
Európsky kardiologický kongres (ESC) 2008 – aktuálne novinky a stručný prehľad akceptovaných abstraktov v rokoch 2003 – 2008

30. august – 3. september 2008, Mníchov, Nemecko

ESC v Mníchove, podobne ako posledné kongresy ESC, „praskal opäť vo švíkoch“. Konečné vyhodnotenie ukázalo opäť mimoriadne vysokú účasť – viac ako 30 tisíc účastníkov. Kongres prebiehal v mnohých sekciách, takže bolo možné popri vlastných aktivitách vidieť iba veľmi málo toho, čo bolo prezentované. Vyberáme niektoré z významnejších očakávaných štúdií a niekoľko osobných postrehov.

Dlho očakávané výsledky štúdie **TIME-CHF** (Trial of Intensified (BNP-guided) versus standard (symptom-guided) Medical therapy in Elderly patients with Congestive Heart Failure) prezentoval **HP Brunner (Basel, Švajčiarsko)**. Kým predchádzajúce štúdie naznačili, že liečba riadená na základe monitorovania BNP môže zohrávať priaznivú úlohu v manažmente chronického srdcového zlyhávania (CHSZ), existuje málo údajov na túto tému u starších pacientov. Cieľom tejto štúdie bolo objasniť efekt liečby riadenej na základe monitorovania BNP v porovnaní s liečbou vedenou na základe príznakov u pacientov s CHSZ vo veku 75 rokov a viac. Pacientom randomizovaným do ramena s intenzifikovanou liečbou bola poskytnutá liečba cieleňú najmä na redukciu NT-proBNP < 400 pg/ml (dvakrát vyšší limit ako norma) u pacientov vo veku 60 – 74 rokov, a < 800 pg/ml (štyrikrát vyšší limit ako norma) u pacientov vo veku 75 rokov a viac, ako aj liečba na zmiernenie symptómov v triede NYHA II a menej. Pacienti v ramene so štandardnou liečbou mali liečbu zameranú na kontrolu symptómov, aby sa udržali vzhľadom na symptomatológiu v triede NYHA II alebo menej. Celkovo bolo randomizovaných 499 pacientov, 251 do ramena s intenzifikovanou liečbou a 248 do ramena so štandardnou liečbou. Ischemická kardiomyopatia bola hlavnou príčinou srdcového zlyhávania u približne polovice pacientov (58 %), nasledovala hypertenzia (21 %) a dilatačná kardiomyopatia (17 %). Priemerná ejekčná frakcia (EF) bola 30 %, a priemerné NT-proBNP bolo podobné v oboch ramenách po randomizácii (4 657 pg/ml vs. 3 998 pg/ml, $p = 0,12$). 55 % pacientov malo súčasne ochorenie obličiek a 73 % malo dva alebo viac komorbidít (79 % u pacientov vo veku 75 rokov a viac). Kvalita života hodnotená podľa Minnesota scale bola podobná v oboch ramenách. Dávky ACE inhibítorov, blokátorov aldosterónových receptorov a betablokátorov boli výrazne zvýšené u všetkých vekových skupín v ramene s intenzifikovanou liečbou v porovnaní s ramenom so štandardnou liečbou. Počas sledovania výrazne klesli hladiny NT-proBNP v oboch ramenách na konci sledovania v porovnaní so začiatočnými hodnotami, avšak nezistil sa nijaký rozdiel medzi samotnými ramenami. Nepozoroval sa žiadny rozdiel medzi ramenom s intenzifikovanou liečbou a ramenom so štandardnou liečbou v incidencii prežívania počas hospitalizácie zo všetkých príčin [hazard ratio (HR) 0,92, $p = 0,46$], alebo všetkých prežívajúcich (HR 0,68, $p = 0,06$). Významne ale klesla incidencia prežívania počas hospitalizácie pre srdcové zlyhávanie (HR 0,66, $p = 0,008$) v ramene s intenzifikovanou liečbou. Subanalýzy naznačujú, že obézni pacienti (body mass index > 24,9), pacienti s jednou alebo bez komorbidít a mladší pacienti (menej ako 75-roční) sa mali lepšie na intenzifikovanej liečbe v porovnaní so štandardnou terapiou. Nepozoroval sa žiadny rozdiel v kvalite života medzi oboma liečebnými skupinami u pacientov mladších ako 75 rokov. U starších pacientov bola zmena kvality života od

