



XXV. SLOVENSKÝ ANGIOLOGICKÝ KONGRES

THE 25th SLOVAK ANGIOLOGICAL CONGRESS

Organizátor:

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

28. – 30. septembra 2017

September 28th – 30th 2017

Hotel SOREA TITRIS

Tatranská Lomnica, Vysoké Tatry, High Tatras

PROGRAM A ABSTRAKTY

detralex®

Čistená mikronizovaná flavonoidná frakcia 500 mg (MPFF)

Pacient ušetrí
až 15,06 €¹

dostupné od októbra 2017



NOVÉ
180 tbl.
balenie
3 mesiace

- **Rýchla a efektívna účinnosť^{2,3}**
- **Dlhodobá liečba zabraňuje progresii ochorenia do závažných štádií vďaka protizápalovému účinku⁴**
- **Najvyšší stupeň odporúčania v národných^{5,6} a medzinárodných⁷ odporúčaníach pre liečbu CHVO a HO**

Dávkovanie:

Liečba venolymfatickej insuficiencie: odporúčaná dávka je 2 tablety denne užívané ráno. **Liečba akútneho hemoroidálneho ataku:** 6 tabliet denne (3 tablety ráno a 3 tablety večer) po dobu 4 dní, potom 4 tablety denne (2 tablety ráno a 2 tablety večer) po dobu 3 dní. Udržiavacia dávka je 2 tablety denne užívané ráno.

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 tabliet denne. **Kontraindikácie*:** Precitlivenosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. **Upozornenia*:** Podávanie tohto lieku na symptomatickú liečbu akútneho hemoroidu nevytvoruje 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. **Menštruačné:** kolitída. **Zriedkavé:** bolesť hlavy, závrat, nevoľnosť, vyrážka, pruritus, urtikária. **Nezdané:** bolesť brucha, izolovaný edém tváre, pier, očných viečok. Vymimočne Quinckeho edém. **Predávkovanie*:** **Vlastnosti*:** Venofarmakum a vazoprotektívum. Detralex pôsobí na žilový návrat: redukuje venózu distenzibilitu a venotónus; na úrovni mikrocirkulácie znižuje kapilárnu permeabilitu a zvyšuje kapilárnu rezistenciu. **Balenie*:** Balenie 60, 90, 120, 150 alebo 180 filmom obalených tabliet Detralexu. **Dátum revízie textu:** April 2017 **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

Literatúra: 1. Pri porovnaní s 3-mesačnou liečbou Detralex 60tbl. Zdroj: ADC článok 09/2017. 2. Bakri F et al. Phlebology. 1989; (vol. 2):669-671. 3. Yanushko VA et al. Phlebology. 2014; 21(3):146-151. 4. Pietrzycka A et al. Curr Vasc Pharmacol. 2015;13(6). 5. Standardný diagnostický a terapeutický postup, 61. metodický list racionálnej farmakoterapie, Racionálna diagnostika a liečba chronickej žilovej choroby. 6. Kuzela L a kol. Gastroenterológia klinické odporúčania. 2017; 348 (277-279). 7. Nicolaides A, Kakkos S, Eklof B, et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs: guidelines according to scientific evidence. Int Angiol. 2014;33(2):87-208

Servier Slovensko, spol. s r. o., Pribinova 10, 811 09 Bratislava,
tel.: +421 2 59 20 41 11, fax: +421 2 54 43 26 90



XXV. SLOVENSKÝ ANGIOLOGICKÝ KONGRES

THE 25th SLOVAK
ANGIOLOGICAL CONGRESS

Organizátor:

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

28. – 30. septembra 2017

September 28th – 30th 2017

Hotel SOREA TITRIS

Tatranská Lomnica, Vysoké Tatry, High Tatras

Prezident kongresu:

doc. MUDr. Juraj Maďarič, PhD., MPH

Vedecký sekretár kongresu:

MUDr. Ivar Vacula, PhD.

Organizačný a programový výbor:

MUDr. Ewald Ambrózy, PhD., MUDr. Katarína Dostálová, PhD., MPH,
MUDr. Andrej Džupina, PhD., MUDr. Dáša Kmecová, PhD., MUDr. Martin Koščo,
doc. MUDr. Juraj Maďarič, PhD., MUDr. Miroslav Širila, MUDr. Ľubomír Špak, MPH,
Prof. MUDr. Viera Štvrtinová, CSc., MUDr. Ivar Vacula, PhD.

Sekretariát kongresu:

Katarína Tomečková, e-mail: sekretariat@angiology.sk, tel.: +421-911-502 334

Organizujúca agentúra kongresu:

Vision Production, s. r. o.



Všeobecné informácie

Kongresový poplatok:

Pre členov S. A. S. SLS 70 €
Pre nečlenov 90 €
Lekári do 35 rokov 30 €
Kongresový poplatok na jeden deň, sestry. 20 €
Prvý autor, študenti a dôchodcovia bez poplatku

Kongresový poplatok možno uhradiť na účet:

Tatra banka, a. s.
Číslo účtu: 2629835557/1100
Variabilný symbol: . . 17 1117 070
IBAN: SK40 1100 0000 0026 2983 5557
BIC: TATRSKBX

alebo v hotovosti pri registrácii

Časový limit prednášok: 10 minút, pre pozvaných prednášajúcich 15 minút

Postery: elektronické postery – Power Point

Posters: electronic posters in Power Point

Rokovacie jazyky: slovenský, český, anglický

Languages: Slovak, Czech and English, with no translation

Firemné prezentácie:

Počas kongresu sa uskutoční výstavka výrobkov farmaceutických firiem, ako aj zdravotníckej techniky

Kredity:

Podujatie je zaradené do sústavného medicínskeho vzdelávania kreditovaných podujatí.
Potvrdenie o účasti bude možné vyzdvihnúť v posledný deň kongresu pri registrácii.
Pasívna účasť 27. 9. – 6 kreditov, 28. 9. – 8 kreditov, 29. 9. – 3 kredity.

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

Miesto konania:

hotel SOREA Titris, Tatranská Lomnica, Vysoké Tatry / High Tatras, e-mail: titris@sorea.sk

Partneri kongresu

ZLATÝ PARTNER:



Servier Slovensko, s. r. o.

GENERÁLNI PARTNERI:



Alfasigma



Bayer, s. r. o.



Pfizer Luxembourg SARL, o. z.

HLAVNÍ PARTNERI:



Aspen Europe, GmbH



Sanofi-Zentiva, s. r. o.

Prípravu a realizáciu kongresu významnou mierou podporili:

J&T Sport Team

J&T Sport Team



Cenis, s. r. o.



NN Životná poisťovňa



ADYTON Medical devices SK s.r.o.



Medtronic Slovakia s.r.o.



Medigroup s.r.o.

Ostatné vystavujúce firmy a spoločnosti:

Adamed Slovakia s.r.o. • ARIES a.s.
BETA plus, spol. s.r.o.
COMPEK MEDICAL SERVICES, s.r.o.
Glynn Brothers Chemicals, Slovakia s.r.o.
INTES Poprad, s.r.o. • Pobtex s.r.o.
Siemens Healthcare s.r.o. • Thuasne SK s.r.o.

Mediálny partner:



Solen, s. r. o.

SLOVENSKÁ ANGIOLOGICKÁ SPOLOČNOSŤ VYSLOVUJE POĎAKOVANIE VŠETKÝM, KTORÍ SA PODIEĽALI NA PRÍPRAVE KONGRESU.

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

Predsedsťvo:

Prezident:

doc. MUDr. Juraj Maďarič, PhD., MPH

Vedecký sekretár:

MUDr. Ivar Vacula, PhD.

Viceprezident:

MUDr. Andrej Džupina, PhD.

Pokladník:

MUDr. Ewald Ambrózy, PhD.

Členovia výboru:

MUDr. Katarína Dostálová, PhD., MPH
MUDr. Dáša Kmecová, PhD.
MUDr. Miroslav Širila
MUDr. Ľubomír Špak, MPH
Prof. MUDr. Viera Štvrtinová, CSC.

Dozorná rada:

Predseda: MUDr. Augustín Mistrik
MUDr. Eva Bojdová
MUDr. Štefan Pataky



PROGRAM KONGRESU – PREHĽAD

Program Overview

28. 9. 2017 – ŠTVRTOK

- 08.00 – 18.00 . . . Registrácia / *Registration*
 09.00 – 19.00 . . . Odborný program
 09.00 – 10.30 . . . **Workshopy** / *Workshops*
 Hlavná sála (Main hall): Endovenózna liečba varixov / *Endovenous therapy of varicose veins*
 Vedľajšia sála (Small hall): Skleroterapia / *Sclerotherapy*
 10.45 – 11.00 . . . Otvorenie kongresu / *Congress opening*
 11.00 – 12.00 . . . Plenárne zasadnutie SAS SLS / *Plenary meeting SAS SLS*
 12.00 – 13.00 . . . Obedová prestávka / *Lunch*
 13.00 – 19.00 . . . **BLOK A – HLAVNÁ SÁLA** (Main hall)
 13.00 – 14.00 . . . Blok mladých angiologov / *Young angiologists session*
 14.15 – 15.00 . . . Nízkomolekulové heparíny u rizikových pacientov / *LMWH in risk patients*
 15.10 – 16.10 . . . Lymfologický blok / *Lymphology*
 16.10 – 16.30 . . . Kávová prestávka / *Coffee break*
 16.30 – 17.50 . . . Diabetická noha – epidemiológia, štandardné možnosti liečby a inovatívne trendy / *Diabetic foot – epidemiology, standards of treatment and innovative trends*
 18.00 – 19.00 . . . NOAK v manažmente venózneho tromboembolizmu – transformácia klinickej praxe / *NOAC in VTE management – transformation of clinical practice*

29. 9. 2017 – PIATOK

- 08.00 – 18.00 . . . Registrácia
 08.30 – 19.00 . . . Odborný program
 BLOK B – HLAVNÁ SÁLA (Main hall)
 08.30 – 09.15 . . . Môže byť manažment hlbkovej žilovej trombózy jednoduchý? / *Could be the management of deep vein thrombosis simple?*
 09.30 – 11.00 . . . Sekcia endovaskulárnych intervencií: Akútny trombus – endovaskulárne riešenie na našom pracovisku / *Session of endovascular interventions: Acute thrombus – endovascular solution in our center*
 11.00 – 11.15 . . . Kávová prestávka / *Coffee break*
 11.15 – 12.00 . . . Liečba venózneho trombu v špecifických situáciách / *Treatment of venous thrombosis in specific situations*

BLOK C – MALÁ SÁLA (Small hall)

- 09.00 – 10.15 . . . Blok sestier / *Nurse session*
 12.00 – 13.00 . . . Obedová prestávka / *Lunch*

BLOK D – HLAVNÁ SÁLA (Main hall)

- 13.00 – 14.00 . . . Manažment chronického venózneho ochorenia / *Management of chronic venous disease*

PARALELNÁ SEKCIA

- 13.00 – 14.00 . . . Posterová sekcia (moderovaný elektronický poster) / *Moderated poster session (e-posters)*

BLOK D – HLAVNÁ SÁLA (Main hall)

- 14.15 – 15.15 . . . Chronické venózne ochorenie – najčastejšia diagnóza v ambulancii cievneho lekára / *Chronic venous disease – most frequent diagnosis in outpatient room of vascular physician*

- 15.15 – 15.40 . . . Kávová prestávka / *Coffee break*

- 15.40 – 16.40 . . . Blok preventívnej angiológie / *Preventive angiology*

PARALELNÁ SEKCIA – MALÁ SÁLA (Small hall)

- 15.40 – 16.40 . . . „Môj pacient roka“ – vaskulárne kazuistiky / „My patient of the year“ – *vascular case reports*

- 16.50 – 17.50 . . . Sulodexide – súčasná prax a perspektívy / *Sulodexide – current practice and perspectives*

- 18.00 – 19.00 . . . Pro a Contra / *Pro and Contra*

- 20.00 História a súčasnosť angiológie na Slovensku – diskusný večer / *History and present of angiology in Slovakia – discussion evening*

30. 9. 2017 – SOBOTA

- 08.00 – 12.00 . . . Registrácia, vydávanie certifikátov

- 09.00 – 12.00 . . . Odborný program

BLOK E – HLAVNÁ SÁLA

- 08.45 – 09.40 . . . Právne otázky v medicíne / *The law issues in medicine*

- 09.45 – 10.55 . . . Blok ochorení aorty / *Aortic diseases*

PARALELNÁ SEKCIA – MALÁ SÁLA (Small hall)

- 09.50 – 10.50 . . . Vybrané abstrakty – arteriálne ochorenia / *Selected abstracts – arterial diseases*

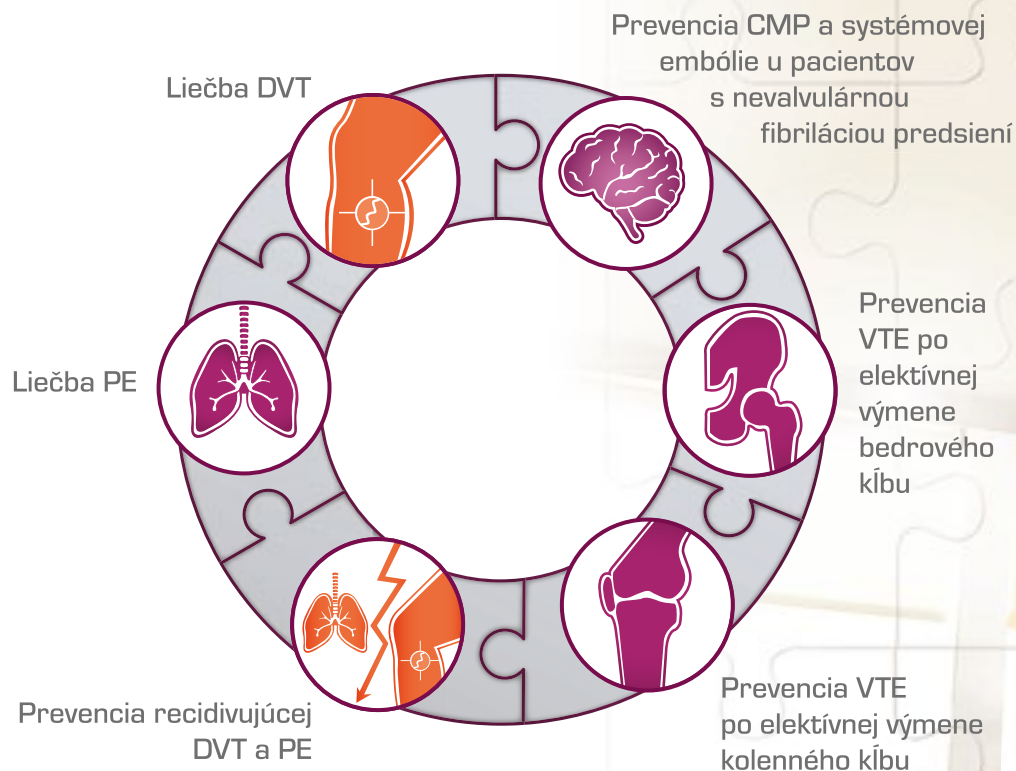
BLOK E – HLAVNÁ SÁLA

- 11.00 – 12.00 . . . „Hot lines“ – aktuálne štúdie v cievnej medicíne / *Hot lines – current studies in vascular medicine*

- 12.00 Ukončenie kongresu / *Final remarks*

ČASOVÝ LIMIT PREZENTÁCIE 10 MIN., ČASOVÝ LIMIT VYZVANEJ PREZENTÁCIE 15 MIN.

ELIQUIS® preukázal účinnosť aj bezpečnosť v celom spektre indikácií¹



NVAF – nevalvulárna atriálna fibrilácia, DVT – hlboká žilová trombóza, PE – pľúcna embólia, VTE – venózný tromboembolizmus

Eliquis®
apixaban



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 inhibítor faktora Xa. **Farmakoterapeutická skupina:** Antitrombotiká, priamy inhibítor faktora Xa, ATC kód: B01AF02. **Indikácie:** Prevencia venózných tromboembolických príhod (VTE) u dospelých pacientov, ktorí absolvovali elektívny chirurgický výkon na nahradenie bedrového alebo kolenného kĺbu*. Prevencia mozgovej príhody a systémovej embólie u dospelých pacientov s nevalvulárnou fibriláciou predsiení (NVAF) s jedným alebo viacerými rizikovými faktormi, ako napríklad prekonaná cievná mozgová príhoda alebo tranzitórny ischemický atak (TIA); vek ≥ 75 rokov; hypertenzia, diabetes mellitus; symptomatické srdcové zlyhanie (NYHA trieda $\geq$ II). Liečba hlbokéj venózne trombózy (DVT) a pľúcnej embólie (PE) a prevencia rekurentnej DVT a PE u dospelých.

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 mozgovej 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 klírensom kreatinínu 15–29 ml/min majú dostať dávku apixabanu 2,5 mg dvakrát denne, a liečba sa má používať s opatnosťou. Liečba má pokračovať dlhodobu. U pacientov s klírensom kreatinínu < 15 ml/min alebo u dialyzovaných pacientov sa apixaban neodporúča. Liečba DVT, liečba PE a prevencia rekurentnej DVT a PE (VTEt): 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 iným antikoagulantom. 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 aj počas kardioverzie. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. Klinicky významné aktívne krvácanie. Ochorenie pečene spojené s koagulopatiou a klinicky významným rizikom krvácania. Lézia alebo ochorenie s významným rizikom závažného krvácania ako je súčasná alebo nedávna gastrointestinálna ulcerácia, prítomnosť malígnych novotvarov s vysokým rizikom krvácania, nedávne poranenie mozgu alebo chrbtice, nedávny chirurgický zákrok na mozgu, mieche alebo očiach, nedávna intrakraniálna hemorágia, známe alebo suspektne ezofagálne varixy, artériovenózne malformácie, vaskulárne aneurizmy alebo významné intraspínálne alebo intracerebrálne vaskulárne abnormality. Súbežná liečba s akoukoľvek inou antikoagulačnou látkou, napr. nefrakcionovaným heparínom, s heparínmi s nízkou molekulárnou hmotnosťou, derivátmi heparínu, perorálnymi antikoagulantami (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 katétru. **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 objaví závažné krvácanie, podávanie Eliquisu sa má prerušiť. Liečba apixabanom nevyžaduje pravidelné monitorovanie expozície. Z dôvodu zvýšeného rizika krvácania je súbežná liečba inými antikoagulantami 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 protetikými srdcovými chlopnami. **Interakcie:** Použitie Eliquisu sa neodporúča u pacientov, ktorým sa súbežne podáva systémová liečba silnými inhibítormi CYP3A4 a P-gp, 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, inhibitory agregácie trombocytov a NSAIDs: z dôvodu zvýšeného rizika krvácania je súbežná liečba inými antikoagulantami kontraindikovaná. Po kombinovanom podaní enoxaparínu (v jednorazovej dávke 40 mg) s apixabanom (v jednorazovej dávke 5 mg) sa pozoroval aditívny účinok na aktivitu antifaktora Xa. Látky spájané s ťažkým krvácaním sa neodporúčajú užívať súbežne s Eliquisom: trombolytiká, antagonisty receptora GPIIb/IIIa, tienopyridíny (napr. klopidoogrel), dipyridamol, dextrán a sulfinpyrazón. **Gravidita a laktácia:** Neodporúča sa užívať apixaban počas gravidity. **Nežiaduce účinky:** časté: anémia, epistaxa, kontúzia, hematória, hematóm, krvácanie do oka, nauzea, rektálne, gingiválne a gastrointestinálne krvácanie. **Uchovávanie:** Tento liek nevyžaduje žiadne zvláštne podmienky na uchovávanie. Výdaj lieku je viazaný na lekárske 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 3DH, 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.

