proLékaře.cz | 18.11.2026

XIV. výroční sjezd České kardiologické společnosti Brno 7.–10. 5. 2006

J. Vítovec

Ve dnech 7.–10. 5. 2006 se konal XIV. výroční sjezd ČKS, kterého se celkem zúčastnilo přibližně 3 700 účastníků, z toho 1 915 lékařů, 1 140 středně zdravotních pracovníků, převážně zdravotních sester, a dalších 615 hostů, včetně zástupců 59 společností vyrábějících a dodávajících farmaka, přístroje a další materiály pro zdravotnictví. Celkem bylo prezentováno 635 sdělení a uspořádáno 22 firemních sympozií.

Při slavnostním zahájení prof. MUDr. Michaelem Aschermannem, DrSc., prezidentem ČKS, byla udělena čestná členství kardiologické společnosti: prof. MUDr. Jan Černý, CSc., z Centra kardiovaskulárního a transplantačního centra v Brně, prof. MUDr. Jaroslav Rybka, DrSc., z Interní kliniky Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně, prof. MUDr. Václav Čepelák, DrSc., z Plzně a doc. MUDr. Zdeněk Trefný, CSc., z Prahy.



Slavnostní přednášku měl prof. MUDr. Alexandr Schirger z Mayo Clinic v Rochesteru (USA) na téma Role klinika v době technologií – potřebujeme ještě lékaře?, ve které se zamyslel nad úlohou jednak elektronické dokumentace, která se zpočátku zdála ulehčující, ale je vzhledem k řadě doplňujících statistických informací a nutností dodržovat ne vždy smysluplné algoritmy zdlouhavá a zdržuje lékaře o čas, který by měl věnovat nemocnému. V druhé části prof. Schirger uvedl příklad z praxe, který ukázal, že příčinu onemocnění – rakovinu prostaty neodhalila ani sofistikovaná diagnostická metoda (NMR), ale až lékařovo opakované klinické vyšetření.

Zahraniční přednášky členů výboru Evropské kardiologické společnosti zahájil prof. Michal Tendera z Polska, prezident EKS, a dále profesor Robert Ferrari z Itálie; jejich přednášky na stejné téma transplantace kmenových buněk v léčbě akutního srdečního infarktu z různých pohledů poukázaly na použití kmenových buněk pro léčbu infarktu myokardu a srdečního selhání. Bylo provedeno několik pokusů izolovat kostní kmenové buňky v kulturách in vitro a poté je následně podat do infarktového ložiska během srdeční katetrizace či kardiochirurgického zákroku. Výsledky takto získané v nekontrolovaných studiích jsou povzbuzující. Avšak zatím jediná kontrolovaná studie ukázala pouze minimální zvýšení ejekční frakce bez zlepšení srdečních objemů. Mimoto jiné klinické a experimentální studie použily izolované, in vitro získané myoblasty, které byly transplantovány; výsledky jsou sice povzbudivé, ale nepřesvědčivé. Problémem zůstává to, jak připravit aplikaci myoblastů ve stejný čas, jako je reperfuze během intervenčního zákroku. Je totiž těžké rozlišit, kdy je optimální prospěch mezi aplikací transplantovaných myoblastů a reperfuzí.



Dalším přístupem je využití růstových faktorů in vivo ke stimulaci přirozené produkce kmenových buněk. Takový postup byl vyvinut a je nyní testován v multicentrické studii. Dalším klinickým problémem je zvýšený výskyt restenóz, který nebyl předtím pozorován. Nicméně zkušenost, ačkoliv je limitována počtem pokusů, ukazuje nesignifikantní zlepšení stažlivosti ve srovnání s placebem.

