

Podľa Coxovej regresnej analýzy CPG+ po KVS príhode vedie k rýchlejšiemu vzostupu rizika elevácie KP s vekom ($-2 \log \text{likelihood: } 93,8$) resp. s časom, ktorý uplynul od prekonania príhody ($-2 \log \text{likelihood: } 87,0$).

Záver: Antichlamydiálna séropozitivita je spojená so zvýšenou karbonyláciou proteínov u pacientiek po KVS príhode, čo supponuje význam stupňa oxidačného poškodenia proteínov ako markera závažnosti chlamýdiovkej infekcie v kontexte kardiovaskulárnych ochorení.

Úprava cirkadiálneho rytmu tlaku krvi po krátkodobej liečbe lisinoprilom u pacientov s artériovou hypertenziou

Vachulová A., Lietava J., Husár R., Dukát A.

II. interná klinika LF UK a FNsP Bratislava

Cíl: Porucha cirkadiálneho rytmu tlaku krvi (TK) u pacientov s artériovou hypertenziou je charakterizovaná chýbajúcim poklesu tlaku krvi v nočných hodinách (non dipper), je spojená so závažnejším stupňom ochorenia a vedie k akcelerovanému poškodeniu cieľových orgánov. Vplyv antihypertenzívnej liečby na úpravu cirkadiálneho rytmu TK nebol dostatočne sledovaný.

Pacienti a metódy: 24hodinové monitorovanie tlaku krvi pred a po 12týždňovej liečbe lisinoprilom sme zrealizovali u 162 pacientov s miernou a stredne ťažkou hypertenziou.

Výsledky: Po liečbe lisinoprilom došlo k signifikantnému poklesu systolického ($139,5 \pm 13,07$ vs $127,7 \pm 11,31$ mm Hg; $p < 0,001$) a diastolického ($83,1 \pm 8,37$ vs $75,3 \pm 7,75$ mm Hg; $p < 0,001$) tlaku krvi. Nedošlo k zlepšeniu variability systolického ($15,2 \pm 3,54$ vs $15,2 \pm 3,92$ mm Hg; NS) ani diastolického ($11,6 \pm 2,67$ vs $12,1 \pm 3,01$ mm Hg; NS) tlaku krvi. Došlo k signifikantnému zníženiu počtu pacientov s paradoxným vzostupom TK v nočných hodinách ($16,4\%$ vs $6,2\%$, $p < 0,05$) a non dipping chronogramu: $44,4\%$ vs $38,5\%$. Počet dipperov sa zvýšil z $32,7\%$ na $39,5\%$ a mierne sa zvýšil počet pacientov s poklesom systolického TK > 20 mm Hg z $6,2\%$ na $7,4\%$ (NS).

Záver: Po liečbe lisinoprilom došlo k signifikantnému poklesu systolického a diastolického tlaku krvi a k úprave cirkadiálneho rytmu tlaku krvi u pacientov s miernou a stredne ťažkou artériovou hypertenziou. Variabilita krvného tlaku nebola signifikantne zlepšená.

Nefrologie

Peritonitida vyvolaná *Alcaligenes xylosoxidans*

Horčíčka V. jr.¹, Růžicková M.¹, Zadražil J.¹, Krejčí K.¹, Štrebl P.¹, Al Jabry S.¹, Horák, V.²

¹ III. interní klinika LF UP a FN Olomouc

² Ústav mikrobiologie LF UP a FN Olomouc

Akutní peritonitida nemocných léčených peritoneální dialýzou je jednou z nejzávažnějších komplikací této metody náhrady funkce ledvin. Antibiotická léčba v případě některých infekčních agens selhává a vyžaduje extrakci peritoneálního katétru a někdy i ukončení léčby peritoneální dialýzou. V našem sdělení informujeme o případě 61leté peritoneálně dialyzované nemocné postižené peritonitidou, jež byla způsobena málo obvyklým, avšak obávaným agens – *Alcaligenes xylosoxidans*, subsp. denitrificans. Součástí sdělení je přehled literárních zkušeností s peritonitidou vyvolanou uvedeným mikrobem. Tato nefermentující G-negativní tyčinka může způsobit zejména u oslabených jedinců také meningitidu, endokarditidu, osteomyelitidu, bakteremii a katéetrovou sepsi, cholecystitidu, pneumonii nebo infekci močového traktu. Úskalí léčby peritonitidy vyvolané *Alcaligenes xylosoxidans* spočívá v časté rekurenci infekce způsobené vysokou odolností bakterie, která je dána produkcí několika variant β -laktamázy prostřednictvím intra- i interspecificky přenášených extrachromozomálních plazmidů. Multifaktoriální rezistence k β -laktamovým antibiotikům umožňuje přirovnat průběh onemocnění vyvolaných kmeny *Alcaligenes xylosoxidans* k infekcím enterobakterovým a pseudomonádovým. Klinický průběh peritonitidy negativně ovlivňuje i značná adherence mikroorganismů k povrchu katétrů a schopnost bakterie dlouhodobě poškodit funkční charakteristiky pobřišnice. Naše zkušenost a analýza literárních údajů nasvědčují