Literatúra: 1. SPC schválené agentúrou EMA 14.1.2016



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



PROGRAM KONGRESU

28. 9. 2017 – ŠTVRTOK

08.00 – 18.00 . . . **Registrácia** / Registration

09.00 – 19.00 . . . Odborný program

09.00 – 10.30 . . . **Workshopy** / Workshops

Hlavná sála: **Endovenózna liečba varixov** / Endovenous therapy of varicose veins

Širila M. (Trenčín), Šumaj M. (Trenčín)

(Workshop podporený spoločnosťami Medtronic a Adyton)

- **Mechanicko-chemická ablácia katétrom** / Mechanical – chemical catheter ablation (Širila M.)
- **Biologické lepidlo v liečbe varixov** / Biologic glue in varicose vein therapy (Šumaj M.)

Vedľajšia sála: **Skleroterapia** / Sclerotherapy

Vacula I. (Trnava), Pataky Š. (Košice)

- **Mikrosklerotizácia** / Microsclerotherapy (Vacula I.)
- **Sonograficky navigovaná ablácia penou** / Foam ablation with ultrasound navigation (Pataky Š.)

10.45 – 11.00 . . . **Otvorenie kongresu** / Congress opening

11.00 – 12.00 . . . **Plenárne zasadnutie S. A. S. SLS** / Plenary meeting SAS SLS

12.00 – 13.00 . . . Obedová prestávka / Lunch

13.00 – 19.00 . . . **BLOK A – HLAVNÁ SÁLA** (Main hall)

13.00 – 14.00 . . . **Blok mladých angiologov** / Young angiologists session

Predsedenstvo: Štvrtinová V. (Bratislava), Maďarič J. (Bratislava)

1. Banášová T., Maďarič J., Tóth M., Flak L., Maďaričová T., Margitfalvióvá J., Mistrík A.: **Benefit USG skríningu karotíd u fajčiarov a u pacientov s manifestovanou aterosklerózou** / Benefit of the ultrasound screening of carotid artery stenosis in smokers and patients with manifested atherosclerosis, Interné odd. NsP Milosrdní bratia, NÚSCH, Bratislava

2. Grbál R., Maďarič J., Vulev I.: **Indikačné kritériá endovaskulárneho riešenia viscerálnych aneuryziem** / Indication criteria for the endovascular treatment of visceral aneurysms, Interné oddelenie NsP Považská Bystrica, NÚSCH, Bratislava

3. Bujdoš M., Koščo M., Moščovič M., Hudák M., Farkašová L.: **Endovaskulárna liečba akútneho uzáveru arteria poplitea** / Endovascular treatment of acute popliteal artery occlusion, Angiologické oddelenie, VÚSCH, Košice

4. Džupina A., Bodíková S., Štvrtinová V.: **Prístrojová lymfodrenáž ako pilier terapie lymfedému** / Intermittent pneumatic compression as a pillar in treatment of lymphedema, IV. interná klinika LF UK a UNB, Bratislava

14.15 – 15.00 . . . **Nízkomolekulové heparíny u rizikových pacientov** / LMWH in risk patients (Sympóziu podporené spoločnosťou Sanofi-Zentiva)

Predsedenstvo: Maďarič J. (Bratislava)

5. Flak L.: **Manažment liečby LMWH u rizikových pacientov** / Management of LMWH therapy in high risk patients, NÚSCH, Bratislava

6. Demeš M.: **Liečba LMWH u pacientov s chronickým ochorením obličiek** / LMWH therapy in patients with chronic kidney disease, I. interná klinika UNB a LF SZU, Bratislava

15.10 – 16.10 . . . **Lymfologický blok** / Lymphology

Predsedenstvo: Džupina A. (Bardejov), Ambrózy E. (Bratislava)

7. Wald M.: **Diagnostika a timing liečby lymfatickej insuficiencie** / Diagnostics and timing of the lymphatic insufficiency treatment, FN Motol, Praha, ČR

8. Lepej J., Marin I., Obušeková A., Patayová A., Spratek R., Knapp M.: **Možnosti dynamickej lymfoscintigrafie v diagnostike edémov** / Dynamic lymphoscintigraphy in oedema differential diagnostic process, Inštitút nukleárnej a molekulárnej medicíny, Košice

9. Wald M.: **Přehled chirurgických metod v léčbě lymfedému** / Surgery in lymphoedema treatment – review of methods, FN Motol, Praha

16.10 – 16.30 . . . Kávová prestávka / Coffee break

16.30 – 17.50 . . . **Diabetická noha – epidemiológia, štandardné možnosti liečby a inovatívne trendy** / Diabetic foot – epidemiology, standards of treatment and innovative trends

Predsedenstvo: Maďarič J. (Bratislava), Martinka E. (Ľubochňa)

10. Martinka E.: **Epidemiológia diabetes mellitus na Slovensku a možnosti liečby diabetickej nohy** / Epidemiology of diabetes mellitus in Slovakia and diabetic foot – therapeutic options, Ľubochňa

11. Berlanga J.: **Endotelový rastový faktor v liečbe pacientov s diabetickou nohou** / Endothelial growth factor in diabetic foot treatment, Havana, Kuba

12. Brodmann M.: **Endovaskulárna liečba kritickej končatinovej ischémie – súčasný koncept** / Endovascular treatment of critical limb ischemia – current concept, Division of Angiology, Medical University of Graz, Austria

13. Necpal R.: **Manažment diabetickej nohy z pohľadu cievného chirurga** / Diabetic foot management – opinion of vascular surgeon, Odd. cievnej chirurgie, FN Banská Bystrica



18.00 – 19.00 . . . **NOAK v manažmente venózneho tromboembolizmu – transformácia klinickej praxe** / *NOAC in VTE management – transformation of clinical practice*

(Sympóziu podporené spoločnosťou Pfizer)

Predsedníctvo: Šimková I. (Bratislava), Maďarič J. (Bratislava)

14. Maďarič J.: **Klinické dilemy v manažmente VTE** / *Clinical dilemma in VTE management*, NÚSCH, Bratislava

15. Gergely P.: **Moderovaná kazuistika pacienta s VTE** / *A case report of patient with VTE for discussion*, JIS interné oddelenie, Levice, kardiologická a angiologická ambulancia, Levice

16. Šimková I.: **Liečba chronickej tromboembolickej pulmonálnej hypertenzie** / *Treatment of the chronic thromboembolic pulmonary hypertension*, NÚSCH, Bratislava

ČASOVÝ LIMIT PREZENTÁCIE 10 MIN., ČASOVÝ LIMIT VYZVANEJ PREZENTÁCIE 15 MIN.

si Vás dovoľuje pozvať
na satelitné sympóziu

SULODEXIDE – SÚČASNÁ PRAX A PERSPEKTÍVY

29. 9. 2017, 16.50 – 17.50 hod., MALÁ SÁLA

Program:

Predsedajúci:

Prof. MUDr. Štvrtinová Viera, CSc.,
Doc. MUDr. Maďarič Juraj, PhD.

MUDr. Čelovská Denisa:
Management pacienta s CVD a PAD,
výsledky sledovania pacientov v SR

Prof. MUDr. Štvrtinová Viera, CSc.:
Prínos štúdie SURVET pre prax

MUDr. Matuška Jiří:
Teória a denná prax antikoagulácie pri VTE

Jednoduchý začiatok a pokračovanie v liečbe HŽT/PE

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

▼ Tento liek je predmetom ďalšieho monitorovania. To umožní rýchle získanie nových informácií o bezpečnosti. Od zdravotníckych pracovníkov sa vyžaduje, aby hlásili akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie. Nežiaduce reakcie sa majú hlásiť pomocou webového formulára na adrese <https://portal.sukl.sk/es-kadraf/>, prípadne mailom: neziaduce.ucinky@sukl.sk.

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 cievnej mozgovej príhody (CMP) a systémovej embolizácie (SE) u dospelých pacientov s nevalvulárnou fibriláciou predsiem (FP) s jedným alebo viacerými rizikovými faktormi, ako je kongestívne srdcové zlyhanie, hypertenzia, vek ≥ 75 rokov, diabetes mellitus, preknaná cievná mozgová príhoda alebo tranzitórny ischemický atak. Liečba hlbokej žilovej trombózy (DVT) a pľúcnej embólie (PE) a prevencia rekurencie DVT a PE u dospelých. *Osobitné skupiny pacientov (len pre 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. Pacienti podstupujúci kardioverziu: u pacientov, u ktorých môže byť potrebná kardioverzia, sa liečba Xareltom môže začať alebo sa môže v liečbe pokračovať. **Dávkovanie a spôsob podávania:** **Xarelto 10 mg:** odporúčaná dávka je 10 mg rivaroxabanu. Začiatková dávka sa má užiť 6 až 10 hodín po chirurgickom výkone za predpokladu, že sa potvrdila hemostáza. Pre pacientov, ktorí absolvovali veľký chirurgický výkon na bedrovom kĺbe, sa odporúča dĺžka liečby 5 týždňov. Pre pacientov, ktorí absolvovali veľký chirurgický výkon na kolennom kĺbe, sa odporúča dĺžka liečby 2 týždne. **Poškodenie funkcie obličiek:** U pacientov s miernym (klírens kreatinínu 50-80 ml/min) alebo stredne ťažkým (klírens kreatinínu 30-49 ml/min) poškodením funkcie obličiek nie je potrebná úprava dávky. U pacientov s ťažkým poškodením funkcie obličiek (klírens kreatinínu 15-29 ml/min) sa má Xarelto používať s opatnosťou. Použitie sa neodporúča u pacientov s klírensom kreatinínu <15 ml/min. **Xarelto 10 mg** sa užíva perorálne. **Xarelto 10 mg** je možné užívať s jedlom alebo bez jedla. **Xarelto 15 a 20 mg:** **Prevencia cievnej mozgovej príhody a systémovej embolizácie:** Odporúčaná dávka je 20 mg jedenkrát denne, čo je aj odporúčaná maximálna dávka. Liečba Xareltom má byť dlhodobá pod podmienkou, že prospech prevencie cievnej mozgovej príhody a systémovej embolizácie prevyšuje riziko krvácania. **Liečba DVT, liečba PE a prevencia rekurencie DVT a PE:** odporúčaná dávka na začiatku liečby akútnej DVT alebo PE je 15 mg dvakrát denne počas prvých troch týždňov, potom pokračuje liečba a prevencia rekurencie DVT a PE 20 mg jedenkrát denne. Dĺžka liečby sa má po dôkladnom zhodnotení prospechu liečby voči možným rizikám krvácania posúdiť individuálne. Krátkodobá liečba (aspoň 3 mesiace) má vychádzať z tranzitórnych rizikových faktorov (napr. nedávny chirurgický výkon, úraz, imobilizácia) a dlhodobější liečba má vychádzať z trvalých rizikových faktorov alebo idiopatickej DVT alebo PE. **Poškodenie funkcie obličiek:** U pacientov s miernym (klírens kreatinínu 50-80 ml/min) poškodením funkcie obličiek nie je potrebná úprava dávky. U pacientov so stredne ťažkým (klírens kreatinínu 30-49 ml/min) alebo ťažkým (klírens kreatinínu 15-29 ml/min) poškodením funkcie obličiek sa používa nasledovné odporúčanie: **dávkovanie:** na prevenciu CMP a SE u pacientov s nevalvulárnou FP sa odporúča dávka 15 mg jedenkrát denne; na liečbu DVT a PE a na prevenciu rekurencie DVT a PE sa odporúča dávka 15 mg dvakrát denne počas prvých 3 týždňov, potom 20 mg jedenkrát denne (ak však riziko krvácania prevyšuje riziko rekurencie DVT a PE, má sa zväziť zníženie dávky na 15 mg jedenkrát denne. Použitie sa neodporúča u pacientov s klírensom kreatinínu <15 ml/min. **Xarelto 15 a 20 mg** sa užíva perorálne. **Xarelto 15 a 20 mg** je potrebné užívať spolu s jedlom. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok; aktívne, klinicky významné krvácanie; zranenie

HŽT - hlboká žilová trombóza; PE - pľúcna embólia
Referencie: 1. SPC Xarelto,
Súhrn charakteristických vlastností lieku, Jún 2017

alebo stav, ak sa považuje za významné riziko závažného krvácania; súbežná liečba inými antikoagulantmi s výnimkou osobitných okolností pri prestavaní 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. Liečbu Xareltom treba prerušiť pri prvom výskyte závažnej kožnej vyrážky alebo akéhokoľvek prejavu precitlivenosti spojeného s léziami slizníc. **Neodporúča sa:** u pacientov s ťažkým poškodením funkcie obličiek (klírens kreatinínu <15 ml/min); u pacientov, ktorí súbežne 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 súbežne podávané silné induktry 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 súbežne liečených s dronedarónom. 15 mg/20 mg: u pacientov s protetickými chlopňami, u hemodynamicky nestálych pacientov s pľúcnou embóliou alebo u pacientov, u ktorých sa vyžaduje trombolýza alebo pľúcna embolektómia. **Použitie s opatnosťou:** stavu 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 súbežne užívajú iné lieky, ktoré zvyšujú plazmatické koncentrácie rivaroxabanu; u pacientov súbežne liečených liekmi ovplyvňujúcimi hemostázu; v prípade neuroaxiálnej anestézie (spinálna/epidurálna anestézia) alebo spinálnej/epidurálnej punkcie. 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 alebo prevenciu rekurencie), poškodenie funkcie obličiek, horúčka, periférny edém, znížená celková sila a energia, zvýšenie transamináz, postprocedurálna hemoragia, kontúzia, mokvanie rany. **Menej časté:** trombocytenia, alergická reakcia, alergická dermatitída, cerebrálna a intrakraniálna hemoragia, synkopa, tachykardia, sucho v ústach, abnormálna funkcia pečene, žihľavka, hemartroza, pocit nepohody, zvýšené: bilirubin, alkalická fosfatáza v krvi, LDH, lipáza, amyláza, GGT. **Zriedkavé:** žltáčka, svalová hemoragia, lokalizovaný edém, zvýšený konjugovaný bilirubin, cievné pseudoaneurizmy. **Neznáme:** syndróm kompartmentu alebo zlyhanie obličiek (akútne) sekundárne po krvácaní. Postregistrácie sledovanie (frekvencia sa nedá odhadnúť): angioedém a alergický edém, cholestáza a hepatitída (vrátane poškodenia pečeneových buniek), trombocytopenia*, Stevens-Johnsonov syndróm/toxická epidermálna nekrolýza*.

*Všimnite si prosím zmenu v Súhrne charakteristických vlastností lieku
Výdaj lieku: Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis.
Držiteľ rozhodnutia o registrácii: Bayer AG, 51368 Leverkusen, Nemecko.
Registračné čísla: EU/1/08/427/001-041.
Pred predpisovaním lieku sa, prosím, podrobne oboznámte s úplným znením Súhrnu charakteristických vlastností lieku. **Dátum revízie textu:** 06/2017.
Dátum revízie materiálu: 08/2017.

LSK.MKT.08.2017.2344



29. 9. 2017 – PIATOK

08.00 – 18.00 . . . Registrácia

08.30 – 19.00 . . . Odborný program

BLOK B – HLAVNÁ SÁLA (Main hall)

08.30 – 09.15 . . . **Môže byť manažment hlbkovej žilovej trombózy jednoduchý? /**
Could be the management of deep vein thrombosis simple?

