

Výběry z mezinárodních časopisů

The selection from international journals

Abstrakta článků
ke stažení zde:

You can download
the abstracts here:



Risk of a post-colonoscopy colorectal cancer diagnosis in patients with inflammatory bowel disease: a population-based cohort study

Troelsen FS, Sørensen HT, Pedersen L et al.

Endoscopy 2021; 53(10): 1023–1033. doi: 10.1055/a-1322-6574.



Riziko diagnózy kolorektálního karcinomu po koloskopii u pacientů s idiopatickým zánětlivým onemocněním střev: populační kohortová studie

Kolorektální karcinom po koloskopii (PCCRC) může představovat až 50 % všech kolorektálních karcinomů diagnostikovaných u pacientů se zánětlivým onemocněním střev (IBD). To může odrážet vysokou frekvenci koloskopii; důkazy však zůstávají omezené. Autoři provedli kohortovou studii v populaci pacientů s IBD a bez IBD, kteří podstoupili koloskopii. Vypočítali kumulativní podíly výskytu PCCRC po 7–36 měsících od první a následné koloskopie. Vypočítali také hrubé a upravené poměry rizika PCCRC při srovnání pacientů s IBD a pacientů bez IBD. Pro následné koloskopie byly provedeny samostatné analýzy. Vypočítali tříletou míru výskytu PCCRC, aby odhadli počet pacientů s IBD a pacientů bez IBD, u nichž se vyskytla PCCRC. Do studie bylo zahrnuto celkem 34 688 pacientů s IBD a 35 8217 bez IBD, kteří podstoupili koloskopii. Zaznamenali 138 a 1 909 PCCRC. Kumulativní podíl výskytu PCCRC po první koloskopii byl 0,21 % (95% CI 0,17–0,27 %) u pacientů s IBD a 0,37 % (95% CI 0,35–0,39 %) u pacientů bez IBD. Upravený poměr rizika PCCRC po první koloskopii byl 0,96 (95% CI 0,75–1,22) a po dalších koloskopiích kolem 1,0. Tříletá míra PCCRC byla 24,3 % (95% CI 20,4–28,7 %) u pacientů s IBD a 7,5 % (95% CI 7,2–7,8 %) u pacientů bez IBD. Autoři konstatovali, že pacienti s IBD měli nízký kumulativní podíl výskytu PCCRC a zvýšený tříletý výskyt PCCRC. Došli k závěru, že zvýšený tříletý výskyt kolorektálního karcinomu u pacientů s IBD mohl být mimo jiné důsledkem zvýšené frekvence koloskopii v této populaci.

Risk of a post-colonoscopy colorectal cancer in patients with diverticular disease: a population-based cohort study

Troelsen FS, Sørensen HT, Erichsen R.

Endoscopy 2024; 56(7): 471–481. doi: 10.1055/a-2264-8199.



Riziko postkoloskopického kolorektálního karcinomu u pacientů s divertikulární chorobou: populační kohortová studie

