

Správa z XXI. kongresu Slovenskej kardiologickej spoločnosti

6.–8. 10. 2016, Bratislava, Slovensko

Kongres sa konal v Slovenskom národnom divadle (oblasť Eurovea) v Bratislave (6.–8. októbra 2016), pričom prvý upršaný a studený deň bol „kongresovým“ dňom, neskôr sa počasie zlepšilo. Účasť bola podobná iným rokom, vyše 1 200 účastníkov. Prítomní boli aj významní predstavitelia z cudziny: tradičný blok Českej kardiologickej spoločnosti (súčasný stav zobrazovacích metód v kardiológii), v ktorom boli zastúpené veľké osobnosti českej kardiológie: prof. A. Linhart (Kam kráčíš echokg?), dr. Paleček (Magnetická rezonance) a dr. M. Kamínek (Nukleárne vyšetrovacie metódy) a spolupredsedom bloku bol prof. M. Táborský (prezident ČKS).

Hostami kongresu boli prof. B. Merkely (Maďarsko), D. Miličić (Chorvátsko) a M. Táborský (Česko), ktorí prezentovali svoje pohľady na uplynulých 25 rokov v kardiológii v Centrálnej Európe pod zorným uhlom svojich krajín. K nim treba priradiť aj prof. J. Bartúnka (Aalst Belgia, absolvent LF UK v Bratislave), ktorý predniesol Haviarovu prednášku o Funkčnej stratégii revaskularizácie myokardu, ďalej prof. I. Savelievovú z Londýna s príspevkom o užívaní NOACs vo svete a prof. M. Czernyho z Freiburgu s prednáškou o problematike „aortálnej medicíny“.

V ďalšom uvádzam len informácie, o ktorých sa nachádzam, že sú zaujímavé pre čitateľov tohto časopisu.

Diabetes a kardiovaskulárne ochorenia

Patril k najzaujímavejším na kongrese a v auditórii bolo veľa poslucháčov. Diabetes v posledných dekádach ohromne stúpa vo výskyte, iste vďaka stúpaniu výskytu nadváhy/obezity (asi 60 % osôb v Európe, t.č. aj Slovensko nevynímajúc). Ale najdôležitejšia je tá skutočnosť, že diabetes má ohromný dosah na kardiovaskulárnu (KV) morbiditu a mortalitu – diabetes je teda aj KV ochorením.

Oproti nediabetikom je výskyt KV ochorení a ich morbidita a mortalita u diabetikov asi 2krát vyššia. Diabetici 2. typu trpia obvykle ťažkou hypertenziou, dyslipidémiou (vysoké triacylglyceroly, malé denzné LDL-C častice, nízky HDL-C), sú obvykle obezní, pri dlhšom trvaní ochorenia trpia aj renálnou insuficienciou (pri diabetickej nefropatii) a to iste vysvetľuje dostatočne zvýšené KV riziko diabetikov.

Osobitným problémom diabetu je výskyt srdcového zlyhávania a jeho progresia. Jestvujú 2 typy srdcového zlyhávania „diastolické“ – časté u diabetikov ale aj systolické, tiež pomerne časté, hlavne ak chorý trpí aj ischemickou chorobou srdca, eventuálne keď prekonal infarkt myokardu. Dôvodom býva vysoký výskyt už spomínaných KV rizikových faktorov, ale i ischemická choroba

srdca, renálna dysfunkcia a diabetická kardiomyopatia. Asi 7–8 rokov sa pri vývoji nových antidiabetík kladie dôraz na ich KV bezpečnosť a práve sa tu sleduje vývoj srdcového zlyhávania.

Významným prelomom v liečbe diabetikov v poslednom roku je empagliflozín, čo je SGLT2 inhibítor – štúdia EMPA REG OUTCOME (publikovaná a zverejnená na jeseň v roku 2015) – ktorý u diabetikov významne redukoval hlavne KV mortalitu, celkovú mortalitu a výskyt rehospitalizácií pre srdcové zlyhávania. Dnes prebieha výskum možných mechanizmov účinku tohto liečiva – týchto mechanizmov benefitu je pravdepodobne viac: úprava glykémie, redukcia krvného tlaku a hmotnosti, nefroprotektia, „diuretický efekt“, ale domnievam sa, že pravdepodobne je to hlavne „metabolický efekt“ liečiva – ponuka ketónov ako hlavného paliva poškodenému myokardu – tento by mohol byť hlavným mechanizmom benefitu. Ak sa to potvrdí, mohol by to byť „nový liečebný prístup“ u diabetikov (zlepšenie metabolizmu myocytov, vyššia produkcia ATP), ale nielen pre diabetikov ale možno i pre (pre)diabetikov, pre osoby s metabolickým syndrómom a možno i pre nediabetikov – so srdcovým zlyháváním.

