



SLOVENSKÁ SPOLOČNOSŤ
VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LEKÁRSTVA SSVPL

44. výročná konferencia SSVPL

12.–14. október 2023

Hotel Bellevue Horný Smokovec

www.ssvpl.sk

www.idl.sk

ZBORNÍK ABSTRAKTOV



44. výročná konferencia SSVPL 12. – 14.10.2023

ZBORNÍK ABSTRAKTOV

recenzenti:

Prof. MUDr. Mária Belovičová, PhD.

PhDr. Zuzana Gavalierová, MPH

MUDr. Peter Makara, MPH

Vydal © I.D.L. Company s.r.o., Bratislava, 2023

ISBN 978-80-974283-9-6

44. výročná konferencia SSVPL

ZBORNÍK ABSTRAKTOV

OBSAH

BLOK AKO REAGOVAŤ NA NESPLNITEĽNÉ ČI IRACIONÁLNE POŽIADAVKY PACIENTA

1. AKO REAGOVAŤ NA NESPLNITEĽNÉ ČI IRACIONÁLNE POŽIADAVKY PACIENTA · Aleš BEDNAŘÍK 6

BLOK DOBA STRESOVÁ: ÚZKOSTI, NESPAVOSŤ – AKO ICH ZVLÁDAŤ?

2. ČO ROBIŤ SO ZLÝM SPÁNKOM? · Zuzana VANČOVÁ 6

BLOK PRACOVNÉ LEKÁRSTVO

3. POSUDKOVÁ ČINNOSŤ VŠEOBECNÉHO LEKÁRA · Zuzana MAČUDOVÁ 7
4. DLHODOBO NESPÔSOBILÝ NA VÝKON POSUDZOVANEJ PRÁCE – ZÁVER POSUDKU · Ahmadullah FATHI 8
5. POSUDZOVANÝ JE NESTOTOŽNENÝ SO ZÁVEROM POSUDKU – KLÚČOVÁ ÚLOHA SESTRY · Zuzana GAVALIEROVÁ ... 8

BLOK MISIA „VYBERAJ ROZUMNE“

6. PROJEKT „VYBERAJ ROZUMNE“ VO VŠEOBECNOM LEKÁRSTVE · Jana BENDOVIÁ 9

BLOK ORL PROBLEMATIKA V AMBULANCII VŠEOBECNÉHO LEKÁRA

7. OTOSKOPICKÉ NÁLEZY A ICH LIEČBA · Daniela NECHOJDOMOVÁ 10
8. PACIENT SO ZÁVRATMI V AMBULANCII VŠEOBECNÉHO LEKÁRA · Zuzana POSPÍŠILOVÁ 10
9. NÁLEZY V DUTINE ÚSTNEJ A HLTANE · Alíca LUŽÁKOVÁ 11

BLOK STRAVA A VÝŽIVA AKO NÁSTROJ PREVENČIE (NIE) ONKOLOGICKÝCH OCHORENÍ

10. PREVENČIA RAKOVINY Z HĽADISKA TELESNÉHO ZLOŽENIA, STRAVY, VÝŽIVY A FYZICKEJ AKTIVITY –
SÚČASNÉ DŮKAZY A UPLATNENIE V PRAXI · Jana SREMANAKOVA 12
11. STRAVOVACIE VZORCE A STRAVOVACIE ODPORÚČANIA (FOOD-BASED DIETARY GUIDELINES, FBDG) A ICH
PRÍNOS PRE PREVENČIU ZHUBNÝCH NÁDOROV · Peter MINÁRIK
12. PREDSTAVUJEME PRVÉ OFICIÁLNE SLOVENSKÉ ODPORÚČANIA PRE STRAVOVANIE A VÝŽIVU U DOSPELÝCH ·
Daniela MINÁRIKOVÁ 14

BLOK VARIA

13. ROZDIELY V ARTERIÁLNO M VEKU OBYVATEĽOV V ZÁVISLOSTI OD RÔZNEJ TVRDOSTI VODY · Igor HAJDÚK 16
14. SUPERIORITA KOMBINÁCIE MAGNÉZIA S VITAMÍNOM B6 V PRÍPADE ZÁVAŽNÉHO STRESU · Peter MINÁRIK 17

BLOK VARIA

15. OVERLAPPING SYNDROMES IN LIVER DISEASES OF THE ELDERLY / ZESPOŁY NAKŁADANIA W CHORO BACH
WĄTROBY U OSÓB W PODESZŁYM WIEKU · Jarosław DROBNÍK 20
16. RACIONALIZÁCIA ANTISEKREČNEJ LIEČBY · Peter BÁNOVČIN 21
17. SYSTÉMOVÁ ENZYMOTERAPIE A JEJÍ VYUŽITÍ V PRAXI · Pavel JEDLIČKA 21

**BLOK STÁLE AKTUÁLNE TÉMY V PRAKTICKEJ MEDICÍNE**

18. AKÚTNÁ BOLEŠŤ – ÚLAVA OD BOLESTI FIXNOU KOMBINÁCIOU DEXKETOPROFÉN/TRAMADOL V 1 TABLETE • Ján MARCINKO 22
19. NEBIVOLOL – VAZODILATAČNÝ BETABLOKÁTOR V LIEČBE KARDIOVASKULÁRNYCH RIZÍK PACIENTOV • Zuzana FERENCIKOVÁ 23
20. HERPES ZOSTER- AKTUÁLNE • Eva ŠKUTILOVÁ 24

BLOK Z PRAXE VŠEOBECNÉHO LEKÁRA

21. TELEMEDICÍNA VČERA, DNES A ZAJTRA • Rastislav ZANOVIT 25
22. PÁN DOKTOR, NIEKTO VÁM TAM ODPADOL, ROBTIE NIEČO! • Ľubomír MOLČAN 25
23. PERIFÉRNE ARTÉRIOVÉ OCHORENIA KONČATÍN V AMBULANCII VŠEOBECNÉHO LEKÁRA • Júlia HUDÁK KAŇUCHOVÁ 26

BLOK DERMATOLÓGIA TROCHA INAK

24. MANAŽMENT BIOLOGICKEJ LIEČBY KOŽNÝCH PACIENTOV • Hana ZELENKOVÁ 27
25. TROCHA NA ODLAHCENIE NEVESELÝCH VŠEDNÝCH DNÍ... • Hana ZELENKOVÁ 27

BLOK BLOK V4

26. PRÍNOS VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA PRI SKRÍNGU METABOLICKÉHO SYNDRÓMU A JEHO KOMPLIKÁCIÍ • Mária BELOVIČOVÁ 28

BLOK ANGIOLOGICKÝ BLOK

27. ZAČLENENIE MERANIA ABI DO PREVENTÍVNEJ PREHLIADKY – DÔLEŽITÝ KROK V SPOLUPRÁCI ANGIOLOGOV A VŠEOBECNÝCH LEKÁROV • Katarína DOSTÁLOVÁ 29
28. MERANIE RÝCHLOSTI PULZOVEJ VLNY A JEJ VÝZNAM PRE STANOVENIE KARDIOVASKULÁRNEHO RIZIKA • Ján KAŇUCH 30

BLOK NOVÉ MOŽNOSTI V MANAŽMENTE HYPERTENZIE A DYSLIPIDÉMIE

29. LIPITENZIA: NOVÉ MOŽNOSTI KOMBINOVANEJ LIEČBY • Marianna BARBIERIK VACHALCOVÁ 31
30. LIEČBA HYPERTONIKOV NA SLOVENSKU V KONTEXTE ECS/EHS ODPOŤČANÍ Z ROKU 2018 – ANALÝZA DÁT ZDRAVOTNEJ POISTOVNE DÓVERA • Martin SELVEK 32

BLOK AMBULANTNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ O ŠPORTOVCA

31. TELOVÝCHOVNÝ LEKÁR – PARTNER VŠEOBECNÉHO LEKÁRA • Milan VAHOVIČ 33
32. VRCHOLOVÝ ŠPORTOVEC V ORDINACII PRAKTICKÉHO LEKÁRE • Jiří DOSTAL 34
33. INOVATIVNÉ POSTUPY ŠPORTOVNÉ REHABILIACE PRI ÚRAZCH HLEZENNÍHO KLOUBU • Michal PEROUTKA 34
34. KINEZIOTERAPIE ŠPORTOVCE – BOLESTIVÉ STAVY A JEJICH LÉČBA, KAZUISTIKY • Ondřej RŮŽEK 35

BLOK ONKOLOGICKÉ SKRÍNINGOVÉ PROGRAMY NA SLOVENSKU

35. AKTUALIZÁCIA ONKOLOGICKÝCH SKRÍNINGOVÝCH PROGRAMOV NA SLOVENSKU • Jana TRAUTENBERGER RICOVÁ 36
36. AKTUÁLNE TÉMY SKRÍNGU KOLOREKTÁLNHO KARCINÓMU NA SLOVENSKU • Beáta BLAHOVÁ 37

BLOK PALIATÍVNA MEDICÍNA

37. LEGISLATÍVNE RÁMCE A MOŽNOSTI PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI NA SLOVENSKU • Andrea ŠKRIPEKOVÁ 39
38. AKO ZVLÁDNUŤ ZLÉ ZOMIERANIE? • Lucia DZURILLOVÁ 41
39. AKO MÔŽE UPLATNIŤ PALIATÍVNU MEDICÍNU VŠEOBECNÝ LEKÁR? • Monika ČÁKOVÁ 42

BLOK DIAGNOSTIKA SRDCOVÉHO ZLYHÁVANIA V AMBULANCII VŠEOBECNÉHO LEKÁRA

40. INTERAKTÍVNA KAZUISTIKA • Martin ČAPRNDÁ 42
41. ARTÉRIOVÁ HYPERTENZIA A SRDCOVÉ ZLYHÁVANIE • Martin CHUDÝ 43
42. FIBRILÁCIA PREDISIENÍ A SRDCOVÉ ZLYHÁVANIE • Peter KROMKA 43

BLOK KRČNÁ CHRBTICA

43. MANAŽMENT PACIENTA S BOLEŠŤOU KRČNEJ CHRBTICE • Peter KLEIN 44

BLOK SLOVENSKEJ EPIDEMIOLOGICKEJ A VAKCINOLOGICKEJ SPOLOČNOSTI (SEVS)

44. PREČO JE PREOČKOVANIE DOSPELÝCH PROTI TETANU A ZÁŠKRTU DÔLEŽITÉ • Mária AVDIČOVÁ 46

BLOK PROBLEMATIKA TEHOTNEJ PACIENTKY V AMBULANCII VŠEOBECNÉHO LEKÁRA

45. MISSION IMPOSSIBLE: BOJ PROTI PŘEDSUKÚM V OBLASTI PERINATÁLNEHO DUŠEVNÉHO ZDRAVÍ V AMBULANCII VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LEKÁRE • Jana KRZYŽANKOVÁ 48

BLOK MLADÝCH PRAKTIKOV

46. PSYCHICKÉ ZDRAVIE ZDRAVOTNÍKOV • Silvia MASARYKOVÁ 49

BLOK NEFROLÓGIA

47. PERITONEÁLNA DIALÝZA – VÝHODY A RIZIKÁ LIEČBY • Lóránt BOBÁK 50

BLOK BLOK KLINIKY VŠEOBECNÉHO LEKÁRSTVA UPJŠ LF a Nemocnice AGEL Košice–Šaca

48. LIEČBA BOLESTI V AMBULANCII VŠEOBECNÉHO LEKÁRA A JEJ (NE)ŽIADÚCE ÚČINKY • Adriána JAROLÍMKOVÁ 51
49. EDÉMY DOLNÝCH KONČATÍN – MANAŽMENT PACIENTA V AMBULANCII PRAKTICKÉHO LEKÁRA • Lukáš OLŠAVSKÝ 51
50. POTENCIÁLNE VYUŽITIE BIOMARKEROV ASOCIOVANÝCH S ANEURYZMOU ABDOMINÁLNEJ AORTY • Katarína BABÍKOVÁ 52

Sesterská sekcia**BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK SEKcie AMBULANTNÝCH SAPA**

51. ANALÝZA TELESNÉHO ZLOŽENIA POMOCOU SEGMENTÁLNEJ MULTIFREKVENČNEJ BIOELEKTRICKEJ IMPEDANCIE A JEJ VYUŽITIE V KLINICKEJ PRAXI • Peter MINÁRIK 53

BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK FZ KU RUŽOMBEROK, VŠ ZaSP sv. ALŽBETY, DETASOVANÉ PRACOVISKO ROŽŇAVA A SK SAPA

52. PREVENTÍVNE PREHLIADKY Z POHLADU SESTRY V RÁMCI LEGISLATÍVNYCH A ZMLUVNÝCH PODMIENOK • Katarína KOVÁČOVÁ 56

BLOK FAKULTY VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA SZU BRATISLAVA A VŠZaSP sv. ALŽBETY BRATISLAVA

53. RIZIKOVÉ FAKTORY PERIFÉRNEHO ARTÉRIOVÉHO OCHORENIA • Katarína DOSTÁLOVÁ 56
54. TROMBÓZA CESTOVATELOV – MOŽNOSTI PREVENCIE • Katarína DOSTÁLOVÁ 59
55. AKO VPLÝVA VÝŽIVA NA DUŠEVNÉ ZDRAVIE OBÉZNÝCH PACIENTOV? • Mária BELOVIČOVÁ 60
56. FLUKTUÁCIA SESTIER AKO PROBLÉM STABILIZÁCIE PRACOVNEJ SILY V ZDRAVOTNÍCTVE • Mária POPOVIČOVÁ 61
57. FAKTORY OVPLYVŇUJÚCE SOCIÁLNU OSAMELOSŤ U ĽUDÍ PO AMPUTÁCIÍ DOLNEJ KONČATINY • Daniela BARKASI 62
58. SENTINELOVÁ UZLINA A RAKOVINA PRSNIKA • Jozef BABEČKA 63
59. KEĎ SESTRA MOTIVUJE Z PERSPEKTÍVY PACIENTA... • Tatiana HUDÁKOVÁ 63
60. ETICKÉ PRINCÍPY A ICH AKCEPTÁCIA V STAROSTLIVOSTI O HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTOV • Viera IVANKOVÁ 65
61. DÔLEŽITOSŤ POZÍCIE SESTRY PRI NOVÝCH VÝKONCH V AMBULANCII VŠEOBECNÉHO LEKÁRA • Zuzana BROČKOVÁ 66

**BLOK AKO REAGOVAŤ NA NESPLNITEĽNÉ
ČI IRACIONÁLNE POŽIADAVKY PACIENTA**

ABSTRAKT Č. 1

**AKO REAGOVAŤ NA NESPLNITEĽNÉ ČI IRACIONÁLNE POŽIADAVKY
PACIENTA***Mgr. Aleš BEDNAŘÍK**happytarián sro., Bratislava*

V časoch internetu a teda voľne dostupných informácií pacienti zvyknú často zisťovať podľa symptómov čo im je a ako by sa mali liečiť. Výsledkom býva, že pacient príde s presvedčením o tom, akú má diagnózu, aké vyšetrenia by mal podstúpiť a akú liečbu by mu mal lekár naordinovať.

Strety lekára s takto presvedčeným pacientom vytvárajú konflikty, ovplyvňujú negatívne

naladenie lekára a zvyšujú pocit straty času, ale aj nezmyselnosti vlastnej práce. Ako reagovať na takýchto pacientov? Ako zvládať ich tlak na neindikované vyšetrenia a liečbu? Ako zachovať pokoj a premeniť nekonštruktívny začiatok rozhovoru na spolupracujúci?

Kľúčové slová: internet, požiadavky pacienta, spolupráca lekár-pacient

BLOK DOBA STRESOVÁ: ÚZKOSTI, NESPAVOŠŤ – AKO ICH ZVLÁDAŤ?

ABSTRAKT Č. 2

ČO ROBIŤ SO ZLÝM SPÁNKOM?*MUDr. Zuzana VANČOVÁ, PhD., Mgr. Jozef DRAGAŠEK, PhD. MHA**I. psychiatrická klinika UPJŠ a UNLP Košice*

Nespavosť je v klinickej praxi jedným z najčastejších sa vyskytujúcich ochorení a približne polovica pacientov má dlhodobý priebeh. Je definovaná ako pretrvávajúci problém s iniciáciou, trvaním (časté a/alebo skoré prebúdzanie) alebo kvalitou spánku pri zachovaní podmienok alebo kvalitou spánku, ktorá ovplyvňuje kvalitu života a bežné denné fungovanie človeka. Približne 30 % populácie zažíva nespavosť občas,

asi 10% chronicky. Hlavný nárast nespavosti je zaznamenávaný od stredného veku, častejšie u žien, niektoré štúdie udávajú výskyt nespavosti u populácie nad 65 rokov až v 65% prípadov. V klinickej praxi je potrebná proaktívna prevencia proti chronickej nespavosti v prvom rade pomocou nefarmakologického prístupu (úprava spánkovej hygieny, nácvik relaxácie, fyzická aktivita v priebehu dňa, event.



psychoterapia). Keďže hypnotiká patria medzi najčastejšie predpisované lieky, v tomto prehľadovom príspevku budú popísané možnosti psychofarmakologickej liečby nespavosti v klinickej praxi. Existuje široká škála dôvodov, prečo sa liečba hypnotikami môže začať, ale existujú aj podstatné údaje, že táto skupina farmák je nadmerne používaná alebo dokonca zneužívaná. Farmakologická liečba má mať čo najnižšie riziko výskytu „rebound“ nespavosti, úrazov v rámci sedácie, závislosti a kognitívnych

dysfunkcií v súvislosti hypnotikami. Prednáška poukazuje na návykový potenciál niektorých liekov používaných ako hypnotiká, popisuje výhody, nevýhody a praktické odporúčania použitia jednotlivých psychofarmakologických postupov.

