

Najnovšie trendy v internej medicíne nielen v Čechách a na Slovensku

Správa z XI. kongresu internej medicíny

16.–18. júna 2016, Horný Smokovec, Slovensko

V dňoch 16.–18. júna 2016 sa v už tradične príjemnom horskom prostredí Vysokých Tatier v priestoroch Grand Hotelu Bellevue v Hornom Smokovci uskutočnil v poradí XI. kongres internej medicíny. Odborným garantom a zároveň predsedom organizačného výboru bola prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc., FRCP. Tak, ako tomu bývalo po iné roky program bol zložený z blokov jednotlivých odborných spoločností (kardiologická, hypertenziologická, nefrologická, reumatologická, endokrinologická, gastroenterologická, hematologická, onkologická, diabetologická) a z blokov organizovaných v rámci edukačných grantov farmaceutických spoločností (Berlin-Chemie, Bayer, PRO.MED.CS, Mylan, Wörwag Pharma, Boehringer Ingelheim, Orphan Europe, Servier, Novartis a Amgen). Jednotlivé prezentácie boli rozdelené do dvoch sál, v ktorých sa prednášalo paralelne, takže do programu bolo možné pridať aj bloky tzv. varia. Témy boli zaradené do jednotlivých blokov podľa svojho informačného potenciálu pre daný odbor internej medicíny, a teda, každý si mohol zvoliť okruh informácií, ktorý bol pre jeho odbor obohacujúci. Z vyššie uvedeného vyplýva aj fakt, že obsiahnuť všetky prezentácie nebolo časovo možné a v tejto správe ponúkame prierez tými, ktorých som sa aktívne zúčastnil (zamerané prevažne na kardiológiu), no zďaleka nie všetkými nakoľko by podrobný prehľad prekročil priestorové možnosti tejto správy. Treba však podotknúť, že všetky témy boli vysoko odborne spracované, poskytovali prehľadný a veľmi účelný prierez najnovšími medicínskymi poznatkami danej špecializácie. A práve to je v dnešnej dobe, kedy sa stávajú svedkami atomizácie medicíny, absolútne nevyhnutné. Nevyhnutné na to, aby lekár, špecialista, mohol byť neustále „up to date“.

Ako už tradične, aj tento rok sa partnerská Česká internistická spoločnosť zúčastnila veľmi kvalitnými a zaujímavými prednáškami ich predsedu a vedeckého sekretára prof. R. Češku a prim. L. Kotíka. EFIM a aktivity tejto organizácie prezentoval svojím príspevkom jej sekretár J. W. Elte (Holandsko).

Kongres začal blokom Slovenskej kardiologickej spoločnosti. Doc. E. Gonçalvesová z NÚSCH (Bratislava) vo svojej prednáške Srdcové zlyhávanie ako epidémia 21. storočia zhrnula informácie vyplývajúce z epidemiologických štúdií nielen zo zahraničia, ale aj z našich domácich pracovísk, na základe registrov našich pacientov. Je jednoznačné, že pri incidencii výskytu srdcového zlyhávania 680/100 000 obyvateľov vzhľadom na 1. hospitalizáciu sa toto ochorenie právom označuje za epidémiu. Pripomenula fakt, že doba