jí, že vysoká rezistence a obvykle komplikovaný průběh infekce *Alcaligenes xylosoxidans* jsou důvodem k agresivní a prodloužené léčbě. K extrakci peritoneálního katétru nutno přistoupit v případě, že nedorazí již v prvních dnech léčby peritonitidy k dobré odezvě na antibiotickou léčbu.

Extrakorporální ultrafiltrace ascitu – metoda řešení refrakterního ascitu

Hrubý M., Kosatíková Z., Zahálková J.

III. interní klinika LF UP a FN Olomouc

Refrakterní ascites je závažnou komplikací mnoha etiologicky různorodých stavů. Může být komplikujícím jevem jaterní cirhózy, hepatorenálního syndromu, nefrotického syndromu různé příčiny, ale i městnavého srdečního selhání či karcinomatózy peritonea. Refrakterní ascites je definován jako ascites nereagující na diuretickou terapii v určených dávkách a při režimové restrikci soli v dietě nebo ascites s rozvojem diuretickou terapií podmíněných komplikací neumožňujících adekvátní dávky diuretické terapie. Terapeuticky je možno v tomto případě využít více metod s různou náročností provedení, z nichž mnohé jsou v různé míře zatíženy komplikacemi nebo je nelze použít při základním onemocnění. Jednou z možností řešení je i extrakorporální ultrafiltrace ascitu (EUA), kterou jsme použili v našem hemodialyzačním centru zatím u 4 pacientů. Etiologickou příčinou ascitu byla ve 3 případech jaterní cirhóza, v 1 pak akutní alkoholická hepatitida. Ve 3 případech byla EUA provedena opakovaně, v 1 případě zatím jednou. V souladu s literárními údaji jsme při užití zmíněného terapeutického postupu neregistrovali žádné komplikace související s použitou metodou, ve všech případech byla metoda pacienty dobře snášena. Laboratorně jsme prokázali zvýšení hladiny albuminu i celkové bílkoviny v ascitu, ve 3 případech pak i nárůst hladin albuminu a celkové bílkoviny v séru. Dle naší zkušenosti se jeví extrakorporální ultrafiltrace refrakterního ascitu jako metoda bezpečná, dobře tolerovaná, nenáročná a proveditelná za použití běžné dialyzační techniky.

sRAGE – solubilní receptor pro produkty pokročilé glykace (AGEs) u pacientů s onemocněním ledvin

Kalousová M.¹, Hodková M.², Kazderová M.², Tesař V.², Dusilová-Sulková S.³, Zima T.¹

¹ Ústav klinické biochemie a laboratorní diagnostiky 1. LF UK a VFN Praha

² Klinika nefrologie 1. LF UK a VFN Praha

³ Interní oddělení Strahov 1. LF UK a VFN Praha

Úvod: Produkty pokročilé glykace (advanced glycation end products – AGEs) hrají významnou roli v patogenezi řady chronických onemocnění a jejich komplikací, např. diabetes mellitus a chronického selhání ledvin. AGEs mají řadu toxických účinků, z nichž některé jsou zprostředkovány přes receptor RAGE (receptor pro AGEs). U pacientů se sníženou funkcí ledvin je patrná zvýšená akumulace AGEs a zvýšená exprese RAGE. Solubilní RAGE (sRAGE) je přirozeně se vyskytující inhibitor AGE-RAGE působení. Cílem studie bylo popsat vztah sRAGE k funkci ledvin a dialýze.

Soubor: Sledovaná skupina se skládala z 80 osob – 20 chronicky hemodialyzovaných nemocných (HD), 14 pacientů léčených peritoneální dialýzou (PD), 25 pacientů s různým stupněm snížení funkce ledvin a 21 zdravých osob. sRAGE byl stanoven imunochemicky (ELISA) a rutinní biochemické parametry byly měřeny akreditovanými metodami.