Kľúčové slová: nespavosť, prevencia, nefarmakologický prístup, psychofarmakologická liečba nespavosti

III. BLOK PRACOVNÉ LEKÁRSTVO

ABSTRAKT Č. 3

POSUDKOVÁ ČINNOSŤ VŠEOBECNÉHO LEKÁRA*MUDr. Zuzana MAČUDOVÁ¹, MUDr. Ahmadullah FATHI²*¹Profi VLD s. ro., Poprad,²PULSE medicine, s. r. o., Svät

Lekárska posudková činnosť je neoddeliteľnou súčasťou práce všeobecného lekára pre dospelých (VLD). Všeobecne záväzné právne predpisy určujú rozsah a podmienajú kompetencie a mantinely pôsobnosti jednotlivých zdravotníckych pracovníkov podľa získania odbornej spôsobilosti v danom špecializačnom odbore. Všeobecný lekár pre dospelých prostredníctvom svojich odborných vedomostí a prehľade o aktuálnych, všeobecne záväzných právnych predpisoch posudzuje skutočnosti, ktoré mu boli určené zadávateľom (fyzickou či právnickou osobu) a v posudku zadávateľovi oznamuje svoje subjektívne rozhodnutie. Posudzovanie zdravotného stavu k predmetu posudku si vyžaduje špecifický druh vedomostí, okrem medicínskych aj znalosť aktuálnych právnych predpisov. Okruhy posúdenia sú veľmi rozsiahle

a náročné. Povinnosť naštudovať si platnú legislatívu, sledovať jej aktuálnosť a orientovať sa v množstve právnych dokumentov ostáva na samotnom lekárovi. Cieľom prezentácie je priblížiť úlohy VLD pri posudkovej činnosti.

Kľúčové slová: posudková činnosť, všeobecný lekár, všeobecne záväzné právne predpisy



DLHODOBO NESPÔSOBILÝ NA VÝKON POSUDZOVANEJ PRÁCE – ZÁVER POSUDKU

MUDr. Ahmadullah FATHI¹, MUDr. Zuzana MAČUDOVÁ²,

¹PULSE medicine, s. r. o., Svit,

²Profi VLD s. ro., Poprad,

Všeobecný lekár pre dospelých (VLD) pri posúdení zdravotnej spôsobilosti na prácu hodnotí a posudzuje zdravotný stav a tiež zmeny a poruchy podmieňujúce obmedzenia alebo úplný zákaz výkonu práce fyzickej osoby vo vzťahu k faktorom práce a pracovného prostredia. Pre takú zodpovednú činnosť je potrebné, aby VLD okrem medicínskeho vzdelania disponoval istými špecifickými vedomosťami (know-how) ako manažovať celý proces posúdenia tak, aby bola zabezpečená právna ochrana posudzujúceho lekára, jeho zamestnancov, klienta

a majetku. Pre posúdenie je dôležité správne vybrať významné diagnózy, ktoré môžu ovplyvniť záver lekárskeho posudku a vyhotoviť relevantný zápis do zdravotnej dokumentácie so zdôvodnením záveru posudku podľa platných právnych predpisov. Cieľom prezentácie je priblížiť úskalia tak zodpovednej práce VLD, akou je posudková činnosť.

Kľúčové slová: posudková činnosť, všeobecný lekár, úskalia práce

POSUDZOVANÝ JE NESTOTOŽNENÝ SO ZÁVEROM POSUDKU – KĹÚČOVÁ ÚLOHA SESTRY

PhDr. Zuzana GAVALIEROVÁ, MPH, MUDr. Ahmadullah FATHI

PULSE medicine, s. r. o., Svit

V zmysle Etického kódexu je profesionálnou povinnosťou každého zdravotníckeho pracovníka správať sa k pacientovi korektne, s pochopením, s rešpektovaním intimity, s trpezlivosťou a neznížiť sa k hrubému alebo nemravnému konaniu. Jednou z možných príčin nehody v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých (VLD) môže byť aj pocit domnelej nespravodlivosti v prípade, ak posudzujúci lekár oznámi posudzovanému záver posudku napr. dlhodobo nespôsobilý na výkon posudzovanej práce. Obavy a pocity neistoty ohľadom možnej straty zamestnania, straty sociálnej istoty

a pod. predstavujú pre posudzovaného príliš negatívnych emócií, beznádej či bezmocnosť. To môže viesť k obavám a prejavom verbálnej či dokonca fyzickej agresivity zo strany pacienta. Cieľom prezentácie je priblížiť stratégiu komunikácie ako predchádzať eskalácii možného konfliktu v ambulancii VLD.

Kľúčové slová: Etický kódex, všeobecný lekár, nehoda v ambulancii, stratégia komunikácie

PROJEKT „VYBERAJ ROZUMNE“ VO VŠEOBECNOM LEKÁRSTVE

MUDr. Jana BENDOVIÁ, PhD.

Všeobecný lekár pre dospelých, Veľký Biel

Počnúc rokom 2012 národné organizácie zastupujúce rôzne medicínske špecializácie požiadali svojich členov, aby identifikovali diagnostické testy alebo postupy bežne používané v ich odbore, ktorých nevyhnutnosť by mala byť spochybnená a prediskutovaná. Táto výzva na akciu známa ako „Vyberaj rozumne“ (Choosing wisely) vyústila do vytvorenia zoznamov špecifických pre dané špecializácie po celom svete. Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva (SSVPL) iniciovala projekt „Vyberaj rozumne“ medzi VL prístupom „zdola nahor“, čiže začala oslovením všetkých VL na Slovensku.

Na oslovenie vyplniť online štruktúrovaný dotazník zareagovalo 85 aktívnych VL (vo veku 29 – 70 rokov, s praxou vo všeobecnom lekárstve 1 – 49 rokov). Podarilo sa tak zhromaždiť viac ako 200 možných odporúčaní. V druhom kole bolo vybratých 20 najčastejších návrhov, ktoré boli rozposlané medzi 30 lídrov všeobecného lekárstva a členov výboru SSVPL, ktorí prideliť každému návrhu 1–10 bodov. Výsledkom je zoznam 7 top odporúčaní, ktorý bude prezentovaný na konferencii. Výsledky boli prezentované aj zdravotným poisťovním a tiež na Celoslovenskej patientskej konferencii AOPP.

Projekt „Vyberaj rozumne“ a jeho odporúčania majú potenciál znížiť nadbytočnú starostlivosť – znížiť nadmerné používanie diagnostických a liečebných postupov. To má výhody nielen pre pacientov, ale znižuje aj zbytočné náklady

na zdravotnú starostlivosť. Zároveň je to v súlade s medzinárodnými princípmi kvartérnej prevencie, čiže prevencie nadmernej prevencie.

Kľúčové slová: projekt, všeobecní lekári, nadbytočná starostlivosť, kvartérna prevencia



BLOK ORL PROBLEMATIKA V AMBULANCII VŠEOBECNÉHO LEKÁRA

ABSTRAKT Č. 7

OTOSKOPICKÉ NÁLEZY A ICH LIEČBA

MUDr. Daniela NECHOJDOMOVÁ, PhD.

Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku LFUK a UNB

Otoskopia patrí k základným vyšetrovacím metódam v otorinolaryngológii. Samotné vyšetrenie prešlo vývojom a zdokonaľovaním, v súčasnosti za pomoci mikroskopu umožňuje detailné vyšetrenie vonkajšieho ucha, zvukovodu, blanky bubienka a ostatných štruktúr ucha, ale aj iných orgánov.

V prednáške sú predstavené najčastejšie ušné diagnózy, s ktorými sa stretáva praktický lekár vo svojej ambulancii. Vyšetrenie pomocou otoskopu môže prispieť k diferenciálnej

diagnostike ochorenia ako napr. ušný maz, perforácia blanky bubienka, zápal vonkajšieho zvukovodu, zápal stredného ucha, nádor vonkajšieho ucha a iné. Stanovenie diagnózy umožňuje nastavenie správnej liečby a taktiež rozhodnutie o odoslaní pacienta do starostlivosti iných odborníkov.

Kľúčové slová: otoskopia, otorinolaryngológia, diagnostika a liečba

ABSTRAKT Č. 8

PACIENT SO ZÁVRATMI V AMBULANCII VŠEOBECNÉHO LEKÁRA

MUDr. Zuzana POSPÍŠILOVÁ

ORL ambulancia, ProCare Central

Závrat patrí k najčastejším príznakom v ambulancii praktického lekára. Podmieňovať ho môžu okrem porúch v periférnej alebo centrálnej časti vestibulárneho systému aj nevestibulárne príčiny. Ich odlišenie môže byť pri neznalosti problematiky ťažké.

Cieľom prednášky je priniesť prehľad spektra najčastejších závratových stavov, s ktorými pacient vyhľadá praktického lekára, so zacielením na periférne vestibulárne príčiny. Už pri prvom kontakte s pacientom je vo veľkom percente prípadov možné pomocou cieľenej anamnézy a orientačného vyšetrenia indikovať správny diagnostický a terapeutický postup.

V situácii, keď je dostupnosť špecializovaných vyšetrení nízka, môže byť schopnosť praktického lekára správne rozoznať jednotlivé závratové stavy kľúčová, čo sa týka perspektívy zdravia aj života pacienta.

Kľúčové slová: závraty, diferenciálna diagnostika, ambulancia všeobecného lekára

NÁLEZY V DUTINE ÚSTNEJ A HLTANE

MUDr. Alica LUŽÁKOVÁ¹, MUDr. Lenka BUCHELOVÁ²¹ Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku LFUK a UNB² ORL ambulancia, Bratislava

Všeobecný lekár sa s ochoreniami dutiny ústnej a horného aerodigestívneho traktu stretáva v praxi snáď každý deň. Rôznorodý klinický obraz a prezentácia subjektívnych ťažkostí zo strany pacienta môžu predstavovať v týchto prípadoch diferenciálno-diagnostický problém. Najčastejšou príčinou obtiaží pacientov bývajú zápalové afekcie dutiny ústnej a hltana. Podobné symptómy však môžu vykazovať aj lokálne nádorové choroby predstavujúce oveľa náročnejší medicínsky problém. Na základe podrobnej anamnézy a dôkladného klinického vyšetrenia môže aj praktický lekár významným spôsobom pomôcť pri záchyť nádorových ochorení orgánov hlavy a krku.

Úlohou všeobecného lekára je v prípade podozrenia na pozitívny lokálny nález odoslanie pacienta na špecializovanú ambulanciu otorinolaryngológa alebo stomatochirurga.

Kľúčové slová: ochorenia dutiny ústnej a horného aerodigestívneho traktu, všeobecný lekár, otorinolaryngológ

**BLOK STRAVA A VÝŽIVA AKO NÁSTROJ PREVENČIE
(NIELEN) ONKOLOGICKÝCH OCHORENÍ**

ABSTRAKT Č. 10

**PREVENČIA RAKOVINY Z HĽADISKA TELESNÉHO ZLOŽENIA, STRAVY,
VÝŽIVY A FYZICKEJ AKTIVITY – SÚČASNÉ DÔKAZY A UPLATNENIE V PRAXI**

MUDr. Jana SREMANAKOVA¹, MUDr. Anne Marie SOWERBUTTS¹,
Prof. Chris TODD MD.PhD.^{1,2,3,4}, Prof. Richard COOKE MD.PhD.⁵, MUDr. Sorrel BURDEN^{1,2,4,6}

¹ School of Health Sciences, University of Manchester, Oxford Road, Manchester M13 9PL, UK.

² Academic Health Science Centre, Manchester M13 9PL, UK.

³ Manchester University NHS Foundation Trust, Manchester M13 9WL, UK.

⁴ NIHR Applied Research Collaboration Greater Manchester, Manchester M13 9NQ, UK.

⁵ Department of Psychology, Staffordshire University, Stoke-on-Trent ST4 2DE, UK.

⁶ Salford Royal NHS Foundation Trust, Manchester M6 6HD, UK.

Význam zdravého životného štýlu, vrátane udržiavania zdravej telesnej hmotnosti, správneho stravovania a pravidelnej fyzickej aktivity pre primárnu prevenciu rakoviny bol jasne preukázaný vo výskumoch European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) a v troch odborných správach World Cancer Research Fund/American Institute of Cancer Research (WCRF/AICR). Primárne preventívne odporúčania týkajúce sa telesnej hmotnosti, stravovania a fyzickej aktivity boli súčasťou druhého vydania odbornej správy WCRF/AICR a boli aktualizované v treťom vydaní. Tieto správy poukázali na medzery vo výskume u ľudí po prekonaní rakoviny (tzv. cancer survivors) a navrhli, aby aj ľudia, ktorí prekonali rakovinu, dodržiavali odporúčania primárnej prevencie. Tieto organizácie zároveň vyzvali vedcov, aby rozšírili výskum v tejto oblasti.

Počet populačných a klinických štúdií, ktoré potvrdzujú a dopĺňajú dôležitosť životného štýlu ako preventívnej stratégie na zníženie rizika rakoviny, neustále rastie. Napriek týmto rozsiahlym dôkazom však v mnohých krajinách, vrátane Slovenska, infraštruktúra a zákony len okrajovo podporujú výskum, vzdelávanie

a vytváranie prostredia, ktoré by priaznivo vplývalo na zdravie populácie. V dôsledku toho sa zvyšuje výskyt obezity u detí aj dospelých, nízka pohyblivosť a nezdravé stravovacie návyky, ktoré nespĺňajú prevenčné odporúčania WCRF/AICR.

Slovensko globálne patrí medzi krajiny s najvyšším výskytom a úmrtnosťou na rakovinu, ako aj celkovou úmrtnosťou na rakovinu u mužov. Konkrétne, pokiaľ ide o výskyt kolorektálneho karcinómu, dlhodobo sa delíme o prvenstvo s Maďarskom. Je však možné ovplyvniť túto nepriaznivú štatistiku. Výskumy naznačujú, že modifikovateľné faktory, ako je životný štýl, môžu viesť k približne 40% redukcii rizika rakoviny.

Dodržiavanie preventívnych odporúčaní je kľúčové, avšak zároveň predstavuje veľkú výzvu z hľadiska ich uplatňovania v praxi. Preto je nevyhnutná spolupráca odborníkov s laickou populáciou. Prvým krokom k dosiahnutiu dodržiavania preventívnych odporúčaní je porozumieť potrebám študovanej populácie, ich problémom, bariéram a podporným faktorom. Druhým krokom je vypracovanie informačných a edukačných materiálov, ktoré pomáhajú



zlepšovať zdravý životný štýl. Aplikovanie behaviorálnych teórií a techník pri tvorbe týchto materiálov môže viesť k ich efektívnejšiemu dodržiavaniu v praxi. Následne je potrebné tieto materiály testovať a overovať vedeckým výskumom, čím je možné validovať vedecky overené stratégie, ktoré majú väčšiu šancu na prijatie vládnyimi orgánmi a na úspešné uplatnenie v populácii.

V súčasnosti sa na Slovensku uplatňuje len málo takýchto preventívnych stratégií. Nedávny prieskum o Európskom kódexe výživy a fyzickej aktivity, ktorý vypracovala organizácia

WCRF ukázal, že Slovensko má hodnotené kritériá slabé alebo neexistujúce. Z tohto hľadiska je nevyhnutné vypracovať strategický plán na úrovni celej populácie a aplikovať rôznorodé stratégie, ktoré podporujú dodržiavanie zdravého životného štýlu v populácii a majú potenciál znížiť riziko, ako aj výskyt a úmrtnosť na rakovinu.

Kľúčové slová: rakovina, telesné zloženie, strava a výživa, fyzická aktivita, preventívne stratégie

ABSTRAKT Č. 11

**STRAVOVACIE VZORCE A STRAVOVACIE ODPORÚČANIA (FOOD-BASED
DIETARY GUIDELINES, FBDG) A ICH PRÍNOS PRE PREVENČIU ZHUBNÝCH
NÁDOROV**

doc. MUDr. Peter MINÁRIK, PhD., Msc., MPH^{1,2,3}

doc. PharmDr. Daniela MINÁRIKOVÁ, PhD., Msc., MPH^{3,4}

¹ Biomedicínske centrum SAV, Bratislava

² Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava

³ Inštitút prevencie a intervencie, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

⁴ Katedra organizácie a riadenia farmácie, Farmaceutická fakulta UK, Bratislava

Správne stravovacie návyky a zdraviu prospešná výživa spolu s pravidelnou a primerane intenzívnou telesnou aktivitou podporujú zdravie ľudí. Napomáhajú k dosiahnutiu a udržaniu optimálnej telesnej hmotnosti a fyzickej kondície a spolu s ďalšími opatreniami, ako napr. nefajčenie, limitovaná konzumácia alkoholu, neužívanie návykových látok, primeraná dĺžka spánku a iné, predstavujú zložky zdravého životného štýlu. Zdraviu prospešný vplyv správne nastaveného životného štýlu funguje počas celého života jedinca a významnou mierou znižuje vznik a dopady chronických chorôb, ako sú srdcovocievne choroby, nádory či cukrovka 2. typu a mnoho ďalších.

Štatistiky poukazujú na to, že chorobnosť na zhubné nádory sa zvyšuje na celom svete. Komplexné vzťahy medzi stravovacími vzorcami a zhubnými nádormi sa posledné roky stali predmetom výskumov. Súčasné stravovacie odporúčania sú založené na maximalizácii zdravotných prínosov, ktoré môže poskytnúť stravovanie a výživa. Niekoľko štúdií sa zameralo na výskum vplyvu oficiálnych stravovacích odporúčaní založených na potravinách (*Food-based Dietary Guidelines*) na riziká a prognózu zhubných nádorov, ako aj na kvalitu života onkologických pacientov po liečbe (*Cancer Survivors*). Napriek viacerým limitujúcim obmedzeniam rôzne typy štúdií došli k podobným



záverom, ktoré poukazujú na súvislosť medzi stravovacími návykmi, adherenciou k dodržiavaniu stravovacích odporúčaní a zdravotnými následkami. Pokladá sa za potvrdený fakt, že dodržiavanie celkových stravovacích vzorcov má pri prevencii chronických chorôb vrátane niektorých onkologických ochorení väčší význam, než vplyv konkrétnych potravín alebo nutričov. Zdraví jedinci v rámci prevencie nádorových ochorení a onkologickí pacienti pred liečbou, počas nej a po liečbe by mali byť povzbudzovaní k tomu, aby zvyšovali dlhodobé prežívanie i kvalitu svojho života aj pomocou dodržiavania stravovacích zásad, ktoré sú v súlade so stravovacími odporúčaniami a zásadami zdraviu prospešnej výživy. Všeobecne panuje zhoda v názore, že na získanie presvedčivých dôkazov o účinkoch stravovacích návykov a dodržiavania FBDG na prevenciu a prognózu nádorových chorôb, ako aj ich vplyvu na výskyt nádorových recidív a dĺžku a kvalitu života onkologických pacientov, je potrebné získať výsledky z robustnejších randomizovaných kontrolných štúdií (RCT). Zároveň sú potrebné

ďalšie výskumné aktivity na objasnenie biologických procesov a mechanizmov, ktoré sú základom korelácie stravovacích návykov s nádorovými ochoreniami.

