ANGIO MIKULOV 2025

31. česko-slovenské angiologické sympozium s postgraduální tematikou

11.–13. června 2025
Hotel GALANT, Mikulov

PROGRAM A ABSTRAKTA



Vážené kolegyně, vážení kolegové,

dnešní doba je stále uspěchanější, práce je nepřeberně, odborné akce stíhají jedna druhou, opět se nám blíží letní prázdniny… Jsme velmi rádi, že jste se v tomto období před zaslouženým letním odpočinkem rozhodli pro účast na našem tradičním 31. česko-slovenském angiologickém sympoziu s postgraduální tematikou v Mikulově.

Jako vždy se snažil společný česko-slovenský programový výbor vybrat atraktivní témata a skvělé řečníky. Program zahájíme problematikou postižení karotického řečiště. V této oblasti se poslední dobou mnoho mění k lepšímu, zejména pak v přístupu k terapii. Ale neopomeneme ani následnou péčí po úspěšné intervenci. Následovat bude pro angiology neobvyklé zpestření – blok o sexuálním zdraví v kontextu cévních onemocnění. A na závěr vás čeká blok úžinových syndromů, což je pro mnoho z nás téma dosti exotické, s ne zcela dobře uchopitelným vyšetřovacími postupy i možnostmi řešení. Jako obvykle program doplní sekce sester, (nejen) zajímavé kazuistiky v posterové sekci a přednášky připravené ve spolupráci s partnery sympozia. Předpokládáme, že takové uspořádání našeho oblíbeného sympozia Vás zaujme.

Protože jsme odborná společnost plná pozitivně laděných jedinců, předpokládáme, že i mezi jednotlivými bloky odborného programu se nebudete nudit. Stále je o čem diskutovat. A nemusíte mít obavy – ani společenskou část sympozia jsme nepodcenili.

Vítejte v Mikulově na 31. česko-slovenském angiologickém sympoziu!

MUDr. Jiří Matuška
místopředseda České angiologické společnosti ČLS JEP

VŠEOBECNÉ INFORMACE

DATUM A MÍSTO KONÁNÍ

11.–13. června 2025
Hotel Galant Mikulov
Mlýnská 2
692 01 Mikulov
mikulov.galant.cz

POŘADATEL

Česká angiologická společnost ČLS JEP ve spolupráci se Slovenskou angiologickou společností SLS

MÍSTNÍ ORGANIZAČNÍ VÝBOR

MUDr. Jiří Matuška (Hodonín)
MUDr. Jan Stráník (Břeclav)

PROGRAMOVÝ VÝBOR A KOORDINÁTOŘI ODBORNÝCH SEKCÍ

MUDr. Alena Broulíková, CSc. (Praha)
doc. MUDr. Denisa Čelovská, PhD. (Bratislava)
MUDr. Tomáš Hauer (České Budějovice, Praha)
doc. MUDr. Jana Hirmerová, Ph.D. (Plzeň)
MUDr. Samuel Heller, Ph.D. (Příbram, Praha)
MUDr. Miroslav Chochola, CSc. (Praha)
MUDr. Simon Jirát (Praha)
doc. MUDr. Debora Karetová, CSc. (Praha)
MUDr. Dušan Kučera, Ph.D., MBA (Ostrava, Praha)
doc. MUDr. Jean-Claude Lubanda, Ph.D. (Praha)
doc. MUDr. Juraj Maďarič, PhD., MPH (Bratislava)
MUDr. Jiří Matuška (Hodonín)
MUDr. Karel Roztočil, CSc. (Praha)
MUDr. Petr Vařejka (Praha, Bratislava)

SEKRETARIÁT SYMPOZIA

AMCA, spol. s r. o.
Academic and Medical Conference Agency
Vyšehradská 320/49
128 00 Praha 2
t: +420 221 979 351, +420 731 496 062
e: amca@amca.cz
www.amca.cz

REGISTRAČNÍ HODINY

Středa 11. června	17.00–20.00
Čtvrtek 12. června	8.00–17.30
Pátek 13. června	8.30–12.30

VÝSTAVA

Výstava odborných firem bude probíhat v lobby, baru Galerie a sálu Pálava.

STRAVOVÁNÍ

Občerstvení během kávových přestávek bude k dispozici v prostorách výstavy odborných firem (v lobby, baru Galerie a sálu Pálava).

Páteční oběd bude podáván v hotelové restauraci.

DOPROVODNÝ PROGRAM

Čtvrtek 12. června, 19.30
Večeře s hudbou v hotelu Galant.

OHODNOCENÍ

Sympozium je akreditováno Českou lékařskou komorou a pořádáno dle stavovského předpisu ČLK číslo 16. ID akce: 121515

Pasivní účast: 8 kreditů

Aktivní účast: 1) hlavní autor přednášky: 7 kreditů, 2) spoluautor přednášky: 5 kreditů, 3) hlavní autor posteru: 5 kreditů, 4) 1. a 2. spoluautor posteru: 3 kredity, 5) 3. a další spoluautoři posteru: 1 kredit.

Kredity získané za aktivní i pasivní účast budou členům ČLK připsány na jejich členské účty ve Vzdělávacím portálu ČLK (www.vzdelavanilekaru.cz).

Certifikáty budou účastníkům rozeslány e-mailem po skončení sympozia.

ZLATÝ PARTNER

SERVIER
moved by you

STŘÍBRNÍ PARTNEŘI

ALFASIGMA

ZENTIVA

BRONZOVÍ PARTNEŘI

NOVARTIS

novo nordisk®

Medtronic

sanofi

Pierre Fabre
Médicament

VIATRIS

VARIO MEDICAL

Finanční příspěvky uvedených partnerů a vystavovatelů budou využity výhradně na financování realizace odborné části sympozia.

VYSTAVOVATELÉ

A care
in the best care

Advanced Medical Solutions

Aries MEDICAL PRODUCTS

Boston Scientific
Advancing science for life™

coroline

EMS

KOPSA LYMFOVEN

labmark

LOANA
since 1889

Maxis medi

SANDOZ

SCANLAB PRAHA

Stimcare

EVLA laser s.r.o.