Kolorektální karcinom (CRC) po koloskopii (PCCRC) může představovat až 30 % všech kolorektálních karcinomů u pacientů s divertikulární chorobou; absolutní a relativní riziko PCCRC u těchto pacientů podstupujících koloskopii však zůstává neznámé. Dánští autoři proto provedli kohortovou populační studii zahrnující pacienty s divertikulární chorobou i bez ní, kteří podstoupili koloskopii v období 1995–2015. Vypočítali 7–36měsíční kumulativní podíl výskytu PCCRC. K výpočtu poměrů rizik PCCRC použili Coxovy regresní modely proporcionálních rizik, které porovnávaly pacienty s divertikulární chorobou a bez ní jako míru relativního rizika. Dále vypočítali tříletou míru výskytu PCCRC podle doporučení Světové endoskopické organizace (WEO – World Endoscopy Organization), aby odhadli počet pacientů s CRC s divertikulární chorobou a bez ní. Všechny analýzy stratifikovali podle lokalizace PCCRC. Autoři této studie detekovali 373 PCCRC mezi 56 642 pacienty s divertikulární chorobou a 1 536 PCCRC mezi 306 800 pacienty bez divertikulární choroby. Kumulativní podíl výskytu PCCRC po první koloskopii byl 0,45 % (95% CI 0,40–0,51 %) u pacientů s divertikulární chorobou a 0,36 % (95% CI 0,34–0,38 %) u pacientů bez divertikulární choroby. Při srovnání pacientů s divertikulární chorobou a bez ní, kteří podstoupili první koloskopii, byl upravený poměr rizika výskytu PCCRC celkově 0,84 (95% CI 0,73–0,97) a 1,23 (95% CI 1,01–1,50) pro proximální PCCRC. Tříletá míra výskytu PCCRC byla 19,0 % (22,3 % pro proximální PCCRC) u pacientů s divertikulární chorobou a 6,5 % u pacientů bez divertikulární choroby. Autoři zjistili, že ačkoli absolutní riziko bylo nízké, relativní riziko proximálních PCCRC mohlo být zvýšené u pacientů s divertikulární chorobou podstupujících koloskopii ve srovnání s pacienty bez této choroby.

Efficacy and Safety of Filgotinib for the Treatment of Perianal Fistulising Crohn's Disease [DIVERGENCE 2]: A Phase 2, Randomised, Placebo-controlled Trial

Reinisch W, Colombel JF, D'Haens GR et al.

J Crohns Colitis 2024; 18(6): 864–874. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjae003.



Účinnost a bezpečnost terapie filgotinibem u pacientů s fistulující perianální formou Crohnovy nemoci: fáze 2 randomizované, placebem kontrolované studie

Pozadí a cíle: Stále se potýkáme s nedostatkem možností léčby perianální formy Crohnovy nemoci (PFCD). Tato studie hodnotila účinnost a bezpečnost inhibitoru Janus kinázy 1, filgotinibu, při léčbě PFCD. **Metody:** Do této fáze 2, dvojitě zaslepené, multicentrické studie byli zařazeni dospělí pacienti s PFCD, kteří selhali na předchozí terapii. Účastníci byli randomizováni (2 : 2 : 1) k užívání filgotinibu 200 mg, filgotinibu 100 mg, nebo placebo jednou denně perorálně po dobu 24 týdnů. Primárním cílem byla odpověď fistuly na léčbu (snížení počtu vnějších ústí píštěle alespoň o jedno), stanovená fyzickým vyšetřením a absencí tekutinové kolekce větší než 1 cm na magnetické rezonanci (MR) malé pánve ve 24. týdnu. **Výsledky:** Mezi dubnem 2017 a červencem 2020 bylo vyšetřeno 106 jedinců a 57 z nich bylo randomizováno. Nejnížší míra ukončení léčby byla ve skupině s filgotinibem 200 mg (3/17 [17,6 %] vs. 13/25 [52,0 %] u filgotinibu 100 mg vs. 9/15 [60,0 %] u placebo). Podíl pacientů, kteří dosáhli kombinované odpovědi na léčbu ve 24. týdnu, byl 47,1 % (8/17; 90% CI 26,0; 68,9 %) ve skupině s filgotinibem 200 mg, 29,2 % (7/24; 90% CI 14,6; 47,9 %) ve skupině s filgotinibem 100 mg a 25,0 % (3/12; 90% CI 7,2; 52,7 %) ve skupině s placebem. Závažné nežádoucí účinky se vyskytovaly častěji při podávání filgotinibu v dávce 200 mg (5/17 [29,4 %]) než u placebo (1/15 [6,7 %]). Nebyly hlášeny žádné závažné nežádoucí účinky související s léčbou ani úmrtí. **Závěry:** Výsledky klinického vyšetření a MR ukázaly, že terapie filgotinibem v dávce 200 mg vedla ke snížení počtu zevních ústí perianálních píštělí u pacientů s perianální formou Crohnovy nemoci.

