



Organizátori:

Slovenská gastroenterologická spoločnosť

Česká gastroenterologická společnost

XXXVII. SLOVENSKÝ A ČESKÝ GASTROENTEROLOGICKÝ KONGRES

DoubleTree by Hilton hotel

Bratislava

30. 11. – 1. 12.

2023

PROGRAM

Slovenská gastroenterologická spoločnosť
Česká gastroenterologická společnost

XXXVII. SLOVENSKÝ A ČESKÝ GASTROENTEROLOGICKÝ KONGRES

TERMÍN

30. 11. – 1. 12. 2023

MIESTO

DoubleTree by Hilton hotel, Bratislava

VEDECKÝ VÝBOR KONGRESU

prof. MUDr. Tibor Hlavatý, PhD. / Prezident kongresu

MUDr. Dušan Baláž

doc. MUDr. Peter Bánovčin, PhD.

MUDr. Janka Božíková

MUDr. Iveta Čierna, PhD.

doc. MUDr. Sylvia Dražilová, PhD.

MUDr. Martin Ďuriček, PhD.

MUDr. Anna Gojdičová, PhD.

MUDr. Miloš Greguš, PhD.

MUDr. Michal Honko

MUDr. Martin Huorka, PhD.

MUDr. Branislav Kunčák

MUDr. Boris Pekárek, PhD.

doc. MUDr. Eduard Veseliny, PhD.

MUDr. Jozef Záh, Ph.D.

doc. MUDr. Zuzana Zelinková, PhD.





ORGANIZÁCIA A VÝBORY

doc. MUDr. Martin Bortlík, Ph.D.
MUDr. Jiří Cyraný, Ph.D.
MUDr. Dana Ďuricová, Ph.D.
doc. MUDr. Přemysl Falt, Ph.D.
prim. MUDr. Luděk Hrdlička
prof. MUDr. Tomáš Hucl, Ph.D.
MUDr. Jana Koželuhová, Ph.D.
prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
prim. MUDr. Vladimír Nosek
prof. MUDr. Stanislav Rejchrt, Ph.D.
doc. MUDr. Ilja Tachecí, Ph.D.
prof. MUDr. Ondřej Urban, Ph.D.
prof. MUDr. Petr Vítek, Ph.D., MBA



ORGANIZAČNE ZABEZPEČUJE

Amedi management, s.r.o.
Ing. Helena Šurinová
Jarošová 1, 831 03 Bratislava
Mobil: + 421 (910) 230 209
e-mail: surinova@amedisk

SEKRETARIÁT SGS a kontakt pre zasielanie
prihlášok vystavovateľov:
Ing. Romana Ondrušová
Mobil: + 421 (905) 566 150
e-mail: sekretariat@sgssls.sk

OBSAH

Úvodné slovo	5
Floorplány	6
Partneri podujatia	7
Harmonogram streda 29. 11. 2023.....	8
Harmonogram štvrtok 30. 11. 2023	10
Harmonogram piatok 1. 12. 2023.....	12
Program	
Streda 29. 11. 2023	14
Štvrtok 30. 11. 2023	15
Piatok 1. 12. 2023	22
Abstrakty	
Originálne práce – prednášky.....	30
Posterová sekcia.....	47
Originálne práce – postery.....	50
Teaching area	66
Organizačné pokyny	68

ÚVODNÉ SLOVO



Vážené kolegyně a kolegovia,

s veľkou radosťou by som vás chcel pozvať na nadchádzajúci **XXXVII. SLOVENSKÝ A ČESKÝ GASTROENTEROLOGICKÝ KONGRES**, ktorý sa uskutoční v Bratislave od 30. 11. do 1. 2. 2023.

Spoločný kongres Slovenskej a Českej gastroenterologickej spoločnosti nadväzuje na dlhoročnú tradíciu spoločných podujatí a tradične sa vyznačuje prezentáciou najkvalitnejších výsledkov vlastného klinického výskumu a podnetnými diskusiami s poprednými expertmi z oboch krajín. Kongres je určený pre lekárov, sestry, všetkých špecialistov, ktorí sa venujú digestívnemu zdraviu a chcú sa dozvedieť najnovšie informácie a trendy v oblasti endoskopической diagnostiky a terapie, klinickej gastroenterológie, hepatológie, gastrointestinálnej chirurgie, patológie a mnohých príbuzných odborov.

Na kongrese bude priestor pre prezentáciu výsledkov klinického výskumu v oblasti digestívneho zdravia vo forme blokov originálnych prác a posterovej sekcie. Silné miesto budú mať odborné aj diskusné bloky na aktuálne témy. Na kongrese bude prítomná endoskopická aj sonografická Teaching area vedená poprednými expertmi v oblasti. Program budú dopĺňať satelitné sympóziá a veľká výstavná hala s najširším zastúpením biomedicínskych spoločností v oblasti digestívneho zdravia na Slovensku a v Česku.

Spoločný gastroenterologický kongres nie je len o vzdelávaní, ale aj o pracovných a priateľských stretnutiach. Kongres je skvelou príležitosťou na rozšírenie siete kontaktov, stretnutia so starými známymi, diskusie na neformálnej úrovni a získavanie neoceniteľných osobných skúseností.

Kongres sa bude konať v adventnom čase a po zaujímavých odborných podujatiach si účastníci isto nájdu čas na prežitie pravej adventnej atmosféry na Vianočných trhoch v historickej Bratislave.

Dovidenia v Bratislave, priatelia.

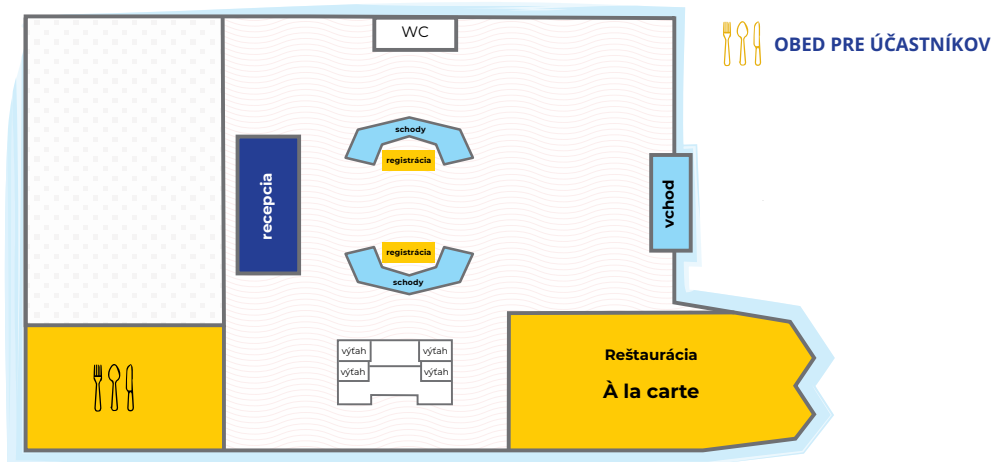
A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, overlapping loops and lines, representing the name Tibor Hlavatý.

prof. MUDr. Tibor Hlavatý, PhD.

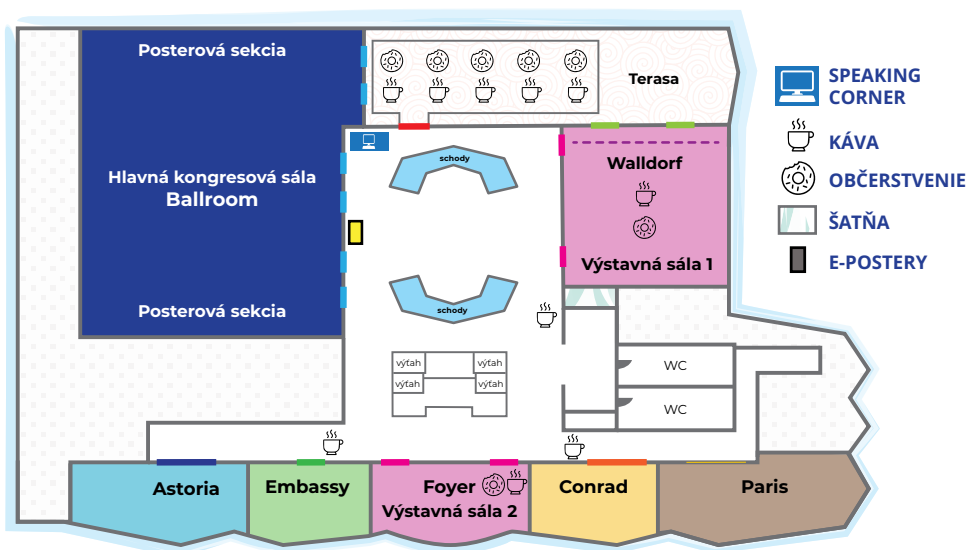
Prezident Slovenskej gastroenterologickej spoločnosti

FLOORPLÁNY

PRÍZEMIE



PRVÉ POSCHODIE



GENERÁLNI PARTNERI



HLAVNÍ PARTNERI



VYSTAVOVATELIA

abbvie

Lilly



ABIVAX
ALFASIGMA Czech s.r.o., o.z. Slovensko
Amirex a.s.
Askin & Co., spol. s r.o.
AstraZeneca
Berlin-Chemie / A. Menarini Distribution Slovakia s.r.o.
Bioline products s.r.o.
BODY&FUTURE Laboratories
Boston Scientific Česká republika, s. r. o.
Clinical Research Center
Česká gastroenterologická společnost
Endohope
EWOPHARMA spol. s r.o.
h&h PARTNERS
IMEDEX s.r.o.
Janssen – Johnson & Johnson s.r.o

Linde Gas s.r.o.
MGP, spol. s. r.o.
Nie rakovine
Pfizer Luxembourg SARL, o.z.
PHARMA GROUP, a.s.
Sandoz d.d.
Slovak Crohn club
Slovenská gastroenterologická spoločnosť
STADA PHARMA Slovakia, s.r.o.
SWEDISH ORPHAN BIOVITRUM
TOPNATUR s.r.o.
UEG
Ultramед s.r.o.
WORWAG Pharma Slovensko s.r.o.
Zentiva, a. s.

MEDIÁLNI PARTNERI



HARMONOGRAM STREDA 29. 11. 2023

	Hlavná sála Ballroom	Malá sála Paris	Foyer
08:00	Registrácia		
09:00	IBD Intenzívny kurz		
10:00			
11:00			
12:00		Prestávka ☺☺☺	
13:00	IBD fórum		
14:00			
15:00			
16:00			
17:00		Stretnutie Výboru ČGS	Zasadnutie Výboru SGS
18:00			Zasadnutie Výborov SGS a ČGS
19:00			
20:00			

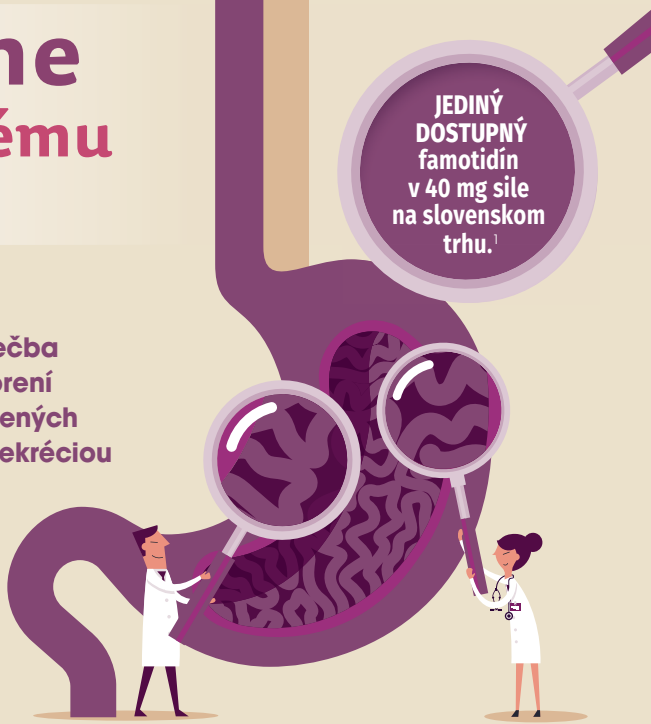
FAMOSAN®

Famotidín

Exaktne ku zdravému tráveniu.

JEDINÝ
DOSTUPNÝ
famotidín
v 40 mg sile
na slovenskom
trhu.¹

Účinná a bezpečná liečba
širokého spektra ochorení
tráviaceho traktu spojených
so žalúdočnou hypersekreciou
a hyperaciditou.*



SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O PRÍPRAVKU - FAMOSAN 20 mg filmom obalené tablety, FAMOSAN 40 mg filmom obalené tablety

Zloženie: Famotidín 20 mg alebo 40 mg v 1 filmom obalenej tablete. **Indikácie:** Liečba všetkých chorobných stavov so žalúdočnou hypersekreciou a hyperaciditou; liečba i profylaxia rôznych lokalizácií a foriem peptickej vredovej choroby; stresový vred; vred vyvolaný liečbou kortikoidmi a nesteroidovými antireumatikami; Zollingerov - Ellisonov syndróm; hemoragická gastropatia; refluxná ezofagitída; funkčná gastropatia spojená s hyperaciditou a pyrózou. Profylaktická liečba pred celkovou anestéziou u chorých ohrozených aspiráciou kyslého obsahu. Podporný liečebný prostriedok v terapii akútnej pankreatitídy. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo, podobné inhibitory H₂-receptorov alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. Dojčenie. Deti do 6 rokov. **Nežiaduce účinky:** Famotidín je veľmi dobre tolerované liečivo. Vyskytujú sa bolesti hlavy, závrat, zápch, hnačka, suchosť v ústach, nauzea a/alebo vracanie. **Interakcie:** Nezistili sa žiadne klinicky významné liekové interakcie. Úprava pH žalúdka môže ovplyvniť biologickú dostupnosť atazanaviru, ketokonazolu a itraconazolu. Ketokonazol sa má podávať 2 hodiny pred podaním famotidínu. Antacidá (hydroxid horečnatý a hliníty) môžu znižovať absorpciu famotidínu. Famotidín sa preto má užívať 1 – 2 hodiny pred podaním antacid. Existuje riziko straty účinnosti uhlíčanu vápennateho, ak sa podáva ako viazač fosfátov u hemodialyzovaných. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** Pred začatím liečby žalúdočného vredu je potrebné vylúčiť jeho prípadný malígny charakter. V prípade dlhodobej liečby vysokými dávkami sa odporúča monitorovať krvný obraz a funkciu pečene. V prípade dlhodobej vredovej choroby je potrebné po zmierení príznakov vyhnúť sa náhlemu ukončeniu liečby. Tento liek obsahuje monohydrát laktózy. Ak je kŕmenie kreatinínu nižší ako 10 ml/min, je potrebné znížiť dennú dávku lieku. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Pri vredovej chorobe žalúdka alebo dvanástnika je obvyklá dávka 2-krát denne 1 tableta po 20 mg (interval 12 hodín), alebo 40 mg jednorazovo na noc počas 4 – 8 týždňov. Pri profylaxii recidív vredu je obvyklá dávka 20 – 40 mg famotidínu na noc. Pri Zollingerovom-Ellisonovom syndróme je to 20 – 40 mg každých 6 hodín až do klinického zlepšenia. Maximálna celková denná dávka nemá prekročiť 480 mg famotidínu. Liečba tohto ochorenia je dlhodobá. Pri ostatných uvedených indikáciách je najčastejšou voľbou liečba v dávkach 2-krát denne 20 mg (interval 12 hod.), alebo 20 – 40 mg famotidínu jednorazovo na noc. Filmom obalené tablety sa prehlávajú nerozhrzytnuté a zapíjajú sa vodou. **Špeciálne upozornenia na uchovávanie:** Uchovávať pri teplote 15 – 25 °C v pôvodnom obale na ochranu pred svetlom a vlhkosťou. **Obsah balenia:** 20 alebo 50 filmom obalených tabliet po 20 mg; 10, 20 alebo 50 filmom obalených tabliet po 40 mg. Na trh nemusia byť uvedené všetky veľkosti balenia. Prípravok je viazaný na lekársky predpis a nie je hradený z prostriedkov zdravotného poistenia. **Dátum revízie textu:** 10/2018. S podrobnejšími informáciami o prípravku sa zoznámte v SPC. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** PRO.MED.CS Praha a.s., Telčská 377/1, Michle, 140 00 Praha 4, Česká republika.

Literatúra: 1. Portál www.adc.sk

* FAMOSAN nie je vhodný na liečbu rôznych klinických príznakov funkčnej žalúdočnej dyspepsie, keď nejde o žalúdočnú hypersekreciu a hyperaciditu.

Obchodné zastúpenie SK: PROM.MEDIC.SK spol. s r.o., Galvaniho 15/B, 821 04 Bratislava

Kód: 021512109 Dátum výroby: jún 2022

PRO.MED.CS
Praha a.s.

HARMONOGRAM ŠTVRTOK 30. 11. 2023

	Hlavná sála Ballroom	Malá sála Paris	Astoria
08:00	Slávnostné otvorenie kongresu s odovzdávaním cien ČGS State of art I.		
09:00	Skríning kolorektálneho karcinómu v ČR a SR	Diskusné fórum: Eozinofilná ezofagitída	
10:00	Originálne práce	Diskusné fórum: IBD	
	Coffee break ☕	Coffee break ☕	
11:00	State of art II.	Diskusné fórum podporené spol. Takeda	
	Advanced endoscopy: Novinky v invazívnej terapii gastrointestinálneho traktu	Diskusné fórum: Celiakia	
12:00	Prestávka 🍴🍴 + prezentácia posterov	Prestávka 🍴🍴	
13:00	Originálne práce	Sympóziu podporené spol. MGP Bratislava	Teaching area Endoskopia
14:00		Sympóziu pod. spol. AstraZeneca	
15:00	Pediatrická gastroenterológia		
	Inovatívna terapia IBD		
16:00	Sympóziu podporené spol. PRO. MED.cs	Sesterská sekcia 1	
17:00	Sympóziu podporené spol. Celltrion Healthcare	Sympóziu podporené spol. SOBI	
18:00			
19:00		Stretnutie pracovnej skupiny pre IBD	
20:00			

	Embassy	Conrad	Foyer
08:00			Elektronické postery/ /vystavovatelia
09:00			
10:00			
11:00			
12:00			
13:00		Zasadnutie Výboru Endoskopickej sekcie SGS	
14:00			
15:00			
16:00	Teaching area Abdominálna ultrasonografia		
17:00			
18:00			
19:00		Zasadnutie Výboru Endoskopickej sekcie ČGS	
20:00			

HARMONOGRAM PIATOK 1. 12. 2023

	Hlavná sála Ballroom	Malá sála Paris	Embassy
08:00	State of art III.	Sesterská sekcia 2	Teaching area Abdominálna ultrasonografia
	Malignity rekta a anusu		
09:00	Originálne práce	Diskusné fórum: Cholangioskopia v roku 2023	
10:00	Coffee break ☕	Diskusné fórum: Liečba komplikácií bariatrickej chirurgie	
	State of art IV.	Prestávka	
11:00	Hepatology: Cirrhóza a jej komplikácie	Diskusné fórum podporené spoločnosťou Abbvie Diskusné fórum: Sociálne médiá a spoločnosti v gastroenterológii	
12:00	Prestávka 🍴🍴 + prezentácia posterov	Prestávka 🍴🍴	
13:00	Originálne práce	Diskusné fórum: Hepatology: NAFLD	
14:00	Choosing wisely	Sympóziu podporené spol. AlfaSigma	
15:00	Mistakes in gastroenterology	Sympóziu podporené spol. Eli Lilly	
16:00	Choroby žalúdka: Helicobacter pylori v roku 2023		
17:00	Zhodnotenie a záver podujatia		
18:00			
19:00			
20:00			

Foyer

08:00

09:00

10:00

11:00

12:00

**Elektronické postery/
/vystavovatelia**

13:00

14:00

15:00

16:00

17:00

18:00

19:00

20:00



STREDA 29. 11. 2023

Hlavná sála Ballroom

8.00 – 8.30 Registrácia

8.30 – 12.00 IBD Intenzívny kurz

12.00 – 13.00 Prestávka 

13.00 – 16.30 IBD fórum

Malá sála Paris

16.00 – 18.00 Stretnutie Výboru ČGS

Foyer

17.00 – 18.00 Zasadnutie Výboru SGS

18.00 – 19.00 Zasadnutie Výborov SGS a ČGS



8.00 – 8.30 **Slávnostné otvorenie kongresu s odovzdávaním cien ČGS**

Hlavatý T., Tachecí I., Dražilová S., čestní hostia

8.30 – 8.50 **State of art I.**

Zavoral M. (Praha): Nepodkročiteľná diagnostika při rozhodování o léčebném postupu u nádorů GIT v klinické praxi – současný stav

8.55 – 9.55 **Skríning kolorektálneho karcinómu v ČR a SR**

predsedajúci: Hlavatý T., Suchánek S.

8.55 – 9.10

Orságh A. (Bratislava): Skríning kolorektálneho karcinómu na Slovensku, výsledky a skúsenosti

9.10 – 9.25

otvorí abstrakt

Kocna P. (Praha): Imunochemické testy na okultní krváčení v České republice – jdeme správným směrem?

9.25 – 9.40

Bačiková Z. (Piešťany): Skúsenosti so skríningom kolorektálneho karcinómu z pohľadu ambulantnej praxe

9.40 – 9.55

Suchánek S. (Praha): Skríning kolorektálního karcinomu v České republice – úspěchy a výzvy

10.00 – 11.00 **Originálne práce**

predsedajúci: Záh J., Falt P.

10.00 – 10.15

otvorí abstrakt

Hujová A., Modos I., Jarošová J., Mačina P., Taimr P., Froněk J., Špičák J., Hucl T. (Praha): Biliární komplikace po transplantaci jater a efekt letmého stentu

10.15 – 10.30

otvorí abstrakt

Jarošová J., Zarivnijova L., Cibulkova I., Mares J., Macinga P., Hujova A., Falt P., Urban O., Hajer J., Spicak J., Hucl T. (Praha, Olomouc): Endoluminální radiofrekvenční ablace u pacientů s maligní biliární obstrukci: randomizovaná studie

10.30 – 10.45

otvorí abstrakt

Brodyuk N., Falt P., Urban O., Suchánek Š. (Praha, Olomouc): Endoskopická transmuralní resekce (Endoscopic full-thickness resection, EFTR) v terapii kolorektální neoplázie, efektivita a bezpečnost

10.45 – 11.00

otvorí abstrakt

Konečný Š., Dolina J., Dosedělová V., Laštovičková M., Kubáň P. (Brno): Analýza žlučových kyselin ve slinách jako neinvazivní diagnostika Barrettova jícnu



11.00 – 11.15 Coffee break 

11.15 – 11.35 State of art II.

Hlavatý T. (Bratislava): Nové možnosti liečby IBD

11.40 – 12.40 Advanced endoscopy: Novinky v invazívnej terapii gastrointestinálneho traktu

predsedajúci: Záh J., Hucl T.

11.40 – 11.55 Demeter M. (Martin): POEM má 15 rokov – trendy a problémy v submukóznej endoskopii

11.55 – 12.10 Záh J. (Ružomberok): RFA pri ERCP v liečbe malígnych striktúr žlčových ciest

12.10 – 12.25 Nosek V. (Jablonec nad Nisou): EUS navigované biliárne intervencie – aktualizované postupy

12.25 – 12.40 Hucl T. (Praha): Bariatrická a metabolická endoskopie

12.10 – 13.30 Prestávka + prezentácia posterov 

13.30 – 14.30 Originálne práce

predsedajúci: Šturdík I., Bortlík M.

13.30 – 13.45 otvorí abstrakt Gombošová L., Ondrušová M., Krivuš J., Šprláková J., Hornová J., Norek B., Fojtová A., Valachová I., Havlíčeková Z. (Košice, Martin, Banská Bystrica, Bratislava): Teduglutide v liečbe syndrómu krátkeho čreva – výsledky multicentrickej epidemiologickej štúdie na Slovensku

13.45 – 14.00 Gojdičová A., Šturdík I., Tóth J., Stasinková K., Čičková K., Hlavatý T. (Bratislava): Efektívita a bezpečnosť liečby subkutánnym CTP – 13 u IBD pacientov – jednoročná retrospektívna štúdia

14.00 – 14.15 Bokemeyer B., Hlavatý T. (Bratislava), Allez M., Selema P., Moosavi S., Cadatal M. J., Fowler H., Mueller M., Liao K. F., Gisbert J. P.: Multicentrická observačná kohortová štúdia o efektívite a bezpečnosti biosimilárneho CT – P13 infliximabu v liečbe IBD (CONNECT – IBD)

14.15 – 14.30 otvorí abstrakt Zbořil V. (Brno): IBD-like v klinické praxi



14.30 – 15.30 **Pediatrická gastroenterológia**

predsedajúci: Čierna I., Mitrová K.

- 14.30 – 14.45 Mitrová K. (Praha): Bezpečnosť expozície ustekinumabu a vedolizumabu in utero a jej vliv na vývoj a imunitný stav exponovaných detí
- 14.45 – 15.00 Zelinková Z. (Bratislava): Pediatrické IBD v dospelosti
- 15.00 – 15.15 Čierna I., Székyová D., Béder I., Števková D. (Bratislava): Chirurgická liečba detských pacientov s IBD z pohľadu pediatrickeho gastroenterológa
- 15.15 – 15.30 Havlíčeková Z., Michnová Z., Jeseňák M., Jurková Malicherová E., Bánovčin P. (Martin): Gastrointestinálne prejavy autoinflammatorych ochorení

otvorí abstrakt

15.30 – 16.30 **Inovatívna terapia IBD**

predsedajúci: Huorka M., Bortlík M.