MEDIÁLNÍ PARTNEŘI

GEUM

KAZUISTIKY v angiologii
angiologie.kazuistiky.cz

EUNI ANGIO SPECIAL

proLékaře
www.prolekare.cz

proSestru.cz

causa subita

svět praktické MEDICÍNY

MEDICÍNA

AKONITE nakladatelství lékařské literatury

HEMATOLOGIE-online.cz
Konzultační a vzdělávací portál pro lékaře

PŘEHLED PROGRAMU

ČTVRTEK 12. 6.	SÁL AURELIUS	SALONEK SAUVIGNON
9.00–10.20	Sekce 1 – Revaskularizace karotid – kdy, komu a jak I	
10.20–10.40	Sekce 2 – Mini-sympozium ve spolupráci se společností Novartis	
10.40–11.10	přestávka a posterová sekce	
11.10–12.10	Sekce 3 – Revaskularizace karotid – kdy, komu a jak II	Sekce 6 – Sesterská sekce
12.15–12.45	Členská schůze České angiologické společnosti ČLS JEP	
12.45–13.45	oběd	
13.45–15.00	Sekce 4 – Optimální léčba angiologických pacientů (ve spolupráci s partnery sympozia)	
15.00–15.30	přestávka	
15.30–17.15	Sekce 5 – Sexuální zdraví a cévní nemoci	Workshop ve spolupráci se společností Advanced Medical Solutions
17.15–17.20	přestávka	
17.20–18.00	Schůzka Pracovní skupiny ambulantních angiologů	

PÁTEK 13. 6.	SÁL AURELIUS
9.00–10.40	Sekce 7 – Úžinové syndromy
10.40–11.10	přestávka
11.10–11.25	Sekce 8 – Mini-sympozium ve spolupráci se společností Alfasigma
11.25–12.25	Sekce 9 – Sympozium ve spolupráci se společností Servier

ODBORNÝ PROGRAM

STŘEDA 11. 6. SÁL AURELIUS

19.30–20.00 ZAHÁJENÍ SYMPOZIA

doc. MUDr. Debora Karetová, CSc. (Praha)
MUDr. Jiří Matuška (Hodonín)

ČTVRTEK 12. 6. SÁL AURELIUS

9.00–10.20 SEKCE 1 – REVASKULARIZACE KAROTID – KDY, KOMU A JAK I

předsedající: MUDr. Dušan Kučera, Ph.D., MBA (Ostrava, Praha),
doc. MUDr. Juraj Maďarič, PhD., MPH (Bratislava)

1. **Současné zobrazovací možnosti detekce vulnerabilního plátu karotické tepny a perspektivy do budoucna**
   MUDr. Dušan Kučera, Ph.D., MBA (Ostrava, Praha)
2. **Ultrazvukové a laboratorní markery nestabilního plátu karotické tepny s rizikem iCMP**
   prof. MUDr. Jan Piťha, CSc. (Praha)
3. **Jaké je roční riziko iCMP asymptomatické karotické stenózy při agresivní antitrombotické a hypolipidemické léčbě?**
   MUDr. Tomáš Peisker, Ph.D. (Praha)
4. **Výsledky CEA a CAS u pacientů starších 80 let**
   doc. MUDr. Juraj Maďarič, PhD., MPH (Bratislava)

10.20–10.40 SEKCE 2 – MINI-SYMPOZIUM VE SPOLUPRÁCI SE SPOLEČNOSTÍ NOVARTIS

5. **Vysoce intenzivní farmakologická léčba lipémie u pacientů s high-risk aterosklerotickými pláty**
   MUDr. Tomáš Hauer (České Budějovice, Praha)

10.40–11.10 přestávka a posterová sekce
(seznam posterů je k dispozici na konci programu)

11.10–12.10 SEKCE 3 – REVASKULARIZACE KAROTID – KDY, KOMU A JAK II

předsedající: MUDr. Dušan Kučera, Ph.D., MBA (Ostrava, Praha),
prof. MUDr. Roman Herzig, Ph.D. (Hradec Králové)

6. **Bezpečnost a účinnost karotické endarterektomie a intravenózní trombolýzy u akutní ischemické cévní mozkové příhody při okluzi cervikálního úseku vnitřní krkavice**
   prof. MUDr. Roman Herzig, Ph.D., et al. (Hradec Králové)
7. **Můžeme počítat se zlepšením mentálních funkcí u pacientů s kognitivním deficitem, kteří podstupují karotickou revaskularizaci?**
   MUDr. David Lauer (Praha)

8. **Akutní iCMP s tandemovou lézí – léčit nejdříve karotidu a poté intrakraniální uzávěr?**
MUDr. Tomáš Hauer (České Budějovice, Praha)

12.15–12.45 **ČLENSKÁ SCHŮZE ČESKÉ ANGIOLOGICKÉ SPOLEČNOSTI ČLS JEP**

12.45–13.45 **oběd**

13.45–15.00 **SEKCE 4 – OPTIMÁLNÍ LÉČBA ANGIOLOGICKÝCH PACIENTŮ (VE SPOLUPRÁCI S PARTNERY SYMPOZIA)**

předsedající: MUDr. Tomáš Hauer (České Budějovice, Praha), doc. MUDr. Jean-Claude Lubanda, Ph.D. (Praha)

9. **Farmakologická léčba vaskulárních pacientů s obezitou (ve spolupráci se společností Novo Nordisk)**
MUDr. Jiří Matuška (Hodonín)

10. **Endovaskulární léčba pacientů s vysoce symptomatickou proximální žilní trombózou (ve spolupráci se společností Stimcare)**
MUDr. David Lauer (Praha)

11. **Léčba pacientů s vysoce kalcifikovanými lézemi (pánevní tepny, viscerální tepny, větve aortálního oblouku) (ve spolupráci se společností VarioMedical Plus)**
MUDr. Samuel Heller, Ph.D. (Příbram, Praha)