prežívania v skupine 50-ročných pacientov je iba 10 rokov. Práve preto nie je u týchto pacientov možné prehliadať ani „na oko banálne“ ochorenia a autorka upozornila na potrebu ihneď liečiť pridružené akútne zápalové ochorenia. Tiež zdôraznila, že „trochu opuchnuté nohy“ rozhodne nie sú benígnym fenoménom a netreba odkladať liečbu diuretikami. To isté platí aj o liečbe nitrátmi, ktorú títo pacienti dostať majú (často sa tak však v klinickej praxi nedeje, najmä z obavy pred excesívnou hypotenziou), pokiaľ samozrejme nie sú prítomné absolútne kontraindikácie. V nadväznosti na túto tému pokračoval dr. A. Bystriansky (B. Bystrica) svojou prezentáciou Srdcové zlyhávanie a fibrilácia predsiení s poetickým podtitulom Náhodný spulcešujúci, alebo blízky príbuzný? Problematiku označil ako „double trouble“, keďže epidemiologické ukazovatele hovoria, že pri veku nad 40 rokov porovnateľne v rámci populácie je incidencia fibrilácie predsiení pri chronickom srdcovom zlyhávaní až 25 %. V krátkosti spomenul základy diagnostiky tejto arytmie pomocou EKG, zdôraznil by som jeho upozornenie, že nie je správne označenie fibro-flutter (aj keď sa v rutínnej klinickej praxi s týmto označením ešte stále pomerne často stretávame). Vysvetlenie prečo toto označenie nie je a nemôže byť správne je v rukách elektrofyziológov, ako aj v samotnej podstate vzniku tejto arytmie na podklade mnohých mikroreentry okruhov naproti predsieňovému flutteru, u ktorého ide o makroreentry okruh. Na danú problematiku bola orientovaná aj ďalšia prezentácia v podaní doc. B. Stančáka (Košice) a síce Nefarmakologická liečba zlyhávajúceho srdca s fibriláciou predsiení. Autor skonštatoval, že fibrilácia predsiení je najčastejšie sa vyskytujúcou arytmiou pri srdcovom zlyhávaní, a to vo vzájomnom vzťahu. Srdcové zlyhávanie predisponuje jedinca k rozvoju predsieňovej fibrilácie, a táto následne zhoršuje samotné srdcové zlyhávanie. V rámci nefarmakologickej terapie porovnával dve metódy riešenia vzniknutej predsieňovej fibrilácie a síce rádiofrekvenčnú abláciu voči ablácií kryobalónom. Jednalo sa o interpretáciu štúdie „fire and ice“. Výsledky boli zamerané najmä na bezpečnosť a efektivitu oboch metód – žiaľ, medzi metódami neboli významné rozdiely. Úspešnosť metód sa pohybovala v oblasti okolo 50 %. Ďalšou metódou nefarmakologickej terapie je resynchronizačná liečba pomocou tzv. biventrikulárnej terapie, pri ktorej sa druhá stimulačná elektróda zavádza do oblasti ľavej srdcovej komory. Pričom bolo uvedené, že pravdepodobne každý pacient so srdcovým zlyhávaním by z tohto druhu terapie profitoval. Otázka géno-

vej terapie ostala otvorená, každopádne v dnešnej dobe ostáva veľmi perspektívnou, nakoľko sa už vedcom podarilo transformovať bunky pracovného myokardu na bunky podobné tým, ktoré vytvárajú sínusový uzol so schopnosťou spontánnej depolarizácie. Samozrejme nás od etablovania tejto metodiky v humánnej medicíne ešte delí dlhý kus cesty.

