

# 2<sup>nd</sup> Prague European Days of Internal Medicine

1.–2. december 2016, Praha, Česká republika

Kongres sa venoval problémom internej medicíny, jeho prezidentom bol prof. MUDr. Richard Češka, CSc., v spolupráci s prof. MUDr. J. Widimským, jr, CSc. Zúčastnilo sa ho asi 200 odborníkov, mnohí z európskych krajín a tiež zo Slovenska. Konal sa v Prahe Dejviciách v hoteli. Počasie už bolo decembrové a chladné, už aj s prvým snehom, a tak neboli účastníci priťahovaní pohľadmi na panorámu Prahy a boli prítomní v sálach a diskutovali.

Pri otvorení kongresu jeho prezident zdôraznil, že rozvíjanie internej medicíny je potrebné, nakoľko väčšina pacientov s akútnym ochorením trpí aj inými ochoreniami a komorbiditami. A poznanie vzájomných prepojení týchto ochorení a komorbidít ovplyvňuje diagnostiku, liečbu i prognózu „akútneho“ (iného) ochorenia. Viacerí účastníci (s aktívnou účasťou) sa vo svojich prednáškach tiež k tomuto „princípu“ rozvíjania internej medicíny hlásili.

V priebehu kongresu ma zaujali viaceré vystúpenia, o nich sa tu stručne zmieňujem.

**Sekcia Metabolický syndróm a epidemiológia** bola zaujímavá. Dr. **D. Dicker** (Izrael) sa venoval sledovaniu pacientov po bariatrickom zákroku. Upozornil, že následné „metabolické zmeny“ (redukcia váhy, lipidov v sére, zmeny glykémie a pod) majú dve fázy týchto zmien, a to včasnú, ale i dlhodobú (po 1. roku od zákroku) – a práve neskoré/dlhodobé zmeny sú dôležité, a aj nádejné pre pacientov.

Prof. **R. Cífková** (Česko) referovala dlhodobé údaje o vývoji mortality na ischemickú chorobu srdca (ICHS) v Českej republike:

- Dnes je to 41% mortalita u mužov, ale až 50% u žien
- Česká republika (i Slovensko, Poľsko a Maďarsko) patrí do zóny Európy, v ktorej je mortalita z tejto príčiny vyššia ako v Západnej Európe, ale je súčasne nižšia, než je tomu na východ od Slovenska
- V období rokov 1985–2013 klesla v Českej republike kardiovaskulárna (KV) mortalita o 54 % a mortalita na ICHS o 50 %, došlo k predĺženiu dĺžky života o 6 rokov u mužov a o 7 rokov u žien
- Akým mechanizmom sa priaznivo ovplyvnila spomínaná mortalita? – Asi v 50 % redukciami rizikových faktorov, t. j. ich správnu liečbou (cholesterolémia poklesla asi u 40 % liečených, krvný tlak sa upravil asi u 11 % liečených a miera fajčenia sa znížila asi len o 8 %, ale na druhej strane stúpol výskyt obezity asi o 1 % a výskyt diabetu o 5,5 %)

Druhý spôsob redukcie KV a ICHS mortality sa dotýkal zlepšenia liečby chorých: u akútnych koronárnych syndrómov, v sekundárnej KV prevencii a v zlepšení edukácie chorých so zmenou životného štýlu. Treba pogratulovať kolegyni prof. R. Cífkovej k týmto výsledkom. Sú platformou i pre ďalší vývoj plánov prevencie a liečby KV ochorení v Českej republike.

Doc. **K. Rašlová** (Slovensko) prezentovala tiež pekné a užitočné údaje u pacientov s familiárnou hypercholesterolémiou – pričom prezentovala údaje po 10 rokoch sledovania chorých. Boli už publikované na Slovensku a tiež ich pokladám za užitočné pre ďalšie plány v prevencii i v liečbe týchto KV ochorení.