Dalším přednášejícím byl prof. Panos E. Vardas (Herakleion, Kréta, Řecko), který hovořil o problematice fibrilace síní. Přes výrazný rozvoj, který byl proveden v pochopení patofyziologie a zvládnutí fibrilace síní (FS), zůstává tato porucha rytmu závažným zdravotním problémem spojeným se zvýšenou nemocností a úmrtností. Nedávné studie srovnávající kontrolu srdeční frekvence a srdečního rytmu předpokládají, že obě léčebné strategie jsou přijatelnými alternativami primární terapie FS, s vědomím, že všechny tyto studie srovnávají 2 různé farmakologické přístupy ke zvládnutí FS. Tyto výsledky musíme brát obezřetně, jelikož nebyly prvotně určeny ke srovnání k sinusovému rytmu (SR). Mimoto, obnovení SR a jeho udržení by měl být žádoucí a preferovaný přístup, za předpokladu dosažení SR bez rizika komplikací. Současně dostupná antiarytmika jsou však daleka tohoto cíle, jejich účinnost, snášenlivost a bezpečnost je problematická, zvláště když FS není život ohrožující arytmie. Proto je snaha vyvinout bezpečnější a účinnější přípravky pro léčbu FS. Ideální antiarytmikum by mělo zrušit FS za každé situace a udržet sinusový rytmus bez závažných srdečních i mimosrdečních nežádoucích účinků. Současné pokroky v přístrojích a zvláště v ablačních technikách jsou stejně důležité jako farmakologická léčba. Nefarmakologické postupy léčby k nastolení sinusového rytmu, včetně chirurgického zákroku, radiofrekvenční ablace, implantace přístrojů a hybridních (kombinačních) postupů zatím zůstávají v oblasti výzkumu a vývoje. K určení bezpečnosti a účinnosti těchto nefarmakologických postupů jsou nutné randomizované studie, zatímco vývoj ideální antifibrilační strategie by měl pokračovat dále.

Tak jako každý rok byly zařazeny do programu bloky v anglickém jazyce, jednak pro přiblížení se evropským kardiologům a jednak pro udělení kreditů EBAC. Pracovní skupina plicní cirkulace připravila blok Diagnostic procedures in pulmonary hypertension s problematikou echokardiografie

proLékaře.cz | 18.11.2026



a pravostranné katetrizace. Pracovní skupina Arytmie a trvalá kardiostimulace prezentovala soubor přednášek na téma Non-pharmacological treatment of ventricular tachycardia s rozborem ablačních postupů, chirurgických řešení komorových tachykardií až po rozbor indikací implantace ICD dle studie MADIT II (nemocní po IM s EF < pod 0,3) v České republice.

Dále byl program věnován novým poznatkům v kardiologii, ale též praktickým postupům v diagnostice a léčbě srdečně cévních onemocnění. Každá pracovní skupina ČKS si připravila jednak přehledy problematiky svého oboru a jednak velmi populární diskuse Pro a proti, ve kterých se přední čeští odborníci pokusili o protichůdné pohledy na vybraná témata; např. zdali všem nemocným se srdečním selháním implantovat defibrilátory v prevenci náhlé smrti, v rámci nějž ukázal prof. Kautzner na řadě studií, že časná preventivní implantace ICD u nemocných se srdečním selháním jak ischemické, tak neischemické etiologie vede k prevenci náhlé smrti, zvláště nemocných NYHA II. Naopak dr. Bytešník oponoval, opíraje se o údaje z literatury, že správně vedená farmakologická léčba těchto nemocných vede mnohdy ke stejným výsledkům jako implantace ICD, zvláště u nemocných s těžkými formami srdečního selhání, u nichž je častější příčinou úmrtí terminální srdeční selhání než maligní arytmie.



Jiným příkladem může být pracovní skupina kardiovaskulární farmakoterapie, která si připravila problematiku kombinační léčby v kardiologii. V přednášce o kombinační léčbě hypertenze (prof. Vítovec) bylo konstatováno, že dosažení cílových hodnot pod 140/90 je v monoterapii pouze v 30–40 %. Jako vhodné kombinace se jeví diuretika s ACE-inhibitory nebo sartany, nebo blokátory vápníkových kanálů s ACE-inhibitory či sartany. Kombinace betablokátorů s blokátory RAS jsou určeny pro nemocné po IM nebo se srdečním selháním. Pro svůj metabolický účinek jsou u nekomplikované hypertenze nevhodná diuretika a betablokátory.

Prof. Špinar ve velmi zajímavě a netradičně pojaté přednášce o kombinační léčbě u srdečního selhání zahrnul všechny možné léčebné postupy a kromě léčby režimové a klasické farmakologické – ACEI/sartany, betablokátory, blokátory aldosteronu, diuretik a digoxinu zdůraznil dnešní jasné postavení přístrojové léčby chronického srdečního selhání, tj. resynchronizace (CRT) a implantovaných defibrilátorů (ICD), které dále snižují úmrtnost na tento závažný syndrom.