- 15.30 – 15.45 Greguš M. (Nitra): Perorálna liečba IBD
- 15.45 – 16.00 Ďuricová D. (Praha): Cílená liečba v gravidite
- 16.00 – 16.15 Gombošová L. (Košice): Čo máme inovatívne v manažmente liečby IBD. To čo máme a čo potrebujeme
- 16.15 – 16.30 Lukáš M. (Praha): Duálna liečba – potrebujeme ju?

16.30 – 17.15 **Sympóziu podorené spoločnosťou PRO.MED.cs** **Cesta od elevácie pečenných enzýmov k fibróze sa skrakuje a zrýchluje. Kedy je ten správny čas zasiahnuť?**

predsedajúci: Jarčuška P., Vítek L.

- 16.30 – 16.50 Dražilová S. (Košice): Prechod od elevácie pečenných enzýmov k fibróze pečene - aktuálne klinické údaje
- 16.50 – 17.15 Vítek L. (Praha): Prečo je dôležité zaoberať sa aj miernym zvýšením pečenných enzýmov?



17.15 – 18.00 Sympóziuim podporené spoločnosťou Celltrion Healthcare

Subkutánnny infliximab, lepšia verzia IV formy? Ročná skúsenosť na Slovensku

Predsedajúci: Hlavatý T.

- 17.15 – 17.25 Šturdík I. (Bratislava): Subkutánnny infliximab, úvod do problematiky
- 17.25 – 17.50 Gojdičová A. (Bratislava), Gombošová L. (Košice), Lietava P. (Martin): Subkutánnny infliximab, reálna skúsenosť z praxe
- 17.50 – 18.00 Diskusia



8.30 – 9.15 **Diskusné fórum: Eozinofilná ezofagitída**

predsedajúci: Baláž J., Vacková Z.

8.30 – 8.45 Úvodná prednáška: Bánovčín P. (Martin): **Eozinofilná ezofagitída – diagnostika a liečba v roku 2023**

8.45 – 9.15 Diskusia: Baláž D. (Martin), Košťálová K. (Praha), Kroupa R. (Plzeň)

9.20 – 10.05 **Diskusné fórum: IBD**

predsedajúci: Greguš M., Lukáš M.

9.20 – 9.35 Úvodná prednáška: Lukáš M. (Praha): **Zhubné nádory u nemocných s idiopatickými črevnými zánety. „vliv nemoci a nežádoucí efekty podávané terapie“**

9.35 – 10.05 Diskusia: Gombošová L. (Košice), Huorka M. (Bratislava), Konečný M. (Olomouc)

10.05 – 10.20 **Coffee break** ☕

10.20 – 11.10 **Diskusné fórum podporené spoločnosťou Takeda** **IBD pacient komplexne – sú všetky naše otázky zodpovedané?**

Predsedajúci: Lietava P.

10.20 – 10.30 Zelinková Z. (Bratislava): **Transmurálne vs. slizničné zhojenie tenkočrevnej Crohnovej choroby**

10.30 – 10.40 Drastich P. (Praha): **Výhody vedolizumabu v prvej línii ulceróznej kolitídy**

10.40 – 10.50 Gojdičová A. (Bratislava): **Cesta pacienta pri liečbe perianálnej Crohnovej choroby**

10.50 – 11.10 Diskusia

11.10 – 12.00 **Diskusné fórum: Celiakia**

predsedajúci: Pekárková B., Kohout P.

11.10 – 11.25 Úvodná prednáška: Kohout P. (Praha): **Co nás (a celiaky) trápí u celiakie?**

11.25 – 12.00 Diskusia: Kabátová J. (Piešťany), Hoffmanová I. (Praha), Beráková K. (Žilina)



12.00 – 13.30 Prestávka 

13.30 – 14.15 **Sympóziuim podporené spoločnosťou MGP Bratislava**

13.30 – 14.00 Kohoutová D. (Londýn): Malabsorpce žlučových kyselín – opomíjaná diagnóza

14.00 – 14.15 Zogala D. (Praha): Nukleární medicína a malabsorpce žlučových kyselín – Naše zkušenosti

14.15 – 14.30 **Sympóziuim podporené spoločnosťou AstraZeneca**

14.15 – 14.30 Nosáková L. (Martin): Paroxyzmálna nočná hemoglobínúria: zriedkavá príčina recidivujúceho ikteru

16.00 – 17.00 **Sesterská sekcia 1**

predsedajúci: Šturdík I.

16.00 – 16.15 Duliaková Z. (Bratislava): Sú klinické štúdie strašiacom pre gastroenterologickú sestru a pacienta?

16.15 – 16.30 Barták J. (Bratislava): Manažment pacienta pred, počas a po kolonoskopii

16.30 – 16.45 Lipovská A. (Bratislava): Pracovná ne/spokojnosť IBD sestry

16.45 – 17.00 Stasinková K. (Bratislava): CDED diéta a ochutnávka enterálnej výživy

17.00 – 17.30 **Sympóziuim podporené spoločnosťou SOBI Filgotinib – klinický program verzus reálne skúsenosti**

predsedajúci: Lukáš M., Zelinková Z.

17.00 – 17.15 Zelinková Z. (Bratislava): Filgotinib – výstupy z klinických skúšaní

17.15 – 17.30 Lukáš M. (Praha): Filgotinib v klinické praxi

18.00 – 20.00 **Stretnutie pracovnej skupiny pre IBD**



Astoria

13.00 – 18.00 Teaching area Endoskopia

Embassy

15.30 – 16.30 Teaching area Abdominálna ultrasonografia
(Gojdičová A., Prokopič M.)

15.30 – 15.45 Teória, všeobecný základ

15.45 – 16.30 Praktické zručnosti

Conrad

12.40 – 13.10 Zasadnutie Výboru Endoskopickej sekcie SGS

18.00 – 20.00 Zasadnutie Výboru Endoskopickej sekcie ČGS

Foyer

Posterová sekcia



8.00 – 8.20 State of art III.

Pekárková B. (Trnava): Celiakia v každodennej praxi

8.20 – 9.20 Malignity rekta a anusu

predsedajúci: Pekárek B., Falt P.

8.20 – 8.35 Urban O. (Olomouc): **Moderní přístup k T1 kolorektálnímu karcinomu**

8.35 – 8.50 Uhrín I., Vranovská M., Lauková T. (Bratislava): **Diagnostika karcinómu rekta z pohľadu rádiológa**

8.50 – 9.05 Lemstrová R. (Olomouc): **Watch and wait ?**

9.05 – 9.20 Orságh A., Letkovský J., Osuská D., Žitňan Ľ., Danková N., Pekárek B. (Bratislava): **Análna intraepiteliálna neoplázia**

9.20 – 10.20 Originálne práce

predsedajúci: Hlavatý T., Koželuhová J.

9.20 – 9.35 **otvorí abstrakt**
Křivinka J., Kunovský L., Vaculová J., Král J., Hrubá S., Šembera Š., Tachecí I., Čavajdová P., Vašura A., Blaho M., Koňářiková P., Evinová E., Langner J., Vacková Z., Friedová N., Přidal D., Sychra P., Mégraud F., O'Morain C., Nyssen O., Gisbert J. (Olomouc): **Eradikační režimy infekce Helicobacter pylori – česká data z Hp – EuReg**

9.35 – 9.50 **otvorí abstrakt**
Krechler T., Hrabák P. (Praha): **EUS – SWE pankreatu – nová metoda měření stupně elasticity tkáně pankreatu**

9.50 – 10.05 **otvorí abstrakt**
Kianička B., Žák J., Vaníček J. (Brno): **ERCP po Billroth II parciální gastrektomii**

10.05 – 10.20 **otvorí abstrakt**
Csomor J. (Praha): **Endoskopická ultrasonografie u akutní biliární pankreatitidy**

10.20 – 10.40 **Coffee break** 



10.40 – 11.00 State of art IV.

Tachecí I. (Hradec Králové): **Game changers v gastrointestinální endoskopii**

11.00 – 12.00 Hepatológia: Cirhóza a jej komplikácie

predsedajúci: Dražilová S., Urbánek P.

- 11.00 – 11.15 Žilinčanová D. (Banská Bystrica): **Cirhóza a portálna hypertenzia: definícia kľúčových udalostí, diagnostické metódy**
- 11.15 – 11.30 Fejfar T. (Hradec Králové): **Prevenca a liečba varikózneho krvácania: farmakologický princíp**
- 11.30 – 11.45 Drastich P. (Praha): **Prevenca a liečba varikózneho krvácania: nefarmakologický princíp (endoskopia, intervenčná rádiológia)**
- 11.45 – 12.00 Dražilová S. (Košice): **Hepatorenálny syndróm**

12.00 – 13.00 Prestávka + prezentácia posterov 

13.00 – 14.00 Originálne práce

predsedajúci: Gojdičová A., Rejchrt S.

- 13.00 – 13.15 Klepanec A., Haršány J., Šálek M., Lebdušková L., Schmiedl A. (Trnava): **Využitie CARTO v liečbe krvácajúcich gastrických varixov – naše skúsenosti**
otvorí abstrakt
- 13.15 – 13.30 Kučerová K., Kadlečíková K., Vojtek P., Cibulková D., Rajec J., Ušák J., Habiňák M., Kudlová D., Husťak R. (Trnava): **Vlastné skúsenosti s novým lumen apozičným stentom vo Fakultnej nemocnici Trnava**
otvorí abstrakt
- 13.30 – 13.45 Baláž D., Lietava P. (Martin): **Endoloopom asistovaná endoskopická polypektómia v ambulantnej praxi**
otvorí abstrakt
- 13.45 – 14.00 Šimková D., Vacková Z., Mareš J., Hugová K., Hucl T., Štirand P., Husťak R., Špičák J., Martínek J. (Praha): **Komplexní analýza dlouhodobého vlivu gastroezofageálního refluxu na pacienty po POEM u více než 500 pacientu**
otvorí abstrakt



14.00 – 15.00 Choosing wisely

predsedajúci: Bánovčín P., Cyrany J.

- 14.00 – 14.15 Cyrany J. (Hradec Králové): **Choosing wisely v gastroenterológii**
- 14.15 – 14.30 Bánovčín P. (Martin): **Racionálna terapia acidopeptických ochorení**
- 14.30 – 14.45 Uhrík P. (Martin): **Choosing wisely u akútnej pankreatitídy**
- 14.45 – 15.00 Malý R., Cyrany J. (Hradec Králové): **Význam koagulačných testů pred invazívnymi výkony v gastroenterológii**

15.00 – 16.00 Mistakes in gastroenterology

predsedajúci: Veselíny E., Víttek P.

- 15.00 – 15.15 Špičák J. (Praha): **Jaké chyby hrozí a jakých sa dopouštíme v managmentu pankreatobiliárných chorob?**
- 15.15 – 15.30 Zelinková Z. (Bratislava): **Chyby vo vedení dokumentácie pri IBD**
- 15.30 – 15.45 Mikoviny Kajzrlíková I. (Frýdek – Místek): **Chyby v endoskopické dispenzarizaci gastrointestinálných chorob**
- 15.45 – 16.00 Cyrany J. (Hradec Králové): **Chyby v antitrombotické terapii v gastroenterológii**

16.00 – 17.00 Choroby žalúdka: Helicobacter pylori v roku 2023

predsedajúci: Kunčák B., Kunovský L.

- 16.00 – 16.15 Botek R. (Piešťany): **Problematika mikrobiologickej diagnostiky Helicobacter pylori**
- 16.15 – 16.30 Demitrovičová A. (Bratislava): **Možnosti farmakologickej liečby infekcie Helicobacter pylori**
- 16.30 – 16.45 Kunovský L., Křivinka J., Vaculová J., Král J., Hrubá S., Šembera Š., Tachecí I., Čavajdová P., Vašura A., Blaho M., Koňaříková P., Evinová E., Langner J., Vacková Z., Friedová N., Přidal D., Sychra P., Mégraud F., O'Morain C., Nyssen O., Gisbert J. (Praha, Olomouc): **Hp – EuReg: první data z českého registru Helicobacter pylori**



16.45 – 17.00 Schnierer M. , Hyrdel P., Bánovčín P. ml. (Martin): **European registry on the management of Helicobacter Pylori infection – predstavenie registra na Slovensku**

17.00 **Zhodnotenie a záver podujatia**



8.00 – 9.00 Sesterská sekcia 2

predsedajúci: Gojdičová A.

- 8.00 – 8.15 Temešinková D. (Martin): Endoloopom asistovaná polypektómia – skúsenosti endoskopickej sestry
- 8.15 – 8.30 Ivančíková V. (Bratislava): Aj pacienti s IBD majú svoju organizáciu a sociálne výhody
- 8.30 – 8.45 Medek A. (Ružomberok): PEG a endoskopické možnosti riešenia jeho komplikácií
- 8.45 – 9.00 Jakušová I. (Ružomberok): Endoskopická terapia pankreatických tekutinových kolekcíí

9.00 – 9.45 Diskusné fórum: Cholangioskopia v roku 2023

predsedajúci: Ušák J., Urban O.

- 9.00 – 9.15 Úvodná prednáška: Urban O. (Olomouc): Cholangioskopia v roku 2023
- 9.15 – 9.45 Diskusia: Záž J. (Ružomberok), Vítek P. (Frýdek-Místek), Veselíny E. (Košice)

9.50 – 10.35 Diskusné fórum: Liečba komplikácií bariatrickej chirurgie

predsedajúci: Demeter M., Nosek V.

- 9.50 – 10.00 Holéczy P. (Ostrava – Vítkovice): Liečba komplikácií bariatrickej chirurgie – chirurgické postupy
- 10.00 – 10.10 Nosek V. (Jablonec nad Nisou): Liečba komplikácií bariatrickej chirurgie – endoskopické postupy
- 10.10 – 10.35 Diskusia: Holéczy P. (Ostrava – Vítkovice), Haberern M. (Trnava), Bolek T. (Martin)

10.35 – 10.50 Prestávka ☕



10.50 – 11.35 Diskusné fórum podporené spoločnosťou Abbvie **Aj s malou molekulou môžete dosiahnuť veľké ciele v liečbe IBD**

- 10.50 – 11.05 Zán J. (Ružomberok): JAK inhibítory – malé molekuly s veľkým vplyvom?
- 11.05 – 11.20 Gojdičová A. (Bratislava): Je slizničné zhojenie dosiahnuteľným cieľom v liečbe ulceróznej kolitídy?
- 11.20 – 11.35 Lukáš M. (Praha): Naplnil upadacitinib očakávania v reálnej klinickej praxi?

11.35 – 11.50 Diskusné fórum: Sociálne médiá a spoločnosti v gastroenterológii

- 11.35 – 11.43 Král J., Kunovský L. (Praha): Sociální média a gastroenterologie
- 11.43 – 11.51 Ďuricová D., Kunovský L., Král J. (Praha): Výhody členství v UEG, ESGE a ECCO
- 11.51 – 12.00 Diskusia: Ďuricová D. (Praha), Kunovský L. (Praha), Král J. (Praha), Polák D. (Žilina)

12.00 – 13.00 Prestávka 

13.00 – 13.45 Diskusné fórum: Hepatológia: NAFLD

predsedajúci: Skladaný L., Brůha R.

- 13.00 – 13.15 Úvodná prednáška: Šmíd V. (Praha): NAFLD
- 13.15 – 13.45 Diskusia: Brůha R. (Praha), Skladaný L. (Banská Bystrica), Koller T. (Bratislava), Rác M. (Nitra)



13.50 – 14.20 Sympóziuim podporené spoločnosťou AlfaSigma
Úloha rifaximínu- α pri ochoreniach tráviaceho traktu

predsedajúci: Gombošová L., Trna J.

13.50 – 14.05 Trna J. (Brno): Terapia rifaximínom- α a jeho vplyv na "Gut-Liver-Brain Axis"

14.05 – 14.20 Gombošová L. (Košice): Modulácia črevného mikrobiómu v súvislosti s IBS a divertikulovou chorobou

14.50 – 15.20 Sympóziuim podporené spoločnosťou Eli Lilly

predsedajúci: Hlavatý T.

14.50 – 15.05 Huorka M. (Bratislava): Kam smerujeme v manažmente pacientov s ulceróznou kolitídou?

15.05 – 15.20 Lukáš M. (Praha): Mechanismus účinku a bezpečnosť léčby inhibítorem IL-23



PIATOK 1.12.2023

Embassy

08.00 – 09.00 Teaching area Abdominálna ultrasonografia
(Šturdík I., Prokopič M.)

08.00 – 08.15 Teória, všeobecný základ

08.15 – 09.00 Praktické zručnosti

Foyer

Posterová sekcia

ABSTRAKTY

ORIGINALNE PRÁCE – PREDNÁŠKY

IMUNOCHEMICKÉ TESTY NA OKULTNÍ KRVÁCENÍ V ČESKÉ REPUBLICE – JDEME SPRÁVNÝM SMĚREM?**Petr Kocna***Ústav lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky, 1.LF UK a VFN Praha, Praha, Česká republika*

Kolorektální karcinom (KRCA), představuje vážné zdravotní riziko pro evropskou populaci a členské státy Evropské unie implementují populační programy prevence zhoubných nádorů dle doporučení Rady Evropské unie. Screening kolorektálního karcinomu (KRCA) má v České republice dlouhou tradici. V letech 1979–1984 byly provedeny pilotní studie s guajakovým testem na okultní krvácení ve stolici (gTOKS), na jejichž základě byl vytvořen národní program screeningu KRCA. Národní program screeningu byl zahájen 1.7.2000 a Česká republika se stala v celosvětovém měřítku druhou zemí, v níž byl takový program přijat. Screening KRCA se od ledna 2014 stává populačním screeninem a pro detekci okultního krvácení byly zvoleny imunochemické testy (FIT), kvantitativní – rapid testy se značně rozdílnou senzitivitou nebo testy laboratorní – kvalitativní. Analýza provedená v roce 2018 prokázala značnou variabilitu pozitivivity FIT v jednotlivých krajích České republiky v rozmezí 4 – 14%. Rozhodnutím Rady pro screening kolorektálního karcinomu MZČR je pro screening KRCA od roku 2020 vyžadována pouze kvantitativní analýza hemoglobinu ve stolici na analyzátoch laboratorních a POCT u praktických lékařů. Kvantitativní FIT pro okultní krvácení je v současné době optimálním primárním testem pro screening KRCA a dosavadní důkazy naznačují, že okultní krvácení testované pomocí FIT zůstane nejlepším testem pro populační screening KRCA v příštím desetiletí. Citlivost testu (cut-off) je nyní u nás nastavena na 15 µg/g stolice a zvažujeme variabilní nastavení v závislosti na používaných analyzátoch. Od letošního roku zvyšujeme požadavek na externí kontrolu kvality (EQA) s maximální povolenou variabilitou do 25%. Technologie FIT analýzy se liší u jednotlivých výrobců a výsledky FIT nejsou přenositelné. Situace v České republice je velmi podobná německé, kde pro soubor 2.8 milionů FIT 12 různých výrobců byl nastaven individuální cut-off pro jednotlivé analyzátory v rozmezí 4-24 µg/g stolice. Další perspektivou je personalizace populačního screeningu, protože kvantitativní FIT nabízí významnou možnost zahrnout do algoritmu KRCA screeningu hodnoty FIT ve vztahu k věku, pohlaví, anamnéze, životnímu stylu a rizikovým onemocněním.

BILIÁRNÍ KOMPLIKACE PO TRANSPLANTACI JATER A EFEKT LETMÉHO STENTU

Alžběta Hujová¹, Istvan Modos², Jana Jarošová¹, Peter Mačinga¹, Pavel Taimr¹, Jiří Froněk³, Julius Špičák¹, Tomáš Huc¹

¹*Institut klinické a experimentální medicíny, Klinika hepatogastroenterologie, Praha, Česká republika*

²*Institut klinické a experimentální medicíny, Oddělení datového centra a Oddělení datových analýz, Praha, Česká republika*

³*Institut klinické a experimentální medicíny, Klinika transplantační chirurgie, Praha, Česká republika*

Cíl: Cílem naší studie bylo v dlouhodobém sledování zhodnotit výskyt biliárních komplikací po transplantaci jater, rizikové faktory a vliv na celkovou mortalitu a selhání funkce štěpu. Specificky jsme se zaměřili na efekt letmého stentu jako možnou prevenci vzniku biliárních komplikací s důrazem na skupinu pacientů s primární sklerozující cholangitidou (PSC).

Úvod: Biliární komplikace po transplantaci jater jsou častou komplikací s vysokou morbiditou, s vysokým rizikem selhání funkce štěpu a až 10% mortalitou. Letmé stenty využívané při rekonstrukci biliární anastomózy jsou v řadě prací spojovány se snížením rizika vzniku biliárních komplikací u pacientů s malým obvodem žlučových cest, nicméně data v literatuře nejsou jednoznačná.

Metodika: V našem centru byla provedena retrospektivní analýza lékařských záznamů všech pacientů, kteří podstoupili transplantaci jater mezi lety 2005 až 2021.

Výsledek: Ve sledovaném období byla provedena transplantace jater u 1447 pacientů (1555 transplantací), z toho soubor pacientů tvořili ze 60% muži s minimální dobou sledování jednoho roku. 459 pacientů (29%), kteří měli průměr choledochu dárce a/nebo příjemce menší než 6 mm, byli indikováni k perioperačnímu zavedení letmého stentu. V daném období byl výskyt biliárních komplikací obdobný mezi pacienty s letnými stenty a kontrolní skupinou (22,81% vs. 22,27%, $p = 0,8$). Výskyt biliárních komplikací byl celkově nižší u pacientů s PSC ($p = 0,011$). Dlouhodobé přežívání štěpu bylo významně nižší u pacientů s biliárními komplikacemi nezávisle na přítomnosti letmých stentů ($p < 0,01$), celková mortalita se mezi skupinami daných pacientů významně nelišila ($p = 0,3$). Trombóza arteria hepatica byla v multivariantsní analýze shledána jako významný rizikový faktor spojený se vznikem biliárních komplikací ($p < 0,001$).

Závěr: Biliární komplikace se u pacientů s letnými stenty vyskytovaly stejně často jako u pacientů bez biliárních stentů, poukazující na možný protektivní vliv u rizikové skupiny pacientů s malým obvodem žlučových cest. Celková mortalita pacientů byla v dlouhodobém sledování ve skupinách bez většího rozdílu, zatímco riziko selhání funkce štěpu bylo významně vyšší u pacientů s biliárními komplikacemi nezávisle na přítomnosti letmého stentu.

ENDOLUMINÁLNÍ RADIOFREKVENČNÍ ABLACE U PACIENTŮ S MALIGNÍ BILIÁRNÍ OBSTRUKCÍ: RANDOMIZOVANÁ STUDIE

Jana Jarošová¹, Lea Zarivnijova², Ivana Cibulkova³, Jan Mares⁴, Peter Macinga¹, Alzbeta Hujova¹, Premysl Falt², Ondrej Urban², Jan Hajer³, Julius Spicak¹, Tomas Huc¹

¹Klinika hepatogastroenterologie, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha, Česká republika

²II. Interní klinika – gastroenterologická a geriatrická, Fakultní nemocnice Olomouc, Olomouc, Česká republika

³Interní klinika 3.LF a Univerzity Karlovy, Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha, Česká republika

⁴Oddělení datových analýz, statistik a umělé inteligence OI, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha, Česká republika

Úvod: Endoluminální radiofrekvenční ablace (RFA) je lokálně působící endoskopická metoda, která se v poslední době začíná uplatňovat v paliativní péči u pacientů s holangiocelulárním karcinomem (CCC) a adenokarcinomem pankreatu (PC), jejíž cílem je prodloužit dobu přežití a zlepšit zajištění biliární drenáže.

Metodika: V randomizované kontrolované studii jsme u pacientů s maligní biliární obstrukcí porovnávali endoluminální RFA a zavedení stentu se zavedením stentu (kontrolní skupina); primárně byly zaváděny metalické stenty.

Cíle: Primárním výstupem studie byla analýza celkového přežití pacientů. Sekundárním výstupem byla analýza průchodnosti stentu, kvality života a incidence nežádoucích příhod.

Výsledky: Celkem bylo ve studii zařazeno 161 pacientů (muži:ženy 90:71, průměrný věk 71±9 let). Randomizováno bylo 85 pacientů s CCC (73 hilový, 12 distální) a 76 s PC. V obou podskupinách nebyl rozdíl v přežití: u pacientů s CCC byl medián přežití 10,5 měsíce (95% CI 6,7 až 18,3) ve skupině s RFA oproti 10,6 měsíce (95% CI 9,0 až 24,8), $p=0,58$) v kontrolní skupině. V podskupině s PC byl medián přežití 6,4 měsíce (95% CI 4,3 až 9,7) u RFA vs 7,7 měsíce (95% CI 5,6 až 11,3), $p=0,73$) u kontrolní skupiny. Ve skupině RFA nebyl pozorován žádný přínos, pokud jde o průchodnost stentů (ve 12 měsících 40 % vs 36 % u CCA a 66 % vs 65 % u PDAC), a kvalita života byla mezi skupinami srovnatelná. Nežádoucí příhody se vyskytly u sedmi pacientů v každé skupině.

Závěr: Kombinace endoluminální RFA a zavedení stentu neměla lepší výsledky než zavedení samotného stentu na prodloužení doby přežití nebo zlepšení průchodnosti stentu u pacientů s maligní biliární obstrukcí.

ENDOSKOPICKÁ TRANSMURÁLNÍ RESEKCE (ENDOSCOPIC FULL-THICKNESS RESECTION, EFTR) V TERAPII KOLOREKTÁLNÍ NEOPLÁZIE, EFEKTIVITA A BEZPEČNOST

Brodyuk N.¹, Falt P.², Urban O.², Suchánek Š.¹

¹Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, Interní klinika 1. LFUK a ÚVN, Česká republika

²Fakultní nemocnice Olomouc, II. interní klinika – gastroenterologická a geriatrická, Česká republika

Úvod: Endoskopická transmurální resekce (EFTR) se ukázala jako účinná především pro léčbu benigních lézí s non-lifting příznakem, lokalizovaných v ústí apendixu či divertiklu. Dle platných guidelines je EFTR také doporučována u T1 kolorektálního karcinomu s nízkorizikovými histologickými charakteristikami (low-risk).