Effect of pemvidutide, a GLP-1/glucagon dual receptor agonist, on MASLD: a randomized, double-blind, placebo-controlled study

Harrison SA, Browne SK, Suschak JJ et al.

J Hepatol 2024; S0168-8278(24)02362-6. doi: 10.1016/j.jhep.2024.07.006.



Účinek pemvidutidu, agonisty duálních receptorů GLP-1/glukagonu, na MASLD: randomizovaná, dvojitě zaslepená, placebem kontrolovaná studie

Úvod a cíle: Jednalo se o randomizovanou, dvojitě zaslepenou, placebem kontrolovanou studii, jejímž cílem bylo posoudit účinky pemvidutidu, agonisty duálních receptorů pro glukagonu podobný peptid-1 (GLP-1)/glukagon, na obsah tuku v játrech (LFC) u osob se steatotickým onemocněním jater spojeným s metabolickou dysfunkcí (MASLD). **Metody:** Subjekty s BMI $\geq 28,0$ kg/m² a LFC ≥ 10 % podle magnetické rezonance – protonové hustoty tukové frakce byly randomizovány v poměru 1 : 1 : 1 : 1 k pemvidutidu v dávce 1,2 mg, 1,8 mg, nebo 2,4 mg, nebo k placebo podávanému subkutánně jednou týdně po dobu 12 týdnů. Účastníci byli stratifikováni podle diagnózy diabetes mellitus 2. typu (T2DM). Primárním cílovým ukazatelem účinnosti bylo relativní snížení (%) LFC oproti výchozí hodnotě po 12 týdnech léčby. **Výsledky:** Randomizováno a dávkováno bylo 94 subjektů. Medián výchozího BMI a LFC ve studované populaci byl 36,2 kg/m² a 20,6 %; 29 % subjektů mělo T2DM. Ve 12. týdnu bylo relativní snížení LFC oproti výchozí hodnotě (1,2 mg) 46,6 % [95% CI –63,7 až –29,6], (1,8 mg) 68,5 % [95% CI –84,4 až –52,5] a (2,4 mg) 57,1 % [95% CI –76,1 až –38,1] vs. 4,4 % [95% CI –20,2 až 11,3] u subjektů užívajících placebo (p < 0,001 vs. placebo, všechny léčebné skupiny), přičemž 94,4 % a 72,2 % subjektů dosáhlo 30% a 50% snížení LFC a 55,6 % dosáhlo normalizace (≤ 5 % LFC) při dávce 1,8 mg. Maximální odpovědi v případě poklesu hmotnosti (–4,3 %; p < 0,001), alaninaminotransferázy (–13,8 IU/l; p = 0,029) a korigovaného cT1 (–75,9 ms; p = 0,002) byly pozorovány při dávce 1,8 mg. Pemvidutid byl při všech dávkách dobře snášen bez závažných nebo závažných nežádoucích účinků. **Závěry:** U subjektů s MASLD přinesla týdenní léčba pemvidutidem významné snížení LFC, markerů jaterního zánětu a tělesné hmotnosti ve srovnání s placebem. **Dopady a důsledky:** MASLD a MASH (steatohepatitida asociovaná s metabolickou dysfunkcí) jsou silně spojeny s nadváhou a obezitou a předpokládá se, že nadbytek jaterního tuku spojený s obezitou je důležitou příčinou těchto onemocnění. Agonisté receptoru pro glukagonu podobný peptid-1 (GLP-1R) vyvolávají úbytek hmotnosti prostřednictvím centrálně a periferně zprostředkovaných účinků na chuť k jídlu. Na rozdíl od agonistů GLP-1R působí agonisté glukagonového receptoru (GCGR) přímo na játra, kde stimulují oxidaci mastných kyselin a inhibují lipogenezi, což může představovat účinnější mechanismus pro snížení obsahu tuku v játrech (LFC) než samotný úbytek hmotnosti. Tato studie prokázala schopnost jednou týdně podávaného pemvidutidu, duálního agonisty GLP-1R/GCGR, významně snížit LFC, jaterní zánětlivou aktivitu a tělesnou hmotnost, což naznačuje, že pemvidutid může být účinnou léčbou MASH i obezity.

