



SLOVENSKÁ
HYPERTENZIOLÓGICKÁ
SPOLOČNOSŤ

SLOVAK SOCIETY
OF HYPERTENSION

19 kreditov
ARS CME

Slovenská hypertenziologická spoločnosť SLS

XL. Kongres

*Slovenskej hypertenziologickej spoločnosti
s medzinárodnou účasťou*

20. – 22. marec 2025

Trnava, Hotel Holiday Inn

PROGRAM



www.hypertenzia.org

LIPERTANCE®

atorvastatín/perindoprilarginín/amlodipín

2 OCHORENIA, 1 RIEŠENIE



KOMPLEXNÁ OCHRANA HYPERTONIKOV S DYSLIPIDÉMIOU¹⁻³

Liek Lipertance má indikáciu liečba esenciálnej hypertenzie a/alebo stabilnej ischemickej choroby srdca v spojení s primárnou hypercholesterolémiou alebo kombinovanou hyperlipidémiou ako substitučná liečba u dospelých pacientov primerane kontrolovaných s atorvastatínom, perindopriolom a amlodipínom podávaných súbežne v rovnakých dávkach ako vo fixnej kombinácii, ale v samostatných liekoch.

Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Liek je čiastočne uhrádzaný na základe verejného zdravotného poistenia.

Dátum prípravy materiálu: 06/2024.

Materiál je určený výlučne pre osoby oprávnené predpisovať alebo vydávať liek

Literatúra: 1. Bertrand ME, Vlachopoulos C, Mourad J-J. Triple Combination Therapy for Global Cardiovascular Risk: Atorvastatin, Perindopril, and Amlodipine. *Am J Cardiovasc Drugs.* 2016;16(4):241–53. 2. S. Watson, A. Gupta, N.R. Poulter et al, *Journal of Hypertension* Volume 32, e/Supplement 1, 2014 3. A Gupta et al. Long-term mortality after blood pressure-lowering and lipid-lowering treatment in patients with hypertension in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial (ASCOT) Legacy study: 16-year follow-up results of a randomised factorial trial. www.thelancet.com Published online August 26, 2018.

LIP-23-2024-ADV

Úplné SPC lieku nájdete tu:
bit.ly/Lipertance_SPC



SERVIER
moved by you

SERVIER SLOVENSKO spol. s r.o., Bottova 2A, 811 09 Bratislava,
tel.: +421 2 59 20 41 11, www.servier.sk

OBSAH

Príhovor 5

Programový a organizačný výbor 6

Všeobecné informácie 7

Prehľad odborného programu 10

Odborný program 14

Abstrakty 25

Podujatie podporili 47



CHRÁŇTE SILOU

JARDIANCE chráni Vašich pacientov s¹:

DM2 znížením rizika KV úmrtia ²

CKD znížením rizika KV úmrtia alebo progresie choroby obličiek ³

SZ znížením rizika KV úmrtia alebo hospitalizácie pre SZ ^{4,5}

Nejedná sa o skutočného pacienta

Jardiance[®]
(empagliflozín)

CKD = chronická choroba obličiek; **DM2** = diabetes mellitus 2. typu; **KV** = kardiovaskulárny; **SZ** = srdcové zlyhávanie

Referencie

1. JARDIANCE Súhrn charakteristických vlastností lieku, Júl 2024. **2.** ZinmanB, WannerC, Lachin JM, et al; EMPA-REG OUTCOME Investigators. Empagliflozin, cardiovascular outcomes, and mortality in type 2 diabetes. N Engl J Med.2015;373(22):2117-2128. (EMPA-REG OUTCOME[®] results and the publication's Supplementary Appendix.) **3.** Herrington WG, StaplinN, WannerC, et al. EMPA-KIDNEY Collaborative Group. Empagliflozin in patients with chronic kidney disease. N Engl J Med. 2023;388(2):117-127. (EMPA-KIDNEY results and the publication's Supplementary Appendix.) **4.** Packer M, Anker SD, Butler J, et al; EMPEROR-Reduced Trial Investigators. Cardiovascular and renal outcomes with empagliflozin in heart failure. N Engl J Med.2020;383(15):1413-1424. (EMPEROR-Reduced results and the publication's Supplementary Appendix.) **5.** Anker SD, Butler J, FilippatosG, et al; EMPEROR-Preserved Trial Investigators. Empagliflozin in heart failure with a preserved ejection fraction. N Engl J Med. 2021;385(16):1451-1461. (EMPEROR-Preserved results and the publication's Supplementary Appendix.)



Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis.
Tento materiál je určený pre vedecké podujatia
odbornej verejnosti. Súhrn charakteristických
vlastností lieku pozri tu alebo žiadajte na adrese
firmy

Vážené dámy a páni,

milí kolegovia, vážení hostia,

je pre mňa ctou a veľkým potešením Vám všetkým predstaviť program nášho jubilejného **40. kongresu slovenskej hypertenziologickej spoločnosti**, ktorý sa tento rok koná v historickej Trnave. Som veľmi rada, že sa tu môžeme stretnúť, nielen ako odborníci, ale aj ako priatelia, ktorí zdieľajú vášeň pre vedecký pokrok a kvalitnú starostlivosť o našich pacientov.

Dovoľte mi, aby som osobitne privítala našich vzácných hostí zo zahraničia. Ich prítomnosť na tomto stretnutí je pre nás veľkým potešením, pretože sme veľmi hrdí, že môžeme byť súčasťou globálnej komunity odborníkov v oblasti hypertenzie. Vaše odborné príspevky, skúsenosti a výmena názorov sú pre nás všetkých nesmierne cenné a inšpiratívne.

Tento kongres je predovšetkým príležitosťou na diskusiu o troch základných pilieroch manažmentu hypertenzie, ktoré sú neodmysliteľnou súčasťou našich každodenných klinických činností: diagnostika, liečba a adherencia. Budeme sa venovať najnovším poznatkom v oblasti týchto tém, ktoré nám pomáhajú poskytovať našim pacientom tú najlepšiu možnú starostlivosť. Pozrieme sa na hypertenziu v rôznych obdobiach života a v neposlednom rade sa v originálnych prácach dozvieme aktuálne dáta z našich pracovísk.

Okrem odborného rozmeru tohto kongresu však dúfam, že to bude aj čas na neformálne stretnutia, výmenu skúseností a posilnenie priateľstiev, ktoré nás spájajú. Hypertenzia je problém, ktorý si vyžaduje kolektívny prístup, a práve tieto osobné väzby a spolupráca medzi nami sú tým, čo robí náš boj proti tomuto ochoreniu efektívnym.

Teším sa na všetky príspevky, diskusie a prednášky, ktoré nás čakajú, a verím, že tento kongres nám poskytne nielen nové odborné poznatky, ale aj nové podnety pre našu ďalšiu prácu v oblasti hypertenzie.

Ďakujem vám za vašu prítomnosť, za vašu prácu a oddanosť.

Prajem Vám príjemný a inšpiratívny kongres.

MUDr. Monika Kulinová
*prezidentka Slovenskej
hypertenziologickej spoločnosti SLS*

PROGRAMOVÝ A ORGANIZAČNÝ VÝBOR

Prezidentka kongresu

MUDr. Monika Kulinová
prezidentka Slovenskej
hypertenziologickej spoločnosti SLS
Interné oddelenie FNsP Žilina
Vojtecha Spanyola 43, Žilina
e-mail: mkulinova@gmail.com

Viceprezidentka kongresu

MUDr. Anna Vachulová, PhD.
viceprezidentka Slovenskej
hypertenziologickej spoločnosti SLS
Kardiologická klinika LF UK a NÚSCH, a. s.
Pod Krásnou hôrkou 1, Bratislava
e-mail: vachulova.shs@gmail.com

Vedecký sekretár kongresu

MUDr. Peter Letavay, MBA, MPH, FESC
vedecký sekretár Slovenskej
hypertenziologickej spoločnosti SLS
Interné oddelenie Dolnooravská NsP
MUDr. L. N. Jégého Dolný Kubín
Nemocničná 1944/10, Dolný Kubín
e-mail: peter.letavay@gmail.com

Čestná prezidentka kongresu

Doc. MUDr. Slavomíra Filipová, CSc., FESC
čestná prezidentka Slovenskej
hypertenziologickej spoločnosti SLS
Klinika kardiológie a angiológie
LF SZU, NÚSCH, a. s.
Pod Krásnou hôrkou 1, Bratislava
e-mail: slavomira.filipova@gmail.com

Programový a organizačný výbor

MUDr. Katarína Beňová, PhD.
Doc. MUDr. Štefan Farský, CSc.
Doc. MUDr. Slavomíra Filipová, CSc., FESC
Prof. MUDr. Ľudovít Gašpar, CSc.
MUDr. Viera Kosmálová, PhD.
MUDr. Monika Kulinová
MUDr. Peter Letavay, MBA, MPH, FESC
Doc. MUDr. Ján Lietava, CSc.
MUDr. Peter Mikus, PhD.
MUDr. Emília Pastrnáková
Doc. MUDr. Jana Sirotiaková, PhD.
Prof. MUDr. Fedor Šimko, CSc.
MUDr. Dana Škultétyová, PhD.
MUDr. Anna Vachulová, PhD.

Sekretariát kongresu

 **farmiprofi**

FARMI - PROFI, spol. s r.o.
Pestovateľská 2, 821 04 Bratislava
www.farmiprofi.sk
Lenka Maličková
mobil: +421 917 647 461
e-mail: malicka@farmiprofi.sk

VŠEOBECNÉ INFORMÁCIE

KREDITY

Kredity za pasívnu účasť:

Akreditačná rada Slovenska pre
kontinuálne medicínske vzdelávanie
(ARS CME)

7 + 8 + 4 kredity CME

Slovenská komora sestier a pôrodných
asistentiek (SKSaPA)

7 + 8 + 4 kredity CME

Kredity za aktívnu účasť:

Autor **10 kreditov**

Spoluautor **5 kreditov** (prví dvaja
spoluautori)

*Kredity budú elektronicky pripísané
na CME kartu účastníkov.*

*Certifikáty účastníci obdržia elektronicky
mailom po podujatí.*

MIESTO A TERMÍN KONANIA

20. – 22. marec 2025

Trnava, Hotel Holiday Inn

Hornopotočná 5, 917 01 Trnava

KONGRESOVÝ JAZYK

Slovenčina, čeština, angličtina

REGISTRÁCIA

Štvrtok 20. marec 2025 od 08.00 do 19.00 h

Piatok 21. marec 2025 od 07.30 do 19.00 h

Sobota 22. marec 2025 od 07.30 do 12.00 h

ÚČASTNÍCKE POPLATKY

<i>Lekár – člen SHS</i>	80,00 €
<i>Lekár – nečlen SHS</i>	110,00 €
<i>Sestra – členka SHS a SKSaPA</i>	30,00 €
<i>Sestra – nečlenka SHS a SKSaPA</i>	60,00 €
<i>Študent lekárskeho fakult</i>	00,00 €
<i>Nepracujúci dôchodca</i>	00,00 €

Prvý (prednášajúci) autor 00,00 €

Registrácia na 1 deň 50,00 €

Platba na mieste poplatok vyšší o 20,00 €

Účastnícky poplatok zahŕňa DPH.

*Účastnícky poplatok zahŕňa: vstup
na odborný program kongresu, vstup
do vystavovateľských priestorov, kongresový
materiál a drobné občerstvenie počas
prestávok*

PROGRAM

Odborný program kongresu je
jednoplenárny, prebieha v jednej
kongresovej sále.

Všetky prijaté práce budú prezentované
ako prednášky.

– *pozvaní prednášatelia*

– *prednášky originálnych prác na základe
prijatých abstraktov (označenie: Abstrakt)*

PREDNÁŠKY

Časový limit všetkých prednášok
je uvedený v programe pri každej
prednáške. Riadenie diskusie je plne
v kompetencii a zodpovednosti
predsedníctva prednáškového bloku.
Je nutné dodržiavanie časových limitov.

Po prekročení časového limitu prednášky
o 60 sekúnd predsedajúci prednášku
preruší upozornením do mikrofónu
a následne požiada technika o vypnutie
zvuku mikrofónu prednášajúceho.

Pre časovú orientáciu prednášajúcich
aj predsedajúcich bude informácia
o trvaní prednášky zobrazená viditeľne
na časovej osi prednášky a diskusie –
znázornenie v pravom dolnom rohu
premietačej plochy.