Cíl: Hodnocení úspěšnosti a efektivity metody EFTR v terapii kolorektální neoplázie: technický úspěch, délka výkonu, R0-resekce, komplikace.

Metodika: V letech 2018-2022 bylo na dvou endoskopických pracovištích (Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha a Fakultní nemocnici Olomouc) v rámci prospektivní randomizované studie vyšetřeno metodou EFTR 40 pacientů (věk 26–91 let, věkový průměr 66 let).

Výsledky: Mezi indikacemi k terapeutickému výkonu dominoval suspektní T1 karcinom (21 osob, 52,5 %), dále nativní adenom s non-lifting příznakem u 8 osob (20,0 %) a lokální reziduální neoplázie u 7 osob (17,5 %). 67,5 % lézí bylo lokalizováno v tračníku, 32,5 % v rektu. Průměrná velikost lézí byla 18 mm (min-max. 10-30 mm). Technický úspěch byl dosažen u 35 osob (87,5 %). Délka výkonu v minutách byla v průměru 40 (min-max 20-111). R0 bylo dosaženo u 32 pacientů (80,0 %). Dle histopatologického vyšetření se jednalo o benigní léze ve 46,2 %, o maligní léze v 53,8 %. Bylo odstraněno 21 lézí susp s T1 karcinomu, histopatologicky potvrzeno 15 (71,5 %) maligních lézí se sm invazi, kurativní resekci splňovalo 7 (33,3 %) lézí. Ke komplikacím během výkonu došlo u 3 pacientů (7,5 %; 2 perforace, 1 krvácení). Komplikace byly řešeny endoskopicky.

Závěr: Endoskopická transmurální resekce (EFTR) je účinná a bezpečná v terapii kolorektální neoplázie, může být použita pro kurativní resekci časného karcinomu s low-risk histologickými charakteristikami.

Klíčová slova: Endoskopická transmurální resekce, Endoscopic full-thickness resection, EFTR, kolorektální neoplázie.

Podpořeno grantem MO1012, COOPERATIO. Podpořeno z programového projektu Ministerstva zdravotnictví ČR s reg. č. NU22-08-00424.

ANALÝZA ŽLUČOVÝCH KYSELIN VE SLINÁCH JAKO NEINVAZIVNÍ DIAGNOSTIKA BARRETTOVA JÍCNU

Konečný Š.¹, Dolina J.¹, Dosedělová V.², Laštovičková M.², Kubáň P.²

¹Interní gastroenterologická klinika, Fakultní nemocnice Brno a Lékařská fakulta Masarykovy univerzity, Brno, Česká republika

²Ústav analytické chemie Akademie věd ČR, Brno, Česká republika

Cíl: Vývoj metodiky analýzy žlučových kyselin ve slinách a její možnosti využití pro neinvazivní diagnostiku Barrettova jícnu.

Úvod: Barrettův jícen (BE) je závažnou komplikací refluxní nemoci jícnu a hlavním rizikovým faktorem pro rozvoj adenokarcinomu jícnu. Diagnostika BE v současnosti zahrnuje invazivní endoskopii s odběrem bioptických vzorků a histologickým vyšetřením. Žlučové kyseliny jsou nezbytné pro trávení lipidů v tenkém střevě, avšak díky svým detergentním vlastnostem jsou ve vysokých koncentracích toxické a přispívají k progresi gastroezofageální refluxní choroby do BE.

Soubor a metodika: Vzorky slin byly odebrány 10 pacientům s BE a 10 zdravým dobrovolníkům, následně byla provedena extrakce na pevné fázi (C18) pro purifikaci vzorku a obohacení žlučových kyselin. Pro kvantifikaci nekonjugovaných a glycinem konjugovaných žlučových kyselin byla vyvinuta citlivá metoda ultravysokoučinné kapalinové chromatografie s hmotnostní spektrometrií (UHPLC-MS).

Výsledky: Bylo zjištěno, že hladiny žlučových kyselin byly významně vyšší ($p < 0,05$) ve slinách pacientů s BE ve srovnání se zdravými dobrovolníky. Navíc byla metoda UHPLC – MS s vysokým rozlišením využita pro zkoumání fragmentace žlučových kyselin, což vedlo k identifikaci žlučových kyselin konjugovaných s taurinem ve slinách zdravých dobrovolníků.

Závěr: Žlučové kyseliny ve slinách mohou sloužit jako možný neinvazivní biomarker v diagnostice BE. Je zapotřebí dalších klinických studií k analýze žlučových kyselin konjugovaných s taurinem, které by potvrdily naše počáteční zjištění.

Tato práce byla podpořena grantem Ministerstva zdravotnictví ČR (č. grantu NU23-08-00303) a institucionální podporu RVO: 68081715.

TEDUGLUTIDE V LIEČBE SYNDRÓMU KRÁTKEHO ČREVA – VÝSLEDKY MULTICENTRICKEJ EPIDEMIOLOGICKEJ ŠTÚDIE NA SLOVENSKU

Laura Gombošová¹, Martina Ondrušová², Juraj Krivuš³, Jana Šprláková⁴, Jarmila Hornová⁵, Barbora Norek⁶, Andrea Fojtová⁷, Iveta Valachová⁸, Zuzana Havlíčková⁹

¹II.interná klinika UNLP a LF UPJŠ, Univerzitná nemocnica L.Pasteura, Košice, Slovensko

²Pharm-In, s.r.o. Slovakia, Pharm In, Bratislava, Slovensko

³Interná klinika, Univerzitná nemocnica, Martin, Slovensko

⁴Pediatrická gastroenterológia, Detská fakultná nemocnica, Košice, Slovensko

⁵Pediatrická gastroenterológia a výživa, Národný ústav detských chorôb, Bratislava, Slovensko

⁶Gastroenterologická klinika, UNBA, Bratislava, Slovensko

⁷Gastroenterologická klinika, UNBA, Bratislava, Slovensko

⁸Pediatrická gastroenterológia, GEA, Banská Bystrica, Slovensko

⁹Pediatrická gastroenterológia, Univerzitná nemocnica, Martin, Slovensko

Ciel: Predkladáme retrospektívnu analytickú epidemiologickú crossover štúdiu, ktorá hodnotí zmeny vybraných zdravotných ukazovateľov u pacientov so syndrómom krátkeho čreva (SBS) pred a po liečbe teduglutidom (TED). Teduglutide je GLP 2 analóg, ktorý je registrovaný na liečbu SBS, s cieľom redukcie objemu až odpojenia od domácej parenterálnej výživy.

Metódy: Tieto predbežné výsledky vychádzajú zo zdravotnej dokumentácie zo všetkých gastroenterologických a pediatrických zariadení na Slovensku, ktoré mali vo svojej ambulancii pacientov so SBS na liečbe TED. Výsledky sa zbierali pred a po zavedení TED.

Výsledky: Do štúdie bolo zahrnutých 16 pacientov liečených TED, 7 detí a 9 dospelých. Po liečbe TED boli 3 deti (42,86 %) a 4 dospelí (50 %) ukončili parenterálnu výživu (PV), časový medián 1,07 (IQR=NA) a 0,87 (IQR 0,38-0,99) rokov v uvedenom poradí (jeden dospelý pacient, ktorý začal liečbu TED 1 rok po ukončení PV z dôvodu straty centrálnych venózných portov, nie je priložený). V špecifikovanom období približne 6 mesiacov na TED jeden dospelý pacient odstavil PN a u ostatných pacientov bolo viditeľné zníženie počtu katérových dní za týždeň u oboch detí (medián -42,86 %; IQR 0-0, 59) a dospelí (medián -57,14 %; IQR 0,5-0,79). Bol prítomný aj nárast hmotnosti: deti +5,45 % (IQR 1,01-1,13), dospelí +6,76 % (IQR 0,97-1,15); a zníženie počtu stolíc za deň: deti -58,33% (IQR 0,43-0,73), dospelí -62,50% (IQR 0,5-0,8).

Záver: Liečba TED u SBS pacientov vedie k výraznému zníženiu až ukončeniu PV, k zníženiu počtu stolíc za deň a zvýšeniu hmotnosti u detí aj dospelých pacientov. Počas liečby sa nevyskytli žiadne závažné nežiaduce udalosti.

IBD-LIKE V KLINICKÉ PRAXI

Vladimír Zbořil

Interní gastroenterologická klinika, Fakultní nemocnice Bohunice, Brno, Česká republika

Termín IBD-like původně označoval primární imunodeficitní stavy spojené s klinickými, laboratorními i morfologickými projevy IBD enterokolitid (Agarwal 2013). Užší definice zahrnuje 6 základních imunodeficitů, Krejsek (2018) uvádí 15 poruch imunity vrozené a 23 specifické s možným podílem na vzniku IBD-like včetně sporně kandidátních jako MBL deficit (Kovacs 2013, Girardelli 2018). Výskyt v populaci se odhaduje na 5-25 %. Širší definice zahrnuje druhotné imunodeficity s rizikovými faktory vyšší věk, hypoproteinémie či vlivy terapie s výskytem do 23,4 % (Rai 2015, Cao 2015). Nově se rozšiřuje vznik IBD-like při biologické terapii mimo gastroenterologii (secukinumab, ipilimumab, nivolumab). V souboru pacientů 746 sledovaných v letech 2017-2022 pro IBD jsme identifikovali IBD-like, rozdělili na skupinu s primárním a sekundárním imunodeficitem a zhodnotili výsledky léčby. Prokázali jsme 82 případů primárního imunodeficitu (10,9 %), z nich 8 případů závažných (CVID, IgA deficit, CTLA4 deficit) a 74 deficitů MBL. Sekundární deficity se vyskytly u 124 případů (16,6 %) dominantně při malnutrici. Jeden případ po terapii secukinumabem, dva při onkologické imunoterapii. Nejobtížnější klinický průběh a terapie jsou u závažných primárních imunodeficitních stavů, symptomaticky se osvědčují kortikoidy, využití anti-TNF je kontroverzní (zejména deficit CTLA4), morfologického hojení a stabilizaci jsme dosáhli u 6 případů vedolizumabem. Deficit MBL byl spojen v 61 případech s recidivujícími infekcemi a zhoršením průběhu IBD s nutností akcelerace terapie (75,6 %). U sek. imunodeficitů úprava příčiny vedla v 92 případech ke spontánnímu zlepšení IBD (74,2 %), problematická je volba terapie u IBD-like navozené biologiky. Naše kasuistiky hovoří ve prospěch použití antiTNF a VDZ.

GASTROINTESTINÁLNE PREJAVY AUTOINFLAMATÓRNYCH OCHORENÍ

Havlíčková Z., Michnová Z., Jeseňák M., Jurková Malicherová E., Bánovčin P.

Klinika detí a dorastu, Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine a Univerzitná nemocnica Martin

Autoinflamačné (autozápalové) ochorenia sú skupina zriedkavých, geneticky determinovaných ochorení charakterizovaných spontánnou rekurentnou hyperaktiváciou mechanizmov vrodenej imunity pri absencii infekčných alebo autoimúnných príčin. Ochorenia sú charakterizované rekurentnými, niekoľko dní až týždňov trvajúcimi epizódami febrílií, spojených s eleváciou reaktantov akútnej fázy a variabilnými klinickými prejavmi, ktoré sa menia v závislosti od ochorenia (slizničné, kožné, serózne, osteoartikulárne). Gastrointestinálna symptomatológia patrí po febríliách k najčastejším klinickým prejavom. V klinickej praxi sa najčastejšie stretávame s pacientami s Familiárnou stredomorskou horúčkou, ktorá je najčastejším monogénovým autoinflamačným ochorením. Gastrointestinálne prejavy môžeme u týchto pacientov rozdeliť do niekoľkých skupín: 1. peritonitída a asociované prejavy (subileózny až ileózny stav, hnačky), 2. ochorenia prebiehajúce pod obrazom funkčných ochorení gastrointestinálneho traktu, 3. klinické prejavy asociované s amyloidózou, 4. gastrointestinálne slizničné posihnutie bez amyloidózy (kolitída, aftózna gastroduodeni-tída, perianálne postihnutie), 5. hepatobiliráne prejavy. Aktuálne poznatky však naznačujú, že koncept autoinflamácie sa môže uplatňovať aj v etiopatogenéze „klasických“, autoimunitných ochorení, napr. nešpecifické črevné zápalové ochorenia.

Autori prezentujú aktuálne poznatky o gastrointestinálnych prejavoch autoinflamačných ochorení.

ERADIKAČNÍ REŽIMY INFEKCE *HELICOBACTER PYLORI* – ČESKÁ DATA Z HP-EUREG

Křivinka J., Kunovský L., Vaculová J., Král J., Hrubá S., Šembera Š., Tachecí I., Čavajdová P., Vašura A., Blaho M., Koňářiková P., Evinová E., Langner J., Vacková Z., Friedová N., Příklad D., Sychra P., Mégraud F., O'Morain C., Nyssen O., Gisbert J.

II. Interní klinika- gastroenterologická a geriatrická, Fakultní nemocnice Olomouc, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Česká republika

Helicobacter pylori (*H. pylori*) je gramnegativní bakterie kolonizující žaludeční sliznici. Spolupodílí se na vzniku chronické gastritidy, peptických žaludečních a duodenálních vředů, MALT-lymfomu a také má prokázaný vliv na vznik karcinomu žaludku.

Infekci *H. pylori* lze diagnostikovat pomocí fokálních a globálních testů. Při eradikaci *H. pylori* se nejčastěji užívá dvojkombinace antibiotik (penicilinová antibiotika v kombinaci s klarithromycinem) s inhibitory protonové pumpy. Při neúspěšnosti první eradikační linie se užívají jiná antibiotika do kombinace jako např. metronidazol, ofloxacin nebo lék Pylera (bismut + 2 ATB), který ovšem není volně prodejný v ČR. Po eradikační léčbě *H. pylori* se následně provádí kontrola úspěšnosti eradikace.

Údaje stran diagnostiky, eradikace a vyhodnocení její úspěšnosti je zadáváno do mezinárodního evropského registru (European registry on the management of *Helicobacter pylori* infection – Hp-EuReg). V ČR jsou data nyní zadávána celkem z 16 center, kdy již do registru bylo zadáno přes 600 pacientů.

Cílem této přednášky je z tohoto registru zjištění úspěšnosti eradikačních režimů v ČR, včetně délky samotné léčby.

EUS – SWE PANKREATU-NOVÁ METODA MĚŘENÍ STUPNĚ ELASTICITY TKÁNĚ PANKREATU

Tomáš Krechler, Pavel Hrabák

4. interní klinika VFN a 1. LF UK Praha, Česká republika

Úvod a cíle: SWE (shear wave elastography -elastografie pomocí střížných vln) je ultrasonografickou metodou, umožňující kvantifikovat elasticitu cílové tkáně. Transabdominální SWE je využívána s výbornými výsledky v hodnocení jaterní elasticity. Díky moderním přístrojům, umožňujícím endosonograficky (EUS) navigovanou SWE pankreatu, se ukazuje slibný potenciál této metody v diagnostice patologií pankreatu.

Cílem naší pilotní studie bylo zavedení metodiky EUS-SWE a porovnání naměřené hodnoty u pacientů s fyziologickým EUS obrazem pankreatu s pacienty, kteří na základě Rosemontských kritérií budí podezření („suggestive for“) na chronickou pankreatitidu, pacienty se serózními adenomy a prostými cystami.

Soubor a metodika: V rámci klinicky indikovaného diagnostického EUS vyšetření bylo provedeno měření SWE pankreatu. V období květen 2023–červenec 2023 bylo provedeno vyšetření SWE-EUS u 43 pacientů (serózní cystadenom $n=5$, prosté cysty $n=12$, suspekt-ní chronická pankreatitida $n=12$, fyziologický pankreas $n=14$). Vyšetření bylo provedeno na přístroji Arietta 850 Endo. U každého pacienta bylo z oblasti hlavy nebo těla pankreatu získáno 10 měření SWE (Vs-m/s). Pro stanovení diagnózy chronické pankreatitidy byla využita Rosemontská klasifikace.

Výsledek: Porovnání výsledků SWE prokázalo signifikantní rozdíl EUS-SWE mezi pacienty s fyziologickým pankreatem a se suspekci na chronickou pankreatitidu (1,80m/s vs 2,65m/s; $p<0,001$) či prostými cystami (1,80m/s vs 2,50m/s; $p<0,001$). Pacienti se suspekci na chronickou pankreatitidu se významně lišili od pacientů se serózním cystadenomem (2,65m/s vs 1,71m/s $p, <0,005$). Hodnoty SWE, zjištěné u dobře definovaných skupin (mírná chronická pankreatitida, intaktní pankreas), odpovídají hodnotám publikovaných v dostupných studiích.

Závěr: Vyšetření EUS-SWE představuje novou perspektivní metodu v měření elasticity tkáně pankreatu. Výsledky naší pilotní práce prokazují signifikantně vyšší hodnoty EUS-SWE u pacientů s EUS obrazem suspektním pro chronickou pankreatitidu a s přítomností prostých cyst oproti normálnímu pankreatu.

Klinicky význam této metody spočívá především v měření elasticity u difusních postižení parenchymu pankreatu. Významným způsobem může přispět k dg tzv časných (mírných) forem chronické pankreatitidy.

Hodnoty zjištěné u dobře definovaných skupin (intaktní pankreas, mírná chronická pankreatitida) odpovídají výsledkům měření na rozsáhlejších souborech v publikovaných studiích.

Výsledky této práce je nutné validovat na rozsáhlejším souboru pacientů.

ERCP PO BILLROTH II PARCIÁLNÍ GASTREKTOMII

Kianička B.¹, Žák J.², Vaniček J.³

¹II. interní klinika, FN u sv. Anny v Brně, LF MU Brno, Česká republika

²I. chirurgická klinika FN u sv. Anny v Brně, LF MU Brno, Česká republika

³Klinika zobrazovacích metod, FN u Sv. Anny v Brně, LF MU Brno, Česká republika

Cíle práce: Cílem této retrospektivní studie je rozbor úspěšnosti diagnostické a terapeutické endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografie (ERCP) v našem souboru pacientů po resekcii žaludku podle Billrotha II, kde pro výrazně změněné anatomické poměry se tento druh operace stal specifickým a mnohdy velice obtížným technickým problémem při ERCP.

Materiál a metodika: Studium souboru trvalo 20 let (listopad 1994 – prosinec 2014). V práci bylo retrospektivně hodnoceno 136 pacientů po resekcii žaludku podle Billrotha II, kdy indikací k provedení ERCP byla u 116 nemocných cholestáza, 12 x akutní biliární pankreatitida, 6 x akutní cholangitida a 2 x suspicium na biliární leak po laparoskopické cholecystektomii (LCE).

Výsledek: U 136 pacientů po resekcii žaludku podle Billrotha II jsme při ERCP dosáhli 91,9 % kanyláčnické úspěšnosti (tedy u 125 pacientů ze 136). U 4 nemocných byl na ERCP normální nále. U zbývajících 121 pacientů byl na ERCP patologický nále. (u 102 pacientů byla nalezena choledocholitiáza, u 14–maligní biliární stenóza, u 3–benigní biliární stenóza, a u 2–biliární leak po LCE). U všech těchto 121 pacientů byla bezprostředně po diagnostické ERCP zahájena endoskopická léčba, jejímž úvodním krokem byla vždy endoskopická papilotomie některým ze speciálních papilotomů. Celkem byla terapeutická ERCP kompletně úspěšná u 106 pacientů ze 121 (87,6 % ze 121), u kterých byla původně endoskopická léčba zahájena.

Lze uvést, že v našem souboru jsme dosáhli poměrně vysoké úspěšnosti diagnostické i terapeutické ERC, kdy naše výsledky jsou srovnatelné s předními endoskopickými pracovišti, která se touto náročnou problematikou zabývají.

Závěry: ERCP po resekcii žaludku podle Billrotha II je v důsledku odlišné pooperační anatomie oproti standardnímu výkonu podstatně náročnější. Úspěch ERCP je zde podmíněn zejména velkou osobní zkušeností a zručností endoskopisty. Adekvátně prováděná ERCP u pacientů po resekcii žaludku podle Billrotha II je vysoce efektivní a bezpečná metoda v diagnostice a zejména léčbě pankreatobiliárních onemocnění, kde se nám podařilo dosáhnout srovnatelné úspěšnosti jako za normální anatomické situace.

Provedení ERCP u pacientů po resekcii žaludku podle Billrotha II stále zůstává jedním z nejnáročnějších endoskopických výkonů.

Klíčová slova: Endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografie – Billroth II gastrektomie – endoskopická papilotomie – endoskopická léčba.

ENDOSKOPICKÁ ULTRASONOGRAFIE U AKUTNÍ BILIÁRNÍ PANKREATITIDY

Ján Csomor

Interní klinika, Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakulní nemocnice Praha, Česká republika

Cíl práce: Zjistit v kolika procentech případů z naší kohorty pacientů s akutní biliární pankreatitidou provedení EUS nevedlo k následné indikaci ERCP (tedy invazivnější a rizikovější endoskopické metody).

Úvod: EUS jako neinvazivní a rychlé vyšetření může hrát klíčovou roli v detekci konkrémentů nebo sludge ve žlučových cestách při nejčastější příčině AP – biliární. Podle analýzy Fusaroli a kol. EUS detekuje biliární konkrémenty se senzitivitou 91-100 % a specificitou 85-100 %. EUS bylo více senzitivní v detekci mikrolitiázy (konkrémenty < 4 mm) než ERCP (90 % vs 23 %). Načasování ERCP u biliární AP prošlo v posledních dekadách výraznou změnou a EUS může v jeho indikaci hrát klíčovou roli.

Soubor pacientů: Na Interní klinice 1. LF UK a ÚVN-VoFN Praha bylo od 1.1.2014 do 1.6.2022 hospitalizováno celkem 312 pacientů s akutní pankreatitidou. V 52 % případů (163/312 pac.) se jednalo o akutní biliární pankreatitidu (ABP). Tato kohorta pacientů byla podrobně analyzována v souvislosti s provedením endoskopických vyšetření, a to včetně EUS.

Metodika: Pacienti s akutní biliární pankreatitidou byli rozděleni do 4 skupin podle podstoupených endoskopických vyšetření: • Skupina A: bez provedené endoskopie • Skupina B: indikováno přímo ERCP • Skupina C: pouze EUS • Skupina D: EUS a poté ERCP.

Výsledky: V našem souboru 163 pacientů s akutní biliární pankreatitidou bylo EUS primárně indikováno ve 100 případech. 72 % pacientů (72/100) nakonec vzhledem k negativnímu nálezu na EUS nemuselo podstoupit potenciálně rizikovější vyšetření – ERCP. Výsledek naší studie je zcela v souladu se zahraniční literaturou uvádějící 60-75 % pravděpodobnost spontánní migrace konkrémentu ze žlučových cest.

Závěr: Endoskopická ultrasonografie v rukou zkušeného endoskopisty hraje důležitou roli v indikaci ERCP, snižuje počet nutných ERCP vyšetření a rizik s ERCP spojených.

VYUŽITIE CARTO V LIEČBE KRVÁCAJÚCICH GASTRICKÝCH VARIXOV – NAŠE SKÚSENOSTI

Andrej Klepanec, Ján Haršány, Michal Šálek, Lucia Lebdušková, Adam Schmiedl
Rádiologická klinika, Fakultná nemocnica, Trnava, Slovensko

Ciel: Prezentovať naše skúsenosti s využitím CARTO v liečbe pacientov s krváčajúcimi gastrickými varixami.

Úvod: Neexistuje jasný konsenzus ohľadne optimálneho postupu pri sekundárnej profylaxii krváčajúcich gastrických varixov. Transvenózna obliterácia pomocou miniinvazívnych metód intervenčnej rádiológie hrá jednu z dôležitých úloh v manažmente pacientov týchto pacientov.

Vlastný text: Koilami asistovaná retrográdna transvenózna obliterácia (CARTO) predstavuje jednu z alternatív endovaskulárnej liečby, pri ktorej sa pomocou koilov uzavrie gastrorenálny shunt s aplikáciou sklerotizačnej látky do varixov, pričom na rozdiel od klasickej balónkovej retrográdnej transvenózne obliterácie (BRTO) nie je potrebná dlhodobá insuflácia balónkového katétra v shunte. Naše skúsenosti s využitím CARTO prezentujeme na príklade kazuistík pacientov s krváčajúcimi gastrickými varixami liečenými na našom pracovisku.

Záver: CARTO predstavuje bezpečnú a efektívnu liečebnú možnosť v liečbe pacientov s krváčajúcimi gastrickými varixami.

VLASTNÉ SKÚSENOSTI S NOVÝM LUMEN APOZIČNÝM STENTOM VO FAKULTNEJ NEMOCNICI TRNAVA

Katarína Kučerová¹, Kristína Kadlečíková¹, Patrik Vojtek¹, Dominika Cibulková¹, Ján Rajec¹, Ján Ušák¹, Martin Habiňák¹, Denisa Kudlová², Rastislav Hušák²

¹Gastroenterologické oddelenie, Fakultná Nemocnica Trnava, Trnava, Slovensko

²Gastroenterologické oddelenie, Fakultná Nemocnica Trnava, Trnavská Univerzita, Trnava, Slovensko

Úvod a ciele: Endosonograficky (EUS) navigovaná transmurálna drenáž pomocou lumen apozičného metalického stentu (LAMS) sa používa k liečbe peripankreatických tekutinových kolekcii (PFC) ako aj distálnych malígnych biliárnych stenóz (DMBS). V tejto práci sumarizujeme efektivitu a bezpečnosť LAMS: A) pri drenáži symptomatických PFC a B) EUS navigovanej choledochoduodenostómie (EUS-CDS) pri DMBS. Primárnym cieľom bola miera liečebného efektu definovaná: A) ako veľkosť PFC < 3 cm v čase odstránenia LAMS a B) ako pokles hladiny bilirubínu > 20% 24 hodín po EUS-CDS. Sekundárne ciele boli: technická úspešnosť, procedurálne parametre a výskyt komplikácií.