Long-term outcome following liver transplantation of patients with ACLF grade 3

Artru F, Sacleux SC, Ursic-Bedoya J et al.

J Hepatol 2024; S0168-8278(24)02346-8. doi: 10.1016/j.jhep.2024.06.039.



Dlouhodobé výsledky po transplantaci jater u pacientů s ACLF stupně 3

Souvislosti a cíle: Užitek, jenž je v souvislosti s transplantací hlavním principem pro přidělení, je u pacientů s akutním chronickým jaterním selháním 3. stupně (ACLF-3), kteří podstupují transplantaci jater (LT), zpochybňován. Naším cílem bylo prozkoumat dlouhodobé výsledky pacientů zahrnutých do retrospektivní francouzské studie, jež probíhala ve třech centrech, publikované v roce 2017. **Metody:** Do studie byli zahrnuti všichni pacienti s ACLF-3 (n = 73) a jejich transplantovaní kontroloři s ACLF-2 (n = 145), ACLF-1 (n = 119) a bez ACLF (n = 292), kteří se účastnili princepsové studie publikované v roce 2017. Zkoumali jsme pěti- a desetileté přežití pacientů a štěpů, příčiny úmrtí a jejich prediktivní faktory. **Výsledky:** Medián sledování pacientů ACLF-3 byl 7,5 roku. Při LT byl medián MELD 40. U pacientů s ACLF-3, ACLF-2, ACLF-1 a bez ACLF bylo pětileté přežití pacientů 72,6 vs. 69,7 vs. 76,4 vs. 77,0 % (p = 0,31). Desetileté přežití pacientů s ACLF-3 bylo 56,8 % a nelišilo se od ostatních skupin (p = 0,37). Hlavními příčinami úmrtí u pacientů s ACLF-3 byly infekce (33,3 %) a kardiovaskulární příhody (23,3 %). Po vyloučení předčasných úmrtí byly s desetiletým přežitím pacientů nezávisle spojeny skóre UCLA Futility Risk Score, Charlsonův index komorbidit upravený podle věku a skóre Chronic Liver Failure Consortium ACLF. Dlouhodobé přežití štěpů se v jednotlivých skupinách nelišilo. Klinická škála křehkosti a výkonnostní stav podle WHO se u pacientů žijících po 5 letech v průběhu času zlepšovaly. **Závěry:** Pěti- a desetileté přežití pacientů a štěpů u pacientů s ACLF-3 se nelišilo od jejich kontrol. Pětileté přežití pacientů je vyšší než hranice 50–70 % definující užitečnost jaterního štěpu. Úsilí by se mělo zaměřit na výběr kandidátů na základě komorbidit a také na prevenci infekce a kardiovaskulárních příhod, které jsou hlavní příčinou úmrtí. **Dopady a důsledky:** Zatímco krátkodobé výsledky po transplantaci jater u nejzávažněji nemocných pacientů s cirhózou (ACLF-3) jsou známy, dlouhodobé údaje jsou omezené, což vyvolává otázky o užitečnosti přidělování štěpů v kontextu omezených zdravotnických zdrojů. Tato studie přináší příznivé dlouhodobé aktualizace a potvrzuje, že po transplantaci jater u pacientů s ACLF-3 nejsou žádné rozdíly v pěti- a desetiletém přežití pacientů a štěpů ve srovnání s odpovídajícími pacienty s ACLF-2, ACLF-1 a pacienty bez ACLF. Studie zdůrazňuje riziko úmrtí na infekce a kardiovaskulární příčiny v dlouhodobém horizontu a identifikuje skóre zahrnující hodnocení komorbidit, jako je Charlsonův index komorbidit upravený podle věku, jako nezávisle související s dlouhodobým přežitím. Lékaři by proto měli při rozhodování o transplantaci těchto pacientů zvážit kumulativní zátěž komorbidit. Studie navíc po transplantaci nabádá ke zmírnění infekčního rizika pomocí na míru šitých imunosupresivních režimů a k řízení těsného kardiovaskulárního rizika v průběhu času.