Výsledky: sRAGE je významně zvýšen v séru dialyzovaných nemocných (HD i PD) ve srovnání s kontrolami ($3119 \pm 968,4$ pg/ml u HD a $3641,8 \pm 1740,4$ pg/ml u PD vs $1405,1 \pm 426,1$ pg/ml u kontrol, $p < 0,001$ vs kontroly, HD vs PD nesignifikantní). sRAGE se zvyšuje v průběhu HD s low flux polysulfonovými membránami ($3119 \pm 968,4$ pg/ml před HD a $3683,8 \pm 1234,8$ pg/ml po HD, $p < 0,005$). U PD pacientů je sRAGE detekovatelný v použitém dialyzátu (medián 83,0 pg/ml, interkvartilové rozmezí 9,2–112,7 pg/ml) a koreluje s hodnotami v séru ($r = 0,69$, $p < 0,05$). U pacientů s různým stupněm renální insuficience koreluje s RAGE se sérovým kreatininem ($r = 0,55$, $p < 0,05$), vztah ke clearance kreatininu je hyperbolický.

Závěr: Můžeme shrnout, že sRAGE souvisí se změnami funkce ledvin a je významně zvýšen především u dialyzovaných pacientů. Je otázkou, zda se jedná jen o epifenomenon provázející sníženou funkci ledvin či o upregulaci z důvodu ochrany před toxickými vlivy AGEs.

Práce byla podpořena grantem IGA MZ ČR NR/8094-3.

Subklinické rejekční a toxické poškození transplantované ledviny, vliv na rozvoj chronické transplantární nefropatie

Krejčí K.¹, Zadražil J.¹, Tichý T.², Al Jabry S.¹, Bachleda P.³

¹ III. interní klinika LF UP a FN Olomouc

² Ústav patologie LF UP a FN Olomouc

³ II. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

Východisko: Chronická transplantární nefropatie (CHTN) představuje poměrně špatně definovanou jednotku, označující ireverzibilní poškození štěpu multifaktoriální etiologie. Za její rozvoj je zodpovědná celá řada dobře definovaných alloantigen dependentních a alloantigen non-dependentních faktorů.

Cíl: Cílem práce bylo pokusit se identifikovat nové a běžné diagnostice doposud unikající faktory, potenciálně ovlivňující progresi chronických změn štěpu, a definovat jejich účast na rozvoji CHTN.

Metodika: Do prezentované studie bylo zařazeno 77 transplantovaných nemocných, u kterých bylo provedeno celkem 184 protokolárních biopsií štěpů. Biopsie byly prováděny 3. týden, 3. měsíc a 1 rok po transplantaci. Na podkladě výsledků biopsií a definovaných kritérií byl soubor rozdělen na srovnávací skupinu s normálním histologickým nálezem a ostatní sledované skupiny s výskytem toxicity kalcineurinových inhibitorů (CI), hraničních změn a subklinické akutní rejekce (SAR). Pomocí Banffského skóre chronických změn (BSS) v sekvenčních protokolárních biopsiích byl posouzen vliv těchto patologických nálezů na progresi chronických změn. Byl také sledován rozdílný vliv imunosupresivních protokolů zahrnujících takrolimus oproti protokolům s cyklosporinem A na rozvoj sledovaných změn a progresi CHTN.

Výsledky: Ve 3. týdnu byl zjištěn překvapivě nízký výskyt normálních histologických nálezů, a to u 21 % a ve 3. měsíci u 16 % pacientů, na konci jednorozhodného sledování pak jen u 9 % pacientů. Naopak vysoký byl záchyt hraničních změn, a to 24 % ve 3. týdnu, 32 % ve 3. měsíci a 24 % v 1. roce po transplantaci se statisticky signifikantním nárůstem BSS skóre v rozmezí 3. týdne a 1 roku ($p = 0,033$). Výskyt SAR v jednotlivých obdobích byl zaznamenán u 9 % resp. 18 % resp. 9 % souboru se zřetelným nárůstem BSS skóre již mezi 3. týdnem a 3. měsícem ($p = 0,042$). Chronické ireverzibilní změny se vyskytly v 1. roce po transplantaci u 27 % pacientů. Izolované histologické známky toxicity CI jsme v našem souboru zachytili poměrně zřídka a roli toxicity CI v rozvoji CHTN nebylo možno v našem souboru validně posoudit. Při hodnocení obou podávaných CI jsme nezjistili signifikantní rozdíl v jejich vlivu na rozvoj hraničních změn, SAR ani CHTN.