Kľúčové slová: Stravovacie návyky, stravovacie vzorce, stravovacie odporúčania založené na potravinách (*Food-based Dietary Guidelines, FBDG*), zdraviu prospešné stravovanie a výživa, zhubné nádory, rakovina

Autodidaktický test (AD test):

Dodržiavanie celkových stravovacích vzorcov má pri prevencii chronických chorôb vrátane niektorých onkologických ochorení:

- Menší význam než vplyv konkrétnych potravín alebo nutričov
- Väčší význam než vplyv konkrétnych potravín alebo živín
- Na výskyt chronických chorôb vrátane niektorých onkologických ochorení nemajú zásadný vplyv ani celkové stravovacie vzorce, ani jednotlivé potraviny alebo nutrienty.

ABSTRAKT Č. 12

PREDSTAVUJEME PRVÉ OFICIÁLNE SLOVENSKÉ ODPORÚČANIA PRE STRAVOVANIE A VÝŽIVU U DOSPELÝCH

doc. PharmDr. Daniela MINÁRIKOVÁ, PhD., MSc., MPH^{1,2},

doc. MUDr. Peter MINÁRIK, PhD., MSc., MPH^{2,3,4}, doc. MUDr. Adela PENESOVÁ, PhD.³,

MUDr. Jana BABJAKOVÁ, PhD., MPH⁵, prof. Ing. Jozef GOLIAN, Dr. ⁶

¹Farmaceutická fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave

²Inštitút prevencie a intervencie, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave

³Biomedicínske centrum, Slovenská akadémia vied, Bratislava

⁴Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava

⁵Ústav hygieny, Lekárska fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave

⁶Ústav potravinárstva, Fakulta biotechnológie a potravinárstva. Slovenská poľnohospodárska univerzita v Nitre

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky schválilo v rámci Štandardných postupov pre výkon prevencie „„Odporúčania pre

stravovanie a výživu u dospelých“, a to v roku 2021 všeobecnú časť a v roku 2022 špeciálnu časť. Ide tak o prvé slovenské usmernenia

o stravovaní založené na potravinových skupinách. Pri ich tvorbe sa vychádzalo z usmernení iných krajín a odporúčaní významných vedeckých a odborných spoločností a organizácií. Vytvorené odporúčania majú okrem zdravotného aspektu aj environmentálny rozmer, nakoľko preferencia rastlinnej stravy je prospešná nielen pre zdravie ľudí, ale je šetrná aj k životnému prostrediu.

Schválené odporúčania pre stravovanie a výživu u dospelých sú určené najmä zdravým dospelým ľuďom vo veku 19 – 65 rokov. Princípy zdraviu prospešného stravovania a výživy sú však vhodné aj pre ostatné vekové skupiny, ako sú deti a adolescenti (2 – 18 rokov), ľudia v staršom veku (nad 65 rokov), tehotné a dojčiacie ženy, avšak u nich je potrebné osobitne zohľadniť ich energetické a nutričné požiadavky. Jednotlivci so špecifickými požiadavkami na výživu a stravovanie, ako sú ľudia s nadváhou a obezitou, s diagnostikovanou chronickou chorobou alebo s rizikom vzniku chronickej choroby, sa majú tiež zdravo stravovať. Avšak toto si často vyžaduje individuálne usmernenie od dietológa/nutričného špecialistu alebo iného zdravotníckeho odborníka na výživu. Odporúčania pre stravovanie a výživu u dospelých nie sú rigidným predpisom, dávajú základný návod, pri ktorom je dôležité brať do úvahy odlišnosti jednotlivcov a zmeny, ktoré v priebehu života u nich môžu nastať.

Krajiny, ktoré majú svoje oficiálne odporúčania pre stravovanie a výživu založené na potravinových skupinách, ich prezentujú aj vo forme vizuálnych pomôcok, ako sú taniere alebo pyramídy. Tieto pomôcky umožňujú názorne a zrozumiteľne podávať informácie a rady o zdravotne prospešnom stravovaní odbornej, ale najmä laickej verejnosti.

V roku 2023 autori slovenských odporúčaní pre stravovanie a výživu u dospelých pripravili vizuálne pomôcky, a to Potravinovú pyramídu

a edukačnú brožúru, ktoré budú podrobne predstavené na prednáške. Potravinová pyramída znázorňuje jednotlivé potravinové skupiny spolu s informáciou o odporúčanom množstve (veľkosť porcie) a frekvencii jej konzumácie. Veľkosť poschodia naznačuje množstvo/objem, ktoré je vhodné konzumovať. Pyramída zahŕňa tie potravinové skupiny, ktorých odporúčaná konzumácia (množstvo aj frekvencia) je pre zdravie prospešná. Sú to skupiny zelenina a ovocie, škrobové potraviny (obilniny, zemiaky, ryža), potraviny bohaté na bielkoviny (mlieko, mliečne výrobky, rastlinné mliečne alternatívy, mäso, hydina, ryby, vajcia, strukoviny, orechy a semiačka), tuky, oleje a nátierky. Vrchol pyramídy je oddelený a symbolizuje tak potraviny a nápoje bohaté na tuky, cukry a soľ, ktorých konzumácia naopak zdravie poškodzuje a treba sa jej vyhýbať. Tiež sa venuje aj pitnému režimu, konzumácii alkoholických nápojov a stručne fyzickej aktivite ako súčasťi zdravého životného štýlu.

Potravinová pyramída by sa mala stať súčasťou opatrení a komunikácie odborníkov s laickou populáciou a jej nasmerovania k stravovaniu, ktoré na základe vedeckých a odborných poznatkov podporuje zdravie ľudí.

Kľúčové slová: potravinová pyramída, potravinové skupiny, odporúčania, zdraviu prospešné stravovanie a výživa

Autodidaktický test (AD test):

Vizuálnou pomôckou oficiálnych slovenských odporúčaní pre stravovanie a výživu u dospelých je:

- Zdravý tanier
- Koleso zdravého stravovania
- Potravinová pyramída

ROZDIELY V ARTERIÁLNOH VEKU OBYVATEĽOV V ZÁVISLOSTI OD RÔZNEJ TVRDOSTI VODY

MUDr. Igor HAJDÚK¹, Mgr. Veronika CVEČKOVÁ, PhD.², Mgr. Patrik ČERMÁK²,
doc. RNDr. Stanislav RAPANT, DrSc.²

¹ IPR občanov so ZP

² Prirodovedecká fakulta UK, Bratislava, zdravotnícke centrum MAGNIFICAT, s. r. o.

Úvod: Termínom „arterial stiffnes“ označujeme stratu pružnosti artérií (ciev) a postupný nárast ich tuhosti. Strata pružnosti ciev je významný faktor rizika vzniku kardiovaskulárnych ochorení (KVO). Meranie pružnosti ciev ako neinvazívna metóda sa v posledných rokoch stáva dôležitou súčasťou prediktívneho určovania kardiovaskulárnych rizík v rámci tzv. predklinickej medicíny/diagnostiky (DeLoach a Townsend, 2008, Farský, 2008). Existuje viacero príčin vzniku KVO (stres, genetická predispozícia, obezita...) a environmentálne faktory (Laurent et al., 2007, Boutouyrie et al., 2002, Weber, T. et al., 2005).

Spomedzi environmentálnych faktorov k najdôležitejším patrí chemické zloženie pitnej vody a to najmä obsah vápnika a horčíka. Jedným z čiastkových cieľov projektu LIFE – WATER and HEALTH je sledovanie pružnosti ciev respondentov v závislosti od rôznej tvrdosti pitnej vody. Na vzorke 202 respondentov bola sledovaná pružnosť ciev prostredníctvom rýchlosti pulznej vlny na aorte (PWao) a následného určenia arteriálneho veku. Respondenti boli rozdelení do dvoch skupín

Výber respondentov:

Meranie pružnosti ciev bolo realizované v dvoch obciach Devičie (okres Krupina) a Korkava nad Rimavicou (okres Poltár), kde je dodávaná „mäkká“ pitná voda a v troch obciach, ktoré sú zásobované tvrdšou pitnou vodou

[Trenčianska Turná (okres Trenčín), obec Dolné Vestenice (okres Prievidza) a obec Nenince (okres Veľký Krtíš)]. Výber respondentov bol podmienený hlavne ochotou obyvateľov podrobiť sa meraniu pružnosti ciev. Všetci účastníci projektu dali svoj súhlas s meraním pružnosti ciev a pred účasťou na meraní vyplnili krátky dotazník o svojom zdravotnom stave, skutočnom veku, výške, hmotnosti, fajčiarskych a alkoholických návykoch. Skupina respondentov zásobovaná „MÄKKOU“ pitnou vodou – Ca 30 mg / l a menej – Mg 10,2 mg / l a menej – tvrdosť vody 1,15 mmol / l a menej. Skupina respondentov zásobovaná „TVRDOU“ pitnou vodou – Ca 62,4 mg / l a viac – Mg 23,7 mg / l a viac – tvrdosť vody 2,54 mmol / l a viac

Stručná metodika a interpretácia výsledkov:

Elasticita aorty bola meraná pomocou stanovenia PWVao a následného určenia arteriálneho veku respondentov. Namerané výsledky boli porovnané s priemernými hodnotami stanovenými pre stredoeurópsku populáciu (tab. 1). Priemerný arteriálny vek nezodpovedá skutočnému veku jednotlivca, ale odráža stav (vek) ciev. Meranie pružnosti ciev bolo realizované prístrojom arteriograf. Toto jednoduché meranie poskytuje presné informácie o stave všetkých tepien. Meranie robila spoločnosť: Zdravotnícke centrum MAGNIFICAT s. r. o. Rýchlosť pulzovej vlny od 6 m / s do 10 m / s sa považuje za hodnoty v norme (Illyes, 2005, Laurent, 2007).



Tab. 1 Priemerné hodnoty PWVao v závislosti od veku stredoeurópskej populácie.

Arteriálny vek [rok]	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
PWVao [m. s-1]	5,35	6	6,6	6,8	7	7,3	7,7	8,3	8,6	8,8	9

Poznámka: PWVao – rýchlosť pulznej vlny na aorte

Diskusia: Výsledky meraní pružnosti ciev dokumentujú rozdiely v arteriálnom veku a hodnotách PWVao medzi respondentmi dvoch skupín obcí, zásobovaných pitnou vodou rôznej tvrdosti (t. j. s rôznym obsahom Ca a Mg). Priaznivejší stav ciev bol pozorovaný v obciach zásobovaných „tvrdou“ pitnou vodou v porovnaní s obcami zásobovanými „mäkkou“ pitnou vodou. Arteriálny vek respondentov zásobovaných „tvrdou“ pitnou vodou bol o 2,23 roka horší ako skutočný vek. Arteriálny vek respondentov zásobovaných „mäkkou“ pitnou vodou bol o 16,49 roka horší ako skutočný vek. Podobná situácia je pozorovaná aj v prípade PWVao. Rýchlosť pulznej vlny respondentov zásobovaných „mäkkou“ pitnou vodou bola takmer o 2 m / s vyššia.

Záver: Meranie pružnosti ciev jednoznačne preukázalo vyššiu arteriálnu tuhosť (nižšia flexibilita ciev) a vyšší arteriálny vek u obyvateľov, ktorí sú zásobovaní „mäkkou“ pitnou vodou

(s nedostatkom Ca a Mg) v porovnaní so skupinou obyvateľov zásobovaných „tvrdou“ pitnou vodou. Medzi oboma skupinami obyvateľov je rozdiel v arteriálnom veku 14,26 roka a rozdiel v rýchlosti pulzovej vlny 2 m/s. Je potrebné poznamenať, že všetci obyvatelia, ktorí sa zúčastnili na meraní žijú v obciach s približne rovnakými determinantami zdravia (životný štýl, sociálneekonomické faktory, zdravotná starostlivosť, genetické faktory, stravovacie návyky, atď.). Oprávnené teda predpokladáme, že zhoršený stav ich cievneho systému je spôsobený deficitným obsahom Ca a Mg v pitnej vode.

Kľúčové slová: tvrdosť vody, fyzický vek, arteriálny vek, rýchlosť pulznej vlny na aorte

Projekt je podporovaný z finančného nástroja LIFE a príspevkom MŽP SR (LIFE 17 ENV/SK/000036)

SUPERIORITA KOMBINÁCIE MAGNÉZIA S VITAMÍNOM B6 V PRÍPADE ZÁVAŽNÉHO STRESU

doc. MUDr. Peter MINÁRIK, PhD., Msc., MPH^{1,2,3}

¹ Biomedicínske centrum SAV, Bratislava

² Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava

³ Inštitút prevencie a intervencie, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

Magnézium – významný esenciálny prvok.

Magnézium je po káliu druhým najpočetnejším intracelulárnym kationom. Je to životne dôležitý esenciálny prvok, ktorý hrá významnú

úlohu pri podpore zdravia a udržiavaní životných funkcií. Je to ión, ktorý je v rámci regulácie bunkového metabolizmu zapojený do viac než 600 enzymatických reakcií, ktoré riadia viac



než 80 % metabolických funkcií, a to vrátane takých významných pochodov, akými je metabolismus DNA alebo syntéza bielkovín. Fyziologická úloha a význam magnézia je pre správne fungovanie mozgu, srdca a kostrových svalov nenahraditeľná. Magnézium je nezastupiteľný aj pri metabolických procesoch spojených s tvorbou a využitím energie, ako aj pri regulačných mechanizmoch bunkových membrán. Magnézium je esenciálny a vitálne dôležitý kation, prakticky nenahraditeľný pre všetky orgány ľudského organizmu. Zdravý dospelý človek má v zásobách 22–30 g magnézia (podľa iných zdrojov 20–35 g).

Magnézium a kosti. Najvýznamnejším zásobným miestom magnézia v tele sú kosti. Magnézium je rovnako dôležitý pre správnu stavbu kostí ako kalcium, vitamín D alebo vitamín K. Nedostatok magnézia podporuje rezorpciu a demineralizáciu skeletu. Približne 60 % zásob magnézia sa nachádza v kostiach, asi 39 % vo svaloch a mäkkých tkanivách a iba 1 % sa vyskytuje extracelulárne (krvná plazma). Normálna hladina magnézia v sére je 0,7–1,1 mmol/l (podľa iných zdrojov 0,75–0,95), z čoho asi 30 % je viazané na albumín. Hypomagneziémia (<0,7 mmol/l) je častá nediagnostikovaná elektrolytová porucha. Subklinický deficit magnézia patrí medzi rizikové stavy pre rozvoj mnohých chorôb. Podiel magnézia, ktorý sa nachádza v plazme, tvorí iba 0,3 % z celkových telesných zásob magnézia. Hladina magnézia v sére (t.j. v extracelulárnom priestore) nereflektuje presne celkové telesné zásoby magnézia. Normálna koncentrácia magnézia v sére môže byť aj pri závažnom nedostatku magnézia v tele. Aj to je jeden z dôvodov, prečo sa klinický význam deficitu magnézia často podceňuje.

Metabolizmus magnézia. Magnézium sa vstrebaáva z čreva v závislosti od typu chemickej zlúčeniny, v ktorej je obsiahnutý a takisto aj v závislosti od ďalších faktorov, vrátane zloženia

prijatej potravy. Magnézium sa po p. o. prijme vstrebaáva v tenkom čreve (paracelulárny transport) aj v hrubom čreve (transcelulárny transport). Z celkového množstva vstrebaného magnézia sa zo zažívacieho traktu resorbuje 30–40 % do krvi a odtiaľ sa podľa potreby dostáva k jednotlivým bunkám orgánov a tkanív. Späť do čreva sa tráviacimi šťavami dostáva okolo 10 % magnézia. 60–70 % magnézia sa z čreva vylúči stolicou. Vo vzťahu k jednotlivkej dávke platí pravidlo, že čím je podaná dávka magnézia vyššia, tým nižšie percento sa z nej vstrebe z čreva. Pre absorpciu magnézia je výhodná jeho rozpustnosť vo vode. Platí zásada, že soli magnézia s organickými kyselinami (napr. laktát, citrát, orotát) majú väčšiu rozpustnosť ako soli magnézia s anorganickými kyselinami (napr. uhličitan, chloridy, sulfáty). V prípade liečebného podávania magnézia sa preto spravidla odporúča denná dávka 200–600 mg elementárneho magnézia pri podávaní menších jednorazových dávok 100–200 mg elementárneho magnézia 2–3 krát denne po dobu 3–6 mesiacov. Odporúčaný denný príjem magnézia je 420 mg pre mužov a 320 mg pre ženy.

Magnézium – nervový systém a cievny aparát. Magnézium má tlmivý účinok na dráždivosť centrálného i periférneho nervového systému a nervovosvalového prevodu vzruchov. Pri nedostatku magnézia v organizme dochádza k prejavom podráždenosti, tetanickým spazmom, bolestiam hlavy, migrény, svalovým kontrakciám až kŕčom, a viacerým ďalším neurológickým príznakom. Magnézium podporuje relaxáciu hladkých svalov v cievnom endoteli a následnú vazodilatáciu, dôsledkom čoho sa znižuje odpor periférnych ciev. Magnézium má preto antihypertenzívne účinky. Antioxidačné, antistresové, antiagregačné a protizápalové účinky magnézia podporujú pozitívne pôsobenie magnézia na srdce a cievy. Magnézium

má význam pri prevencii i liečbe hypertenzie, koronárnej choroby srdca a srdcových arytmií. **Magnézium a metabolický syndróm.** Dostačujúci príjem horčika v strave sa spája so znížením rizika metabolického syndrómu a inzulínovej rezistencie. Pacienti s NAFLD/MAFLD (*Non-alcoholic Fatty Liver Disease/Metabolic Disorders Associated Fatty Liver Disease*), prípadne s alkoholovým ochorením pečene majú naopak vysoké riziko nedostatku horčika. V nedávnom období sa publikovalo niekoľko štúdií, ktorých výsledky naznačujú, že nedostatočný príjem horčika sa asocjuje so zvýšeným rizikom tukovej prestavby pečene a takisto aj so zníženou toleranciou glukózy (pre-diabetes).