Defevix®

266 µg monohydrátu kalcifediolu

O KROK V PRED V LIEČBE / PREVENCIÍ NEDOSTATKU VITAMÍNU D¹

JEDENKRÁT MESAČNE
RIEŠENIE PRE MNOHÝCH PACIENTOV^{1, 4}



1 JEDNODUCHÉ
DÁVKOVANIE¹

**RÝCHLEJŠIA
ODPOVEĎ²**

**ÚČINNÁ
LIEČBA^{1,2}**

**PREDVÍDATEĽNÉ
VÝSLEDKY³**

Novinka

Indikácie lieku Defevix®

- Liečbu nedostatku vitamínu D (t. j. hladiny 25(OH)D < 25 nmol/l) u dospelých.¹
- Prevenciu nedostatku vitamínu D u dospelých s identifikovanými rizikami, ako sú pacienti s malabsorpčným syndrómom, poruchou minerálov a kostí pri chronickej obličkovej chorobe (chronic kidney disease mineral and bone disorder, CKD-MBD) alebo inými identifikovanými rizikami.¹
- Ako adjuvans na špecifickú liečbu osteoporózy u pacientov s nedostatkom vitamínu D alebo s rizikom nedostatku vitamínu D.¹

Skrátená informácia o lieku Defevix®

Názov a zloženie: Defevix 266 mikrogramov mäkké kapsuly s monohydrátom kalcifediolu. **Indikácie:** Liečba nedostatku vitamínu D (t. j. hladiny 25(OH)D < 25 nmol/l) u dospelých. Prevencia nedostatku vitamínu D u dospelých s identifikovanými rizikami, ako sú pacienti s malabsorpčným syndrómom, poruchou minerálov a kostí pri chronickej obličkovej chorobe (CKD-MBD) alebo inými identifikovanými rizikami. Ako adjuvans na špecifickú liečbu osteoporózy u pacientov s nedostatkom vitamínu D alebo s rizikom nedostatku vitamínu D. **Dávkovanie:** Jedna kapsula jedenkrát mesačne. U niektorých pacientov sú potrebné vyššie dávky, maximálna dávka jedna kapsula týždenne. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo alebo pomocné látky, hyperkalcémia (vápnik v sére > 2,6 mmol/l) alebo hyperkalcúria, kalciová litiáza, hypervitaminóza D. **Gravidita a laktácia:** Neužívajte tento liek počas gravidity a počas dojčenia. **Čas použiteľnosti:** 4 roky. **Balenie:** 5 kapsúl. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Berlin-Chemie AG, Berlín, Nemecko. **Spôsob výdaja lieku:** na lekársky predpis. Liek na vnútorné použitie. **Pred predpísaním lieku, oboznámte sa prosím, s informáciou o lieku v Súhrne charakteristických vlastností lieku.** Tento materiál je určený pre odbornú verejnosť. **Posledná revízia textu:** 11/2023. **Dátum prípravy materiálu:** 02/2025.

Referencie: 1. Defevix® SPC 11/2023. 2. Perez-Castrillon JL a kol.: J Bone Miner Res. október 2021;36(10):1967-1978. 3. Perez-Castrillon JL a kol.: Nutrients. 5. máj 2022;14(9):1943. 4. Amrein K a kol.: Eur J Clin Nutr. november 2020;74(11):1498-1513.

Opis a dizajn štúdie ref. č. 2: Ročná, randomizovaná, dvojito zaslepená, kontrolovaná, multicentrická, medzinárodná klinická štúdia superiority, fázy III-IV. Cieľ: posúdiť účinnosť a bezpečnosť kalcifediolu 0,266 mg mäkkých kapsúl u žien po menopauze s deficitom vitamínu D v porovnaní s cholekalciferolom. Pacienti: n=303. Pacienti s východiskovými hladinami 25(OH)D v sére <20 ng/ml boli randomizovaní v pomere 1:1:1 na kalcifediol 0,266 mg/ mesačne počas 12 mesiacov (skupina A1), kalcifediol 0,266 mg/ mesačne počas 4 mesiacov, po ktorých nasledovalo placebo počas 8 mesiacov (skupina A2) a cholekalciferol 25 000 IU/ mesačne počas 12 mesiacov (skupina B). Primárny cieľový ukazovateľ: percento pacientov so sérovými hladinami 25-hydroxyvitamínu D (25(OH)D) nad 30 ng/ml po 4 mesiacoch. Výsledky: V 4. mesiaci 35,0 % žien po menopauze liečených kalcifediolom a 8,2 % žien liečených cholekalciferolom dosiahlo sérové hladiny 25(OH)D nad 30 ng/ml (p < 0,0001). V žiadnej zo skúmaných skupín neboli hlásené žiadne relevantné bezpečnostné problémy s bezpečnosťou súvisiace s liečbou.

Zastúpenie v SR: Berlin-Chemie/A.Menarini Distribution Slovakia s.r.o., Galvaniho 17/B, 821 04 Bratislava,

tel.: 02/ 544 30 730, e-mail: slovackia@berlin-chemie.com

Kód materiálu: SK-DEF-1-2025_MFLOW

**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**



NAHRÁVANIE PREZENTÁCIÍ

Prednášku dodajte prosím na USB kľúči. Prednášajúci môže nahráť svoju prezentáciu na špeciálnom technickom stanoviisku určenom na nahrávanie prednášok pred sálou, najneskôr 60 minút pred začiatkom prednáškového bloku, v ktorom je prednáška zaradená. V prípade neskoršieho dodania prezentácie nemôžeme garantovať jej bezproblémový priebeh.

PUBLIKOVANIE ABSTRAKTOV

Texty prijatých abstraktov sú súčasťou tejto programovej brožúry. Vybrané abstrakty originálnych prác a kazuistik, spĺňajúce publikačné kritériá, budú tiež publikované v oficiálnom časopise SHS, SKS a SASA v Cardiology Letters.

VALNÉ ZHROMAŽDENIE

Valné zhromaždenie sa bude konať v sobotu 22. marca 2025 o 8.00 h.

ZÓNA BEZPLATNÉHO PRÁVNEHO PORADENSTVA PRE LEKÁROV

Organizátori LX. kongresu Slovenskej hypertenziologickej spoločnosti SLS pripravili pre účastníkov kongresu možnosť právnej konzultácie priamo na mieste konania konferencie. Bezplatné právne poradenstvo budú poskytovať právnici advokátskej kancelárie h&h PARTNERS (www.hhpartners.eu, www.medipravník.sk).

POZOR – služba je dostupná len počas štvrtka 20. marca 2025 v čase od 10.00 h do 19.30 h

Kde nájdem Zónu bezplatného právneho poradenstva?

Zóna bezplatného právneho poradenstva je situovaná v priestoroch pre vystavovateľov a možnosť bezplatnej konzultácie môžu

počas konania 40. kongresu SHS využiť všetci jeho účastníci. Zónu poľahky identifikujete podľa veľkého pop up banneru. Radi s vami predebatujú vaše otázky a prevedú vás vodami právnych povinností vašej ambulancie, či oddelenia. Navyše si môžete so sebou odnieť aj praktické pomôcky prostredníctvom ktorých viete splniť viaceré požiadavky, ktoré na vás kladú právne predpisy. Preto neváhajte a pristavte sa v Zóne.

Vo štvrtok 20. marca 2025 bude v čase 10.00 h – 19.30 h prebiehať bezplatné poradenstvo pre lekárov.

Dobrá rada nad zlato!

POKYNY PRE VYSTAVOVATEĽOV

Montáž stánkov farmaceutických a prístrojových spoločností je možná v stredu 19. marca 2025 po 15.00 h.

Demontáž stánkov farmaceutických a prístrojových spoločností je možná najskôr v sobotu 22. marca 2025 po 14.00 h.

Organizačný výbor Kongresu SHS žiada o spoluprácu a pochopenie všetkých partnerov kongresu a vystavovateľov, aby nerušili priebeh podujatia predčasnou demontážou vo vystavovateľských priestoroch.

PREHĽAD ODBORNÉHO PROGRAMU

ŠTVRTOK 20. MAREC 2025

- 10:00 – 10:15 **OTVORENIE 40. KONGRESU SHS**
- 10:15 – 10:20 **Prestávka**
- 10:20 – 11:20 **BLOK I**
Artériová hypertenzia v našej klinickej praxi a v experimente
(Originálne práce)
- 11:20 – 11:30 **Prestávka**
- 11:30 – 12:30 **BLOK II**
Novšie možnosti protekcie pri hypertenzii –
patofyziologicko-klinické interakcie
(Odborné sympóziu Ústavu patologickej fyziológie LFUK Bratislava)
- 12:30 – 13:30 **Obed**
- 13:30 – 14:20 **BLOK III**
Artériová hypertenzia v rizikových skupinách pacientov
- 14:20 – 14:30 **Prestávka**
- 14:30 – 15:00 **INTERAKTÍVNA DISKUSIA**
Digitalizácia v medicíne a v starostlivosti o pacienta na Slovensku
(Diskusia podporená Sociálnou poisťovňou)
- 15:00 – 15:45 **BLOK IV**
Blok Slovenskej geriatrickej spoločnosti
- 16:00 – 17:30 **SYMPÓZIUM I**
GPS pre jednoduchú cestu chronickým ochorením
(Panelová diskusia podporená edukačným grantom SERVIER)
- 17:30 – 17:40 **Prestávka**
- 17:40 – 18:10 **MINISYMPÓZIUM I**
Posvietme si na obezitu
(Odborné minisympóziu podporené spoločnosťou Eli Lilly)
- 18:10 – 18:55 **BLOK V**
10. memoriál doc. MUDr. E. Čižmárovej, CSc., významnej osobnosti
pediatrickej kardiológie: Obezita a artériová hypertenzia u detí,
dorastu a mladých dospelých

18:55 – 19:25 **MINISYMPÓZIUM II**
Potenciál inovatívnych fixných kombinácií umocniť využitie sartinov v manažmente hypertenzie
(Odborné minisympóziium podporené edukačným grantom spoločnosti KRKA)

19:30 – 20:45 **Večera**

20:45 **Ukončenie 1. dňa**

PIATOK 21. MAREC 2025

08:30 – 09:30 **BLOK VI**
Hypertonik a komorbidity. Pohľad odborníkov na manažment komorbidít hypertonika podľa aktuálnych odporúčaní

09:30 – 09:40 **Prestávka**

09:40 – 10:50 **BLOK VII**
Hypertenzia v zrkadle dát poisťovní: Čo nám údaje odhalia?

10:50 – 11:05 **Prestávka**

11:05 – 12:05 **SYMPÓZIUM II**
Čo nevidíme a čo nebolí nemôžeme liečiť...
(Odborné sympóziium podporené edukačným grantom spoločnosti Boehringer Ingelheim)

12:05 – 12:15 **Prestávka**

12:15 – 13:00 **SYMPÓZIUM III**
Betablokátory a vitamín D: Nové perspektívy v liečbe hypertenzie a komorbidít
(Odborné sympóziium podporené edukačným grantom spoločnosti Berlin-Chemie)

13:00 – 14:00 **Obed**

14:00 – 15:00 **BLOK VIII**
Špecifiká zobrazovacích modalít a rizikové modifikátory hypertenzie interakcie
(Odborné sympóziium Slovenskej internistickej spoločnosti)

15:00 – 15:10 **Prestávka**

15:10 – 16:10 **BLOK IX**
Prednášky České společnosti pro hypertenzi

UŽ DOSTUPNÉ V SR NA LIEČBU OBEZITY

raz týždenne
mounjaro[®]▼
(tirzepatid) injekčný roztok
A Lilly Medicine

MOUNJARO PRINÁŠA VÝZNAMNÉ ZNÍŽENIE TELESNEJ HMOTNOSTI^{1,2}



Prvý a jediný liek, ktorý aktivuje receptory pre **GIP aj GLP-1** a tým ovplyvňuje patofyziológiu obezity.¹



Mounjaro 5 mg **preukázalo v priemere 16%** (16,1 kg) úbytok hmotnosti **v 72 týždni**.^{1*}



Pacienti užívajúci Mounjaro 15 mg **významne znížili svoju telesnú hmotnosť** – v priemere o 23,6 kg (22,5 %).^{1*}



Zlepšenie preukázané pri kľúčových kardiometabolických rizikových faktoroch vrátane **krvného tlaku, obvodu pásu, triglyceridov, HDL cholesterolu a LDL cholesterolu**.^{2†, #}

REGULÁCIA HMOTNOSTI

Indikácia:¹

Regulácia hmotnosti

Mounjaro je indikované ako doplnok nízkokalorickej diéty a zvýšenej fyzickej aktivity na reguláciu hmotnosti vrátane znižovania a udržiavania hmotnosti u dospelých s počiatočným indexom hmotnosti (BMI) s hodnotou

- $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (obezita) alebo
- $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ až $< 30 \text{ kg/m}^2$ (nadváha) pri výskyte najmenej jednej komorbidity súvisiacej s hmotnosťou (napr. hypertenzia, dyslipidémia, obštrukčné spánkové apnoe, kardiovaskulárne ochorenie, prediabetes alebo diabetes mellitus 2.typu).

Vysvetlivky a poznámky:

BMI = index telesnej hmotnosti; GIP = glukózo-dependný inzulínotropný polypeptid; GLP-1=glukagón podobný peptid-1; HDL = lipoproteín s vysokou hustotou; LDL = lipoproteín s nízkou hustotou.

¹Zlepšenie kardiometabolických parametrov nie je registrovanou indikáciou pre použitie lieku Mounjaro. Kardiometabolické parametre boli sekundárnym cieľovým parametrom klinickej štúdie SURMOUNT-1.² Všetci účastníci podstúpili intervenciu v oblasti životného štýlu vrátane diéty so zníženým obsahom kalórií a zvýšenej fyzickej aktivity.¹

^{*}Odhad účinnosti, analýza MMRM, populácia mITT (súbor analýzy účinnosti).²

[†]Odhad účinnosti pre jednotlivé dávky nebol prispôbený pre multiplacitu, s výnimkou obvodu pásu 10 mg a 15 mg.² Testovaný u dospelých s obezitou (BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$) alebo s nadváhou (BMI $\geq 27 \text{ kg/m}^2$) s aspoň 1 komplikáciou súvisiacou s hmotnosťou, s výnimkou diabetu 2. typu.

Referencie:

1. SPC Mounjaro. 2. Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, et al. Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity. N Engl J Med. 2022;387(3):205-216. doi:10.1056/NEJMoa2206038.

▼ 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.

Informácie o tom, ako hlásiť nežiaduce reakcie, nájdete v SPC v časti 4.8.

Pred predpisovaním sa, prosím, zoznámte s úplným znením súhrnu charakteristických vlastností lieku, ktorý získate na adrese: Eli Lilly Slovakia s.r.o., Svätoplukova II. 18892/2 A, 821 08 Bratislava - mestská časť Ružinov, tel: +421 2 2066 3111

Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis a liek Mounjaro nie je hrađený z verejného zdravotného poistenia.