Dr. **D. Lović** (Srbsko, ale pôsobí aj v USA) preukázal ako dôležitá je v prevencii KV ochorení fyzická aktivita: musí byť systematická (aspoň 3krát týždenne), má sa postupne zvyšovať, má mať dlhé trvanie aktivity (≥ 45 min), nemá byť extrémna. Má potom jasný dopad na KV mortalitu i morbiditu. Chystá o tejto zložke prevencie publikáciu. Je užitočné i u nás tomu venovať viac pozorností.

**Sekcia „srdcové zlyhávanie“** sa dotkla dvoch problémov, jednak farmakologickej liečby chronického srdcového zlyhávania (SZ), hlavne systolického, a tiež akútneho SZ.

Prof. **J. Murín** (Slovensko) prezentoval „state of the art“ liečby systolického SZ:

- Je potrebné zistiť u chorého základnú príčinu SZ (obvykle je to myokardiálna abnormalita, obvykle ischemická choroba srdca), a ak je to možné túto liečiť, zlepšiť alebo odstrániť
- Je potrebné odhadnúť i prognózu chorého so SZ (ak má horšiu prognózu, potrebuje intenzívnejšiu liečbu, tzv. MAGGIC skóre sa na to dobre hodí, pre zistenie skóre u pacienta postačia základné údaje chorého, a na webe jestvuje kalkulátor výpočtu spomínaného skóre)
- Výskyt SZ je v krajinách Európy takýto: 1–2 % osôb v populácii, vo veku ≥ 65 rokov je to však asi 10 % osôb, životné riziko vzniku SZ u osoby 55-ročnej je 33 % u muža a 28 % u ženy
- Liečba SZ sa snaží zlepšiť klinický stav chorého, jeho funkčnú kapacitu, redukovať hospitalizácie a tiež morbiditu a mortalitu, hlavné liečivá sú ACE inhibítor (ev. sartan), betablokátor, diuretiká a ak nie je táto liečba dostačujúca, aj blokátor aldosterónu, tzv. ARNI (nové liečivo, je to sakubitril/valsartan) má ambíciu nahradiť ACE inhibítor či sartan v tejto liečbe (vhodný je k tejto liečbe hlavne rizikovejší pacient, pacient pri doterajšej liečbe symptomatický)
- Komorbidity značne ovplyvňujú prognózu chorých so SZ, ale aj ich liečbu: u predsieňovej fibrilácie je horší stav vtedy, ak táto arytmia vznikne u osoby so SZ; pre užitie u diabetikov sa nedávno objavil nový

liek empagliflozín (SGLT2 inhibítor), ktorý redukuje KV mortalitu, renálne zlyhávanie, srdcové zlyhávanie a je užitočný aj úpravou glykémie, telesnej hmotnosti, poklesom krvného tlaku; ďalším sľubným antidiabetikom je liraglutid (GLP-1 receptorový agonista), mnohí pacienti so SZ trpia aj renálnou insuficienciou, a blokátory renín-angiotenzín-aldosterónového systému sú aj tu užitočné pri redukcii KV morbidity a mortality, ale treba začať malou dávkou s jej pomalou up-titráciou; deficit železa je tiež nezávislým prognostickým faktorom u chorých so SZ, pričom klinické štúdie odporúčajú intravenóznú liečbu tohto stavu so zlepšením klinického stavu po úspešnej liečbe sideropénie

- Guidelines pre liečbu „diastolického SZ“ zatiaľ nemáme

Následne prof. **J. Bělohlávek** (Česko) prezentoval liečebný prístup u chorých s akútnym SZ. Je to komplikovaná liečba, vyžaduje „team“ viacerých expertov a intenzívnu liečbu. Ich skúsenosti sú veľké, podporené publikačnou aktivitou. Liečba sa dotýka liečby akútneho koronárneho syndrómu, prevodnenia, niekedy i ventilácie chorého, častými kontrolami životných parametrov a parametrov vnútorného prostredia. Je tu miesto i pre invazívnych kardiológov a ďalších intenzivistov.