Prednáška zahraničného hostia prof. **Y. Shoenfelda** (Izrael) s názvom *Why do you develop autoimmune disease?* V úvode sa autor pozrel na geoepidemiológiu napríklad pri diabete 1. typu a sclerosis multiplex, pričom sa zamyslel, prečo sú prítomné rozdiely vo výskyte medzi severom a juhom v rámci kontinentov. Pozrel sa na vystavenie UV žiareniu a následnému účinku vitamínu D, pretože práve ten môže ovplyvňovať náš mikrobióm. Pozornosť upriamil aj na prítomnosť obezity (nejedná sa o pasívneho pozorovateľa) a účinku leptínu (okrem iného indukuje tvorbu prozápalových cytokínov), pričom aj on odporučil potrebu redukcie nadváhy u našich pacientov. A čo bolo, myslím si, pre väčšinu prítomných pomerne zaujímavé, poukázal aj na prítomnosť/nepřítomnosť červov – parazitov – v danej lokalite. Zamyslel sa nad tým, aké typy červov by mohli byť pre človeka užitočné, pričom výsledná informácia bola taká, že sa jedná o druhy ktorých primárnym hostiteľom nie je človek, ale napríklad prasa. Ale ako môže tento typ organizmu pomôcť človeku? Podľa autora ovplyvňuje už spomínaný mikrobióm, a pôsobí tak ako imunomodulátor. Neopomenul však ani fakt (s príslušnou dávkou humoru), že je ťažšie si predstaviť, ako sa „ordinuje“ dávka a spôsob podania, a tak sme sa prepracovali až po užívanie vajčiek, ktoré by ale pre svoj prirodzený cyklus cez GIT človeka „len prešli“. Teda cez svoje produkty by pôsobili imunomodulačne, no priamo by s ľudským organizmom neinterferovali. Samozrejme, autor upozornil aj na genetické aspekty, a to predovšetkým polymorfizmus HLA-alely DRB 1, ktorá je v dnešnej dobe už pomerne notoricky známa svojou asociáciou s rôznymi autoimunitnými ochoreniami. Tu sa upriamil aj na informáciu, že rôzne variácie tejto alely bývajú asociované s rezistenciou na určité kmene baktérií, to by taktiež zodpovedalo možnosti vplyvu ľudského mikrobiómu (human microbiome project) na rozvoj autoimunity. Osobne sa mi ako veľmi zaujímavá zdala informácia o zvýšenom výskyte týchto ochorení u robotníkov, ktorí pracovali na „dvojičkách“ v New Yorku, mieste nechválne známom pre teroristické útoky zo dňa 11. septembra 2001. Autor vysvetlil, že vnútorná kostra týchto budov bola z nosníkov, ktoré obsahovali veľké množstvo hliníka. Ako dobre vieme, hliník sa pre svoje imunomodulačné vlastnosti ešte dodnes v kontrolovanom množstve hojne využíva v rámci rôznych typov očkovacích látok ako adjuvans. A autor poukazuje na excesívnu expozíciu práve tejto látky v danej lokalite a pravdepodobnú kauzálnu súvislosť s rozvojom autoimunity u týchto jedincov. Obzory rozšíril aj nadhľadom na pikantné jedlá, ktoré mnohí z nás s obľubou konzumujeme. Zároveň tak prijímame látku kapsaicín, ktorá je podľa autora pomerne pleiotropná v rámci svojich ochranných účinkov. Do istej miery sa jedná o analgetikum, má pri-

datne pozitívny efekt napríklad pri osteoartrítide, periférnej polyneuropatii a iných. Svoju prednášku ukončil citátom Hippokrata: „Let food be thy medicine, and medicine be thy food.“ Prednáška bola veľkým obohatením aj vďaka svojej veľmi vhodne didakticky vytvorenej prezentácii. Prof. **F. Šimko** predniesol svoju prezentáciu *Systém RAS* pri AIM – význam zofenoprilu. Autor sa zameral na význam blokácie tohto systému, avšak ozrejmil najmä nové poznatky ohľadom AT IV, III, 1–7 a signalizačnej kaskády pomocou MAS receptora. Upozornil na fakt, že tento systém nie je len „nepriateľom“, ale má značne pleiotropné účinky predovšetkým v rámci antiproliferačnej a endotel-protektívnej funkcie. Pri konvenčne použíwanej blokáde v rámci ACEI dochádza ku zablokovaniu aj pre pacienta prospešných vlastností tohto systému. Vo svojej prezentácii odkázal na štúdie ako SMILE a HOPE. Nasledovala prednáška prof. **A. Dukáta** (Bratislava), ktorý upozornil na zabúdaný, no dôležitý biomarker – kyselinu močovú, ktorá hoci je prediktívnym ukazovateľom nielen pre kardioresnálnu, kardiovaskulárnu, ale i celkovú mortalitu, stále ostáva pomerne málo využívaná. Prof. **J. Murín** (Bratislava) sa vo svojom príspevku vrátil ku problematike betablokátorov v klinickej farmakoterapii a priniesol údaje o výhodách liečby 3. triedou betablokátorov, obzvlášť nebivololu. V tejto nadväznosti je potrebné upozorniť na prednášku prof. **F. Šimka** a síce Mechanizmus ARNI (inhibitor neprylizínu a blokátor receptora angiotenzínu) pri srdcovom zlyhavaní, ktorá mala úzku nadväznosť na prednášku uvedenú vyššie. Začal pohľadom na budúcnosť KVS farmakoterapie, v ktorej majú hlavné miesto nové indikačné kritéria dnes už používaných liečiv, ako aj ich nové kombinácie. Miernym odbočením je poznámka, že s touto problematikou sa v odborných kruhoch už dlhšie polemizuje, nakoľko vývoj nových molekúl liečiv je vysoko nákladný a takmer vždy s neistým výsledkom. Práve systém RAAS má amplifikačnú úlohu a ovplyvňuje aj aktiváciu tzv. „baby“ génov. Pri jeho excesívnej aktivácii však dochádza ku patologickej proliferácii a fibróze myokardu, čo sa odzrkadľuje príslušným zvýšením hemodynamickej záťaže. Neprylizín je látka, ktorá degraduje adrenomedulín, ANP, bradykinín no zároveň aj ATII (upozornil, že vzniká aj inými mechanizmami ako pomocou ACE). Potenciálne prospešne sa javila jeho kombinácia s iACE, avšak ako sa dalo očakávať, objavil sa nežiaduci účinok – angioedém. Vysvetlením je blokovanie štiepenia bradykinínu pomocou ACE (dominantná cesta degradácie). Teda ako perspektívna sa napokon javí kombinácia blokátora AT I receptora (valsartan) a inhibítora neprylizínu (sakubitil). Je teda možné vysloviť predpoklad účinku liečiva Entresto pri chronickom diastolickom srdcovom zlyhavaní. Záverom prezentácie autor položil otázku aká je perspektíva farmakoterapie KV ochorení? V prvom rade je nutné vyťažiť celé spektrum na trhu dostupných liekov vrátane ich kombinácií. Po druhé je nutné včasné zahájenie terapie (funkčná trieda NYHA I). V neposlednom rade je nutné iniciovať terapiu nielen systolickej ale aj diastolickej srdcovej dysfunkcie – pričom však platí, že liečiť môžeme iba to, čo sme správne diagnostikovali a diagnostikovať môžeme len to,