Metóda: Retrospektívne, od roku 2021, sme analyzovali typ a veľkosť PFC, etiológiu pankreatitídy a DMBS, technickú úspešnosť, klinický efekt EUS navigovanej drenáže pomocou LAMS a výskyt komplikácií na gastroenterologickom pracovisku Fakultnej nemocnice Trnava.

Výsledky: Analyzovali sme 23 pacientov (8 žien) s priemerným vekom 59,3 ±14,7 rokov. A) Z 15 (65%) pacientov s PFC, väčšina (53%) mala pseudocysty (PC). Najčastejšou etiológiou pankreatitídy bol alkohol 5 (33%), nasledované biliárnou príčinou u 4 (27%), chronickou pankreatitídou u 2 (13%) a u 4 (27%) neboli príčiny známe. Priemerná veľkosť PC bola 13,8 cm (rozmedzie, 7 – 25) a ohraničenej nekrózy (WON) 16,9 cm (rozmedzie, 12 – 28). Klinické zlepšenie po drenáži bolo pozorované u všetkých pacientov. Šiesti pacienti s WON vyžadovali nekrozektómie (v priemere 3 sedenia, rozmedzie 2 – 5). B) EUS-CDS bola úspešná u 87,5% (7/8) pacientov. Všetci mali potvrdený karcinóm pankreasu. U jedného pacienta (12,5 %) došlo k chybnému uvoľneniu LAMS, ktoré sa ihneď vyriešilo retrográdnym transpapilárnym prístupom. Liečebný efekt bol dosiahnutý u všetkých pacientov. Celkovo sa vyskytlo 1 závažné a 2 mierne komplikácie, ktoré neboli fatálne.

Záver: Naša analýza ako prvá na Slovensku dokladuje klinický efekt endoskopickej terapie pomocou LAMS v rôznych indikáciách. Vysoko efektívna sa ukázala pri riešení PFC. EUS-CDS umožňuje paliatívnu drenáž u postihnutých s ikterom pri distálnej malígnej stenóze, hoci i závažné komplikácie sa môžu vyskytnúť.

ENDOLOOPOM ASISTOVANÁ ENDOSKOPICKÁ POLYPEKTÓMIA V AMBULANTNEJ PRAXI

Baláž D.¹, Lietava P.²

¹PIGEAS s. r. o. – Prívatná gastroenterologická ambulancia, Martin, Slovensko

²Univerzitná nemocnica Martin, Slovensko

Ciel: Retrospektívna analýza endoloopom asistovaných endoskopických polypektómií (EAEP) stredne veľkých a veľkých stopkových kolonických polypov v gastroenterologickej ambulancii so zameraním na technické aspekty a úspešnosť endoskopической resekcie (ER), výskyt komplikácií a charakteristiku lézií.

Úvod: Endoloopom asistovaná endoskopická polypektómia (EAEP) je endoskopická resekčná technika, ktorá kombinuje konvenčnú polypektómiu slučkou (hot snare polypectomy – HSP) a stranguláciu stopky jednorazovou nylonovou slučkou (endoloop) pred alebo po vykonaní HSP. Indikáciou na použitie EAEP sú hlavne stredne veľké a veľké stopkové polypy s hrubou stopkou s predpokladaným vysokým rizikom postpolypektomického krvácania.

Súbor a metódika: Pacienti (N 38, M 19/F 19, priemerný vek 57.92r.), ktorí v období od mája 2022 do mája 2023 absolvovali kolonoskopické vyšetrenie na našom pracovisku a bol u nich diagnostikovaný a endoskopicky odstránený stredne veľký (>10mm) a/alebo veľký (>20mm) stopkový polyp s hrubou stopkou (>5mm) alebo malý polyp s hrubou stopkou (>5mm) metódou EAEP. Používali sme jednorazové endoskopické akcesórium Endoloop 40mm (Olympus) s aplikáciou na stopku polypu s následnou konvenčnou HSP.

Polypy boli po EAEP vyhodnotené z hľadiska veľkosti, lokalizácie a boli odoslané na histologické vyšetrenie. EAEP bola zhodnotená z hľadiska úspešnosti, bola sledovaná kompletnosť odstránenia polypu, patentnosť endoloopu po EAEP, potreba použitia klipovania a výskyt okamžitého periprocedurálneho krvácania.

Pacienti boli po terapeutickej endoskopii štandardne sledovaní na pracovisku 30min za účelom vylúčenia okamžitého postpolypektomického krvácania (PEPB) a v intervaloch 24hod a 48hod od EAEP boli telefonicky kontaktovaní ohľadom výskytu oneskoreného PEPB, bolesti brucha a celkového zdravotného stavu. Telemedicínsky boli pacienti kontaktovaní po 14 dňoch s výsledkami histologického vyšetrenia polypov. Vyhodnotili sme ex post nutnosť hospitalizácie pre komplikáciu v súvislosti s EAEP do 30 dní od výkonu.

Výsledky: Realizovali sme 41 EAEP výkonov u 38 pacientov (v troch prípadoch boli u pacienta vykonané dve EAEP v jednom sedení). Všetkých 41 výkonov boli úspešných z hľadiska kompletného odstránenia polypov (100%) a pri žiadnom z nich nedošlo k významnému periprocedurálnemu krvácaniu. Technicky bolo bezproblémových 36 výkonov, v 4 prípadoch bolo potrebné použiť klipovanie pre sklznutie endoloopu pri HSP (3x), pre pochybnosť o patentnosti endoloopu (1x), v jednom prípade bola HSP realizovaná na 2x pre problematické umiestnenie polypektomickej slučky pri patentnom endoloope.

Z hľadiska veľkosti polypu bolo 29 stredne veľkých a 11 veľkých polypov, jeden polyp bol malý (hlavička 8mm), ale o použití endoloopu rozhodla hrúbka stopky 8mm.

Lokalizácia polypov: pravé kolon 1, c. transversum 1, c. descendens 5, c. sigmoideum 30, rektosigmoidový prechod 4.

Histologická charakteristika polypov: tubulárny adenóm s nízkym stupňom dysplázie 14, tubulárny adenóm s vysokým stupňom dysplázie 11, vilózný adenóm s nízkym stupňom dysplázie 7, vilózný adenóm s vysokým stupňom dysplázie 6, pílovitý adenóm 1, malígný polyp 1, hyperplastický polyp 1.

Nezaznamenali sme žiadne oneskorené postpolypektomické krvácanie do 14 dní a pri ex post hodnotení ani do 30 dní. Žiadny z 38 pacientov nebol do 30 dní hospitalizovaný pre komplikáciu v súvislosti s EAEP.

Záver: Endoloopom asistovaná endoskopická polypektómia (EAEP) je bezpečná endoskopická resekčná metóda, ktorá významne redukuje riziko okamžitého (periprocedurálneho) a oneskoreného postpolypektomického krvácania stredne veľkých a veľkých stopkových kolonických polypov. EAEP je veľmi vhodná na používanie v ambulantnej praxi a napriek cenovej náročnosti akcesória predstavuje ekonomicky efektívnu metódu endoskopickú polypektómiu. Naše výsledky nás oprávňujú vysloviť názor, že použitie endoloopu v indikovanom prípade by malo byť hrazené z verejného zdravotného poistenia.

KOMPLEXNÍ ANALÝZA DLOUHODOBÉHO VLIVU GASTROEZOFAGEÁLNÍHO REFLUXU NA PACIENTY PO POEM U VÍCE NEŽ 500 PACIENTŮ

Šimková D.¹, Vacková Z.¹, Mareš J.², Hugová K.¹, Hucl T.¹, Štirand P.¹, Hušák R.¹,
Špičák J.¹, Martínek J.

¹Klinika hepatogastroenterologie, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha,
Česká republika

²Oddělení statistických analýz, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha,
Česká republika

Cíl: Cílem této retrospektivní analýzy bylo posoudit dlouhodobý vliv refluxu na pacienty po POEM.

Úvod: Perorální endoskopická myotomie (POEM) je považována za standardní metodu léčby achalázie jícnu s výbornými dlouhodobými výsledky. Důležité je nicméně nezapomínat na riziko refluxních komplikací souvisejících s POEM.

Soubor a metodika: Analýza dat pacientů, kteří podstoupili POEM mezi roky 2012 a 2023. Protokolární vyšetření byly prováděny 3 a 12 měsíců po výkonu a následně 1x za rok po dobu 6 let.

Výsledek: Celkově bylo provedeno 539 POEMů (20x re-POEM) u 519 pacientů. Tři měsíce po výkonu byl během 24 hodinové ph-metrie detekován patologický kyselý reflux u 178/390 pacientů (45,6%). Během gastrokopie byla refluxní ezofagitida diagnostikována u 181/463 pacientů (39,1%; LA C/D u 20 pacientů, 4,3%) po 3 měsících, u 94/263 pacientů (35,7%; LA C/D u 5 pacientů, 1,9%) ve 24-36 měsících a u 18/88 pacientů (20,5%; LA C/D u 0 pacientů) 6 let po POEM. Protokolární vyšetření 4, 5 a 6 let po výkonu absolvovalo 185, 161 a 106 pacientů, přičemž 34,6%, 35,7% a 34,4% z nich uvedlo příležitostnou pyrózu a 18,1%, 20,4% a 19,6% příležitostnou regurgitaci. Jenom méně než 2% pacientů udávalo každodenní přítomnost symptomů. Inhibitory protonové pumpy (PPIs) byly předepisovány 53,3%, 48,4% a 54,3% pacientům 4, 5 a 6 let po POEM, přičemž většina z nich (80%) užívala PPIs alespoň 1x denně. U žádného z pacientů nebyl nově diagnostikován Barrettův jícen ani adenokarcinom jícnu. U jednoho pacienta se vyvinula peptická striktura, pacient následně absolvoval 4 etapy pneumatické dilatace. Výsledky se nelišily mezi pacienty, kteří podstoupili přední (60%) vs. zadní POEM (40%).

Závěr: Četnost post-POEM refluxní ezofagitidy v průběhu času klesá, nicméně přibližně 50% pacientů vyžaduje dlouhodobou antisekreční léčbu. I když je riziko refluxních komplikací nízké, pacienti po POEM by měli absolvovat pravidelné kontroly.

*Abstrakty nepřešli jazykovou korektúrou.
Za obsah abstraktov zodpovedajú autori.*

1. ENDOSKOPICKÁ SUBMUKÓZNA DISEKZIA V REKTE – NAŠE SKÚSENOSTI

Dušan Polák¹, Katarína Beráková², Juraj Váňa³, Andrea Kalavská⁴

¹Gastroenterologické centrum, Fakultná nemocnica s Poliklinikou, Žilina, Slovensko

²Martinské bioptické centrum, s.r.o. Žilina, Slovensko

³Chirurgické oddelenie, Fakultná nemocnica s Poliklinikou, Žilina, Slovensko

⁴VŠZaSP Sv. Alžbety a I.interná klinika SZU, Bratislava, Slovensko

2. REČ AKO NOVÁ DIAGNOSTICKÁ MODALITA MINIMÁLNEJ HEPATÁLNEJ ENCEFALOPATIE

Jakub Gazda¹, Martin Janičko¹, Sylvia Dražilová¹, Peter Drotár², Maté Híreš², Peter Jarčuška¹

¹II. interná klinika, UPJŠ LF a UNLP, Košice, Slovensko

²Intelligent Information Systems Laboratory, TUKE, Košice, Slovensko

3. EUS NAVIGOVANÁ GASTRONEFROSTOMIE (VIDEOPOSTER)

Ivo Horný

Centrum digestivní endoskopie Interní Oddělení, Nemocnice Strakonice, a.s., Strakonice, Česká republika

4. PORFYRIA CUTANEA TARDA ASOCIOVANÁ S VIROVOU HEPATITIDOU E U GENETICKY PREDISPONOVANÉ PACIENTKY – KAZUISTIKA

Hrabák P.¹, Benešová K.², Záhoráková D.³, Brůha B.¹

¹IV. interní klinika gastroenterologie a hepatologie 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Praha, Česká republika

²I. interní klinika hematologie, 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Praha, Česká republika

³Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Praha, Česká republika

5. HIV U IBD PACIENTA NA BIOLOGICKEJ LIEČBE

Gojdičová A., Šturdík I., Tóth J., Gojdič M., Papayová Z., Stasinková K., Hlavatý T.

Gastroenterologické centrum Bezručova, Bratislava, Slovensko

6. ENDOMETRIÓZA AKO RARITNÁ PRÍČINA ENTERORÁGIE

I. Šturdík, A. Gojdičová, J. Tóth, T. Hlavatý

Gastroenterologické centrum Bezručova, Bratislava, Slovensko

7. ZRIEDKAVÝ NÁLEZ INTESTINÁLNEJ TBC IMITUJÚCI CROHNOVU CHOROBU

I. Šturdík, A. Gojdičová, T. Hlavatý, J. Tóth

Gastroenterologické centrum Bezručova, Bratislava, Slovensko

8. HEPATOBILIÁRNE MANIFESTÁCIE IGG4 – ASOCIOVANEJ CHOROBY – KAZUISTIKA

T. Koky, M. Tomáš, S. Dražilová, P. Jarčuška

II. Interná klinika UNLP a UPJŠ LF, Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika, Košice, Slovensko

9. LÉČBA KRVÁCENÍ PO ENDOSKOPICKÉ SFINKTEROTOMII POMOCÍ NOVÉHO HEMOSTATICKÉHO GELU

Hrabák P.

IV. interní klinika gastroenterologie a hepatologie 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Praha, Česká republika

10. KOMPLIKACE DRENÁŽE PSEUDOCYSTY S NEKRÓZAMI – POTŘEBA JINÝCH ODBORNÝCH SPECIALIZACÍ

Karel Mareš¹, Spáčil P.¹, Pagáč I.¹, Stodola M.¹, Singer M.¹, Janoušková L.², Šnajdrová A.², Horváth V.³, Pospíšil R.⁴, Jirava D.⁴, Kohler O.⁴, Neužil P.⁵, Petrů J.⁵

¹Gastroenterologie interní odd., Nemocnice Na Homolce, Praha 5, Česká republika

²RTG odd.,³odd. cévní chirurgie,⁴chirurgické odd.,⁵kardiologické odd., Nemocnice Na Homolce, Praha, Česká republika

11. KDYŽ "NEJDE" EXTRAHOVAT VE ŽLUČOVODECH VZPŘÍČENOU ENDOPROTÉZU A PACIENT MÁ CHOLANGITIDY...

Petr Spáčil, Karel Mareš, Ivan Pagáč, Michal Stodola

interna, gastroenterologie, Nemocnice Na Homolce, Praha 5, Česká republika

12. PŘEKVAPIVÁ PŘÍČINA ANÉMIE U DÁRCE KRVE

Robert Pospíšil, Martin Bortlík

Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s., Česká republika

13. AMBULANTNÁ GASTROENTEROLÓGIA Z POHĽADU DÁT ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE

Selvek M.¹, Baláž D.², Saal B.¹, Mužik R.¹

¹Dôvera zdravotná poisťovňa, Slovensko

²PIGEAS s.r.o. – Privátna gastroenterologická ambulancia, Martin, Slovensko

14. PANKREATICKÝ ASCITES

Balog R., Shon F.

Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice a.s., Česká republika

15. EUS NAVIGOVANÁ BIOPSIE JATER

J. Pintová

Nemocnice Jablonec nad Nisou, Česká republika

16. GASTROINTESTINÁLNE PREJAVY HEREDITÁRNEHO ANGIOEDÉMU**A. Bobčáková***Martin, Slovensko***17. KORELACE ENDOSKOPIE A RADIOLOGICKÝCH METOD V HODNOCENÍ TRANSMURÁLNI AKTIVITY U CROHNOVY NEMOCI – VLASTNÍ ZKUŠENOSTI****L. Prokopová¹, V. Válek Jr.², D. Bartušek², V. Zbořil¹, P. Kavříková¹, J. Hustý², Š. Konečný¹, K. Poredská¹**¹*Centrum pro IBD a biologickou léčbu Interní-gastroenterologická klinika FNB+MU Brno, Česká republika*²*Klinika radiologie a nukleární medicíny FNB+MU Brno, Česká republika***18. MOŽNOSTI DETEKČIE A KVANTIFIKÁCIE DAO V LAMINA PROPRIA DUODENA V PRÍPADOCH SUSP. HIT****Zuzana Betáková***Nemocnica s poliklinikou Ilava, Slovensko***19. ANALÝZA RIZIKOVÝCH FAKTOROV U PACIENTOV S KOLOREKTÁLNYM KARCINÓMOM****M. Tkáčik***Gastroenterologická ambulancia Nemocnica s poliklinikou Brezno, n. o., Slovensko*

ABSTRAKTY

ORIGINÁLNE PRÁCE – POSTERY

**1. ENDOSKOPICKÁ SUBMUKÓZNA DISEKCIA V REKTE
– NAŠE SKÚSENOSTI****Dušan Polák¹, Katarína Beráková², Juraj Váňa³, Andrea Kalavská⁴**¹*Gastroenterologické centrum, Fakultná nemocnica s Poliklinikou, Žilina, Slovensko*²*Martinské bioptické centrum, s.r.o. Žilina, Slovensko*³*Chirurgické oddelenie, Fakultná nemocnica s Poliklinikou, Žilina, Slovensko*⁴*VŠZaSP Sv. Alžbety a I.interná klinika SZU, Bratislava, Slovensko*

Úvod: Endoskopická submukózna disekcia (ESD) je endoskopická liečebná metóda na odstránenie neoplastických lézií tráviaceho traktu. Vďaka tejto technike sme schopní dosiahnuť kompletnú (en blok) R0 endoskopickú resekciu aj veľkých lézií v jednom kuse. Získavame tým cenný resekát na ďalšie histopatologické hodnotenie a pri vhodne zvolenej lézii docielime kuratívnu resekciu.

Metódy: Retrospektívna analýza nášho súboru v období 01/2020 – 01/2023. Primárnym cieľom bolo zistiť ako endoskopické hodnotenie a voľba zaradených rektálnych lézií liečených technikou ESD koreluje s histopatologickými výsledkami. Sekundárnym cieľom bolo zistiť kuratívu nami vykonanej liečby. Zaradili sme lézie nad 20mm s predpokladom maximálnej invázie do povrchových častí submukózy, teda JNET 2B. Okrem toho sme zaradili recidivujúce lézie v jazve po predchádzajúcej endoskopickej alebo chirurgickej liečbe, podslizničné lézie do 20 mm a menšie ako 20 mm lézie najmä v dolnom rekte, ktoré nemožno en blok R0 radikálne odstrániť technikami založenými na slučke.

Výsledky: Celkovo sme zaradili 76 rektálnych lézií. JNET 2B lézií bolo z toho 59 (77,6%). Najčastejšia výsledná histopatologická diagnóza bola high grade displázia (HGD) a to u 35 (46%) prípadov. Kuratívnu endoskopickú resekciu sme dosiahli u väčšiny (93,4%) pacientov. 5 pacienti (5,26%) potrebovali po ESD a ďalšom stagingu následnú chirurgickú alebo onkologickú terapiu.

Záver: Výsledky našej práce potvrdzujú efektivitu ESD ako terapeutickú metódu vhodnej na dosiahnutie en blok R0 resekcie rektálnych lézií a tým ich správneho histopatologického zhodnotenia. Správna selekcia pacientov ostáva kľúčová.

Kľúčové slová: endoskopická submukóza disekcia, rektálne lézie, kuratívna resekcia

2. REČ AKO NOVÁ DIAGNOSTICKÁ MODALITA MINIMÁLNEJ HEPATÁLNEJ ENCEFALOPATIE

Jakub Gazda¹, Martin Janičko¹, Sylvia Dražilová¹, Peter Drotár², Maté Híreš², Peter Jarčuška¹

¹II. interná klinika, UPJŠ LF a UNLP, Košice, Slovensko

²Intelligent Information Systems Laboratory, TUKE, Košice, Slovensko

Úvod: Cirhóza pečene je zodpovedná za najčastejšie predčasné úmrtia v našej populácii. V úvode, v jej kompenzovanej fáze, môže byť úplne asymptomatická, neskôr sa však prejavuje variabilným klinickým obrazom vrátane ascitu, krvácania z pažerákových varixov či hepatálnej encefalopatie. Hepatálna encefalopatia je definovaná ako porucha kognitívnych funkcií a môže variovať od klinicky nemej – minimálnej hepatálnej encefalopatie – cez rôzne stupne klinicky zjavnej hepatálnej encefalopatie až po hepatálnu kómu. V liečbe hepatálnej encefalopatie sa uplatňuje odstránenie precipitujúceho faktora, osmotické laxatívum – laktulóza – a nevstrebateľné antibiotikum – rifaximín. Zatiaľ čo diagnostika klinicky zjavnej hepatálnej encefalopatie (West-Haven 1. -4. stupeň) nepredstavuje časovú ani odbornú záťaž, tak pri diagnostike minimálnej hepatálnej encefalopatie je potrebné využívať špecifické psychologické testy, ktoré sú však charakteristické časovou náročnosťou a relatívne nízkou senzitivitou a špecifitou, čo vedie ku podhodnoteniu minimálnej hepatálnej encefalopatie.

Cieľ práce: Identifikovať existenciu rozdielu a jeho kvalitatívny a kvantitatívny charakter v reči pacientov s cirhózou pečene v porovnaní so zdravou kontrolnou populáciou, ktoré by mohli slúžiť na diagnostiku minimálnej hepatálnej encefalopatie.

Súbor pacientov a metodika: Do prospektívnej štúdie boli zaradení pacienti so známou cirhózou pečene a rôznym stupňom hepatálnej encefalopatie (minimálna hepatálna encefalopatia, hepatálna encefalopatia West-Haven I. st. diagnostikovaná STROOP testom), pričom hlavným exklúznym kritériami bolo konkomitantné neurologické ochorenie, a veko-vo a pohlavím súhlasná zdravá kontrolná populácia. Reč pacientov bola následne manuálne segmentovaná a súhlasné pasáže boli porovnávané využitím viacerých neurónových sietí a stromových klasifikátorov, pričom iterácie prebehli tzv. 10-fold cross-validáciou. Výstupom boli plochy pod ROC krivkou (AUROC) a ich 95% intervaly pravdepodobnosti (95% CI).

Výsledky: V štúdii bolo celkovo zahrnutých 62 pacientov, 31 pacientov s cirhózou pečene (50%) a 31 zdravých ľudí (50%), pričom 36 pacientov bolo mužského pohlavia (58%) 26 pacientov bolo ženského pohlavia (42%). Priemerný vek v čase vyšetrenia bol 56.13 roka (± 11.47). 10 pacientov s cirhózou pečene bolo diagnostikovaných ako hepatálna encefalopatia West-Haven I. st. (32%) a zvyšných 21 pacientov ako minimálna hepatálna encefalopatia (68%). Zo stromových klasifikátorov dosiahol najlepšie hodnoty AUROC klasifikátor XGBoost, pričom AUROC sa v závislosti od samohlásky a jej intenzity pohyboval od 66.88% (95% CI 58.75-72.4) do 78.6% (95% CI 72.4-82.7). Z neuronových sietí dosiahla najlepšie hodnoty AUROC sieť EfficientNet, pričom AUROC sa v závislosti od samohlásky a jej intenzity pohyboval od 80.65% (95% CI 72.34-88.92) do 88.64% (95% CI 83.28-93.70).

Záver: Umelá inteligencia (strojové učenie a neurónové siete) zistili rozdiel v reči pacientov s cirhózou pečene v porovnaní so zdravou kontrolnou populáciou a existuje nádej, že ju v budúcnosti budeme môcť využívať pri diagnostike minimálnej hepatálnej encefalopatie.