Hemostatic Powder vs. Standard Endoscopic Treatment for Gastrointestinal Tumor Bleeding: A Multicenter Randomized Trial

Pittayanon R, Khongka W, Linlawan S et al.

Gastroenterology 2023; 165(3): 762.e2–772.e2. doi: 10.1053/j.gastro.2023.05.042.



Hemostatický prášek vs. standardní endoskopické ošetření u krvácení z gastrointestinálního tumoru

Prevalence krvácení z gastrointestinálních (GI) tumorů neustále roste díky pokročilým diagnostickým a terapeutickým metodám. Tento druh krvácení je terapeuticky velmi náročný pro vysokou míru neúspěšné hemostázy konvenčním endoskopickým ošetřením. Endoskopické ošetření krvácení je využíváno zejména ke stabilizaci pacienta před následujícím chirurgickým zákrokem. Několik předchozích studií naznačuje, že použití hemostatického prášku TC-325 je slibný nástroj k dosažení okamžité hemostázy u pacientů s krvácením z GI tumorů. TC-325 je anorganický prášek absorbující vodu a adhezní k aktivně krvácejícím mukózním lézím s vytvořením lokální hemostázy. Vzhledem k nejasným doporučením ohledně použití TC-325 si tato prospektivní, multicentrická, randomizovaná studie dává za primární cíl porovnat hemostatický efekt na 30denní recidivu krvácení u pacientů s krvácením z GI tumorů za použití TC-325 nebo standardního endoskopického ošetření (SET). Studie byla provedena na 109 pacientech s krvácením z horního nebo dolního zažívacího traktu z maligní léze potvrzené na předchozí endoskopii. Pacienti byli rozděleni do dvou skupin, a to 55 ošetření TC-325 a 51 ošetření SET. Primární cíl byl definován jako recidiva krvácení do 30 dnů od ošetření. Krvácení bylo definováno jako hematéméza, recidiva melény, pokles hemoglobinu, hypotenze nebo tachykardie. Četnost recidivy krvácení do 30 dnů byla výrazně nižší u skupiny pacientů s použitím TC-325 (1 z 48, tj. 2,1 % TC-325 proti 10 z 47, tj. 21,3 % SET; OR 0,09; 95% CI; p = 0,003). Jako sekundární cíl bylo zkoumáno dosažení okamžité hemostázy, které bylo výrazně vyšší u skupiny s použitím TC-325 (55 z 55, tj. 100 % TC-325 proti SET 35 z 51, tj. 68,8 %; OR 1,45; 95% CI; p = 0,001). V dalších sekundárních cílech se skupiny signifikantně nelišily. U žádného z pacientů ze skupiny TC-325 nebyl nutný převod na SET, zároveň ale ve skupině SET bylo nutné v 15 případech úspěšně použít TC-325. Výsledkem této studie je, že hemostatický prášek TC-325 má výrazně lepší výsledky v okamžité hemostáze a 30denní recidivě krvácení GI tumorů v porovnání se standardním endoskopickým ošetřením.

Cold endoscopic mucosal resection versus cold snare polypectomy for colorectal lesions: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials

Arruda do Espirito Santo P, Meine GC, Baraldo S et al.

Endoscopy 2024; 56(7): 503–511. doi: 10.1055/a-2275-5349.