Kombinační léčba antitrombotiky je plavbou mezi Scyllou a Charybdou, jak zdůraznil prof. Bultas. U protidestičkové léčby, u níž představují základní léčebnou kombinaci kyselina acetylsalicylová a thienopyridiny (klopidogrel, tiklopidin), je samozřejmě největším nebezpečím krvácení do GIT, a proto je v současnosti indikována především při akutním IM a po provedené angioplastice s implantací stentu, nepatří však do sekundární prevence ICHS. V Doporučeních terapie IM je již v přednemocniční fázi také zmiňována kombinace heparinu, ASA a klopidogrelu a u rizikových nemocných s fibrilací síní je rozšiřována i o warfarin.

Jak ukázal doc. Češka, obdobně jako u hypertenze představuje v současnosti kombinační léčba dyslipoproteinemií jasný trend v léčbě poruch metabolizmu lipidů. Volbou kombinační terapie se snažíme podle rizika KV-příhod dosáhnout cílových hodnot LDL-cholesterolu a zvýšení hladiny HDL-cholesterolu, proto je vhodná kombinace fibrát a statin. V novějších kombinacích používáme ezetimib v kombinaci se statinem či fibrátem a v budoucnosti to bude torcetrapib či rimonabant se statinem ke zvýšení HDL a snížení TG. Doc. Češka také zde uvedl možné příznivé kombinace některých antihypertenziv (telmisartan, amlodipin) se statiny.

Prof. Špinarová se zabývala léčbou po srdeční transplantaci (OTS), při níž spočívá kombinační léčba za prvé v kombinaci imunosupresiv a za druhé v kombinaci imunosupresiv s jinými léky. Klasickou imunosupresi tvoří cyklosporin (CyA), azathioprin a kortikoidy. Novější léčebná schémata obsahují CyA, mykofenolát mofetil (MMF) a kortikoidy či takrolimus, MMF a kortikoid nebo MMF a rapamycin. Po 1. roce se snažíme ve všech režimech vysadit kortikoidy a výsledná doživotní léčba je dvojkombinace imunosupresiv.

V poslední přednášce tohoto bloku dr. Bytešník seznámil posluchače s hybridní kombinací léčby arytmií, při níž hrají v současné době hlavní roli nefarmakologické postupy. V léčbě bradyarytmií je to trvalá kardiostimulace. Většinu supraventrikulárních arytmií lze kurativně ovlivnit ablačními technikami. U fibrilace síní používáme často hybridní terapie, farmakologickou kombinujeme s přístrojovou. U maligních komorových arytmií je indikována implantace defibrilátoru, často v kombinaci s léčbou srdečního selhání.

I další přednášky a sympozia věnující se široké problematice kardiovaskulárních onemocnění zaujaly a ukázaly, že čeští kardiologové umí nejen perfektně zorganizovat péči o nemocné s akutním infarktem myokardu, ale že také umí poutavě seznámit posluchače s posledními novinkami v kardiologii.

Jak se již stalo tradicí, uskutečnil se již 3. ročník Kardioběhu Jiřího Tomana (zesnulého profesora LF MU a přednosty 1. interní kardioangiologické kliniky FN U sv. Anny v Brně, proděkana LF, sekretáře ČKS a také člena redakční rady Kardiologické revue). Běh se konal v areálu BVV. Bylo nesmírně potěšující, že se v ranním slunečném počasí na trať vydalo 86 běžců (22 žen a 64 mužů), mezi nimiž nechyběli prof. J. Pirk, přednosta kardiochirurgie IKEM, prof. M. Aschermann, předseda ČKS, a prof. J. Vítovec, předseda organizačního výboru. Absolutním vítězem se stal Petr Pospíšil v čase 9 min 17 s a v kategorii žen obhájila loňské vítězství Pavla Balcárková.

Výroční sjezdy České kardiologické společnosti, které se konají již desátým rokem na brněnském výstavišti, jsou největším lékařským odborným sjezdem v České republice, mají vždy vysokou odbornou úroveň, jsou na ně zváni významní zahraniční řečníci a čelní představitelé naší kardiologie. Doufáme, že tato úroveň bude přinejmenším stejná, ne-li lepší, i na XV. výročním sjezdu v roce 2007.

prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc., FESC

I. interní kardioangiologická klinika
LF MU a FN U sv. Anny, Brno