**Sekcia o KV riziku pacientov s reumatoidnou artritídou** bola veľmi zaujímavá.

Prof. **A.G. Sembová** (Nórsko) poukázala na skutočnosť, že osoby s reumatoidnou artritídou (RA) majú zvýšené KV riziko: obvykle trpia vyšším výskytom KV rizikových faktorov, reumatický zápal podporuje aterosogézu, často už i mladšie osoby trpia prítomnosťou karotických aterosklerotických plakov, a tieto osoby vyžadujú potom aj intenzívnejšiu liečbu v prevencii KV príhod.

Dr. **S. Rollefstadová** (Nórsko) prebrala manažment týchto chorých: stanovenie zvýšeného KV rizika pomocou klinického vyšetrenia (včítane EKG, SCORE kalkulátora, ultrasonografie karotíd), intenzívna liečba KV rizikových faktorov, potreba liečby statínmi (rezistentnejšie plaky sú u týchto osôb v karotidách i v koronárnom systéme).

Prof. **T.R. Pedersen** (Nórsko) pripomenul ďalšie skutočnosti. Horšie sú na tom s KV rizikom práve reumatici s extraartikulárnymi prejavmi ochorenia. Venoval sa Odporúčaniam pre manažment KV rizika u reumatikov podľa EULAR-u:

- Je treba longitudinálne sledovať zápalovú aktivitu reumatického ochorenia a snažiť sa ju upravovať s cieľom potlačiť vzostup KV morbidity/mortality
- KV rizikové faktory a KV globálne riziko treba priebežne hodnotiť (asi každých 5 rokov)
- Je treba využívať SCORE kalkulátor (v ňom je lepšie využívať pomer T-C/HDL než samotný LDL-C parameter), vypočítané SCORE je u reumatickej artritídy potrebné navýšiť o 50 % (násobiť 1,5-krát), až vtedy odpovedá riziku chorého podľa epidemiologických údajov
- Je potrebné realizovať skrining aterosklerotických karotických plakov (riziko vzniku akútneho koronárneho syndrómu je 1,1, ak sa karotické plaky u pacienta nevyskytujú, ale má hodnotu 4,3, ak sú karotické plaky prítomné)
- Je treba osoby s reumatickou artritídou edukovať k zmenám životného štýlu (to znižuje KV riziko asi o 30 %)
- Je potrebná intenzívna liečba KV rizikových faktorov: hypertenzie, dyslipidémie (statíny), ev. diabetu
- V liečbe je treba sa snažiť odstrániť užívanie nesteroidných antireumatík u osôb s mnohými KV rizikovými faktormi či s KV ochorením (KV riziko zvyšujú totiž až o 18 %), metotrexát je bezpečný, steroidy tiež výrazne KV riziko zvyšujú (asi o 47 %) – dávať ich treba preto v malých dávkach, a ak sa dá, podávať ich len krátkodobo

**„Sekcia nefrológie“** pripomenula i nové skutočnosti.

Prof. **V. Tesař** (Česko) pripomenul isté skutočnosti:

- Albuminúria je silným rizikovým faktorom progresie nefropatie k „end-stage renal disease“; istým liečebným prístupom však albuminúriu potlačiť vieme (u diabetikov 1. typu až o 60 %, ale uspejeme aj u diabetikov 2. typu): je to liečba blokátormi RAAS, dobrá liečba hypertenzie i diabetu
- Blokovanie účinku endotelínu sa tiež javí úspešné (SONAR trial prebieha)
- Potlačenie fibrózy v obličke (Iadvine) je tiež užitočné a súvisí s aktivitou zápalu (bardoxolon je tu užitočný)
- v liečbe diabetu vyzdvihol postavenie empagliflozínu, ktorý redukuje progresiu diabetickej nefropatie, a to aktiváciou tubulo-glomerulárneho feedbacku
- tzv. „tichým zabijákom“ je FGF23 (fibroblastový rastový hormón) a hľadajú sa liečebné prístupy k jeho ovplyvneniu

Dr. **J. Vachek** (Česko) diskutoval problematiku NOACs u osôb s renálnou insuficienciou: tieto osoby značne profitujú z tejto liečby, ale majú aj zvýšené riziko krvácaní, problematiku prebral veľmi elegantne.