Endoskopická mukozální resekce pomocí studené kličky vs. polypektomie studenou kličkou kolorektálních lézí: systematický přehled a metaanalýza randomizovaných kontrolovaných studií

Skupina brazilských autorů publikovala zajímavou studii porovnávající dvě metody odstranění kolorektálních lézí – endoskopická mukozální resekce studenou kličkou (C-EMR) a polypektomie studenou kličkou (CSP). Odstranění lézí pomocí těchto technik se stává více populární díky své bezpečnosti a efektivnosti, ale není jasné, zda přidání submukózní injekce při C-EMR může zlepšit výsledky resekce. Do studie bylo zahrnuto sedm randomizovaných kontrolovaných studií (RCT) s celkem 1 556 pacienty a analyzováno bylo 2 287 polypů. C-EMR a CSP měly podobný výskyt kompletních (R0) resekcí (RR 1,02; 95% CI 0,98–1,07), *en bloc* resekcí (RR 1,08; 95% CI 0,82–1,41) a nežádoucích událostí (RR 0,74; 95% CI 0,41–1,32). C-EMR však trvala déle (průměrný rozdíl činil 42,1 sekund; 95% CI 14,5–69,7). Při podrobnější analýze nebyly mezi C-EMR a CSP zjištěny statisticky významné rozdíly v kompletnosti resekce a výskytu nežádoucích událostí u polypů různé morfologie či velikosti. Tato metaanalýza naznačuje, že C-EMR má podobnou účinnost a bezpečnost jako CSP, ale vzhledem k submukózní injekci statisticky významně prodlužuje dobu trvání procedury. S postupným rozšiřováním indikací pro resekci studenou kličkou není vyloučeno, že použití submukózní injekce bude využíváno pouze u resekci s použitím elektrického proudu.

Tranexamic acid in upper gastrointestinal bleed in patients with cirrhosis: a randomized controlled trial

Kumar M, Venishetty S, Jindal A et al.

Hepatology 2024; 80(2): 376–388. doi: 10.1097/HEP.0000000000000817.



Tranexamová kyselina u horního gastrointestinálního krvácení u pacientů s cirhózou: randomizovaná kontrolovaná studie

Pacienti s cirhózou třídy Child-Turcotte-Pugh B a C s horním gastrointestinálním krvácením (UGIB) mají jak systémovou, tak lokalizovanou (ve sliznici jícnu a žaludku) fibrinolýzu. Cílem této studie bylo zhodnotit účinnost a bezpečnost tranexamové kyseliny při léčbě akutního UGIB u pacientů s cirhózou. Celkem 600 pacientů s pokročilou jaterní cirhózou (třídy Child-Turcotte-Pugh B nebo C), u kterých došlo k UGIB, bylo randomizováno do skupiny léčené tranexamovou kyselinou (n = 300) nebo placebem (n = 300). Primárním cílem bylo zhodnocení procenta pacientů, u kterých došlo k selhání léčby po 5 dnech. Selhání kontroly krvácení po 5 dnech bylo pozorováno u 19/300 (6,3 %) pacientů léčených tranexamovou kyselinou a u 40/300 (13,3 %) pacientů ze skupiny placeba (p = 0,006). Mezi pacienty, kteří podstoupili první etapu endoskopické ligace varixů (EVL) jícnu (po vyloučení pacientů s vředem po předchozí post-EVL jako zdrojem krvácení), bylo u 11/122 (4,9 %) pacientů ve skupině léčené tranexamovou kyselinou a u 27/225 (12,1 %; p = 0,005) pacientů léčených placebem zdrojem pokračujícího krvácení po 5 dnech místo EVL jícnu. Mortalita po 5 dnech a po 6 týdnech byla podobná v obou skupinách. U pacientů s pokročilou jaterní cirhózou (třídy Child-Turcotte-Pugh B a C) se vstupním UGIB snižuje tranexamová kyselina významně riziko selhání kontroly krvácení po 5 dnech a riziko recidivy krvácení po 5 dnech a 6 týdnech zabráněním krvácení z místa EVL.