začiatku lepšia u pacientov randomizovaných do ramena so štandardnou liečbou v porovnaní s ramenom s intenzifikovanou liečbou. Výsledky štúdie TIME-CHF naznačujú, že intenzifikovanou liečbou vedenou na základe monitorovania BNP sa neznižila incidencia prežívania počas hospitalizácie zo všetkých príčin u pacientov s CHSZ, aj keď redukovala incidencia srdcového zlyhávania pri prežívaní počas hospitalizácie. Zistilo sa, že účinok liečby sa mení v závislosti od veku, kedy mladší pacienti (60 – 74 rokov) odpovedajú na liečbu lepšie ako pacienti starší (≥ 75 rokov). Intenzívna liečba môže mať rozhodujúci vplyv na kvalitu života u starších pacientov. Navyše bez zreteľa na liečbu finálna redukcia NT-proBNP bola podobná v oboch ramenách, čo indikuje, že netreba súbežne sledovať NT-proBNP týchto pacientov, keďže toto sa robilo pri vstupnej vizite. Potrebné sú ďalšie štúdie, ktoré sa budú špecificky zameriavať na starších pacientov, pretože štúdie ako táto ukazujú, že výsledky získané od mladších pacientov nemožno aplikovať na staršiu populáciu.

Ďalšou očakávanou štúdiou bola **GISSI-HF: n-3 PUFA Study** (Gruppo Italiano per lo Studio della Sopravvivenza nell'Infarto Miocardico-Heart Failure: n-3 PUFA), ktorú prezentoval **L. Tavazzi (Pavia, Taliansko)**. Hoci existuje niekoľko laboratórnych a epidemiologických údajov, ktoré naznačujú, že n-3 polynenasýtené masné kyseliny (PUFA) priaznivo ovplyvňujú komorovú funkciu a náhlu kardiálnu smrť, neboli tieto doteraz dobre preštudované v randomizovaných klinických štúdiách. Preto sa štúdia GISSI-HF snažila zistiť, či n-3 PUFA ovplyvňujú mortalitu a morbiditu pacientov so symptomatickým srdcovým zlyháváním. Celkovo bolo randomizovaných 6 975 pacientov, 3 494 s n-3 PUFA, 3 481 s placebom. Približne polovica pacientov mala ischemickú kardiomyopatiu, 29 % dilatačnú kardiomyopatiu. 37 % bolo klasifikovaných ako NYHA III alebo IV s priemernou EF 33,1%, len 9,4% pacientov malo EF > 40 %. 49 % pacientov bolo hospitalizovaných pre srdcové zlyhávanie aspoň raz za posledný rok. 12,8 % pacientov malo pacemaker a 7,2 % implantovaný kardioverter-defibrilátor. Hoci po neadjustovanej multivariačnej analýze nevznikol rozdiel medzi ramenom s n-3 PUFA a ramenom s placebom pre obidva primárne ciele – mortalitu zo všetkých príčin (27,3 % vs. 29,1 %, $p = 0,12$), alebo mortalitu zo všetkých príčin a hospitalizáciu pre kardiovaskulárne príčiny (57 % vs. 59 %, $p = 0,06$), po adjustácii pre hospitalizáciu pre srdcové zlyhávanie v predchádzajúcom roku, implantovaný kardioverter-defibrilátor a prítomnosť aortálnej stenózy, obidva ciele boli výrazne znížené v ramene s n-3, v porovnaní s placebom (HR 0,91, $p = 0,041$ pre mortalitu a HR 0,92, $p = 0,009$ pre mortalitu alebo príjem pre kardiovaskulárne príčiny). Tie nálezy korešpondovali s poklesom absolútneho rizika pre mortalitu asi o 1,8 %. Nezistil sa žiadny rozdiel medzi obidvomi skupinami v incidencii prvej hospitalizácie pre srdcové zlyhávanie (28 % vs. 29 %, $p = 0,15$), avšak bolo signifikantne menej hospitalizácií pre arytmiu v ramene s n-3 PUFA (3 % vs. 4 %, $p = 0,013$). Výsledky štúdie GISSI-HF ukazujú, že 1g n-3 PUFA denne vyvoláva mierny pokles mortality (pokles absolútneho rizika o 1,8 %) a kardiovaskulárnych hospitalizácií u pacientov s dominantne systolickým srdcovým zlyháváním, ak sa pridajú k optimálnej liečbe. Presný mechanizmus tohto poklesu nie je úplne jasný (priaznivý účinok n-3