Tento materiál je určený výhradne pracovníkom v zdravotníctve.

Dátum schválenia materiálu: 01/2025

Eli Lilly Slovakia s.r.o., Svätoplukova II. 18892/2 A,
Bratislava - mestská časť Ružinov 821 08, tel.: +421 2 2066 3111

PP-TR-SK-0043

Pre zobrazenie
SPC si, prosím,
naskenujte QR kód.



Lilly A MEDICINE COMPANY

- 16:10 – 16:25 **Prestávka**
- 16:25 – 17:25 **SYMPÓZIUM IV**
Z ulice do nemocnice
(Odborné sympóziium podporené edukačným grantom spoločnosti SERVIER)
- 17:25 – 17:35 **Prestávka**
- 17:35 – 18:35 **BLOK X**
Zobrazovanie hypertenzného srdca a ciev. Pohľad odborníkov z viacerých uhlov.
(Odborné sympóziium Oddelenia neinvazívnej kardiológie, Centra Excelencie ESH pre artériovú hypertenziu, Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, Bratislava)
- 18:35 – 18:45 **Prestávka**
- 18:45 – 19:15 **BLOK XI**
Inovácie a prístupy na komplexnú kardiovaskulárnu prevenciu a liečbu
- 19:15 – 20:15 **Večera**
- 20:15 **Ukončenie 2. dňa**

SOBOTA 22. MAREC 2025

- 08:00 – 08:30 **VALNÉ ZHROMAŽDENIE SHS**
- 08:30 – 08:40 **Prestávka**
- 08:40 – 09:40 **BLOK XII**
Slasti a neresti a krvný tlak
- 09:40 – 09:50 **Prestávka**
- 09:50 – 10:50 **BLOK XIII**
Prednášky „opinion lídrov“/Lectures of Opinion Leaders
- 10:50 – 11:00 **Prestávka**
- 11:00 – 12:00 **BLOK XIV**
**Prednášky Maďarskej hypertenziologickej spoločnosti/
Session of the Hungarian Society of Hypertension**
- 12:00 – 12:15 **Prestávka**
- 12:15 – 13:25 **BLOK XV**
**Artériová hypertenzia – kazuistiky a klinická prax
(Kazuistiky a originálne práce)**
- 13:25 – 14:00 **UKONČENIE KONGRESU**

ODBORNÝ PROGRAM

ŠTVRTOK 20. MAREC 2025

10:00 – 10:15

OTVORENIE 40. KONGRESU SHS

***Predsedenstvo: Kulinová M. (Žilina), Vachulová A. (Bratislava),
Letavay P. (Dolný Kubín)***

10:15 – 10:20

Prestávka

10:20 – 11:20

BLOK I

**Artériová hypertenzia v našej klinickej praxi a v experimente
(Originálne práce)**

Predsedenstvo: Vachulová A. (Bratislava), Beňová K. (Prešov)

**Analýza renálnej patológie u transgénnych experimentálnych
potkanov: Skúmanie vplyvov hypertenzie a srdcového zlyhávania**

(10 min)

*Andelová K.⁽¹⁾, Sýkora M.⁽¹⁾, Tribulová N.⁽¹⁾, Červenka L.⁽²⁾,
Szeiffová Bačová B.⁽¹⁾ ^{(1)Bratislava, (2)Praha}*

**Ambulantné monitorovanie krvného tlaku pri permanentnej
fibrilácii predsiení** (10 min)

Gašpar L.⁽¹⁾, Kosmálová V.⁽²⁾ ^{(1)Trnava, (2)Bratislava}

**Systematická racionalizácia farmakoterapie (SYRAFA) u pacientov
s nekontrolovanou artériovou hypertenziou hospitalizovaných
na internej klinike v Nitre** (10 min)

Vaňo L., Petráš M., Poláková M. (Nitra)

**Účinky renálnej denervácie na srdce vplyvom kardiorenálneho
syndrómu u hypertenzných potkanov** (10 min)

*Sýkora M.⁽¹⁾, Doul J.⁽²⁾, Gawrys O.⁽³⁾, Andelová K.⁽¹⁾, Červenka L.⁽³⁾,
Szeiffová Bačová B.⁽¹⁾ ^{(1)Bratislava, (2)Praha, (3)Praha}*

UACR ako včasný marker KV poškodenia u hypertonikov a diabetikov

(10 min)

Kulinová M., Klimová R., Gadušová M. (Žilina)

Diskusia (10 min)

11:20 – 11:30

Prestávka

11:30 – 12:30

BLOK II

Novšie možnosti protekcie pri hypertenzii – patofyziologicko - klinické interakcie

(Odborné sympóziu Ústavu patologickej fyziológie LFUK Bratislava)

Predsedníctvo: Šimko F. (Bratislava), Pastrnáková M. (Košice)

Efekt sacubitril/valsartanu na hladinu anxiety u spontánne hypertenzných potkanov: analýza pomocou regresných modelov

(10 min)

Szighardtová M., Aziriová S., Stanko P., Baka T., Repová K., Krajčirovičová K., Adamcová M., Šimko F. (Bratislava)

Anxiety-like behavior u potkanov s kontinuálnymi osvetlením – indukovanou hypertenziou: potenciálna protekcia pomocou sacubitril/valsartanu (10 min)

Aziriová S., Szighardtová M., Stanko P., Repová K., Baka T., Krajčirovičová K., Šimko F. (Bratislava)

Duálny inhibítor neprilyzínu a AT1 receptorov (ARNI) zmierňuje remodeláciu a dysfunkciu ľavej komory hypertenzného srdca pri L-NAME-indukovanej hypertenzii (10 min)

Stanko P., Repová K., Baka T., Aziriová S., Krajčirovičová K., Adamcová M., Šimko F. (Bratislava)

Hypertenzia ako rizikový faktor: nič nie je také, ako to vyzerá (20 min)

Šimko F. (Bratislava)

Diskusia (10 min)

12:30 – 13:30

Obed

13:30 – 14:20

BLOK III

Arteriálna hypertenzia v rizikových skupinách pacientov

Predsedníctvo: Sirotiaková J. (Myjava), Letavay P. (Dolný Kubín)

Inovácie v hypolipidemickej liečbe a ich efekt v praxi (20 min)

(Prednáška podporená edukačným grantom spoločnosti Novartis)

Balážová K. (Banská Bystrica)

Telemon – vzdialený monitoring a jeho využitie pri manažmente pacientov s hypertenziou (15 min)

(Prednáška podporená edukačným grantom spoločnosti Goldman Systems)

Siebenstich K., Vachulová A. (Bratislava)

Interný systém hodnotenia bezpečnosti pacienta (15 min)

*(Prednáška podporená edukačným grantom h&h PARTNERS, advokátska kancelária s.r.o.)
Humeník I. (Košice)*

14:20 – 14:30 **Prestávka**

14:30 – 15:00

INTERAKTÍVNA DISKUSIA

Digitalizácia v medicíne a v starostlivosti o pacienta na Slovensku

(Diskusia podporená Sociálnou poisťovňou)

15:00 – 15:45

BLOK IV

Blok Slovenskej geriatrickej spoločnosti

Predsedníctvo: Mikus P. (Bratislava), Lietava J. (Bratislava)

Syndróm krehkosti v praktických súvislostiach (15 min)

Hoozová J. (Bratislava)

Krehkosť a artériová hypertenzia (10 min)

Mikus P. (Bratislava)

Hypertenzia u starších pacientov (15 min)

Mikus P. (Bratislava)

Diskusia (5 min)

15:45 – 16:00 **Prestávka**

16:00 – 17:30

SYMPÓZIUM I

GPS pre jednoduchú cestu chronickým ochorením

(Panelová diskusia podporená edukačným grantom SERVIER)

Moderátori: Kulinová M. (Žilina), Vachulová A. (Bratislava),

Letavay P. (Dolný Kubín), Janeková E. (Bratislava), Izáková Ľ. (Bratislava)

17:30 – 17:40 **Prestávka**

17:40 – 18:10

MINISYMPÓZIUM I

Posvietme si na obezitu

(Odborné sympóziu podporené spoločnosťou Eli Lilly)

Predsedníctvo: Margóczy R. (Banská Bystrica), Lacka J. (Trnava)

Riešenie obezity je srdcová záležitosť

Margóczy R. (Banská Bystrica)

Kedy začať liečiť obezitu? Práve teraz.

Lacka J. (Trnava)

18:10 – 18:55

BLOK V

10. memoriál Doc. MUDr. E. Čižmárovej, CSc., významnej osobnosti pediatrickej kardiológie:

Obezita a artériová hypertenzia u detí, dorastu a mladých dospelých

Predsiedníctvo: Vachulová A. (Bratislava), Penesová A. (Bratislava)

Adolescenti a mladí dospelí s obezitou a artériovou hypertenziou

a KVS riziko (20 min)

Penesová A. (Bratislava)

Hypotenzné účinky Cornus Mas u pacientov s ťažkou hyperglykémiou

(20 min)

Lietava J. (Bratislava)

Diskusia (5 min)

18:55 – 19:25

MINISYMPÓZIUM II

Potenciál inovatívnych fixných kombinácií umocniť využitie sartanov v manažmente hypertenzie

(Odborné minisymposium podporené edukačným grantom spoločnosti KRKA)

Chromeková K. (Banská Bystrica)

19:30 – 20:45

Večera

20:45

Ukončenie 1. dňa

PIATOK

21. MAREC 2025

08:30 – 09:30

BLOK VI

Hypertonik a komorbidity. Pohľad odborníkov na manažment komorbidít hypertonika podľa aktuálnych odporúčaní

Predsiedníctvo: Letavay P. (Dolný Kubín),

Bystriansky A. (Banská Bystrica), Celecová Z. (Dolný Kubín)

Hypertonik a fibrilácia predsiení, manažment podľa nových

odporúčaní ESC 2024 (15 min)

Bystriansky A. (Banská Bystrica)

Hypertonik a chronické koronárne syndrómy, manažment podľa nových odporúčaní ESC 2024 (15 min)

Letavay P. (Dolný Kubín)

Hypertonik a periférne artériové ochorenie, manažment podľa nových odporúčaní ESC 2024 (15 min)

Celecová Z. (Dolný Kubín)

Diskusia (15 minút)

09:30 – 09:40 **Prestávka**

09:40 – 10:50

BLOK VII

Hypertenzia v zrkadle dát poisťovní: Čo nám údaje odhalia?

Predsedníctvo *Goncalvesová E. (Bratislava), Vachulová A. (Bratislava)*

Záchyt hypertenzie z pohľadu VŠZP (15 min)

Vitárius L. (VŠZP)

Adherencia k odporúčaniam na strane pacientov a lekárov (15 min)

Selvek M. (Dôvera)

Pohľad na neliečenú hypertenziu Union zdravotnej poisťovni (15 min)

Dúbravová I. (Union)

Moderovaná diskusia na tému Integrovaný manažment hypertónika „Pyramída hypertenzie“ (25 min)

10:50 – 11:05

Prestávka

11:05 – 12:05

SYMPÓZIUM II

Čo nevidíme a čo nebolí nemôžeme liečiť...

(Odborné sympóziu podoporené edukačným grantom spoločnosti

Boehringer Ingelheim)

Predsedníctvo: *Vachulová A. (Bratislava), Letavay P. (Dolný Kubín),*

Vnučák M. (Martin)

12:05 – 12:15

Prestávka

12:15 – 13:00

SYMPÓZIUM III

Betablokátory a vitamín D: Nové perspektívy v liečbe hypertenzie a komorbidít

(Odborné sympóziu podoporené edukačným grantom spoločnosti

Berlin-Chemie)

Predsedníctvo: *Gašpar L. (Bratislava), Letavay P. (Dolný Kubín)*

Kalcifediol v prevencii a liečbe nedostatku vitamínu D (15 min)

Letavay P. (Dolný Kubín)

Prínos betablokátorov v liečbe artériovej hypertenzie s komorbiditami (15 min)

Gašpar L. (Bratislava)

Diskusia (15 min)

13:00 – 14:00 **Obed**

14:00 – 15:00

BLOK VIII

Špecifiká zobrazovacích modalít a rizikové modifikátory hypertenzie interakcie

(Odborné sympóziium Slovenskej internistickej spoločnosti)

Predsedníctvo: Kosmálová V. (Bratislava), Kulinová M. (Žilina)

Moderná echokardiografia v diagnostike hypertenznej choroby srdca (15 min)

Samoš M. (Martin)

Prínos abdominálnej ultrasonografie v diferenciálnej diagnostike hypertenzie (15 min)

Tomáš L. (Košice)

Problematika hypertenzie u pacientov vo vyššom veku (10 min)

Kosmálová V. (Bratislava)

Kyselina močová ako rizikový faktor KVO (10 min)

Čaprnda M. (Bratislava)

Diskusia (10 min)

15:00 – 15:10 **Prestávka**

15:10 – 16:10

BLOK IX

Prednášky České společnosti pro hypertenzi

Predsedníctvo: Cífková R. (Praha), Widimský J. (Praha)

Primární aldosteronismus – diagnostické přístupy (15 min)

Widimský J. (Praha)

Léčba hypertenze u psychiatrických pacientů (15 min)

Vysočanová P. (Brno)

Antihypertenzni léčba u pacientů v predialyzačním a dialyzačním programu (15 min)

Petrák O. (Praha)

Úskalí současných doporučení ESC pro diagnostiku a léčbu hypertenze

(15 min)

Cífková R. (Praha)

16:10 – 16:25

Prestávka

16:25 – 17:25

SYMPÓZIUM IV

Z ulice do nemocnice

(Odborné sympóziu podoporené edukačným grantom spoločnosti SERVIER)

Predsedsníctvo: Vachulová A. (Bratislava), Šimková A. (Pezinok),

Letavay P. (Dolný Kubín)

Výsledky skriningových aktivít kampane May Measurement Month

(15 min)

Vachulová A. (Bratislava)

Nový pohľad na Domáce Monitorovanie Tlaku Krvi 2023 (15 min)

Šimková A. (Pezinok)

Systematická Racionalizácia Farmakoterapie-skúsenosti z nemocnice

(15 min)

Letavay P. (Dolný Kubín)

Diskusia (15 min)

17:25 – 17:35

Prestávka

17:35 – 18:35

BLOK X

Zobrazovanie hypertenzného srdca a ciev. Pohľad odborníkov z viacerých uhlov.