12. **Léčba pacientů s akutní končetinovou ischemií pomocí tromboaspirace (ve spolupráci se společností COROLINE)**
MUDr. Dušan Kučera, Ph.D., MBA (Ostrava, Praha)

13. **IVUS v intervenční léčbě pacientů s žilním a tepenným onemocněním (ve spolupráci se společností A care)**
MUDr. Tomáš Hauer (České Budějovice, Praha)

15.00–15.30 **přestávka**

15.30–17.15 **SEKCE 5 – SEXUÁLNÍ ZDRAVÍ A CÉVNÍ NEMOCI**

předsedající: MUDr. Petr Vařejka (Praha), doc. MUDr. Michal Semrád, CSc. (Ústí nad Labem)

14. **Erektilní dysfunkce – význam a léčba**
prof. MUDr. Jan Bultas, CSc. (Praha)

15. **Možnosti vyšetření a léčby cévních příčin poruch erekce – pohled androloga**
MUDr. Libor Zámečník, Ph.D. (Praha)

16. **Možnosti chirurgické léčby erektilní dysfunkce**
doc. MUDr. Michal Semrád, CSc. (Ústí nad Labem)

17. **Arteriální příčiny erektilní dysfunkce a možnosti endovaskulární léčby**
MUDr. Petr Vařejka (Praha)

18. **Venogenní erektilní dysfunkce**
MUDr. Tomáš Padrta (Praha)

19. **Případ potraumatického priapismu u mladého muže a jeho endovaskulární léčba**
MUDr. Samuel Heller, Ph.D. (Příbram, Praha)

20. **Rizika a benefity hormonální substituční léčby u postmenopauzálních žen**
doc. MUDr. Debora Karetová, CSc. (Praha)

17.15–17.20 **přestávka**

17.20–18.00 **SCHŮZKA PRACOVNÍ SKUPINY AMBULANTNÍCH ANGIOLOGŮ**

ČTVRTEK 12. 6. SALONEK SAUVIGNON

11.10–12.20 **SEKCE 6 – SESTERSKÁ SEKCE**

předsedající: prof. MUDr. Jan Bultas, CSc., Bc. Marie Kratochvílová (Praha)

21. **Thoracic outlet syndrom**
Bc. Marie Kratochvílová, et al. (Praha)

22. **Co se může skrývat za trombózou**
Michaela Tenklová, et al. (Praha)

23. **Mnohočetná aneurysmata – život na vlásku**
Světlana Křepinská, et al. (Praha)

24. **Pohled na nově otevřené komplexní oddělení zaměřené na onemocnění cév – kazuistiky pozdní infekce stentgraftu břišní aorty s náhradou alograftem**
Eliška Nábělková, DiS., et al. (Praha)

25. **Léčba křečových žil v angiologické ambulanci**
Kateřina Válková (Ostrava)

26. **Použití bioimpedančního měření v angiologii**
Mária Halamíčková (Hodonín)

27. **Lokální oxygeno-ozonoterapie a Capraderm – součást komplexní péče ke snížení počtu reulcerací a amputací diabetiků**
MUDr. Emil Záhumenský (Zlín)

15.30–16.30 **WORKSHOP VE SPOLUPRÁCI SE SPOLEČNOSTÍ ADVANCED MEDICAL SOLUTIONS**

vedoucí workshopu: MUDr. Martin Petrlík (Žďár nad Sázavou)

9.00–10.40 SEKCE 7 – ÚŽINOVÉ SYNDROMY

předsedající: doc. MUDr. Denisa Čelovská, PhD. (Bratislava), doc. MUDr. Debora Karetová, CSc. (Praha)

28. **Komplexný pohľad na diagnostiku abdominálnych vazokompresných syndrómov**
MUDr. Lukáš Vincze, doc. MUDr. Juraj Maďarič, PhD., MPH (Bratislava)

29. **Eagle syndróm**
MUDr. Igor Šinák (Martin)

30. **Endovaskulárna liečba May-Thurner syndrómu**
MUDr. Martin Koščo, PhD., MHA, MUDr. Viktor Kožár (Košice)

31. **Syndróm hornej hrudnej apertúry – diagnostické výzvy a klinické nástrahy**
doc. MUDr. Denisa Čelovská, PhD., MUDr. Stela Kašperová, MUDr. Miroslav Malík (Bratislava)

32. **TOS žilní a tepenný – kazuistiky**
MUDr. Johana Horáková (Praha)

10.40–11.10 přestávka

11.10–11.25 SEKCE 8 – MINI-SYMPOZIUM VE SPOLUPRÁCI SE SPOLEČNOSTÍ ALFASIGMA

33. **Význam sulodexidu v komplexní léčbě bércových ulcerací**
doc. MUDr. Veronika Slonková, Ph.D. (Znojmo, Brno)

11.25–12.25 SEKCE 9 – SYMPOZIUM VE SPOLUPRÁCI SE SPOLEČNOSTÍ SERVIER

34. **Žilní porucha dolních končetin z nežilních příčin**
doc. MUDr. Dalibor Musil, Ph.D. (Ostrava)

35. **Potrombotický syndrom**
MUDr. Vladimír Jetmar (Ostrava)

36. **Sekundární chronické žilní onemocnění – případy z praxe**
MUDr. Markéta Kaletová (Olomouc)

POSTEROVÉ PREZENTACE:

P1. Eponymická pojmenování žil končetin
V. Musil, M. Modrý, P. Němčíková, J. Mrzílková, D. Kachlík (Praha, České Budějovice, Jihlava)

P2. Akutní trombóza mezenterické žíly a její následky řešené multiviscerální transplantací
H. Čermáková, K. Roztočil, J. Chlupáč, M. Kudla, L. Janoušek, J. Froněk (Praha)

P3. Nevšední komplikace po CAS s nutností chirurgické revaskularizace – kazuistiky
J. Horák, M. Pirkl, F. Krampota, T. Daněk (Pardubice)