Magnézium a stres. Magnézium je jedným z minerálov nevyhnutných pre správne fungovanie ľudského tela. Je výhradne potrebný pre reguláciu svalovej kontrakcie, nervového prenosu, srdcovej excitability, krvného tlaku, integrity kostí a metabolismu glukózy a inzulínu. Preto je nedostatok horčika spojený so stresovými stavmi a mnohými chronickými chorobami, vrátane bolestí hlavy (tenzné bolesti hlavy, migrény), kardiovaskulárnych príhod (srdcový infarkt, mozgová mŕtvica), hypertenzie a diabetes mellitus 2. typu. U väčšiny pacientov v chronickom strese (60 %) sa identifikoval nedostatok magnézia. Príznaky stresu u menšej časti pacientov (40 %) sú takisto spojené so subkompenzovaným nedostatkom magnézia. Deficit magnézia a oxidačný stres sú navzájom tesne spojené. Pri nedostatku magnézia býva narušená antioxidačná regulácia. Pri strese sa uvoľňujú so stresom asociované mediátory a hormóny (catecholamíny, kortikosteroidy) a ich vplyvom sa zvyšuje množstvo extracelulárneho na úkor intracelulárneho magnézia. Následkom toho sa zvyšuje obličková exkrécia magnézia a najmä pri dlhodobom strese sa znižujú telesné zásoby tohto kationu. Znížená koncentrácia magnézia v sére zvyšuje

uvoľňovanie tých istých so stresom asociovaných hormónov (catecholamíny, kortikosteroidy), čím sa uzatvára „začarovaný kruh“ a môže dôjsť k postupnému vyčerpaniu zásob magnézia. Pri deficite magnézia dochádza k zvýšenej vnímavosti organizmu na stres a k zvýšeniu škodlivého vplyvu stresu na organizmus.

Superiorita kombinácie magnézia s vitamínom B6 v prípade závažného stresu. Recentná randomizovaná multicentrická, kontrolovaná, jednoduchá zaslepená klinická štúdia porovnávala u zdravých dospelých pacientov s hypomagneziémiou a s príznakmi závažného stresu účinok 8-týždňového podávania dennej dávky 300 mg elementárneho magnézia s účinkom dennej dávky 300 mg elementárneho magnézia v kombinácii s dennou dávkou 30 vitamínu B6. Uvedená štúdia zistila, že perorálna suplementácia magnézia zmierňuje príznaky stresu u všetkých zdravých dospelých ľudí s nízkou magneziémiou. U zdravých dospelých jedincov s hypomagneziémiou a s prejavmi silného až extrémne silného stresu má pridanie vitamínu B6 k magnéziu signifikantne lepšie účinky na potlačanie príznakov stresu než podávanie samotného magnézia. Potvrdený rozdiel v účinnosti kombinovanej liečby u uvedených pacientov sa hodnotil ako významný a pri celkovej 8-týždňovej liečebnej intervencii bol tento rozdiel zreteľný už po 4 týždňoch podávania (kombinácia magnézium + vitamín B6, verus samotné magnézium). Bezpečnostný profil kombinácie laktátu horečnatého a vitamínu B6 v porovnaní so samotným laktátom horečnatým bol v uvedenej kontrolovanej štúdii podobný. Zvýšenie účinnosti podávania organickej soli magnézia (laktát) pridaním vitamínu B6 (pyridoxín) sa vysvetľuje predovšetkým tým, že vitamín B6 zvyšuje intestinálnu absorpciu magnézia a navyše podporuje prienik magnézia do buniek, čím znižuje vylučovanie magnézia močom a zvyšuje magneziémiu.

Záver: Zistenia niektorých recentných štúdií naznačujú, že perorálna suplementácia magnezia zmierňuje stres u zdravých dospelých ľudí s nízkou magnezímiou a pridanie vitamínu B6 k magnéziu u dospelých jedincov s hypomagneziémiou s prejavmi silného až extrémne silného stresu má v porovnaní so suplementáciou samotného magnezia pri potláčaní príznakov takéhoto stresu vyššiu účinnosť.

Kľúčové slová: Magnézium, vitamín B6, stres, metabolický syndróm

Autodidaktický test (AD test):

U väčšiny pacientov sa v chronickom strese identifikoval nasledujúci stav (označte správnu odpoveď):

- Dostatok magnezia v organizme
- Deficit magnezia v organizme
- Stres nemá žiadny zásadný vplyv na zásoby magnezia v tele.

BLOK VARIA

ABSTRAKT Č. 15

OVERLAPPING SYNDROMES IN LIVER DISEASES OF THE ELDERLY

ZESPOŁY NAKŁADANIA W CHOROBYCH WĄTROBY U OSÓB W PODESZŁYM WIEKU

doc. MUDr. Jarosław DROBNIK, PhD. univ. Prof. ¹, MUDr. Robert SUSLO, PhD. ², MUDr. Piotr POBROTNYN, PhD. ³, MUDr. Dariusz LEWERA, PhD.

¹ Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Medical University of Wrocław

² Department of Epidemiology and Health Education, Department of Population Health, Faculty of Health Sciences, Medical University of Wrocław

³ Specialist and Rehabilitation Clinic PULSANTIS Sp. z o. o. Wrocław

The ageing of the society presents as one of main challenges of the 21st century. There is increase in prevalence of multiple pathologies, including dementia syndromes, depressive disorders, extrapyramidal syndromes, sarcopenias and frailty syndromes, which can result also from undiagnosed liver functions disturbances. The literature review results show that there are many potential causes of liver functions disturbances in the elderly including viral hepatitis, alcohol abuse or hepatotoxic drugs

use. There are often cases of non-alcohol liver steatosis, autoimmune inflammations and primary or metastatic neoplasms. All these pathologies ultimately lead to the liver insufficiency, including decrease in its detox abilities and resulting elevated ammonia levels, with hepatic encephalopathy as its manifestation, although its symptoms may be for a significant period efficiently alleviated by proper pharmacotherapy. Liver diseases present as increasingly demanding challenge for primary care



physicians, because they become more common in the population and may cause a wide variety of signs and symptoms, often suggesting neurological or psychiatric disorders. In order to properly diagnose the cause of the patient's ailment, simple and efficient tests shall be applied that are available to all primary care

physicians, so the patients suffering from liver function disturbances are treated according to the respective recommendations.

Kew words: ageing of the society, multiple pathologies, liver function disturbances, hepatic encephalopathy, primary care physicians

ABSTRAKT Č. 16

RACIONALIZÁCIA ANTISEKREČNEJ LIEČBY

doc. MUDr. Peter BÁNOVČIN, PhD., MBA

Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta UK, Interná klinika gastroenterologická

Lieky ovplyvňujúce acido-peptické ochorenia sú v súčasnosti jednými z najčastejšie užívaných medikamentov vôbec. Úlohou antisekrečných látok je potlačiť produkciu kyseliny chlorovodíkovej, zabrániť vzniku erózií a ulcerácií pažeráka, žalúdka a duodena. V praxi sa využívajú dve skupiny liečiv: inhibitory protónovej pumpy (PPI) a antagonisti H2 receptorov (H2RI). S narastajúcou preskripciou PPI však vzrastajú

aj obavy týkajúce sa nežiaducich účinkov ich dlhodobého užívania a bezpečnostného profilu. Práve značným nadužívaním PPI v súčasnej dobe možno pravdepodobne očakávať renescienciu využitia H2RI v niektorých indikáciách.

Kľúčové slová: antisekrečná liečba, inhibitory protónovej pumpy, antagonisti H1 receptorov, racionalizácia liečby

ABSTRAKT Č. 17

SYSTÉMOVÁ ENZYMOTERAPIE A JEJÍ VYUŽITÍ V PRAXI

MUDr. Pavel JEDLIČKA

dpmedic sro. ordinace praktického lékaře, Praha

Metoda systémové enzymoterapie (SET) spočíva v podaní liekov, ktoré obsahujú špeciálne sestavenou kombinaci enzymů. Systémovou ji nazýváme pro možnost terapeutického zásahu kdekoli v organismu. Základním jednotícím prvkem účinku SET napříč všemi indikacemi je modulace zánětu. V podmínkách zánětu dochází ke zvýšené aktivitě po endogenních proteinázách, které jsou nezbytné pro fyziologický průběh zánětlivé

reakce. Dodáním potřebných enzymů formou SET se tak vyrovnává jejich relativní deficit, čímž dochází k optimalizaci zánětlivé reakce a k podpoře funkcí ostatních složek imunitního systému – komplementu a buněčné i humorální imunity. Dochází tak k urychlení fyziologického průběhu zánětu. Ke klinickým účinkům SET rovněž přispívá mírný fibrinolytický účinek, který podporuje mikrocirkulaci především v lymfatickém a kapilárním řečišti.



Klinickými dôsledky použitia SET jsou **1. anti-flogistický účinok** (odbourávaní plasmatických proteínů, které při akutním zánětu pronikají do intersticia a jejich odstranění krevním a lymfatickým systémem), **2. antiedematózní účinok** (odstranění produktů zánětu a obnovění adekvátního zásobování kyslíkem a ostatními živinami), **3. sekundární analgetický účinok** (jako důsledek úpravy zánětlivé reakce a redukce otoku na fyziologicky nezbytnou míru), **4. lepší reologické vlastnosti krve a lymfy** (mírným fibrinolytickým působením, zrychlením a optimalizací procesu transportu toxinů dochází ke zlepšení porušené mikrocirkulace), **5. efekt vehikula** (projevující se tím, že při současném podávání proteolytických enzymů a antibiotik dochází k vyšší sérové a tkáňové koncentraci antibiotika a tím k jeho vyšší terapeutické výtěžnosti, podobný efekt je popisován i pro některá chemoterapeutika). Úkolem enzymů při aplikaci adjuvantní SET v průběhu

zánětu je **optimalizace a synchronizace všech fází zánětu až po fázi konečnou**.

Léky SET se většinou používají jako podpůrná terapie k terapii základní. V některých indikacích je však možné použít SET také jako monoterapii. Účinky SET v podmínkách chronických a recidivujících zánětů byly studiemi prokázány v oblasti nosu, uší a krku, horních i dolních cest dýchacích, močového a pohlavního ústrojí, trávicí trubice i kůže, přičemž u ostatních typů zánětu se podobný účinek předpokládá.

Léky SET u chronických a opakovaných zánětlivých onemocnění tak představují vhodnou podpůrnou léčbu s komplexním mechanismem účinku. Výhodnost aplikace léků obsahujících proteolytické enzymy prokázala také řada klinických studií.

Klíčová slova: systémová enzymoterapie, zánět, imunomodulace, Wobenzym

BLOK STÁLE AKTUÁLNÉ TÉMY V PRAKTICKEJ MEDICÍNE

ABSTRAKT Č. 18

AKÚTNA BOLEŠŤ – ÚĽAVA OD BOLESTI FIXNOU KOMBINÁCIOU DEXKETOPROFÉNU/TRAMADOLU V 1 TABLETE

MUDr. Ján MARCINKO

Ortopedicko osteologická ambulancia, Poprad

Ušit pacientovi liečbu na mieru rezonuje v ambulanciách každý deň. Akútna bolesť je definovaná ako fyziologická odpoveď na škodlivé podnety, ktoré sa môžu stať patologickými. Typicky ju vystihuje náhly začiatok, vyššia intenzita, charakteristické časovo obmedzené trvanie (7 až 30 dní) a prítomnosť motivujúcej reakcie/správania, t. j. tak, aby sa zabránilo

skutočnému alebo potenciálnemu poraneniu tkaniva. Z dlhodobých skúseností a štatistických údajov možno povedať, že je najčastejším dôvodom vyšetrenia u praktických lekárov a na urgentných príjmoch.

Treba poukázať aj na v klinickej praxi nezriedka nesprávne dávkovanie zvolených liekov, čo v konečnom dôsledku podporuje chronifikáciu

ťažkostí. Vo farmakoterapii akútnej bolesti sa už mnoho rokov využíva rebríček analgetík navrhnutý Svetovou zdravotníckou organizáciou (WHO). Novo sa uvádza v modifikovanej forme s cieľom posilnenia konceptov dôležitosti multimodálneho prístupu a potreby predpisov analgetík zodpovedajúcich intenzite bolesti.

V rámci multimodálnej analgézie sa využíva kombinácia rôznych aplikačných foriem, kombinácia analgetík s adjuvanciami (oddelené – horšia compliance, náhodný/neoverený pomer jednotlivých komponentov; v jednej liekovej forme – lepšia compliance, vedecky a klinicky overený účinný a bezpečný pomer zvolených komponentov).

Fixná kombinácia tramadol + dexketoprofén. Dexketoprofén (DKP) je S(+) enantiomér ketoprofenu, ktorý si zachováva typický účinok svojho ketoprofenu, zatiaľ čo R(–) enantioméru táto aktivita chýba. Zatiaľ čo mechanismus účinku dexketoprofenu spočíva v účinnej neselektívnej inhibícii oboch izoformiem cyklooxygenázy (COX-1 i COX-2), pri tramadole sa okrem agonistického ovplyvnenia opioidných

receptorov uvádza tiež jeho inhibičný účinok na spätné vychytávanie serotonínu a noradrenalinu. Navyše pôsobí aj ako antagonist muskarínových a nikotínových cholinergných receptorov, NMDA receptorov a čiastočne tiež receptorov TRPA1.

Tramadol a dexketoprofén splňajú vyššie uvádzané požiadavky na vhodnosť ich možného simultánneho použitia, pretože disponujú vzájomne odlišným mechanizmom účinku a súčasne aj ľahko odlišnou kinetikou (rýchlo účinkujúci dexketoprofén vs. tramadol s prolongovaným účinkom).

Výsledkom kombinácie tramadol + dexketoprofén je potom dosiahnutie lepšej kontroly bolesti s nižším rizikom nežiaducich účinkov a dobrej compliance pacientov. Fixná kombinácia dexketoprofén + tramadol je určená na symptomatickú krátkodobú liečbu stredne ťažkej až silnej akútnej bolesti.

Kľúčové slová: akútna bolesť, dexketoprofén a tramadol vo fixnej kombinácii, multimodálna analgéria

ABSTRAKT Č. 19

NEBIVOLOL – VAZODILATAČNÝ BETABLOKÁTOR V LIEČBE KARDIOVASKULÁRNYCH RIZÍK PACIENTOV

MUDr. Zuzana FERENČÍKOVÁ

Kardiocentrum Nitra s.r.o

Nebivolol je liečivo pôsobiace na srdcovo-cievny systém a patrí do skupiny selektívnych betablokátorov (t. j. s prednostným účinkom na srdce a cievy). Zabráňuje zvýšenému srdcovému tepu a reguluje silu srdcových sťahov. Taktiež spôsobuje rozšírenie krvných ciev, čo prispieva k zníženiu krvného tlaku. Použitie: terapia hypertenzie a kardiovaskulárnych rizík pacientov.

Vazodilatačné účinky majú aj iné betablokatory tretej generácie, nebivolol vyvoláva vazodilataciu cestou uvoľňovania NO. Antiischemický potenciál sa potvrdil v štúdiu SENIORS redukciiu ischemických príhod u starších pacientov so srdcovým zlyháváním ischemickej etiológie, poklesom relatívneho riziko fatálnych i nefatálnych príhod až o 32%.

Nebivolol je vhodný aj u pacientov s chronickou obštrukčnou chorobou pľúc, ischemickou chorobou dolných končatín a u pacientov s metabolickým syndrómom/diabetes mellitus.

Nebivolol pre svoje vazodilatačné účinky, hydrofiliu a vysokú kardioselektivitu nemá

nežiaduce účinky bežne užívaných konvenčných betablokátorov a ich incidencia je nízka a porovnateľná s placebom.

Kľúčové slová: nebivolol, liečba, kardiovaskulárne riziká

ABSTRAKT Č. 20

HERPES ZOSTER – AKTUÁLNE

MUDr. Eva ŠKUTILOVÁ, MPH.

Dermatovenerologické ambulancia, Bratislava

Herpes zoster (HZ) je ochorenie so známou etiológiou. Vzniká reaktiváciou varicella herpes vírusu (VZV) v ľudskom organizme, ktorý bol infikovaný najčastejšie v detstve s klinickým prejavom varicelly. Dnes – pri čiastočne očkovanej populácii vakcínou proti varicelle – môže dôjsť k výskytu herpes zoster aj u detí a mladých ľudí, ktorí neprekonali varicellu. Najfrekvencovanejšou skupinou chorých však ostávajú starší pacienti po 50. roku života. Priebeh ochorenia je objektívne aj – vzhľadom na subjektívne prežívanie – prísne individuálny. Často dramatický rozsiahly nález na koži nie je spojený s veľkou bolesťavosťou a naopak. Vezikulózný exantém postihuje jeden dermatóm – vzácné i viac. Z tohto dôvodu je dôležitá vedomosť o anatomických predispozíciách klinických prejavov herpes zoster. O liečbe ochorenia platí, že čím skôr je pacientovi podaná účinná virostatická liečba, tým skôr dôjde k ústupu klinických prejavov a k ústupu bolesti. Včasným nastavením pacienta na terapiu je možné predísť postherpetickej neuralgii, ktorá je najčastejšou komplikáciou reaktivácie VZV infekcie. Vzťah exacerbácie herpes zoster a infekcie Covid 19 ostáva predmetom ďalšieho pozorovania zainteresovaných odborníkov. Vzhľadom na nedostupnosť očkovania proti HZ v SR je správna

diagnostika a účinná liečba pre pacienta rýchlo pomocou a prevenciou postherpetických komplikácií.