PUFA u pacientov prijatých pre arytmiu, ale nie pri náhlej kardiálnej smrti alebo pri predpokladanom úmrtí v dôsledku arytmie). Zdá sa, že budú potrebné ešte ďalšie štúdie na to, aby potvrdili tieto výsledky na inej populácii pacientov, rovnako aj dĺžku podávania a dávku týchto liečiv u týchto pacientov.

Výsledky štúdie **TRITON-TIMI 38** (Prasugrel Compared with Clopidogrel in ST-Elevation Myocardial Infarction Patients Undergoing Percutaneous Coronary Intervention) prezentoval **G. Montalescot (Paríž, Francúzsko)**. Perkutánnu koronárnu intervenciu (PKI), obvyčajne s použitím koronárneho stentu, sa používa u väčšiny pacientov so STEMI, či už ako primárna reperfúzna liečba, alebo nasleduje o niekoľko hodín, respektíve dní po iniciálnej trombolýze. Duálna protidoštičková liečba aspirínom a klopidoogrelom, predstavujúca štandard v antitrombotickej liečbe, sa používa ako podporná terapia počas intervencie. Prasugrel, účinnejší a rýchlejšie účinkujúci tienopyridín, ktorý dosahuje vysoký stupeň inhibície trombocytov, predstavuje potenciálnu alternatívu klopidoogrelu. Hlavná štúdia TRITON-TIMI 38, prezentovaná a publikovaná minulý rok ukázala, že liečba prasugrelom bola lepšia než liečba klopidoogrelom v znižovaní ischemických príhod u pacientov s akútnym koronárnym syndrómom (AKS) a PKI, sa však spájala s vyšším rizikom krvácania. Gilles Montalescot podrobnejšie prezentoval výsledky u 3 534 pacientov so STEMI zaradenými do štúdie. Táto kohorta zahŕňala dve skupiny pacientov: 2 438 pacientov, ktorí podstúpili primárnu PKI do 12 hodín po STEMI a 1 094 pacientov, ktorí sa podrobili „sekundárnej“ PKI, ktorá sa uskutočnila medzi 12 hodinami a 14 dňami od STEMI. Primárny cieľ, kardiovaskulárne úmrtie, nefatálny infarkt myokardu (IM), alebo nefatálna mozgová príhoda sa prasugrelom výrazne redukovali počas 15 mesiacov o 21 % oproti klopidoogrelu (10,0 % vs. 12,4 %, HR 0,79, $p = 0,02$). Podobný účinok sa pozoroval po 30 dňoch (6,5 % vs. 9,5 %, HR 0,68; $p = 0,002$). Pozoroval sa významný pokles trombozy stentu (42 %) počas 15 mesiacov liečby prasugrelom oproti klopidoogrelu (1,6 % vs. 2,8 %; $p = 0,02$). Čistý benefit pozostávajúci z redukcie celkovej mortality, IM, cievej mozgovej príčiny (CMP) alebo TIMI kritériá krvácania u pacientov bez koronárneho premostenia (CABG) signifikantne uprednostňovali počas 15-mesačnej liečby prasugrelom. U pacientov so STEMI, u ktorých sa vykonala primárna PKI alebo PKI nasledujúca po úvodnej liečbe, prasugrel predstavoval kvalitnejší preparát v porovnaní so štandardnou dávkou klopidoogrelu pri prevencii ischemických príhod a trombozy stentu bez zjavného vzostupu výraznejšieho krvácania. Autori štúdie dospeli k záveru, že prasugrel predstavuje atraktívnejšiu alternatívu klopidoogrelu, najmä u PKI po STEMI. V súčasnosti však FDA túto klinickú indikáciu zatiaľ neschválila.