3. EUS NAVIGOVANÁ GASTRONEFROSTOMIE (VIDEOPOSTER)

Ivo Horný

Centrum digestivní endoskopie Interní Oddělení, Nemocnice Strakonice, a. s., Strakonice, Česká republika

79letá pacientka s nejasnou horečkou – CRP 325,2 mg/l, leuko 16,0 – hydronephrosis sin. gr. IV od 2003 – 20.7.2023 pyonephros sin. – EUS navigovaná gastronefrostomie (LAMS) s periprocedurální evakuací 400 ml hnisu – 25.7.2023 vydrénovaná reziduální dutina v místě levé ledviny Pacientka byla přijata 13.7.2023 pro horečku a tumor v levém oku nejasného původu. Oftalmologie byla indikována k onkoscreeningu již v dubnu 2023, ale nikam se nedostavila. Horečka byla asymptomatická, dosahovala 38,8°C, dysurií netrpěla. Při přijetí byly jedinými potížemi bolesti v zádech a váhový úbytek, přestala vidět na levé oko. Vstupní CRP měla 325,2 mg/l, prokalcitonin 4,77 mcg/l, leuko 16,0, Hb 77 g/l, kreatinin 124 umol/l, urea 15,1 mmol/l, C19-9 > 700,0 kU/l, CEA 6,3 mcg/l, C15-3 55,3 kU/l. Po odběru biologického materiálu byla zahájena ATB léčba (Axetine 1,5 g i.v. po 8 hodinách). Dne 14.7.2023 podstoupila břišní sonografii s nálezem již leta známé hydronefrózy levé ledviny IV. st. a nově detekované multicystické 16x7 mm velké expanze v hlavě pankreatu. V hemokulturách i v moči byl detekován *Staphylococcus aureus*, ATB léčba byla změněna po domluvě s Mikrobiologickým centrem na Azepo 2 g i.v. po 8 hodinách. Vzhledem k nejasnému původu tumoru levého oka, neměřitelně vysoké hladině C19-9 a nálezu multicystického ložiska v hlavě pankreatu byla indikována 19.7.2023 EUS s detekcí levostranné pyonephros, expanze v hlavě pankreatu byla hodnocena jako vícečetné drobné cysty bez podezření na malignitu. Dne 20.7.2023 podstoupila CT břicha a pánve s nálezem oboustranného fluidothoraxu, širokého pravého plicního hilu, rozsáhlého tekutinového septovaného útvaru s kalcifikacemi v septech v místě levé ledviny, bublinek plynu a kompletní resorbci parenchymu, extrémně dilatovaného levého ureteru s obturujícím 7,5 mm velkým konkrementem v distální části. Vzhledem k progresi prokalcitoninu na 64,4 mcg/l přes cílenou intravenózní ATB léčbu stafylokokové sepse byla indikována drenáž levostranné pyonephros, zároveň byla eskalována ATB léčba z Azepo na kombinační léčbu Archifar 1 g i.v. po 6 hodinách, Klindamycin 600 mg i.v. po 6 hodinách a Flukonazol 400 mg i.v. po 24 hodinách. Nejprve byl zvažován překlad na Urologické oddělení v Českých Budějovicích, ale vzhledem k "příznivým" anatomickým poměrům jsme se rozhodli pro neobvyklý způsob řešení – EUS navigovanou gastronefrostomii. Po konzultaci s anesteziology byla pacientka převezena na intervenční sál Gastroenterologického centra, byla zaintubována, do žaludku byl zaveden echoendoskop, po identifikaci objemného pyonephros v místě levé ledviny byl za kontroly zraku zaveden sheath HOT AXIOS do nitra zbytku levé ledviny, následně byla uvolněna distální flaire, po jejím rozvinutí byla vzápětí uvolněna i proximální flaire, po uvolnění sheatu byla zkontrolována pozice LAMS, která byla zajištěna zavedením 2 krátkých 7 Fr pigtailů. Z vaku v místě levé ledviny jsme odsáli během výkonu 400 ml hnisu, další putridní tekutina při vytahování přístroje stále vytékala. Pacientka byla hospitalizována na JIP, po drenáži došlo k postupnému poklesu CRP na 144,9 mg/l, počet leukocytů se znormalizoval na 4,5. Druhý den po výkonu byla zcela bez potíží, afebrilní, ve 12:00 se na monitoru objevil flutter síní, který byl vertován infuzí s Cordarone, pacientka ale i po obnově sinusového rytmu byla hypotenzní, došlo k poklesu diurézy na 750 ml/den, proto byla zahájena inotropní podpora Noradrenalinem. Následující den již došlo k normalizaci TK a obnově diurézy na 2000 ml/den, ale začala si stěžovat na dušnost, byla patrná progresse fluidothoraxu při sonografických kontrolách, hypoproteinemie, další den průjem, zvětšovaly se otoky DK až do anasarcky přes každodenní aplikaci Flexbuminu. Na kontrolním

CT byla sice patrna již jen residuální dutina po drenáži, ale pacientka byla každý den více vyčerpaná, klidově dušná, 27.7.2023 byl v ranních hodinách konstatován exitus letalis. V naší kazuistice prezentujeme raritní alternativní elegantní možnost řešení levostranné pyonephros, které dle našich zjištění dosud nebylo publikováno. Přínosem tohoto postupu je rychlost zavedení a absence arteficiálních vstupů s možností kontaminace, zavedení do širší praxe ale brání prakticky vždy nepříznivé anatomické poměry.

4. PORFYRIA CUTANEA TARDA ASOCIOVANÁ S VIROVOU HEPATITIDOU E U GENETICKY PREDISPONOVANÉ PACIENTKY – KAZUISTIKA

Hrabák P.¹, Benešová K.², Záhoráková D.³, Brůha B.¹

¹IV. interní klinika gastroenterologie a hepatologie 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Praha, Česká republika

²I. interní klinika hematologie, 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Praha, Česká republika

³Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Praha, Česká republika

Úvod: Porfyria cutanea tarda (PCT) je nejčastější chronickou porfyrií s prevalencí cca 1:10 000 osob. Příčinou tohoto onemocnění je defekt uroporfyrinogen III dekarboxylázy (*UROD*) – enzymu účastnícího se metabolismu hemu. Tento defekt může mít genetický základ, případně může být způsoben celou řadou vnějších či vnitřních faktorů. Mezi známé vyvolávající faktory patří mj. některé virové infekce či přetížení organismu železem.

Kazuistika: 54letá pacientka s difuzním velkobuněčným lymfomem v remisi, rozvinu- la v těsné návaznosti na infekci virem hepatitidy E (HEV) klinické příznaky typické pro PCT (puchýřnaté léze na slunci exponovaných oblastech kůže, tmavá moč, hyperpigmentace). Neobvyklým, literárně však popsaným projevem byla onycholýza. Diagnóza PCT byla následně podpořena laboratorním i genetickým vyšetřením. S rezolucí HEV, po zavedení režimových opatření a na terapii hydrochlorochinem v kombinaci s erythrocytaferézou došlo k postupné klinické i metabolické regresi onemocnění.

Závěr: Při absenci jiných zjevných příčin rozvoje PCT se domníváme, že spouštěcím faktorem onemocnění byla v popisovaném případě infekce HEV. Souvislost HEV s PCT nebyla – narozdíl od virové hepatitidy C a HIV-v dostupné literatuře dosud popsána. V našem sdělení diskutujeme mechanismus vlivu HEV na rozvoj PCT, představujeme klinickou prezentaci, vyšetřovací algoritmus a terapeutický postup u pacientky s atypickými projevy PCT.

5. HIV U IBD PACIENTA NA BIOLOGICKEJ LIEČBE

Gojdičová A., Šturdík I., Tóth J., Gojdič M., Papayová Z., Stasinková K., Hlavatý T.
Gastroenterologické centrum Bezručova, Bratislava, Slovensko

Zápalové ochorenia čriev (IBD) a vírus ľudskej imunodeficiencie (HIV) ovplyvňujú vrodenú aj adaptívnu imunitu v črevnej sliznici. Vírus ľudskej imunodeficiencie znižuje imunitu zacielením na T bunky, najmä na CD4+. TNF- α podporuje replikáciu vírusu HIV typu 1. Inhibítory TNF- α potláčajú produkciu HIV-1 u chronicky infikovaných pro-monocytových aj T-lymfoidných bunkových líniiach. Profil bezpečnosti a účinnosti biologických liekov u pacientov s HIV a IBD nie je dobre stanovený.

V kazuistike prezentujeme prípad pacienta infikovaného HIV počas liečby inhibítorom TNF- α . Kombinovaná antiretrovírusová liečba viedla k plnej supresii vírusovej nálože. Počas prvého roka liečby si pacient udržal klinickú, laboratórnu a endoskopickú remisiu IBD pri stabilnom počte CD4+ T-buniek a nedetekovateľnej HIV-RNA. Počas obdobia sledovania neboli hlásené žiadne oportúnne infekcie.

6. ENDOMETRIÓZA AKO RARITNÁ PRÍČINA ENTERORÁGIE

I. Šturdík, A. Gojdičová, J. Tóth, T. Hlavatý

Gastroenterologické centrum Bezručova, Bratislava, Slovensko

Úvod: Endometrióza je gynekologické ochorenie charakterizované prítomnosťou endometriálnych žliaz mimo dutinu maternice, najčastejšie postihuje ženy v 3. dekáde života. V prípade, že infiltruje svalovinu čreva a okolité štruktúry, hovoríme o črevnej endometrióze. Prejavuje sa dysmenoreou, dyspareuniou, prejavy zo strany zažívacieho traktu sú hnačka, zápcha, dyschézia, zriedkavo enterorágia.

Kazuistika: 39-ročnej pacientke vznikli proktalgie a intermitentne enterorágia v čase menštruácie, proktológ nachádza pri rektoskopii petéchie v konečníku. Na našom pracovisku sme vykonali pankolonoskopiu, pri ktorej v rekte v hĺbke 15 cm od anu nález prekrvácaneho ložiska s hviezdicovito sa zbiehajúcimi hypertrofickými riasami. Histologicky prítomná chronická kolitída s fokálnou aktivitou a eróziami. Fyzikálne vyšetrenie, laboratórne parametre, ultrazvuk a počítačová tomografia brucha boli u pacientky úplne v norme. Opakujeme kolonoskopiu v druhej polovici menštruačného cyklu – v ovulačnej fáze, kedy identický endoskopický nález ako pri prvom vyšetrení, ale histologicky už záchyť endometriózy v biopsiách. Patientka absolvovala transvaginálny ultrazvuk, ktorý diagnózu potvrdil. Gynekológ nasadil hormonálnu liečbu gestagénom dienogest a odporučil resekciu rekta. Pred operáciou realizovaná endorektálna sonografia, kde už pod vplyvom gestagénov úplne vymiznutie endometriózy, rovnako vymizli pacientke všetky ťažkosti.

Záver: Črevná endometrióza môže byť raritnou príčinou enterorágie u žien vo fertílom veku a môže byť ťažko diagnostikovateľná. V diagnostike sú nápomocné transvaginálna a transrektálna ultrasonografia, počítačová tomografia alebo magnetická rezonancia brucha. Pri podozrení na črevnú endometriózu treba realizovať kolonoskopiu, hoci nemusí byť diagnosticky výťažná. Laparoskopia s priamym zobrazením a odberom tkaniva sú definitívne potvrdzujúce vyšetrenia. Liečba pozostáva z hormonálnej terapie a/alebo operačného výkonu.

7. ZRIEDKAVÝ NÁLEZ INTESTINÁLNEJ TBC IMITUJÚCI CROHNOVU CHOROBU

I. Šturdík, A. Gojdičová, T. Hlavatý, J. Tóth

Gastroenterologické centrum Bezručova, Bratislava, Slovensko

Úvod: Gastrointestinálna tuberkulóza (TBC) predstavuje 1 % až 3 % všetkých prípadov TBC na celom svete. Môže sa vyskytnúť v kontexte aktívneho pľúcneho ochorenia alebo ako primárna infekcia bez postihnutia pľúc. Diagnóza je náročná a často sa oneskoruje kvôli nešpecifickej prezentácii.

Kazuistika: 46-ročná pacientka prichádza do nášho centra pre chronické hnačky 6x denne bez prímiesi krvi alebo hlienu, ktoré začali po prekonaní druhej COVID-19 infekcie. Kolonoskopicky diskontinuálny nález áft a erytému v celom hrubom čreve a v terminálnom ileu, endoskopicky bola supponovaná Crohnova choroba. Patológ nachádza obraz nešpecifickej fokálne aktívnej kolitídy, diagnózu Crohnovej choroby nevie jednoznačne potvrdiť, zvažuje skôr infekčný pôvod ochorenia, v jednej vzorke nachádza drobný nekrotizujúci granulóm a vzorky odosiela na genetické vyšetrenie. Geneticky sa potvrdila prítomnosť *Mycobacterium tuberculosis*. MR enterografia nepreukázala zápalové zmeny na tenkom čreve. Gastrofibroskopicky prítomné afity v duodene, histologicky stredne ťažká atrofia klkov MARSH 3B, ale bez nálezu mykobaktérií. Doplnené protilátky a genetika na celiakiu boli negatívne. Pacientka bola odoslaná pneumológovi, ktorá začal liečbu antituberkulotikami. Pri liečbe hnačky u pacientky vymizli a po dobratí antituberkulotík sa plánuje kontrolná kolonoskopia.

Záver: Gastrointestinálna TBC dobre reaguje na štandardné antituberkulózne lieky. Chirurgický zákrok je potrebný iba v prípadoch, keď sa vyvinú komplikácie, ako sú striktúry alebo obštrukcia, ktoré nereagujú na podávané medikamentá. Na zníženie morbidita a mortality tohto ochorenia je potrebné mať vysoké klinické podozrenie na túto diagnózu, včasné začatie antituberkulózne liečby a medziodborová spolupráca.

8. HEPATOBILIARNE MANIFESTÁCIE IGG4 – ASOCIOVANEJ CHOROBY – KAZUISTIKA

T. Koky, M. Tomáš, S. Dražilová, P. Jarčuška

II. Interná klinika UNLP a UPJŠ LF, Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika, Košice, Slovensko

Úvod: IgG4 – asociovaná choroba (IgG4-RD) je systémovým fibrozápalovým ochorením charakterizovaným, pre diagnózu kľúčovým, histopatologickým obrazom (lymfoplazmocytová infiltrácia, obliterujúca flebitída a storiformná fibróza), ktorý môže, ale nemusí byť sprevádzaný eleváciou sérových hladín protilátok IgG4. Symptómy IgG4 – asociovanej choroby sa značne líšia v závislosti od postihnutia príslušného orgánu alebo tkaniva. Najčastejším prejavom je ložisková lézia alebo zväčšenie postihnutého orgánu. Frekventovane postihnutými orgánmi sú slinné a slzné žľazy, pankreas, žlčové cesty, obličky a pečeň, pri IgG4 – asociovanej chorobe však môže byť postihnutý ktorýkoľvek orgán a raritne možno vidieť aj multiorgánové ochorenie.

Kazuistika: Prezентujeme prípady 2 mladých pacientov s hepatobiliárnymi manifestáciami IgG4 – asociovanej choroby. V prvom prípade ide o 27 – ročného pacienta, ktorý bol prijatý na naše pracovisko pre hepatálne zlyhávanie. Laboratórne pri prijíme prítomná výrazná elevácia aminotransferáz, hyperbilirubiménia a koagulopatia. Indíciu na akútny priebeh vylúčilo ultrazvukové vyšetrenie brucha a následné elastografické vyšetrenie, ktorými bola potvrdená cirhotická prestavba pečene. Širokým spektrom laboratórných vyšetrení sme nepotvrdili podiel vírusovej hepatitídy, ALD, DILI a iných ochorení na hepatálnom zlyhávaní ani chronickom teréne. Po obdržaní vysokých hladín IgG, vrátane IgG4 a hraničných hodnôt ANA sme stav hodnotili ako ACLF: hyperakútna exacerbácia nediagnostikovanej AIH p.p. IgG4-AIH. Meraním HvPG potvrdená signifikantná portálna hypertenzia, realizovaná transjugulárna biopsia pečene. Histologicky išlo o interface hepatitídu so šírením do lobulov s tvorbou hepatických roziet a prítomnosťou IgG4 – pozitívnych plazmocytov. Pulzná liečba kortikoidmi s postupnou detrakciou na perorálnu formu viedla k zásadnému zlepšeniu laboratórneho nálezu aj klinického stavu pacienta. V druhom prípade ide o 25-ročného pacienta s m. Crohn dispenzarizovaného v gastroenterologickej ambulancii nášho pracoviska, ktorý bol prijatý pre eleváciu hepatálnych enzýmov za účelom diferenciálnej diagnostiky. Laboratórne pri prijíme prítomná hyperproteinémia s normálnymi hladinami albumínu, elevácia hepatálnych enzýmov s cholestatickým rysom, zvýšené hladiny IgG a IgG4, autoprotilátky na AIH a PBC negatívne. Tranzientnou elastografiou fibrotickú prestavbu pečene nepotvrdzujeme. Vzhľadom na cholestatický rys hepatopatie doplníme MRCP vyšetrenie, ktoré vizualizuje nález spĺňajúci charakteristiky autoimunitnej cholangitídy s dominanciou postihnutia intrahepatálnych žlčovýchodov. Vzhľadom na uvedené suponuujeme IgG4 – sklerotizujúcu cholangitídu. Pacienta nastavujeme na perorálnu kortikoidnú liečbu, počas ktorej evidujeme optimalizáciu hepatálnych enzýmov, normalizáciu hladín celkových bielkovín, pokles IgG vrátane IgG4. Kontrolné MRCP realizované 3 mesiace od stanovenia diagnózy vizualizuje regresiu pôvodne popisovaných zmien intra aj extrahepatálnych žlčovýchodov.

Záver: Incidencia a prevalencia IgG4 – asociovanej choroby nie je dostatočne známa. Hepatobiliárne manifestácie IgG4 – asociovanej choroby (IgG4-AIH a IgG4-SC) sú považované za raritné, ale dôležité manifestácie tejto nozologickej jednotky. Jasné kritériá stále absentujú, no prínosom v rámci diferenciálnej diagnostiky je stanovenie hladín IgG vrátane IgG4 a biopsia s typickými histopatologickými znakmi.

9. LÉČBA KRVÁCENÍ PO ENDOSKOPICKÉ SFINKTEROTOMII POMOCÍ NOVÉHO HEMOSTATICKÉHO GELU

Hrabák P.

IV. interní klinika gastroenterologie a hepatologie 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Praha, Česká republika

Úvod: Krvácení po endoskopické sfinkterotomii (ES) patří mezi nejčastější komplikace ERCP. Signifikantní krvácení manifestované melenou či enterorhagií bývá u 2-5% výkonů. Mezi nejčastější endoskopické hemostatické metody patří opich ředěným adrenalinem, aplikace hemoklipů a koagulační metody. Purastat patří mezi nové hemostatické přípravky k léčbě drobného cévního a kapilárního krvácení v gastrointestinálním traktu.

Cíl: Ověřit bezpečnost a efektivitu nového hemostatického gelu v léčbě akutního a odloženého krvácení po endoskopické sfinkterotomii či precutu.

Metodika: V období od 8/2022 do 8/2023 byl pacientům na 4. interní klinice VFN po provedení ERCP a endoskopické sfinkterotomii či precutu aplikován Purastat gel. Počet krvácení a dalších komplikací (post ERCP pankreatitida, cholangitida) byl retrospektivně porovnán s obdobím 6/2021 – 6/2022, kdy nebyl Purastat ještě používán.

Výsledky: Zatím jsou dostupné jen předběžné výsledky, uvedená data nejsou finální. Za období 6/2021-6/2022 bylo provedeno nejméně 120 ES a precutů, signifikantní krvácení se objevilo u 6% pacientů. V období 8/2022 -8/2023 bylo provedeno 110 papilotomií a precutů, signifikantní krvácení se objevilo ve 3% případů. Ostatní komplikace byly stejné.

Závěr: Použití nového hemostatického přípravku se jeví jako snadná, bezpečná a efektivní metoda k léčbě krvácení po ES. Mezi další výhody patří průsvitnost gelu, která neomezuje případné pokračování výkonu a také možnost kombinace Purastatu s ostatními hemostatickými metodami

10. KOMPLIKACE DRENÁŽE PSEUDOCYSTY S NEKRÓZAMI – POTŘEBA JINÝCH ODBORNÝCH SPECIALIZACÍ

Karel Mareš¹, Spáčil P.¹, Pagáč I.¹, Stodola M.¹, Singer M.¹, Janoušková L.², Šnajdrová A.², Horváth V.³, Pospíšil R.⁴, Jirava D.⁴, Kohler O.⁴, Neužil P.⁵, Petrů J.⁵

¹Gastroenterologie interní odd., Nemocnice Na Homolce, Praha 5, Česká republika

²RTG odd.,³odd. cévní chirurgie,⁴chirurgické odd.,⁵kardiologické odd., Nemocnice Na Homolce, Praha, Česká republika

Úvod: Od r. 2010 jsme provedli více než 230 drenážních endosonograficky (EUS) navigovaných výkonů. V naší kazuistice bychom chtěli ukázat pacienta s řadou komplikací a nutností úzké spolupráce s kolegy z jiných odborností. 69letý muž s vředovou chorobou gastroduodena, ischemickou chorobou DK s AO-femorálním bypassem, hypertenzí, hyperlipoproteinémií byl hospitalizovaný v NNH 2-6/2023. V prosinci 2022 prodělal akutní biliární pankreatitidu, ERCP s extrakcí choledocholitíazy, následně se vytvořila pseudocysta s infikovanými nekrózami (WON), 01/23 jsme provedli pseudocystogastrostomii metalickým stentem 02/23 – krvácení z vředů duodena – endoskopicky sanováno, vysazena antikoagulace – extrakce částečně vycestovaného metal. stentu, opakovaný debridement nekróz – opakované krvácení do pscysty – částečný uzávěr AO-femor. bypassu trombózou (50%) – zástava krvácení do pscysty embolizací coilingy do druhého větvení a. gastrica dx. 03/23 – akutní ischemie PDK – trombektomie kriticky obliterovaného AO-femorálního bypassu dx – debridementy koagul a nekróz z pscysty – z jednoho chobotu vytéká hnis a buď žluč nebo stolice – debridement nekróz z chobotu, nalezena komunikace s tračníkem – resekce lienální flexury tračníku s kolickou píštělí, CHE, splenektomie, sutura stomie 04/23 – re laparotomie pro leak anastomózy – ATB terapie recidivujících infekcí – stenting hydronefrotické pr. ledviny 06/23 – transvenózní extrakce trombu z centrální kanyly

Závěr: Popisujeme a obrazovou dokumentací dokládáme mnohočetné, na sebe navazující a na našem výkonu nezávislé komplikace u pacienta po EUS navigované pseudocystogastrostomi, které museli postupně řešit kolegové jiných odborností. Krvácení do pseudocysty jsme v našem souboru 230 drenážních výkonů měli 3x. (2x řešeno chir. výkonem, 1x radiologickou intervencí). V literatuře popisovanému velkému život ohrožujícímu krvácení z arodované cévy se snažíme předcházet zavedením plastické endoprotézy do metalického stentu. Je třeba s komplikacemi počítat a mít v dosahu kolegy jiných odborností. Případné další komplikace těchto zákroků možno probrat v diskuzi.

11. KDYŽ "NEJDE" EXTRAHOVAT VE ŽLUČOVODECH VZPŘÍČENOU ENDOPROTÉZU A PACIENT MÁ CHOLANGITIDY...

Petr Spáčil, Karel Mareš, Ivan Pagáč, Michal Stodola

¹interna, gastroenterologie, Nemocnice Na Homolce, Praha 5, Česká republika

Prezentujeme případ 86-leté pacientky s anamnézou akutních cholangitid, která k nám byla odeslána k řešení mnohočetné choledochu a hepatikolitiázy a k extrakci zacementované DBE, kterou se roky opakovaně nedařilo extrahovat. Provedli jsme několik ERCP, kdy se pro vzpříčenou endoprotézu nepodařilo žlučové cesty ani mechanickou, ani laserovou litotrypsemi vyčistit. Nakonec jsme zvolili, podle našich znalostí, nový postup pomocí spyscopu a zaváděče, který se v ČR ještě nepoužil. Výkon byl úspěšný a zanořenou DBE a následně i veškerou litiázu se podařilo extrahovat. Od té doby se již cholangitida neobjevila.

12. PŘEKVAPIVÁ PŘÍČINA ANÉMIE U DÁRCE KRVE

Robert Pospíšil, Martin Bortlík

Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a. s., Česká republika

Úvod: Primární sklerotizující cholangitida (PSC) je u přibližně 70 % pacientů doprovázena idiopatickým střevním zánětem (IBD), nejčastěji ulcerózní kolitidou (UC). PCS je rizikovým faktorem nejen pro vznik cholangiogenního karcinomu, ale také vzniku kolorektálního karcinomu. V této kazuistice popisujeme diagnostický postup u anemického dárce krve s překvapivým nálezem PSC a UC komplikované medulárním karcinomem lienální flexury.

Kazuistika: 43 letý pacient bez interních komorbidit byl odeslán praktickým lékařem na hematologickou ambulanci pro anemii zjištěnou při pravidelném darování krve. Zde byla zjištěna elevace jaterních testů ALP, GGT a elevace IgG, dále pozitivní test na okultní krvácení. Pacient byl následně odeslán na gastroenterologickou ambulanci, kde při podrobnější anamnéze udává řídké stolice dlouhodobě, únavu a váhový úbytek 5 kg za poslední měsíc. Byla provedena gastroskopie, kde byly zastíženy pouze hyperplastické polypy těla žaludku, jinak vyšetření ukázalo normální nález. Břišní sonografie vyslovila podezření na PSC a patologické zesílení lienální flexury. Při koloskopii však byly zjištěny těžké zánětlivé změny v průběhu celého tlustého střeva včetně stenózy sigmatu s ulceracemi suspektní z neoplázie. Histologicky byla potvrzena diagnóza medulárního karcinomu, ve zbylých biopsiích byly patrné nespecifické známky aktivní kolitidy. Stagingové CT neprokázalo známky generalizace, diagnóza PSC byla potvrzena MRCP. Pacient byl indikován k subtotální kolektomii.

Závěr: PSC představuje nejvýznamnější rizikový faktor vzniku kolorektální neoplázie u pacientů s IBD. Vývoj karcinomu je u těchto pacientů často velmi rychlý a jeho symptomatologie je maskována projevy střevního zánětu. U všech pacientů s IBD a PSC je nezbytná každoroční dispenzární koloskopie.

13. AMBULANTNÁ GASTROENTEROLÓGIA Z POHĽADU DÁT ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE

Selvek M.¹, Baláž D.², Saal B.¹, Mužik R.¹

¹Dôvera zdravotná poisťovňa, Slovensko

²PIGEAS s.r.o. – Prívátna gastroenterologická ambulancia, Martin, Slovensko

Ciel: Na základe dát zdravotnej poisťovne (ZP) vyhodnotiť aspekty endoskopickej resekcie kolonických polypov diagnostikovaných pri indexovej kolonoskopii v procese prípravy optimálneho voliteľného hodnotiaceho parametra pre ambulantnú gastroenterológiu.