Závěr: Aplikace stále účinnějších imunosupresivních protokolů provázená zřetelným poklesem incidence klinicky manifestní akutní rejekce není provázena srovnatelným poklesem výskytu subklinických rejekčních forem. Patogenní potenciál SAR a případně hraničních rejekčních změn může být jednou z důležitých příčin limitovaného dlouhodobého přežívání štěpů.

Vývoj anémie u pacientů s chronickou transplantární nefropatií po konverzi z kalcineurinové imunosuprese na sirolimus

Mareš J., Reischig T., Opatrný K. jr.

I. interní klinika LF UK a FN Plzeň

Východisko: Chronická transplantární nefropatie (CAN) je nejčastější příčinou dysfunkce štěpu v pozdním období po transplantaci ledviny. Na progresi CAN se různou měrou podílí imunologické i neimunologické faktory, proto jsou vyvíjena nová imunosupresní schémata, která by umožnila dosažení rovnováhy mezi chronickou rejekcí (při nedostačité imunosupresi) a nefrotoxitou kalcineurinových inhibitorů (CI). Jedním z možných přístupů je nahrazení CI sirolimem – novým imunosupresivem bez nefrotoxických účinků, ale se silným antiproliferativním efektem. Proběhlo již několik studií cílených na ověření účinnosti kombinací obsahujících sirolimus, relativně málo pozornosti však bylo zatím věnováno výskytu a významu nežádoucích účinků těchto schémat.

Cíl studie: Primární – výskyt a klinický význam myelotoxických účinků imunosuprese založené na sirolimu, sekundární – ovlivnění progresu CAN po konverzi z imunosuprese založené na CI na imunosupresi se sirolimem

Soubor a metodika: 26 pacientů (16 mužů, 10 žen) ve věku 47 (27–64) let, 44 (7–148) měsíců po transplantaci ledviny, s biopsií prokázanou CAN podstoupilo konverzi z imunosuprese založené na CI (cyklosporin A nebo takrolimus) na imunosupresi bez CI v průběhu 3 let. Po dosažení cílové hladiny byli pacienti sledováni ambulantně s perio-

dou 6–8 týdnů. U 6 pacientů bylo sledování ukončeno dříve během 6 měsíců, tito nemocní nebyli zařazeni do závěrečné analýzy.

Výsledky: K rozvoji anémie došlo u 56 % pacientů, u 25 % nemocných byla nutná léčba erythropoetinem, ve sledovaném období se funkce štěpu dále zhoršila u 13 % pacientů, stabilizovala se u 38 % pacientů a zlepšila se u 50 % pacientů. Další výsledky viz tab.

průměr (st. chyba)	Hb [g/l]	obj. ery [fl]	leuko [10 ⁹ /l]	trombo [10 ⁹ /l]	železo [μmol/l]	transferin [g/l]
před konverzí	111* (3,4)	94* (1,6)	7,2* (0,5)	212* (14)	8,1 (1,8)	2,0 (0,6)
po konverzi	102* (4,5)	89* (1,7)	5,9* (0,5)	188* (17)	10,6 (2,5)	2,0 (0,3)

Závěr: Konverze CI imunosuprese na sirolimus vede ke zlepšení renálních funkcí u části nemocných s prokázanou chronickou transplantační nefropatií. Tato konverze je nejúspěšnější u nemocných s iniciální hodnotou sérového kreatininu pod 300 μmol/l. Léčba sirolimem je u těchto nemocných spojena s progresí anémie. Tato komplikace byla v našem souboru ovlivnitelná léčbou erythropoetinem a nevynutila si přerušení léčby.

Výskyt a dopad deprese u dialyzovaných

Řehořová J., Smržová J., Šurel S.

Hemodialyzační středisko Interní gastroenterologické kliniky LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

Úvod: Deprese je definována jako syndrom současně se vyskytujícími příznaky z oblasti nálady, somatiky, psychomotoriky a psychologie. Může být příčinou somatického onemocnění a naopak může somatické onemocnění doprovázet.