Zaujímavú štúdiu **DECREASE** (Dutch Echocardiographic Cardiac Risk Evaluation Applying Stress Echo III) prezentovali holandskí autori **D. Poldermans et al. (Rotterdam, Holandsko)**. Jej cieľom bolo zistiť, či zavedením perioperačnej liečby fluvastatínom XL k betablokátorom, klesá počet kardiálnych ischemických príhod u pacientov podstupujúcich nekardiálnu chirurgickú liečbu. 497 pacientov, ktorí predtým nikdy neužívali statíny, užívalo po randomizácii buď 80 mg fluvastatínu XL denne, v priemere 37 dní pred chirurgickou liečbou a aspoň jeden mesiac po nej, alebo placebo. 3 9% pacientov malo anamnézu koronárnej artériovej choroby, 20 % diabetes a 29 % anamnézu mozgovej príhody. Ako sa očakávalo, došlo k významnému poklesu celkového cholesterolu (20 % vs. 4 %, $p < 0,001$), LDL (21 % vs. 3 %, $p < 0,001$), ale nie HDL (4 % vs. 2 %, $p < 0,73$) v ramene s fluvastatínom XL, v porovnaní s placebom. Ischémia myokardu počas 30 dní výrazne klesla v ramene s fluvastatínom XL v porovnaní s placebom [10,9 % vs. 19,0 %, (OR) 0,53; 95 % $p = 0,016$]. V priemere 37 dní po zavedení došlo v ramene s fluvastatínom XL aj k významnému poklesu zápalových markerov, ako sú CRP (4,66 mg/L vs. 6,00 mg/L, $p \leq 0,001$) a IL-6 (5,75 pg/ml vs. 8,45 pg/ml, $p < 0,001$), oproti placebu. Výskyt vedľajších účinkov, vrátane zvýšenia kreatínkinázy (CK) $> 10 \times$ vyšší limit ako norma, bol podobný medzi obidvomi skupinami (4,1 % vs. 3,1 %, $p = 0,8$). Ani v jednom ramene sa nezaznamenal výskyt myopatie alebo rabdomyolýzy. Ukazuje

sa, že zavedenie perioperačnej liečby fluvastatínom XL u vysoko-rizikových pacientov, ktorí podstúpili elektívnu nekardiálnu cievnú chirurgiu, prináša významný pokles ischemických príhod v porovnaní s placebom. Nezvyšila sa incidencia vedľajších účinkov. Aj keď vylúčili pacientov už užívajúcich statíny, štúdia zahŕňala asi 39 % pacientov s koronárnou artériovou chorobou a 29 % pacientov s anamnézou CMP, ktorí by mali začať s liečbou statínmi, poskytujú tak množstvo údajov o účinnosti statínov pre sekundárnu prevenciu u tejto populácie pacientov. Nie je známe, či títo pacienti boli tými, ktorí boli podstatne zvýhodnení užívaním statínov počas perioperačného obdobia. Navyše, aj keď sa tieto krátkodobé údaje ukazujú ako sľubné, očakávajú sa aj dlhodobé sledovania. Je nepravdepodobné, že tieto výsledky sú špecifické iba pre fluvastatín, a tak pravdepodobne reprezentujú účinok celej skupiny statínov počas perioperačného obdobia. Výsledky tejto štúdie sa pridávajú k rastúcemu objemu informácií, ktoré naznačujú pozitívny efekt perioperačnej liečby statínmi u pacientov, ktorí podstúpili nekardiálnu chirurgiu. Táto a iné štúdie poukazujú na to, že tento efekt môže byť aspoň z časti sprostredkovaný poklesom zápalových parametrov, ktoré sprevádzajú chirurgické zákroky.