(Sympóziu podoporené spoločnosťou Bayer)

Predsedsníctvo: Džupina A. (Bardejov)

17. Moščovič M.: Pohľad angiológa – klinická štúdia a reálna prax /
Angiologic perspective – clinical study and real life, Angiologické oddelenie VÚSCH, Košice

18. Džupina A.: Prípady z klinickej praxe: Starší pacient s obličkovým poškodením /
Case reports from clinical practice: Older patient with CKD, Angiologická ambulancia, Bardejov

19. Vacula I.: Prípady z klinickej praxe: Onkologický pacient /
Case reports from clinical practice: Patient with cancer, Angiologicko-interná ambulancia, Trnava

09.30 – 11.00 . . . **Sekcia endovaskulárnych intervencií: Akútny trombus – endovaskulárne riešenie na našom pracovisku /**
Session of endovascular interventions: Acute thrombus – endovascular solution in our center

Predsedsníctvo: Špak Ľ. (Hamburg), Kučera D. (Ostrava-Vítkovice)

20. Prax Ostrava: Kučera D., Ostrava-Vítkovice, ČR

21. Prax Bratislava: Balázs T., KDIR, NÚSCH, Bratislava

22. Prax Košice: Pataky Š., VÚSCH, Košice

23. Prax Hamburg: Špak Ľ., Hamburg, Nemecko

+ Live prenos (VÚSCH Košice) / (Live case from Košice)

11.00 – 11.15 . . . Kávová prestávka / *Coffee break*

11.15 – 12.00 . . . **Liečba venózne trombózy v špecifických situáciách /**
Treatment of venous thrombosis in specific situations

Predsedsníctvo: Vacula I. (Trnava), Gergely P. (Levice)

24. Gyárfás J.: Prevencia a liečba TECh u onkologických pacientov /
VTE prophylaxis and treatment in cancer patients, Klinika onkohematológie LF UK a NOÚ, Bratislava

25. Gergely P.: Špecifická liečba HŽT v gravidite /
Specific aspects of DVT treatment in pregnancy, JIS Interné oddelenie Levice, Kardiologická a angiologická ambulancia, Levice

26. Kmetková K.: Liečba povrchovej tromboflebitídy – odporúčania a prax /
Treatment of SVT – guidelines and clinical practice, SÚSCH, Banská Bystrica



BLOK C – MALÁ SÁLA (Small Hall)

09.00 – 10.15 . . . **Blok sestier** / Nurse session

Predsedenstvo: Ambrózy E. (Bratislava), Bojdová E. (Nitra)

27. Bachratá S., Palesch L.: **Febrilný stav u pacientov po endovaskulárnej intervencii – u koho, kedy a ako správne odobrať hemokultúru** / Febrile status in patients after vascular intervention. In whom, when and how to properly take blood on haemoculture, Oddelenie kardiológie a angiológie NÚSCH, Bratislava

28. Kocíková I., Vágóová E.: **Manažment ošetrovania rán u pacientov s kritickou končatinovou ischémiou** / Management of wound care in patients with critical limb ischemia, Oddelenie kardiológie a angiológie NÚSCH, Bratislava

29. Štefanová A.: **Renálna denervácia z pohľadu sestry** / Renal denervation from a nurse's perspective, Klinika kardiológie – angiologické oddelenie – JIS, VÚSCH, Košice

30. Ongáľová K.: **Ošetrovateľská starostlivosť o pacientov s aneuryzmou abdominálnej aorty** / Nursing care for patients with abdominal aortic aneurysm, VÚSCH, Košice

31. Rónayová I.: **Endovaskulárna liečba žilovej trombózy** / Endovascular treatment of venous thrombosis, Klinika kardiológie – angiologické oddelenie – JIS, VÚSCH, Košice

32. Gažová Z.: **Sesterská diagnóza – bolesť končatín** / Diagnosis for nurses – extremity pain, I. interná klinika UNB, Bratislava

12.00 – 13.00 . . . Obedová prestávka / Lunch

BLOK D – HLAVNÁ SÁLA (Main hall)

13.00 – 14.00 . . . **Manažment chronického venózneho ochorenia** / Management of chronic venous disease

Predsedenstvo: Vacula I. (Trnava), Roztočil K. (Praha)

33. Pataky Š.: **Ultrazvukový echomapping pred invazívnym riešením chronickej žilovej insuficiencie dolných končatín** / Ultrasound mapping of the lower leg venous system before invasive treatment of chronic venous insufficiency, Angiologické oddelenie, VÚSCH, Košice

34. Kmecová D.: **Medikamentózna liečba chronického venózneho ochorenia** / Pharmacological treatment of chronic venous insufficiency, Angiologická ambulancia, Košice

35. Širila M.: **Endovenózna liečba varixov** / Endovenous treatment of varicose veins, Interné odd. FN, Trenčín

36. Roztočil K.: **Příčiny rekurencí varixů po operaci a jejich vývoj** / Postoperative recurrence of varicose veins – reasons and further development, IKEM Praha, ČR

PARALELNÁ SEKCIA

13.00 – 14.00 . . . **Posterová sekcia (moderovaný elektronický poster)** / Moderated poster session (e-posters)

Moderátori: Štvrtinová V. (Bratislava), Dostálová K. (Bratislava), Maďarič J. (Bratislava)

37. Lisowski A., Fatľová E., Szabóová E., Rajnič A.: **Úloha lipoproteínu(a) v progresii subklinickej aterosklerózy** / The role of lipoprotein(a) in progression of subclinical atherosclerosis, LF UPJŠ, Košice

38. Fatľová E., Lisowski A., Szabóová E., Rybár N.: **Progresia subklinickej aterosklerózy u hypertonikov v priebehu 5-ročného sledovania (predbežné výsledky)** / The progression of subclinical atherosclerosis in hypertensive patients over a 5-year follow-up (preliminary results), IV. interná klinika LF UPJŠ, Košice

39. Gmitrov J.: **Baroreflexom navodené zníženie sympatikovej aktivity zvyšuje citlivosť ciev na NO – zlomový bod patologickej súhry sympatika, inzulínovej rezistencie a deficitu NO** / Baroreflex-mediated sympathetic withdrawal enhanced vessel sensitivity to NO, a cutting point of interplay between sympathetic overactivity, insulin resistance and NO deficit, Nemocnica, Krompachy

40. Demková K., Kozárová M., Malachovská Z., Javorský M., Rašiová M., Špak L.: **Osteoprotegerín – biomarker mnohých tvárí** / Osteoprotegerin – a biomarker with many faces, IV. interná klinika LF UPJŠ, Košice

41. Slonková V., Vašků V., Vašků A., Slonková V., Jr.: **Genetická predispozice bérkových ulcerací venózní etiologie** / Genetic predisposition of venous leg ulcers, I. dermatovenerologická klinika, Brno

42. Kozárová M., Kozárová Z., Demková K., Javorský M., Rašiová M., Špak L., Slabá E., Habalová V.: **Genetická asociačná štúdia vzťahu vybraných génových polymorfizmov k periférnemu artériovému obliterujúcemu ochoreniu u diabetikov 2. typu** / Genetic association study between selected gene polymorphisms and peripheral arterial occlusive disease in type 2 diabetes mellitus, LF UPJŠ, Košice

BLOK D – HLAVNÁ SÁLA (Main hall)

14.15 – 15.15 . . . **Chronické venózne ochorenie – najčastejšia diagnóza v ambulancii cievneho lekára** / Chronic venous disease – most frequent diagnosis in outpatient room of vascular physician

(Sympóziu podoporené spoločnosťou Servier)

Predsedenstvo: Štvrtinová V. (Bratislava)

43. Štvrtinová V.: **Chronické venózne ochorenie – význam edukácie obyvateľov** / Chronic venous insufficiency – the importance of public education, I. interná klinika LF UK, Bratislava



44. Šumaj M.: **Nové možnosti detekcie chronického venózneho ochorenia** / *Chronic venous insufficiency – new methods of detection*, Interné oddelenie FN, Trenčín

45. Džupina A.: **Liečba lymfedému v Slovenskej republike** / *Therapy of lymphoedema in Slovakia*, Angiologická ambulancia, Bardejov

15.15 – 15.40 . . . Kávová prestávka / *Coffee break*

15.40 – 16.40 . . . **Blok preventívnej angiológie** / *Preventive angiology*
Predsedníctvo: Dostálová K. (Bratislava), Makara P. (Snina)

46. Dostálová K., Moricová Š.: **Kardiovaskulárne riziko a cievne choroby** / *Cardiovascular risk and vessel diseases*, Fakulta verejného zdravotníctva, Slovenská zdravotnícka univerzita

47. Makara P.¹, Kaňuch J.¹, Bendová J.^{1,2}, Dostálová K.²:
Prínos ambulancie všeobecného lekára v prevencii cievnych ochorení / *The contribution of general practitioner to prevention of vascular diseases*,
1-Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva
2-Fakulta verejného zdravotníctva, Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

48. Čelovská D.: **Cievne choroby a pleiotropné účinky liečby dyslipidémie** / *Vessel diseases and pleiotropic effect of the treatment of dyslipoproteinemia*, I. interná klinika LF UK, UNB, Bratislava

49. Kožár V.: **Ultrasonografický skríning cievnych ochorení – komu a kedy?** / *Ultrasound screening of vascular diseases – whom and when?*
Angiologická ambulancia, Košice

PARALELNÁ SEKCIA – MALÁ SÁLA (Small hall)

15.40 – 16.40 . . . **„Môj pacient roka“ – vaskulárne kazuistiky** / *My patient of the year – vascular case reports*

Predsedníctvo: Maďarič J. (Bratislava), Majdák P. (Bojnice)

50. Kmetková K., Palkech T., Striežová I., Vozár M., Necpal R.: **TEVAR pre akútny aortový syndróm u pacientky so subakútnym NSTEMI** / *TEVAR for treatment of acute aortic syndrome in a patient with subacute NSTEMI*, SÚSCCH, Banská Bystrica, FNsP Banská Bystrica

51. Flák L., Bažík R., Lauko V., Dohnalová D., Vulev I., Maďarič J.: **Intervenčná záchrana akútne ischemizovanej končatiny s potrebou urgentného vyblokovania účinku dabigatranu** / *Endovascular treatment of acute limb ischemia with need of urgent reverse of anticoagulation action of dabigatran*, NÚSCH, Bratislava

52. Moščovič M., Koščo M., Pataky Š., Špak L.: **Renálna denervácia – stále aktuálna možnosť liečby rezistentnej artériovej hypertenzie** / *Renal denervation – still the actual option for treatment of resistant arterial hypertension*, VÚSCH, Košice

53. Pobehová J.: **Malígnny fibrózny histiocytóm ako raritná príčina akútnej končatinovej ischémie** / *Malignant fibrous histiocytoma as a rare cause of acute limb ischemia*, Klinika cievnej chirurgie, VÚSCH, Košice

16.50 – 17.50 . . . **Sulodexide – súčasná prax a perspektívy** / *Sulodexide – current practice and perspectives*

(Sympóziu podporené spoločnosťou Alfasisigma)

Predsedníctvo: Štvrtinová V. (Bratislava), Maďarič J. (Bratislava)

54. Čelovská D.: **Manažment pacienta s chronickým venóznym ochorením a PAO DK – výsledky sledovania pacientov v SR** / *Management of patient with chronic venous insufficiency and PAO – observational study results from Slovakia*, I. interná klinika LF UK, Bratislava

55. Štvrtinová V.: **Štúdia SURVET** / *SURVET study*, I. interná klinika LF UK, Bratislava

56. Matuška J.: **Teória a denná prax antikoagulácie pri VTE** / *Theory and daily practice of VTE anticoagulation*, Cévná ambulancia, Hodonín, ČR

18.00 – 19.00 . . . **Pro a Contra** / *Pro and Contra*

Predsedníctvo: Karetová D. (Praha), Maďarič J. (Bratislava)

A. Akútna končatinová ischémia na podklade embolizácie – chirurgický verus endovaskulárny prístup

57. Balázs T.: **Endovaskulárne riešenie, kritériá** / *Endovascular approach – criteria*, KDIR NÚSCH, Bratislava

58. Mondek P.: **Chirurgické riešenie** / *Surgical approach*, Odd. cievnej chirurgie, FN Nitra

B. Antikoagulačná liečba NOAK verus warfarin

59. Karetová D.: **NOAK u väčšiny pacientov liekom voľby** / *NOAK – first choice for the majority of patients*, II. interná klinika kardiologie a angiologie VFN a 1. LF UK, Praha

60. Bultas J.: **Warfarin – jeho pevné miesto v antitrombotickej liečbe** / *Warfarin – important role in the antithrombotic treatment*, Farmakologický ústav 3. LF UK, Praha

20.00 . . . **História a súčasnosť angiológie na Slovensku – diskusný večer** / *History and present of angiology in Slovakia – discussion evening*

• Štvrtinová V.: História angiológie na Slovensku

• Ocenenia jubilantov

• Odovzdanie ceny za najlepšiu prednášku v bloku „Mladých angiológov“

ČASOVÝ LIMIT PREZENTÁCIE 10 MIN., ČASOVÝ LIMIT VYZVANEJ PREZENTÁCIE 15 MIN.

CENVIS - Centrum environmentálnych služieb, s.r.o.

cenvis®

je slovenská obchodná spoločnosť, ktorá od roku 2001 poskytuje široké spektrum odborných geologických, poradensko-konzultačných a legislatívnych služieb v oblasti tvorby a uplatňovania práva životného prostredia a projektových riešení. Sme tiež špecialistami v oblasti nakladania so špecifickými druhmi odpadov (napr. odpadov z liekov, použitých prenosných batérií).

Cenvis, s. r. o. je držiteľom ISO 9001: 2008 a ISO 14001 : 2004

CENTRUM ENVIRONMENTÁLNYCH SLUŽIEB, s.r.o.

V oblasti životného prostredia sa zameriavame na:

- geologický, hydrogeologický, geochemický a geofyzikálny prieskum
- sanácie podzemnej vody, horninového prostredia a pôdy
- sanácie environmentálnych záťaží
- monitoring podzemnej vody a horninového prostredia
- analýzy rizika znečisteného územia
- hodnotenie zdravotných rizík
- vypracovanie štúdie uskutočniteľnosti
- odpadové a obalové hospodárstvo
- ochrana prírody a krajiny a ochrana lesov
- ochrana vôd a vodné hospodárstvo

Okrem uvedených činností ponúkame aj služby v oblasti legislatívy a vzdelávania:

- environmentálne prevádzkové audity
- právne poradenstvo v oblasti životného prostredia
- osvetová činnosť a vzdelávanie v oblasti životného prostredia
- podpora pre prípravu na certifikáty kvality a riadenia v oblasti životného prostredia
- rozvojové aktivity v chránených územiach
- komplexná legislatívna činnosť
- plnenie evidenčných a ohlasovacích povinností v oblasti životného prostredia
- analytické činnosti pri posudzovaní súladu legislatívy (úrovne transpozície s právom EU)
- spracovanie odborných štúdií a analýz pri realizácii legislatívnych prác týkajúcich sa právnych predpisov a ich sprievodnej dokumentácie
- komplexné zabezpečovanie služieb nakladania so špecifickými druhmi odpadov

Cenvis, s.r.o., Kutlíkova 17, 852 50 Bratislava
Tel. číslo: 02 / 6828 6451, <http://www.cenvis.sk>

arixtra®
fondaparín

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



Liečba dospelých s akútnou symptomatickou
spontánnou trombózou povrchových
žil dolných končatín bez sprievodnej
hlbokej žilovej trombózy¹

1x
denne



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) (pozri časti 4.4 a 4.5). Liečba infarktu myokardu s eleváciou ST segmentu (STEMI) u dospelých, ktorí sú liečení trombolitikami alebo ktorí spočiatku nemajú dostať žiadnu inú formu reperúžnej liečby. Liečba dospelých s akútnou symptomatickou spontánnou trombózou povrchových žil 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 hemostáza. 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 reperúžnej liečby: Arixtra 2,5 mg 1x d, 1. dávka i.v., nasledujúce 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 Cl_{creat} < 20 ml/min (tj. < 0,33 ml/s). Arixtra 2,5 mg by nemala byť užívaná v liečbe SVT, je-li Cl_{creat} < 20 ml/min, u pacientov s Cl_{creat} 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 vziať pacientovo potenciálne riziko krvácania, vrátane času od poslednej dávky fondaparínu. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok, klinicky významné aktívne krvácanie, akútna bakteriálna endokarditída, ťažké poškodenie funkcie obličiek (Cl_{creat} < 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 súčasne liečení inými látkami, ktoré zvyšujú riziko hemorágií (ako sú inhibítory GPIIb/IIIa alebo trombolitiká). U pacientov so STEMI podstupujúcich primárnu PCI sa použije fondaparín 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, fibrinolytika, 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, hematuria, hemoptýza, krvácanie z ďasien). Pred použitím sa oboznámiť s kompletnou informáciou v SPC. **Čas použiteľnosti/uchovávanie:** 3 roky/Uchovávať pri teplote do 25°C. Neuchovávať v mrazničke. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Aspen Pharma Trading Limited, 3016 Lake Drive, Citywest Business Campus, Dublin 24, Írsko. **Reg. č.:** EU/1/02/206/001-004, EU/1/02/206/021-023. **Datum prvej registrácie/prodlženia registrácie:** 21. 3. 2002/21. 3. 2007. **Datum poslednej revízie textu SPC:** 15. 09. 2016. Výdej lieku je viazaný na lekársky predpis a liek je hradený z prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Pred predpisaním lieku sa oboznámiť, 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:** 7. 3. 2017.

*Fondaparínux je syntetický, selektívny nepriamy inhibitor koagulačného faktora Xa.

Referencie: 1. SPC Arixtra (15. 9. 2016).

Aspen Europe GmbH, Dvořákovo nábřeží 10, Bratislava.

