfedémov je jednak chirurgické odstránenie samotného tumoru, možné infekčné komplikácie po chirurgickej liečbe a následná rádioterapia a chemoterapia. Vývoj sekundárneho lymfedému sa udáva asi u 20 – 40 % onkologických pacientov v časovom horizonte niekoľko mesiacov až rokov. Základom úspešnej terapie sekundárneho lymfedému je kompletná dekongestívna liečba, ktorá zahŕňa kompresívnu terapiu, manuálne a prístrojové lymfodrenáže a samozrejme edukáciu pacienta. Kompresívna terapia by mala prebiehať v 2 fázach, najpr 1. fáza – dekongestívna, ktorá zahŕňa

bandáž končatín krátkočasnými obvázmi a až po redukcii lymfedému sa má pristúpiť k 2. fáze – udržiavacej pomocou kompresívnej pančuchy. Autori poukazujú na fakt, že v bežnej klinickej praxi je prvá fáza veľmi často opomínaná, rovno sa pristupuje v rámci kompresívnej terapie k fáze 2. Autori v tejto prednáške prezentujú vlastnú kauzistiku 56-ročnej pacientky po karcinóme krčka maternice, u ktorej sa po liečbe onkologického ochorenia vyvinul významný sekundárny lymfedém DK. Napriek lymfodrenážam sa stav pacient-

ky nezlepšoval, príčinou neúspechu lymfedému DK u tejto pacientky bola zanedbaná adekvátne kompresívna terapia – dominantne úvodná fáza 1. Po edukácii pacientky a jej rodinných príslušníkov o nevyhnutnosti adekvátnej kompresívnej liečby došlo k významnému zlepšeniu a ústupu sekundárneho lymfedému. V závere autori konštatujú, že úspech liečby lymfedému DK závisí ako od pacienta (pacient musí pochopiť, že liečba lymfedému je celoživotná), tak aj od medicínskeho personálu, kde máme ešte tiež určité rezervy.



XXIV. SLOVENSKÝ ANGIOLOGICKÝ KONGRES

Spracovala spoločnosť SOLEN, s. r. o.,

Adresa redakcie: SOLEN, s. r. o., Ambrova 5, 831 01 Bratislava,
www.solen.sk, e-mail: redakcia@solen.sk

Redaktorka: Mgr. Andrea Dúbravčíková, dubravcikova@solen.sk

Grafická úprava a sadzba: Ján Kopčok, kopcok@solen.sk

Vydavateľ nenesie zodpovednosť za údaje a názory autorov jednotlivých článkov či inzerátov.

Reprodukcia obsahu je povolená len s priamym súhlasom redakcie.

ISBN: 978-80-89858-02-6

SOLEN
MEDICAL EDUCATION



ISBN 978-80-89858-02-6