Úvod: Skrining kolorektálneho karcinómu je významnou súčasťou preventívnych programov v SR a predstavuje ťažiskovú oblasť dennej ambulantnej gastroenterologickej praxe. Vyhľadávanie kolonických prekanceróznych lézií a ich odstránenie endoskopickou resekciou je základnou filozofiou skriningových kolonoskopií. Realizácia endoskopickej resekcie kolorektálnych polypov počas indexovej kolonoskopie predstavuje parameter kvality endoskopie (>90%).

Súbor a metódika: Zdrojom pre analýzu boli dáta o vykázananej zdravotnej starostlivosti za rok 2022. Analyzovali sme tzv. pozitívne kolonoskopie, pričom za pozitívnu kolonoskopiu sme považované vykázanie jedného z výkonov pozitívnej skriningovej kolonoskopie (763SP, 763PP, 760SP, 760PP) alebo vykázanie výkonu kolonoskopie (763A, 763, 760, 756, 761, 762) súčasne s diagnózou polypu hrubého čreva (K63.5). Pri všetkých pozitívnych kolonoskopiách bolo vyhodnotené, či bola počas kolonoskopie realizovaná aj endoskopická resekcia polypu (výkony 765 alebo 765P).

Výsledky: V roku 2022 evidujeme spolu 2642 pozitívnych kolonoskopií, pričom 1634 (61,8 %) z nich malo vykázanú zároveň endoskopickú resekciu polypu. Z celkového počtu 159 ambulancií realizovalo aspoň jednu pozitívnu kolonoskopiu 102 ambulancií (64,2 %). Pozitívnych skriningových kolonoskopií bolo 1466 (55,5 % všetkých pozitívnych kolonoskopií) a boli vykázané na 64 ambulanciách. Medzi jednotlivými gastroenterologickými ambulanciami bola výrazná variabilita: endoskopickú resekciu polypov pri indexovej pozitívnej kolonoskopii vykonalo vo viac ako 90 % 21 ambulancií, na druhej strane 19 ambulancií nevykonalo endoskopickú resekciu pri žiadnej pozitívnej kolonoskopii.

Záver: Pozorovali sme významnú variabilitu medzi ambulanciami vo vykonávaní endoskopickej resekcie polypu pri pozitívnej kolonoskopii. Po konzultáciách s odbornou spoločnosťou si od októbra 2023 ambulantní gastroenterológovia môžu zvoliť voliteľné hodnotiace kritérium kvality zamerané na podiel pozitívnych kolonoskopií s okamžitou resekciou.

14. PANKREATICKÝ ASCITES

Balog R., Shon F.

Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice a. s., Česká republika

Cíl: Nasledující kazuistika představí diagnostiku a léčbu pacienta s pankreatickým ascitem

Úvod: Chronická pankreatitida je onemocněním charakterizované zánětlivým postižením pankreatu vedoucím k destrukci tkáně a atrofii žlázy. Pankreatický ascites provází chronickou pankreatitidu jako komplikace mající příčinu buď v porušené integritě pankreatického vývodu nebo souvisí s pankreatickým cystoidem.

Vlastní text: 59letý pacient s anamnézou pravidelné konzumace alkoholu byl recentně hospitalizován na gastroenterologickém oddělení pro komplikovanou exacerbaci chronické pankreatitidy s vícečetnými pseudocystami. Při plánované kontrole po CT vyšetření s měsíčním odstupem po hospitalizaci byl u pacienta nově přítomen tenzní ascites, zároveň ale došlo dle CT k částečné regresi pankreatických pseudocyst. Biochemická analýza punktované ascitické tekutiny svědčila pro pankreatický ascites. Následně provedené ERCP prokázalo disrupci Wirsungova vývodu na přechodu hlavy a těla pankreatu, kontrastní látkou se plnil systém pseudocyst, které pravděpodobně komunikovaly s volnou dutinou břišní. Při vyšetření se nedařilo zavést vodič, až do oblasti ocasu pankreatu. Zaveden byl pouze krátký pankreatický stent do oblasti disrupce. Pacient byl za hospitalizace dále nutričně připravován na eventuální chirurgický výkon při nemožnosti endoskopické derivace. Kromě toho byl při konzervativním postupu podáván somatostatin, parenterální výživa, prováděny opakované paracentézy. Během konzervativního řešení se stav nemocného zlepšil. Kontrolní CT ukázalo regresi pseudocyst a ascitu. Další pokus o ERCP byl úspěšný se zavedením pankreatického stentu až do ocasu pankreatu. Při kontrolním UZ břicha byl pacient zcela bez ascitu..

Závěr: Při vzniku ascitu je vždy nutné pátrat po etiologii. Pankreatický ascites je méně častou komplikací chronické pankreatitidy. Konzervativní léčba spočívá v parenterální výživě, podávání somatostatinu nebo jeho analog a opakovaných paracentézách. Intervenční léčba je endoskopická a chirurgická. Uvedená kazuistika popisuje případ, kdy konzervativní léčba včetně podávání somatostatinu ve spolupráci s endoskopickou léčbou vedla u pacienta k úspěšnému vymizení pankreatického ascitu bez nutnosti podstoupit chirurgický výkon s resekcí části pankreatu, který by pro pacienta představoval vysoké riziko.

17. KORELACE ENDOSKOPIE A RADIOLOGICKÝCH METOD V HODNOCENÍ TRANSMURÁLNÍ AKTIVITY U CROHNOVY NEMOCI – VLASTNÍ ZKUŠENOSTI

L. Prokopová¹, V. Válek Jr.², D. Bartušek², V. Zbořil¹, P. Kavříková¹, J. Hustý², Š. Konečný¹, K. Poredská¹

¹Centrum pro IBD a biologickou léčbu Interní-gastroenterologická klinika FNB+MU Brno, Česká republika

²Klinika radiologie a nukleární medicíny FNB+MU Brno, Česká republika

Úvod: STRIDE I/II consensus doporučuje hodnotit aktivitu a léčebnou odpověď u Crohnovy nemoci (CN) standardně ileokolonoskopií. Radiologickými metodami hodnocená transmurnální aktivita a hojení je doplňkovým, nikoli formálním cílem léčby. V poslední době se objevuje řada prací, které ukazují, že se terapeutické cíle u CN vyvíjejí. Navrhují jako prediktor a terapeutický cíl, který může zlepšit prognózu pacientů s CN, hodnotit i transmurnální aktivitu a hojení pomocí radiologických zobrazovacích metod (UZV,MR). Optimální kritéria pro kvantifikaci transmurnální aktivity a hojení dosud nebyla EB definována. Radiologické metody je možné při absenci ionozující záření opakovat i u mladších pacientů a obrazit úseky střeva, které nejsou endoskopicky dosažitelné.

Cíl: Korelace hodnocení endoskopické aktivity (SES-CD = Simple Endoscopic Score for Crohn's Disease: (střední až těžká aktivita SES-CD multisegmentárně ≥ 7 nebo v 1 segmentu SES-CD 2-3, mírná aktivita SES-CD multisegmentárně ≤ 6 nebo 1 segment SES-CD ≤ 1) a radiologických metod (UZV-ztluštění stěny, mesenterální tuk, vaskularizace, uzliny/Limberg skóre v klinické praxi nehodnoceno, MRe –MaRIA = Magnetic Resonance Index of Activity, aktivita ≥ 7 , těžká aktivita ≥ 11).

Metodika: Retrospektivní studie, 2020-2022 FNB. 43 pacientů s CN ≥ 18 let, 18 mužů (42%) a 25 žen (58%). Průměrný věk muži 35,8, ženy 31,6. S odstupem < 8 týdnů, \emptyset 12 dní, provedena ileokoloskopie, UZV, MR. Hodnocení aktivity příslušný specialista vždy zaslepeně: 1)endoskopie, 2)UZV, 3)MRe. Všechny metody hodnotily 6 segmentů: tenké střevo, caecum a ascendens, transversum, descendens, sigma, rektum. Posouzení statistické významnosti ($p < 0,001$) hodnocení transmurnální aktivity CN pomocí závěrečné korelace těchto metod.

Výsledky: Korelace endoskopie (e) a radiologických metod: 1) středně těžká až těžká aktivita CN (e) sumárně: senzitivita UZV 88% ($p < 0,001$), MRe 90% ($p < 0,001$), specifická UZV 87%, MRe 91%. Korelace izolovaně pro tenké střevo: senzitivita UZV 86% ($p < 0,001$), MRe 95% ($p < 0,001$), specifická UZV 50%, MRe 60%. Korelace izolovaně pro kolon: senzitivita UZV 89% ($p < 0,001$), MRe 83% ($p < 0,001$), specifická UZV 92%, MRe 95%. 2) mírná aktivita CN (e) sumárně: senzitivita UZV 58% ($p < 0,001$), MRe 33% ($p < 0,001$), specifická UZV 92%, MRe 94%. Korelace izolovaně pro tenké střevo: senzitivita UZV 80% bez statistické významnosti, MRe 67% ($p < 0,001$), specifická UZV 81%, MRe 64%. Korelace izolovaně pro kolon: senzitivita UZV 67% ($p < 0,001$), MRe 22% ($p < 0,001$), specifická UZV 96%, MRe 97%.

Závěr: Výsledky potvrzují statisticky významnou korelaci ileokoloskopie a radiologických metod sumárně při střední až těžké aktivitě CN pro všechny vyšetřené segmenty. MRe je očekávaně vysoce spolehlivé a mělo by být zahrnuto standardně do hodnocení střední-těžké aktivní CN, zejména úseků nedostupných endoskopii a/nebo při komplikacích. Při mírně aktivitě CN na tenkém střevě je korelace statisticky významná pro MRe, nikoli pro UZV. Při mírně aktivitě na kolon je spolehlivost korelace s UZV statisticky významná, u MRe nebyla potvrzena. Problematickou částí MRe je při použití MaRIA nadhodnocení bodů při

průkazu ulcerací. K potvrzení ulcerací potřebujeme při MRe dostatečnou distenzi kličky perorální kontrastní látkou, která nebývá u pacientů s těžkou aktivitou CN (včetně komplikací) tolerována (podle některých studií je senzitivita detekce ulcerací 20-90%!). Další slabou stránkou MaRIA je nezohlednění přítomnosti závažných komplikací (fistulace, abscesy). V naší studii jsme tyto komplikace přiřadili k hodnocení MaRIA. V současné době, v klinické praxi radiologického hodnocení aktivity CN není poměrně komplikované MaRIA rutinně používáno. K posouzení transmurální aktivity a hojení, včetně rizika progresu strukturálních změn u CN, je na základě našich zkušeností před a po terapeutické intervenci, optimální korelace endoskopie s MRe, zejména při CN tenkého střeva a ileokolické oblasti. Ve velkých IBD centrech dostupnost MRe nepřesahuje 4 měsíce, což je z praktického hlediska i s ohledem na potenciální délku nástupu efektu imunomodulační (včetně biologické) léčby interval dostatečný. V úvodu diagnostiky CN lze MRe provést po dohodě s radiologem do 10-ti dnů v rámci hospitalizace. Naopak UZV je 24 hodin dostupná, expert dependentní metoda, která umožňuje rychlou orientaci ve vývoji CN a rizika komplikací.

18. MOŽNOSTI DETEKČIE A KVANTIFIKÁCIE DAO V LAMINA PROPRIA DUODENA V PRÍPADOCH SUSP. HIT

Zuzana Betáková

Nemocnica s poliklinikou Ilava, Slovensko

Úvod: Metodika, vizualizácia a kvantifikácia aktivity DAO v natívnej duodenálnej sliznici s použitím semikvantitatívneho hodnotenia pri diagnostike histamínovej intolerancie (HIT).

Metodika: Enzýmová (katalytická) histochemia sa zaoberá priamou diagnostikou enzýmovej aktivity sliznice tenkého čreva. Predpokladom korektného výstupu je dodržania základných a nevyhnutných podmienok pre adekvátnu reakciu vyšetrovaného enzýmu.

Stanovovaný enzým (DAO) v optimálnych podmienkach pH prostredia a teploty reaguje so špecifickým substrátom, ktorého štiepny produkt kontrastného sfarbenia je možno identifikovať v prostredí svetelnej mikroskopie.

Výsledky: Budú prezentované formou mikroskopických obrázkov.

Záver: Katalytická histochemia je nastavbovým vyšetrením, ktoré v súčinnosti s histologickým vyšetrením dáva gastroenterológovi komplexnejší pohľad na funkčnosť (vstrebateľnosť základných zložiek potravy) tráviaceho traktu.

Prezentovaná metodika predstavuje v dostupných možnostiach diagnostiky HIT jednu z ciest ku korektnej diagnóze.

19. ANALÝZA RIZIKOVÝCH FAKTOROV U PACIENTOV S KOLOREKTÁLNYM KARCINÓMOM

M. Tkáčik

Gastroenterologická ambulancia Nemocnica s poliklinikou Brezno, n. o., Slovensko

Úvod: Kolorektálny karcinóm predstavuje jedno z najčastejšie sa vyskytujúcich onkologických ochorení a Slovensko patrí medzi krajiny s najvyšším výskytom ochorenia na svete. Incidencia aj prevalencia tohto ochorenia u nás neustále stúpa napriek skriningovo vykonávaným testom na okultné krvácanie v stolici. Jednoznačná príčina vzniku kolorektálneho karcinómu nie je doposiaľ známa, ide o tzv. multifaktoriálne ochorenie. Pomerne presne však poznáme rizikové faktory vzniku tohto ochorenia, ktoré delíme na endogénne a exogénne. Medzi endogénne faktory patrí postupný prechod od benígneho polypu až po nádor, familiárna adenomatózna polypóza (FAP), Turcotov syndróm, Gardnerov syndróm, Peutzov-Jeghersov syndróm či Lynchov syndróm. Medzi exogénne faktory zaraďujeme predovšetkým sedavý životný štýl a nesprávne stravovacie návyky. Príjem vysokokalorických jedál, nadmerný konzum mäsových výrobkov, alkoholu, minimum vlákniny a fyzickej aktivity či fajčenie sa významnou mierou spolupodieľajú na zvýšení rizika vzniku kolorektálneho karcinómu.

Vlastný súbor pacientov: Na základe retrospektívnej analýzy sme zisťovali rizikové faktory u pacientov u ktorých sme pomocou kolonoskopie diagnostikovali nádor rekta alebo hrubého čreva. Jedná sa o 52 pacientov z obdobia 2022 a prvý polrok 2023, z toho 36 bolo mužov (69,23%) a 16 žien (30,77%). Fajčiarov bolo 26 (t.j. 50%), nadmernú spotrebu alkoholu priznalo alebo sme zistili v zdravotnej dokumentácii u 22 pacientov (42,31%), diabetes mellitus malo diagnostikovaných 5 pacientov (9,62%). Nezdravý životný štýl je pomerne ťažko objektívne posúdiť, na základe odobratej anamnézy až 31 pacientov (59,62%) udávala nízku fyzickú aktivitu, 41 pacientov (78,85%) nesprávne stravovacie návyky (vysoký podiel mäsa a mäsových výrobkov, nepravidelné stravovanie, sladené a energetické nápoje). 36 pacientov (69,23%) priznalo nesprávne defekáčne návyky najmä v súvislosti so stresom-zadržavanie stolice a následnú obstipáciu. Polypy hrubého čreva boli predtým zistené u viacerých pacientov, niektorí však boli v minulosti sledovaní aj na iných ambulanciách, kde im boli väčšinou úspešne odstránené polypektómiou. Celkovo však polypy v hrubom čreve malo predtým 12 pacientov (23,08%), u 9 sa polypy nachádzali v ľavej časti hrubého čreva (colon sigmoideum alebo descendens), u ďalších troch to boli polypy na viacerých miestach hrubého čreva. Histologicky sa jednalo o prevažne hyperplastické polypy, u 7 z nich boli popisované aj dysplastické zmeny rôzneho stupňa, väčšinou mierne. Nie všetci pacienti po polypektómii sa pravidelne zúčastnili kontrolnej kolonoskopie. Ich neúčast' bola spätne zdôvodnená najmä nepríjemnými pocitmi počas vyšetrenia, ako aj nepríjemnou prípravou na samotné vyšetrenie. Niektorí pacienti sa u gastroenterológa neobjavili dlhú dobu, odoslani boli až po pár rokoch po absolvovaní testu na okultné krvácanie. Z uvedeného vyplýva, že najlepšou prevenciou polypov ako prekancerózy a samotného kolorektálneho karcinómu je absolvovanie kolonoskopie s následnou polypektómiou a pravidelným sledovaním u gastroenterológa, čo je však mimoriadne finančne nákladné pre celú spoločnosť.

Záver: V našom súbore pacientov sme sa pokúsili o analýzu rizikových faktorov pre vznik kolorektálneho karcinómu u pacientov u ktorých sme kolonoskopicky diagnostikovali dané ochorenie. Najväčší podiel z exogénnych faktorov mala najmä strava s nadmerným obsahom mäsa a nezdravý životný štýl, ktorý zahŕňal nepravidelné stravovanie, nadmerný stres,

poruchy vyprázdňovania, fajčenie a vysoká spotreba alkoholu. Všetky tieto údaje nemohli byť kvantitatívne objektívne verifikované, napriek tomu potvrdzujú všeobecne dostupné dáta o rizikových faktoroch. Z endogénnych faktorov sú významné najmä polypy hrubého čreva a rekta, ktoré sa predtým v minulosti vyskytli u takmer štvrtiny pacientov. Dôležité je hlavne ich histologické hodnotenie, najmä stupeň dysplázie, následne ich úplné odstránenie a pravidelné sledovanie. Napriek poučeniu o nutnosti sledovania polypov sa mnohí pacienti u gastroenterológa neobjavili, čím sa dobrovoľne vystavili riziku vzniku kolorektálneho karcinómu.

Diskusia: Táto analýza sa snaží poukázať na rizikové faktory vzniku kolorektálneho karcinómu a ich vzájomný podiel na vzniku a vývoji nádoru. Objektívne bolo možné posúdiť polypy, ich histologické hodnotenie a možný vplyv na vznik nádoru. Naopak exogénne faktory nebolo možné objektívne ani kvantitatívne verifikovať, bolo nutné spoliehať sa na ochotu pacientov pravdivo odpovedať na otázky lekára, čo môžeme hodnotiť ako limitujúci faktor. Napriek všetkým výzvam tejto analýzy je možné spoľahlivo konštatovať že kolorektálny karcinóm je multifaktoriálne ochorenie a na jeho vznik je potrebných viacero faktorov. Pre ďalšie analýzy budú nutné mnohé klinické štúdie, genetické vyšetrenia, prípadne hľadanie nového onkomarkera ktorý by významne zjednodušil populačný skrining tohto nádoru.

Teaching area Endoskopia (kapacita je obmedzená, Astoria)

Registračný poplatok – člen SGS/ČGS do 35 rokov – zdarma

Registračný poplatok – člen SGS/ČGS nad 35 rokov – zdarma

Registračný poplatok – nečlen SGS/ČGS – 50 €

30. 11. 2023

	Kolonoskopia	Hemostáza	Polypektómie
14.00 – 15.00	Záň	Veselíny	Pekárek
15.30 – 16.30	Koller	Záň	Pekárek
17.00 – 18.00	Koller	Veselíny	Kunčák

KOLONOSKOPIA – viacstupňový tréning na kolonoskopii. Vhodné pre úplných začiatočníkov a mierne pokročilých

HEMOSTÁZA – animálny model žalúdok – základné techniky ovládania endoskopu, nácvik hemostatických techník – klipovania, podpich, bipolárna sonda, koagrasper

POLYPEKTÓMIE – animálny model – žalúdok – základné techniky ovládania endoskopu, nácvik polypektomických techník – EPE, EMR a princípy ESD

Každý modul má na starosť uvedený tréner – člen Výboru endoskopической sekcie SGS. Limitovaný počet účastníkov. Na každý modul max. 5 ľudí. To je každú hodinu 3 x 5 a za celý deň 3 x 3 x 5. Celkovo teda 45 ľudí – školených pod hlavičkou Endoskopической sekcie SGS.

Teaching area **Abdominálna ultrasonografia** (kapacita je obmedzená, Embassy)

Registračný poplatok – člen SGS/ČGS – zdarma

Registračný poplatok – nečlen SGS/ČGS – 20 €

30. 11. 2023 15:30 – 16:30

1. 12. 2023 08:00 – 09:00

Pod vedením: MUDr. Anna Gojdičová, PhD.

Registrácia a spôsob úhrady za workshop

- Úhradu za teaching area je nutné vykonať pred začatím jednotlivých blokov na registrácii priamo na mieste. Z registrácie dostaneme tesne pred započatím bloku zoznam platných účastníkov.

ORGANIZAČNÉ POKYNY

REGISTRAČNÝ POPLATOK

	po 15. 10. 2023 a na mieste
lekár člen SGS, ČGS	115 €
lekár nečlen SGS, ČGS	172 €
lekár do 35 rokov	25 €
zdravotná sestra	0 €
študenti + lekári v príprave	23 €
zástupca biomedicínskej spoločnosti bez vystavovania	575 €
zástupca vystavujúcej spoločnosti	172 €

V registračnom poplatku je zahrnutý vstup na podujatie a kongresové materiály. Registračný poplatok je nevratný.

Zvýhodnené registračné poplatky platia pre úhradu prevodom alebo kartou pri dodržaní stanovených termínov. Prví autori sú oslobodení od platby registračného poplatku.

OBED 25 €

Štvrtok 30. 11. 2023

11:40 – 12:10

12:15 – 12:45

12:50 – 13:20

13:25 – 13:55

Piatok 1. 12. 2023

11:40 – 12:10

12:15 – 12:45

12:50 – 13:20

13:25 – 13:55

30. 11. 2023

07:00 – 18:00

Registrácia

08:00 – 20:00

Odborný program

1. 12. 2023

07:00 – 12:00

Registrácia

08:00 – 17:30

Odborný program

SPÔSOB PLATBY

- Po online registrácii – úhrada zálohovej faktúry alebo platba kartou
- V prípade online registrácie Vám bude vygenerovaná zálohová faktúra; prosíme, ako variabilný symbol použiť číslo faktúry.
- Online registrácia nutná vopred.
- Pri registrácii na mieste platba kartou alebo v hotovosti. V tomto prípade negarantujeme účastníkom kongresové materiály a možnosť stravovania.

ORGANIZAČNÉ POKYNY

POTVRDENIE O ÚČASTI

Podujatie bude zaradené do kontinuálneho medicínskeho vzdelávania a má pridelené kredity CME. Potvrdenia o účasti budú vydávané na záver podujatia.