SK-FON-0517-0018

aspen
SLOVAKIA



30. 9. 2017 – SOBOTA

08.00 – 12.00 . . . Registrácia, vydávanie certifikátov

09.00 – 12.00 . . . Odborný program

BLOK E – HLAVNÁ SÁLA (Main hall)

08.45 – 09.40 . . . **Právne otázky v medicíne** / *The law issues in medicine*

Predsedníctvo: Vacula I. (Trnava), Špak Ľ. (Košice)

61. Mgr. Žabková Z.: **Poskytovanie zdravotnej starostlivosti lege artis**, AKFU LEGAL, s. r. o., Bratislava

62. JUDr. Skovajsová K.: **Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou – kompetencie, rozhodovacia činnosť**, AKFU LEGAL, s. r. o., Bratislava

63. JUDr. Macová M.: **Zdravotná dokumentácia – ochrana osobných údajov**, AKFU LEGAL, s. r. o., Bratislava

09.45 – 10.55 . . . **Blok ochorení aorty** / *Aortic diseases*

Predsedníctvo: Vulev I. (Bratislava), Vařejka P. (Praha)

64. Vulev I., Balázs T., Bažík R., Mikuláš J., Drobný P., Bandžák J., Maďarič J.: **Endovaskulárna liečba akútneho aortového syndrómu** / *Endovascular treatment of the acute aortic syndrome*, NÚSCH, Bratislava

65. Vařejka P.: **Kedy intervenovať aortálnu disekciu typu B?** / *Type B aortic dissection – indications for intervention*, II. interná klinika kardiologie a angiologie VFU a 1. LF UK, Praha

66. Flák Ľ., Vulev I., Bažík R., Balázs T., Tóth M., Maďaričová T., Drobný P., Mikuláš J., Maďarič J.: **Šesťročné trendy v indikáciách perkutánnej endovaskulárnej liečby u pacientov s aneuryzmou brušnej aorty** / *6-year trends in indication of percutaneous endovascular treatment in patients with aneurysm of abdominal aorta*, NÚSCH, Bratislava

67. Sihotský V., Berek P., Frankovičová M.: **Torakoabdominálne rekonštrukcie na našom pracovisku** / *Thoracoabdominal reconstructions at our clinic*, VÚSCH, Košice

PARALELNÁ SEKCIA – MALÁ SÁLA (Small hall)

09.50 – 10.50 . . . **Vybrané abstrakty – arteriálne ochorenia** / *Selected abstracts – arterial diseases*

Predsedníctvo: Vacula I. (Trnava), Kmecová D. (Košice)

68. Kubíková M., Berek P., Frankovičová M., Sihotský V., Tomečko M., Smola A., Závacká M., Pobehová J., Staško P., Kopolovetz I., Žurkovský I.: **Hybridné operačné výkony v cievnej chirurgii** / *Hybrid operations in vascular surgery*, VÚSCH, Košice

69. Mazuch J.: **Aktuálne problémy chirurgickej liečby AAA a ich ruptúr** / *Actual problems in surgical treatment of AAA and its ruptures*, UN, Martin

70. Kubíková L., Koščo M., Moščovič M., Pataky Š., Hudák M., Tormová Z., Grofčíková J., Kačureková L.: **Komplikácie intervenčných výkonov v našom klinickom materiáli** / *Complications of endovascular interventions in our clinical material*, LF UPJŠ a VÚSCH, Košice

71. Malachovská Z., Kozárová M., Javorský M., Demková K.: **Endotelová dysfunkcia u asymptomatických pacientov s diabetom mellitus 2. typu** / *Endothelial dysfunction in asymptomatic patients with type 2 diabetes mellitus*, IV. interná klinika LF, Košice

11.00 – 12.00 . . . **„Hot lines“ – aktuálne štúdie v cievnej medicíne** / *Hot lines – current studies in vascular medicine*

Predsedníctvo: Maďarič J. (Bratislava), Koščo M. (Košice)

72. Rašiová M.: **Nové možnosti liečby diabetu mellitus s kardiovaskulárnym mortalitným benefitom** / *Novel options in treatment of diabetes mellitus with positive impact on cardiovascular mortality*, IV. interná klinika UPJŠ, Košice

73. Šumaj M.: **Aktuality v endovenózne liečbe varixov** / *News in endovenous treatment of varicose veins*, FN, Trenčín

74. Koščo M.: **Endovaskulárna liečba PAO – aktuálne štúdie** / *Endovascular treatment of PAD – current studies*, VÚSCH, Košice

75. Vacula I.: **EINSTEIN CHOICE – rivaroxaban vs. ASA v predĺženej liečbe VTE** / *EINSTEIN CHOICE – rivaroxaban vs. ASA in VTE long term treatment*, Angiologická interná ambulancia, Trnava

76. Maďarič J.: **Nové informácie v oblasti antitrombotickej liečby arteriálnych ochorení** / *Update in the antithrombotic treatment of the arterial diseases*, NÚSCH, Bratislava

12.00 Ukončenie kongresu / *Final remarks*

ČASOVÝ LIMIT PREZENTÁCIE 10 MIN., ČASOVÝ LIMIT VYZVANEJ PREZENTÁCIE 15 MIN.

CLEXANE® CLEXANE FORTE®

v prevencii a liečbe tromboembolickej choroby

ŠIROKÉ SPEKTRUM INDIKÁCIÍ
V NEMOCNICNEJ
AJ AMBULANTNEJ PRAXI^{1,2}

TIEŽ:

- U PACIENTIEK V DRUHOM A TREŤOM TRIMESTRI GRAVIDITY*
- U PACIENTIEK POČAS DOJČENIA
- U PACIENTOV S CHRONICKÝM OCHORENÍM OBLÍČIEK**

AUTOMATICKÝ BEZPEČNOSTNÝ
SYSTÉM ZABRÁNI NÁHODNÉMU
PORANENIU IHLOU³

*Pokiaľ lekár potvrdí potrebu používania lieku.^{1,2}

** Pacientom so stredne závažnou (klírens kreatinínu 30-50 ml/min) a miernou (klírens kreatinínu 50-80 ml/min) poruchou funkcie obličiek nie je potrebné upravovať dávku. Pacientom so závažnou poruchou funkcie obličiek (klírens kreatinínu 15-30 ml/min) sa odporúča upraviť terapeutických a profylaktických dávkových režimov. U pacientov v terminálnom štádiu ochorenia obličiek (klírens kreatinínu <15 ml/min) sa podávanie neodporúča.^{1,2}

Skrátaná informácia o lieku

Názov lieku: CLEXANE 2000 IU (20 mg)/0,2 ml injekčný roztok
CLEXANE 4000 IU (40 mg)/0,4 ml injekčný roztok
CLEXANE 6000 IU (60 mg)/0,6 ml injekčný roztok
CLEXANE 8000 IU (80 mg)/0,8 ml injekčný roztok
CLEXANE 10000 IU (100 mg)/1 ml injekčný roztok
CLEXANE 30000 IU (300 mg)/3 ml injekčný roztok
CLEXANE FORTE 12000 IU (120 mg)/0,8 ml injekčný roztok
CLEXANE FORTE 15000 IU (150 mg)/1 ml injekčný roztok

Farmakoterapeutická skupina: antitrombotikum, heparíny **ATC kód:** B01AB05 **Zloženie:** Clexane: enoxaparín sodný 10 000 IU anti-Xa aktivity/1 ml (100 mg/ml) Clexane forte: enoxaparín sodný 15 000 IU anti-Xa aktivity/1 ml (150 mg/ml) **Terapeutické indikácie, dávkovanie a spôsob podania:** Prevencia vonšnej tromboembolickej choroby u chirurgii u pacientov so stredným a vysokým rizikom, najmä v ortopedickej alebo všeobecnej chirurgii vrátane onkologickej chirurgie Stredné riziko: 2 000 IU (20 mg) 1x denne s.c., prvá dávka 2 hodiny pred výkonom, pokračovať v prvých minimálne 7-10 dní. Vysoké riziko: 4 000 IU (40 mg) 1x denne s.c., začiatok predstriedne 12 hodín pred operáciou. Po veľkej ortopedickej operácii sa odporúča predísť trombofylaxii až do 5 týždňov, po brušnej alebo panvovej operácii kvôli nadmernému ochoreniu až do 4 týždňov. Prevencia vonšnej tromboembolickej choroby u interných pacientov s akútnymi ochoreniami (ako je akútna srdcová nedostatočnosť, respiračné zlyhanie, ťažká infekcie alebo reumatické ochorenia) a zníženou mobilitou so zvýšeným rizikom vzniku VTE: 4 000 IU (40 mg) 1x denne s.c. najmenej 6 - 14 dní. Liečba hlboké žilovej trombózy (DVT) a pľúcnej embólie (PE) okrem PE, ktorá by mohla vyžadovať trombolitickú liečbu alebo operáciu: buď 1x denne 150 IU/kg (1,5 mg/kg) alebo 2x denne 100 IU/kg (1mg/kg) s.c. Prevencia tvorby trombov v mimotelovom obehu počas dialýzy: 100 IU/kg (1 mg/kg) do arteriálnej línie na začiatku dialýzy. Pacienti s vysokým rizikom krvácania: 50 IU/kg (0,5 mg/kg) pri dvojtom alebo 75 IU/kg (0,75 mg/kg) pri jednoduchom cievnom prístupe. Liečba nestabilnej angíny a infarktu myokardu bez elevácie ST-segmentu (NSTMI) v kombinácii s kyselinou acetylsalicylovou: 100 IU /kg(1 mg/kg) s.c. každých 12 hodín, do klin. stabilizácie, min. 2 dni, obvykle 2-8 dni. Liečba akútneho infarktu myokardu s eleváciou ST-segmentu (STEMI) vrátane pacientov, u ktorých sa plánuje konzervatívna liečba alebo pacientov s následnou PCI: bolus 3 000 IU (30 mg) i.v. + 100 IU (1 mg/kg) s.c., následne 100 IU/kg (1 mg/kg) s.c. každých 12 hodín (prvá dávka s.c. dávky maximálne 1 000 IU (10 mg)) počas 8 dní alebo do prepustenia z nemocnice spolu s ASA 75-325 mg/deň. Pri trombolýze: prvá dávka v rozmedzí 15 minút pred a 30 minút po začiatku fibrinolytickej liečby. Pri PCI: ak je doba od posledného s.c. podania enoxaparínu >8 hodín, pridať i.v. bolus 0,3 mg/kg. Bezpečnosť a účinnosť enoxaparínu nebola u *pediatrických populácií* stanovená. *Starší ľudia* pre všetky indikácie okrem STEMI nie je potrebná úprava dávky, s výnimkou prípadov s poruchou funkcie obličiek. Pri STEMI u pac. vo veku >75 rokov sa nepodáva i.v. bolus a dávka je 75 IU/kg (0,75 mg/kg s.c.) každých 12 hodín (prvá 2 dávky max. po 7 500 IU (75 mg)). **Porucha funkcie obličiek:** závažná porucha funkcie obličiek (clearance kreatinínu (15-30 ml/min) nutná úprava dávkovania, neodporúča u pacientov v terminálnom štádiu ochorenia obličiek (CrCl < 15 ml/min) pre nedostatok údajov, okrem prevencie tvorby trombov v mimotelovom obehu počas hemodialýzy **Porucha funkcie pečene:** postupovať s opatnosťou. Nesmie sa podávať intramuskulárne. **Kontraindikácie:** precitlivosť na enoxaparín sodný, heparín alebo jeho deriváty vrátane iných LMWH alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok; anamnéza heparínom indukovaného trombocytopénie (HIT) sprostredkovanvej imunitou za posledných 100 dní alebo; prítomnosť cirkulujúcich protidié, akútne klinicky významné krvácanie a stavy s vysokým rizikom krvácania, vrátane nedávnej mozgovej príhody s krvácaním, záľudňochreňového

vredu, malignej neoplazmy s vysokým rizikom krvácania, nedávnej operácie mozgu, chrčnice alebo oka, zranení alebo suspektných varov zo zozbú arteriovenózných malformácií, vaskulárnej aneuryzmy alebo veľkých intraspinálnych alebo intracerebrálnych vaskulárnych abnormalít; spinálna alebo epidurálna anestézia alebo lokálna-regiónálna anestézia, ak sa enoxaparín sodný použil na liečbu v predchádzajúcich 24 hodinách. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** LMWH nemožno navzájom zamieňať (jednotku za jednotku). U pacientov s anamnézou (>100 dní) HIT bez prítomnosti cirkulujúcich protidié sa na enoxaparín používať s mimoriadnou opatnosťou. Odporúča sa zmerať počet krvných doštičiek na začiatku a potom merať pravidelne počas liečby. Pri klinických príznakoch pripomínajúcich HIT je potrebné zmerať počet krvných doštičiek, pri signifikantnom poklese počtu trombocytov (30 až 50 % z východiskovej hodnoty), sa liečba musí okamžite ukončiť. Používať s opatnosťou v stavoch so zvýšeným potenciálom pre krvácanie, ako napr. porucha hemostázy, peptický vred v anamnéze, nedávna prokovaná ischemická mozgová príhoda, ťažká arteriálna hypertenzia, nedávna diabetická retinopatia, neurologický alebo oftalmologický chirurgický výkon, súbežné podávanie liekov ovplyvňujúcich hemostázu. Spinálna/Epidurálna anestézia alebo lumbálna punkcia: riziko neuraxiálnych hematómov, riziká a pravidlá vid plné znenie SmPC. Pri LMWH bola hlásená nekroza kože a kožná vaskulitída, v takých prípadoch treba okamžite liečbu ukončiť. Perikardálne koronárne revascularizačné výkony: je potrebné dôsledne dodržiavať intervaly odporúčaných medzi dávkami enoxaparínu, postup pri odstránení sheatu vid SmPC. Akútna infekčná endokarditída: používanie heparínu sa obvykle neodporúča kvôli riziku krvácania do mozgu. Ak sa jeho použitie považuje za absolútne nevyhnutné, rozhodnutie treba urobiť len po starostlivom individuálnom posúdení pomeru prínos-riziko. U pacientov s umelou mechanickou srdcovou chlopieňou (vrátane pravidelných čien), ktorým bol podávaný enoxaparín za účelom trombolýzy, sa zaznamenali ojedinelé prípady trombózy umelých srdcových chlopien. Odporúča sa starostlivé klinické sledovanie pacientov s nízkou hmotnosťou a obéznych. Heparíny môžu potláčať sekréciu aldosterónu v nadobličkách, čo spôsobuje hyperkalémiu. LMWHs sú biologické liečivá. Zdravotníckymi pracovníkmi sa odporúča zaznamenať obchodný názov a číslo šarže podaného lieku do zdravotného záznamu pacienta s cieľom sledovať sledovateľnosť LMWH. **Liekové a iné interakcie:** pred začiatkom terapie enoxaparínom sa odporúča prerušiť liečbu liekmi ovplyvňujúcimi hemostázu, pokiaľ nie sú striktné indikované, napr.: systémové salicyláty, ASA v protizápalových dávkach NSAID, iné trombolitika a antikoagulačná. S opatnosťou je možné podávať súbežne: inhibitory zhlukovania krvných doštičiek, dextran 40, systémové glukokortikoidy. Lieky zvyšujúce sérovú hladinu draslíka, **Gravidita a laktácia:** u ľudí nie sú žiadne dôkazy o prechode enoxaparínu placentárnou bariérou v druhom a treťom trimestri gravidity, možno ho používať počas gravidity len ak lekár potvrdí jednoznačnú potrebu jeho použitia. CLEXANE sa môže používať počas dojčenia. **Nežiaduce účinky:** veľmi časté: zvýšenie pečenejých enzýmov, časté: krvácanie, hemoragická anémia, trombocytopénia, trombocytoza, alergická reakcia, bolesť hlavy, aritória, pruritus, erytém, hematóm v mieste vpichu injekcie, bolesť v mieste vpichu injekcie, iné reakcie v mieste vpichu injekcie **Dostupné veľkosti balenia:** naplnené injekčné striekačky s bezpečnostným systémom 10 x 2000 anti-Xa IU /0,2 ml; 10 x 4000 anti-Xa IU /0,4 ml; 10 x 6000 anti-Xa IU /0,6 ml; 10 x 8000 anti-Xa IU /0,8 ml; 10 x 10000 anti-Xa IU /1 ml; 10 x 12000 IU/0,8 ml; 10 x 15000 IU/1 ml; naplnené balenie: 50 x 2000 anti-Xa IU /0,2 ml; 50 x 4000 anti-Xa IU /0,4 ml; 50 x 6000 anti-Xa IU /0,6 ml; 50 x 8000 anti-Xa IU /0,8 ml; 50 x 10000 anti-Xa IU /1 ml **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** sanofi-aventis Slovakia s.r.o., Einsteinova 24, 851 01 Bratislava, Slovenská republika. **Výdaj lieku je viazaný na lekárske predpis. Pred predpisanim lieku sa oboznámiť s úplným znením súhrnu charakteristických vlastností lieku. Dátum poslednej revízie SmPC: jún 2017** ***Všimnite si, prosím, zmeny v súhrne charakteristických vlastností lieku**

Literatúra:

1. SPC lieku Clexane, dátum poslednej revízie jún 2017.
2. SPC lieku Clexane Forte, dátum poslednej revízie textu jún 2017.
3. Písomná informácia pre používateľa lieku Clexane, Clexane Forte: dátum revízie textu jún 2017.

Určené pre odbornú verejnosť
Blíže informácie o lieku získate na adrese:
sanofi-aventis Pharma Slovakia, s.r.o.,
Aupark Tower, Einsteinova 24, 851 01 Bratislava,
Slovenská republika,
Tel.: +421 233 100 100, fax: +421 233 100 199,
e-mail: recepcia@sanofi.com
Dátum prípravy materiálu: august 2017



URČENÝ NA LIEČBU CHRONICKEJ ŽILOVEJ NEDOSTATOČNOSTI

PRINÁŠAME
VAŠIM
PACIENTOM
ÚLAVU.

ZÁVÄZOK.
ODBORNOST.
PARTNERSTVO.



Medtronic

UC201601925EE ©2015 Medtronic. All rights reserved.



ABSTRAKTY

Za obsahovú a formálnu stránku abstraktov zodpovedajú výhradne autori.

1. Banášová T., Maďarič J., Tóth M., Flak L.,
Maďaričová T., Margitfalvióvá J., Mistrík A.:

Benefit USG skríningu karotíd u fajčiarov a u pacientov s manifestovanou aterosklerózou

*Benefit of the ultrasound screening of carotid
artery stenosis in smokers and patients with
manifested atherosclerosis*

Interné odd. NSP Milosrdní bratia, NÚSCH, Bratislava

Abstrakt: V súčasnosti mnoho kardiovaskulárnych centier rutinne vykonáva široký DUS skríning extrakraniálneho karotického riečiska. Benefit neselektovaného skríningu je však otázný. The American Society of Neuroimaging uvádza, že pri prevalencii asymptomatickej karotickej stenózy <5 %, skríning neredukuje riziko iCMP efektívne a môže byť pre skríňovaných pacientov až škodlivý. Cieľom tejto práce bolo špecifikovať skupiny pacientov s najväčším benefitom DUS skríningu.

Metódy: Retrospektívne za obdobie 1 mesiaca (január 2015) boli hodnotené výsledky DUS extrakraniálneho karotického riečiska u 242 pacientov (priemerný vek 65 ± 10 rokov, muži : ženy 167 : 75) – bez anamnézy TIA/CMP, hospitalizovaných v Národnom ústave srdcových a cievnych chorôb, a. s., Bratislava (NÚSCH). Vyšetrenie bolo vykonávané na prístroji General Electric Co. Vivid 7 Pro vybaveného 7,5 MHz lineárnou sondou. Na vyšetreniach sa podieľalo spolu 8 skúsených angiológov. Ako pozitívny nález sme hodnotili prítomnosť stenózy $ACI \geq 50\%$ (NASCET).

Výsledky: Pozitívny nález karotickej stenózy $\geq 50\%$ bol prítomný u 12 pacientov (5 %). Signifikantne vyššia frekvencia pozitívneho DUS nálezu bola iba u fajčiarov v porovnaní s nefajčiarmi (13 % vs. 2 %, $p = 0,003$), a u pacientov so stenotickým postihnutím aspoň jedného arteriálneho riečiska (periférne artériové ochorenie DK, koronárne artériové ochorenie, stenóza renálnych/mezenterických artérií) v porovnaní s pacientmi bez stenotického AS postihnutia (7,7 % vs. 1 %, $p = 0,03$). Naopak,

u nefajčiarov bez PAO DK ($n = 161$), pozitívny DUS nález bol prítomný u 1,9 %, dokonca v tejto podskupine pacientov aj pri kombinácii rizikových faktorov (diabetes mellitus, hyperlipidémia a artériová hypertenzia) bol pod 5 % (4,3 %). Ale u pacientov nad 65 rokov s touto kombináciou RF výskyt karotickej stenózy stúpol nad 5 % (5,8 %).