(Odborné sympóziu Oddelenia neinvazívnej kardiológie, Centra Excelencie ESH pre artériovú hypertenziu, Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, Bratislava)

Predsedsníctvo: Filipová S. (Bratislava), Škultétyová D. (Bratislava)

Prínos elektrokardiologických postupov v diagnostike artériovej hypertenzie a jej komplikácií (15 min)

Filipová S. (Bratislava), Škultétyová D. (Bratislava)

Lokálna karotická tuhosť, skóre karotických plátov a koronárne kalciové skóre u hypertonikov (15 min)

Škultétyová D. (Bratislava), Filipová S. (Bratislava)

Zobrazovacie metodiky pri arteriovej hypertenzii (15 min)

Postulka J. (Bratislava), Cenkerová K. (Bratislava), Kisá B. (Bratislava)

Diskusia (15 min)

18:35 – 18:45

Prestávka

18:45 – 19:15

BLOK XI

Inovácie a prístupy na komplexnú kardiovaskulárnu prevenciu a liečbu

Predsedníctvo: *Kulinová M. (Žilina), Vachulová A. (Bratislava)*

Ako môže župa ovplyvniť primárnu kardiovaskulárnu prevenciu (15 min)

(Prednáška podporená edukačným grantom Trnavského samosprávneho kraja)

Šmidovičová L. (Trnava)

Optimálna KV ochrana s „polypill“ stratégiou (15 min)

(Prednáška podporená edukačným grantom spoločnosti KRKA)

Šoóšová I. (Bratislava)

19:15 – 20:15

Večera

20:15

Ukončenie 2. dňa

SOBOTA

22. MAREC 2025

08:00 – 08:30

VALNÉ ZHROMAŽDENIE SHS

Predsedníctvo: *Kulinová M. (Žilina), Vachulová A. (Bratislava), Letavay P. (Dolný Kubín)*

1. Otvorenie a správa o činnosti SHS od XXXIX. kongresu SHS
2. Správa o hospodárení SHS
3. Plán aktivít SHS na rok 2025 a 2026
4. Diskusia
5. Závery

08:30 – 08:40

Prestávka

08:40 – 09:40

BLOK XII

Slasti a neresti a krvný tlak

Predsedníctvo: *Letavay P. (Dolný Kubín), Petrák O. (Praha), Vysočanová P. (Brno)*

Alkohol (12 min)

Mlíková Seidlerová J. (Plzeň), Vachulová A. (Bratislava)

Káva a energetické nápoje (12 min)

Petrák O. (Praha)

Otužovanie a sauna (12 min)

Vysočanová P. (Brno)

Sol', sex a endotel (12 min)

Vachulová A. (Bratislava)

Diskusia (12 min)

09:40 – 09:50 **Prestávka**

09:50 – 10:50 **BLOK XIII**

Prednášky „opinion lídrov“/Lectures of Opinion Leaders

Predsedníctvo: Vachulová A. (Bratislava), Gašpar L. (Bratislava)

Hypertenze u žien v reprodukčnom veku (20 min)

Prednáška na počesť prof. MUDr. I. Balažovjecha, DrSc.,

zakladajúceho prezidenta SHS

Cífková R. (Praha)

An update on renal denervation (20 min)

Weber T. (Wels, Rakúsko)

War and hypertension (20 min)

M Nilsson P. (Lund, Švédsko)

10:50 – 11:00 **Prestávka**

11:00 – 12:00 **BLOK XIV**

Prednášky Maďarskej hypertenziologickej spoločnosti/

Session of the Hungarian Society of Hypertension

Predsedníctvo: Járαι Z. (Budapešť, Maďarsko), Filipová S. (Bratislava), Mikus P. (Bratislava)

Antihypertensive Therapy in Patients with Peripheral Arterial Disease According to New Guidelines (15 min)

Farkas K. (Budapešť, Maďarsko)

How Much Help is Provided to the Physicians by the European Society of Hypertension Guidelines for the Management of Arterial Hypertension (15 min)

Koller A. (Budapešť, Maďarsko)

Characteristics of Patients Referred to Ambulatory Blood Pressure Monitoring in Hungary – An Updated Report from the Hungarian ABPM Registry (15 min)

Járai Z. (Budapešť, Maďarsko)

Diskusia (15 min)

12:00 – 12:15

Prestávka

12:15 – 13:25

BLOK XV

Arteriálna hypertenzia – kazuistiky a klinická prax
(Kazuistiky a originálne práce)

Predsiedníctvo: Kulínová M. (Žilina), Farský Š. (Martin)

Nešpecifické srdcové zlyhávanie u pacienta s nediagnostikovanou hypertenziou: diagnostické a terapeutické výzvy (10 min)

Adamova K. (Bratislava)

Hypertenzia a fibrilácia predsiení podľa Odporúčaní ESH 2023
(Kazuistika) (10 min)

Beňová K. (Prešov)

Dilatácia ascendentnej aorty a hypertenzia 1. stupňa (10 min)

Šímková A. (Pezinok)

Kognitívna dysfunkcia u pacienta s nekontrolovanou arteriálnou hypertenziou (10 min)

Zamykal M. (Žilina)

Od hypertenzie cez neurochirurgiu k endokarditíde (10 min)

Jankovičová V. (Banská Bystrica)

Pickeringov syndróm ako raritná príčina nekontrolovanej artériovej hypertenzie (10 min)

Mužíková A., Tollarovičová L. (Trnava)

MMM 2022: Porovnanie Celosvetových a Slovenských Výsledkov Skríningovej Kampane (10 min)

Vachulová A. (Bratislava)

13:25 – 14:00

UKONČENIE KONGRESU



Lepšie monitorovanie,
lepšie zdravie

telemon.care

ABSTRAKTY

XL. Kongres

*Slovenskej hypertenziologickej spoločnosti
s medzinárodnou účasťou*

20. – 22. marec 2025

Trnava, Hotel Holiday Inn

Abstrakty sú zoradené podľa priezviska prvého autora podľa abecedy.

ISBN: 978-80-99990-20-4

PRVÁ a UNIKÁTNA FK v EURÓPE¹⁻⁴

V Vabinxo

valsartan/indapamid

160 mg/1,5 mg, tablety s riadeným uvoľňovaním

Pre zlepšenie KV výsledkov
vašich pacientov s HT:⁵⁻⁷

VALSARTAN
INDAPAMID

160 mg/1,5 mg SR

MTB NEUTRÁLNA kombinácia⁸

KV A RENÁLNE OCHRANNÉ ÚČINKY^{9,10}

Skratky: HT – hypertenzia, KV – kardiovaskulárny, MTB – metabolický, FK – fixná kombinácia, SR – s riadeným uvoľňovaním.

Referencie: 1. MIDAS 1-12 2023. 2. Zoznam kategorizovaných liekov 1.2.2025 – 28.2.2025. 3. European Patent Office (EPO) [citované 2/2025]. Dostupné na: <https://worldwide.espacenet.com/patent/search/family/082117367/publication/WO2023247435A1?q=pr%3DWO2023247435A1>. 4. SPC Vabinxo. 5. Burnier M et al. J Hypertens. 2019 Aug;37(8):1574-1586. 6. Black HR, Bailey J, Zappe D, Samuel R, Drugs. 2009; 69(17): 2393-414. 7. Pulipati VP, Mares JW, Bakris GL, Am J Med. 2021 Oct;134(10):1195-1198. 8. Babkin AP, Golovko T J New Med Technol. 2014(1):1-7. 9. Zhili G, Chunhai L, Chin J Pract Nerv Dis. 2014; 17(24): 103-4. 10. Di F, Qiuyan W, Chin J Gerontol. 2013; 33(10): 4963-4.



SPC Vabinxo



SPC Valsacor



SPC Co Valsacor



SPC Wamlox



SPC Valtricom

Pred predpisanim lieku sa oboznámte s úplným znením súhrnu charakteristických vlastností liekov Vabinxo, Valsacor, Co Valsacor, Wamlox, Valtricom. SPC liekov Vabinxo, Valsacor, Co Valsacor, Wamlox, Valtricom môžete na vyžiadanie získať od zástupcov spoločnosti Krka, alebo naskenovaním QR kódu. SPC liekov Vabinxo, Valsacor, Co Valsacor, Wamlox, Valtricom je dostupné na internetovej stránke štátneho ústavu pre kontrolu liekov www.sukil.sk po zadaní názvu liekov do poľička vyhľadávania. Táto informácia o liekoch je určená osobám oprávneným predpisovať alebo vydávať lieky. Vydá liekovej je viazaný na lekársky predpis.

Dátum prípravy materiálu: 3/2025. SK-2025-02-18

KRKA Slovensko, s.r.o.,
Karadžičova 8, 821 08 Bratislava,
Tel. (02) 571 04 5011, E-mail: info.sk@krka.biz,
www.krka.sk

KRKA

SKÜSENOSŤ.
KVALITA. DÔVERA.



Nešpecifické srdcové zlyhávanie u pacienta s nediagnostikovanou hypertenziou: diagnostické a terapeutické výzvy (Kazuistika)

Adamová K.

Oddelenie všeobecnej kardiológie, NÚSCH a. s., Bratislava

Úvod: Podľa aktuálnych odporúčaní ESH (2024) a ESC (2024) pre artériovú hypertenziu (AH) je AH najčastejšou modifikovateľnou príčinou kardiovaskulárnych ochorení. Nediagnostikovaná a neliečená AH môže spôsobiť nezvratné zmeny v myokarde. Predkladáme prípad pacienta s pokročilými komplikáciami AH, ktorý poukazuje na dôležitosť včasnej diagnostiky.

Opis prípadu: 44-ročný pacient bol hospitalizovaný pre progresívne zhoršenie dýchaviče, edémy dolných končatín a slabosť. V anamnéze uvádzal epizódy nešpecifickej bolesti na hrudi, opuchy členkov, neliečený vysoký krvný tlak a stresové zamestnanie v gastronómii. Vstupne boli prítomné akcelerované hodnoty krvného tlaku (180/120 mmHg) s obrazom globálnej kardiálnej dekompenzácie. Laboratórne testy preukázali elevované NTproBNP (3277 ng/l), redukovanú glomerulárnu filtráciu, mikroalbuminúriu ako aj hyperlipidémiu a hyperglykémiu na lačno. Echokardiografia odhalila redukciu ejekčnej frakcie ľavej komory (EFĽK) 10-15 % so známkami hypertrofie ako aj ťažkú diastolickú dysfunkciu ĽK. CT koronarografia identifikovala hemodynamicky významnú stenózu prvej diagonálnej vetvy. Nález bol ponechaný na konzervatívny postup. Diagnóza zahŕňala aj MR vyšetrovanie srdca, ktoré potvrdilo pokročilú koncentrickú hypertrofiu ĽK s redukciou EF ĽK na 19 %, pričom vylúčila amyloidózu. V rámci diferenciálnej diagnostiky bola odoslaná suchá kvapka krvi na vylúčenie Fabryho choroby.

Liečba: Počas hospitalizácie bol pacient liečený parenterálnou diuretickou terapiou, následne po stabilizácii stavu bola liečba rozšírená o cielenú terapiu pokročilého srdcového zlyhávania, ktorá zahŕňala: valsartan/sakubitril, beta-blokátor, antagonistu mineralokortikoidného receptora a empagliflozín. V rámci komplexnej terapie bol pacient edukovaný ohľadom zmeny životného štýlu, úpravy stravovacích návykov s dôrazom na redukciu soli a na pravidelné monitorovanie krvného tlaku v domácom prostredí. Po stabilizácii stavu (celkom 11 dní) bol pacient prepustený do ambulantnej starostlivosti.

Diskusia: Prípad zdôrazňuje kritický význam včasnej diagnostiky a liečby AH. Ako uvádzajú európske odporúčania ESH (2024) a ESC (2024) pre AH, pravidelný skrining a včasná intervencia môžu zabrániť pokročilým komplikáciám AH. Pacienti s neliečenou AH často vyhľadajú lekársku starostlivosť až v pokročilých štádiách a pri komplikáciách, čo limituje terapeutické možnosti a zhoršuje prognózu.