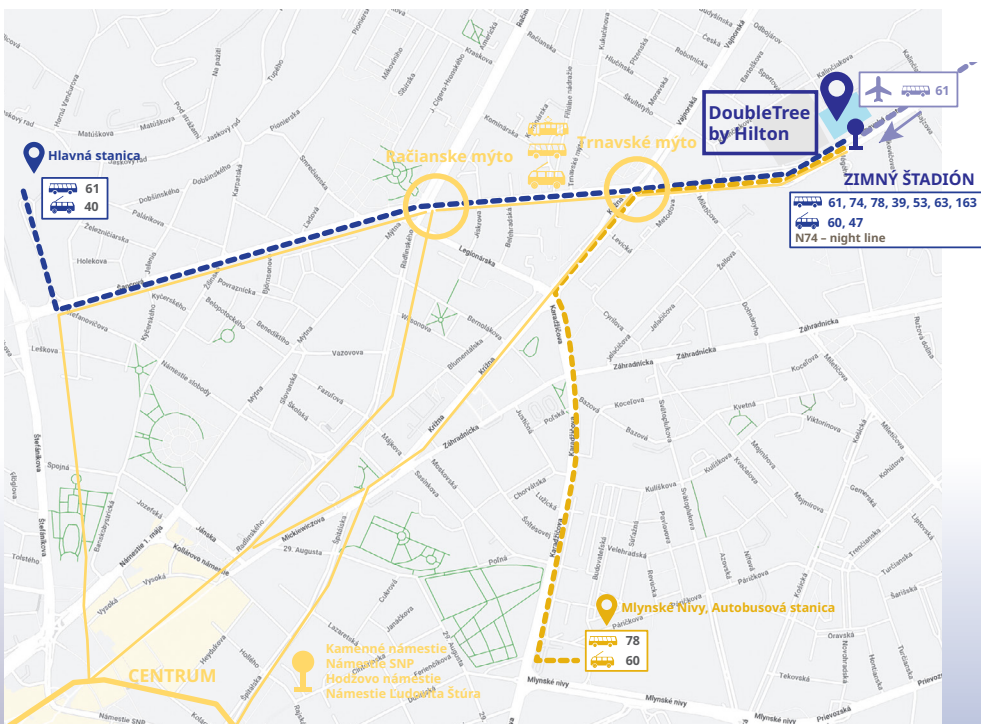
Pasívna účasť:

30. 11. 2023.....	8 kreditov
1. 12. 2023.....	8 kreditov

Aktívna účasť:

Zahranický autor prednášky.....	15 kreditov
Zahranický spoluautor prednášky (prvých dvaja)	10 kreditov
Domáci autor prednášky	10 kreditov
Domáci spoluautor prednášky (prvých dvaja).....	5 kreditov

MAPA



ZMENA POHĽADU

NA UZAVRETIE FISTULY

PRE PACIENTOV S PERIANÁLNOU CROHNOVOU CHOROBOU¹

LIEČBA ĽUDSKÝMI ALOGÉNNYMI MEZENCHYMÁLNYMI KMEŇOVÝMI BUNKAMI¹

Alofisel je indikovaný na liečbu komplexných perianálnych fistúl u dospelých pacientov s neaktívnou alebo mierne aktívnou lumenálnou Crohnovou chorobou, keď sa preukázala neprimeraná odpoveď fistúl na minimálne jednu konvenčnú alebo biologickú liečbu. Alofisel má byť podaný len po kondicionovaní fistúl.¹

Skrátená informácia o lieku

Názov lieku: Alofisel 5 miliónov buniek/ml injekčná disperzia. **Zloženie:** Darvadstrocel sú expandované ľudské alogénne mezenchymálne dospelé kmeňové bunky extrahované z tukového tkaniva (expandované kmeňové bunky z tukového tkaniva – eASC). Každá injekčná liekovicová obsahuje 30 miliónov buniek (eASC) v 6 ml disperzie, čo zodpovedá koncentrácii 5 miliónov buniek/ml. Úplný zoznam pomocných látok pozrite v SPC. **Indikácie:** Liečba komplexných perianálnych fistúl u dospelých pacientov s neaktívnou alebo mierne aktívnou lumenálnou Crohnovou chorobou, keď sa preukázala neprimeraná odpoveď fistúl na minimálne jednu konvenčnú alebo biologickú liečbu. Alofisel má byť podaný len po kondicionovaní fistúl. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Jedna dávka Alofiselu obsahuje 120 miliónov buniek dodaných v 4 injekčných liekovicách. Na liečbu až dvoch vnútorných ústí a až troch externých ústí sa musí podať celý obsah štyroch injekčných liekoviek. Účinnosť alebo bezpečnosť opakovaného aplikovania Alofiselu nebola stanovená. Bezpečnosť a účinnosť darvadstrocelu u detí a dospievajúcich vo veku do 17 rokov zatiaľ neboli stanovené. U starších pacientov alebo u pacientov so zhoršenou funkciou pečene alebo obličiek nie je nutná úprava dávky. Kondicionovanie fistúl a vlastný spôsob aplikácie lieku Alofisel vid' SPC. **Kontraindikácie:** Precitlivenosť na produkt, hovädzie serum alebo ktorúkoľvek z pomocných látok. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** Aby sa zlepšíla dôsledkovosť biologického lieku, má sa rozumiteľne zaznamenať názov a číslo šarže podaného lieku. Alofisel môže obsahovať stopové množstvá buď gentamicínu alebo barylypentilínu a streptomycínu. Lokálnu anestéziu sa neodporúča, pretože účinné lokálnych anestetík na vstručenie bunky nie je známy. Pred injekciou Alofiselu, počas nej a aj po nej je zakázané použiť vo fistulových traktoch injekciu inej látky ako je chlorid sodný 9 mg/ml (0,9%) (napr. peroxid vodíka, metylénová modrá, jódové roztoky alebo hypertenzické roztoky glukózy), pretože tieto môžu poškodiť životaschopnosť buniek, a tým ovplyvniť účinnosť liečby. Alofisel je indikovaný iba na injekciu. Alofisel sa nesmie podať použitím ihly menšieho priemeru ako 22G. Keďže Alofisel je liečba živými kmeňovými bunkami, nemá sa sterilizovať. Môže preto obsahovať potenciálne infekčnými biologický materiál. Pacienti majú byť sledovaní, či sa u nich po podaní nevyskytnú potenciálne prejavy infekcie. **Liekové a iné interakcie:** Životaschopnosť buniek a imunomodulačnú funkciu Alofiselu neovplyvňuje prítomnosť kliniky zodpovedajúcich koncentrácií konvenčných terapií Crohnovej choroby (infliximab, metotrexát a azatioprin). **Fertilita, gravidita a laktácia:**

Darvadstrocel sa neodporúča používať počas gravidity, dojčenia a u žien vo fertillnom veku nepoužívajúcich antikoncepciu. **Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje:** Darvadstrocel nemá žiadny alebo iba zanedbateľný vplyv na schopnosť viesť vozidlá a obsluhovať stroje. **Nežiaduce účinky:** Na základe údajov z klinických skúšaní po uvedení lieku na trh boli najčastejšie hlásenými nežiaducimi liekovými reakciami análny absces, proktalgia a análna fistula. Ostatné vid' SPC. Čas použiteľnosti: 72 hodín. **Hlásenie podozrení na nežiaduce reakcie po registrácii lieku je dôležité.** Umožňuje priebežné monitorovanie pomeru prínosu a rizika lieku. Od zdravotníckych pracovníkov sa vyžaduje, aby hlásili akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie na Štátny ústav pre kontrolu liečiv, Sekcia klinického skúšania liekov a farmakovigilancie, Kvetná ul. 11, SK-825 08 Bratislava 26, Tel: + 421 2 507 01 206, e-mail: nezaduce.ucinky@sukl.sk. Tlačivo na hlásenie nežiaduceho účinku je na webovej stránke www.sukl.sk v časti Bezpečnosť liekov/Hlásenie o nežiaducich účinkoch. Formulár na elektronické podávanie hlásení: <https://portal.sukl.sk/eskada/> a spoločnosť Takeda emailom na AE.SVK@takeda.com. **Špeciálne upozornenia na uchovávanie:** Uchovávajte pri teplote 15 °C až 25 °C. Liek uchovávajte po celú dobu až do podania vo vonkajšej kartónovej skatuli a vo vnútri prepravného kontajnera. Prepravný kontajner uchovávajte mimo zdrojov tepla a priameho svetla, nechajte ho ani ho nezmrázajte. Nevystavujte žiareniu alebo inej sterilizácii. Podmienky alebo obmedzenia týkajúce sa vývoja a použitia: Liek je vyzvaný na lekársky predpis s obmedzením predpisovania. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Takeda Pharma A/S, Delta Park 45, 2665 Vallensbaek Strand, Dánsko. **Dátum poslednej aktualizácie SPC:** 14.09.2023. **Dátum vypracovania/poslednej aktualizácie reklamy:** 11/2023.

Pred predpísaním lieku sa oboznámte s úplným znením Súhrnu charakteristických vlastností lieku uvedenom na stránke SÚKL, resp. EMA, alebo dostupnom u lokálneho zástupcu:
Takeda Pharmaceuticals Slovakia s.r.o.
Svätoploklava II, 18892/2 A, 821 08 Bratislava, Slovenská republika
Tel: +421 2 20 60 26 00.

ZACIELENIE NA LYMFOCYTY MÁ DOPAD NA KROKY VEDUCE K PROGRESII IBD¹⁻³

ENTYVIO®

- jediné GIT selektívne biologikum¹
- ovplyvňuje „homing“ časti lymfocytov do steny čreva, tzv. **GSALT** účinok (Gut-Selective Anti-Lymphocyte Trafficking)¹⁻³
- zacielením môže modifikovať skoré štádiá zápalu⁴⁻⁸

GIT - gastrointestinálny trakt; **IBD** - Inflammatory Bowel Disease, zápalové ochorenia čreva; **GSALT** - Gut-Selective Anti-Lymphocyte Trafficking, selektívna blokáda prestupu lymfocytov do čreva

Skrátená informácia o lieku. Názov lieku: Entyvio 300 mg prášok na prípravu infúzneho koncentrátu (iv), Entyvio 108 mg injekčný roztok v naplnenej injekčnej striekačke (s.c.), Entyvio 108 mg injekčný roztok v naplnenej pere (s.c.). **Zloženie:** Každá injekčná liekovaná forma obsahuje 300 mg vedolizumabu. Po rekonštitúcii obsahuje každý mililiter 60 mg vedolizumabu. Každá naplnená injekčná striekačka obsahuje 108 mg vedolizumabu v 0,68 ml roztoku. Každé naplnené pero obsahuje 108 mg vedolizumabu v 0,68 ml roztoku. Úplný zoznam pomocných látok pozrite v SPC. **Indikácie:** Entyvio iv, s.c.: Liečba stredne ťažkej až ťažkej formy aktívnej ulceróznej kolitídy alebo stredne ťažkej až ťažkej formy aktívnej Crohnovej choroby u dospelých pacientov, ktorí mali na konvenčnú liečbu alebo na liečbu antagonizmom tumor nekrotizujúceho faktoru alfa (tumor necrosis factor alpha, TNF α) neprimeraný odpoveď, alebo u ktorých došlo k strate odpovede, alebo ktorí neznašli takúto liečbu. Entyvio iv: Liečba dospelých pacientov so stredne ťažkou až ťažkou formou aktívnej chronickej pouchitídy, ktorí podstúpili proktokolektómiu a anániu anastomózu liešneho púzdra vytvoreného kvôli ulceróznej kolitide a mali neprimeraný alebo u nich došlo k strate odpovede na liečbu antibiotikami. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Odporúčajú dŕžavci režim vedolizumabu podaného intravenóznou infúziou je 300 mg v nultý, druhý a šiesty týždeň a potom každých osem týždňov. Ulcerózna kolitída: Liečba u pacientov s ulceróznou kolitídou sa má ukončiť, ak sa do 10. týždňa nepozorujú žiadne dôkazy prínosu liečby. Zvýšenie frekvencie dávkovania na 300 mg každé štyri týždne môže byť prínosom pre niektorých pacientov, u ktorých došlo k zníženiu odpovede. Crohnova choroba: Dávka v 10. týždni môže byť prínosom pre pacientov s Crohnovou chorobou, u ktorých nebola pozorovaná odpoveď. V liečbe rezpozitívnych pacientov sa má pokračovať každých osem týždňov, počnúc 14. týždňom. Ak sa do 14. týždňa nepozorujú žiadne dôkazy prínosu liečby, liečba pacientov s Crohnovou chorobou sa má ukončiť. Zvýšenie frekvencie dávkovania na 300 mg každé štyri týždne môže byť prínosom pre niektorých pacientov, u ktorých došlo k zníženiu odpovede. Ak sa do 14. týždňa neprešli a je potrebné liečbu obnoviť, je možné zväziť dávkovanie každé štyri týždne. Pouchitída: Liečba vedolizumabom sa má začať paralelne so štandardnou liečbou antibiotikami (napr. štvortýždňová liečba ciprofloxacínom). Ak sa do 14. týždňa liečby vedolizumabom nepozorujú žiadny dôkaz terapeutického účinku, má sa zväziť ukončenie liečby. Odporúčajú dŕžavci režim subkutánne podávaného vedolizumabu ako udržavajúcej liečby po aspoň 2 intravenózných infúziách je 108 mg podávaných subkutánno injekciou raz za 2 týždne. Prvá subkutánna dávka sa má podať namiesto ďalšej plánovanej intravenózne dávky a potom každé 2 týždne. K dispozícii nie je dostatočné množstvo údajov na stanovenie toho, či by malo zvýšenie frekvencie dávkovania prínosom pre pacientov, u ktorých dojde k zníženiu odpovede na udržavajúcu liečbu subkutánne podávaným vedolizumabom. Bezpečnosť a účinnosť vedolizumabu u detí vo veku od 0 do 17 rokov neboli zotrožované. U starších pacientov nie je potrebné upraviť dávkovanie. Entyvio prášok na prípravu infúzneho koncentrátu je určený len na intravenózne podanie ako intravenózna infúzia po dobu 30 minút. Pred podaním sa má náhodne urobiť a ďalej nariadiť (pozrite v SPC). Injekčný roztok Entyvio (v naplnenej injekčnej striekačke alebo v naplnenej pere) je určený len na subkutánne podanie. **Kontraindikácie:** Precitlivenosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. Aktívne zväzňacie infekcie, ako sú tuberkulóza (TBC), sepsa, cytomegalovírusová infekcia, listeria, oportúnne infekcie, ako je progresívna multifokálna leukoencefalopatia (PML). **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** Všetci pacienti musia byť napretdze sledovaní počas každej infúzie a tiež po dobu približne jednej hodiny (dvoch hodín počas prvých dvoch infúzií) po ukončení infúzie. Boli hlásené reakcie súvisiace s podaním infúzie (infusion-related reactions, IRR) a príznaky precitlivenosti. Existuje možné zvýšenie rizika oportúnnych infekcií alebo infekcií, pre ktoré je črevo ochromené, bariérou. Pred začatím liečby pacienti musia byť vyšetrení na tuberkulózu. Ak existuje podozrenie na PML, liečba sa musí pozastaviť, ak sa podozrenie potvrdí, liečba sa musí natrvalo ukončiť. Neodporúča sa súbežné používanie vedolizumabu s biologickými imunosupresívami. Pacienti liečení vedolizumabom môžu pokračovať v liečbe nežívmymi vakcínami. Chripkova vakcína sa má podávať injekčne, v súlade s ritinnou klinickou praxou. Ostatné žive vakcíny sa môžu podávať súbežne s vedolizumabom len vtedy, ak ich príznaky prevažujú nad rizikom. Vedolizumab podávaný pacientom, ktorí nie sú súbežne liečení kortikosteroidmi, môže byť menej účinný pri vzniku remisie Crohnovej choroby v porovnaní s pacientmi, ktorí sú súbežne dostávajú kortikosteroidy. **Liekové a iné interakcie:** Súbežné podávanie kortikosteroidov, imunomodulátorov a aminosyalátov nemalo klinicky významný vplyv na farmakokinetiku vedolizumabu. U dospelých pacientov s pouchitídou sa vedolizumab podával súbežne s antibiotikami, farmakokinetika vedolizumabu sa u pacientov s pouchitídou neskúmala. Živé vakcíny, najmä žive

perorálne vakcíny, je potrebné používať opatrne, ak sa súbežne s nimi podáva vedolizumab. **Fertilita, gravidita a laktácia:** Ženy vo fertillnom veku majú používať primeranú antikoncepciu na zabránenie gravidity a pokračovať v jej používaní aspoň počas 18 týždňov od poslednej liečby. Ako preventívne opatrenie sa odporúča vyhnúť sa používaniu vedolizumabu počas gravidity, ak prino jasne neprevažuje nad akýmkoľvek možným rizikom pre matku aj plod. Účinky vedolizumabu na dočnené deti a na tvorbu mlieka nie sú známe. V štúdií týkajúcej sa laktácie zameranej len na koncentráciu prítomného vedolizumabu v materskom mlieku u laktujúcich žien s aktívnou ulceróznou kolitídou alebo Crohnovou chorobou dostávajúcich vedolizumab, bola koncentrácia vedolizumabu v ľudskom materskom mlieku približne 0,4 % až 2,2 % sérovej koncentrácie u matky získanej z historických štúdií vedolizumabu. Odhadovaná denná dávka vedolizumabu užitá dočafom bola 0,02 mg/kg/deň, čo je približne 21 % priemernej materskej dennej dávky upravenej podľa telesnej hmotnosti. Pri používaní vedolizumabu u dojčiacich žien sa má zväziť prínos liečby pre matku a možné riziko pre dočfa. **Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje:** Vedolizumab má malý vplyv na schopnosť viesť vozidlá alebo obsluhovať stroje, keďže u maleho počtu pacientov boli hlásené závraty. **Nežiaduce účinky:** veľmi časté: nazofaryngitída, bolesť hlavy a kľob, časté: pneumónia, infekcia Clostridium difficile, bronchitída, gastroenteritída, infekcia horných dýchacích ciest, chripka, sinusitída, faryngitída, herpes zoster, parastézia, hypertenzia, ofaryngogelína bolesť, upchatý nos, kašeľ, análny absces, análna trhlina, nauzea, dyspepsia, zápch, distenzia brucha, plynatosť, hemoroidy, rektálne krvácanie, vyrážka, svrbenie, ekzém, erytém, nočné potenie, akné, svalové kŕče, bolesti chrbta, svalová slabosť, ústna, bolesť končatín, horúčka, reakcia súvisiaca s infúziou (asténia a nepríjemný pocit na hrudníku), reakcia v mieste infúzie (vrátane: bolesť v mieste infúzie alebo podráždenie v mieste infúzie), **menej časté:** infekcie dýchacích ciest, vulvovaginálna kandidóza, ústna kandidóza, rozmazané videnie, folikulitída, triaška, pocit chladu. **Súvisiace s podaním infúzie boli hlásené u 4 % pacientov.** V štúdiách boli hlásené zväzňacie infekcie, ktoré zahŕňajú tuberkulózu, sepsu (niektoré smrteľné), salmonelovú sepsu, listeriózu meningitídu a cytomegalovírusovú kolitídu. U pacientov, ktorí dostávali subkutánne podávaný vedolizumab, sa v porovnaní s bezpečnostným profilom pozorovaným v klinických štúdiách s intravenózne podávaným vedolizumabom nepozorovali žiadne klinicky významné rozdiely týkajúce sa bezpečnostného profilu a nežiaducich reakcií s výnimkou reakcií v mieste podania infúzie, ktoré boli hlásené u 51 % pacientov. **Hlásenie podozrení na nežiaduce reakcie** po registrácii lieku je dôležité. Umožňuje priebežné monitorovanie pomeru prínosu a rizika lieku. Od zdravotníckych pracovníkov sa vyžaduje, aby hlásili akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie na štátny ústav pre kontrolu liečiv, Sekcia klinického skúšania liekov a farmakovigilancie, Kvetná ul. 11, SK-825 08 Bratislava 26; Tel: + 421 2 507 01 206; e-mail: nežiaduce.ucinky@sul.sk. Tlačivo na hlásenie nežiaduceho účinku je na webovej stránke www.sul.sk v časti Bezpečnosť liekov/Hlásenie o nežiaducich účinkoch. Formulár na elektronické podávanie hlásení: <https://portal.sul.sk/eskadra/> a spoločnosti Takeda emailom na AE.SVK@takeda.com. **Špeciálne upozornenia na uchovávanie:** Uchovávať v chladničke (2 °C - 8 °C). Injekčnú liekovanú naplnenú injekčnú striekačku alebo naplnené pero uchovávať vo vonkajšom obale na ochranu pred svetlom. Neuchovávať za tepla. **Podmienky alebo obmedzenia týkajúce sa výdaja a použitia:** Liek je viazaný na lekárske predpísanie s obmedzením predpisovania. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Takeda Pharma A/S, Delta Park 45, 2665 Valensbaek Strand, Dánsko. **Dátum poslednej aktualizácie SPC:** Entyvio iv, s.c. - 6.7.2023. **Dátum vypracovania/aktualizovania reklamy a SPC lieku:** 10/2023.

*Všimnite si prosím zmeny(ú) a súhrn charakteristických vlastností lieku.

Pred predpisávaním lieku sa zohľadní a úplným znením SHUM charakteristických vlastností lieku uvedenom na stránke ŠÚKL, resp. EMA, alebo dostupnom u lokálneho zástupcu: Takeda Pharmaceuticals Slovakia s.r.o., Svätoplukova II. 18992/2 A, 821 08 Bratislava, Slovenská republika, tel: +421206026060.

Referencie: 1. SPC lieku Entyvio®. 2. Feagan BG, Rutgeerts P, Sandis BE, et al. New Eng J Med. 2013;369:699-710. 3. Wyant T, Leach T, Sankh S, et al. Gut. 2015;64:77-83. 4. Bamias G, Connelli F. Clin Gastroenterol Hepatol. 2021;19:2469-2480. 5. Eksteen B, Liasou E, Adams DH. Inflamm Bowel Dis. 2008;14:1298-312. 6. Arsenau KO, Connelli F. Clin Pharmacol Ther. 2015;97:22-8. 7. Neurath MF. Nat Rev Immunol. 2014;14:329-42. 8. Silva FA, Rodrigues BL, Ayrazono ML, et al. Gastroenterol Res Pract. 2016;2016:2097274.



Takeda Pharmaceuticals Slovakia, s.r.o.
Svätoplukova II. 18992/2 A, 821 08 Bratislava
www.takeda.sk, www.takeda4health.sk
C-APROM/SK/ENTY/0269, dátum prípravy: 10/2023.



Remsima[®] 120 mg

Infliximab

1. subkutánny infliximab¹⁻⁴

Pre lepšiu kvalitu života s väčšou slobodou a s menšími obmedzeniami.⁵⁻¹²

1. [https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/remxima2/ByunHG_et_al_AppHealthEconHealthPolicy_2021;19\(5\):735-745](https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/remxima2/ByunHG_et_al_AppHealthEconHealthPolicy_2021;19(5):735-745). 3. European Commission Grants/Marketing Authorisation For World's First Subcutaneous Formulation Of Infliximab Remsima SC For An Additional Five Indications Including For Use In Inflammatory Bowel Disease And Ankylosing Spondylitis. <https://www.biosimilardevelopment.com/doc/european-commission-grants-marketing-authorisation-for-world-s-first-subcutaneous-00012021/>. 4. Data on File. Celtrion Healthcare. 2021. 5. Schreiber S et al. Gastroenterology. 2021;160(7):2340-2353. 6. Solitano V, et al. Gastroenterology. 2021;160(7):2444-2447. 7. Overton PM, et al. Patient Preference & Adherence. 2021;15:811-834. 8. Westhovens R, et al. Rheumatology (Oxford). 2021;60(5):2277-2287. 9. Combe B, et al. Arthritis Res Ther. 2021;23(1):119. 10. Caporali R, et al. Expert Rev Clin Immunol. 2021;17(1):85-99. 11. Smith PJ, et al. J Crohns Colitis. 2021;15(Suppl_1):S48-S49. 12. Schreiber S, et al. Switching from intravenous to subcutaneous infliximab in patients with active inflammatory bowel disease: Post-hoc analysis of pre-/post-switch outcomes from a multicentre, randomized controlled pivotal trial. Poster (P0472). Prezentované na ÚEG Week Virtual 2021.

Skrátená informácia o lieku

Remsima 120 mg injekčný roztok naplnený v injekčnej striekačke, Remsima 120 mg injekčný roztok naplnený v injekčnom pere

Názov lieku: Remsima 120 mg injekčný roztok naplnený v injekčnej striekačke, sol inj 1x1 ml/120 mg (striek.inj.skl.+chránič ihly), Remsima 120 mg injekčný roztok naplnený v injekčnom pere, sol inj 1x1 ml/120 mg (pero napl.). **Zloženie:** Každá/é 1 ml naplnená injekčná striekačka/naplnené pero s jednorazovou dávkou obsahuje 120 mg infliximabu. **Indikácie:** Reumatoidná artritída, Crohnova choroba, ulcerózna kolitída, ankylozujúca spondylitída, psoriatická artritída, psoriáza. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Doporučené dávkovanie pri udržiavacej liečbe je 120 mg s.c. každý 2. týždeň. Udržiavaciu liečbu je potrebné začať 4 týždne po poslednom podaní 2 intravenózných infúzií infliximabu 5 mg/kg (3 mg/kg pri liečbe reumatoidnej artritídy) podaných v rozmedzí 2 týždňov. Pri reumatoidnej artritíde je možné liečbu začať úvodnou dávkou 120 mg s.c. nasledovanou ďalšou dávkou 120 mg s.c. v 1., 2., 3. a 4. týždni po podaní prvej injekcie, a potom pokračovať v obvyklom dávkovaní. Pri prechode z udržiavacej liečby infliximabom i.v. na s.c. formu, sa infliximab s.c. môže podať 8 týždňov po poslednom podaní infliximabu i.v.. Ďalšie podrobnosti vrátane dávkovania u pediatrickej populácie a u zvláštnych skupín pacientov sú uvedené v SPC. **Osobitné skupiny pacientov:** Starší ľudia: Špecifické štúdie s infliximabom pre starších pacientov sa nevykonali. Žiadne významné rozdiely v klírensle alebo distribučnom objeme, súvisiace s vekom, sa v klinických skúšaní nepozorovali. Úprava dávky sa nevyžaduje. Poškodenie funkcie obličiek a/alebo pečene: Infliximab sa neskúmal v tejto skupine pacientov. Odporúčaná úroveň dávky nie je možné stanoviť. Pediatrická populácia: Ďalšie podrobnosti k dávkovaniu u pediatrickej populácie a zvláštnych skupín pacientov sú uvedené v SPC. **Kontraindikácie:** Hypersenzitívnosť na liečivú látku, na iné myšie proteíny alebo na ktorúkoľvek pomocnú látku, aktívna tuberkulóza alebo iné závažné infekcie, ako je sepsa, abscesy a oportúnne infekcie, stredne závažné alebo závažné srdcové zlyhanie (NYHA trieda III/IV). **Osobitné upozornenia a opatrenia pre používanie:** V zúžme lepšej sledovateľnosti biologických liekov je potrebné dôsledne zaznamenať názov a číslo sarže podávaného lieku. Užívanie infliximabu bolo spojené s akútnymi reakciami súvisiacimi s injekciou, vrátane anafylaktického šoku, a oneskorenými hypersenzitívnymi reakciami. Pacienti užívajúci TNF-antagonisty sú viac náchylní na závažné infekcie, vrátane sepsy, pneumónie, oportúnnych infekcií (invazívne mykotické, vírusové), tuberkulózy, listeriózy, kandidózy, pneumocystózy a ďalších. U pacientov, ktorí sú chronickými nositeľmi vírusov, môže dôjsť k reaktivácii hepatitídy B. Infliximab môže zriedkavo spôsobiť demyelinizačné ochorenie CNS, poruchy pečene a žlčových ciest, imunosupresiu, malígne ochorenie, tiež bolo spozorované zhoršenie srdcového zlyhávania a s tým súvisiacaj zvýšená mortalita. **Liekové a iné interakcie:** Liek sa neodporúča kombinovať s inou biologickou liečbou používanou na liečbu rovnakých ochorení, vrátane anakinry a abataceptu. Súčasne s liekom sa neodporúča aplikovať živé vakcíny. **Nežiaduce účinky:** Najčastejšie infekcie horných dýchacích ciest, sinusitída, vírusové infekcie (napr. chrípkové ochorenia, infekcie vírusom herpes simplex), bolesť hlavy, bolesť brucha, nauzea, reakcie spojené s injekciou, bolesť v mieste aplikácie a ďalšie, viď. platné SPC. **Špeciálne upozornenia na uchovávanie:** Uskladnite v chladničke (2 °C - 8 °C). Chrániť pred mrazom. Uskladnite v pôvodnom obale, aby bol liek chránený pred svetlom. Liek je možné uskladniť pri teplotách maximálne až 25 °C po dobu až 28 dní. **Balenie:** 1 ml x 1 naplnená injekčná striekačka alebo 1 naplnené pero. **Spôsob výdaja lieku:** Väzany na lekársky predpis s obmedzením predpisovania. **Registračné čísla:** EU/1/13/853/009 a EU/1/13/853/012. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Celtrion Healthcare Hungary Kft., 1062 Budapest Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony, Maďarsko. **Dátum schválenia súhrnu charakteristických vlastností lieku:** 10. 09. 2013. **Podrobné informácie o lieku:** sú dostupné na internetovej stránke Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv (SUKL) <http://www.sukl.sk>. **Skrátená informácia o lieku bola pripravená v:** 6/2023. **Držiteľ v SR zastupuje:** Celtrion Healthcare Hungary Kft., 1062 Budapest, Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony, Maďarsko.