Záver: DUS skríningové vyšetrenie karotíd je indikované u pacientov s prítomnosťou stenotického postihnutia najmenej jedného arteriálneho riečiska a u fajčiarov bez ohľadu na vek. Tiež u pacientov starších ako 65 rokov s prítomnosťou ďalších 2-3 RF AS (okrem fajčenia a PAO DK) je DUS skríningové vyšetrenie karotíd rozumné realizovať, u ostatných asymptomatických pacientov sa zdá neodôvodnené.

2. Grbál R., Maďarič J., Vulev I.:

Indikačné kritériá endovaskulárneho riešenia viscerálnych aneuryziem

*Indication criteria for the endovascular
treatment of visceral aneurysms*

Interné oddelenie NSP, Považská Bystrica, NÚSCH, Bratislava

Úvod: Výskyt viscerálnych arteriálnych aneuryziem (VAA), ktoré zahŕňajú aneuryzmy splanchnických artérií a renálnych artérií, narastá s pokrokom zobrazovacích diagnostických metód a s ich dostupnosťou. Endovaskulárna intervencia je v súčasnosti liečebnou metódou prvej voľby u pacientov s VAA. Cieľom práce bolo podať prehľadnú informáciu o pacientoch a o type VAA indikovaných na intervenčné riešenie vo vaskulárnom centre a o spôsobe a výsledkoch endovaskulárnej liečby.

Pacienti a metódy: Retrospektívne bolo analyzovaných 25 pacientov s VAA riešením endovaskulárne v NÚSCH v rokoch 2010 – 2016. Sledovali sme základné indikačné kritériá, demografické charakteristiky pacientov, spôsob intervencie a jej efekt, komplikácie a strednodobé výsledky.

Výsledky: V sledovanom období bolo pre VAA endovaskulárne ošetrených 24 pacientov

s 30 aneuryzmami (vek 56 ± 12 rokov, $M : \bar{Z} = 8 : 16$, priemerný diameter VAA 27 ± 17 mm), u 1 pacienta bolo pre anatomické pomery indikované chirurgické riešenie. Z rizikových faktorov bola najviac zastúpená (18/24) art. hypertenzia. Lokalizácia VAA v oblasti arteria renalis 11x, arteria lienalis 14x, arteria hepatica 3x, truncus coeliacus 1x, arteria mesenterica superior 1x, pričom až jedna pätina pacientov mala viacetážové VAA postihnutie a jedna pätina mala diagnostikovanú aj aneuryzmu aorty alebo artérií dolných končatín. V 17 prípadoch bol realizovaný coiling VAA, 5x implantácia stentgraftu, 3x flow-diverteru. Optimálny efekt bezprostredne po endovaskulárnej intervencii bol u 88 %, u dvoch pacientov bola nutná reintervencia. Výkon bol komplikovaný vznikom venózne trombózy a pľúcnej embólie (1 pacient), akútnou končatinovou ischémiou (1 pacient) – výskyt závažných periprocedurálnych komplikácií v 8 %. Efekt intervencie hodnotený CT angiografiou s časovým odstupom 4 ± 3 mesiace bol adekvátny u všetkých pacientov, pričom u 3 pacientov (12,5 %) bolo verifikované reziduálne plnenie aneuryzmy neindikované na reintervenciu.

Záver: Endovaskulárne ošetrenie splanchnických aneuryziem je efektívnou liečebnou metódou s možnosťou použitia rôznych typov intervenčných technik. Pri náraste ich diagnostického záchytu treba myslieť na možnosť súčasného výskytu aneuryziem v rôznych lokalitách, ako aj na potrebu účinnej liečby artériovej hypertenzie, ktorá je hlavným rizikovým faktorom progresie VAA.

3. Bujdoš M., Koščo M., Moščovič M., Hudák M.,
Farkašová L.:

Endovaskulárna liečba akútnych uzáverov arteria poplitea

*Endovascular treatment of acute popliteal
artery occlusion*

Angiologické oddelenie, VÚSCH, Košice

Akútna končatinová ischémia (ALI) postihuje približne 7 až 14 pacientov na 100 000 obyvateľov za rok. 12-mesačná mortalita a riziko veľkej amputácie sa pohybuje okolo 20 %. Viceré randomizované štúdie už v minulosti potvrdili, že lokálna

trombolytická liečba má v liečbe ALI nezastupiteľnú úlohu. Arteria poplitea (APO) je tepna, ktorá vzhľadom na jej špecifickú stavbu a priebeh vykazuje veľkú variabilitu ochorení.

Cieľom tejto práce je zhodnotiť jednotlivé klinické charakteristiky v súbore pacientov hospitalizovaných v angiologickom oddelení Kliniky kardiológie, VÚSCH, a. s., v rokoch 2012 až 2014 pre ALI s angiografickým nálezom uzáveru APO. Zároveň skúmame vplyv týchto charakteristík na sledované primárne endpointy: primárna priechodnosť 6 mesiacov, veľká amputácia 12 mesiacov a mortalita 12 mesiacov po endovaskulárnej liečbe.

Zo sledovaných demografických a rizikových faktorov vychádza ako jediný významný rizikový faktor nepriechodnosti do 6 mesiacov mužské pohlavie. Významným rizikovým faktorom amputácie do 12 mesiacov je prekonaný infarkt myokardu (IM). Celková mortalita do 12 mesiacov je najvyššia u pacientov vo veku nad 75 rokov, mužského pohlavia a s prekonaným IM. Mechanická trombektómia a lokálna trombolytická liečba sú rovnocenné metódy s porovnateľnými primárnymi endpointmi.

Výsledky tejto práce sú porovnateľné s výsledkami z randomizovaných štúdií a s prácami zo zahraničných pracovísk. Prekonaný IM je najvýznamnejším rizikovým faktorom vplyvujúcim na výskyt amputácie končatiny a na celkovú mortalitu do 12 mesiacov. Výsledky poukazujú na rovnocennosť mechanickej trombektómie so štandardnou liečbou ALI.

4. Džupina A., ml., Pontuch P.

Prístrojová lymfodrenáž ako pilier terapie lymfedému

*Intermittent pneumatic compression as a pillar
in treatment of lymphedema*

IV. interná klinika LF UK a UNB, Bratislava

Lymfedém ako časté ochorenie lymfatických ciev predstavuje narastajúci medicínsky problém. Základom jeho terapie je komplexná dekongestívna terapia (CDT) zahŕňajúca aj intermitentnú prístrojovú kompresiu (IPK), ktorá však nie je široko dostupná a hradenie zo strany zdravotnej poisťovne je komplikované. Cieľom našej práce bolo skúmať efekt a benefity liečby pacientov s lymfedémom pomocou IPK a bez IPK pri zachovaní všetkých ostatných postupov CDT.



V štúdiu bolo zaradených 41 pacientov s diagnostikovaným unilaterálnym lymfedémom dolnej končatiny II. štádia. Rozdelení boli na testovanú skupinu (15 žien a 12 mužov; $53,8 \pm 9,13$ roka) využívajúcu IPK (45 minút, 5-krát týždenne po období 4 týždňov) a kontrolnú skupinu (9 žien a 5 mužov; $56,3 \pm 8,57$ roka). Účinnosť IPK bola hodnotená meraním obvodu postihnutej končatiny v najhrubšej časti stehna a 5 cm nad maleolom pred terapiou a 5 minút po terapii. Pri kontrolnej skupine boli merania uskutočnené v priebehu dňa v približne rovnaký čas. Pacienti zároveň vyplnili štandardizovaný dotazník zameraný na subjektívne hodnotenie účinku terapie. Na štatistické spracovanie výsledkov bol použitý Studentov párový t-test a Mann-Whitneyho test. Pracovali sme na hladine štatistickej významnosti $\alpha = 0,05$, keď hodnoty $p < 0,05$ boli považované za štatisticky významné. Výsledky sú prezentované ako priemerná hodnota $\pm$ SD.

Pacienti v testovanej skupine mali po 4 týždňoch významné zmenšenie obvodu končatiny v oblasti stehna (pred: $62,66 \pm 7,16$ cm vs. po: $57,70 \pm 6,39$ cm; $p < 0,001$), ako aj členku (pred: $26,64 \pm 1,23$ cm vs. po: $24,53 \pm 0,91$ cm; $p < 0,001$), čo znamená priemerné percentuálne zmenšenie o $7,83 \pm 2,97\%$ v oblasti stehna a o $7,87 \pm 1,69\%$ v oblasti členka.

V kontrolnej skupine štandardná terapia viedla tiež k signifikantnej redukcii opuchu v oblasti stehna (pred: $59,85 \pm 4,40$ cm vs. po: $58,50 \pm 4,20$ cm, $p < 0,001$), čo predstavuje redukcii o $2,23 \pm 1,99\%$, rovnako v oblasti členku (pred: $26,92 \pm 0,99$ cm vs. po: $26,07 \pm 1,03$ cm, $p < 0,001$), čo predstavovalo pokles o $3,17 \pm 1,67\%$. Porovnaním rozdielu redukcii opuchu v sledovaných skupinách bola však redukcia obvodu končatiny štatisticky významne vyššia v skupine využívajúcej IPK ($p < 0,001$, výsledky pozri vyššie). Bola tiež štatisticky lepšie hodnotená kvalita života u pacientov v testovanej skupine ($p < 0,05$).

Z našich výsledkov vyplýva, že pacienti, ktorí používali IPK, dosahovali lepšie objektívne aj subjektívne výsledky oproti kontrolám. Tieto sú v zhode s inými štúdiami, a preto si myslíme, že je dôležité zvýšiť dostupnosť IPK pre pacientov prostredníctvom preplácania nákladov na IPK zo strany zdravotných poisťovní, čo by mohlo mať nielen zdravotné, ale aj socioekonomické pozitíva.

22. Pataky Š.:

Úloha a efektivita lokálnej trombolýzy v ére mechanickej trombektómie

The role and effectivity of local thrombolysis in the era of mechanical thrombectomy

Angiologické oddelenie, VÚSCH, Košice

Akútna a subakútna končatinová ischémia sú závažné medicínske stavy, ktoré ohrozujú končatinu v závislosti od stupňa ischémie. Ide o náhle vzniknuté nedostatočné prekrvenie končatín alebo o náhle zhoršenie preexistujúcej ischemickej choroby končatín. Vždy ide o klinický stav, ktorý vzniká na základe nedostatočnej perfúzie postihnutých tkanív. Cieľom liečby je zabezpečiť adekvátnu perfúziu ischemizovaných tkanív. Perkutánne techniky zabezpečujúce obnovu perfúzie sa postupne vyvíjali od aspiračnej trombektómie cez lokálnu trombolýtickú liečbu až po dnes štandardne používané mechanické trombektomické systémy, ktoré majú excelentnú technickú úspešnosť, čo vedie k vysokému percentu záchran končatiny. V niektorých prípadoch však odstránenie krvnej zrazeniny mechanickým katérovým systémom nemusí byť dostatočné, čo môže viesť k zhoršeniu priechodnosti, k distálnej embolizácii a k zhoršeniu stupňa záchran končatiny.

Cieľom našej práce bolo hodnotiť efektivitu lokálnej trombolýtickej liečby, ktorá bola aplikovaná po nedostatočnej alebo komplikovanej mechanickej trombektómii v liečbe akútnej a subakútnej končatinovej ischémie.

Hodnotili sme 263 pacientov s akútnou alebo subakútnou končatinovou ischémiou, ktorí podstúpili mechanickú trombektómiu v rokoch 2013 – 2014. Priemerný vek pacientov bol $69,4 \pm 11,2$ roka, $67,3\%$ muži, $36,7\%$ ženy. 127 (48,3%) pacientov malo akútnu končatinovú ischémiu; 136 (51,7%) pacientov subakútnu končatinovú ischémiu. Technicky uspokojivý výsledok a dostatočné odstránenie trombotických hmôt výlučne mechanickým trombektomickým systémom sme zaznamenali v 239 (90,9%) prípadoch. V 24 (9,1%) prípadoch bola nevyhnutná aplikácia lokálnej trombolýzy po mechanickej trombektómii. Aplikácia lokálnej trombolýzy po nedostatočnej alebo komplikovanej mechanickej trombektómii ďalej zvýšila technickú

úspešnosť perkutánnej revaskularizácie akútnej alebo subakútnej končatinovej ischémie na 98,8%.

Lokálna trombolýtická liečba má dôležitú úlohu intenzifikovať efektivitu a technickú úspešnosť mechanickej trombektómie.

27. Bachratá S., Palesch L.:

Febrilný stav u pacientov po endovaskulárnej intervencii – u koho, kedy a ako správne odoberať hemokultúru

Febrile status in patients after vascular intervention. In whom, when and how to properly take blood on haemoculture

Oddelenie kardiológie a angiológie NÚSCH, Bratislava

Jednou zo zriedkavých, ale závažných komplikácií perkutánných endovaskulárnych intervencií sú febrilné stavy, ktoré môžu byť prejavom systémovej infekčnej komplikácie. Pri rozhodovaní o ďalšej liečbe a pri hodnotení rizika je vyšetrovanie hemokultúr často kľúčové. Autori prezentujú indikácie odberu hemokultúr u pacientov po endovaskulárnych výkonoch, zdôrazňujú správnu techniku a postup realizácie odberu hemokultúr, ako aj potrebu správneho vyhodnotenia klinických charakteristík pacienta nielen pri samotnej indikácii, ale aj pri interpretácii výsledkov. Poukazujú tiež na riziko nárastu často neopodstatnených indikácií vyššetrenia hemokultúr, a to špeciálne u pacientov s „postimplantačným syndrómom“ po implantácii aortálnych stent-graftov, ktorý je charakterizovaný prítomnosťou neinfekčných febrilit v skorom postprocedurálnom období. Správna indikácia, realizácia a vyhodnotenie vyššetrenia hemokultúr môžu viesť k zabráneniu život ohrozujúcich komplikácií.

28. Kocíková I., Vágóová E.:

Manažment ošetrovania rán u pacientov s kritickou končatinovou ischémiou

Management of wound care in patients with critical limb ischemia

Oddelenie kardiológie a angiológie NÚSCH, Bratislava
Kritická končatinová ischémia je pokročilá forma ischemickej choroby dolných končatín, ktorej príčinou je stenoticko-obliteračné postihnutie arteriálneho systému v postihnutej končatine. Jej pokročilými prejavmi sú pokojové bolesti, nehojace sa defekty a postupný vývoj gangrény s rizikom končatinovej amputácie. K základným postupom liečby patrí predovšetkým revaskularizácia, ale aj antibiotická liečba a lokálny debridment. Autori sa v príspevku zaoberajú ošetrovateľskými postupmi zameranými na starostlivosť o pacientov s ischemickými defektmi s osobitným dôrazom na lokálnu terapiu ulcerácií. Blížšie sa venujú vlhkému hojeniu rán a kombináciám náplastí a gélov, ktoré pomáhajú rýchlejšiemu procesu hojenia.

29. Štefanová A.:

Renálna denervácia z pohľadu sestry

Renal denervation from a nurse's perspective

Klinika kardiológie – angiologické oddelenie – JLS, VÚSCH, Košice

Arteriálna hypertenzia patrí k najčastejším ochoreniam srdca a krvného obehu. Je to ochorenie, ktoré postihuje viac ako 25% dospeléj populácie. U väčšiny chorých príčinu hypertenzie nepoznáme a len pri malej skupine približne 5% je zvýšený tlak dôsledkom iného ochorenia, napríklad ochorenia obličiek. Jednou z možností nefarmakologickej liečby arteriálnej hypertenzie je miniinvazívna operácia – renálna denervácia (RDN). Princíp RDN spočíva v tom, že pôsobením energie dôjde k prerušeniu nervových dráh medzi obličkami a nervovými vzruchmi vedúcimi do mozgu. Pomocou nej dokážeme u pacientov, ktorí majú patologické hodnoty tlaku a sú vystavení mnohým rizikám, dostať hodnoty tlaku pod kontrolu. Renálna denervácia teda predstavuje možnosť, ako pomôcť ľuďom, ktorým lieky proti ťažkej hypertenzii nepomáhajú.

Cieľom práce je poskytnúť sestrám informácie o princípe renálnej denervácie a tiež o špecifickej ošetrovateľskej starostlivosti u pacienta pred intervenčným výkonom, počas výkonu a po výkone v oddelení jednotky intenzívnej starostlivosti.

Kľúčové slová: Arteriálna hypertenzia, renálna denervácia. Špecifická ošetrovateľská starostlivosť



30. Ongálová K.:

Ošetrovateľská starostlivosť o pacientov s aneurysmom abdominálnej aorty

Nursing care for patients with abdominal aortic aneurysm

VÚSCH, Košice

Aneurizma abdominálnej aorty znamená zväčšenie časti oslabenej oblasti aorty, väčšinou prebieha asymptomaticky. Prednáška je zameraná na klasifikáciu AAA (aneurizmy aorty abdominális), rizikové faktory, klinický obraz, liečbu, na indikácie, kontraindikácie a komplikácie EVAR.

Hlavnou témou prednášky sú špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta pred implantáciou a po implantácii stengraftu. Pacienti s AAA sú hospitalizovaní na angiologickej jednotke.

Cieľom prednášky je poukázať na špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov s AAA na angiologickej jednotke.

Kľúčové slová: Aneurizma abdominálnej aorty. Rizikové faktory. Endovaskulárne riešenie (EVAR). Intenzívna ošetrovateľská starostlivosť

31. Rónayová I.:

Endovaskulárna liečba žilovej trombózy

Endovascular treatment of venous thrombosis

Klinika kardiológie – angiologické oddelenie – JIS, VÚSCH, Košice

K častým ochoreniam pacientov hospitalizovaných na angiologickej jednotke intenzívnej starostlivosti patrí hlboká žilová trombóza. Príčinou tohto ochorenia okrem iného je užívanie hormonálnej antikoncepcie a anabolík, trombofília, TOS a May-Turnerovej syndróm.