P4. Ultrasonografické sledování nemocných po endovaskulární laserové ablaci (EVLA) křečových žil
K. Šafaříková[1,2], D. Ručka[2], O. Kuchař[1] ([1]Praha, [2]Mělník)

P5. Entrapment syndrom popliteální tepny jako vzácná příčina subakutní končetinové ischemie
V. Pavliňák, P. Lukáč, P. Mitáš, S. Beran (Praha)

P6. Žilní trombóza s plicní embolií a paradoxní embolizací do končetinových tepen
G. Štěrbáková, J. Rezek, V. Buriánek, V. Beránek (Plzeň)

ABSTRAKTA

AKUTNÍ TROMBÓZA MEZENTERICKÉ ŽÍLY A JEJÍ NÁSLEDKY ŘEŠENÉ MULTIVISCERÁLNÍ TRANSPLANTACÍ

H. Čermáková[1], K. Roztočil[1], J. Chlupáč[1,2], M. Kudla[1], L. Janoušek[1,3], J. Froněk[1,2,4]
[1]Klinika transplantační chirurgie IKEM, Praha
[2]2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha
[3]1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha
[4]1. chirurgická klinika, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Úvod
Akutní žilní mezenterická trombóza je závažný stav postihující asi 1 % populace. Dochází při ní k hemorhagické infarzaci střeva a může progredovat do střevní nekrózy vyžadující chirurgický zásah. Viscerální trombóza může komplikovat zánětlivé procesy v dutině břišní, vyskytuje se s některými nitrobřišními nádory nebo je důsledkem chronické žilní kongesce. Často bývá její příčinou vrozený hyperkoagulační stav. Projevuje se akutní břišní bolestí a její diagnostika je většinou na základě CT vyšetření. Čím je diagnóza a následný postup opožděnější, tím je horší prognóza pacienta. Pacienti jsou od počátku diagnózy plně antikoagulováni. Třetina pacientů je opakovaně chirurgicky revidována. Délka plné antikoagulace závisí na vyvolávající příčině, ale nebývá kratší než 6 měsíců. Mortalita žilní viscerální trombózy je mezi 20–60 %, u pacientů chirurgicky opakovaně revidovaných až 75 %.

Kazuistika
Mladý doposavad zdravý 34letý muž (ročník 1981) byl v roce 2015 na studijním pobytu v Japonsku. Byl přivezen do nemocnice v Kawasaki pro akutní bolest břicha, kde na základě vstupních odběrů a CT břicha byl ihned indikován k explorativní laparotomii pro nález trombózy v.mesenterica sup.MS a v.portae a nekrózu omenta. Místní lékaři se snažili o trombectomii a lokální trombolýzu – neúspěšně. Pacient se horšil cirkulačně do multiorgánového selhání. Byl opakovaně revidován a resekovány další nekrotické části tenkého a tlustého střeva s konečným ponecháním 50 cm jejuna a 20 cm ilea. Diagnostikována heparinem indukovaná trombocytopenie, trombóza ilikokavální a intermediate risk plicní embolie. Pacient byl na plné antikoagulační terapii argatrobanem a postupně během několika měsíců se stabilizoval jeho celkový stav. Po 4 měsících v japonské nemocnici byl přeložen na Kliniku transplantační chirurgie IKEM s již nevratným uzávěrem portálního řečiště, splenomegálií, jaterní cirhózou a jejími komplikacemi a syndromem krátkého střeva. Pacient byl na plné antikoagulační terapii a odkázán na parenterální výživu. Na našem pracovišti jsme došetřili příčinu vzniku portomezenterické trombózy, byla odhalena pozitivita JAK 2 mutace. Z trepanobiopsie bylo patrné incipientní myeloproliferativní onemocnění, které se v periferní krvi manifestovalo až později jako esenciální trombocytémie. Pacient s ohledem na progredující jaterní cirhózu, opakované krvácení z jícnových varixů a syndrom krátkého střeva byl indikován k multivisceální transplantaci, tato proběhla 7/2016. U pacienta je od záchytu diagnózy trvale léčeno myeloproliferativní onemocnění, trvale užívá kombinaci acetylsalicylové kyseliny a fondaparinuxu s ohledem na prevenci rekurence trombózy. Pacient je 10 let od této život ohrožující příhody a 8,5 roku po úspěšné multivisceální transplantaci zcela zdráv a chystá se znovu na pracovní pobyt do Japonska.

Závěr
Portomezenterická trombóza je závažná diagnóza s vysokou mortalitou. 30–40 % pacientů s tímto typem trombózy má myeloproliferativní onemocnění s vysokou prevalencí JAK 2 mutace.

Tato proběhlá diagnóza může mít dlouhodobé následky, které se v několika případech na naší klinice podařilo úspěšně řešit multiviscerální transplantací.

BEZPEČNOST A ÚČINNOST KAROTICKÉ ENDARTEREKTOMIE A INTRAVENÓZNÍ TROMBOLÝZY U AKUTNÍ ISCHEMICKÉ CÉVNÍ MOZKOVÉ PŘÍHODY PŘI OKLUZI CERVIKÁLNÍHO ÚSEKU VNITŘNÍ KRKAVICE

R. Herzig[1], I. Guňka[2], S. Ostrý[3], J. Fiedler[4], V. Přibáň[5], M. Kovář[6], P. Štádler[7], O. Škoda[8], J. Neumann[9], V. Kunešová[10]; jménem Emergent CEA in Acute Ischemic Stroke Study Group
[1]Neurologická klinika, KCC, LF UK v Hradci Králové a FN Hradec Králové
[2]Chirurgická klinika, FN Hradec Králové
[3]Neurologické oddělení, KCC, Nemocnice České Budějovice
[4]Neurochirurgické oddělení, KCC, Nemocnice České Budějovice
[5]Neurochirurgická klinika, LF UK v Plzni a FN Plzeň
[6]Neurologické oddělení, KCC, Nemocnice Na Homolce, Praha
[7]Oddělení cévní chirurgie, Nemocnice Na Homolce, Praha
[8]IC, Neurologické oddělení, Nemocnice Jihlava
[9]Neurologické oddělení, Krajská zdravotní – Nemocnice Chomutov
[10]VVI CZECRIN, Brno