čo sme pri diferenciálnej diagnostike rozvahe brali v úvahu. V tejto súvislosti je tiež vhodné spomenúť prednášku doc. **E. Gonçalvesovej** – Kam sa uberá manažment srdcového zlyhávania? Úvodom sa autorka zamyslela nad tým, že v dnešnej dobe už vieme takmer všetko. U pacienta s chronickým srdcovým zlyháváním vieme dodať inotropnú podporu, vieme upraviť srdcovú frekvenciu, vieme ovplyvniť afterload, a tým odpor, proti ktorému musí srdce pracovať, vieme srdce transplantovať a vymeniť za „nové“. Dokonca sme schopní použiť jeho mechanickú náhradu (ECMO, LVAD a iné). Jediné čo nevieme, je chronické srdcové zlyhávanie vyliečiť. Nie je to zvláštne? Následne autorka zhrnula známe fakty o chronickom srdcovom zlyhávaní. Jeho prevalencia stúpa, pričom incidencia stagnuje. Zároveň nám stagnuje, či mierne klesá mortalita – tým pádom narastá počet hospitalizovaných pacientov s touto diagnózou čo predstavuje recipročnú systémovú záťaž. Vhodným doplnením informácií bolo ako „point of care“ využitie ultrasonografie najmä pri prijímaní pacientov so suspekciou na dekompenzáciu pri chronickom srdcovom zlyhávaní, a to hlavne v podmienkach centrálnych príjmov nemocníc. Metóda nie je náročná ani po materiálno-technickej, tak ani po personálnej stránke z hľadiska erudície lekárov. Zároveň je využiteľná aj pri vyšetrení pľúc na prítomnosť známok kongescie. Táto relatívne nenáročná metóda môže výraznou mierou prispieť ku správnej stratifikácii pacientov pri prijímaní do nemocničnej starostlivosti a samozrejme ku správnej indikácii potrebnej liečby bez zbytočného odkladu. Len doplním, že na mnohých zahraničných pracoviskách aj v rámci EÚ sa táto metóda úspešne využíva už v rámci urgentnej prednemocničnej zdravotnej starostlivosti. V rámci podtémy „keď lieky nemôžu, strojčeky pomôžu“ autorka pripomenula dôležitosť implantácie ICD u pacientov s EF < 36 % ako primárnu prevenciu NKS. Záverom nám prezentovala výsledky pacientov z ich klinického pracoviska, ktorí podstúpili zavedenie LVAD. V diskusii bolo zhrnuté, že aj takáto mechanická podpora má veľký význam, pretože dokáže zlepšiť nielen prežívanie týchto pacientov, ale aj kvalitu ich života. Bola spomenutá pacientka, ktorá bola v rámci klasifikácie NYHA IV a za asistencie LVAD je schopná samostatne navštevovať svoju obľúbenú záhradku.