**Sekcia Hypertenzia s potrebou liečby fixnými kombináciami** bola dokonale rozobratá prof. **J. Widimským jr** (Česko): liečba je intenzívnejšia, viac pacientov dosiahne cieľové hodnoty krvného tlaku, rýchlejšie

dosiahneme cieľový tlak, býva menej nežiaducich účinkov, je lepšia kompliance liečby. Prebral užívané kombinácie v klinickej praxi.

### **Sekcia Top stories v internej medicíne**

Doc. **J. Václavík** (Česko) prebral širokú problematiku najnovších prístupov v diagnostike, ale hlavne v liečbe pacientov s KV ochoreniami (srdcové zlyhávanie, fibrilácia predsieni), s diabetom (empagliflozín, liraglutid), s respiračnými ochoreniami a s renálnymi ochoreniami (prevencia hyperkaliémie, jej liečba). Prof. **J. Mamedov** (Rusko) sa venoval problematike „polypilu“ a uviedol faktory podporujúce i nepodporujúce tento liečebný prístup. Prof. **V. Kokorin** (Rusko) prebral podrobne problematiku akútnych koronárnych syndrómov I. interná klinika, Univerzitná nemocnica Bratislavou diabetikov.

### **Sekcia hypertenzie**

Prof. **A. Persu** (Belgicko) prebral podrobne problematiku „fibromuskulárnej dysplázie“: ide o zriedkavé ochorenie (0,02–0,08 % symptomatických osôb, ale tzv. silent forma asi až u 4 % osôb podľa nálezov u renálnych donorov; CORAL databáza uvádza výskyt 5,8 %), 90 % postihnutých sú ženy, priemerný vek postihnutých je 56 rokov (ale sú postihnuté i deti a mladiství – u nich je zvýšené riziko mozgovej porážky). Hľadať treba ochorenie u osôb s ťažkou hypertenziou a vo veku < 50 rokov. V diagnóze treba uprednostniť CT či MRI vyšetrenie ciev pred ultrasonografiou. Klasifikácia ochorenia: multifokálne a unifokálne (tubulárne a fokálne). Liečebný prístup: edukácia o odstránení fajčenia, revaskularizácia renálnych artérií (PTA, stenting neužívať); je to systémové ochorenie (extrakraniálne artérie bývajú postihnuté u 74 % osôb, karotické u 72 %, vertebrálne sú tiež často postihnuté, mezenterálne artérie už len v 46 %; dve riečiská sú naraz postihnuté u 35 % osôb, tri riečiská u 22 % osôb). Je tu prítomné významné genetické pozadie (rodinné zaťaženie, dvojčičky sú často postihnuté) s autozomálne dominantným prenosom. Vyzval poslucháčov k spolupráci v tejto oblasti, pričom potvrdil, že stredná Európa je v tejto oblasti výskumom menej zastúpená. Prof. **J. Widimský jr** (Česko) prebral zložitú problematiku „non-farmakologickej liečby u ťažkej hypertenzie“: pravá rezistentná hypertenzia je asi len u 5 % osôb, v štúdiu VALUE až 43 % osôb nemalo dosiahnutú cieľovú hodnotu krvného tlaku vo valsartanovom ramene liečby a až 47 % v amlodipinovom ramene liečby; prebral podrobne renálnu denerváciu (historicky, pripomenul aj štúdiu PRAGUE 15 a iné štúdie) a zdôraznil, že dnes renálna denervácia nepatrí do štandardnej liečby hypertenzív; prebral prístup „baroreceptorovej aktivácie“ (stimulácie), ktorá účinkuje, ale je nejasné, či sa tak dá hypertenzia liečiť dlhodobo. Ďalším prístupom je AV anastomóza, ktorá si hľadá v liečbe svoje miesto. U osôb s obštrukčným sleep apnoe syndrómom dávame liečbu CPAP.