Evaluation of a delayed liver transplantation strategy for patients with HCC receiving bridging therapy: the DELTA-HCC study

Lamarque C, Segaux L, Bachellier P et al.

J Hepatol 2024; 81(2): 278–288. doi: 10.1016/j.jhep.2024.03.019.



Hodnocení strategie s odloženou transplantací jater u pacientů s HCC léčených bridging terapií: DELTA-HCC studie

Strategie odložené LT (DS) byla zavedena ve Francii v roce 2015 u pacientů zařazených na WL pro jakékoliv solitární ložisko HCC léčené v průběhu čekací doby resekci nebo termální ablací s cílem maximalizovat utilitu a zamezit předčasnou transplantaci jater (LT). DS zahrnuje odložení LT až do doby rekurence. Cílem této studie bylo zhodnotit DS a ujistit se, zda nezhoršuje před- a post-LT výsledky. Hodnocení byli pacienti zařazení na WL pro HCC ve Francii mezi lety 2015 a 2018. Po extrakci dat z národní databáze bylo identifikováno 2 025 pacientů, kteří byli rozděleni do šesti skupin: solitární tumor splňující DS, solitární tumor nesplňující DS, mnohočetná ložiska tumoru, žádná kurativní léčba, neléčitelný HCC nebo T1 tumor. Po 18 měsících bylo porovnáváno riziko úmrtí, vyřazení z WL pro přílišnou pokročilost, progresu tumoru před LT, rekurence HCC 5 let po LT a přežívání po LT dle Kaplan Meiera. Medián čekací doby v DS skupině byl 910 dní. Riziko vyřazení z WL bylo významně nižší v DS skupině v porovnání s ostatními

skupinami (13 vs. 19 %; $p = 0,0043$) a významně vyšší u T1 skupiny (25,4 %; $p = 0,05$). Rekurence HCC po LT byla významně vyšší u mnohočetných ložisek (19,6 %; $p = 0,019$), zatímco přežívání 5 let po LT se mezi skupinami nelišilo a bylo 74 % v DS skupině ($p = 0,22$). Studie DELTA-HCC prokazuje, že DS nemá negativní vliv na před-LT ani na post-LT výsledky pacientů a že má potenciál umožnit redistribuci orgánů k pacientům s vyšší potřebou LT. Nečekaně vysoké riziko vyřazení u T1 pacientů se zdá být vázáno na pravidla založená na MELD, což tuto skupinu znevýhodňuje.

Články vybrali a komentovali doc. MUDr. Lumír Kunovský, Ph.D.¹⁻³, MUDr. Vincent Dansou Zoundjiekpon¹, MUDr. Kristýna Zdychynová⁴, MUDr. Silvia Cveková¹, MUDr. Robert Pospíšil⁵, MUDr. Tomáš Grega⁶ a MUDr. Mgr. Irena Míková⁷

¹ II. interní klinika – gastroenterologická a geriatrická LF UP a FN Olomouc

² Chirurgická klinika LF MU a FN Brno

³ Gastroenterologické oddělení a digestivní endoskopie, LF MU a Masarykův onkologický ústav, Brno

⁴ Klinické a výzkumné centrum pro střevní záněty, Klinické centrum ISCARE a.s. a 1. LF UK v Praze

⁵ Gastroenterologické oddělení, Nemocnice České Budějovice, a.s.

⁶ Interní klinika 1. LF UK a ÚVN – VFN Praha

⁷ Klinika hepatogastroenterologie, Transplantcentrum, IKEM, Praha



PARTNERSKÝ PROGRAM 2024

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



ZLATÍ PARTNERI SGS



Celltrion Healthcare SK



Eli Lilly Slovakia s.r.o.



PRO.MED.CS Praha a.s.

STRIEBORNÍ PARTNERI SGS



FERRING Slovakia, s.r.o.



Takeda Pharmaceuticals Slovakia s.r.o.

BRONZOVÝ PARTNER SGS



AbbVie, s.r.o.