Včasná diagnostika a liečba zlepšuje kvalitu života pacienta. K intervenčným metódam liečby patrí endovaskulárna liečba lokálnou trombolýzou v kombinácii s mechanickou aspiračnou trombektómiou alebo aj následnou implantáciou stentu.

Cieľom práce je vysvetliť rozdiel medzi žilovou insuficienciou a hlbokou žilovou trombózou. Poskytnúť

informácie o príprave pacienta na podávanie lokálnej trombolýzy (LKT) a o princípe tohto výkonu, a vysvetliť princíp mechanickej aspiračnej trombektómie ako invazívnej endovaskulárnej liečby. Princípom podávania LKT je podanie trombolýtyka, t. j. účinnej látky, katétrom priamo do uzáveru cievy trombom; trombolýtikum obmýva tromb a tým rozpúšťa krvnú zrazeninu. V práci chceme poukázať na špecifickú ošetrovateľskú starostlivosť o pacienta pred týmto intervenčným výkonom, počas výkonu a po výkone.

Súborom sú pacienti diagnostikovaní a indikovaní na intervenčný zákrok. Sú hospitalizovaní na angiologickej jednotke – JIS.

Metodika – popísať princíp a spôsob zavedenia lokálnej trombolýzy, podávanie trombolýtyka katétromi, princíp mechanickej aspiračnej trombektómie.

Záverom práce je poukázať na prínos endovaskulárnej liečby pre pacientov.

Kľúčové slová: Hlboká žilová trombóza. Aktilyza. Endovaskulárna liečba. Mechanická aspiračná trombektómia. Špecifická ošetrovateľská starostlivosť

33. Pataky Š.:

Ultrazvukový echomapping pred invazívnym riešením chronickej žilovej insuficiencie dolných končatín

Ultrasound mapping of the lower leg venous system before invasive treatment of chronic venous insufficiency

Angiologické oddelenie, VÚSCH, Košice

Echomapping žilového systému je duplexné (triplexné) ultrazvukové vyšetrenie žíl dolných končatín. Ide o neoddeliteľnú súčasť diagnostického postupu pri dôkaze, klasifikácii a určení vyvolávajúcej príčiny žilovej nedostatočnosti. Pomáha spresniť anatomický rozsah postihnutia, pričom jej výstupy predstavujú vodidlo pri rozhodovaní medzi konzervatívnou a invazívnou liečbou. Ultrazvukový mapping žilového systému by sa mal bezpodmienečne požadovať pred každou invazívnou intervenciou na žilovom systéme. Použitie ultrazvukového zobrazenia by tiež malo byť neoddeliteľnou súčasťou invazívneho zákroku na každom

modernom a relevantnom pracovisku zabezpečujúcim zákroky na žilovom systéme dolných končatín, čo minimalizuje riziko neúspešného zákroku a recidívu vzniku varixov. Echomapping žíl by mal odpovedať na tieto otázky:

1. Sú prítomné známky akútnej alebo prekonanej trombózy v hlbokom žilovom systéme?
2. Je žilová insuficiencia indikovaná na invazívnu intervenciu?
3. Aký typ invazívneho zákroku bude v danom prípade pre pacienta najvhodnejší?
4. Aký bude rozsah invazívneho zákroku?
5. Presná lokalizácia inkompetentných chlopní a perforátorov, určenie proximálneho a distálneho refluxného bodu.
6. Pri kontrolnom vyšetrení zhodnotenie úspešnosti zákroku, prípadne zistenie príčiny jeho zlyhania.

35. Širila M.:

Endovenózna liečba varixov

Endovenous treatment of varicose veins

Interné odd. FN, Trenčín

Medzi možnosťami endovenózne liečby kmeňových varixov zaradujeme sonograficky navigovanú sklerotizáciu penou, katétrom riadenú termálnu alebo mechanicko-chemickú abláciu a ako najnovšiu metódu tkanivové lepidlo – venaseal. Spoločným menovateľom ablačných metód je kompletná deštrukcia endotelu vény, vedúca k jej fibrotizácii a oklúzii. V prípade venasealu ide o katétrom riadenú aplikáciu tkanivového lepidla s následnou oklúziou vény vyvolanou externou kompresiou pomocou USG sondy. Nevyhnutnými podmienkami realizácie endovenózne liečby je perfektné zvládnutá ultrazvuková diagnostika žilového riečiska s mappingom, schopnosť sonograficky navigovanej kanylácie žily a práca s katétrom pod USG kontrolou. Cieľom tejto prednášky je ponúknuť prehľad aktuálnych možností mininvazívnej liečby varixov. Na záver zhrnúť výsledky dvojročných skúseností s mechanicko-chemickou abláciou vén Clarivein katétrom.

37. Lisowski A., Fatľová E., Szabóová E., Rajnič A.:

Úloha lipoproteínu(a) v progresii subklinickej aterosklerózy

The role of lipoprotein(a) in progression of subclinical atherosclerosis

LF UPJŠ, Košice

Lipoproteín(a) (Lp(a)) je rizikovým faktorom (RF) kardiovaskulárnych ochorení (KVO) s dominujúcimi aterogénnymi, ale aj trombogénnymi vlastnosťami.

Cieľom našej práce bolo porovnať niektoré morfológické markery subklinickej AS u asymptomatických jedincov s patologickou sérovou hladinou Lp(a) v primárnej prevencii na začiatku a konci 5-ročného sledovania.

Súbor a metódy: Prezentované sú predbežné výsledky 76 chorých (30 M, 46 Ž vo veku 44 ± 5 rokov, bez DM). Zo základného súboru sme vylúčili 20 chorých s patologickou sérovou hladinou Lp(a), u ktorých sme analyzovali prítomnosť markerov preklinickej AS (hlavne morfológické, ale aj funkčné, biochemické a genetické) na začiatku a na konci 5-ročného sledovania. Hodnotili sme zmeny chorobnosti aj komplexný manažment chorých.

Výsledky: Karotická AS(2x), resp femorálna AS (1x) bola prítomná u 3 (15%) na začiatku, resp. u 7 (4 noví) (35%) chorých po 5 rokoch sledovania. Priemerná hodnota Lp(a) sa zvýšila z pôvodných $89,8 \pm 34,3$ na $190,1 \pm 44,95$ mg/dl. Dominovala karotická AS. Ostatné morfológické (IMT) a funkčné (FMD, ABL, PWV, Aix) markery nevykazovali takú významnú dynamiku na konci follow-up.

Záver: Súhlasne s literatúrou potvrdzujeme Lp(a) v úlohe akcelerátora AS.

38. Fatľová E., Lisowski A., Szabóová E., Rybár N.:

Progresia subklinickej aterosklerózy u hypertonikov v priebehu 5-ročného sledovania (predbežné výsledky)

The progression of subclinical atherosclerosis in hypertensive patients over a 5-year follow-up (preliminary results)

IV. interná klinika LF UPJŠ, Košice

Artérová hypertenzia (AH), významný rizikový faktor kardiovaskulárnych ochorení (KVO) v súčinnosti s faktormi vnútorného a vonkajšieho prostredia, sa podieľa na progresii aterosklerózy (AS).

Cieľom našej práce bolo porovnať niektoré morfológické markery subklinickej AS u asymptomatických hypertonikov na začiatku a na konci 5-ročného sledovania.

Súbor a metódy: Prezentované sú predbežné výsledky 76 chorých (30 M, 46 Ž vo veku 44 ± 5 rokov, bez DM). Zo základného súboru sme vyčlenili 19 chorých s AH, u ktorých sme analyzovali prítomnosť markerov preklinickej AS (hlavne morfológické, ale aj funkčné, biochemické a genetické) na začiatku a na konci 5-ročného sledovania. Hodnotili sme zmeny chorobnosti aj celkový, hlavne však farmakologický manažment chorých.

Výsledky: Karotická AS(4x), resp. femorálna AS (1x) bola prítomná u 5 (26,3%) na začiatku, resp. 11 (6 nových) (57,9%) chorých po 5 rokoch sledovania. Dominovala karotická AS. Takmer u 50% chorých bola patologická sérová hladina Lp(a), ktorá mala tendenciu zvyšovať sa v priebehu sledovania.

Záver: Prítomnosť AH zvyšuje riziko karotickej AS v asociácii s patologickou sérovou hladinou Lp(a).

39. Gmitrov J.

Baroreflexom navodené zníženie sympatickej aktivity zvyšuje citlivosť ciev na NO – zlomový bod patologickej súhry sympatika, inzulínovej rezistencie a deficitu NO

Baroreflex-mediated sympathetic withdrawal enhanced vessel sensitivity to NO, a cutting point of interplay between sympathetic overactivity, insulin resistance and NO deficit

Nemocnica, Krompachy

Aims: To test the hypothesis that arterial baroreflex modulates nitric oxide (NO) – dependent vasodilation the magnitude of the vasodilator response to sodium nitroprusside (SNP), a spontaneous NO donor, was determined in relation to increase in baroreflex sensitivity (BRS) generated by sinocarotid baroreceptor (CB) magnetic stimulation.

Methods: Mean femoral artery blood pressure (MAP), heart rate (HR) and ear lobe skin microcirculatory blood flow, measured by microphotoelectric plethysmogram, were recorded in conscious rabbits before and after 40-min of CB exposure to 350 mT static magnetic field (SMF), generated by Nd-Fe-B (n = 8) or sham magnets (n = 8, controls). BRS was measured by changes in HR and MAP after iv bolus injections of SNP and phenylephrine.

Results: SMF significantly increased BRS and HR variability. The vasodilatory effect of SNP significantly increased after CB magnetic stimulation and significantly correlated with increase in BRS (1).

Conclusions: The important and novel findings are that arterial baroreflex modulates NO-mediated vasodilation and that CB stimulation improves vessel sensitivity to NO by vascular sympathetic withdrawal mechanism. These may effectively cut off malignant reciprocal cross-talk relationship between sympathetic overactivity, insulin resistance and endothelial NO deficit, arguing for baroreceptor stimulation in cardiometabolic conditions such as diabetes, arterial hypertension and CAD, where unresponsiveness of vascular smooth muscle cells to NO amplifies deleterious

consequences of reduced NO availability, importantly contributing to high cardiovascular risk (2).

1. J. Microvascular Research. 2015; 98: 139 – 144.
2. J. American Diabetes Association 76th Scientific Session. Diabetes. 2016; 65 (Suppl. 1): A120.

40. Demková K., Kozárová M., Malachovská Z., Javorský M., Rašiová M., Špak Ľ.:

Osteoprotegerín – biomarker mnohých tvárí

Osteoprotegerin – a biomarker with many faces

IV. interná klinika LF UPJŠ, Košice

Úvod: Osteoprotegerín (OPG) patrí do rodiny receptorov pre tumor nekrotizujúci faktor. Zohráva dôležitú úlohu v regulácii kostnej resorpcie. V endotelových bunkách plní funkciu antiapoptotického faktora a podporuje neovaskularizáciu. Sérová hladina OPG ovplyvňuje prítomnosť, závažnosť a progresiu kardiovaskulárnych (KVS) ochorení. Koreluje so závažnosťou aterosklerózy, hladina OPG je vyššia u diabetikov 1. aj 2. typu, u obezických jedincov, pacientov s metabolickým syndrómom aj u hypertonikov.

Cieľ: Cieľom predkladanej štúdie bolo posúdiť vzťah medzi hladinou OPG a prítomnosťou a závažnosťou periférneho artériového ochorenia dolných končatín (PAOO DK) u diabetikov 2. typu vyjadrenou hodnotami členkovo-ramenných indexov (ABI), prstovo-ramenných indexov (TBI), hodnotami transkutánného kyslíka (TcPO₂), ďalej posúdiť asociáciu medzi hladinou OPG a vekom pacientov, dĺžkou trvania diabetu a ďalšími biomarkermi.

Súbor a metódy: Súbor pacientov zahŕňa 247 konšekutívnych pacientov, vyšetrených v diabetologickej ambulancii IV. internej kliniky UPJŠ LF a UNLP a v angiologickom oddelení Kliniky kardiológie VÚSCH, a. s., v Košiciach. Priemerný vek pacientov bol $65,5 \pm 9,5$ roka, 56,3% predstavovali muži (n = 139) a 43,7% ženy (n = 108). 81% (n = 200) predstavovali pacienti s DM2, 19% (n = 47) boli nediabetici. Pacienti boli vyšetrení pomocou Doppler ultrazvuku a vypočítané boli hodnoty ABI a TBI. Hodnotu transkutánného kyslíka sme merali pomocou prístroja Précise 8001. Sérový OPG bol

stanovený ELISA metódou kitom od firmy BioVendor v certifikovanom biochemickom laboratóriu. Štatistické analýzy boli realizované v programe SigmaStat 13.0.

Výsledky: Súbor pacientov sme rozdelili na 3 skupiny, a to na pacientov s PAOO DK (ABI < 0,9), bez PAOO DK (ABI > 0,9) a na skupinu pacientov s mediokalcinózou (ABI > 1,3). Najvyššiu hladinu OPG mali pacienti s PAOO DK. Asociácia ABI s OPG nedosiahla štatistickú signifikanciu, ale hodnota OPG signifikantne negatívne korelovala s TBI vpravo (r = -0,188, p = 0,02) aj vľavo (r = -0,206, p = 0,009). Negatívna korelácia OPG s hodnotou prstového tlaku (PTK) vpravo bola na hranici štatistickej významnosti (r = -0,157, p = 0,0519), vľavo bola táto korelácia štatisticky signifikantná (r = -0,221, p = 0,00531). Sérová hladina OPG tiež signifikantne negatívne korelovala s hodnotou transkutánného kyslíka vpravo (r = -0,322, p = 0,00625), vľavo nedosiahla štatistickú signifikanciu (r = -0,0975, p = 0,529). Hladina OPG signifikantne pozitívne korelovala s vekom (r = 0,356, p < 0,00001), s dĺžkou trvania diabetu (r = 0,207, p = 0,00314) aj so sérovou hladinou hsCRP (r = 0,323, p < 0,00001).

Záver: OPG sa v súčasnosti nepovažuje už len za kľúčový faktor v regulácii kostnej remodelácie (najmä v procese osteoklastogenézy), ale zohráva dôležitú úlohu aj v procese ektopickej vaskulárnej kalcifikácie, ktorá je dôležitá pri ateroskleróze. Sérová hladina OPG by teda mohla byť časným prediktorom KVS ochorení a potenciálnym markerom vaskulárnych kalcifikácií s vysokou prediktívnou hodnotou.

Práca vznikla s podporou Centra excelentnosti pre výskum aterosklerózy ITMS 26220120040 (100 %).

41. Slonková V., Vašků V., Vašků A., Slonková V., Jr.:

Genetická predispozícia bérkových ulcerácií venózní etiologie

Genetic predisposition of venous leg ulcers

I. dermatovenerologická klinika, Brno

Bérkové ulcerace venózní etiologie představují nejčastější fázi chronického žilního onemocnění (chronic venous disease – CVD). Genetické pozadí



venózných bérkových vředů dosud není příliš známa, i když v posledních letech byly publikovány výsledky studií zabývajících se touto problematikou. Polymorfismy genů mohou hrát důležitou roli při vzniku žilního bérkového vředu, zejména polymorfismy prozánětlivých cytokinů, polymorfismy genů matrix metaloproteináz a jejich tkáňových inhibitorů. Nejvíce jsou prozkoumány genetické souvislosti u vrozených trombofilních stavů (R506Q mutace genu faktoru V – Leidenská mutace a G20210A mutace genu faktoru II – protrombinu). Dále byly popsány polymorfismy genů pro FGFR (receptor pro fibroblastový růstový faktor) a pro TNF-alfa receptor. Genetický screening v příštích letech pravděpodobně bude hrát důležitou roli v plánování individuální terapie, protože může pomoci rozlišit pacienty s CVD s vysokým rizikem vzniku bérkového vředu a pacienty s pomalým hojením ulcerace. Detekce rizikových variant genů může vést k rychlejšímu zavedení preventivních opatření a k včasné léčbě pacientů s CVD, zabránit tak vzniku bérkových vředů a výrazně zlepšit kvalitu života pacientů. Genetické vyšetření nejdůležitějších polymorfismů genů asociovaných s CVD by mělo být zvaženo zejména u pacientů s klinickým stádiem C3 a C4 dle CEAP klasifikace.

42. Kozárová M., Kozárová Z., Demková K., Javorský M., Rašiová M., Špak L. Slabá E., Habalová V.:

Genetická asociačná štúdia vzťahu vybraných génových polymorfizmov k periférnemu artériovému obliterujúcemu ochoreniu u diabetikov 2. typu

Genetic association study between selected gene polymorphisms and peripheral arterial occlusive disease in type 2 diabetes mellitus

LF UPJŠ, Košice

ÚVOD: Genetické príčiny periférneho artériového obliterujúceho ochorenia DK (PAOD DK) nie sú presne preskúmané. Ide o tzv. tmavý kút vaskulárnej medicíny, a to napriek tomu, že ide o ochorenie s vysokou prevenciou. Doposiaľ bol výskum genetických variantov, pri ktorých sa predpokladá

asociácia s PAOD DK, menej úspešný ako v prípade ICHS. Prisudzujeme to mnohým dôvodom, hlavne väčšiemu environmentálnemu vplyvu na PAOD DK, napr. fajčeniu. Fenotypová heterogenita sa javí ako hlavná výzva vo vyšetrovaní genetickej podstaty PAOD DK. Ženské pohlavie, fajčenie, hypertenzia a dyslipidémia sú viac signifikantne asociované s proximálnym subtypom PAOD DK. Naopak, vyšší vek, mužské pohlavie a diabetes sú signifikantnejšie asociované s distálnym subtypom.

CIEĽ: V slovenskej populácii zistiť frekvenciu alel a genotypov polymorfizmov asociovaných s prítomnosťou a so závažnosťou periférneho artériového obliterujúceho ochorenia DK.

VÝSLEDKY: Do súboru bolo zaradených $n = 247$ pacientov, z toho 81 % s diabetom mellitus 2. typu ($n = 200$), 56,3 % bolo mužov, priemerný vek pacientov 62,9 roka. Všetci pacienti z naboru v angiologickom oddelení Kardiologickej kliniky VÚSCH, a. s. ($n = 157$, 73,2 % diabetikov 2. typu) sa okrem klinického a inštrumentálneho vyšetrenia podrobili odberu krvi na genetické/biochemické vyšetrenia aj angiografickému vyšetreniu dolných končatín (digitálna subtrakčná angiografia), ktoré bolo skórované Bollingerovým skórovacím systémom.