Úvod
Akutní ischemická cévní mozková příhoda (iCMP) při akutní okluzi cervikálního úseku arteria carotis interna (cACI) je často spojena s těžkým a přetrvávajícím neurologickým deficitem a vysokou mortalitou. Jedinou standardní léčebnou metodou je intravenózní trombolýza (IVT). Emergentní karotická endarterektomie (CEA) použitá samostatně nebo v kombinaci s IVT představuje experimentální alternativu. Cílem bylo zhodnotit bezpečnost a účinnost IVT, emergentní CEA a IVT + CEA u pacientů s akutní iCMP při akutní okluzi cACI.

Metodika
V retrospektivní multicentrické studii tvořilo skupinu IVT 41 pacientů (26 mužů; medián věku 72 [60–79] let), skupinu IVT + CEA 31 pacientů (26 mužů; medián věku 70 [63–77] let) a skupinu CEA 61 pacientů (45 mužů; medián věku 68 [61–75] let). Tříměsíční výsledný klinický stav byl hodnocen pomocí modifikované Rankinovy škály (mRS) s dobrým výsledným klinickým stavem definovaným jako mRS 0–3. K identifikaci nezávislých prediktorů dosažení dobrého 3měsíčního výsledného klinického stavu a 3měsíční mortality byla použita logistická regresní analýza.

Výsledky
Ve skupinách IVT, IVT + CEA a CEA byly zjištěny následující výsledky: dosažení rekanalizace cACI 17,1 %, 77,4 % a 88,5 %; dobrý 3měsíční výsledný klinický stav 56,1 %, 74,2 % a 89,8 %; 3měsíční mortalita 22,0 %, 19,4 % a 6,8 % ($p<0,05$ ve všech případech pro porovnání IVT vs. CEA). Použití samotné CEA bylo identifikováno jako nezávislý pozitivní prediktor dosažení dobrého 3měsíčního výsledného klinického stavu (OR 5,185; 95% CI: 1,973–13,63; $p=0,0009$) a nezávislý negativní prediktor 3měsíční mortality (OR 0,295; 95% CI: 0,07112–0,8754; $p=0,0329$).

Závěr

V této retrospektivní multicentrické studii bylo použití samotné emergentní CEA u pacientů s akutní iCMP při akutní okluzi cACI spojeno s vyšší mírou rekanalizace cACI a dosažení dobrého 3měsíčního výsledného klinického stavu a s nižší 3měsíční mortalitou ve srovnání s IVT.

Grantová podpora: Podpořeno sítí STROCZECH v rámci výzkumné infrastruktury CZECRIN (č. projektu LM2023049) financované státním rozpočtem ČR, Univerzitou Karlovou (program Cooperatio, vědní oblasti NEUR) a MZ ČR – RVO (FNHK, 00179906).

NEVŠEDNÍ KOMPLIKACE PO CAS S NUTNOSTÍ CHIRURGICKÉ REVASKULARIZACE – KAZUISTIKY

J. Horák, M. Pirkl, F. Krampota, T. Daněk
Oddělení cévní a plastické chirurgie, Komplexní kardiovaskulární centrum – Pardubická nemocnice, NPK, a.s., Pardubice

Úvod

Stenoticko-okluzivní postižení karotického extrakraniálního povodí na podkladě aterosklerózy zaujímá poměrně rozsáhlou část problematiky řešené na pracovištích cévní chirurgie nebo intervenční angiologie. Studie z *The Lancet Global Health* z roku 2020 uvádí, že v populaci z celého světa od 30 do 79 let se stenóza karotických tepen vyskytuje v 1,5 %. Dle literatury, okolo 20 % cévních mozkových příhod má svůj původ právě v karotickém povodí. Tato data nám otevírají pole působnosti v operačním či intervenčním řešení. Nejčastějšími revaskularizačními metodami jsou dnes klasická chirurgická endarterektomie (CEA), která nadále má své jasné indikační místo a méně invazivní karotická stentáž (CAS), která doplnila od 80. let chirurgickou metodu.

Metoda

V našich souborech pacientů pozorujeme nárůst incidence aterosklerotického postižení karotického povodí, za rok 2024 byla revaskularizace této oblasti řešena u 120 pacientů, z toho 71 karotickou stentáží (CAS) a 49 karotickou endarterektomií (CEA).
Autoři ve svém sdělení prezentují dvě kazuistiky pacientů po CAS, kde v prvním případě došlo k časné fraktuře stentu, s nutností chirurgické explantace a v druhém k dislokaci stentu se suboptimálním efektem s nemožností dalšího přestentování. I v druhém případě bylo přistoupeno k explantaci stentu s následnou desobliterací. V obou případech se jednalo o pacienty primárně určené k metodě CAS, chirurgický výkon byl tedy původně u nich považován za více rizikový.

Závěr

Autoři pojednávají o zkušenostech chirurgického řešení komplikací po CAS, které nenesou jednoznačná doporučení a vždy se jedná o vysoce individualizovaný přístup. Velmi elegantní metoda CAS, která ve většině případů řeší časné, ale i pozdní restenózy po CEA, může v určitých situacích vyžadovat chirurgickou pomoc. Podmínkou však zůstává multidisciplinární přístup cévních chirurgů, intervenčních radiologů, potažmo intervenčních angiologů.