Kľúčové slová: herpes zoster, postherpetická neuralgia liečba herpes zoster



BLOK Z PRAXE VŠEOBECNÉHO LEKÁRA

ABSTRAKT Č. 21

TELEMEDICÍNA VČERA, DNES A ZAJTRA

MUDr. Rastislav ZANOVIT

Všeobecná ambulancia pre dospelých, Námestovo

Covid pandémia a všetko okolo toho pôsobilo, že v zdravotníctve došlo k niečomu podobnému ako je antigénny shift pri vírusoch. To znamená, že sa dramaticky zmenili možnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti. Dovolím si to tvrdiť na základe skutočností, že veľkí hráči ako Amazon, Microsoft, či Google sa začali

angažovať v tejto oblasti. V mojej prezentácii by som chcel odprezentovať vlastné skúsenosti so slovenským startupom na poli telemedicíny.

Kľúčové slová: telemedicína, poskytovanie zdravotnej starostlivosti

ABSTRAKT Č. 22

PÁN DOKTOR, NIEKTO VÁM TAM ODPADOL, ROBTE NIEČO!

MUDr. Ľubomír MOLČAN, Msc.

VINMED, s. r. o.

Zažili ste už takúto situáciu na Vašej ambulancii? Nie je to na ambulancii prvého kontaktu každodenná záležitosť, ale každý z nás je občas vystavený situácii, kedy náhle zhoršenie zdravotného stavu pacienta, ktoré ohrozuje jeho život a od tímu ambulancie vyžaduje rýchly zásah. Tu vyvstáva otázka, do akej miery sme pripravení čeliť emergenciam na svojej ambulancii. A to vedomosťami, skúsenosťami, rýchlosťou rozhodovania, zručnosťou a schopnosťou čeliť stresovej situácii.

Z dlhoročnej praxe na záchranej zdravotnej službe som mal možnosť vidieť množstvo spôsobov diagnostiky a liečby život ohrožujúcich stavov na rôznych ambulanciách. Niektoré situácie boli zvládnuté skvele, niektoré menej. Preto je to tak, že úroveň poskytovanej zdravotnej starostlivosti je niekedy diametrálne rozdielna?

1. Lekár ambulancie prvého kontaktu nerieši život ohrožujúce stavy dostatočne často na to, aby si zautomatizoval diagnosticko-terapeutické postupy, čo významne predlžuje manažment pacienta v ohrození života.
2. Školenie prvej pomoci 1x ročne nezanecháva dostatočnú pamäťovú stopu, aby si lekár dokázal rýchlo spomenúť na všetky odporúčané postupy.
3. Ďalšie nedostatky môžu byť spôsobené nedostatočným vybavením ambulancie na zvládanie život ohrožujúcich stavov.
4. Nepriateľom môžu byť aj nedostatočné zručnosti – napr. pri zavádzaní i.v. kanyly a pod.
5. Viem, kde mám potrebné lieky a pomôcky a viem sa k nim aj rýchlo dostať? Sú na jednom mieste či v troch miestnostiach...?

6. Prekážkou je aj samotný stres z takejto situácie.
 7. Aby som nezabudol – ak k takejto situácii dôjde napr. v priestoroch čakárne, treba si uvedomiť, že pacienti v čakárni Vás sledujú – čo robíte, ako to robíte, ako rýchlo to robíte... a určite podajú pomocnú ruku „múdrú poznámkou“. Nie každý je pripravený čeliť stresovej situácii zo zásahu na verejnosti.
 8. ...
- Faktorov, ktoré môžu viesť k nesprávnemu postupu alebo príliš pomalému manažmentu život ohrozujúceho stavu je viacero, ale je na

lekárovi ambulancie, aby sa s nimi vysporiadal. Aby nedošlo k situáciám, kedy sa podá pri nemerateľnom tlaku nitroglycerín, kedy pacient nemá zmerané základné životné funkcie, nie je zabezpečená i.v. kanyla, nie je pod dozorom do príchodu posádky ZZS.

Život pacienta v ambulancii, alebo aj príbuzného či priateľa v súkromí, by mali byť dostatočnou motiváciou na pravidelný nácvik život zachraňujúcich úkonov.

Kľúčové slová: lekár ambulancie prvého kontaktu, ambulancia, záchranná zdravotná služba

ABSTRAKT Č. 23

PERIFÉRNE ARTÉRIOVÉ OCHORENIA KONČATÍN V AMBULANCII VŠEOBECNÉHO LEKÁRA

MUDr. Júlia HUDÁK KAŇUCHOVÁ

Raslazdrav, s. r. o. Raslavice

PAD (peripheral arterial disease) – periférne artériové ochorenie – aterosklerotické ochorenie postihujúce periférne artérie a je spojené so zvýšeným rizikom IM, CMP a vaskulárnu smrť.

V praxi dochádza k poddiagnostikovaní tejto choroby. Len 49% všeobecných lekárov malo vedomosť o prítomnosti PAD u 83% pacientov! V 11% sa jednalo o pacientov s kaudikálnymi ťažkosťami. U pacientov s kaudikáciami sa u 10% rozvinie kritická končatinová ischémia (KKI). Na Slovensku sa odhaduje ročne na 1 milión obyvateľov incidencia 500–1000 nových prípadov a 2500–5000 nových prípadov s KKI. Incidencia a prevalencia IC (intermittent claudication) bola zvyčajne vyššia u mužov ako u žien. V štúdií Cardiovascular Health Study (CHS) bol ABL < 0,90 o niečo častejší u mužov (13,8 %) ako u žien (11,4 %; pomer 1,21), ale spojenie choroby s pohlavím nebolo významné

po úprave podľa veku a stavu KVO. Prevalencia PAO v SR nad 65r. je 9,4%.

Kritériá pre diagnostiku PAD: pozitívna anamnéza kaudikálnych alebo pokojových bolestí, pozitívny polohový a námahový test, nehmatné pulzácie na periférnych artériách DK, určenie ABL indexu. V prípade dvoch pozitívnych bodov z týchto štyroch kritérií, s vysokou pravdepodobnosťou sa bude jednať o ischémii v oblasti dolných končatín.

Výkon H0008-ABI začal byť plne hrazený pre VLD až od 1. 4. 2016, avšak jeho úhrade predchádzala namáhavá cesta v období rr. 2007/2008 vznikom prvej štúdie PAOS v SK vďaka iniciatíve MUDr. A. Džupinu, PhD, MBA z angiologickej spoločnosti a MUDr. J. Kaňucha – SSVPL. Výsledky štúdie boli odprednášané na kongresoch a seminároch angiologickej spoločnosti a SSVPL, aj na administratívnej úrovni ZP, kde poisťovňa VŠZP ako prvá započala



úhradu výkonu, ktorý je dnes hrazený aj s pulzovou vlnou.

Kľúčové slová: periférne artériové ochorenie, diagnostika, kritická končatinová ischémia

BLOK DERMATOLÓGIA TROCHA INAK

ABSTRAKT Č. 24

MANAŽMENT BIOLOGICKEJ LIEČBY KOŽNÝCH PACIENTOV

MUDr. Hana ZELENKOVÁ, Ph.D., MBA

SANARE, spol. s r. o., pracovisko DOST – Dermatovenerologické oddelenie sanatórneho typu

K dennému chlebičku dermatológa patrí v posledných rokoch nepochybne problematika manažmentu pacienta. Bez ohľadu na to, akým ochorením pacient trpí. Dlhoročný pacient napríklad vie, že ročné obdobia majú svoje nepočetné vplyvy na prejavy na koži či už pozitívne alebo negatívne. Napríklad pacientovi, ktorému v minulosti slnko a dovolenka s pobytom u mora robilo výrazne dobre – zrazu to neplatí. A rovnako – rôzne drobné prechladenia alebo infekcie boli donedávna bez vplyvu na prejavy na koži a zrazu sa vyskytnú problémy. Takisto úlohu zohráva športová záťaž a dietetické návyky. Takže k slovu prichádza

„manažment“, ktorý treba chápať nielen ako riadenie, ale „umenie riadiť“ Z pohľadu medicíny – manažér – rovná sa lekár venujúci sa pacientom a vedúci komplexný terapeutický proces. V otázke biologickej liečby v tomto smere má manažment pacienta špecifické postavenie, napríklad u ochorení, ktoré až donedávna boli mimoriadne zle terapeuticky ovplyvnené a v súčasnosti sú možné efektívne východiská. V tomto ohľadu je veľmi zaujímavá problematika hidradenitis suppurativa.

Kľúčové slová: biologická liečba, kožné ochorenia, manažment

ABSTRAKT Č. 25

TROCHA NA ODLAHČENIE NEVESELÝCH VŠEDNÝCH DNÍ...

Prim. MUDr. Hana ZELENKOVÁ, Ph.D., MBA

SANARE, spol. s r. o., pracovisko DOST – Dermatovenerologické oddelenie sanatórneho typu

A v roku 2023 sa diali veci! Voľby už nie sú aktuálne, prešľapy našich politikov rovnako nie, slávil sa rôzne výročia, aj nám v kalendári zasa jeden štátny sviatok pribudol. Ale čo neubudlo, tak osobných problémov mužov, žien, detí,

starostí nám priniesli inovácie v oblasti výživy a samozrejme aj s našimi zvieracími miláčikmi (a poisťovňami...). A čo je nad slnko jasné, sex ďalej vládne svetom... Takže trocha odľahčenia a humoru do všedných dní...

PRÍNOS VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA PRI SKRÍNINGU METABOLICKÉHO SYNDRÓMU A JEHO KOMPLIKÁCIÍ

prof. MUDr. Mária BELOVIČOVÁ^{1,2,3}, prof. Ing. Nadežda JANKELOVÁ, PhD. MPH.^{4,5},
doc. MUDr. Štefánia MORICOVÁ, PhD. MPH.^{6,7}

¹ Fakulta verejného zdravotníctva, Katedra klinickej a preventívnej medicíny, Slovenská zdravotnícka univerzita, (SZU), Bratislava

² Interná ambulancia so zameraním na diagnostiku a liečbu chorôb pečene, Bardejovské Kúpele

³ Slovenská spoločnosť praktickej obezitológie (SSPO), Bardejov

⁴ Fakulta verejného zdravotníctva SZU, Katedra manažmentu a ekonomiky zdravotníctva, Bratislava

⁵ Fakulta podnikového manažmentu Ekonomická univerzita v Bratislave, Katedra manažmentu, Bratislava

⁶ Fakulta verejného zdravotníctva SZU, Ústav pracovnej a zdravotnej služby, Bratislava

⁷ Oddelenie dlhodobých chorých NsP ak.L.Dérera, Bratislava

Metabolický syndróm (MS) – metabolické ochorenie, ktoré je charakterizované súčasným výskytom viacerých rizikových faktorov (RF) rozvoja kardiovaskulárnych ochorení. Zaraďujeme tam: poruchu metabolizmu glukózy spojenú s hyperglykémiou, vznik inzulínovej rezistencie, rozvoj diabetes mellitus 2. typu, obezitu. Priraduje sa sem aj aterosklerotická dyslipoproteínemia, arteriálna hypertenzia, generalizovaná ateroskleróza. Rovnaké rizikové faktory boli dokázané aj pri MS a nealkoholovej tukovej chorobe pečene (NAFLD) alebo aktuálne nazývanej SLD (Tuková choroba pečene). Verejné zdravotníctvo je neoddeliteľnou súčasťou celkovej komplexnej zdravotníckej starostlivosti. Čerpá poznatky z tej časti zdravotníctva, ktorá je orientovaná na jednotlivca, dopĺňa ju o zdravotnícku starostlivosť o rodinu, skupinu, populáciu, z ktorej konkrétny pacient prichádza a tým sa uzatvára komplex celkovej zdravotníckej starostlivosti.

Na základe medzinárodných dohovorov boli prijaté národné plány v boji s obezitou aj na Slovensku. Národný plán prevencie obezity je realizovaný cez Úrad verejného zdravotníctva

a následne regionálne úrady na Slovenku, ktoré sa na oddeleniach hygieny detí a mládeže a oddeleniach podpory zdravia snažia realizovať konkrétne programy a plniť ciele určených priorit. Dôležitá je najmä edukácia na školách a to už v rannom detstve v oblasti stravovania a potrebné je apelovať na dôležitosť fyzickej aktivity ako najvhodnejšiu prevenciu v boji proti obezite.

Autori v práci uvádzajú konkrétne príklady a výsledky skríningových programov, ktoré realizovali ako verejní zdravotníci v priebehu rokov 2020–2023 za účelom skríningu metabolického syndrómu a jeho komplikácií.

Kľúčové slová: metabolický syndróm, obezita, nealkoholová tuková choroba pečene, verejné zdravotníctvo, skríning

ZAČLENENIE MERANIA ABI DO PREVENTÍVNEJ PREHLIADKY – DÔLEŽITÝ KROK V SPOLUPRÁCI ANGIOLÓGOV A VŠEOBECNÝCH LEKÁROV

MUDr. Katarína DOSTÁLOVÁ, PhD. MPH.¹, RNDr. Soňa WIMMEROVÁ, PhD.¹,
Mgr. Mária BARTUŠOVÁ, PhD.¹, Prof. MUDr. Eva HORVÁTHOVÁ, PhD. MPH.¹,
Prof. MUDr. Katarína GAZDÍKOVÁ, PhD. MBA.¹, MUDr. Peter MAKARA, MPH.²,
Prof. MUDr. Mária BELOVIČOVÁ, PhD.¹, Doc. MUDr. Štefánia MORICOVÁ, PhD. MPH.¹

¹ SZU, Bratislava

² MEDI-PARMA, s.r.o. Snina, Prezident SSVPL

Úvod: Ochorenie periférnych artérií končatín sa vyskytuje asi u 5–10% populácie staršej ako 60 rokov. Meranie členkovo-brachiálneho indexu (ABI) je základná diagnostická vyšetrovacia metóda v diagnostike ochorenia periférnych artérií (PAO). Stanovenie ABI má veľký význam aj pri stanovení rizika kardiovaskulárnych ochorení (Norgren, 2007).

Od roku 2016 je v SR začlenené stanovenie ABI do preventívnej prehliadky realizovanej všeobecným lekárom. Meranie sa vykonáva oscilometrickou metódou. Všeobecný lekár hodnotí ABI v kontexte s anamnézou, klinickým nálezom a hodnotením rizikových faktorov aterosklerózy, čo vedie k rozhodnutiam, ako ďalej postupovať v manažmente pacienta vrátane

konzultácie špecialistu – angiológa (Dostálová in Gazdíkova et al. 2021).

Tabuľka č. 1: Diagnostický význam ABI<0,9 (upravené podľa Norgren, 2007)

Potvrdzuje diagnózu PAO
Detekuje PAO u asymptomatických pacientov
Potvrdzuje vaskulárnu etiológiu bolesti dolných končatín
Pomáha pri posudzovaní závažnosti ochorenia
Pomáha posúdiť vývoj ochorenia (progresia, zlepšenie, stabilizácia)
Má vysokú koreláciu s koronárnou a cerebrovaskulárnou chorobou
Kľúčová informácia o dlhodobej prognóze (zvýšené riziko kardiovaskulárnej mortality)

Tabuľka č. 2: Interpretácia ABI a následný manažment v ambulancii VPL (Gazdíkova et al., 2021):

ABI	Interpretácia	Ďalší postup
> 1,3	Mediokalcinóza	Angiologické vyšetrenie Prevencia podľa rizikového profilu pacienta
1,0 – 1,29	Normálne hodnoty	Prevencia podľa rizikového profilu pacienta
0,9 – 1,0	Hraničná hodnoty	Zopakovať ABI, ABI po záťaži Prevencia podľa rizikového profilu pacienta
0,5 – 0,8	PAO	Angiologické vyšetrenie Prevencia podľa rizikového profilu pacienta
<0,5	Závažná forma PAO	Včasnú angiologické vyšetrenie Prevencia podľa rizikového profilu pacienta



Metodika: V observačnej retrospektívnej štúdii sme porovnávali súbor pacientov odoslaných do angiologickej ambulancie s podozrením na PAO v prvom polroku 2015 a prvom polroku 2019 (pred a po zaradení ABI testu do preventívnej prehliadky poskytovanej praktickými lekármi na Slovensku).

Výsledky: Súbor tvorilo 151 pacientov (50,3 % žien, 49,7 % mužov). V prvom polroku 2015 bolo prvýkrát odoslaných 40 pacientov s podozrením na PAO, v prvom polroku 2019 to bolo 111 pacientov, čo je štatisticky významný nárast. V roku 2015 bolo od všeobecných lekárov odoslaných 32,5 % pacientov, v roku 2019 to bolo 41,4 %, čo aj keď nie je štatisticky významné, je to nárast o 8,9 percentuálneho bodu.

V roku 2015 malo 64,4 % a v roku 2019 59,8 % diagnostikovanú hyperlipoproteínémiu. Rozdiel nie je štatisticky významný (Fisherov exaktný test, $p=0,610$). V roku 2015 malo 44,1 % a v roku 2019 pacientov diabetes mellitus (Fisherov

exaktný test, $p=0,0110$, čo je štatisticky významný nárast.

Typická klinická manifestácia PAO – klaudikácia bola prítomná u 41,4 % pacientov. Pacienti s klaudikáciou mali štatisticky významne nižšiu ABI. 59,5 % pacientov, ktorí boli odoslaní s ulceráciami (t. j. kritickou ischémiou končatín), zomrelo do 3 rokov, na rozdiel od 37,7 % pacientov odoslaných bez ulcerácií ($p=0,020$, Chí-kvadrát).

Záver: Z našej analýzy vyplýva, že zavedenie merania ABI do preventívnej prehliadky u všeobecného lekára je prínosom. Vyššia záchytnosť pacientov s PAO a následný manažment pacientov s PAO má potenciál významne prispieť k predĺženiu života, zlepšeniu kvality života, prevencii amputácie končatín, ako aj závažných kardiovaskulárnych príhod v iných cievnych riečiskach.