Metody: Vyšetřili jsme pacienty našeho dialyzačního střediska pomocí Self-rating depression scale (SDS), na jehož základě byl vypočítán SDS index, který vyjadřuje závažnost deprese. Vyšetřeno bylo 50 pacientů průměrného věku 65,5 let: 25 mužů, z toho 11 (22 %) nad 70 let, a 25 žen, z toho 9 (18 %) nad 70 let.

Výsledky: Bylo zjištěno, že 17 pacientů (34 %) nejevilo známky deprese (z nich bylo 8 žen – 16 % – a 7 mužů všichni mladší 70 let, 2 muži starší 70 let). Z daného souboru 4 pacientky užívaly antidepressiva (2 z nich zemřely do 4 měsíců) a 1 muž (zemřel do 2 měsíců). 20 pacientů (40 %) vykazovalo známky lehké deprese. Z toho byly 4 ženy (8 %) pod 70 let věku – 3 užívaly antidepressiva (2 zemřely do 3 měsíců, 3. po 5 měsících). Z 5 žen nad 70 let užívaly 2 antidepressivní terapii (1 zemřela do 2 měsíců). 3 muži pod 70 let byli bez antidepressivní terapie a 8 mužů nad 70 let – u jednoho antidepressivní terapie v době testu, 2 pacientům nasazena nově. Středně silná deprese byla zjištěna u 9 pacientů (18 %), z toho u 4 žen (8 %) pod 70 let – 2 užívaly antidepressiva, 3. měla léčbu nasazenu později (zemřela do 2 měsíců). 1 žena nad 70 let bez antidepressivní terapie (zemřela do 6 měsíců). Muži se středně těžkou depresí byli 4 (8 %) pod 70 let – 2 užívali antidepressivum (1 zemřel do měsíce, druhý do 3 měsíců). Těžká deprese byla zachycena u 4 pacientů (8 %), z toho u 1 ženy pod 70 let, u níž byla zahájena antidepressivní léčba, u 2 žen nad 70 let věku – u obou antidepressivní terapie (zemřely do 4 měsíců) a 1 muž nad 70 let, který antidepressivní léčbu netoleroval. Antidepressiva jsme indikovali průběžně bez znalosti výsledku SDS indexu u 18 pacientů (36 %) (13 žen, 5 mužů), u 3 pacientů (6 %) nasazena později. Léčení byli všichni pacienti s těžkou depresí.

Závěr: Tíže deprese vyjádřená SDS indexem byla modifikována již nasazenou antidepressivní terapií. Mortalita byla nižší u nemocných bez známek deprese, ale u depresivních pacientů nebyl nalezen vztah mezi mortalitou a SDS indexem. Pacienti bez známek deprese nebo s lehkou depresí byli mladší. Nenalezli jsme rozdíl v SDS indexu mezi pohlavími, ale těžká deprese byla častější u žen. U žen jsme častěji indikovali antidepressivní léčbu.

Nedostatečná predialyzační péče: či je to chyba?

Smržová J., Šurel S., Řehořová J.

Dialyzační a nefrologické oddělení Interní gastroenterologické kliniky LF MU a FN Brno, pracoviště Bohunice

Východiska: Pacienti odeslaní k nefrologovi teprve v době nutnosti zahájení dialýzy mají v prvních měsících léčby více komplikací i vyšší mortalitu než ti, kteří jsou odesláni časně. Málo ale víme o tom, kteří pacienti jsou odesíláni pozdě a proč.

Metody: Všichni pacienti, kteří u nás zahájili dialyzační léčbu za posledních 30 měsíců, byli rozděleni do 2 skupin – nemocní léčení nefrologem alespoň 3 měsíce před zahájením dialýzy (skupina A) a nemocní léčení kratší dobu (sku-

pina B). Zjišťovali jsme, kdo k nám nemocné odeslal, resp. neodeslal, a jak často pacient na nefrologii nedocházel z vlastního rozhodnutí. Analyzovali jsme kvalitu predialyzační péče (léčbu erythropoetinem, nařítí AV fistule, výživu, kalciofosfátový metabolismus) a potřebu hospitalizace při zahájení dialýzy.