CEA – Carotid endarterectomy
CAS – Carotid artery stenting

THORACIC OUTLET SYNDROM

M. Kratochvílová, J. Horáková, I. Hermanová
VFN, Praha

Thoracic outlet syndrom (TOS) je onemocnění způsobené útlakem nervově cévního svazku podél jeho průběhu přes horní hrudní aperturu do podpaží. Nejčastěji se jedná o neurogenní postižení, dále asi v 10–15 % dochází k postižení žil a v 1 % bývají postižené tepny. Žilní TOS je charakterizován kompresí veny subclavia mezi klíční kostí a prvním žebrem. Kazuistika bude pojednávat o 42letém pacientovi s akutní hlubokou žilní trombózou levé horní končetiny v rozsahu vena subclavia, vena axilaris, vena brachialis při žilním TOS, léčeném lokální trombolýzou a perkutánní angioplastikou.

MNOHOČETNÁ ANEURYSMATA – ŽIVOT NA VLÁSKU

S. Křepinská, J. Brtková, J. Horáková
VFN, Praha

Aneurysma je rozšíření všech vrstev cévní stěny nad 50 % původního průměru. Může postihnout jakoukoli tepnu, nejčastěji bývá postižená subrenální abdominální aorta. Vzácně se vyskytují mnohočetná aneurysmata viscerálních tepen, která mohou být dlouhodobě asymptomatická. Prvním projevem je pak ruptura tepny s život ohrožujícím krvácením.

Součástí prezentace je kazuistika 31letého muže, který byl hospitalizován pro hemoragický šok při spontánní ruptuře jednoho z mnoha aneurysmat.

EPONYMICKÁ POJMENOVÁNÍ ŽIL KONČETIN

V. Musil[1,2,3], M. Modrý[1], P. Němčíková[4,5], J. Mrzílková[6], D. Kachlík[2,3,7]
[1]Středisko vědeckých informací, 3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha
[2]Ústav anatomie 2. LF UK, Praha
[3]CESKA – Centrum pro endoskopickou, chirurgickou a klinickou anatomii 2. LF UK, Praha
[4]Interní klinika, 3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha
[5]Oddělení nukleární medicíny, Nemocnice České Budějovice
[6]Ústav anatomie, 3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha
[7]Katedra zdravotnických studií VŠPJ, Jihlava

Eponyma jsou krátkým a jednoduchým druhem pojmenování. Bohužel nejsou transparentní, příznačná a občas dělají problém svojí výslovností. Navíc nejsou od roku 1955 uznávanou součástí latinského anatomického názvosloví, kromě několika termínů, které byly přímo do latinské anatomické nomenklatury převzaty, a netýkají se však vůbec žil. Většina eponym ve vztahem k flebologii se váže k žilním perforátorům končetin, zejména dolních a dále spíše k povrchovým žílám dolní končetiny a jejich kompártmentu. Obsahem tohoto sdělení je přinést přehled eponym týkajících se anatomie žil a jejich blízkých struktur na končetinách, doplněný o latinské ekvivalenty a definice, včetně dalších informací o osobách, po nichž jsou struktury pojmenovány.

Grantová podpora: COOP 33.

POHLED NA NOVĚ OTEVŘENÉ KOMPLEXNÍ ODDĚLENÍ ZAMĚŘENÉ NA ONEMOCNĚNÍ CÉV – KAZUISTIKY POZDNÍ INFEKCE STENTGRAFTU BŘIŠNÍ AORTY S NÁHRADOU ALOGRAFTEM

E. Nábělková[1], J. Chlupáč[2,3], T. Eckhardt[1], P. Procházka[1], J. Piťha[1]
[1]Klinika kardiologie, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha
[2]Klinika transplantační chirurgie, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha
[3]Ústav anatomie, 2. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha

Úvod

Nově otevřené Oddělení monitorace po invazivních výkonech je moderní specializované pracoviště zaměřené na komplexní péči o pacienty před a po endovaskulárních výkonech. Nachází v nové budově, která je navržena s důrazem na komfort, bezpečnost a podporu časné rekonvalescence. Oddělení je vybaveno moderními technologiemi a poskytuje vysoký standard lékařské i ošetřovatelské péče. Péče je zaměřena na široké spektrum výkonů, zahrnující implantace stentgraftů při léčbě aneuryzmat břišní a hrudní aorty, řešení syndromu pánevní kongesce, trombolýzu akutních tepenných a žilních trombóz a další pokročilé intervenční zákroky. Klíčovou roli hraje mezioborová spolupráce, zejména s centrem diabetologie a cévní chirurgií, která umožňuje komplexní přístup jak k endovaskulárním i chirurgickým řešením cévních onemocnění.

Soubor kazuistik

V krátkém časovém období byli na našem oddělení hospitalizováni čtyři pacienti s komplikovanou pozdní infekcí stentgraftů břišní aorty. Všichni pacienti byli dlouhodobě léčeni cílenou antibiotickou terapií dle kultivačních nálezů, ve spolupráci s oddělením klinické mikrobiologie a infekčního lékařství. U tří pacientů byla indikována explantace infikovaného stentgraftu s následnou cévní rekonstrukcí aorto-bi-iliackou náhradou, a to buď čerstvým tepenným alograftem, nebo kryokonzervovaným homograftem v závislosti na dostupnosti a stavu pacienta. Tyto výkony jsou propojené svojí extrémní technickou náročností a následným dlouhodobým pobytem na ARO a chirurgickém oddělení. Peroperačně byly u jednotlivých případů zjištěny komplikace, jako rozsáhlé retroperitoneální adheze či aorto-duodenální píštěl. U čtvrtého pacienta byla zatím provedena balonková angioplastiku bércových tepen jako příprava k následné transmetatarzální amputaci levé dolní končetiny (sanace osteomyelitidy jako zdroje infektu). U dvou operovaných pacientů došlo v důsledku systémové zánětlivé odpovědi a peroperační hypoperfuze k akutnímu poškození ledvin s nutností zahájení dočasné hemodialýzy. Všichni pacienti vyžadovali intenzivní podpůrnou terapii, včetně parenterální výživy, korekce vnitřního prostředí a kontinuální laboratorní monitoraci. Tyto případy jasně ilustrují závažnost a komplexnost problematiky infekcí cévních rekonstrukcí, zejména v oblasti abdominální aorty. Neméně důležitou a významnou součástí léčebného procesu byla ošetřovatelská péče, náročná jak po fyzické, tak psychické stránce, poskytována jak v předoperačním, tak v pooperačním období.