Úspešne sme zaviedli metódy genotypizácie (metóda realtime PCR, analýza krivky topenia), zistili sme frekvenciu rizikových alel 10 génových polymorfizmov a porovnali ich s literárnymi údajmi. Ide o tieto génové polymorfizmy rs10757278 CDKN2A/CDKN2B A/G, frekvencia G alely 0,47, rs1051730 CHRNA A/G, frekvencia A alely 0,36, rs7025486 DAB12 A/G, frekvencia A alely 0,27, rs1902341 OSBPL C/T, frekvencia T alely 0,44, rs6584389 PAX2 A/C, frekvencia C alely 0,48, rs653178 SH2B3-ATXN C/T, frekvencia C alely 0,49, rs3134069 TNFRSF11B A/C, A 0,97, rs72294371 haptoglobín 1/2, frekvencia 1 alely 0,33, rs1808593 eNOS3 G/T, frekvencia T alely 0,79, rs1122608 LDL receptor G/T, frekvencia T alely 0,23.

ZÁVER: V aktuálne zrealizovanej genetickej asociatívnej štúdii sme skúmali vzťah génových variantov k PAOD v slovenskej populácii diabetikov 2. typu. Vzhľadom na ich nezávislosť od tradičných rizikových faktorov aterosklerózy môžu tieto varianty poukazovať na nové mechanizmy aterosklerozy. Zavedené metódy genotypizácie 10 génových variantov asociovaných s PAOD DK sú priamo využiteľné v ďalších genetických asociatívnych štúdiách.

Výsledky umožňujú zamerať sa na výskum ďalších génových variantov, ktorých mechanizmus účinku zatiaľ nie je známy a je nezávislý od tradičných rizikových faktorov aterosklerózy.

Do budúcnosti by bolo vhodné vytvoriť genetické testy, ktoré by spoľahlivo identifikovali podskupinu pacientov – nositeľov zvýšeného rizika pre rozvoj PAOD, keďže PAOD je asociované so zvýšenou morbiditou a mortalitou.

46. Dostálová K., Moricová Š.

Kardiovaskulárne riziko a cievne choroby

Cardiovascular risk and vessel diseases

Fakulta verejného zdravotníctva, Slovenská zdravotnícka univerzita

Kardio-vaskulárne ochorenia v ich chronickom priebehu ako aj ich akútne komplikácie sú jednou z hlavných príčin predčasnej morbidita a mortality. Podľa WHO zomrelo v roku 2005 na kardiovaskulárne ochorenia 17,5 milióna ľudí a predpokladá sa ďalší nárast na takmer 25 miliónov úmrtí v roku 2020. Priame a nepriame náklady na liečbu sú veľmi vysoké. Choroby obehovej sústavy sú aj v Slovenskej republike stále na prvom mieste v úmrtnosti. Štandardizovaná miera úmrtnosti v SR na príčiny smrti podľa kapitol MKCH-10 v kapitole kapitole IX – Choroby obehovej sústavy bola v roku 2012 najvyššia aj u mužov (471,4/100 000 mužov), aj u žien (553,66/100 000 žien). Miera úmrtnosti na choroby obehovej sústavy je v Slovenskej republike je dvojnásobne vyššia v porovnaní s Európskou úniou. Hlavnou príčinou kardiovaskulárnych ochorení je ateroskleróza. Aterosklerotický proces aj v pokročilom štádiu môže prebiehať asymptomaticky či s minimálnymi klinickými príznakmi. Prvým prejavom neraz býva náhla smrť, akútny infarkt myokardu, náhla cievna mozgová príhoda). V klinickej praxi je preto nutná včasná identifikácia asymptomatických pacientov sice s prítomnou, doteraz nepoznanou aterosklerózou. V diagnostike subklinickej aterosklerózy sa využívajú mnohé vyšetrovacie metódy: meranie intímo-mediálneho komplexu karotickej artérie či stanovenie kalciového skóre v koronárnych artériách. Jednoduchou a nie finančne náročnou metodikou vo vyhľadávaní rizikových pacientov sa etabluje stanovenie

členkovo-ramenného indexu. Vyšetrenie svojou výpovednou hodnotou jednoznačne spĺňa kritéria stanovené WHO v roku 1968 ako aj revidované kritériá z roku 2008 pre skriningové metódy. Fowkesova metaanalýza 16 klinických štúdií zahrnula 48 294 pacientov a potvrdila 4,2-krát vyššiu 10-ročnú kardiovaskulárnu mortalitu u mužov s nízkym ABI v porovnaní s mužmi s normálnym ABI. Podobne 3,5-krát vyššiu mortalitu u žien s nízkym ABI v porovnaní so ženami s normálnym členkovo-ramenným indexom.

Všeobecne sa na osobu v strednom veku s 10-ročným rizikom smrti v dôsledku KVO 5 % alebo vyšším nahliada ako na osobu s vysokým rizikom. Podrobná revízia údajov z FINRISK MONICA (ktoré podstatnou mierou prispeli k tabuľke SCORE pre vysokorizikovú populáciu) naznačuje, že rovnaké celkové riziko KVO (fatálneho + nefatálneho) predstavuje asi 10 %. Vyššie je u mladších mužov a nižšie u žien a starších osôb. Pravdepodobnosť stavu vyžadujúceho si medikamentóznú liečbu sa ďalej zvyšuje s rastúcim rizikom. Odhad celkového rizika Celkové kardiovaskulárne riziko v kontexte týchto odporúčaní znamená pravdepodobnosť, že u osoby v priebehu definovaného časového obdobia nastane aterosklerotická srdcovocievna príhoda. Najnovšie európske odporúčania v prevencii kardiovaskulárnych ochorení sú charakterizované zvýšením vkladu všeobecnej praxe a kardiovaskulárneho ošetrovateľstva. Rovnako dôrazu na pohybové aktivity, ovplyvnenie hmotnosti a životný štýl. Stanovenie kardiovaskulárneho rizika obohatené o meranie členkovo - ramenného indexu podáva spresnený obraz, pretože limitácia pohybových aktivít pri progresii periférneho artériového ochorenia ohrozuje pacienta akceleráciou aterosklerotického procesu aj v ostatných riečiskách.



**47. Makara P.¹, Kaňuch J.¹, Bendová J.^{1,2},
Dostálová K.²**

Prínos ambulancie všeobecného lekára v prevencii cievnych ochorení

*The contribution of general practitioner
to prevention of vascular diseases*

1-Slovenská spoločnosť všeobecného praktického
lekárstva

2-Fakulta verejného zdravotníctva, Slovenská zdra-
votnícka univerzita, Bratislava

Všeobecné praktické lekárstvo v Slovenskej repu-
blike za posledné desaťročie zaznamenáva odbor-
ný rozvoj aj vďaka intenzívne spolupráci s inými
odbornými spoločnosťami. Slovenská spoločnosť
všeobecného praktického lekárstva intenzívne
spolupracuje so Slovenskou angiologickou spoloč-
nosťou Slovenskej lekárskej spoločnosti v edukácii
skríningu periférneho artériového ochorenia (PAO)
vrátane merania ABI formou prednášok a work-
shopov. V roku 2009 boli publikované výsledky
pilotnej štúdie, v ktorej realizovali meranie ABI vše-
obecní lekári pod supervíziou angiológov pomo-
cou vreckového dopplerovského prístroja u 2207
konsekutívnych pacientov starších ako 60 rokov.
67,4 % vyšetrených malo ABI v norme (0,9-1,2),
9,4 % pacientov malo ABI znížený (< 0,9) a 23,2 %
malo ABI zvýšený (> 1,2).

Meranie ABI pomocou automatického prístroja
oscilometrickou metódou bolo začlenené do výko-
nov preventívnej prehliadky (dg Z 00.0) u pacientov
s rizikovými faktormi nad 50 rokov a u všetkých nad
60 rokov. Zdravotný výkon je hrađený zdravotnou
poistovňou od 1. 4. 2016.

Vyšetrenie svojou nenáročnosťou, senzitivitou
a špecifitou spĺňa kritéria skrínigovej metódy
podľa Svetovej zdravotníckej organizácie. ABI spo-
ľahlivo potvrdí alebo vylúči postihnutie ciev kon-
čatín. Hodnotenie výsledku ABI si vyžaduje kritický
náhľad všeobecného praktického lekára v kontexte
anamnézy a klinického vyšetrenia. Vyšetrenie tak
rozširuje armamentárium všeobecného lekára pri
skríningu PAO a stanovení kardio-vaskulárneho
rizika.

Všeobecný praktický lekár je lekárom prvého kon-
taktu, ktorý dominantne určuje spôsob a mieru

zdravotnej starostlivosti, preto by mal racionálne
naložiť s výsledkami merania ABI. Na jednej strane
prevíziať zodpovednosť v starostlivosti o pacientov
s PAO, aká mu prináleží v manažmente rizikových
faktorov aterosklerózy v plnom rozsahu: dôsledné
sledovanie a liečba arteriálnej hypertenzie, hyper-
lipoproteinémie, diabetu mellitu, ovplyvnenie
hmotnosti pacienta a motivácia pacienta v jeho
pohybových aktivitách. Na druhej strane po zhod-
notení anamnestických údajov, dôslednom klinic-
kom vyšetrení a meraní ABI by mal zvážiť konzultá-
ciu špecialistu – angiológa.

Cieľom intenzívnej spolupráce všeobecného prak-
tického lekára a angiológa v skríningu a liečbe PAO
je prevencia vývoja kritickej končatinovej ischémie,
amputácie končatiny ako aj fatálnych kardio-vasku-
lárnych príhod.

48. Čelovská D.:

Cievne choroby a pleiotropné účinky liečby dyslipidémie

*Vessel diseases and pleiotropic effect of the
treatment of dyslipoproteinemia*

I. interná klinika LF UK, UNB, Bratislava

Cievne choroby predstavujú predominantne ma-
nifestáciu aterotrombotického procesu. Efektívne
ovplyvnenie globálneho kardiovaskulárneho (KV)
rizika sa v klinickej praxi často podceňuje. Atero-
génna dyslipidémia predstavuje významný rizikový
faktor iniciácie a progresie aterosklerózy. Pacienti
s cievnyimi chorobami majú veľmi vysoké KV ri-
ziko, preto je žiaduce dosiahnuť u nich cieľovú
hladinu LDL cholesterolu pod 1,8 mmol/l a podľa
najnovších poznatkov aj menej. Liekom prvej voľ-
by u väčšiny pacientov je statín. Pri nedosahova-
ní cieľových hodnôt LDL cholesterolu výhodne
v kombinácii s ezetimibom. Statíny majú okrem
hypolipidemického aj mnohé pleiotropné účinky,
akými sú zlepšenie endotelovej dysfunkcie, inhi-
bícia vazokonstrikcie a aktivity metaloproteináz so
stabilizáciou aterosklerotického plátu, antioxidač-
ný, protizápalový, antiproliferačný, hypokoagulačný
efekt, najnovšie aj s možnosťou normalizácie, resp.
poklesu sympatikovej nervovej aktivity. Novú per-
spektívu u vysokorizikových pacientov a u chorých,
ktorí netolerujú statín, predstavujú monoklonálne
protilátky PCSK-9 inhibitory. Randomizovaná štúdia

FOURIER s evolocumabom, v korei bolo 13% pa-
cientov s ischémiou dolných končatín, priniesla
dôkaz nielen redukcie LDL cholesterolu o 59%, ale
aj redukcie KV morbidity a mortality. Nemožno však
zabúdať na modifikáciu životného štýlu hlavne pri
redukcii remnantných lipoproteínov, ktoré majú vý-
znam práve v periférnej cirkulácii.

**51. Flak L., Bažík R., Lauko V., Dohnalová D.,
Vulev I., Maďarič J.:**

Intervenčná záchrana akútne ischemizovanej končatiny s potrebou urgentného vyblokovania účinku dabigatranu

*Endovascular treatment of acute limb ischemia
with need of urgent reverse of anticoagulation
action of dabigatran*

NÚSCH, Bratislava

Akútna končatinová ischémia (ALI) je akútna ciev-
na príhoda s potrebou včasnej a efektívnej liečby
ohrozujúca tak končatinu, ako život pacienta. Zá-
važnosť stavu je daná nielen lokálnym nálezom,
ale aj komorbiditami, ktoré komplikujú a limitujú
liečbu.

V našej kazuistike prinášame prípad 69-ročného
pacienta s art. hypertenziou, DM 2. typu s rozvi-
nutými chronickými komplikáciami, s chronickým
obličkovým ochorením, so závažnou koronárnou
chorobou srdca po infarkte myokardu prednej ste-
ny (2005), po CABG (2015) s chronickým srdcovým
zlyhávaním (EF 20 %), s permanentnou fibriláciou
predsieni na antikoagulačnej liečbe dabigatranom
a s periférnym artériovým ochorením oboch dol-
ných končatín po opakovaných endovaskulárnych
intervenciách.

Pacient bol prijatý s klinickým obrazom ALI ľavého
predkolenia (štádium Rutherford IIa), LABI vstupne
0, CDUS zistený embolický uzáver art. poplitea pri
chronickom uzávere truncus tibiofibularis. Vzhľa-
dom na komorbiditu bol pacient hodnotený ako
vysokorizikový pre chirurgickú liečbu a preferenč-
ne indikovaný na urgentné endovaskulárne ošete-
renie ohrozenej končatiny aj s potrebou podania
trombolýzy. Možnosti liečby limitované okrem

akútneho zhoršenia glomerulárnej filtrácie (GF
0,46 ml/min.) a srdcového zlyhávania (NTproBNP
16029 ng/l) aj hypokoagulačným stavom pri uží-
vaní dabigatranu. Indikujeme urgentné podanie
idarucizumabu na vyblokovanie pôsobenia dabi-
gatrana, následne možnosť zrealizovania rekanali-
zácie art. poplitea a art. tibialis anterior aspiračnou
tromboembolektómiou a po 8-hodinovej kontinu-
álnej lokálnej trombolytickej liečbe (rtPA) došlo aj
k rekanalizácii art. dorsalis pedis, bez prítomnosti
nadmerných krvných strát. Napriek komplikova-
nému úvodnému celkovému stavu s hypotenziou
a s oligúriou s potrebou inotropnej liečby a konti-
nuálnej diuretickej liečby sa komplexnou terapiou
s využitím „neutralizácie“ antikoagulačného účinku
dabigatranu podarilo predísť vysokej končatinovej
amputácii bezprostredne ohrozenej dolnej kon-
čatiny. Počas 12 dní trvajúcej hospitalizácie došlo
k výraznému zlepšeniu renálnych funkcií, stavu
obehovej kompenzácie, ako aj k lokálnemu nálezu
na postihnutej končatine. Pokroky v endovaskulár-
nej a vo farmakologickej liečbe umožňujú záchranu
končatiny aj u vysokorizikových, v minulosti nerieši-
teľných pacientov.

53. Pobehová J.:

Malígny fibrózny histiocytóm ako raritná príčina akútnej končatinovej ischémie

*Malignant fibrous histiocytoma as a rare case of
acute limb ischemia*

Klinika cievnej chirurgie, VÚSCH, Košice

Cieľ práce: Kazuistika pacienta s akútnou kon-
čatinovou ischémiou, ktorej príčinou bol náhodne
zistený malígny fibrózny histiocytóm, získaný pri
embolektómii z tepien dolných končatín – verifikova-
ný histologicky.

Materiál a metódy: Akútna končatinová isché-
mia vznikla náhlým poklesom alebo zhoršením
prietoku krvi končatinou. Závažnosť jej prejavov
závisí primárne od lokalizácie, trvania a rozsahu
uzáveru tepny, ako aj od kapacity kolaterálneho
obehu zabezpečiť perfúziu periférnych tkanív.
Hlavné príčiny vzniku sú: embolizácia a trombóza.
V prípade embolického uzáveru je kardiálny pôvod
zdrojom embolizácie v 90% prípadoch, zvyčajne



pri predsieňovej fibrilácii alebo z nástenných intrakardiálnych trombov pri srdcovom infarkte. Chlopňové vegetácie alebo tromby predsiene sú zriedkavejším zdrojom embolov.

Výsledky: Primárne sarkómy aorty sú zriedkavo sa vyskytujúce tumory. Maligný fibrózny histiocytóm je histologicky nediferencovaný sarkóm s pleiomorfnými a epiteloidnými bunkami a s malým množstvom viacjadrových buniek. Správa sa invazívne, má extrémne zlú prognózu a vysoký metastatický potenciál do viscerálnych orgánov (cievnou cestou), do pečene, kostí, svalov, mozgu, pľúc.

Záver: V zahraničnej literatúre je popísaných len niekoľko prípadov akútnej embolizácie do arteriálneho systému, pri tumoroch srdca u 18,2% pacientov, u 27,3% pacientov s embolizáciou do cerebrálneho a periférneho riečiska. V našej kazuistike prezentujeme prípad pacienta s akútnou končatinovou ischémiou, ktorý bol úspešne riešený chirurgickým aj endovaskulárnym spôsobom, ale náhodný histologický nález buniek maligného fibrózneho histiocytómu extrahovaných pri Fogartyho embolektómii z tepien dolných končatín zhoršil celkovú prognózu pacienta, ktorý pri diagnostike primárneho tumoru na spádovom chirurgickom pracovisku exitoval.

66. Flak L., Vulev I., Bažik R., Balázs T., Tóth M., Maďaričová T., Drobny P., Mikuláš J., Maďarič J.:

Šesťročné trendy v indikáciách perkutánnej endovaskulárnej liečby u pacientov s aneuryzmou brušnej aorty

6-year trends in indication of percutaneous endovascular treatment in patients with aneurysm of abdominal aorta

NÚSCH, Bratislava

Úvod: Perkutánna endovaskulárna liečba aorty (PEVAR) sa stala metódou voľby u pacientov s aneuryzmou brušnej aorty (AAA) s postupným uplatňovaním liberálnejších kritérií v indikácii. Cieľom práce bolo retrospektívne analyzovať bezpečnosť, technický úspech a 1-ročné výsledky elektívneho PEVAR s posúdením trendov v indikáciách v súbore pacientov intervenovaných v rokoch 2009 – 2010

v porovnaní s rokmi 2013 – 2014.