Štúdiu **AF-CHF** (Atrial Fibrillation and Congestive Heart Failure Trial) Clinical Trial Update II prezentoval **AP Maggioni (Firenze, Taliansko)**. Ide o multicentrickú, prospektívnu, randomizovanú, otvorenú štúdiu, ktorá randomizovala 1 376 pacientov s CHSZ a ejekčnou frakciou ľavej komory (EFLK) ≤ 35 % s anamnézou fibrilácie predsiení (FP) do skupín s kontrolou rytmu a kontrolou frekvencie. Počas 37 mesiacov nedošlo u pacientov s liečbou zameranou na kontrolu rytmu k zlepšeniu výsledkov v porovnaní so stratégiou kontroly frekvencie. Výskyt FP u pacientov s CHSZ a dysfunkciou LK sa spája s horšou prognózou. Niektoré randomizované klinické štúdie ukázali, že kontrola rytmu u pacientov s FP nezlepšuje prognózu oproti kontrole frekvencie. Do týchto štúdií bol zahrnutý relatívne malý počet pacientov s CHSZ a dysfunkciou LK. Otázkou stále zostáva, či prevencia FP u pacientov s CHSZ a dysfunkciou LK prináša zlepšenie prežívania. Boli lieky použité v štúdiu účinné? Sínusový rytmus by mohol byť preukázaný po opakovaných dávkach u 75 – 80 % pacientov v skupine s kontrolou rytmu, kým v skupine s kontrolou frekvencie sa cieľová frekvencia dosiahla u vyše 80 % pacientov počas sledovania. 58 % pacientov v skupine s kontrolou rytmu malo aspoň raz počas sledovania rekurenciu FP, čo nasvedčuje, že antiarytmická medikamentózna liečba je suboptimálna. Prečo bola stratégia kontroly rytmu horšia než kontrola frekvencie? Výsledky stratégií ovplyvňujú minimálne dva aspekty: a) nedostatočné udržanie sínusového rytmu (SR) stratégiami zameranými na udržanie rytmu a b) skutočnosť, že 60 % pacientov v skupine so stratégiou kontroly frekvencie má vlastne perzistujúcu FP. Okrem toho, pozitívny efekt udržiavania rytmu by mohol byť vyvážený toxicitou antiarytmík a výrazne častejším využívaním betablokátorov na kontrolu rytmu, ktoré by mohli priaznivo ovplyvniť prežívanie pacientov. Kým čakáme na ďalšie dôkazy o nových preparátoch a ablačných technikách (nielen kvôli účinnosti udržať SR, ale aj kvôli zlepšeniu prežívania), výsledok AF-CHF podporuje koncept, že stratégia kontroly frekvencie by sa mala zväziť ako prvá voľba u pacientov s CHSZ, dysfunkciou LK a FP, a že použitie antiarytmík pre kontrolu rytmu by sa malo zväziť len v určitých prípadoch, ak príznaky pretrvávajú.