Urieť pre odbornú verejnosť. Dátum pripojenia: jún 2023. SK-REG-015

Celtrion Healthcare Hungary Kft.

1062 Budapešť, Váci út 1-3. WestEnd Office Building B torony,
Maďarsko, tel.: +36 1 231 0493, healthcare.hu@celtrionhc.com

HEALTHCARE
CELLTRION



PENTASA®
MESALAZÍN

FERRING
PHARMACEUTICALS

VÁŠ PARTNER V LIEČBE MIERNEJ AŽ STREDNE ZÁVAŽNEJ UL CERÓZNEJ KOLITÍDY¹⁻⁴ A MIERNEJ FORMY CROHNOVEJ CHOROBY^{1,3,4}

- PENTASA SACHET 4 g obsahuje NAJVIŠŠIE MNOŽSTVO MESALAZÍNU (4 g) v jednej dávke²

RÔZNI ĽUDIA,
RÔZNE VOĽBY...



Skrátená informácia o liekoch Pentasa

Pentasa Slow release tablets 1 g*, **Pentasa Slow release tablets 500 mg***, **Pentasa Sachet 2 g** a **granulát s predĺženým uvoľňovaním***, **Pentasa Sachet 4 g** a **granulát s predĺženým uvoľňovaním***, **Pentasa 1 g rektálna suspenzia***, **Pentasa*, 1 g čapíky**. **Zloženie. Tablety.** Jedna tableta s predĺženým uvoľňovaním obsahuje 1 g alebo 500 mg mesalazínu. **Granulát.** Jedno vrecko obsahuje 2 g alebo 4 g mesalazínu. **Rektálna suspenzia.** 1 g mesalazínu v 100 ml rektálnej suspenzie (1 g/100 ml). **Čapíky.** 1 g mesalazínu v jednom čapíku. **Indikácie. Tablety.** Liečba mierne až stredne závažnej ulceróznej kolitídy a Crohnovej choroby. **Granulát, 2 g:** Liečba mierne až stredne závažnej ulceróznej kolitídy a Crohnovej choroby. **4 g:** Liečba akútneho štádia mierne až stredne závažnej ulceróznej kolitídy u dospelých. **Rektálna suspenzia.** Liečba ulceratívnej proktosigmoiditídy a ľavostrannej kolitídy. **Čapíky.** Ulcerózna kolitída v oblasti konečníka u dospelých. **Dávkovanie. Tablety.** Ulcerózna kolitída: Akútne štádium: Dospelí: Individuálne dávkovanie; až 4 g denne v rozdelených dávkach. **Udržiavacia liečba:** Dospelí: Individuálne dávkovanie; odporúčaná dávka 2 g jedenkrát denne. Crohnova choroba: Akútne štádium: Dospelí: Individuálne dávkovanie; až 4 g denne v rozdelených dávkach. **Udržiavacia liečba:** Dospelí: Individuálne dávkovanie; až 4 g denne v rozdelených dávkach. **Granulát 2 g.** Ulcerózna kolitída: Akútne štádium: Dospelí: Individuálne dávkovanie; až 4 g jedenkrát denne alebo v rozdelených dávkach. **Udržiavacia liečba:** Dospelí: Individuálne dávkovanie; odporúčaná dávka 2 g jedenkrát denne. Crohnova choroba: Akútne štádium: Dospelí: Individuálne dávkovanie; až 4 g denne v rozdelených dávkach. **Udržiavacia liečba:** Dospelí: Individuálne dávkovanie; až 4 g denne v rozdelených dávkach. **Granulát 4 g.** Liečba akútneho štádia ulceróznej kolitídy: 4 g jedenkrát denne. Pri potrebe nižšej dávky mesalazínu ako sú 4 g možno použiť liek Pentasa s nižšou silou. **Rektálne suspenzia.** Dospelí: 1 lyžica (100 ml) večer pred spaním. **Čapíky.** Liek je určený na rektálnu aplikáciu po defekácii. 1 čapík 1-2 krát denne. **Granulát 2 g, tablety, Pediatrická populácia:** Dostupné sú len obmedzené údaje o účinku u detí a dospievajúcich (6 - 18 rokov). Vo všeobecnosti sa odporúča deťom s hmotnosťou do 40 kg polovičná dávka pre dospelých a deťom s hmotnosťou nad 40 kg normálna dávka pre dospelých. **Granulát 4 g.** Podávanie lieku Pentasa Sachet 4 g u sa neodporúča deťom a dospievajúcim do 18 rokov vzhľadom na vysokú jednotlivú dávku 4 g mesalazínu. **Rektálna suspenzia, čapíky.** Dospelí: Dospelí je málo skúseností a len obmedzené údaje o účinku u detí. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na mesalazín, salicyláty alebo na inú zložku lieku. Závažné poškodenie pečene a/alebo obličiek. **Liekové a iné interakcie:** Niekoľko štúdií preukázalo zvýšený výskyt myelosupresívnych účinkov pri použití kombinovanej liečby Pentasa s azathiopriénom, 6-merkaptopurínom alebo tioguanínom. Mesalazín môže znižovať antikoagulačný účinok warfarínu. **Osobitné upozornenia:** Zvýšená opätosť je potrebná u pacientov alergických na sulfasalazín a u pacientov s poruchou funkcie pečene alebo obličiek. Pacientom s poruchou funkcie obličiek sa používanie lieku neodporúča. Boli hlásené závažné kožné nežiaduce reakcie [severe cutaneous adverse reactions, SCAR] vrátane liekovej reakcie s eozinofiliou a systémovými príznakmi (drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms, DRESS), Stevensovho-Johnsonovho syndrómu [SJS] a toxické epidermálnej nekrolýzy [TEN]. **Nežiaduce účinky:** Najčastejšie nežiaduce reakcie sú hnačka, nevoľnosť, bolesti brucha, bolesti hlavy, vracanie, vyrážka. **Rektálna suspenzia, čapíky.** Po rektálnom použití sa môžu objaviť niektoré lokálne reakcie, ako sú svrbenie, nepríjemný pocit v konečníku a pocit nutkania na stolicu. **Gravidita a laktácia.** V gravidite a počas laktácie treba Pentasa užívať opatrne a len v tých prípadoch, kedy podľa zhodnotenia lekára očakávaný prínos liečby prevyšuje jej potenciálne riziko. Liek neobsahuje omamné alebo psychotropné látky. **Spôsob výdaja lieku:** Len na lekárske predpis. Dátum revízie textu: jún 2023.

Pred podaním sa oboznámiť s úplným znením súhrnu charakteristických vlastností lieku (SPC).

Referencie: 1. SPC PENTASA SACHET 2 g granulát s predĺženým uvoľňovaním; dátum revízie textu: jún 2023. 2. SPC PENTASA SACHET 4 g granulát s predĺženým uvoľňovaním; dátum revízie textu: jún 2023. 3. SPC PENTASA Slow release tablets 1 g; dátum revízie textu: jún 2023. 4. SPC PENTASA Slow release tablets 500 mg; dátum revízie textu: jún 2023.

Určené pre odbornú verejnosť. Dátum prípravy materiálu: 10/2023.

FERRING Slovakia s.r.o., Prievozká 4D, Blok E, 821 09, Bratislava, Slovenská republika,
IČO: 46 987 932, Zapsaná v obchodnom registri okresného súdu Bratislava III, oddiel: Sro, vložka číslo: 87073/B.

SK-PA-2300004

ENDOSCOPY SOLUTIONS

FROM SCREENING TO TREATMENT



More information can be found at
www.fujifilm-endoscopy.com/endosolutions
or contact us at endoscopy_eu@fujifilm.com

FUJIFILM
Value from Innovation

RÝCHLA A PRETRVÁVAJÚCA

kontrola eozinofilnej ezofagitídy^{1,2}



Jorveza® – indukčná a udržiavacia liečba

Inovatívna orodispergovateľná tableta s cieľným pôsobením v pažeráku^{3,4}

INDUKČNÁ LIEČBA > 82 % pacientov s klinickou
aj histologickou remisiou už po 12 týždňoch¹

UDRŽIAVACIA LIEČBA > takmer 75 % pacientov
s pretrvávajúcou remisiou po 48 týždňoch²

*U pacientov s dlhotrvajúcim ochorením v anamnéze a/alebo vysokou mierou zápalu pažeráka v akútnom stave ochorenia sa odporúča udržiavacia dávka 1 mg budezonidu dvakrát denne.

BUDEZONID
Jorveza®
ORODISPERGOVATEĽNÉ TABLETY

¹ Lucendo AJ, Miehle S, Schlag C, Viet H, von Arnim U, Molina-Infante J, et al. *Gastroenterology*, 2019;157(1):74-86.e15. ² Straumann A, Lucendo AJ, Miehle S, et al. *Gastroenterology* 2020;159(5):1672-1685.e5. ³ Lucendo AJ, Molina-Infante J, Arias A, von Arnim U, Bredenoord AJ, Bussmann C, et al. *United European Gastroenterol J*. 2017;5(3):335-58. ⁴ Miehle S, Hruz P, Viet H, Bussmann C, von Arnim U, Bajbouj M, et al. *Gut*. 2016;65(3):390-399.

SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU JORVEZA

LIEKOVÁ FORMA: Orodispergovateľná tableta. **ZLOŽENIE:** Jorveza 0,5 mg/1 mg orodispergovateľné tablety. Jedna orodispergovateľná tableta obsahuje 0,5 mg/1 mg budezonidu. **Pomocná látka so známym účinkom:** Jedna 0,5 mg/1 mg orodispergovateľná tableta obsahuje 26 mg sodíka. **TERAPEUTICKE INDIKÁCIE:** Jorveza je indikovaná na liečbu eozinofilnej ezofagitídy (EoE) u dospelých (starších ako 18 rokov). **DÁVKOVANIE:** Indukčná remisia: Odpodúčaná denná dávka je 2 mg budezonidu ako jedna 1 mg tableta ráno a jedna 1 mg tableta večer. Indukčná liečba zvyčajne trvá 6 týždňov. U pacientov, ktorí po 6 týždňoch neustúpajú príznaky, sa môže liečba predĺžiť na maximálne 12 týždňov. Udržiavanie remisie: Odporúčaná denná dávka je 1 mg budezonidu ako jedna 0,5 mg tableta ráno a jedna 0,5 mg tableta večer alebo 2 mg budezonidu ako jedna 1 mg tableta ráno a jedna 1 mg tableta večer, v závislosti od individuálnych klinických požiadaviek pacienta. **SPÔSOB PODÁVANIA:** Perorálne použitie. Orodispergovateľná tableta sa má užívať po jedle. Má sa položiť na špičku jazyka a jemne pretlačiť k hornej časti úst, kde sa rozpadne. **KONTRAIKÁCIE:** Predlženosť na liek alebo na ktorokoľvek z pomocných látok. **LIEKOVÉ A INÉ INTERAKCIE:** Inhibitory CYP2A4. Súbežná liečba silnými inhibítormi CYP2A, ako je tektonazol, ritonavir, ifirakozol, klaritromycín, kobicistat a grapefruitový džús, môže spôsobiť výrazné zvýšenie plazmatických koncentrácií budezonidu, pričom sa predpokladá, že zlystaje rtko systémových nežiadúcich reakcií. **Estrogény, perorálne kontraceptíva:** Pri súčasnom podávaní estrogénov alebo perorálnych kontraceptív u žien boli hlásené zvýšené plazmatické koncentrácie a zvýšený účinok glukokortikosteroidov. **Kardioglykozidy:** Účinnosť glykozidu môže byť potvorená deficitom draslíka, čo je potenciálne a známa nežiaduca reakcia na glukokortikoidy. **Saluretiká:** Súbežné použitie glukokortikoidov môže viesť k zvýšenej exkrécii draslíka

a ej hypokaliémií. **FERTILITA, GRAVIDITA A LAKTÁCIA:** **Gravidita:** Podávanie počas gravidity sa treba vyhnúť, pokiaľ nie sú závažné dôvody na liečbu Jorvezou. **Doplnenie:** Budezonid sa vylučuje do ľudského mlieka (bú dostupné údaje o vylučovaní budezonidu po jeho laktáčnom podaní). **Ďalšie účinky sa sa:** účinky na dieťa dieťa po perorálnom podaní Jorvezy v terapeutických dávkach budú slabé. **Fertilita:** Nie sú k dispozícii žiadne údaje o účinku budezonidu na ľudskú fertilitu. **Štúdie na zvieratách nepreukázali vplyv lieby budezonidom na fertilitu.** **NEŽIADUCÉ ÚČINKY:** **Veľmi časté:** eozinofilná kandidóza, orálna alebo orofaryngeálna kandidóza. **Časté:** porucha spánku; bolesť hlavy, dyspepsia; suchosť úst; gastrointestinová refluxná choroba; nauzea; orálna parestézia; dyspepsia; bolesť v hornej časti brucha; suchosť v ústach; syndróm plnenia úst; poruchy jazyka; ústny herpes; únavu; zmenšenie hladiny kortizolu v krvi. **Menej časté:** nazofaryngitída, faryngitída; angioedém; úzkosť; apnézia; závrat; hypertenzia; kašeľ; suchosť v krku, orofaryngeálna bolesť; bolesť brucha, distenzia brucha, dysfagia; erózia gastritída; žalúdočné vredy; edém pier; bolesť dŕavcov; vyrážka; urtikária; pocit suchého tela; zmenšenie hladiny osteokalcínu; zvýšená telová hmotnosť. **DŔŽITE! ROZPOHDNUTIA O REGISTRÁCII:** Dr. Falk Pharma GmbH, Leinenweberstr. 5, 79103 Freiburg, Nemecko. **REGISTRAČNÉ ČÍSLO:** Jorveza 1 mg orodispergovateľné tablety: EU/1171/254004. Jorveza 0,5 mg orodispergovateľné tablety: EU/1171/254009. **Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. DÁTUM POSLEDNEJ REVÍZIE TEXTU:** 12/2022. **Podobná informácia o tomto lieku sú dostupné na internetovej stránke Európskej agentúry pre lieky** <http://www.ema.europa.eu>. **Informácia je určená pre odbornú verejnosť. Pred podaním lieku sa obzornite s uplynutým zoznamu Súhrnu charakteristických vlastností lieku (SCL) Dátum vypracovania:** júl 2023

ewo pharma

Zastúpenie | Ewopharma spol. s r. o. |
Prokopa Veľkého 52 | 811 04 Bratislava |
info@ewopharma.sk

Dr. FALK PHARMA GmbH



Leinenweberstr. 5
79103 Freiburg
Nemecko

omvoh[®]
mirikizumab

OMVOH[®]

PRVÝ IL-23p19 INHIBÍTOR

schválený na liečbu pacientov so stredne ťažkou
až ťažkou aktívnou ulceróznou kolitídou¹⁻³



Lilly

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

PP-MR-SK-0005

▼ Tento liek je predmetom ďalšieho monitorovania. Od zdravotníckych pracovníkov sa vyžaduje, aby hlásili akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie.

Skrátaná informácia o lieku:

OmvoH 300 mg koncentrát na infúziu a OmvoH 100 mg injekčný roztok v naplnenej injekčnej striekačke alebo v naplnenom pere. **Účinná látka:** mirikizumab. **Indikácie:** liečba dospelých pacientov so stredne ťažkou až ťažkou aktívnou ulceróznou kolitídou, ktorí mali nedostatočnú odpoveď, u ktorých došlo k strate odpovede alebo ktorí netolerovali buď konvenčnú liečbu, alebo biologickú liečbu. **Kontraindikácie:** precitlivosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. Klinicky významné aktívne infekcie (aktívna tuberkulóza). **Osobitné upozornenia:** má sa zoznamiť pred začatím liečby názov a číslo šarže podaného lieku. Ak sa vyskytne závažná reakcia z precitlivosti, vrátane anafylaxie, liečba mirikizumabom sa musí okamžite prerušiť. Liečba sa nemá začať u pacientov s klinicky významnou aktívnou infekciou, pokiaľ infekcia nevymizne alebo nie je primerane liečená. Riziká a prínosy liečby sa majú zväziť pred začatím použitia mirikizumabu u pacientov s chronickou infekciou alebo s rekurentnou infekciou v anamnéze. Ak sa vyvinie závažná infekcia, je potrebné zväziť prerušenie liečby mirikizumabom až do vymiznutia infekcie. Pred začatím liečby majú byť pacienti vyšetrení na tuberkulóznú infekciu (TB). Liečba antituberkulotikami sa má zväziť pred začatím liečby u pacientov s latentnou alebo aktívnou TB v anamnéze, u ktorých nie je možné potvrdiť adekvátny priebeh liečby. Pečeňové enzýmy a bilirubín sa majú vyhodnotiť pred začatím liečby a každý mesiac počas indukčnej liečby. Následne sa majú pečeňové enzýmy a bilirubín kontrolovať (každé 1-4 mesiace) podľa štandardných postupov a podľa toho, ako je klinicky indikované. Ak sa pozorujú zvýšenia alanínaminotransferázy (ALT) alebo aspartátaminotransferázy (AST) a je podozrenie na poškodenie pečene spôsobené liekom, liečba mirikizumabom sa musí prerušiť až do vylúčenia tejto diagnózy. Pred začatím liečby je potrebné zväziť vykonanie všetkých vhodných imunizácií podľa platných imunizačných smerníc. U pacientov liečených mirikizumabom sa vyhnite použitiu živých vakcín. Liek vo forme koncentrátu na infúziu roztok obsahuje 60 mg sodíka v dávke 300 mg, čo zodpovedá 3 % WHO odporúčaného maximálneho denného príjmu 2 g sodíka pre dospelú osobu a ďalej je potrebné pripočítať množstvo sodíka obsiahnuté v roztoku pre nariedenie koncentrátu. **Nežiaduce účinky:** najčastejšie hlásené nežiaduce reakcie sú infekcie horných dýchacích ciest (7,9 %, najčastejšie nazofaryngitída), bolesť hlavy (3,3 %), vyrážka (1,1 %) a reakcie v mieste podania injekcie (8,7 %, obdobie udržiavacej liečby). Ďalšie nežiaduce reakcie (časté a menej časté): artralgia, herpes zoster, reakcie z precitlivosti súvisiace s infúziou, reakcie v mieste podania infúzie, zvýšenie ALT a AST. **Interakcie:** Nevykonali sa žiadne štúdie interakcií. Súbežné použitie kortikosteroidov alebo perorálnych imunomodulátorov neovplyvnilo bezpečnosť mirikizumabu v štúdiách pri ulceróznej kolitide. Na klrens mirikizumabu u pacientov s ulceróznou kolitídou nemalo vplyv súbežné podávanie 5-ASA (kyseliny 5-aminosalicylovej), kortikosteroidov alebo perorálnych imunomodulátorov (azatioprinu, merkaptoprinu, tioguanínu a metotrexátu). **Dostupné liekové formy:** OmvoH 300 mg koncentrát na infúziu roztok. OmvoH 100 mg injekčný roztok v naplnenej injekčnej striekačke alebo v naplnenom pere. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Odporúčaný dávkovací režim mirikizumabu má 2 časti. Indukčná dávka je 300 mg podaných intravenóznou (i.v.) infúziou v 0., 4. a 8. týždni. Udržiavacia dávka je 200 mg (t.j. dve naplnené injekčné striekačky alebo dve naplnené perá) podávaných subkutánnou (s.c.) injekciou každé 4 týždne po ukončení indukčného podávania. Pacienti sa majú vyšetriť po 12-týždňovom indukčnom podávaní a ak sa u nich dosiahla dostatočná odpoveď na liečbu, majú prejsť na udržiavaciu dávku. Ak sa do 12. týždňa indukčného podávania nedosiahol dostatočný terapeutický prínos, je možné pokračovať v podávaní mirikizumabu 300 mg i.v. v 12., 16. a 20. týždni a počínajúc 24. týždňom prejsť na s.c. udržiavaciu dávku, alebo liečbu ukončiť v prípade nepreukázania terapeutického prínosu. Pacienti, u ktorých došlo k strate odpovede počas udržiavacej liečby, môžu dostať 300 mg mirikizumabu i.v. každé 4 týždne až do celkového 3 dávok (reindukčná liečba). Účinnosť a bezpečnosť opakovanej reindukčnej liečby sa nestanovili. **Gravidita a laktácia:** Ženy vo fertilnom veku majú používať účinnú antikoncepciu počas liečby a najmenej 10 týždňov po liečbe. Je vhodnejšie vyhnúť sa používaniu lieku počas gravidity. Nie je známe, či sa mirikizumab vylučuje do ľudského mlieka. Je potrebné rozhodnúť, či ukončiť dojčenie alebo ukončiť/prerušiť liečbu po zväžení prínosu dojčenia pre dieťa a prínosu liečby pre ženu. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Eli Lilly Nederland B.V., Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Holandsko. **Reg. čísla:** EU/1/23/1736/001, EU/1/23/1736/002 003, EU/1/23/1736/004-006. **Doba použiteľnosti:** 2 roky. **Podmienky uchovávania:** Uchovávajte v chladničke (2°C – 8°C). Chrňte pred mrazom a svetlom. Liek vo forme s.c. injekcie sa môže uchovávať nechladený najviac 2 týždne pri teplote neprevyšujúcej 30°C. Ak sa zriedený i.v. roztok nepodá okamžite, čas uchovávania nemá prekročiť 24 hodín pri teplote 2°C – 8°C. **Dátum poslednej revízie textu:** 28. 7. 2023. **Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis.** Liek v súčasnosti nie je hradený z verejného zdravotného poistenia.

Pred predpisovaním sa prosím zoznámte s úplným znením Súhrnu charakteristických vlastností lieku. Podrobné informácie o lieku sú dostupné na internetovej stránke Európskej agentúry pre lieky <http://www.ema.europa.eu>, alebo na adrese: Eli Lilly Slovakia s.r.o., Svätoplukova II. 18892/2 A, 821 08 Bratislava - mestská časť Ružinov, tel: +421 2 2066 3111

Referencie:

1. SPC OmvoH. 2. Keam SJ. Mirikizumab: First Approval. Drugs. 2023 Jul;83(11):1045-1052. doi:10.1007/s40265-023-01909-1. PMID: 37389706. 3. D'Haens G, et al. Mirikizumab as Induction and Maintenance Therapy for Ulcerative Colitis. N Engl J Med 2023; 388:2444-2455 DOI: 10.1056/NEJMoa2207940.

Dátum schválenia materiálu 10/2023

1. informácia
gf24

Pozývame Vás na

XXIX. ROČNÍK

GASTROFÓRUM

2024

24.-26. január 2024

Hotel Patria - Štrbské Pleso



SGS
SLOVENSKÁ
GASTROENTEROLOGICKÁ
SPOLOČNOSŤ

SLOVENSKÁ GASTROENTEROLOGICKÁ SPOLOČNOSŤ
ONKOLOGICKÁ SEKCIA SGS

XXIII.

VRÁBLIKOV DEŇ

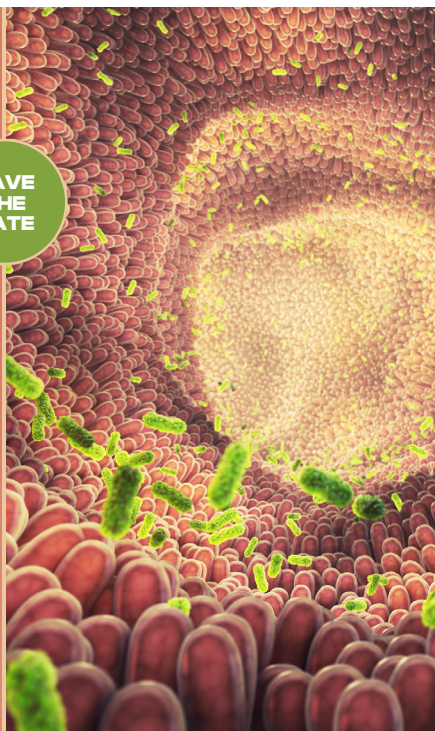
12. apríla 2024 NOÚ Bratislava

Neoplázie tenkého čreva



Priame prenosy z endoskopických sál

SAVE
THE
DATE



XXXVII. HILDEBRANDOVE
BARDEJOVSKÉ
GASTROENTEROLOGICKÉ
DNI 2024



13. - 14.
SEPTEMBER
2024

SAVE
THE DATE



SAVE
THE
DATE



II. SLOVENSKÝ
GASTRO
ENTEROLOGICKÝ
KONGRES

06. - 07. 12. 2024

DoubleTree by Hilton, Košice



www.gastrokongres.sk



PARTNERSKÝ PROGRAM 2023

ĎAKUJEME TOUTO CESTOU SVOJIM **PARTNEROM**
A TEŠÍME SA NA SPOLUPRÁCU V ROKU 2024

SGS
SLOVENSKÁ
GASTROENTEROLOGICKÁ
SPOLOČNOSŤ

ZLATÝ PARTNER SGS



Celltrion

STRIEBORNÍ PARTNERI SGS:



FERRING Slovakia, s.r.o.



PRO.MED.CS



Takeda Pharmaceuticals
Slovakia s.r.o.

BRONZOVÍ PARTNERI SGS:



Abbott Laboratories, s.r.o.



AbbVie, s.r.o.