Metódy: Porovnávali sme 2 súbory pacientov, ktorí plne perkutánnym prístupom podstúpili PEVAR pre AAA. Skupina A 62 následných pacientov (2009 – 2010, vek 70 ± 9 r., max. priemer AAA 61 ± 14 mm), skupina B 83 pacientov (2013 – 2014, vek 74 ± 8 r., max. priemer AAA 61 ± 14 mm). Hodnotili sme demografické údaje pacientov, splnenie indikačných kritérií implantácie konkrétneho typu stentgraftu podľa stanovených „instructions for use“ (IFU), okamžitý technický úspech, výskyt komplikácií do 30 dní a do 1 roku a potrebu reintervencie.

Výsledky: Nebol zaznamenaný významný rozdiel vo veku pacientov, komorbiditách ani v maximálnom priemere AAA. Zaznamenali sme výrazný posun k indikácii PEVAR aj u pacientov s komplexnejšou morfológiou aorty v skupine B, čo sa prejavilo signifikantným vzostupom podielu pacientov liečených mimo stanoveného IFU (11/62 pac. v sk. A /18%/ vs. 8/83 pac. v sk. B /46%, $p < 0,001$). Napriek tomu nebol zaznamenaný ani 1 prípad konverzie na chirurgickú liečbu, nedošlo k významnej zmene v mortalite do 30 dní (3,2% vs. 2,4%, $p = 1,0$), resp. do 1 roka (9,7% vs. 7,2%, $p = 0,76$). Celkovo „event-free“ prežívanie v jednoročnom sledovaní bolo 76% (47/62) vs. 73% (61/83), ($p = 0,85$). Zaznamenaný bol trend k nižšiemu výskytu pseudoaneuryziem v mieste prístupu (13% vs. 8%, $p = 0,17$) a k nižšiemu výskytu ťažkej postintervenčnej anémie s potrebou transfúzie (13% vs. 6%, $p = 0,24$).

Záver: Perkutánna endovaskulárna liečba AAA je spojená s nízkou mortalitou a s prijateľným výskytom komplikácií aj u starších a polymorbídnych pacientov. Napriek posunu indikácií realizácie PEVAR aj pre skupinu pacientov s komplexnejšou morfológiou aorty nedošlo k zvýšeniu výskytu včasných a strednodobých komplikácií po endovaskulárnom výkone.

67. Sihotský V., Berek P., Frankovičová M.:

Torakoabdominálne rekonštrukcie na našom pracovisku

Thoracoabdominal reconstructions at our clinic

VÚSCH, Košice

Cieľ práce: Zhodnotiť výsledky torakoabdominálnych rekonštrukcií na našom pracovisku za rok 2016 a 2017.

Materiál a metódy: Na našom pracovisku sme od začiatku roku 2016 do júla 2017 vykonali 7 torakoabdominálnych rekonštrukcií. Štyria pacienti mali torakoabdominálnu aneurysmu TAAA. Prvý pacient mal TAAA Crawford IV, druhý TAAA Crawford III, tretí TAAA Crawford V a štvrtý Crawford I. typu.

Piate pacientka mala akútnu aortálnu disekciu typu B s viscerálnou ischémiou. Šiesty pacient mal penetrujúci interviscerálny aortálny ulkus medzi a. mesenterica superior a truncus coeliacus. Siedmy pacient infikovaný aortálny stentgraft. Dvaja pacienti (5. a 6.) boli operovaní akútne a ostatní piati boli operovaní elektívne.

Výsledky: Všetkých pacientov sme riešili torakoabdominálnym prístupom podľa Ricottu. U štyroch pacientov sme vykonali resekciu torakoabdominálnej aneurysmy s následnou proteticou náhradou aorty s reinzeriou viscerálnych vetiev.

U piateho pacienta s akútnou disekciou aorty typu B sme vykonali endoaortektómiu a fixáciu jednotlivých viscerálnych ústí. U šiesteho pacienta sme vykonali pozdĺžnu aortotómiu a suturu perforovaného ateromatózneho ulkusu. U siedmeho pacienta sme vykonali explantáciu infikovaného hrudného stentgraftu a náhradu hrudnej aorty kryoprezervovaným allograftom od mŕtveho darcu.

Záver: Pooperačná mortalita bola 12,5%. Išlo o pacientku s akútnou aortálnou disekciou typu B, ktorá mala v čase operácie pokročilú viscerálnu ischémiu. U elektívnych pacientov bola perioperačná mortalita 0%.

Závažná morbidita bola v 12,5% prípadov. Išlo o akútne renálne zlyhanie u pacienta po resekcii TAAA typu Crawford IV, vyžadovala si dialýzu. Paraplégia sme v našom súbore nepozorovali. V našom súbore sme nemali chirurgickú revíziu.

Torakoabdominálne rekonštrukcie predstavujú technicky najnáročnejšie operácie vo vaskulárnej medicíne, sú ohrozené najmä krvácaním, viscerálnou ischémiou a paraplégiou. Vzhľadom na počet pacientov a na náročnosť rekonštrukcie je vhodné, aby sa ich problematikou zaoberali vaskulárne centrá.

68. Kubíková M., Berek P., Frankovičová M., Sihotský V., Tomečko M., Smola A., Závacká M., Pobeňová J., Staško P., Kopolovetz I., Žurkovský I.:

Hybridné operačné výkony v cievnej chirurgii

Hybrid operations in vascular surgery

VÚSCH, Košice

Úvod: Hybridné operačné výkony v cievnej chirurgii predstavujú využitie kombinácie endovaskulárnych techník a konvenčných angiochirurgických postupov v jednom sedení. Hybridná a kombinovaná operačná a endovaskulárna liečba ponúka menej invazívnu, ale efektívnu liečbu u pacientov s viacetážovým postihnutím tepnového systému. Podmienkou úspešnej liečby je cievny chirurg so skúsenosťami v endovaskulárnych technikách, nepretržitá dostupnosť endovaskulárneho inštrumentária a kvalitná intraoperačná angiografia.

Materiál a výsledky: Autori v práci prezentujú dvojročné skúsenosti a výsledky liečby na vlastnom klinickom materiáli.

Záver: Autori konštatujú, že dnešná moderná cievna chirurgia nemôže existovať bez intraoperačnej angioplastiky a stentingu.

Výsledky intraoperačnej angioplastiky a stentingu v kombinácii s konvenčnou arteriálnou rekonštrukciou sú prijateľné a majú svoje miesto v liečbe multifokálnych lézií aterosklerózy DK.



69. Mazuch J.:

Aktuálne problémy chirurgickej liečby AAA a ich ruptúr

Actual problems in surgical treatment of AAA and its ruptures

UN, Martin

Aj napriek pokrokom endovaskulárnej liečby aneuryziem abdominálnej aorty (AAA) má chirurgická liečba svoje opodstatnenie. Často ide o pokročilé a bizarné formy aneurymatického vaku. Ďalší problém predstavujú kombinácie dilatačných (aneurymatických) foriem so stenotizujúcimi formami obliterujúcej arteriosklerózy. Zvláštnu pozornosť si zasluhujú ruptúry aneuryziem abdominálnej aorty (RAAA), kde aj napriek pokrokom v diagnostike a v liečbe pretrvávajú vysoká mortalita. Mortalitu RAAA ovplyvňujú aj ďalšie faktory ako vek pacienta a iné pridružené ochorenia. U menej skúsených klinikov často pretrvávajú diagnostické rozpaky. Ruptúra aneuryzmy abdominálnej aorty nepatrí na diagnostický, ale na chirurgický stôl. Rozhodujúcim faktorom prežitia pacienta je včasná a správna diagnostika, stratégia a chirurgická liečba. Zvolenie adekvátnej stratégie chirurgickej liečby AAA a RAAA a jej správne technické vykonanie sú predpokladom dobrých dlhodobých výsledkov. Autor na základe dlhodobých skúseností a početných operácií demonštruje vlastné výsledky chirurgickej stratégie a liečby.

70. Kubíková L., Koščo M., Moščiňák M., Pataky Š., Hudák M., Tormová Z., Grofčíková J., Kačureková L.:

Komplikácie intervenčných výkonov v našom klinickom materiáli

Complications of endovascular interventions in our clinical material

LF UPJŠ a VÚSCH, Košice

Zvyšujúci sa počet pacientov s vaskulárnym ochorením vedie k pribúdaniu diagnostických a terapeutických intervenčných výkonov. Napriek zlepšovaniu inštrumentária a zručností intervenčných

rádiológov a angiológov sa v praxi nevyhne komplikáciám. Najčastejšie ide o komplikácie súvisiace s miestom punkcie vaskulárneho systému, teda vznik pseudoaneuryzmy, hematómu či artério-venózneho fistuly. Ďalej môže dôjsť ku iatrogénym embolizáciám, aktívnemu krvácaniu a tiež ku skorým reuzáverom intervenovaných ciev.

Autori restrospektívne hodnotia komplikácie intervenčných výkonov v angiologickom oddelení Kliniky kardiológie v roku 2016. Rozoberajú výskyt jednotlivých komplikácií, možnosti ich diagnostiky, terapie a prevencie.

Záver: Angiografické diagnostické aj terapeutické výkony sú spojené s určitým rizikom komplikácií, preto sú potrebné dôsledné monitorovanie pacienta a včasná diagnostika a terapia komplikácií aj v mediodborovej spolupráci.

71. Malachovská Z., Kozárová M., Javorský M., Demková K:

Endotelová dysfunkcia u asymptomatických pacientov s diabetom mellitus 2. typu

Endothelial dysfunction in asymptomatic patients with type 2 diabetes mellitus

IV. interná klinika LF, Košice

ÚVOD: Diabetes mellitus významne akceleruje proces aterogenézy. Endotelová dysfunkcia je považovaná za potenciálne reverzibilný medzistupeň v rozvoji aterosklerózy. Klinický výskum je posledných 10 rokov zameraný na vývoj metód detegujúcich včasné, subklinické zmeny ciev. Prognostická hodnota metód detekcie subklinickej aterosklerózy je však stále predmetom diskusií.

CIEĽ: V súbore asymptomatických diabetikov 2. typu pomocou vyšetrení rýchlosti pulzovej vlny (PWV), prietokom mediovanej vazodilatácie (FMD) a meraním hrúbky intimomediálneho rozhrania (IMT) detegovať pacientov s endotelovou dysfunkciou.

METÓDY: Od januára 2014 do júla 2016 bolo na IV. internej klinike UNLP a UPJŠ v Košiciach vyšetrených 105 asymptomatických diabetikov 2. typu. Na meranie IMT bol použitý softvér QLAB Philips® USG prístroja Philips HD11 XE®. Ultrasonograficky bola vyšetovaná aj hodnota FMD vyjadrená

v percentách ako pomer postoklúzne vazodilatácie a brachialis k jej diametru nameranému pred oklúziou manžetou umiestnenou distálne na predlakti a nafúknutou na suprasystolické hodnoty TK počas 5 minút. PWV sme merali zariadením Complior 2000®. Štatistické analýzy boli realizované v programe SigmaStat 13.0. Rozdiely a závislosti boli pokladané za štatisticky významné pri hladine významnosti < 0,05. ADMA bola stanovovaná metódou ELISA DLD Diagnostika GMBH. HbA1c bol meraný imunoturbidimetricky kitom firmy ROCHE. Pacienti boli vyšetrení nalačno za štandardných vyšetrovacích podmienok – bez užívania antihypertenzívnej medicíny, po vylúčení fajčenia a konzumácie kofeínových nápojov (káva, čierny čaj).

VÝSLEDKY: V súbore 105 asymptomatických pacientov s DM2 bol priemerný vek pacientov $62,9 \pm 9,1$ roka, zastúpenie mužov bolo 54 (51,4 %). Fajčiarsky status bol nasledovný: 18 fajčiarov (17 %), 26 exfajčiarov (24,7 %). Zastúpenie pacientov s artériovou hypertenziou bolo 96 %, pacientov s dyslipidemiou bolo 80 %. Priemerná hodnota glykovaného hemoglobínu v celom súbore vyjadrená v norme DCCT bola $7,3 \pm 1,9$ %. Na základe nameranej hodnoty PWV bolo 28,6 % ($n = 30$) pacientov s DM2 diagnostikovaných ako endotelovo dysfunkčných (ED+/PWV) oproti 71,4 % ($n = 75$) pacientov bez endotelovej dysfunkcie (ED-/PWV) [$10,8$ ($10; 11,3$) vs. $8,9$ ($8,4; 9,4$) m/s, $p < 0,001$]. Skupiny ED+/PWV a ED-/PWV sa nelíšili v priemere veku ($61,2 \pm 10$ vs. $63,5 \pm 8,8$ r., $p = \text{NS}$), v metabolickej kompenzácií diabetu vyjadrenej v norme DCCT (HbA1c $7,8 \pm 2,3$ vs. $7,2 \pm 1,8$ %, $p = \text{NS}$), ani v hladine ADMA ($0,54 \pm 0,22$ vs. $0,50 \pm 0,17$ $\mu\text{mol/l}$, $p = \text{NS}$). Skupina pacientov s ED+/PWV mala nižšie hodnoty FMD ($2,824 \pm 2,7$ vs. $4,73 \pm 4,14$ %, $p < 0,026$). PWV signifikantne pozitívne korelovala s IMT ($r = 0,203$; $p = 0,04$) a nekorelovala s vekom pacientov ani s trvaním diabetu.

Na základe patologických hodnôt FMD bolo 62,8 % ($n = 66$) pacientov endotelovo dysfunkčných (ED+/FMD) a 37,2 % ($n = 37$) pacientov ED-/FMD. Tieto 2 skupiny sa však navzájom nelíšili v hodnote PWV [$9,36$ ($8,64; 10,3$) vs. $9,3$ ($8,6; 10$) m/s, $p = \text{NS}$], IMT ($0,72 \pm 0,17$ vs. $0,73 \pm 0,14$ mm, $p = \text{NS}$), ani v metabolickej kompenzácií DM2 (HbA1c $7,16 \pm 1,79$ vs. $7,88 \pm 2,36$ %, $p = \text{NS}$), ani v stanovenej hladine ADMA [$0,50$ ($0,39; 0,63$) vs. $0,48$ ($0,40; 0,57$) $\mu\text{mol/l}$, $p = 0$, NS]. Hodnota FMD nekorelovala s hodnotou PWV ($r = -0,0938$; $p = \text{NS}$).

ZÁVER: V súbore asymptomatických diabetikov 2. typu sme dokázali, že takmer 1/3 z nich má endotelovú dysfunkciu a mala by byť objektom intenzívnej kontroly rizikových faktorov aterosklerózy. Naša práca zároveň podporuje postavenie PWV ako metódy s najväčším potenciálom implementácie do bežnej klinickej praxe pri skríningu subklinickej aterosklerózy. PWV je oproti FMD a IMT zaťažena najmenšou intra- a interobservačnou chybou, čo bolo potvrdené aj v našej práci.

Práca bola podporená výskumným grantom CEVA Centrum excelentnosti pre výskum aterosklerózy ITMS 26220120040 (100 %).

detralex®

Čistená mikronizovaná flavonoidná frakcia 500 mg (MPFF)

Pacient ušetrí
až 15,06 €¹

dostupné od októbra 2017



NOVÉ
180 tbl.
balenie
3 mesiace

- **Rýchla a efektívna účinnosť^{2,3}**
- **Dlhodobá liečba zabraňuje progresii ochorenia do závažných štádií vďaka protizápalovému účinku⁴**
- **Najvyšší stupeň odporúčania v národných^{5,6} a medzinárodných⁷ odporúčaníach pre liečbu CHVO a HO**

Dávkovanie:

Liečba venolymfatickej insuficiencie: odporúčaná dávka je 2 tablety denne užívané ráno. **Liečba akútneho hemoroidálneho ataku:** 6 tabliet denne (3 tablety ráno a 3 tablety večer) po dobu 4 dní, potom 4 tablety denne (2 tablety ráno a 2 tablety večer) po dobu 3 dní. Udržiavacia dávka je 2 tablety denne užívané ráno.

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 tabliet denne. **Kontraindikácie*:** Precitlivenosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. **Upozornenia*:** Podávanie tohto lieku na symptomatickú liečbu akútneho hemoroidu nevytvoruje 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. **Menšie časté:** kolitída. **Zriedkavé:** bolesť hlavy, závrat, nevoľnosť, vyrážka, pruritus, urtikária. **Nezdané:** bolesť brucha, izolovaný edém tváre, pier, očných viečok. Vymimočne Quinckeho edém. **Predávkovanie*:** **Vlastnosti*:** Venofarmakum a vazoprotektívum. Detralex pôsobí na žilový návrat: redukuje venózu distenzibilitu a venostázu; na úrovni mikrocirkulácie znižuje kapilárnu permeabilitu a zvyšuje kapilárnu rezistenciu. **Balenie*:** Balenie 60, 90, 120, 150 alebo 180 filmom obalených tabliet Detralexu. **Dátum revízie textu:** April 2017 **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

Literatúra: 1. Pri porovnaní s 3-mesačnou liečbou Detralex 60tbl. Zdroj: ADC článok 09/2017. 2. Bakri F et al. Phlebology. 1989; (vol. 2):669-671. 3. Yanushko VA et al. Phlebology. 2014; 21(3):146-151. 4. Pietrzycka A et al. Curr Vasc Pharmacol. 2015;13(6). 5. Standardný diagnostický a terapeutický postup, 61. metodický list racionálnej farmakoterapie, Racionálna diagnostika a liečba chronickej žilovej choroby. 6. Kuzela L a kol. Gastroenterológia klinické odporúčania. 2017; 348 (277-279). 7. Nicolaides A, Kakko S, Eklof B, et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs: guidelines according to scientific evidence. Int Angiol. 2014;33(2):87-208

Servier Slovensko, spol. s r. o., Pribinova 10, 811 09 Bratislava,
tel.: +421 2 59 20 41 11, fax: +421 2 54 43 26 90



XXV. SLOVENSKÝ ANGIOLOGICKÝ KONGRES

Spracovala agentúra Vision Production, s.r.o.

Adresa redakcie: Zvončín 248, 919 01 Trnava

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

Reprodukcia obsahu je povolená len s priamym súhlasom redakcie.

ISBN 978-80-972809-1-8



ISBN 978-80-972809-1-8

WWW.ANGIOLOGY.SK