Finálne výsledky **EUROASPIRE III** (Lifestyle, risk factor and therapeutic manažment in people at high risk of developing cardiovascular disease from 12 European regions) prezentoval **D. Wood z Londýna**, komentár k výsledkom mal **L. Rydén (Stockholm, Švédsko)**. Prieskum EUROASPIRE III, ktorý zahŕňal pacientov s koronárnou chorobou, bol rozšírený na pacientov s vysokým kardiovaskulárnym rizikom v 12 európskych krajinách: Belgicko, Bulharsko, Chorvátsko, Fínsko, Nemecko, Taliansko, Litva, Poľsko, Rumunsko, Slovinsko, Španielsko a Veľká Británia. 4 366 vysokorizikových pacientov užívajúcich či už antihypertenzívnu, lipidy redukujúcu alebo antidiabetickú liečbu, bolo vyšetrených najmenej po šiestich mesiacoch od začiatku liečby. Celkovo 16 % pacientov tvorili fajčiari, u 43 % bola prítom-

Tabuľka 1 Akceptované abstrakty na kongresoch ESC v rokoch 2003 – 2008

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Slovensko (Bratislava, Košice)	3 (3, 0)	2 (1, 1)	2 (2, 0)	15 (14, 1)	9 (8, 1)	7 (5, 2)
Česká republika (Praha)	22 (16)	20 (13)	33 (23)	24 (17)	32 (24)	29 (21)
Chorvátsko (Záhreb)	3 (2)	4 (2)	4 (1)	5 (5)	4 (4)	12 (9)
Grécko (Atény)	127 (88)	140 (101)	165 (119)	214 (182)	229 (168)	222 (179)
Taliansko (Rím)	366 (15)	403 (23)	479 (20)	465 (10)	447 (19)	437 (17)
Rusko (Moskva)	4 (7)	4 (11)	25 (9)	38 (17)	42 (22)	33 (12)
Ukrajina (Kyjev)	4 (3)	5 (1)	6 (4)	8 (3)	7 (3)	8 (3)
Nemecko (Berlín)	530 (66)	525 (65)	471 (67)	662 (87)	580 (86)	592 (89)
Maďarsko (Budapešť)	21 (8)	29 (17)	28 (28)	35 (19)	22 (6)	16 (6)
Poľsko (Varšava)	134 (35)	150 (31)	171 (49)	252 (73)	200 (63)	185 (47)
Slovinsko (Ljubljana)	0 (0)	5 (3)	8 (5)	9 (6)	7 (4)	9 (0)
Srbsko (Belehrad)	2 (16)	21 (11)	22 (13)	27 (18)	17 (2)	22 (1)
Dánsko (Kodaň)	49 (19)	40 (19)	54 (28)	70 (39)	58 (29)	50 (30)
Rumunsko (Bukurešť)			16 (8)	23 (15)	27 (21)	36 (13)
Bulharsko (Sofia)			2 (2)	4 (0)	4 (1)	3 (1)