Kľúčové slová: ochorenie periférnych artérií, skrining, prevencia, kardiovaskulárne riziko

ABSTRAKT Č. 28

MERANIE RÝCHLOSTI PULZOVEJ VLNY A JEJ VÝZNAM PRE STANOVENIE KARDIOVASKULÁRNEHO RIZIKA

MUDr. Ján KAŇUCH

Raslazdrav, s. r. o. Raslavice Dozorná rada SSVPL

Vystreknutie krvi zo srdca vytvára arteriálnu pulzáciu nazývanú „pulzná vlna“ a rýchlosť, ktorou sa šíri do periférie, sa nazýva „rýchlosť pulznej vlny“ (PWV). Je známe, že PWV je úmerná tuhosti arteriálnej stenky, cez ktorú sa šíri, a je nepriamoúmerná priemeru ciev. Pulzná vlna teda vzniká pri ejekčnej fáze srdcového cyklu, keď dochádza v čase systoly k vypudeniu krvi z ľavej komory do veľkého obehu. Arteriálny systém sa s týmto rýchlo vypudeným objemom vyrovnáva svojou elasticitou, teda

schopnosťou krátkodobého zväčšenia prierezu artérie. Jednotlivý pulz bezprostredne po systole prechádza celým arteriálnym systémom veľkou rýchlosťou, ktorá je neporovnateľne väčšia, ako je vlastná rýchlosť toku okysličenej krvi. Rýchlosť šírenia pulznej vlny (PWV) je merateľná, pohybuje sa v rozmedzí od 6 – 8 m/s v aorte. Vlastná rýchlosť prúdiacej krvi je podstatne nižšia, udáva sa okolo 80 – 100 cm/s. Pulzná vlna je zložená z dvoch komponentov – doprednej zložky a spätnej

zložky. Pretože rýchlosť pulznej vlny narastá smerom k periférii, je aj amplitúda periférnej pulznej vlny vyššia.

Rýchlosť centrálnnej pulznej vlny je teda 6 – 8 m/s. Rýchlosť periférnej pulznej vlny je 10 – 20 m/s (v závislosti od miesta merania). V Japonsku bola okolo roku 1970 vyvinutá jedinečná technika na meranie aortálnej PWV a bola navrhnutá ako marker aterosklerózy. V tom istom čase analýzu fotopletyzografických kriviek prstov prvýkrát zaviedol Ozawa a jej klinickú užitočnosť ako meradlo starnutia ciev neskôr stanovili Takazawa. V západných krajinách je karotidovo-femorálna PWV (cfPWV) populárnou metódou na hodnotenie tuhosti veľkých tepien. Na meranie cfPWV sa zaviedlo niekoľko automatických zariadení a nazhromaždilo sa aj isté množstvo klinických údajov. Brachiálno-členkový tonometrický PWV (baPWV) systém merania bol vyvinutý v tejto historickej situácii približne v roku 2000 v Japonsku napriek

tomu, že používanie týchto zariadení v oblasti výskumu bolo stále obmedzené, pravdepodobne z dôvodu ich obmedzenej dostupnosti pre všeobecných lekárov, štátny zdravotný systém nakoniec zafinancoval vybavenie a výkon automatických tonometrických zariadení ambulanciám prvého kontaktu. Dnes sa ceny prístrojov u nás pohybujú v rozmedzí od 3 500 € do 3 800 €. Pulzná vlna (PWV) je teda predklinický skrining, ktorý upozorňuje na možné poškodenie artérie, hovorí o stupni jej tuhosti, možnej endoteliálnej dysfunkcii alebo upozorňuje na možné riziko mediokalcinózy.

Je to vysoká prediktívna hodnota na vyšetrenie pružnosti a elasticity ciev a zároveň nám ukazuje „zrkadlo“, ako správne vplývať na rizikové faktory aterosklerózy hlavne v jej predklinickej fáze.

Kľúčové slová: pulzná vlna, meranie, kardiovaskulárne riziko, všeobecný lekár

BLOK NOVÉ MOŽNOSTI V MANAŽMENTE HYPERTENZIE A DYSLIPIDÉMIE

ABSTRAKT Č. 29

LIPITENZIA: NOVÉ MOŽNOSTI KOMBINOVANEJ LIEČBY

MUDr. Marianna BARBIERIK VACHALCOVÁ, PhD.

I. kardiologická klinika UPJŠ LF a VÚSCH, a. s.

Aterosklerózou podmienené kardiovaskulárne (KV) ochorenia predstavujú hlavnú príčinu morbidít a mortalít. Medzi najdôležitejšie ovplyvniteľné rizikové faktory aterosklerózy patria artériová hypertenzia a dyslipidémia. Ich súčasný výskyt možno označiť termínom „lipitenzia“. Prítomnosť lipitenzie má multiplikatívny efekt na KV-riziko, preto v prípade súčasnej

liečby artériovej hypertenzie a dyslipidémie možno očakávať významný synergický pokles KV-rizika. Ramipril ako predstaviteľ skupiny ACE-inhibítorov (ACEi) a rosuvastatín sú široko používané na liečbu artériovej hypertenzie a dyslipidémie. Použitie novej fixnej kombinácie ramiprilu a rosuvastatínu môže viesť k zlepšeniu adherencie k liečbe a významnejšiemu

poklesu KV-rizika. Fixná kombinácia je vhodná u pacientov s ľahkou a stredne ťažkou arteriálnou hypertenziou a dyslipidémiou a je ho možné kombinovať s ďalšími antihypertenzívami a hypolipidémikami.

Kľúčové slová: artériová hypertenzia, dyslipidémia, fixná kombinácia, lipitenzia, ramipril, rosuvastatín

ABSTRAKT Č. 30

LIEČBA HYPERTONIKOV NA SLOVENSKU V KONTEXTE ECS/EHS ODPORÚČANÍ Z ROKU 2018 – ANALÝZA DÁT ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE DÔVERA

Ing. Martin SELVEK, Ing. Beáta SAAL, Ing. Mgr. Roman MUŽÍK, PhD.

Dôvera zdravotná poisťovňa

Úvod: Posledné Odporúčania na manažment artériovej hypertenzie ECS/EHS boli vydané v roku 2018. Cieľom tejto štúdie je vyhodnotiť ich implementáciu v praxi u poistencov s artériovou hypertenziou (AH) v kmeni zdravotnej poisťovne Dôvera.

Metódy štúdie: U každého poistenca s AH bola vyhodnotená farmakoterapia v danom roku ako skupina súbežne užívaných liekov, ktorá bola užívaná najdlhšiu časť roka. Tieto užívané lieky boli porovnávané so skupinami liekov uvedenými v Odporúčaní. Celkovo bola vyhodnotená farmakoterapia u 357 623 poistencov s AH, z toho 191 488 malo AH bez komplikácií.

Výsledky: V roku 2022 neužívalo 32% poistencov s AH bez komplikácií žiadnu pravidelnú farmakoterapiu hypertenzie. 22% bolo na monoterapii, pričom podľa Odporúčaní je vhodné začínať liečbu hypertenzie dvojkombináciou liečiv. Dvojkombináciu liečiv užívalo 19% poistencov s AH bez komplikácií, čo je menej ako podiel poistencov na monoterapii. Trojkombináciu užívalo 14% poistencov s AH bez komplikácií, pričom len 41% z nich, v nej malo zaradené terapeutické skupiny podľa Odporúčaní. Medzi ostatnými poistencami s AH bez komplikácií na trojkombinácii prevládala

výskyt betablokátorov. Veľmi nízke bolo využitie spironolaktónu, ktorý malo aspoň raz v roku 2022 predpísaný len 1,1% poistencov s AH bez komplikácií. Naopak, pretrvávalo vysoké využitie centrálnych antihypertenzív a alfablokátorov, ktoré pravidelne užívalo až 5% týchto poistencov.

Záver: Implementácia najnovších Odporúčaní ECS/EHS na manažment artériovej hypertenzie nie je ani po štyroch rokoch dostatočná. Viac poistencov s AH bez komplikácií je liečených monoterapiou ako dvojkombináciou liečiv. Spironolaktón sa aj naďalej využíva skôr výnimočne a využitie centrálnych antihypertenzív a alfablokátorov ostáva vysoké.

Kľúčové slová: odporúčania na manažment artériovej hypertenzie, Slovensko, poisťovňa Dôvera



BLOK

AMBULANTNÁ ZDRAVOTNÁ STAROSTLIVOSŤ O ŠPORTOVCA

ABSTRAKT Č. 31

TELOVÝCHOVNÝ LEKÁR – PARTNER VŠEOBECNÉHO LEKÁRA

MUDr. Milan VAHOVIČ

RehaCentrum Prešov

V posledných rokoch sa výrazne otvárajú možnosti medzi dvoma extrémami, s ktorými sa stretávame v ambulantnej praxi. Na jednej strane pasívni pacienti a na druhej strane aktívni športovci. Na jednej strane pacienti s progresujúcimi degeneratívnymi zmenami a sedavým životným štýlom a na druhej strane so svalovými dysbalanciami a morfológickými zmenami pri športovej záťaži. Tento blok prednášok je venovaný tomu, aby sme poukázali na rozdiely v prístupe k diagnostike a liečbe športujúcich pacientov, špecifikám ich diagnostiky a liečby. Formou kazuistik, štatistik a praktických skúseností porovnáваме účinnosť štandardných liečebných postupov a športových liečebných metodík z pohľadu návratu pacientov k športu, skráteniu doby ich práceneschopnosti a dlhodobej prognóze vývoja ich zdravotného stavu. Administratívne a pracovné zaťaženie všeobecných lekárov výrazne obmedzuje priestor venovať sa plnohodnotne športovcom, zohľadňovať špecifiká či posudzovať riziká zhoršenia zdravotného stavu alebo zohľadnenia možnej etiológie aktuálnych zdravotných ťažkostí v súvislosti s ich tréningovou či zápasovou záťažou, ktorá je špecifická nielen pre jednotlivý druh športu, ale aj tréningovú fázu v priebehu roka. Tu môže byť významnou oporou všeobecného lekára telovýchovný lekár. Ten dokáže včasným vyšetrením posúdiť súvislosť aktuálneho zdravotného stavu so športom, použitím zakázaných látok, identifikovať stavy pretrénovania, zabezpečiť ďalšiu diferenciálnu

diagnostiku, vyhodnotiť riziká ďalšieho zhoršenia zdravotného stavu aj napriek vyťaženej liečbe, odporučiť ďalší postup tréningovej záťaže aj liečby, stupňovite riadiť aj zakázať tréningovú záťaž a tým výrazne skrátiť dobu liečby a urýchliť bezpečný návrat k športu. Viac z našich skúseností vám poskytneme s českými kolegami s medzinárodnou klinickou praxou v oblasti zdravotnej starostlivosti o vrcholových športovcov.

Kľúčové slová: telovýchovný lekár, všeobecný lekár, diagnostika a liečba športujúcich pacientov

VRCHOLOVÝ SPORTOVEC V ORDINACI PRAKTICKÉHO LÉKAŘE

MUDr. Jiří DOSTAL¹, MUDr. R. BARTOVIČOVÁ²¹ Centrum sportovní medicíny, Praha, ² RB Medic, Brno

Vrcholový sportovec, či sportovec s vysokým tréninkovým či závodním zatížením je specifickou subpopulací pacientů se kterými se PL může setkat. Čistě statisticky je možné, že jej nepotká po celou kariéru, ale vzhledem k rostoucímu zájmu o sport v master kategoriích je pravděpodobné, že s nimi bude konfrontován. Následující sdělení má za cíl ozřejmit některé specifické oblasti jak fyziologické, tak klinické a socioekonomické, které tuto skupinu pacientů doprovází. V oblasti fyziologické je třeba zmínit vysoké energetické nároky zejména na vytrvalostní sporty a mechanické na sporty s vysokým neuromuskulárním zatížením. Obě vede k výrazné adaptaci, která v některých situacích dosahuje až úrovně maladaptace a s klinickým obrazem některých onemocnění. Bude probírána problematika dvou

parametrů a to VO₂ max a krevních laktátů. V oblasti klinické je třeba zmínit specifika jednotlivých sportů a zásadně rozdílné prevalence některých onemocnění oproti normální populaci. Jde například o poruchy příjmu potravy či bronchiální astma, či úrazy. Zásadní je pak rozdíl v terapii, kdy je třeba chápat, že sport je pro tuto skupinu pacientů zaměstnání a jakýkoliv výpadek v tréninku pro ně může být ohrožením jejich sociálních jistot a zaměstnání. S tím souvisí i poslední část sdělení, které se bude věnovat sociálním a kulturním odlišnostem od běžné populace a jak s těmito odlišnostmi v ambulanci pracovat.

Klíčové slová: vrcholový sportovec, ordinace praktického lékaře

INOVATIVNÍ POSTUPY SPORTOVNÍ REHABILITACE PŘI ÚRAZECH HLEZENÍHO KLOUBU

PhDr. Michal PEROUTKA, CKTI

Fascia Clinic Prague, s. r. o., Praha

Traumatická poškození hlezenního kloubu patří dlouhodobě mezi nejčastější úrazy dolních končetin u běžné populace, ale i u amatérských a vrcholových sportovců. Zejména distorze hlezenního kloubu bez prokazatelných strukturálních změn na RTG jsou každodenní náplní emergency. Během terapie této diagnózy bohužel stále převládá diagnostický postup, který využívá převážně jen RTG

vyšetření. To je vhodné k prokázání případných strukturálních změn, ale pro komplexní možnost diagnostiky všech traumatizovaných struktur je výrazně nedostačující. SONO diagnostika je převážně raritní, a to z důvodu nedostatečného přístrojového vybavení nebo nedostatečného personálního pokrytí na daném pracovišti. Na neúplnou diagnostiku bohužel velmi často navazuje až patologický přístup



k terapii. Při terapii převládá indikace několika druhů a stupňů imobilizace hlezenního kloubu v kombinaci s odlehčením pomocí FH, často až na několik týdnů.

Takové postupy jsou ale velmi často v rozporu s fyziologií hojení měkkých tkání, autoreparacními schopnostmi lidského organismu a mohou rapidně prodloužit výslednou dobu terapie a návratu pacienta zpět do běžného pohybového režimu. V případě výkonnostního či profesionálního sportu jsou tyto časové intervaly

ještě podstatnější. Současná sportovní fyzioterapie nabízí řadu možností a terapeutických intervencí, které mohou poúrazovou rehabilitaci výrazně urychlit a zkvalitnit proces hojení měkkých tkání. Cílem příspěvku je několik takových terapeutických intervencí představit.

Klíčové slová: sportovní rehabilitace, úrazy hlezenního kloubu

KINEZIOTERAPIE SPORTOVCE – BOLESTIVÉ STAVY A JEJICH LÉČBA, KAZUISTIKY

Mgr. Ondřej RŮŽEK

Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství², LF UK a FN v Motole, Praha

Standardem personálního obsazení realizačních týmů sportovních klubů je osoba fyzioterapeuta/ky. Zpravidla se společně s klubovým lékařem věnuje léčbě úrazů a přetížení ze závodního a tréninkového procesu, případně cílí i na jejich prevenci. Cílem preventivní péče je eliminace možnosti vzniku poškození pohybového aparátu sportovce. Tento postup je úzce spjatý se zkvalitňováním motorického projevu sportovce. V kontextu efektivního sportovního tréninku je tak technická příprava sportovce opřená o rozvoj posturální kondice. Cílem přednášky je na podkladě klinické kinezioterapeutické péče o běžce a běžkyně rozličitých věkových a výkonnostních kategorií akcentovat v preventivní péči nezbytnost odborné diagnostiky pohybového vzoru s návazností na konkrétně volené terapeutické postupy a techniky.

Klíčové slová: kinezioterapie, sportovci, fyzioterapeut, prevence poškození pohybového aparátu

BLOK ONKOLOGICKÉ SKRÍNINGOVÉ PROGRAMY NA SLOVENSKU

ABSTRAKT Č. 35

AKTUALIZÁCIA ONKOLOGICKÝCH SKRÍNINGOVÝCH PROGRAMOV NA SLOVENSKU

MVDr. Jana TRAUTENBERGER RICOVÁ

Národný Onkologický Inštitút, Bratislava, koordinátorka onkologických skríningov

Onkologické skríningové programy na Slovensku nasledujú odporúčanie Európskej komisie (<https://eur-lex.europa.eu/eli/reco/2003/878/oj>) a sú v súlade s cieľmi Európskeho plánu boja proti rakovine a Národného onkologického programu Slovenskej republiky.

Jednou z aktivít napomáhajúcich účinne bojovať proti rakovine je sekundárna prevencia – skríning, ktorý má za cieľ zníženie mortalitu na príslušné ochorenie formou vyhľadávania ochorenia v jeho včasnem štádiu, čím sa zvyšuje možnosť kurability s predpokladom menej zaťažujúcej liečby a znižuje sa tak okrem mortality aj morbidita.

Po úspešnom zahájení skríningových programov na Slovensku – skríning rakoviny prsníka v septembri 2019, skríning rakoviny krčka maternice v auguste 2021 a skríning rakoviny hrubého čreva a konečníka v septembri 2021, je potrebné začať hodnotiť a zlepšovať ich úroveň. Vzhľadom na historicky zavedené preventívne prehliadky u všeobecného lekára, gynekológa, ale aj iných špecializácií, ktoré majú stále svoje opodstatnenie, pevné miesto a spoločnosť je na nich zvyknutá, nebolo možné na Slovensku, ale ani v iných krajinách ako je Česko alebo Slovinsko, spustiť tzv. Populačný skríning, ktorý spĺňa určité kritériá (podľa zdroja IARC*). Dá sa hovoriť skôr o programovom, resp. organizovanom skríningu, ktorý prebieha na Slovensku. Ďalšou témou je zber a hodnotenie dát. V súčasnosti iba mamografický skríning

je možné kvalitatívne hodnotiť na základe klinických dát priamo z preverených mamografických pracovísk, čiastočne vieme zhodnotiť skríningové kolonoskopické výkony vďaka registru KRCA. Kvantitatívne vieme skríningové programy s pomerne dosť veľkou nepresnosťou hodnotiť iba na základe dát zo zdravotných poisťovní, ktoré však primárne slúžia na preplácanie výkonov. Je preto nevyhnutné, aby v NCZI existoval funkčný systém slúžiaci na zber dát, ktorý by viedol k plynulému a automatickému zdieľaniu potrebných dát o skríningu, ako i aktualizácii NOR, aby dáta v ňom boli s max. 2–3 ročným oneskorením. Ďalším riešením je perspektívne zjednodušenie a automatizovanie hlásení onkologických ochorení v štruktúrovanej podobe, teda dáta by boli na základe správnej funkcionality v systéme k dispozícii v danom čase.