Biomarkery a kardioprotektia

Blok venovaný dvom problémom klinickej medicíny, v ktorých sa významne uplatňuje sérový troponín, t.č. je to „high sensitivity“ forma (hs cTnT), u ktorých veľmi citlivá metodika dovoľuje diagnostikovať i malé infarkty, a preto v klinickej praxi klesá počet prípadov nestabilnej angíny pectoris (troponín negatívny pacient) a pribúda výskyt prípadov infarktov myokardu. Štúdie APACE a TRAPID dokladujú možnosť diagnostikovať akútny infarkt myokardu už do hodiny pobytu chorého na centrálnej príjme (algoritmus vyšetrenia hs cTnT v nulte a prvej hodine, z dvoch odberov). Algoritmus publikovaný v Cardiology letters (2016) a otestovaný vlastnými skúsenosťami. Treba tiež zdôrazniť, že výška koncentrácie hs cTnT v sére u chorého podáva i prognostickú informáciu o pacientovi (vysoká koncentrácia označuje rizikového pre KV mortalitu, švédsky register SWEDE-HEART).

A v inej prednáške bola ventilovaná možnosť včasnej detekcie poškodenia srdca pri liečbe (farmakologickej) onkologicky chorého. Ukazuje sa, že hs cTnT v sére je dobrým a včasným detektorom kardiotoxicity – ľahšie a rýchlejšie dostupný ako echokardiografické vyšetrenie chorého. A v takom prípade možno chorému ponúknuť včasnú liečbu, obvykle ACE inhibítory s betablokátormi (nakolko obvykle ide o vývoj/progresiu srdcového zlyhávania).

Nový liečebný prístup u hypercholesterolémie

Tejto téma sa venovali viaceré prezentácie a bloky. V nich bolo pripomenuté, že hypercholesterolémia vedie k progresii aterosklerózy s dôsledkami: úmrtia a KV príhody (infarkt myokardu, mozgové príhody, revaskularizácie). Dnes dominuje efektívna liečba statínmi s dosahom na redukciu KV príhod.

Pripomenul sa ezetimib v kombinácii so statínmi ako cesta zlepšenia prognózy vážne chorých, t.j. vo vysokom KV riziku. Táto liečba je v praxi aj uplatňovaná.

Ale od novembra príde do klinickej praxe aj prvý inhibitor proteínu PCSK9 (podávaný subkutánne), ktorý je veľkou nádejou pre zlepšenie prognózy chorých s FH (familiárnou hypercholesterolémiou – informácie tu priniesol významný český ale i svetový lipidológ a internista, prof. R. Češka) a pre iných KV rizikových chorých. Rozobraté boli patomechanizmy a indikácie. Klinické štúdie s PCSK9 inhibítormi preukazujú vysokú redukciu koncentrácie LDL-C častíc v sére u chorých a iste informácie (zatiaľ malým počtom KV príhod) hovoria o ohromnom KV benefite. Ale veľké štúdie v dohľadnom čase končia a zrejme v budúcom roku budú publikované (ODYSSEY, FOURIER). Možno predpokladať ohromný benefit v oblasti kardiovaskulárnej. Sme radi, že liek bude v krátkom čase už u nás dostupný. Bude indikačnými a preskripčnými opatreniami rezervovaný pre tých najrizikovejších.

Prelom v liečbe chorých s chronickým srdcovým zlyhávaním – s pomocou ARNI (angiotenzín receptor neprilyzín inhibítor, vlastne sakubitril/valsartan)

Chronické srdcové zlyhávanie má v súčasnosti epidemický rozmer výskytu a výskyt naďalej rastie. Liečbu máme len pre systolickú formu ochorenia, u ktorej je ejekčná frakcia < 50 %, zisťovaná v klinickej praxi ob-

vykle echokardiografickým vyšetrovaním. Dominantné postavenie v liečbe tu majú blokátory renín-angiotenzín-aldosterónového systému (RAAS: ACE inhibítory či sartany), betablokátory (niekedy v kombinácii s ivabradínom), aldosterónové antagonizmy a samozrejme diuretiká pri prevodnení. Následne príde do úvahy resynchronizačná liečba ochorenia, ak predošlá liečba nepostačuje.

Ale pred rokom publikovali ohromnú a veľkú klinickú štúdiu PARADIGM-HF (> 8 000 chorých), v ktorej okrem štandardnej liečby chorých so systolickým srdcovým zlyhávaním (EF ≤ 35 %) porovnali liečbu enalaprilom (2krát 20 mg s up-titráciou) versus ARNI (2krát 200 mg s up-titráciou) – a preukázali 20% významný pokles výskytu KV mortality, rehospitalizácií pre srdcové zlyhávanie a celkovej mortality (o 16 %). Tento ohromný výsledok (benefit) viedol regulačné orgány v USA (FDA) a v Európe (EMA) k povoleniu (i po „len“ jednej štúdii) byť (sakubitril/valsartan) zaradený do rutinej klinickej praxe. Na rozdiel od predošlých liečebných prístupov liečby (pridávať ďalší liek k predošlým liekom), je tento liek náhradou (substitúciou) ACE inhibítorov (či sartanov). A iste treba v liečbe zvážiť práve „nedobru“ prognózu týchto chorých – teda i keď ich stav je klinicky dobrý, tak skórovacie systémy, napr. MAGGIC či iné, vedia predvídať „zlú“ prognózu chorého – a tomu iste treba liek ponúknuť. Dúfame, že sa tento princíp v rutinej klinickej praxi uplatní. Čoskoro to uvidíme, na koľko práve v jeseni sa dostáva do našej praxe.

prof. MUDr. Ján Murín, CSc.

✉ jan.murin@gmail.com

I. interná klinika LF UK a UN, Bratislava

www.unb.sk

Doručeno do redakce 14. 11. 2016