### **Sekcia CMP – výzva pre internú medicínu**

Prof. **P. Widimský** (Česko) podrobne prebral endovaskulárnu liečbu akútnej ischemickej CMP (mozgovej príhody). Prezentoval svoje nádherné výsledky, zložitosť prístupov, teamovú prácu, majú veľké skúsenosti, úspešná liečba vyžaduje spoluprácu invazívneho kardiológa, neurológa, intenzivistu. Autor prednášky bol nedávno poverený Európskou kardiologickou spoločnosťou vypracovať prístup k tejto liečbe v Európe. Vo vlnajšom čísle časopisu European Heart Journal (Widimský P, Hopkins LN. Catheter-based interventions for acute ischaemic stroke. Eur Heart J 2016; 37(40): 3081–3089 DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehv521>) je táto problematika podrobne rozobratá. Stojí za to si ju preštudovať.

Doc. **M. Vrablík** (Česko) sa venoval prevencii mozgovej porážky: treba u pacienta analyzovať jeho KV riziko (osobitne diabetes je silným faktorom: u muža s relatívnym rizikom 1,8, ale u ženy s týmto rizikom v hodnote až 6,0) a treba zodpovedne liečiť tieto faktory. Liečba hypertenzie znižuje riziko mozgovej porážky asi o tretinu (viac ako je redukcia koronárnych príhod). Osobitne sa venoval hypolipidemickej liečbe:

- Pripomenul cholesterolový paradox (malý efekt statínov v prevencii mozgových príhod pri veľkom efekte u koronárnych príhod), statíny sčasti „podporujú“ hemoragiu mozgovú, i to si treba uvedomovať
- INTERSTROKE survey poukázal na nasledovné skutočnosti: najviac dosiahneme liečbou hypertenzie, potom úpravou abdominálnej obezity a až potom liečbou dyslipidémie
- Ischemická mozgová príhoda je v primárnej i v sekundárnej prevencii statínmi priaznivo ovplyvnená, štúdia SPARCL (> 4 700 osôb, sekundárna prevencia) preukázala redukcii výskytu mozgových príhod o 25 %; hemoragické riziko zvyšuje silné statíny vo vysokej dávke (preto sa odporúča užívať nižšie dávky)
- Pre užitie fibrátov je menej štúdií a metaanalýza hovorí o ich „neutrálnom efekte“
- Podávanie ezetimibu je užitočný len v kombinácii so statínmi, v štúdiu IMPROVE-IT profitovali z liečby ezetimibom diabetici s relatívnym rizikom 0,61, t. j. s redukciiu príhod o 39 %, čím vyššie riziko chorého, tým väčší efekt ezetimibu
- Niacín nemá miesto v prevencii mozgových príhod
- Očakávame výsledky štúdií s inhibítormi PCSK9, zatiaľ však údaje o prevencii mozgových príhod nemáme
- V odporúčaniach sa konštatuje, že pokles celkového cholesterolu o 1 % vedie asi k 0,8% redukcii výskytu mozgových príhod

Prof. **M. Táborský** (Česko) sa podrobne venoval problematike prevencie mozgových príhod u osôb s predsieňovou fibriláciou. Pripomenul všetky známe skutočnosti: 30 % mozgových príhod zapríčiňuje predsieňová fibrilácia (odhady však sú, že je to až 50 %, ak tu „započítame“ aj asymptomatické predsieňové fibrilácie). Dlhodobé (opakované) monitorovanie EKG je pre diagnostiku predsieňovej fibrilácie potrebné! Rizikové skupiny pre prítomnosť predsieňovej fibrilácie sú hlavne staršie osoby, hypertonici, diabetici a osoby s prekonanou mozgovou príhodou. V liečbe/prevencii je dôležitá liečba KV rizikových faktorov, prevencia/liečba obezity obzvlášť, odstrániť treba hypoxémiu u respiračných ochorení, hodnotiť treba priebežne obličkové funkcie (a treba brániť ich zhoršovaniu). Autor elegantne prebral podrobne problematiku antikoagulačnej liečby.