Záver: Dôraz na preventívne opatrenia, pravidelné skriningy a včasné intervencie môžu zabraňovať rozvoju pokročilých komplikácií AH. Tento prípad slúži ako dôraz na potrebu

včasného hodnotenia rizikových faktorov skôr, ako nastanú nezvratné štrukturálne zmeny v myokarde a v cievnom systéme až pokročilé srdcové zlyhávanie.

e-mail: katka.adamova11@gmail.com

Analýza renálnej patológie u transgénných experimentálnych potkanov: Skúmanie vplyvov hypertenzie a srdcového zlyhávania

Andelová K.,⁽¹⁾ Sýkora M.,⁽¹⁾ Tribulová N.,⁽¹⁾ Červenka L.,⁽²⁾ Szeiffová Bačová B.⁽¹⁾

⁽¹⁾Centrum experimentálnej medicíny SAV, v. v. i., Ústav pre výskum srdca, Bratislava,

⁽²⁾Centrum experimentální medicíny, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha, Česká republika

Úvod: Renín-angiotenzín-aldosterónový systém (RAAS) zohráva kľúčovú úlohu v kardiovaskulárnych ochoreniach. Transgénný kmeň potkanov TGR(mREN2)27, ktorý vykazuje hypertenziu indukovanú nadprodukciou angiotenzínu II, a kmeň TG7371, s nadprodukciou peptidu Ang-(1-7), ktorý má vazodilatačné, protizápalové a antifibrotické vlastnosti, sú vhodné na štúdium mechanizmov a liečby hypertenzie.

Ciel: Skúmať štrukturálne zmeny a medzibunkovú komunikáciu v obličkách hypertenzných potkanov TGR(mREN2)27 v porovnaní s normotenzným kmeňom a hodnotiť potenciálne protektívne účinky nadmernej expresie Ang-(1-7). Okrem toho sme analyzovali zmeny u potkanov so srdcovým zlyháváním (SZ) vyvolaným aortokaválnou fistulou.

Súbor a metódika: V experimente boli použité tri kmene potkanov: TGR(mREN2)27 (hypertenzia indukovaná nadprodukciou angiotenzínu II), TG7371 (nadmerná expresia Ang-(1-7)) a Hannover Sprague Dawley (normotenzný kontrolný kmeň). Zaznamenávali sme biometrické parametre, analyzovali proteíny v obličkách pomocou metódy Western blot a imunofluorescenčnej analýzy, hodnotili oxidačný stres kvantifikáciou reaktívnych látok kyseliny tiobarbitúrovej (TBARS) a histologicky skúmali ukladanie kolagénu I v obličkách.

Výsledky: Najvýraznejšie hromadenie kolagénu I bolo pozorované v cievnych oblastiach u hypertenzných potkanov TGR(mREN2)27 a u všetkých kmeňov s HF. Znížené hladiny ADAMTS u hypertenzných potkanov TGR(mREN2)27 naznačujú zníženú degradáciu zložiek medzibunkovej hmoty a potenciálnu progresiu fibrózy, podobne ako pri HF, kde sú hladiny ADAMTS typicky znížené. Zvýšené hladiny NGAL u potkanov TGR(mREN2)27 poukazujú na zápal a fibrózu spojenú s hypertenziou. Nadexpresia Ang-(1-7) znížovala hladinu NGAL, zatiaľ čo SZ zvyšovalo jeho hladiny u normotenzných aj hypertenzných kmeňov, avšak nadexpresia Ang-(1-7) toto zvýšenie pri HF normalizovala. Výrazný nárast hladín TBARS bol pozorovaný u všetkých kmeňov so SZ v porovnaní s kmeňmi bez SZ. Konexín-43 (Cx43), proteín kľúčový pre medzibunkovú komunikáciu, dôležitú pre funkcie obličiek, ako sú filtrácia, reabsorpcia a sekrécia, bol primárne lokalizovaný v glomeruloch a čiastočne v distálnych tubuloch. Pri SZ došlo k významnému zníženiu hladiny Cx43, pravdepodobne v dôsledku oxidačného stresu, zatiaľ čo zvýšené hladiny Cx43 u kmeňa TGR(mREN2)27 so SZ naznačujú, že angiotenzín II môže významne prispievať k inhibícii jeho degradácie. Nadexpresia Ang-(1-7) mierne znížovala hladiny Cx43.

Záver: Naše výsledky poukazujú na zásadnú úlohu patologicky zvýšeného angiotenzínu II v poškodení obličiek a fibróze. Nadmerná expresia Ang-(1-7) vykazuje pozitívne účinky na niektoré skúmané parametre, čo naznačuje jeho potenciál ako terapeutického cieľa pre manažment poškodenia obličiek spojeného s hypertenziou a srdcovým zlyhávaním. Skúmanie jednotlivých komponentov RAAS v patogenéze hypertenzie a iných kardiovaskulárnych ochorení predstavuje výzvu pre ďalší výskum.

Štúdia bola finančne podporená grantami: APVV 21-0410, VEGA 2/0006/23; Program EXCELES, Project No. LX22NPO5104; Ministry of Health of the Czech Republic (grant number 20-02-00052). e-mail: katarina.andelova@savba.sk

B

Hypertenzia a fibrilácia predsiení podľa Odporúčaní ESH 2023 (Kazuistika)

Beňová K.

Ambulancia vnútorného lekárstva, FNŠP, Prešov

Úvod: Fibrilácia predsiení (FP) je najčastejšie sa vyskytujúca porucha srdcového rytmu. Prítomnosť FP zvyšuje morbiditu i mortalitu pacientov, predovšetkým v dôsledku tromboembolických komplikácií, ktoré sú často prvou manifestáciou a komplikáciou tejto arytmie. Medzi rizikové faktory vzniku FP patrí vek, pohlavie a prítomnosť kardiovaskulárneho ochorenia (KVO). Najčastejšie KVO spojené s FP je artériová hypertenzia (AH). AH je prítomná u 2/3 všetkých pacientov s FP. V staršej populácii 88% pacientov s FP má AH. Mechanizmus vzniku FP u pacientov s AH je multifaktoriálny. Dôsledkom AH sú zmeny, ktoré podporujú vznik FP (hypertrofia ľavej komory - ĽK, zväčšenie ľavej predsieni - ĽP a štrukturálne zmeny steny ľavej predsieni). AH a FP sú dva najdôležitejšie rizikové faktory pre ischemickú tromboembolickú a hemoragickú cievnú mozgovú príhodu. Riziko vzniku FP u dospelých je celoživotne vysoké, preto má zásadný význam včasná detekcia FP (palpácia pulzu, EKG a EKG-Holterovské monitorovanie). Pre všetkých pacientov s permanentnou FP sa odporúča kontrola srdcovej frekvencie (SF) < 110 úderov/min, pričom cieľová pokojová SF je < 80 úderov/min. Kontrolu SF aj TK možno dosiahnuť pomocou betablokátorov (BB) alebo pomocou nondihydropyridínových blokátorov kalciových kanálov (non-DHP CCB). U pacientov s AH a FP môžu byť preferovane používané BB, nakoľko verapamil a diltiazem sú miernymi inhibítormi izoenzýmu cytochrómu P 450 3A4 a P-glykoproteínu, a tým môžu zvýšiť plazmatickú koncentráciu perorálnych antikoagulancií. Všetky hlavné triedy antihypertenzív podporujú regresiu hypertrofie ľavej komory (ĽK). Povzbudivé výsledky sa dosiahli u ACEI a sartanov pri prevencii FP u pacientov so srdcovým zlyhávaním (SZ) ĽK, u pacientov s hypertrofiou ĽK alebo zmenami anatomickej štruktúry ĽP. Použitie antagonistov mineralokortikoidných recepto-

rov (MRA) môže znížiť výskyt novej FP u pacientov so SZ. Použitie inhibítorov SGLT2 je spojené so významným znížením rizika vzniku FP. Antikoagulantmi predstavujú štandardnú liečbu pri FP (ak je riziko cievnej mozgovej príhody (CMP) vysoké a väčšie než riziko závažného krvácania spojeného s týmito liekmi). Hodnoty TK sú najdôležitejší faktor, ktorý podporuje závažné krvácané prejavy. Väčšina antihypertenzív je bezpečná u pacientov užívajúcich perorálnu antikoagulačnú liečbu (bez významného rizika klinicky relevantných liekových interakcií, výnimku predstavujú non-DHP-CCB).

Kazuistika: 71-ročný pacient s anamnézou obezity, hyperlipoproteinémie, hyperurikémie, 08/2013 CHE pre cholecystolitiázu, 02/2016 TEP a 10/2023 TEP oboch bedrových kĺbov. Pri predoperačnom vyšetrení 10/2023 (výška 178 cm, hmotnosť 130 kg, BMI 41kg/m²) bol fyzikálny kardiopulmonálny nález v norme, TK 125/85 mmHg, na EKG bol prítomný sínusový rytmus, SF 62/min.reg. Od októbra 2023 do októbra 2024 pribral 17 kg (BMI 46 kg/m²), pri kontrole u všeobecného lekára začiatkom októbra 2024 hodnoty TK140/95 mmHg... 145/100 mmHg (AH 2.st. podľa ESH 2023). Pacientovi bola ordinovaná antihypertenzívna liečba. Následne pacient odcestoval do zahraničia, kde asi od polovice októbra zaregistroval nepravidelný pulz. Vyšetrenie internistom a kardiológom absolvoval až o 2 mesiace po návrate na Slovensko. Na EKG bola novozistená hrubovlnná FP s menlivým prevodom na komory, ojedinele A typ flutteru predsieni s prevodom 2:1. Laboratórne: KO v norme, glykémia v norme, mierne zvýšené hodnoty kreatinínu v sére 118 umol/l, znížené hodnoty eGFR 0,89 ml/s, albuminúria 20,8 mg/l, UACR 1,81 mg/mmol, hyperurikémia 577,3 umol/l, hepatálne testy v norme, ionogram v norme, TSH v norme, prítomná HLP – celkový cholesterol 5,9 mmol/l, LDL cholesterol 4,0 mmol/l, HDL cholesterol 1,34 mmol/l, non HDL cholesterol 4,56 mmol/l, triacylglyceroly 2,02 mmol/l), moč chemicky a sediment negatívny. EchoKG vyšetrením sme zistili dilatáciu ĽP, koncentrickú hypertrofiu ĽK s diastolickou dysfunkciou a s redukovanou systolickou funkciou (EFLK 40-43%). Upravili sme liečbu :NOAK, BB, ACEI, statín, alopurinol a v pláne je elektrická verzia na sínusový rytmus. Pacient je t.č. kardiálne stabilizovaný, kompenzovaný, SF 80/min/irreg. Zrealizovali sme 24-hodinové ambulantné monitorovanie TK (AMTK) s priemerným 24-hodinovým TK 127/77 mmHg, priemerným denným TK 135/85 mmHg a priemerným nočným TK 120/70 mmHg.

Záver: Dôsledkom dlhodobého pôsobenia neliečenej AH nastávajú zmeny, ktoré podporujú vznik FP (hypertrofia ĽK, zväčšenie ĽP a štrukturálne zmeny steny ĽP). Cieľom antihypertenzívnej liečby je dosiahnuť cieľové hodnoty TK a zabrániť vzniku orgánových komplikácií. U pacientov s AH a FP je potrebné dôkladné monitorovanie TK a adekvátnou liečbou sa pokúsiť o návrat do sínusového rytmu, zabrániť nekontrolovanej hypertenzii a zabezpečiť prevenciu najmä tromboembolických komplikácií a srdcovému zlyhávaniu.

e-mail: benova.katarina@seznam.cz

Prínos elektrokardiologických postupov v diagnostike artériovej hypertenzie a jej komplikácií

Filipová S., Škultétyová D.

Oddelenie neinvazívnej kardiológie, Centrum excelencie ESH pre artériovú hypertenziu, Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s., Bratislava

Ciel': Štandardné EKG metódy patria do základnej skupiny vyšetrení všetkých hypertonikov (12-zvodové EKG, 24-hodinový a resp. dlhší EKG Holter). Cieľom práce je analyzovať prínos všetkých klinicky dostupných neinvazívnych elektrokardiologických metód v presnejšej diagnostike hypertonikov (záťažový EKG test, vektorkardiografia, vysokorozlišovacia a spriemerňovacia elektrokardiografia, analytické hodnotenie EKG-Holtera, 24-hodinový ambulantný monitoring TK). Cieľom je posúdenie globálneho elektrofyziológického stavu hypertenzného myokardu a posúdenie potencionálneho rizika komplikácií (hypertrofia ľavej predsieňe a ľavej komory, potenciál vzniku komorových a predsieňových arytmií).

Súbor a metódy: V CE ESH na NÚSCH sme konziliárne vyšetřili v období 2019-2024 celkom 321 pacientov-hypertonikov odoslaných od špecialistov a všeobecných lekárov pre rôzne problémy s manažovaním artériovej hypertenzie a hospitalizovaných pacientov (200 mužov, 121 žien). Skupina 1 (n=148) - so zachovanou systolickou funkciou ĽK (EFLK), bez dokumentovanej paroxyzmálnej fibrilácie predsiení (pFA), skupina 2 (n=151) - so zachovanou EFLK a dobre dokumentovanou pFA, skupina 3 (n= 22) - pacienti po rádiofrekvenčnej izolácii pľúcnych žíl pre pFA resp. pFLA. Všetci pacienti boli vyšetření počas sínusového rytmu a mali zachovanú systolickú funkciu ĽK (EFLK 50 % a viac). 148 pacientov (46%) mali koronarograficky dokumentovanú KCHS rôznych foriem. Okrem EKG, VKG, neskorých komorových a predsieňových potenciálov (NKP, NPP), minimálne 24-hodinového EKG Holtera, ambulantného monitorovania TK (AMTK), sme vyšetřili rôzne laboratórne parametre KV rizika, echoKG a dokumentovali medikamentózu liečbu. Všetkých pacientov sme stratifikovali podľa navrhnutého skórovacieho systému rizika nožnej budúcej paroxyzmálnej fibrilácie predsiení⁽¹⁾.