Závěr

Intraabdominální infekce endograftu představuje závažné onemocnění spojené s významnou morbiditou a mortalitou. V krátkem časovém úseku jsem se setkali se čtyřmi případy, což podtrhuje aktuálnost a naléhavost této problematiky. Úzká spolupráce mezi angiologií, cévní chirurgií, intervenční radiologií, anesteziologií, infektologií, dialýzou, rehabilitací a dalšími specializacemi je klíčová pro úspěšné vysoce rizikových stavů a významně přispívá ke zlepšení prognózy a kvality života pacientů po invazivních cévních výkonech. Všichni pacienti jsou v současné době ve stabilizovaném stavu.

Podpořeno projektem Národní institut pro výzkum metabolických a kardiovaskulárních onemocnění (Program EXCELES, číslo projektu: LX22NPO5104) – Financováno Evropskou unií – Next Generation EU. Podpořeno z programového projektu Ministerstva zdravotnictví ČR s reg. č. NW24J-02-00061. *Veškerá práva podle předpisů na ochranu duševního vlastnictví jsou vyhrazena.*

ENTRAPMENT SYNDROM POPLITEÁLNÍ TEPNY JAKO VZÁCNÁ PŘÍČINA SUBAKUTNÍ KONČETINOVÉ ISCHEMIE

V. Pavliňák[1], P. Lukáč[1], P. Mitáš[1], S. Beran[2]
[1]II. chirurgická klinika VFN a 1. LF UK, Praha
[2]II. interní klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Úvod
Entrapment syndrom popliteální tepny – popliteal artery entrapment syndrome (PAES), patří mezi vzácné příčiny ischemické choroby dolních končetin. Vzniká na podkladě mechanického útlaku cévního svazku myofasciálními strukturami při anatomické či funkční anomálii ve fossa poplitea. Ve většině případů se manifestuje klaudikacemi dolních končetin, komplikací pak bývá remodelace popliteální tepny, její trombotizace a následná bércová embolizace. Referujeme kazuistiku 51letého pacienta se subakutní končetinovou ischemií na podkladě trombotické okluze popliteální tepny. Po úspěšné endovaskulární léčbě dělenou lokální trombolýzou, byl cílenými manévry angiograficky i sonograficky potvrzen PAES. Pacient byl úspěšně definitivně ošetřen chirurgicky, byla provedena resekce m. popliteus, který tepnu komprimoval, a nahrazení postiženého úseku tepny popliteo-popliteálním žilním bypassem.

Metodika
Kazuistika, přehled a rozbor problematiky.

Závěr
Předloženou kazuistikou demonstrujeme komplexní diagnosticko-terapeutický management vzácné příčiny subakutního tepenného uzávěru popliteální tepny na podkladě PAES.

ULTRASONOGRAFICKÉ SLEDOVÁNÍ NEMOCNÝCH PO ENDOVASKULÁRNÍ LASEROVÉ ABLACI (EVLA) KŘEČOVÝCH ŽIL

K. Šafaříková[1,2], D. Ručka[2], O. Kuchař[1]
[1]Interní klinika FNB a 3. LF UK, Praha
[2]Cévní ambulance Mělník

Úvod
EVLA je moderní minimálně invazivní metoda léčby křečových žil, která nabízí alternativu ke klasické chirurgii. V následném sledování hraje klíčovou roli žilní ultrasonografie, která umožňuje hodnocení účinnosti intervence, diagnostiku možných komplikací a následně monitoraci jejich vývoje v čase.

Metodika
V intervalech 7 dnů, 3 týdny a 3 měsíce po EVLA byla provedena follow-upová žilní ultrasonografie, s cílem vyloučení známek časné rekanalizace, rozvoje EHIT (endothermal heat-induced thrombosis), flebotrombózy a přítomnosti flebitidy neošetřených epifasciálních větví.

Výsledky
Prezentujeme charakteristické ultrasonografické nálezy na 39 ošetřených žilách u prvních 28 pacientů, kteří podstoupili EVLA ambulantně, v tumescentní anestezii. V průběhu sledování byl v UZ obraze nejčastěji zachycen EHIT, a to na 10 ošetřených žilách – z toho na jedné žíle 2. typu, u dalších devíti žil 1. typu. U jednoho pacienta byla pozorována flebtida neošetřené epifasciální větve. Flebotrombóza či rekanalizace nebyly pozorovány u žádného z ošetřených pacientů.

Závěr
Ultrasonografické vyšetření je zásadní k hodnocení efektu terapie a v případě rozvoje komplikací umožňuje sledovat jejich vývoj. V prvním týdnu po provedené EVLA jsme na intervenované žíle, v ultrasonografickém obraze, pozorovali dilataci při jejím vyplnění objemným echogenním trombem. V dalších kontrolách, po třech týdnech a třech měsících, docházelo k jeho spontánní regresi a postupné retrakci žíly, a to i bez nutnosti podání antikoagulační terapie.

ŽILNÍ TROMBÓZA S PLICNÍ EMBOLIÍ A PARADOXNÍ EMBOLIZACÍ DO KONČETINOVÝCH TEPEN

G. Štěrbáková[1], J. Rezek[2], V. Buriánek[2], V. Beránek[3]
[1]I. interní klinika LF UK a FN Plzeň
[2]Klinika zobrazovacích metod LF UK a FN Plzeň
[3]Kardiologická klinika LF UK a FN Plzeň

Úvod
Při paradoxní embolii dochází k embolizaci trombu s původem v žilním systému do tepen systémového oběhu. Tato situace může nastat pouze za předpokladu existující komunikace mezi levou a pravou srdeční síní, což je nejčastěji perzistující otevřené foramen ovale (PFO) a současně za přítomnosti tlakového gradientu směřujícího z pravé síně do levé. K obrácení interatriálního gradientu může dojít při současné plicní embolii.