**Sympóziu Manažment hyperlipidémie** u chorých s (veľmi) vysokým KV rizikom.

Doc. **M. Vrablík** (Česko) sa venoval pacientom s familiárnou hypercholesterolémiou. Prezentoval diagnostiku chorých, ich komplikácie bez tejto liečby a sústredil sa na liečbu statínmi. Očakáva sa veľa od inhibítorov PCSK9, pričom vynikajúce sú údaje o liečbe alirokumabom u týchto chorých. Prof. J. Murín (Bratislava, Slovensko) prebral problematiku pacientov s akútnym koronárnym syndrómom. V oblasti sekundárnej prevencie majú významné miesto statíny (hlavne silné: atorvastatín, rosuvastatín a vo vysokých dávkach). Majú sa podávať hneď pri vzniku akútneho koronárneho syndrómu (aj pred PKI pri riešení koronárneho trombotického uzáveru), majú sa podávať dlhodobo. Prerušenie liečby statínmi obvykle zhoršuje stav chorých. Aj u chorých s vysokým (a veľmi vysokým) KV rizikom sú výborné údaje o benefite alirokumabu (štúdia LONG TERM a COMBO II zo série programu ODYSSEY). Redukuje sérový LDL-C asi o 55–60 %, efekt dlhodobo pretrváva a liečba má podobné nežiaduce účinky ako placebo, pričom všetci boli na liečbe statínmi. Čakáme na výsledky štúdie ODYSSEY OUTCOMES a na základe údajov o alirokumabe v menších štúdiách očakávame veľký benefit liečby alirokumabom u chorých s akútnym koronárnym syndrómom.

Prof. **M. Haluzík** (Česko) prebral podrobne a elegantne zložitú problematiku liečby dyslipidémie u diabetikov (tu tiež nachádza miesto pre liečbu diabetikov pomocou PCSK9 inhibítorov).

**Sekcia Klinická lipidológia** bola tiež veľmi zaujímavá.

Prof. **T. Pedersen** (Nórsko) prešiel klinickými štúdiami s hypolipidemickou liečbou. Hlavné jeho informácie boli nasledovné:

- Prelomová bola štúdia 4S v roku 1994 (30% redukcia KV príhod z úrovne 11,5% výskytu v placebovom ramene vs 8,2% výskytu v ramene liečby simvastatínom)
- Tieto výsledky štúdie S4 neskôr potvrdilo asi 30 ďalších klinických štúdií a rozšírili priaznivé výsledky na podskupiny chorých podľa veku, pohlavia, diabetikov a pod
- Nedávno boli publikované výsledky štúdie HOPE-3 (apríl roku 2016): rosuvastatín 10 mg/deň preukázal redukciu KV príhod (koronárných, cerebrovaskulárných), ale nerovnako u chorých podľa ich rasovej príslušnosti: u belochov o 40 %, ale u aziatov len o 24 % (asi je tomu tak preto, že u aziatov hrajú vyššiu úlohu cerebrovaskulárne príhody a menej kardiovaskulárne)
- Štúdia HPS2-THRIVE s niacinom nepreukázala KV benefit, naopak narástol výskyt nežiaducich účinkov tejto liečby: kožných infekcií, nárast krvácaní, vzostup výskytu diabetu a vzostup porúch kontroly glykémie u diabetikov
- Štúdia PROVE IT u akútnych koronárných syndrómov bola úspešná (atorvastatín 80 mg denne bol lepší ako pravastatín 40 mg denne) v redukcii KV príhod
- Štúdia IMPROVE IT ukázala benefit v redukcii KV príhod pri podávaní ezetimibu
- CTT collaboration (asi 170 000 pacientov, 26 štúdií): redukcia LDL-C v sére o 1 mmol/l vedie k 21% redukcii KV príhod
- Čakáme na výsledky dvoch štúdií s PCSK9 inhibítormi: evolokumab (FOURIER, asi výsledky na jar na kongrese ACC, USA v roku 2017) a alirokumab (ODYSSEY OUTCOMES s prezentáciou asi koncom roku 2017), tu čakáme u oboch štúdií významný KV benefit. Čaká nás teda riešenie praktického klinického problému, kedy s touto liečbou začať a u koho?