Výsledky: Skupiny 1,2,3 sa nelíšili signifikantne v hodnotách BMI a sledovaných echoKG parametroch. Štatisticky významný bol rozdiel medzi skupinou 1 a 2 v nasledujúcich parametroch: výskyt non-dipperov podľa AMTK, výskyt verifikovaných foriem KCHS, výskyt zmiešanej hyperlipoproteinémie, diabetu mellitu 2. typu a liečba 3- a viackombináciou antihypertenzív. V EKG parametroch: štatisticky významne narastal nález abnormálnych hodnôt NKP a NPP medzi skupinami 1-2, 2-3 a 1-3. Pacienti skupiny 1 boli zhodnotení nami navrhnutým skórovacím systémom⁽¹⁾. Zo 148 pacientov malo nízke riziko pFA 80 pacientov (54 %), stredné riziko 54 pacientov (36,5 %) a vysoké riziko 14 pacientov (9,5 %). U hypertonikov so stredným a vysokým rizikom (celkom 68 pacientov, t.j. 45,9 %) pri opakovanom vyšetření EKG-Holtera a AMTK sme verifikovali prítomnosť paroxyzmálnej FA u 30 pacientov

(44% pacientov so stredným a vysokým rizikom pri prvom vyšetrení). Ďalej sme postupovali v zmene liečby podľa aktuálnych odporúčaní ESH a ESC.

Záver: Stratifikáciu hypertenikov kombinovaným skóre EKG- a neEKG-kritériami sme zistili, že najvyššiu výpovednú prognostickú hodnotu má sedem neEKG-parametrov použitých v skóre: (1) vek >60 r., (2) BMI >30, (3) DM 2.typu, (4) hyperlipoproteínémia, (5) KCHS so signifikantne pozitívnym nálezom na SKG, (6) KCHS, stav po CABG, (7) non-dipper podľa AMTK a sedem EKG-parametrov zahrnutých v skóre: (1) EKG Holter s ESVEA < 500 SVEA/resp. 1x nsSVT, (2) VKG os slučky QRS <15° (norma 18 – 25°), (3) abnormálne trvanie fQRSd (norma <114 msec), (4) VKG uhol medzi osami slučky P a QRS >30° (norma 15 – 25°), (5) abnormálne trvanie fQRSd (norma <114 msec), (6) vysoko abnormálne neskoré komorové potenciály (3/3 or 2/3 - ale vždy pri abnormálnom trvaní fQRSd, (7) vysoko abnormálne neskoré predsieňové potenciály (abnormálne nPd + abnormálne fPd). Pre orientačné skórovanie v základnej klinickej praxi s neobmedzeným použitím (bez dostupnosti VKG, NKP a NPP) majú podľa multivariačnej analýzy najvyššiu prognostickú hodnotu nasledujúce parametre: vek > 60 rokov, verifikovaná prítomnosť KCHS, non-dipping podľa AMTK, abnormálne trvanie nefiltrovanej vlny P podľa 12-zvodového EKG (>115 msec), abnormálne trvanie nefiltrovaného komplexu QRS podľa 12-zvodového EKG (> 122 msec) a os medzi vlnou P a komplexom QRS > 30° (dostupná vo väčšine EKG-prístrojov vyrobených po roku 2000).

Literatúra: (1) Filipová S., Škultétyová D. Cardiol Lett., 2024;33(2):130-131.

e-mail: filipova@nusch.sk

G

Ambulantné monitorovanie krvného tlaku pri permanentnej fibrilácii predsiení

Gašpar L.,⁽¹⁾ Kosmálová V.⁽²⁾

⁽¹⁾Fakulta zdravotníckych vied, UCM Trnava, ⁽²⁾I. interná klinika LF UK a UN Bratislava

Úvod: Početné klinické i epidemiologické štúdie potvrdili, že zvýšené hodnoty systémového krvného tlaku patria medzi hlavné rizikové faktory kardiovaskulárnej morbidity a mortality, pričom vplyv artériovej hypertenzie (AH) je komplexný s morfológickými i funkčnými zmenami ciev a cievnej cirkulácie. Z ďalších rizikových faktorov sú to predovšetkým srdcové arytmie, predovšetkým fibrilácia predsiení, ako i ďalšie komponenty metabolického syndrómu.

Cieľ práce: Porovnať výsledky ambulantného monitorovania krvného tlaku (AMTK) skupiny pacientov so sínusovým rytmom (SR) so skupinou pacientov s permanentnou fibriláciou predsiení (FP).

Súbor a metódika: Retrospektívne sme analyzovali 355 konzekutívne zaradených pacientov s AH (163 mužov, 192 žien). Z nich bolo 37 s nálezom permanentnej FP (10,4 %). Priemerný vek

v skupine so SR bol 56,2 rokov, v skupine s FP 74,8 rokov. AMTK sa realizovalo prístrojmi Meditech 04 (Maďarsko) s 24 hodinovým trvaním vyšetrenia.

Výsledky: V 33 prípadoch neboli parametre záznamu AMTK hodnotiteľné pre malý počet meraní, resp. nočné bdenie. V skupine so SR bolo 25 záznamov nehodnotiteľných (7,9 %), v skupine s FP ich bolo 8 (21,6 %). V skupine so SR bol prítomný nočný dipping u 155 osôb (52,9 %), v skupine s FP u 15 osôb (51,7 %). Non-dipping bol v skupine so SR bol zaznamenaný u 94 osôb (32,1 %), v skupine s FP u 8 osôb (27,6 %). Nočný vzostup TK (rising) bol v skupine so SR prítomný u 33 osôb (11,3 %), v skupine s FP u 4 osôb (13,8 %). Extrémny dipping bol zachytený v skupine so SR u 11 osôb (3,8 %) a v skupine s FP u 2 členov (6,9 %).

Záver: Naše výsledky z klinickej praxe dokumentujú, že permanentná FP významne ovplyvňuje kvalitu záznamu AMTK, a tým aj možnosť jeho vyhodnotenia. Vo vyšetrovanom súbore 355 pacientov s AH bola skupina 37 osôb s permanentnou FP. Táto skupina bola významne staršia v porovnaní so skupinou s prítomným SR, pričom v tejto skupine bolo 8 záznamov AMTK nehodnotiteľných (21,6 %). V porovnaní s týmto výsledkom, bol záznam AMTK v skupine s prítomným sínusovým rytmom nehodnotiteľný u 25 členov, čo je iba (7,9 %) záznamov. Uvedené výsledky (hoci na malom počte pacientov) poukazujú na dôležitosť a potrebu adekvátneho technického vybavenia pre AMTK s implementovaným algoritmom pre detekciu fibrilácie predsiení. Tento hodnotiaci program sa už štandardne nachádza v novších verziách prístrojov pre AMTK.

e-mail: ludovitgaspar@gmail.com

J

Od hypertenzie cez neurochirurgiu k endokarditíde

(Kazuistika)

Jankovičová V.

Stredoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s., Banská Bystrica

Úvod: Koncentrická hypertrofia ľavej komory (ĽK) je všeobecne hodnotená najčastejšie ako dôsledok artériovej hypertenzie alebo významnej aortálnej stenózy. Septálna a posteriórna hypertrofia s difúznou intersticiálnou fibrózou s rozvojom v čase oproti difúznej symetrickej hypertrofii stien s vyšším ischemickým rizikom pre potenciálne narušenú koronárnu perfúziu a tiež s vyšším potenciálom kardiálneho zlyhávania je základný morfológický rozdiel v rámci etiológie hypertrofie. Vzhľadom na diagnostické kritériá je diagnostika etiológie základ terapeutického postupu.

Kazuistika: Prezentujeme 65-ročného pacienta, hypertonika u ktorého sme pre anamnézu recidivujúcich synkop iniciovali komplexné doriešenie. Echokardiograficky bola dokumentovaná koncentrická hypertrofia ĽK so zachovanou systolickou funkciou a aortálna stenó-

za na hranici významnosti. Neurologickým vyšetrením boli dokumentované intrakraniálne aneurizmy indikované k chirurgickému riešeniu. Stav bol vyhodnotený ako susp. vazodepresorická synkopa. Predoperačne vzhľadom na komplexné doriešenie bol pacient odoslaný na naše pracovisko. Predhospitalizačne nastala progresia príznakov kardiálnej dekompenzácie, echokardiograficky dokumentovaná stredne významná aortálna stenóza s mobilným hyperechogénnym útvarom. V priebehu hospitalizácie došlo k rozvoju bronchopneumónie a progredovala kardiálna dekompenzácia. Transezofageálnym echokg-vyšetrením sa zistila dilatovaná ĽK s mierne redukovanou systolickou funkciou ĽK, ruptúra ľavého koronárneho cípu (LKC) so susp. abscesom a vlajúcou masou na aortálnej chlopni s masívnou regurgitáciou. Inicovali sme liečbu infekčnej endokarditídy. Vzhľadom na klinický nález bolo indikované kardiokirurgické riešenie v akútnom režime.

Záver: V kazuistike prezentujeme významnosť komplexného doriešenia transtorakálneho echokardiografického nálezu v rámci diferenciálnej diagnostiky kardiogénnej etiológie. Dôsledné zhodnotenie technických aspektov nálezu v súvislosti s klinickým obrazom je základom pre smerovanie ďalšieho diagnostického aj terapeutického procesu. Definitívne vyjadrenie k primárnej diagnóze významne ovplyvní doriešenie ďalších komorbidít pacienta.

e-mail: jankovicova.vero@gmail.com

K

Pomer albumínu ku kreatinínu v moči (UACR) ako včasný marker kardiovaskulárneho poškodenia u hypertonikov a diabetikov

Kulinová M., Klimová R., Gadušová M.

Interné oddelenie A FNsP Žilina

Úvod: Hypertenzia, diabetes mellitus 2.typu a chronické ochorenie obličiek (CKD) sú úzko prepojené chorobné stavy, ktoré sa vzájomne negatívne ovplyvňujú. Albuminúria, najčastejšie meraná ako pomer albumínu ku kreatinínu v moči (UACR), je kľúčová pri určení štádia a prognózy chronického ochorenia obličiek (CKD), vrátane kardiovaskulárnych (KV) príhod a úmrtia. Pacienti so zvýšenou albuminúriou majú zvýšené riziko KV príhod, progresie CKD a mortality, nezávisle od eGFR.

Cieľ: V našej práci sme sledovali 60 pacientov s diagnózou hypertenzie, diabetu mellitu 2. typu alebo prítomnosťou oboch diagnóz. Cieľom bolo stanoviť UACR pacientom celom súbore, sledovať súvislosť medzi zvýšenou hodnotou UACR a dĺžkou trvania ochorenia, pohlavím, vekom, obozitou a fajčením. Sledovali sme súvislosť medzi zvýšenou hodnotou UACR a typom hypertonika (dipper, non dipper...).

Záver: Zistili sme extrémne nízku mieru testovania UACR v našom súbore. Pri diabete cca 45% a pri hypertenzii nebol nikto testovaný. Zvýšené hodnoty UACR boli častejšie diag-

nostikované v súbore pacientov s diabetom mellitom 2. typu než u hypertonikov, častejšie u obéznych pacientov a fajčiarov. Pravidelný screening a včasná diagnóza CKD u hypertonikov a diabetikov je predpokladom účinnej liečby podľa odporúčaní, ktorá zvyčajne spomaľuje progresiu poškodenia obličiek a tým znižuje KV riziko hypertonika.

e-mail: mkulinova@gmail.com

M

Pickeringov syndróm ako raritná príčina nekontrolovanej artériovej hypertenzie

(Kazuistika)

Mužíková A., Tollarovičová L.

Klinika vnútorného lekárstva FN Trnava, TRUNI a SZU

Úvod: Pickeringov syndróm je klinický syndróm charakterizovaný opakujúcimi sa epizódami pľúcneho edému, ktorý vzniká v dôsledku bilaterálnej stenózy renálnych artérií alebo pri jednostrannej stenóze solitárnej obličky. Tento stav je spôsobený náhlym zvýšením krvného tlaku, ktorý vedie k objemovému preťaženiu a rýchlej pľúcnej kongescii. Jedná sa o život ohrozujúci stav s nutnosťou včasnej diagnostiky a liečby.

Kazuistika: Prezentujeme klinický prípad 55-ročného pacienta s koronárnou chorobou srdca, periférnou obliterujúcou aterosklerózou artérií dolných končatín (PAODK), so stavom po náhlej cievnej mozgovej príhode (CMP), ktorý bol opakovane hospitalizovaný pre pľúcny edém. Bola uňho potvrdená bilaterálna stenóza renálnej artérie s následným intervenčným endovaskulárnym ošetrením s dobrým klinickým efektom. Cieľom kazuistiky je poukázať na dôležitosť zvažovania stenózy renálnych artérií v diferenciálnej diagnostike ako zriedkavej príčiny nekontrolovanej hypertenzie a na nutnosť ďalšieho manažmentu pacienta lege artis.

e-mail: alica.muzik@gmail.com

Vyšetrovanie rutinných laboratórných testov a vyšetrení u pacientov s artériovou hypertenziou

Selvek M., Saal B., Mužík R.

Dôvera, zdravotná poisťovňa, Bratislava

Úvod: Štandardný postup pre Komplexný manažment dospelého pacienta s artériovou hypertenziou (AH) v ambulantnej starostlivosti uvádza sadu rutinných laboratórných testov a vyšetrení (RLTaV), ktoré by pacienti s AH mali pravidelne absolvovať. Cieľom tejto práce je z dať zdravotnej poisťovne vyhodnotiť úroveň, v akej sú tieto vyšetrenia pacientom s AH indikované.