Veľmi dôležitým a klinicky cenným bol blok venovaný onkologickej kardiotoxicite. Prof. **S. Špánik** (Bratislava) priniesol svoj pohľad onkológa na účinnosť protinádorovej liečby. Prof. **B. Mladosičová** (Bratislava) zase v prehľade rozobrala problematiku z pohľadu patofyziológa. Doc. **R. Kohn** priniesol podrobný pohľad kardiológa zo svojej klinickej praxe. A napokon prof. **J. Murín** rozobral možnosti sledovania možných biomarkerov v súvislosti

s onkologickou liečbou, v ktorej stále, žiaľ, máme iba limitované možnosti.

Z klinického a praktického hľadiska boli cenné príspevky v tzv. variách I. Prof. **A. Dukát** rozobral problematiku reziduálneho kardiovaskulárneho rizika s ohľadom na lipidy, pričom autor poukázal na fakt, že celé tri štvrtiny pacientov s vysokým kardiovaskulárnym rizikom aj napriek statínovej liečbe dostanú, alebo zomrú na závažnú kardiovaskulárnu príhodu. Dr. **D. Kavková** (Poprad) rozobrala kardiovaskulárne komorbidity pri chronickej obštrukčnej chorobe pľúc zo svojho klinického materiálu. Dr. **L. Tomáš** (Košice) sa v svojich dvoch prednáškach zaoberal vplyvom sepsy a prítomnej reumatoidnej artritídy na kardiovaskulárny systém. Doc. **M. Babčák** (Prešov) rozobral akútne komplikácie diabetes mellitus a dr. **L. Gardoš** tému prístupu ku diabetikom v nemocnici, pričom veľmi prínosným bolo aj poukázanie na najčastejšie chyby, ktorých sa dopúšťame pri ich hospitalizácii. Prim. **I. Majerčák** (Košice) predstavil svoju metodiku STOB ako súčasť komplexného prístupu ku pacientovi s obezitou a dr. **R. Michalová** (Martin) sa napokon pokúsila odpovedať, či poslať pacienta s fibriláciou predsiení pred zahájením liečby na endoskopické vyšetrenie – gastrofibroskopiou. Všetky prednesené príspevky vyvolali žiaducu a plodnú diskusiu a následne tak rezonovala klinická dôležitosť výberu uvedených príspevkov z viacerých pracovísk tejto krajiny.

Taktiež je potrebné oceniť, že si Slovenská internistická spoločnosť pripomína svojich veľikánov, ktorí ju „postavili na nohy“. Pre tento krát to bol akademik **Teofil Rudolf Niederland**. Jeho odkaz pre súčasnosť medicíny pripomenul doc. **V. Mojto** (Bratislava) a následne naň nadviazal svojim príspevkom o hemodynamických aspektoch etiopatogenézy diabetickej nefropatie. Prof. **A. Dukát** si pripomenul svojho učiteľa ako predstaviteľa Oslerovskej interny, na hodnoty ktorej sa v súčasnosti žiaľ, zabúda.

V dnešnej dobe rozvoja medicíny a závažne narastajúceho množstva nových poznatkov nedostihnuteľným tempom takmer každodenne, by sme nikdy nemali zabudnúť, že pacient je stále najmä ľudská bytosť a naša empatia a porozumenie by mali byť vždy na prvom mieste a tak ísť ruka v ruku s najnovším medicínskym poznáním.

MUC. et Bc. Michal Pečík

✉ pecikm@gmail.com

Lekárska fakulta UK a UNB v Bratislave

www.unb.sk

Doručeno do redakce 15. 7. 2016