Slovensko sa prostredníctvom MZ SR zapojilo v januári 2022 do projektu Zlepšenie koordinácie a skríningu onkologickej starostlivosti (ICCCS) organizované IARC (Medzinárodná agentúra pre výskum rakoviny), ktorý na Slovensku rieši a pokúsi sa reformovať infraštruktúru a služby zdravotnej starostlivosti s osobitným zameraním na zlepšenie informačného systému používaného na identifikáciu a pozývanie obyvateľstva oprávneného na skríning, čím sa vytvorí rámec pre pravidelný zber údajov na monitorovanie programov skríningu rakoviny. Projekt poskytne aj stratégiu



pre komunikačnú kampaň na zvýšenie informovanosti o význame skríningu ako prevencie rakoviny.

*Zdroj: International Agency for Research on Cancer. Screening in the European Union Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. Lyon

2017 Available from: < https://health.ec.europa.eu/system/files/2017-05/2017_cancer_screening_2ndreportimplementation_en_0.pdf > Accessed: May 14, 2023.

Kľúčové slová: onkologické skríningové programy, register KRCA, NCZI, IARC

ABSTRAKT Č. 36

AKTUÁLNE TÉMY SKRÍNINGU KOLOREKTÁLENHO KARCINÓMU NA SLOVENSKU

MUDr. Beáta BLAHOVÁ, PhD.

Všeobecná ambulancia pre dospelých, Krompachy

Súhrn: Podľa údajov z GLOBOCAN-u bol kolorektálny karcinóm v r. 2022 na 2. mieste u žien a na 3. mieste u mužov v počte novozistených onkologických ochorení v rámci celého sveta. Z onkologických ochorení je na 3. mieste v príčine úmrtí. Na Slovensku bol v roku 2020 na 1. mieste v počte novodiagnostikovaných onkologických ochorení u oboch pohlaví. Slovensko už dlhodobo zaberá vo výskyte kolorektálneho karcinómu popredné priečky v celosvetovom aj Európskom meradle. Podľa údajov Národného onkologického registra Slovenskej republiky incidencia karcinómov hrubého čreva sústavne viditeľne stúpa, mortalita skôr len mierne stúpa, ale neklesá. Kolorektálny karcinóm je multifaktoriálne ochorenie, vzniká v čreve alebo v rekte (časť hrubého čreva). Je známy postupný vývoj nádoru v smere: normálne tkanivo – hyperproliferatívna sliznica – adenóm – karcinóm. Týmto spôsobom vzniká asi 80 % nádorov. Za posledných 20 rokov sa výrazne zlepšila liečba ochorenia aj vďaka zlepšeniu možností chirurgickej terapie. Prognóza metastatického karcinómu však nie je priaznivá. Preto je dôležité zistiť diagnózu čo najskôr.

Etiologické faktory môžeme rozdeliť na:

A) vnútorné (genetické): Familiárna adenomatózna polypóza (FAP), Lynchov syndróm, Familiárna juvenilná polypóza, Peutzov – Jeghersonov syndróm a Turcotov syndróm. Vplyv genetiky je zrejмый aj z toho, že v rodinách, kde sa vyskytol kolorektálny karcinóm, je u pokrvných príbuzných v 1. generácii karcinóm hrubého čreva 2 – 4 x častejší.

B) vnútorné (predizpozičné) faktory: Zápalové ochorenia čriev ako ulcerózna kolitída a Crohnova choroba, diabetes mellitus, cholelitiáza.

C) faktory vonkajšieho prostredia, ktoré môžu zvyšovať riziko, alebo pôsobiť protektívne. Ku vonkajším faktorom môžeme zaradiť výživové faktory a životný štýl.

Rizikové faktory: konzumácia červeného mäsa, zvýšená telesná hmotnosť a fyzická inaktivita, fajčenie, konzumácia alkoholu.

Protektívne faktory: črevný mikrobióm, vláknina, vápnik, kyselina acetylsalicylová, nesteroidné antiflogistiká a COX-2 inhibitory, mikronutrienty, orálne kontraceptíva a postmenopauzálna hormonálna terapia – mohli by znížiť riziko vzniku kolorektálneho karcinómu.



Diagnostika kolorektálneho karcinómu: Príznaky nádoru hrubého čreva, hlavne pri jeho lokalizácii v proximálnej časti čreva, sú obvykle neskoré. Základom diagnostiky rakoviny hrubého čreva a konečníka je kolonoskopické vyšetrenie spojené s možnosťou odberu biologickej vzorky na biopsiu a profylakticko – terapeutické výkony. V prípade nemožnosti vykonať kolonoskopiu pripadá do úvahy virtuálna kolonoskopia alebo dvojkontrastná irigografia. Stratégia prevencie kolorektálneho karcinómu vychádza z toho, že najviac nádorov pochádza z benígnych prekursorov a to z adenomatózneho polypu alebo zo záčinkovej (vilózne) patologickej lézie. Tieto benígne lézie sa pomaly menia v dôsledku akumulácie genetických mutácií na karcinóm. Malígna premena na adenokarcinóm je pomalý proces, ktorý trvá roky (približne 10–50 rokov). Aj po malígnej transformácii je väčšina karcinómov liečiteľných, 5-ročné prežívanie však závisí od stagingu a klesá s vyšším štádiom. 93,2% pacientov diagnostikovaných v štádiu Dukes A prežilo 5 rokov oproti 6,6% pacientov diagnostikovaných v štádiu Dukes D, keď je už ochorenie rozšírené do celého tela. Väčšina nádorov a polypov sa môže prejavovať intermitentným krvácaním do lúmenu čreva. Toto krvácanie je možné detegovať testom na okultné krvácanie.

Test na okultné krvácanie – diagnostický test. Jeho použitie pri skríningu sa spája so znížením morbidít a mortality. Vyhľadáva krv v stolici, ktorú nevidíme voľným okom. Keďže tento test nerozlišuje miesto, z ktorého krvácanie pochádza, môže zachytiť aj iné ochorenia, ktoré sa prejavujú krvácaním do tráviaceho traktu.

Skríning je stratégia používaná v medicíne na identifikovanie možnej prítomnosti zatiaľ neidentifikovaného ochorenia u ľudí bez znakov a symptómov ochorenia. Môžeme tu zahrnúť aj ľudí s výskytom pre-symptómov a ľudí so zatiaľ nerozpoznanou chorobou so symptómami.

Skladá sa z mnohých krokov a zlyhanie pri akejkoľvek kroku by mohlo vyústiť do zvýšenej morbidít a mortality. Boli vyvinuté rôzne stratégie a skríningové programy, ktoré zahŕňali aj odporúčania ako maximalizovať adhérenciu. Zlepšovanie kvality je validovaná veda a sú podané jasné dôkazy, že vyššia kvalita zabraňuje výskytu náhodného karcinómu a následnej smrti v dôsledku onkologického ochorenia. Kvalita musí byť zabezpečená na úrovni systému, poskytovateľa a zúčastnených, aby sa maximalizovali benefity pre akúkoľvek populáciu.

Typy skríningu

A) Štandardizovaným testom na okultné krvácanie v stolici (TOKS) v dvojročnom intervale na Slovensku v rámci preventívnej prehliadky u asymptomatických poistencov. Vykonáva ho všeobecný lekár pre dospelých.

B) Vykonaním primárnej skríningovej kolonoskopie (PSK) raz za 10 rokov u asymptomatických jedincov nad 50 rokov.

Negatívny test nevylučuje prítomnosť nádoru alebo polypu. Nádory a polypy môžu krváčať intermitentne. Pozitívny test je indikáciou ku zisteniu príčiny krvácania. **Každý pozitívny test musí byť nasledovaný kolonoskopiou.**

Účasť na skríningu je otázka, nad ktorou sa zamýšľajú vedci na celom svete. Mnoho štúdií sa zaoberá skúmaním súvislostí, ktoré túto účasť ovplyvňujú. Variácie v skríningu kolorektálneho karcinómu existujú medzi lekármi, klinikami aj v rámci jednej kliniky. Prediktory variácií môžu byť identifikované na úrovni pacienta, poskytovateľa alebo úrovne klinik. Zlepšenie kvality intervencií musí byť smerované na viaceré úrovne zdravotného systému

Záver: Kolorektálny karcinóm je onkologické ochorenie, pri ktorom pacient profituje zo skorého záchytu. V rámci Slovenska prebieha populačný skríning (formou listov, v ktorých pacient dostáva test na vyšetrenie krvi v stolici)

a oportúnny skríning v ambulanciách všeobecných lekárov. Preto je aj na nás, na lekárov prvého kontaktu, aby sme vyšetrili nielen čo najviac pacientov, ale aby sme s nimi aj komunikovali a informovali ich a snažili sa zvýšiť účasť aj na gastroenterologickom a kolonoskopickom vyšetrení u pozitívnych pacientov. Na našich ambulanciách vyšetrujeme Test na okultné krvácanie pri preventívnej prehliadke (spolu so Z00.0 a výkonom 160) raz za 2 roky u pacientov nad 40 rokov. Vykazujeme pod diagnózou Z 12.1 a to u všetkých zdravotných poisťovní.

Ak je výsledok pozitívny s výkonom 159a

Ak je výsledok negatívny s výkonom 159z
Ak je výsledok znehodnotený, alebo pacient test nevrátil 159x
Správne vykazovanie je veľmi dôležité z hľadiska hodnotenia úspešnosti skríningu a získania ďalších údajov o výskyte kolorektálneho karcinómu, ako aj o účasti na gastroenterologickom vyšetrení.

Kľúčové slová: kolorektálny karcinóm, skríning, test na okultné krvácanie do stolice, kolonoskopia

BLOK PALIATÍVNA MEDICÍNA

ABSTRAKT Č. 37

LEGISLATÍVNE RÁMCE A MOŽNOSTI PALIATÍVNEJ STAROSTLIVOSTI NA SLOVENSKU

MUDr. Andrea ŠKRIPEKOVÁ, PhD., Ing. Eva RUSNÁKOVÁ, JUDr. Ivana ŠARLINOVÁ, Mgr. Erika RYBÁROVÁ

Klinika klinickej onkológie SZU a NÓÚ

Paliatívna medicína (PM) je prierezovou medicínskou špecializáciou. Jej zameraním je zlepšovať kvalitu života pacientov a ich rodín, ktorí čelia potenciálne smrteľnej chorobe tak, že sa využívajú všetky prostriedky na prevenciu a zmiernenie utrpenia. Uplatňuje sa pritom včasná diagnostika, hodnotenie a precízna liečba bolesti a ďalších problémov: fyzických, psychosociálnych a spirituálnych. Referovanie pacientov do paliatívnej starostlivosti na Slovensku je problematické z viacerých dôvodov:

1. Identifikovanie paliatívneho pacienta v systéme nie je štandardnou súčasťou medicínskeho myslenia na Slovensku.
2. Prognostikácia nevyliciteľne chorého pacienta a hlavne komunikovanie prognostikácie je náročné a nie je identifikované (a hrazené) ako významný medicínsky prostriedok
3. Kapacity paliatívnej starostlivosti nie sú dostupné, aj keby bol aj pacient správne identifikovaný a odkomunikovaný. Zmenou legislatívy sa zadefinovala špecializovaná a základná paliatívna starostlivosť: špecializovaná paliatívna starostlivosť (ŠPS) je



poskytovaná lekárom – špecialistom v paliatívnej medicíne a základná paliatívna starostlivosť je poskytovaná iným lekárom. Ide o zabezpečenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti. ŠPS sa poskytuje ústavnou formou ako špecializovaná ústavná paliatívna starostlivosť (ŠUPS) a špecializovaná ambulantná paliatívna starostlivosť (ŠAPS). Kapacity ŠUPS predstavuje kamenný hospic (KAHO) a paliatívne oddelenie (PALO) a kapacity ŠAPS predstavuje paliatívna ambulancia (PALA) a mobilný hospic (MOHO).

Na základe odporúčaní Európskej asociácie paliatívnej starostlivosti (EAPC) z roku 2009 je potrebných na 1 milión obyvateľov 80 až 100 lôžok paliatívnej starostlivosti (1). Pri revízii odporúčaní z roku 2022 (2) boli kapacitné potreby na zabezpečenie adekvátnej dostupnosti paliatívnej starostlivosti potvrdené. Kvantifikácia potrieb podľa EAPC odporúčaní a dostupnosť v zdravotnom systéme na Slovensku v r. 2022 je zahrnutá v tabuľke 1. V stĺpci „metodika“ je naznačené, akým spôsobom treba kapacity paliatívnej starostlivosti plánovať.

Tabuľka 1: Potreba a dostupnosť paliatívnej kapacít paliatívnej starostlivosti na Slovensku v r. 2022

Špecializovaná paliatívna starostlivosť	Potreba	Metodika pre plánovanie v systéme	Počet v r. 2022	Dostupnosť	
				ŠPS v r. 2022	v r. 2022 (%)
ŠAPS – ŠPECIALIZOVANÁ AMBULANTNÁ PALIATÍVNA STAROSTLIVOSŤ					
Paliatívna ambulancia (PALA)	30-55	Pri každom PALO a ev KAHO	2		6,7
Mobilný hospic (MOHO)	55-70	Pri každom PALO a KAHO, dojazd: 40 min podľa Google maps	18	9	16,4
ŠUPS – ŠPECIALIZOVANÁ ÚSTAVNÁ PALIATÍVNA STAROSTLIVOSŤ					
Paliatívne oddelenie (PALO)	160 lôžok	30 lôžok na 1 mil obyvateľov. Napr. pri onkologických, geriatrických oddeleniach	85 lôžok	19	11,9
Kamenný hospic (KAHO)	280- 380 lôžok	50-70 lôžok na 1 mil obyvateľov	180	67	23,9

Kľúčové slová: paliatívny pacient, špecializovaná paliatívna starostlivosť, dostupnosť, hospic, mobilný hospic

Literatúra:

1. NR SR 2022. Vládny návrh zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších

predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony. Detaily návrhu zákona, priložené dokumenty: Úvodná strana, Návrh zákona, Dôvodová správa, Vykonávacie predpisy. <https://www.nrsr.sk/web/Default.aspx?sid=zakony/zakon&MasterID=8696> Accessed June 06 2023

2. Radbruch L, et al. 2010. Standardy a normy hospicové a paliatívnej péče v Európe. Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči. European Journal of Palliative Care. 2009;16(6):278–289. Kindly reproduced by permission of the publisher

of the EJPC, who retains the copyright. All rights reserved. www.ejpc.eu.com.

3. Payne S, et al. Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study. 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35114839/> Accessed July 4, 2023.

pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35114839/ Accessed July 4, 2023.

4. Škripeková A, Stachura P, Rusnáková E, Rybárová E, Šarlínová I, Kleščíková L. Stav paliatívnej starostlivosti na Slovensku v r. 2022. Paliat. med. liec. boles., 2022;15(1–2e):XX–XX

ABSTRAKT Č. 38

AKO ZVLÁDNUŤ ZLÉ ZOMIERANIE?

MUDr. Lucia DZURILLOVÁ, MUDr. Barbora DOBIAŠOVÁ

Oddelenie klinickej onkológie a paliatívnej medicíny, NOÚ Bratislava

So stúpajúcou dĺžkou života sa zvyšuje aj podiel predvídateľných úmrtí v dôsledku chronických ochorení s vyčerpaním terapeutických možností ovplyvnenia základného ochorenia. Koniec života ako klinická situácia je urgentným stavom vtedy, ak sú prítomné symptómy spôsobujúce utrpenie alebo vtedy ak by koniec života ešte nemal nastať. Včasná identifikácia paliatívneho pacienta je kľúčová, z hľadiska plánovania ďalšej medicínskej starostlivosti a cieľov liečby.

Zručnosti paliatívnej medicíny umožňujú zvládnuť klinickú situáciu na konci života aj v prirodzenom prostredí pacienta s efektívnou úľavou od neznesiteľného utrpenia a dôstojne naplniť čas života, ktorý pacientovi ostáva. Najčastejšie symptómy pri zlom zomieraní sú bolesť, dýchavica, príznaky malígnej črevnej obštrukcie, agitované delírium, krvácanie, epileptické záchvaty, príznaky infekcie. Predvídanie priebehu klinického stavu na konci života, účinná symptomatická liečba a komunikácia s rodinou a pacientom o preferenciách a cieľoch starostlivosti poskytuje pacientovi komfort a dôstojnosť a zároveň môže zefektívniť poskytovanie zdravotnej starostlivosti a šetriť zdroje. Pri inak neriešiteľnom utrpení, po dôkladnej diagnostike a konsenze ošetroujúcich lekárov a komunikácii s pacientom, môže

byť paliatívna sedatívna liečba účinným spôsobom zmiernenia symptómov na konci života. V paliatívnej sedatívnej liečbe využívame benzodiazepíny a neuroleptiká, opioidy používa iba na úľavu od bolesti alebo dušnosti, nie ako sedatívum.

Základnú paliatívnu starostlivosť môže poskytovať aj praktický lekár, ktorý pacienta a jeho príbuzných pozná najlepšie a má ich dôveru. Medicínska úľava od obťažujúcich symptómov na konci života poskytne pacientovi bezpečné zázemie a otvorí priestor pre naplnenie emocionálnych, spirituálnych a sociálnych potrieb.

Kľúčové slová: koniec života, paliatívna sedatívna liečba, liečba bolesti, malígna črevná obštrukcia, agitované delírium, krvácanie.

AKO MÔŽE UPLATNIŤ PALIATÍVNU MEDICÍNU VŠEOBECNÝ LEKÁR?