Metodika: Pacienti s AH boli identifikovaní z dať zdravotnej poisťovne Dôvera na základe predpisu liekov alebo kontaktov s diagnózou hypertenzie (I10.* - I13.* podľa MKCH-10) v rokoch 2022 až 2023. Na základe výkonov a predpisu liekov bol k pacientom priradený ošetrojúci lekár. RLTaV boli považované za vyšetrené v prípade, že ich ľubovoľný lekár indikoval aspoň raz počas rokov 2022 – 2023.

Výsledky: Najčastejšie indikovanými rutinnými vyšetreniami boli kreatinín (88%), glykémia (87%), ALT (87%), hemoglobín (86%) a GMT (80%). U menej ako 80% pacientov s AH bolo vyšetrené EKG (79%), AST (79%), draslík (76%), sodík (74%) a kyselina močová (73%). Lipidové spektrum (aspoň 3 zo 4 parametrov) bolo vyšetrené u 71% pacientov (celkový cholesterol 82%, TAG 81%, HDL 71% a LDL 65%). Najmenej indikovaným parametrom z rutinných vyšetrení bol pomer albumín/kreatinín (49%). Pacienti sledovaní v špecializovanej ambulantnej starostlivosti alebo kombinovanej starostlivosti (t.j. všeobecnej aj špecializovanej súbežne) mali častejšie vyšetrené rutinné parametre než pacienti v starostlivosti všeobecného lekára. V prípade, že pacient mal vykázaný výkon starostlivosti o chronického pacienta (10, H0003, H0004) bolo vyšetrenie parametrov na vyššej úrovni, ako u pacientov v starostlivosti všeobecného lekára bez vykázania tohto výkonu.

Záver: S výnimkou stanovenia pomeru albumín/kreatinín mala viac ako polovica pacientov s AH v roku 2023 indikované rutinné vyšetrenia podľa odporúčaní Štandardných postupov. Pacienti v starostlivosti špecializovaných ambulancií a pacienti v kombinovanej starostlivosti mali rutinné vyšetrenia stanovené vo vyššej miere, čo môže ale súvisieť aj so závažnosťou ich stavu. Vo všeobecných ambulanciách bolo vykázanie starostlivosti o pacienta s hypertenziou prostredníctvom výkonov 10, H0003 a H0004 späť s vyššou mierou vyšetrenia rutinných parametrov.

e-mail: selvek.martin@dovera.sk

Účinky renálnej denervácie (RDN) na srdce vplyvom kardiorenálneho syndrómu u hypertenzných potkanov

Sýkora M.,⁽¹⁾ Doul J.,⁽²⁾ Gawrys O.,⁽³⁾ Anđelová K.,⁽¹⁾ Červenka L.,⁽³⁾ Szeiffová Bačová B.⁽¹⁾

⁽¹⁾Centrum experimentálnej medicíny SAV, v. v. i., Ústav pre výskum srdca, Bratislava, Slovenská republika, ⁽²⁾Ústav patofyziologie, 2. lekárska fakulta Univerzity Karlovej, Praha, Česká republika, ⁽³⁾Centrum experimentální medicíny, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha, Česká republika

Úvod: Kardiorenálny syndróm (KRS) zahŕňa spektrum srdcových a obličkových ochorení, pri ktorých akútna alebo chronická dysfunkcia v jednom orgáne môže spôsobiť akútnu alebo chronickú dysfunkciu v druhom. Predstavuje interakcie srdce-oblička naprieč niekoľkými rozhraniami (hemodynamické a neurohormonálne) medzi zlyhávajúcim srdcom (SZ) a reakciou obličiek a naopak. V súčasnosti sú potrebné kardiorenálne štúdie a integrácia klinických a experimentálnych štúdií z dôvodu, že sa jedná o celosvetovú hlavnú príčinu morbidity a mortality. Podľa dokumentu Pracovnej skupiny ESC pre funkciu myokardu, sa odporúča využitie inovatívnych animálnych modelov pre kardiovaskulárny biomedicínsky výskum. Súčasný výskum v oblasti SZ, chronickej choroby obličiek (CKD) a artériovej hypertenzie (AH) sa zameriava aj na význam a úlohu sympatikového nervového systému, a potenciál RDN. Po začiatočných kontroverziách je momentálne RDN zahrnutá ako terapeutická možnosť na liečbu AH v najnovších usmerneniach a stanoviskách Európskej kardiologickej spoločnosti/Európskej spoločnosti pre hypertenziu a považuje sa za sľubnú terapiu v liečbe SZ.

Metodika a súbor: V experimente boli použité samce potkanov z kmeňa „fawn-hooded“ s hypertenziou (FHH), ako model spontánnej AH so skorým vývojom CKD. Ako kontrola boli použité normotenzné „fawn-hooded“ potkany (FHL). 12-týždňovým potkanom sa aortokáválnou fistulou (AKF) navodilo SZ, po štyroch týždňoch im bola vykonaná bilaterálna RDN. Na 70. deň od RDN boli potkanom odobraté vzorky srdca pre ďalšie molekulárne, biochemické a mikroskopické analýzy.

Výsledky: RDN nemala vplyv na prežívanie u potkanov so SZ navodeným pomocou AKF. Hmotnosť srdca, ľavej a pravej srdcovej komory a pľúc boli vplyvom AKF zvýšené. RDN nemala žiaden vplyv na hmotnostné a fyziologické srdcové parametre. Proteínová expresia koxinu 43 (Cx43) a jeho aktívnej fosforylovanej formy boli znížené v ľavej komore u FHH oproti FHL potkanom. Vytvorenie AKF viedlo u FHH a FHL potkanov k zníženiu oboch foriem Cx43, a RDN nemala na toto zníženie žiaden vplyv. Nezaznamenali sme žiadne zmeny v proteínovej expresii kardioprotektívnej proteínkinázy C epsilon medzi skupinami. Vytvorenie AKF vyvolalo významný pokles expresie proteínu matrix metaloproteinázy 2 v skupinách AKF FHL, ako aj v AKF FHH, a RDN normalizovala zníženie v oboch skupinách. AKF spôsobila významné zvýšenie kolagénu u FHL a FHH. RDN nezmenila obsah kolagénu u AKF FHL, ale významne ho znížila v AKF FHH. Mikroskopická analýza pomocou farbenia tkaniva srdcovej ľavej komory hematoxylín-eozínom vo všetkých experimentálnych skupinách nepreukázala žiadne signifikantné histologické rozdiely. Histologické farbenie podľa van Giesona ukazu-

je zvýšené ukládanie kolagénu v tkanive srdcovej ľavej komory vplyvom AKF a normalizáciu vplyvom RDN.

Záver: Štúdia jednoznačne ukazuje, že AKF FHH je vhodným modelom pre štúdium patofyziológie KRS a na predklinické hodnotenie účinnosti nových terapeutických stratégií. Na druhej strane zistenia jasne ukazujú, že u AKF FHH renálna denervácia nevykazuje dostatok kardioprotektívnych účinkov a neznižuje mortalitu.

Štúdia bola podporená grantmi: APVV-21-0410; VEGA č. 2/0006/23; VEGA č. 2/0133/24 a Program EXCELES, Projekt č. LX22NPO5104 - Financované Európskou úniou - Next Generation EU.

e-mail: matus.sykora@savba.sk

Š

Dilatácia ascendentnej aorty a hypertenzia 1. stupňa (Kazuistika)

Šimková A.

Duo medical s.r.o., ambulancia internistu a všeobecného lekára, Pezinok

Kazuistika prezentuje 46-ročného muža s metabolickým syndrómom doposiaľ neliečeného na interné ochorenia. Do ambulancie kardiológa prišiel pre občasný tinitus, v záznamníku domáceho merania krvného tlaku (TK) boli hodnoty od 132/91 mmHg do 145/97 mmHg, srdcová frekvencia priemerne 77/min s maximom v nočných a ranných hodinách. Preventívne merania TK u svojho všeobecného lekára v minulosti neabsolvoval.

Odhad jeho 10-ročného kardiovaskulárneho rizika podľa stratifikačného systému bolo SCORE 1% (stredné riziko, do roku 2021) vs. SCORE 2 bolo 4,2% (vysoké riziko, od roku 2021). Echokardiografické vyšetrenie odhalilo dilatáciu aorty vo Valsalvovom sínuse a dilatáciu ascendentnej aorty. U pacienta bola začatá antihypertenzná a hypolipidemická liečba, skriningový test nočnou pulzoxymetriou na vylúčenie sleep apnoe. Bolo indikované CT angiografické vyšetrenie so zameraním na aortu.

Záver: V praxi je potrebné používať aktuálne platný stratifikačný systém (riziko podhodnotenia). Nesprávnym alebo nedostatočným zhodnotením hypertónika už v štádiu hypertenzie prvého stupňa hrozí oddialenie správneho manažmentu pacienta s možnosťou predčasného rozvinutia fatálnych komplikácií.

e-mail: info@adrianasimkova.sk

Lokálna karotická tuhosť, skóre karotických plátov a koronárne kalciové skóre u hypertonikov

Škultétyová D., Filipová S.

Oddelenie neinvazívnej kardiológie, Centrum excelencie ESH pre artériovú hypertenziu, Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, Bratislava

Cieľom práce bolo zistiť, či existuje vzájomný vzťah medzi parametrami lokálnej karotickej tuhosti (KT), skóre karotických plátov a koronárnym kalciovým skóre (CACs).

Súbor a metódy: Vyšetřili sme 40 pacientov s artériovou hypertenziou, pomer M/Ž: 42/16, priemerný vek 68 ± 8 rokov. Lokálnu KT sme vyšetřovali pomocou ultrasonografie v kombinácii s echo-tracking vyšetřením na spoločnej karotickej tepne (ACC). Merali sme ukazovatele: beta tuhosť (β), index elasticity (Ep), poddajnosť (AC) a rýchlosť šírenia pulznej vlny (PWV). Ultrasonograficky sme hodnotili skóre karotických plátov, čo je celkový počet vizualizovaných plátov v povodí ACC, bulbu, arteria carotis interna na prednej a zadnej stene vo vzdialenosti do 1cm. Pomocou CT s EKG- synchronizáciou sme stanovili CACS, závažnosť sme hodnotili podľa Agatstona.

Výsledky: Zistili sme signifikantný vzťah medzi skóre karotických plátov a CACS (KK = 0,39, $p < 0,001$). Skóre karotických plátov bolo významne vyššie u mužov, u ktorých CACS >100 oproti mužom s CACS = 0, $p < 0,0001$. U 12 pacientov (30%) bolo CACS = 0, z toho len u 3 pacientov bolo skóre karotických plátov = 0, u 9 pacientov tejto skupiny bolo skóre plátov $1,58 \pm 1,6$. Zvýšené CACS > 400 bolo u 11 pacientov (27%), skóre karotických plátov bolo významne vyššie oproti skupine s CACS = 0 ($4,54 \pm 2,6$; $1,58 \pm 1,6$, $p < 0,01$). Nezistili sme signifikantný vzťah medzi skóre karotických plátov a parametrami KT. Ukazovatele KT významne korelovali s pulzným tlakom (PP): PP – Ep: KK = 0,53, $p < 0,0001$; PP = AC:KK = -0,47, $p < 0,0001$; PP = PWV:KK = 0,32, $p < 0,0001$.

Záver: Zistili sme významný vzťah medzi skóre karotických plátov a CACS. Ultrasonografické hodnotenie skóre karotických plátov je prínosom pri pátraní po subklinickom orgánovom poškodení a zlepšuje odhad kardiovaskulárneho rizika. Naopak, nezistili sme vzťah medzi skóre karotických plátov a parametrami KT, čo môže poukazovať na rozdielnosť patofyziologických mechanizmov, ktoré sa uplatňujú.

e-mail: skultety@nusch.sk

MMM 2022: Porovnanie Celosvetových a Slovenských Výsledkov Skrínigovej Kampane

Vachulová A. za autorov kampane MMM

Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s., Bratislava

Úvod: Kampaň May Measurement Month (MMM) je globálna skrínigová aktivita zameraná na zvýšenie povedomia o artériovej hypertenzii (AH) a jej dôsledkoch. Tento abstrakt sa zameriava na porovnanie výsledkov zo Slovenska s ostatnými krajinami zapojenými do kampane.

Pacienti a metódy: Analytické vyhodnotenie dát získaných z MMM 2022 na území Slovenskej. Údaje boli zhromaždené pomocou štandardizovaných dotazníkov a meraní krvného tlaku (TK), ktoré vykonali vyškolení dobrovoľníci na celom území Slovenska od 1. mája 2022 do 31. augusta 2022. Dáta zo Slovenska boli porovnané s celosvetovými dátami MMM 2022. AH bola definovaná ako systolický TK ≥ 140 mmHg a/alebo diastolický TK ≥ 90 mmHg a/alebo užívanie antihypertenzív. Boli analyzované rozdiely v prevalencii AH, priemerných hodnotách TK a účinnosti intervenčných stratégií.

Výsledky: Celosvetovo bolo skrínigovaných 715 518 dospelých jedincov zo 60 krajín. Na Slovensku bolo skrínigovaných 1680 osôb (0,2% zo všetkých skrínigovaných). Celosvetovo takmer jeden z piatich účastníkov nikdy nemal odmeraný TK, čo poukázalo na vysokú prevalenciu AH s nízkou mierou povedomia, liečby a kontroly. Na Slovensku nikdy nemalo odmeraný TK 4,7% skrínigovaných jedincov. Prevalencia AH bola celosvetovo 36,9% (250 000 osôb), zatiaľ čo na Slovensku bola prevalencia AH 44,6%. Lieky celosvetovo užíva 49,3% pacientov s AH, na Slovensku ich užíva 54,4% pacientov s AH. Hodnoty TK $< 140/90$ mmHg dosahuje celosvetovo 26,1% pacientov, na Slovensku je to 29,5% pacientov. Rozdiely v prevalencii AH boli zaznamenané naprieč rôznymi regiónmi, pričom niektoré krajiny vykazovali nižšiu prevalenciu v porovnaní so Slovenskom. Priemerné hodnoty TK boli rôznorodé, pričom niektoré krajiny dosiahli lepšie výsledky ako Slovensko.