Kazuistika
Prezentujeme případ mladého muže, r. 1970, dosud interně nestonajícího, s negativní rodinou anamnézou TEN. V 5/2024 přijat primárně pro akutní ischemii PDK s ohrožením končetiny, současně ale anamnéza několik týdnů progredující námahové dušnosti, která se objevila po respiračním infektu, s den admise zhoršená.
Vstupní CT angiografie odhalila oboustrannou plicní embolii s objemnými emboly ve větvení obou plicních tepen, současně embolus ve větvení AIC l.dx, a AFC l.dx., sedlovitě přecházející do odstupů obou stehenních tepen, od AP do periferie tepny bez náplně.
Na ECHO patrná rozšířená PKS se středně sníženou celkovou systolickou funkcí. Pacient KP komp., zvýšená kardiospecifická laboratoř, plicní embolie s vyšším středním rizikem.
Jako zdroj embolizace na DUSG prokázána popliteo-crurální trombóza PDK.
V prvé době bylo nutné řešit akutní končetinovou ischemii, proto zahájena léčba kontinuálním heparinem, následně zaveden cestou levé femorální žíly kavální filtr, poté v celkové anestézii a za přerušení antikoagulace provedena chirurgem embolektomie pravé AFC/AFS/AFP s dobrým efektem. Po operaci pokračováno v antikoagulaci nejprve LMWH, následně apixabanem.
Na TEE potvrzeno podezření na PFO. Pokus o extrakci kaválního filtru byl neúspěšný, filtr ponechán jako trvalý.
Při kontrole v ambulanci pacient bez klaudikací, bez dušnosti. Genetickým vyšetřením zjištěna mutace genu pro protrombin v heterozygotní formě. Ve spolupráci s kardiology plánováno uzavření PFO.

Závěr
Uvedená kazuistika je příkladem skvělé mezioborové spolupráce cévních chirurgů, intervenčních radiologů, kardiologů a angiologů. Díky ní pacient původně s bezprostředním ohrožení nejen končetiny, ale i života, odchází z nemocnice ve výborném stavu domů.

CO SE MŮŽE SKRÝVAT ZA TROMBÓZOU

M. Tenklová, M. Kratochvílová, J. Horáková
VFN, Praha

Hluboká žilní trombóza (HŽT) spolu s akutním infarktem myokardu a cévní mozkovou příhodou bývá nejčastější postižením kardiovaskulárního systému. Většinou vzniká na dolních končetinách a pánvi. Závažnost HŽT spočívá v možnosti vzniku život ohrožující plicní embolie a chronické žilní insuficience. Pro tyto důvody je nutné flebotrombózu včas diagnostikovat a správně léčit. Cílem léčby v akutní fázi je zástava růstu trombu a jeho rozpuštění, regrese otoku končetiny a prevence plicní embolizace. V současné době představuje standardní způsob léčby antikoagulační terapie, u vybrané skupiny pacientů se závažnou proximální trombózou je možné použít endovaskulární léčbu, která zahrnuje lokální trombolýzu a mechanickou trombektomii systémem Clotriever INARI.

Součástí prezentace jsou kazuistiky dvou mladých pacientek.

LOKÁLNÍ OXYGENO-OZONOTERAPIE A CAPRADERM – SOUČÁST KOMPLEXNÍ PÉČE KE SNÍŽENÍ POČTU REULCERACÍ A AMPUTACÍ DIABETIKŮ

E. Záhumenský
Podiatrická ordinace, Lékařský dům Ormiga, Zlín

Po období poklesu opět celosvětově narůstá počet amputací diabetiků. Počet diabetiků přibývá podstatně strměji než počet a dostupnost specializovaných, zvláště podiatrických ordinací. K ovlivnění nepříznivého vývoje je dle Mezinárodní pracovní skupiny pro léčbu diabetické nohy (IWGDF) doporučeno větší zaměření na oblast prevence. To však přímo neřeší akutní syndrom diabetické nohy, který je svou závažností a potřebou okamžité intervence roven akutnímu infarktu myokardu či cévní mozkové příhodě. Zásadním problémem je infekce, ischemie a rychlá dostupnost péče („time is tissue“).

Oxygeno-ozonoterapie významně posunuje hranici zhojitelnosti komplexním efektem, především na infekci rezistentní na antibiotika. Zpomalí či zastaví progresi zánětlivé fáze rány, zlepší výsledky hojení i pří ne zcela efektivní revaskularizaci. Nově je k dispozici lékařský ozonizátor Ozosmart, který v rámci certifikace získal CE značku dle MDR.

Zásadním přínosem je nově připravený přístroj Ozone Combo. který řádově navyšuje dostupnost bioaktivních vlastností směsi kyslíku a ozonu pro pacienty (aplikace několikrát denně). Přístroj pro ambulantní či domácí použití lze zakoupit i zapůjčit. Cenová a časová dostupnost, ve srovnání s omezenou kapacitou ordinace, je rozhodujícím faktorem úspěchu. Tato bezpečná technologie umožnuje podpořit hojení a velmi často zabránit amputaci.

Capraderm emulze je lokální prostředek ke zvýšení odolnosti kůže rizikových míst v rámci každodenní péče. Forma Capraderm Diafoot je vhodná i pro hojení ran. Klíčovým je obsah laktoferinu a jeho regenerační, antimikrobiální a protizánětlivý efekt. Blokuje klíčové zánětlivé mediátory, především TNFα („kortikoid-like-efekt“ laktoferinu, ale bez vedlejších účinků dlouhodobě podávaných kortikoidů). Stimuluje fagocytozu a působí inhibičně na tvorbu bakteriálního biofilmu včetně Pseudomonas aeruginosa.

Využití lokálních prostředků – oxygeno-ozonoterapie a Capradermu, v kombinaci s dalšími doporučenými postupy pro léčbu diabetické nohy, dle našich zkušeností, minimalizuje počet amputací, zvláště vysokých.