Prof. **R. Češka** (Česko) pripomenul podstatné informácie z guidelines 2016 ESC/EAS, prezradil aj skúsenosti z ich centra, v ktorom bolo asi 300 chorých randomizovaných do viacerých štúdií: pacienti privítali liečbu PCSK9 inhibítormi (injekčná), čo je pre benefit týchto látok veľmi dôležité. Prezentoval čerstvé výsledky štúdie GLAGOV z novembrového kongresu v USA z roku 2016: evolokumab významne redukoval veľkosť plaku v koronárnej artérii (vyšetrením pomocou IVUS analýzy). Zmienil sa tiež o ukončení štúdií s bokocizumabom – tu nešlo o nežiaduce účinky, ale nižší efekt liečby bol asi v súvisi so zvýšenou tvorbou protilátok voči bokocizumabu u liečených. Záverom zdôraznil, že hlavnou liečbou pri hypercholesterolémii je statín, potom ezetimib (často v kombinácii), u diabetikov asi siahneme i po fenofibráte, a veľa čakáme od výsledkov PCSK9 inhibítorov.

Doc. **T. Štulc** (Česko) sa venoval liečbe familiárnej chylomikronémie, čo je veľmi zriedkavé ochorenie. Je to monogénne ochorenie s výskytom asi 1–2 prípady na 10<sup>6</sup> osôb a v 95 % prípadov chorých je príčinou stavu

deficit LPL - lipoprotein lipázy. V liečbe uplatňujeme diétu, mipomersen, lomitapib a génovú liečbu (alitogén, tiparovec, čo je extrémne finančne nákladná liečba)

### **Sekcia General internal medicíny**

Prof. **M. Durusu Tanrioverová** (Turecko) prezentovala prístupy k vakcinácii dospelých u zraniteľných pacientov: starší, diabetici, osoby s chronickými ochoreniami (respiračnými, pri srdcovom zlyhávaní, u hepatopatie, u renálnej insuficiencie a pod).

Prof. **R. Češka** rozobral podrobne problematiku kompliance k liečbe a venoval sa aj nefarmakologickému prístupu. Prezentoval surveye a štúdie dokladujúce nedobrá kompliance pacientov. Je to veľký ale pre prax veľmi dôležitý problém. Je treba o ňom nielen hovoriť, ale je potrebné ho postupne (edukáciou) i riešiť.

**Sekcia Intenzívnej starostlivosti** v internej medicíny mala dve vystúpenia. Prof. **K. Cvachovec** (Česko) ako anesteziológ prebral prístup k liečbe ťažko chorých na oddeleniach intenzívnej starostlivosti. Definoval spoluprácu v tíme odborníkov a prof. **T. Janota** (Česko) prebral podrobne liečbu chorých s hypertenzívnou krízou.

Treba poďakovať profesorom Richardovi Češkovi a Jiřímu Widimskému (a ich tímu) za zostavenie pekného programu a za bezchybné zorganizovanie tohto podujatia. Osobne som bol rád, že som videl na tomto napodujatí aj slovenských účastníkov, niektorých aj s aktívnou účasťou.

**prof. MUDr. Ján Murín, CSc.**

**jan.murin@gmail.com**

I. interná klinika LF UK a UNB, Nemocnica Staré Mesto, Bratislava, Slovenská republika

**www.unb.sk**