Záver: Skrínigová kampaň MMM 2022 poskytla cenné údaje na identifikáciu a riešenie rozdielov v manažmente pacientov s AH na globálnej úrovni. Slovensko má priestor na zlepšenie v porovnaní s ostatnými krajinami, čo zdôrazňuje význam medzinárodných iniciatív a spolupráce v oblasti AH. Implementácia účinných intervenčných stratégií môže znížiť prevalenciu a zlepšiť kontrolu AH, čo prispeje k lepšiemu celkovému zdravotnému stavu obyvateľstva.

e-mail: anna.vachulova@nusch.sk

Systematická racionalizácia farmakoterapie (SYRAFA) u pacientov s nekontrolovanou artériovou hypertenziou hospitalizovaných na internej klinike v Nitre

Vaňo I., Petráš M., Poláková M.

Interná klinika FN Nitra

Úvod: Najčastejším ovplyvniteľným rizikovým faktorom kardiovaskulárnych (KV) ochorení a ich komplikácií je artériová hypertenzia (AH). Z výsledkov Domáceho monitorovania tlaku krvi (DMTK) v roku 2023 na ambulanciách všeobecného lekára pre dospelých (VLD) vieme, že len 74 % pacientov s diagnostikovanou a liečenou AH dosiahlo TK menej ako 140/90 mmHg a cieľové hodnoty TK adaptované na vek pacienta malo len 38 % liečených hypertonikov⁽¹⁾. Podobné výsledky sme videli aj v ambulanciách internistov a kardiológov, kde 72% hypertonikov malo TK pod 140/90 mmHg a len 37% pacientov dosiahlo prísnejšie cieľové hodnoty TK adaptované na vek pacienta (<140/80 mmHg nad 65 rokov, <130/80 mmHg do 65 rokov)⁽²⁾. Mnohým pacientom sa napriek týmto výsledkom liečba dlhodobo nemení. Na základe pozitívnych skúseností z Nemocnice v Dolnom Kubíne s projektom SYRAFA pod vedením MUDr. Petra Letavaya sme sa rozhodli prispieť k naplneniu vízie iniciatívy Charta 70/2028 aj na internej klinike v Nitre. Zamerali sme sa na pacientov s nekontrolovanou AH, teda s TK > 140/90 mmHg.

Cieľom projektu SYRAFA – Nitra bolo: 1. Komplexne optimalizovať liečbu pacientov s AH v zmysle odporúčaní ESH/ESC, vrátane implementácie fixných dvoj- a trojkombinácií, a tým dosiahnuť jej zjednodušenie a zníženie celkového počtu užívaných liekov. 2. Zistiť, u akého podielu pacientov je takáto zmena liečby prínosná z hľadiska dosiahnutia adekvátnej kontroly TK. 3. Zistiť, u akého podielu pacientov sa podarilo úspešne racionalizovať terapiu z voľných kombinácií RAAS/BKK/diuretikum/ betablokátor/statín na fixné dvoj- alebo trojkombinácie, resp. polypill (1-2 antihypertenzíva + statín v jednej tablete).

Výsledky: Pacienti hospitalizovaní na našej klinike z dôvodu nekontrolovanej AH sa vyskytujú len ojediniele (0,77%), avšak podiel hospitalizovaných pacientov s anamnézou AH je 77,7%. V súbore 54 pacientov s nekontrolovanou AH (TK>140/90 mmHg) malo 46% ďalšie sprievodné KV ochorenie. Najčastejšie sú to dyslipidémia, diabetes mellitus 2.typu a koronárna choroba srdca (KCHS).

Vďaka aktívnemu prístupu k manažmentu pacientov s AH a systematickou racionalizáciou farmakoterapie sa podarilo:

1. Zachytiť novozistenú AH u 9 z 54 (16,7%) pacientov s TK >140/90 mmHg.
 2. Dosiahnuť TK <140/90 mmHg u 65% pacientov.
 3. Dosiahnuť cieľový TK prispôbený veku pacienta u 35% pacientov s nekontrolovanou AH pri prijatí.
 4. Zvýšiť podiel pacientov s fixnou 2- alebo 3-kombináciou antihypertenzív z 28% na 52%.
- Ďalšie možnosti systematickej racionalizácie farmakoterapie hypertonikov so sprievodnými

KV ochoreniami, najmä dyslipidémiou, zvýšenou srdcovou frekvenciou alebo KCHS ponúkajú odporúčania ESH 2024, ESC 2024.

Literatúra: (1) Hatala R. et al, Eur Heart J, 2024, 45(5):376-378.; (2) Vachulová A. et al, J Hypertension, 2024, 42(Suppl.1):e126.

e-mail: ivanvano937@gmail.com

Z

Kognitívna dysfunkcia u pacienta s nekontrolovanou arteriálnou hypertenziou

(Kazuistika)

Zamykal M.

Interné oddelenie A FNsP Žilina

Úvod: Arteriálna hypertenzia (AH) je jedným z najvýznamnejších rizikových faktorov cerebrovaskulárnych ochorení, pričom prispieva k ich rozvoju a progresii. Pribúdajú dôkazy, že AH je najsilnejším modifikovateľným faktorom dysfunkcie mozgových ciev a vedie k následnému poklesu kognitívnych funkcií. Vaskulárny kognitívny deficit – vaskulárna demencia predstavuje po Alzheimerovej demencii druhý najčastejší typ demencie a predstavuje 15-20% všetkých prípadov demencie. Kognitívny pokles súvisiaci s AH je dôsledkom súhry medzi funkčnou reorganizáciou krvného toku a poškodením mozgových ciev. Je dokázaný negatívny vplyv zvýšeného krvného tlaku (TK) na kognitívne starnutie a je predovšetkým spostredkovaný porušením integrity bielej hmoty, čo sa zobrazuje ako leukoaraióza pri CT vyšetrení, alebo zvýšenie intenzity signálu T2/Flair sekvenciách na MR skenoch. Predpokladá sa, že poškodenie integrity bielej hmoty je prejavom ochorenia malých ciev mozgu pri AH a koexistujúcej dyslipoproteínemii. Nárast objemu hyperintenzívnych lézií na MR vyšetrení je nižší u liečených a kontrolovaných hypertonikov, t.j. úspešná liečba AH môže znížiť progresiu poškodenia integrity bielej hmoty. AH ako modifikovateľný rizikový faktor predstavuje dôležitý mechanizmus, prostredníctvom ktorého je možná prevencia alebo oddialenie kognitívnych porúch.

Kazuistika: V práci sa prezentuje prípad relatívne mladého muža s nekontrolovanou AH, u ktorého sa už manifestovali kognitívne poruchy. 45-ročný muž s pozitívnou rodinnou anamnézou na kardiovaskulárne (KV) ochorenia (otec mal trikrát infarkt myokardu a zomrel na hemoragickú cievnu mozgovú príhodu), s AH dokumentovanou od roku 2015, ale neliečenou pre nonadherenciu k liečbe. Preferoval prírodné produkty. V novembri 2924 bol prvýkrát vyšetrený na internej ambulancii FNsP Žilina so vstupným TK 230/120mmHg. Vtedy realizované odbery na vylúčenie sekundárnej hypertenzie vylúčili endokrinnú poruchu. Pre prítomnú hypercholesterolémiu bola klasifikovaná ako AH 3. stupňa ESH/ESC s vysokým KV rizi-

kom (SCORE2). Nasadená bola trojkombinácia liečby AH - perindopril, amlodipín, indapamid a pridaný statín. Na echokardiografickom vyšetrení bol nález hypertrofie stien ľavej komory (ĽK), s dobrou systolickou funkciou ĽK a s poruchou diastolickej funkcie ĽK. Očné pozadie bolo bez známok hypertonickej retinopatie. Ultrasonografia brucha so zameraním na obličky a nadobličky nepreukázala patológiu, renálne artérie neboli vyhodnotené. Pri kontrole v decembri 2024 podľa domáceho merania TK neboli dosiahnuté cieľové hodnoty TK, preto bol do liečby pridaný spironolaktón. Vtedy sa zistil diabetes mellitus 2. typu, začala sa liečba metformínom. Na základe anamnézy od manželky, ktorá si od jari 2024 všimla, že pacient má poruchy s pamäťou („je to s ním horšie ako s mojím 80-ročným otcom“), sme doplnili neurologické vyšetrenie so záverom: progredujúci kognitívny deficit, dysartria, slabosť pravej hornej končatiny. V diferenciálnej diagnostike bolo realizované CT mozgu s nálezom: pri okraji rohov postranných komôr niekoľko hypodenzných v.s. postischemických ložísk veľkosti 8 mm, podobne o priemere 4 mm aj v pravej časti pontu a známky leukoaraiózy. V januári 2025 pri kontrole pretrvávajú vysoké hodnoty TK. Bolo vyslovené podozrenie na rezistentnú hypertenziu, preto bola naplánovaná krátka hospitalizácia na internom oddelení. Počas hospitalizácie sa realizovalo aj CT abdomenu a CT renálnych artérií s negatívnym nálezom, pôvodná antihypertenzívna liečba nebola zmenená. Napokon pri užívaní medikácie pod dozorom došlo k stabilizácii hodnôt TK. Stav bol uzavretý ako pravdepodobná nonadherencia k liečbe pri kognitívnom deficite s MMSE 18 bodov, čo je hranica ľahkej až stredne ťažkej demencie. Pre vyššie hodnoty srdcovej frekvencie bol pridaný k pôvodnej štvorkombinácii antihypertenzív aj betablokátor. Na tejto liečbe bol pacient stabilizovaný. Vo februári 2025 absolvoval pacient plánovanú hospitalizáciu na neurologickom oddelení, počas ktorej sa potvrdila vaskulárna demencia aj s MR korelátom.

Záver: Pacienta sme pôvodne vyšetrovali pre rezistentnú hypertenziu, ktorá sa však nedokázala. Jedná sa o nonadherenciu pacienta k medikamentóznej liečbe. Cieľom kazuistiky bolo zvýšiť povedomie o netypickom prejave AH pri dominantnom postihnutí mozgových ciev s klinickými prejavmi vaskulárnej demencie napriek „ušetreniu“ obličkových a retinálnych ciev.

e-mail: martin.zamykal@gmail.com

Redakčné spracovanie (podľa pokynov šéfredaktora *Cardiology Letters*):

Doc. MUDr. Slavomíra Filipová, CSc., FESC.

Poznámky

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

Poznámky

A series of horizontal dotted lines for taking notes.

Generálny partner

SERVIER 
moved by you

Hlavní partneri

 **BERLIN-CHEMIE**
MENARINI

 **Boehringer**
Ingelheim

Partneri


Lilly
A MEDICINE COMPANY


Goldmann
Systems

 **KRKA**

 **NOVARTIS**

Vystavovatelia



OMRON

DŮVERA

 **RECORDATI**
GROUP

 **SOCIÁLNA POISŤOVŇA**


VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÁ
POISŤOVŇA

ZENTIVA

Ďalší partneri

AstraZeneca 

 **mediPRÁVNIK.sk**
právná istota pre ambulancie
pridružená PARTNERS

SANDOZ

Union
Zdravotná poisťovňa

**TT
SK** TRNAVSKÝ
SAMOSPRAVNÝ
KRAJ

Projekt je realizovaný s finančnou podporou
Trnavského samosprávneho kraja.

TRIPLIXAM[®]

perindopril arginín / indapamid / amlodipín

TROJITÁ SILA JEDNO VÍŤAZSTVO¹⁻³



24-hodinová
KONTROLA TK⁴

24-hodinová
KV OCHRANA⁵⁻⁷

podporená lepšou
ADHERENCIOU⁸



Úplné SPC lieku nájdete tu:
bit.ly/Triplixam_SPC



Liek Triplixam má indikáciu substitučná terapia na liečbu esenciálnej hypertenzie u pacientov, ktorí sú už kontrolovaní kombináciou fixnej dávky perindopril/indapamid a amlodipínom, podávanými v rovnakých dávkach. Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Liek je čiastočne uhrádzaný na základe verejného zdravotného poistenia. Dátum prípravy materiálu: 11/2024. Materiál je určený výlučne pre osoby oprávnené predpisovať alebo vydávať liek.

Literatúra: 1. Toth K et al. PIANIST Investigators. Am J Cardiovasc Drugs. 2014;14:137-145 2. Mareev V et al. Kardiologia. 2020;60 (5):1149 3. Chalmers J, Arima H, Woodward M et al. Hypertension 2014;63:259-264 4. Physician's Desk Reference. 55 ed. Monroville, NJ:Medical Economics Company; 2001. 5. EUROPA study. K.M.Fox, J.R.Henderson, M.E.Bertrand, Lancet 2003;362:782-788. 6. Dahlöf B, et al. ASCOT Investigators. Lancet 2005;366:895 - 906. 7. ADVANCE Collaborative group. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamid on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial): a randomised controlled trial. Lancet.2007;370:829-8408. Bangalore S, Kamalakkannan G, Parkar S, Messerli FH. Am J Med. 2007;120:713-719

SERVIER^{*}
moved by you

SERVIER SLOVENSKO spol. s r.o., Bottova 2A, 811 09 Bratislava,
tel.: +421 2 59 20 41 11, www.serviersk