Výsledky: Do studie vstoupilo 95 pacientů (43 % diabetiků průměrného věku $64,8 \pm 13,8$ let, 46 mužů, 49 žen). Ve skupině A bylo 49 pacientů (55 % diabetiků, 26 mužů, 23 žen), ve skupině B bylo 46 nemocných (33 % diabetiků, 20 mužů a 26 žen). Pacienti skupiny B měli těžší anémii (Hb $86,7 \pm 13,4$ vs $100,7 \pm 15,0$ g/l), nižší kalcemii ($2,15 \pm 0,35$ vs $2,28 \pm 0,28$ mmol/l) a nižší hladinu albuminu ($33,6 \pm 5,5$ vs $37,1 \pm 4,8$ g/l). Mezi skupinami jsme nenalezli signifikantní rozdíl ve věku, parametrech metabolismu železa, fosfatemii a hladině intaktního parathormonu. Pacienti ze skupiny A byli k nefrologovi odesláni internistou ve 49 % případů, urologem v 22 %, praktickým lékařem v 12 %, diabetologem v 8 % a jinými specialisty v 10 %. Pouze 3 nemocní (6 %) nedostatečně spolupracovali. Skupina B zahrnovala pacienty s chronickým (41 případů) i akutním selháním ledvin či nefrektomií (4 případy). Osoba pravděpodobně zodpovědná za jejich pozdní odeslání byl internista v 22 % případů, internista či diabetolog v 20 %, pouze diabetolog v 7 %, urolog v 11 %, praktický lékař v 11 % a jiný specialista v 4 % případů. V 9 % pacient přestal docházet k nefrologovi a v 15 % případů jsme nemohli rozhodnout, kde se stala chyba. Ze skupiny A mělo při zahájení dialýzy 61 % pacientů mělo funkční AV fistuli nebo peritoneální katétr (vs jen 7 % ze skupiny B) a pouze 31 % nemocných bylo léčeno erythropoetinem (ale ze skupiny B žádný). Tuto léčbu nepotřebovalo ve skupině A 10 % pacientů. 39 % vs 98 % pacientů muselo být při zahájení dialýzy hospitalizováno.

Závěr: Ženy a nediabetici byli častěji odesíláni do nefrologické péče pozdě. Internisté a diabetologové byli zodpovědní za téměř polovinu případů pozdního odeslání, zatímco nejvýše ve čtvrtině případů byla chyba na straně pacienta. Nemocní léčení v predialýze nefrologem měli vyšší hodnoty hemoglobinu i sérového kalcia a albuminu a byli při zahájení dialýzy méně často hospitalizováni, nicméně ani jejich léčba není optimální, co se anémie, tvorby AV fistule a léčby renální osteopatie týče.

Kardiální markery (troponin T) u pacientů se selháním ledvin v pravidelném dialyzačním léčení

Štrebl P., Zadrazil J., Zahálková J., Al-Jabry S., Horčíčka V., Hrubý M., Krejčí K., Kosatíková Z.

III. interní klinika LF UP a FN Olomouc

Troponin T a I jsou regulačními proteiny, které kontrolují interakci mezi aktinem a myozinem. Srdeční troponin T a I jsou specifickými markery postižení srdečního svalu. Lze je využít i jako prognostického ukazatele pro hodnocení krátkodobé nebo dlouhodobé prognózy u pacientů s koronárním syndromem. U nemocných s terminálním selháním ledvin v pravidelném dialyzačním léčení bývají často koncentrace myoglobinu, CK, CK-MB a troponinu v séru falešně pozitivní. Zvýšená hladina troponinu nekoreluje s hladinou kreatininu v séru a její etiologie zůstává nejistá. Frekvence výskytu elevace hladiny troponinu T a I není závislá na základním renálním onemocnění. Zvýšená hodnota troponin I bývá u dialyzovaných pacientů méně častá než elevace troponinu T. Troponin T může dávat zkříženou reaktivitu se skeletálním svalovým troponinem T. Elevace troponinu v rámci terminálního selhání ledvin má význam pro stanovení krátkodobé i dlouhodobé prognózy i u jinak asymptomatických pacientů. Z dosavadních zkušeností vyplývá, že dialyzovaní nemocní s elevací troponinu T mají až 7krát vyšší riziko úmrtí do 2 let. V našem souboru jsme sledovali chronicky dialyzované pacienty, kteří byli rozděleni do několika skupin podle míry kardiálního rizika na základě hodnot TK, echokardiografického nálezu, MBI, hypercholesterolemie a ev. přítomnosti diabetu. Protože hemodialyzační procedura ovlivňuje koncentrace troponinu v séru, sledovali jsme hladinu troponinu T před a po dialýze.