ná obezita, 62 % malo centrálnu obezitu, u 71 % bol krvný tlak $\geq 140/90$ mmHg ($\geq 130/80$ mmHg u ľudí s diabetes mellitus), 79 % malo celkový cholesterol $\geq 4,5$ mmol/l a 39 % malo anamnézu diabetes mellitus, z ktorých 53 % malo HbA1c $< 6,5$ %. Použila sa nasledovná kardioprotektívna liečba: aspirín alebo iný antitrombocytový preparát 22 %; betablokátory 31 %; ACE inhibítory/ARB 56 %; blokátory kalciových kanálov 24 %; statíny 40 %. Prieskum EUROASPIRE III ukázal, že životný štýl u vysokorizikových pacientov je naďalej veľkým problémom, o ktorý je potrebné zaujímať sa podstatne viac ako doposiaľ, najmä o fajčenie a výskyt obezity, predovšetkým centrálnej obezity. Hodnoty krvného tlaku, lipidového spektra a glukózy sú nedostatočne kontrolované a u väčšiny pacientov nedosahujú ciele stanovené v preventívnych guidelineoch. Primárna prevencia si vyžaduje systematický, komplexný a multidisciplinárny prístup zameraný na vedecký manažment rizikových faktorov a zmien životného štýlu nielen špecialistami, ale aj praktickými lekármi, zdravotnými sestrami a ostatnými zdravotníckymi profesionálmi, vrátane zdravotných poisťovní, teda celý proces musí byť riadený na úrovni celej populácie a komunit. **L. Rydén** konštatoval, že táto mimoriadne dôležitá štúdia (účast mnohých európskych krajín, veľká kohorta asi 5 700 záznamov, 4 300 dotazníkov, primeraný odstup medzi začiatkom liečby a priebehom štúdie potrebný pre nastavenie liečby) priniesla veľké sklamanie. Vyslovil otázku, či je možné výsledky EUROASPIRE III všeobecne aplikovať. Zdôraznil tiež, že väčšina opýtaných požadovala informácie o svojom riziku a veľmi málo bolo negatívnych. Vlastné očakávané riziko považované za nízke alebo stredné u dvoch tretín indikuje, že informovanosť bola nízka a alarmujúco málo (18 %) získalo informácie o životnom štýle. Táto vysoko riziková skupina, zatiaľ nepostihnutá kardiovaskulárnymi príhodami, by mala byť naozaj starostlivo vedená špecialistami. Vyšetrotelia sa zhodli na tom, že obrovská väčšina vysoko rizikových pacientov nie je vedená v programe zameranom na redukciiu rizikových faktorov a úpravu životného štýlu.

Ak spomíname problematiku kardiovaskulárnej (KV) prevencie na ESC kongrese, treba spomenúť mimoriadne pozitívne hodnotenia sloven-

ských aktivít v rámci projektu MOST. Na European Forum Meeting on CVD Prevention in Clinical Practice, ktoré prebehlo tesne po slávnostnom začiatku kongresu, dostalo Slovensko možnosť odprezentovať svoje aktivity v rámci Európskej Charty Zdravia Srdca, ale aj v rámci celého projektu MOST (CVD prevention activities of national alliances, Kamenický G, Murín J). Okrem prezentácie SKS a Slovenskej nadácie srdca, svoje aktivity prezentovalo aj Slovinsko a Dánsko. Mimo tohto fóra projekt MOST 2007 bol ocenený vzhľadom na svoju kvalitu aj prijatím ako poster na tomto kongrese.

Pri prijatých prácach treba konštatovať, že zavedením motivačných grantov v SKS v roku 2006 sa významne zvýšil počet akceptovaných abstraktov slovenských kardiológov, internistov, výskumníkov. Z dvoch až troch abstraktov sa počet zvýšil na 15! Bolo jasné, že finančná motivácia prináša pozitívne výsledky. Žiaľ, finančné kroky SKS sa postupne menili a stupeň motivácie sa znížil, čo malo aj logicky za následok zreteľný pokles prijatých abstraktov (**tabuľka 1**). Ak sa však pozrieme na okolité krajiny – Maďarsko, Česko, a samozrejme Poľsko, ktoré dlhodobo patrí medzi krajiny s najvyšším počtom akceptovaných abstraktov, z týchto krajín si celkom iste môžeme zobrať príklad. Keďže celospoločenské podmienky na Slovensku dlhodobo veľmi výskumu neprajú, takéto výskumné aktivity vrátane publikačnej činnosti by mala dlhodobo podporovať SKS. Patrí jej uznanie, že sa týmto aktivitám dlhodobo venuje a bola by veľká škoda, keby sa tieto ďalej nerozvíjali a neuplatňovali.

doc. MUDr. Gabriel Kamenský, CSc.
ONKD, V. interná klinika FNŠP Bratislava, Ružinov
prof. MUDr. Ján Murín, CSc.
I. interná klinika FNŠP Bratislava, Staré Mesto
MUDr. Anton Dlesk
ONKD, V. interná klinika FNŠP Bratislava, Ružinov