MUDr. Monika ČÁKOVÁ

Všeobecná ambulancia pre dospelých Nemšová

Cieľom paliatívnej medicíny v starostlivosti o chorých v pokročilom a konečnom štádiu ochorenia je zmierniť bolesť, ďalšie telesné a duševné strádania pri zachovaní dôstojnosti so zameraním na kvalitu života v závislosti na štádiu ochorenia. Zahrňa všeobecnú a špecializovanú paliatívnu starostlivosť. Skorá aplikácia paliatívnych postupov ako súčasť podpornej liečby spolu s liečbou kauzálnou zlepšuje kvalitu života a niekedy vedie aj k jeho zmysluplnému predĺženiu. Úloha všeobecného lekára ako strategickej osoby primárnej starostlivosti o chorého v domácom prostredí, kde aktuálne zomiera okolo 10–15% nevyliciteľne chorých, je nezastupiteľná a kľúčová. Všeobecný lekár disponuje značnou kapacitou intervencie

symptómov, medzi ktoré patria: dušnosť, bolesť, vracanie a úzkosť. Implementácia všeobecných zásad paliatívneho prístupu umožňuje komplexne riešiť aj veľmi zložité situácie, hoci mnohé mýty o zomieraní v domácom prostredí limitujú odvahu poskytovať starostlivosť nevyliciteľne chorým. Paliatívna liečba najčastejších symptómov pokročilého ochorenia môže byť medicínskou výzvou a v rukách skúseného všeobecného lekára účinnou pomocou pre mnohých pacientov.

Kľúčové slová: paliatívna medicína, všeobecný lekár, všeobecná a špecializovaná paliatívna starostlivosť

BLOK DIAGNOSTIKA SRDCOVÉHO ZLYHÁVANIA V AMBULANCI VŠEOBECNÉHO LEKÁRA

INTERAKTÍVNA KAZUISTIKA

doc. MUDr. Martin ČAPRNDA, PhD.

I. interná klinika LFUK a UNB, Bratislava

V kazuistike predstavujeme pacientku s anamnézou artériovej hypertenzie, u ktorej sa začiatkom roka 2023 začali prejavovať príznaky srdcového zlyhávania – opuchy dolných končatín. Kazuistika popisuje iniciálny manažment pacientky cestou všeobecnej lekárskej, následne

pacientka absolvovala vyšetrenie u rajónnej internistky, kde bola diagnostikovaná tachyfibrilácia predsiení. Po nastavení na liečbu pacientka absolvovala hospitalizáciu na oddelení dlhodobého chorých rajónnej nemocnice za účelom podávania intravenózne diuretickej



liečby. Po prepustení sa príznaky pacientky opäť zhoršili, preto bola vyšetrená v Univerzitnej nemocnici Bratislava, kde bola nastavená na optimálnu liečbu srdcového zlyhávania a následne formou krátkej hospitalizácie

absolvovala elektrickú kardioverziu pre fibriláciu predsiení s dobrým efektom.

Kľúčové slová: artériová hypertenzia, srdcové zlyhávanie, tachyfibrilácia predsiení, manažment pacientky

ARTÉRIOVÁ HYPERTENZIA A SRDCOVÉ ZLYHÁVANIE

MUDr. Martin CHUDÝ

Odd. zlyhávania a transplantácie srdca, NÚSCH

Artériová hypertenzia (AH) je významný rizikový faktor pre kardiovaskulárne ochorenia a môže viesť k rozvoju srdcového zlyhávania (SZ). Iniciálne štádiá AH sú často asymptomatické čo môže viesť k jej poddiagnostikovaní. Medzi základné príznaky SZ patrí námahová dušnosť a symetrické opuchy dolných končatín. Príznaky SZ môžu byť často nenápadné a pozvoľne sa rozvíjajúce. Napriek tomu v klinickej praxi všeobecných lekárov je dôležité tieto príznaky rozoznávať a v rámci diferenciálnej diagnostiky uvažovať o SZ ako o mozgovej príčine. Základné vyšetrovacie metódy ako sú anamnéza, fyzikálne vyšetrenie, EKG,

RTG hrudníka a laboratórne vyšetrenia dokážu identifikovať pacienta s podozrením na SZ a následne ho odoslať ku špecialistovi alebo priamo na hospitalizáciu na interné či kardiologické oddelenie. Včasná a presná diagnostika subjektívnych a objektívnych príznakov SZ zohráva kľúčovú úlohu pri implementácii účinných stratégií manažmentu a zlepšovaní výsledkov pacientov.

Kľúčové slová: artériová hypertenzia, srdcové zlyhávanie, diferenciálna diagnostika, všeobecný lekár

FIBRILÁCIA PREDSIENÍ A SRDCOVÉ ZLYHÁVANIE

MUDr. Peter KROMKA

III. Interná klinika LFUK a UNB

Fibrilácia predsiení (FP) je najčastejšia pretrvávajúca srdcová arytmia, charakterizovaná rýchlosťou a nepravidelnou elektrickou aktivitou v predsieňach, čo vedie k narušeniu mechanickej funkcie predsiení. Srdcové zlyhávania (SZ) je stav, pri ktorom srdce nedokáže zabezpečiť

dostatočný výdaj krvi na uspokojenie metabolických požiadaviek organizmu. FP často predchádza vzniku manifestného SZ, avšak aj samotné SZ môže viesť ku vzniku FP. Prvotná diagnostika FP patrí do rúk všeobecného lekára: podozrenie na FP môže vzniknúť, ak pacient



hlási neobvykle vysoké hodnoty pulzovej frekvencie, pociťuje nepravidelnú akciu srdca alebo je arytmia detegovaná pri meraní tlaku či smart hodinkami. Diagnóza FP musí byť potvrdená EKG vyšetrením; v prípade podozrenia na paroxyzmálnu formu FP sú k dispozícii dlhodobé EKG záznamníky. Pokiaľ sa prítomnosť FP

nezachytí včas, môže to viesť ku rozvoju nielen SZ, ale aj kardioembolickej príhody.

Kľúčové slová: fibrilácia predsieni, srdcové zlyhávanie, všeobecný lekár, EKG, kardioembolic-ká príhoda

BLOK KRČNÁ CHRBTICA

ABSTRAKT Č. 43

MANAŽMENT PACIENTA S BOLEŠŤOU KRČNEJ CHRBTICE

MUDr. Peter KLEIN, MBA

Ortopedická ambulancia, Prešov

Krčná chrbtica je najpohyblivejšou a najnamáhanejšou časťou, a preto je zdrojom rôznych ťažkostí a bolestí. Každodenné stereotypné pohyby spolu so zlým životným štýlom, nedostatkom vitamínov a minerálov v kombinácii so stresom, majú najväčší vplyv na stav krčnej chrbtice. Sedavý spôsob života spôsobuje bolesti krčnej chrbtice, ktoré negatívne pôsobia na celkovú kvalitu života.

Úlohy krčnej chrbtice: chráni miechu, zabezpečuje a podporuje pohyb hlavy, uľahčuje prúdenie krvi do mozgu.

Boleť krku je najčastejší príznak choroby a má veľa príčin: nedostatok pohybu a športových aktivít, dlhodobé sedenie, nesprávne držanie tela, nerovnomerné zaťažovanie chrbtice, degeneratívne ochorenie chrbtice, poškodenie miechy a nervových koreňov, nedostatok vitamínov a minerálov, úrazy, prievan, zápal, nevhodný výber matrace a vankúša, nadváha, obezita, tehotenstvo, menštruácia, nerovnomerné preťažovanie chrbtice v práci i doma,

nevhodný životný štýl (fajčenie, nevhodná strava, neustály stres a emočné napätie), vrodené ochorenie, genetické faktory. Ak bolesť krčnej chrbtice pretrváva dlhšie, je potrebné ju diagnostikovať a liečiť.

Umenie DIAGNOSTIKY. Anamnéza, klinické vyšetrenie – pohľad, pohmat, poklop, špeciálne testy, biochemický skrining, zobrazovacie vyšetrenia – neinvazívne so zameraním na mäkké štruktúry (ako svaly, väzy, šľachy, burzy: USG, MRI), na „tvrdé“ štruktúry (RTG, CT, gamagrafia, PET), invazívne: myelografia, angiografia, diskografia, artrografia. Nasleduje stanovenie diagnózy a liečebného postupu, eventuálne posúdenie pre poisťovňu.

Umenie LIEČBY. Režimové opatrenia, polohovanie, repozícia, fixácia, ortéza – golier, medikácia celková, lokálna, periartikulárna (aplikácia kortikoidov, kolagénu, PRP obohatenej plazmy...), operačná liečba (herniotomie, diskektómie, skopické výkony, osteosyntézy, náhrady, ablácie...) a pooperačná starostlivosť,

reedukácia, rehabilitácia – fyzikálna liečba, cvičenie, alebo špecifická pre poranenia muskuloskeletálneho systému všeobecne komplexná – napríklad pri pomliaždeninách – RICE (rest – klud, ice – chladenie, compresion – bandáž, elevation – zdvihnutie). V zásade ak konzervatívne liečebné metódy sú neefektívne, pristupuje sa k odôvodnenej operačnej liečbe a to vždy v správnom čase, aby následky choroby neboli trvalé a invalidizujúce.

Zásadným ostáva rozhodnutie, kedy je potrebné konzultovať ortopéda. Manažment pacienta je stále v rukách praktika v spolupráci so špecialistom ohľadom úplnej diagnostiky, postupu liečby a návratu do pracovnej činnosti či posudzovaním následkov ochorenia pre potreby sociálnej poisťovne a komerčných poisťovní. Ortopéd je tu vždy ak praktik potrebuje radu, či pomoc, je vykonávateľom invazívnej diagnostiky či liečby a jej pooperačným dosledovaním.

Dobrá rada – PREVENCIA. Aby človek predišiel problémom, je potrebná starostlivosť o správny vývoj chrbta od narodenia, adekvátna záťaž s rozvojom a spevnením svalstva a sily, vytvorenie pracovných návykov a pohybových reťazcov s následným udržiavaním rozsahu pohybov a utužovaniu pohybových reťazcov, udržiavanie správnej hmotnosti, predchádzanie úrazom a pohybová aktivita, kde sa vyhýbame preťažovaniu a nadmernej námahe. Sofistikovaný tréningový proces s kvalitnou rehabilitáciou a životosprávou.

Kľúčové slová: krčná chrbtica, bolestivosť, manažment, diagnostika, liečba, prevencia

Test:

Najpohyblivejšou časťou chrbtice je časť:

- krčná
- hrudná
- drieková
- krížová

Medzi ochorenia krčnej chrbtice nepatria:

- Whiplash injury
- gonarthrosis
- spondylarthrosis
- osteochondrosis disci C5–6

Ktoré diagnostické vyšetrenie sa používa rutinne na zistenie myelopatie poškodenie miechy?

- SONO
- RTG
- CT
- MRI

Pri rutinnom ošetrení krčnej chrbtice

- volám 155 či 112
- aplikujem burrow
- lamentujem s pacientom a príbuznými
- RICE

Medzi rutinné operačné výkony na krčnej chrbtici nepatrí

- náhrada platničky
- déza segmentu
- osteosyntéza
- cervikokapitálna náhrada



BLOK SLOVENSKEJ EPIDEMIOLOGICKEJ A VAKCINOLOGICKEJ SPOLOČNOSTI (SEVS)

ABSTRAKT Č. 44

PREČO JE PEOČKOVANIE DOSPELÝCH PROTI TETANU A ZÁŠKRTU DÔLEŽITÉ

doc. MUDr. Mária AVDIČOVÁ, PhD.^{1,2}

¹RÚVZ Banská Bystrica

²Fakulta zdravotníctva Banská Bystrica

Úvod: Diftéria a tetanus patria medzi nákazy preventabilné očkovaním, pričom história očkovania proti diftérii a tetanu okrem varioly je jednou z najdlhších. Vzhľadom na klinickú závažnosť týchto ochorení spojených u diftérie s vysokou chorobnosťou a u oboch nákaz aj s vysokou smrtnosťou detí sa začali najprv deti chrániť očkovaním už v dvadsiatych rokoch minulého storočia. Na Slovensku sa začalo očkovať počas druhej svetovej vojny proti diftérii a úspešne sa s očkovaním pokračuje doposiaľ a k tomu sa v 50-tich rokoch pridalo aj očkovanie proti tetanu. Keďže tetanus sa vyskytoval nielen u detí, ale vo všetkých vekových kategóriách, v 70-tich rokoch sa pristúpilo ku kampaňovitému zaočkovaniu dospelých populácie a pravidelnému preočkovaniu dospelých v desať ročných intervaloch.

Cieľom práce: zhodnotiť súčasnú epidemiologickú situáciu vo výskyte diftérie a tetanu vo svete a na Slovensku, zhodnotiť význam očkovania proti diftérii a tetanu tak u detí ako aj dospelých a zároveň poukázať na závažnosť priebehu ochorenia a to aj v súčasnosti.

Výskyt: Dlhodobý – od roku 1980 nebolo na Slovensku zaznamenané ochorenie na diftériu. Situácia sa zmenila v roku 2018, kedy sa vyskytli 2 prípady ochorenia, v roku 2019 – 1 prípad, v roku 2021 – 4 prípady a v roku 2022 – 8 potvrdených prípadov. Celkom za toto obdobie

ochorelo 15 osôb vo veku 1 mesiac až 38 rokov. Ochorelo 11 detí, z ktorých 3 neboli očkované pre vek, 1 malo jednu dávku očkovacej látky, 3x 3 dávky, 1x 4 dávky, 2x 5 dávok. Jedno 2-ročné dieťa nebolo očkované a u tohto dieťaťa došlo k exitu. U 2 dospelých osôb sa očkovanie nepodarilo zistiť, 1x mal dospelý 3 dávky a 1x 4 dávky očkovania v anamnéze.

Kazuistika prípadu končiaceho úmrtím: 2-ročný chlapec z okresu Prešov, ochorenie 8. 12. 2022, návšteva lekára 8. 12. 2022, ihneď nariadená hospitalizácia na DFNSP Prešov JIS, v klinickom obraze epiglotitída, obštrukcia horných dýchacích ciest, stav sa zhoršuje, hrozí orgánové zlyhanie, 9. 12. 2022 preklad na KAİM DFNSP Košice, pridružuje sa krvácanie, dehydratácia, CRP 159, stomatitída, hnisavé povlaky, trombocytopenia. Terapia – kyslík, Ciprofloxacin, symptomatická liečba. 9. 12. 2022 exitus. Pitva potvrdila ako príčinu smrti diftériu. Epidemiologická anamnéza: Dieťa neočkované, nízky sociálny hygienický štandard. Ostatné prípady skončili uzdravením. V etiológii bolo potvrdené *Corynebacterium diphtheriae* (C.d.) typ gravis – toxický kmeň 14x, C.d. typ intermedius toxický kmeň 1x. Týmto prípady spĺňajú štandardnú definíciu európskej normy pre diftériu. Diagnostiku korynebaktérii vykonáva NRC pre diftériu pri RÚVZ so sídlom v Košiciach. NRC monitoruje aj nosičské kmene C.d.,

určuje ich toxicitu. V NRC bolo od roku 2013 vykultivovaných 107 kmeňov C.d. od 91 pacientov a to C.d. typ gravis 47x, C.d. typ mittis 9x a intermedius 21x. Toxicita bola potvrdená 18x u kmeňov C.d. gravis, 1x u intermedius, typ mittis nevykazoval toxicitu. Výsledky NRC potvrdzujú, že C.d. cirkuluje v našej populácii a riziko nákazy je aktuálne. Ochorenia na tetanus zaznamenávame v súčasnosti sporadicky jednak vzhľadom na dobrú zaočkovanosť dospelých populácie, profylaktické opatrenia pri poraneniach, pri ktorých dochádza k infikovaniu pacientov z kontaminovanej pôdy do rany.

Výskyt vo svete: Ochorenia spôsobené toxickými kmeňmi C.d. sa vyskytujú celosvetovo, v Európe, v Severnej a Južnej Amerike, v Indii, Afrike, Južnej Ázii a vo východnom Stredomorí. Riziko nákazy sa stále zvyšuje príchodom utečencov z rôznych krajín vrátane Ukrajiny. Tetanus sa aj vo svete vyskytuje sporadicky, avšak je sprevádzaný vyššou smrtnosťou.

Preveniou oboch ochorení: jedine očkovanie a to tak v detskom veku ako aj u dospelých. Séroreprevalenčná štúdia z roku 2002 na Slovensku jasne poukázala na pokles hladiny protilátok proti diftérii u dospelých populácie nad 40 rokov. Preto preočkovanie dospelých každých 15 rokov je vysoko aktuálne a bolo zaradené medzi povinné očkovanie dospelých. Prieskumy pravdepodobnej preočkovanosťi dospelých populácie poukazujú na nízku proporciu preočkovaných, ktorá sa za ostatné roky pohybuje od 49 do 69% podliehajúcich v danom roku očkovaniu. S tým priamo súvisí aj nedostatočná ochrana pred infekciou spôsobenou *Clostridium tetani*. Pritom k dispozícii je dobre tolerovaná kombinovaná vakcína proti diftérii a tetanu a to najmä Imovax Dite pre dospelých alebo iné kombinované vakcíny proti týmto dvom závažným ochoreniam.

Kľúčové slová: tetanus, záškrt, očkovanie, prevencia

**BLOK PROBLEMATIKA TEHOTNEJ PACIENTKY
V AMBULANCI VŠEOBECNÉHO LÉKÁŘA**

ABSTRAKT Č. 45

**MISSION IMPOSSIBLE: BOJ PROTI PŘEDSUKÚM V OBLASTI
PERINATÁLNÍHO DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ V AMBULANCI VŠEOBECNÍHO
PRAKTICKÉHO LÉKAŘE**

MUDr. Jana KRZYŽANKOVÁ¹, MUDr. Antonín ŠEBELA, PhD.², MUDr. Patrik ŠVANCER³

¹ VPL Zlín

² NUDZ, Klecany

³ NUDZ, Klecany

V České republice až 18% žen po porodu trpí příznaky, které splňují kritéria psychiatrické nemoci – nejčastěji poporodní deprese, úzkost 12,3%, OCD 4%. Poporodní psychóza (0,4%) je vzácná a obvykle se objevuje ve zranitelném terénu předchozí psychické nemoci, schizofrenie či těžké deprese již v minulosti (bipolární porucha – může být i její 1. projev). Navzdory tomu se psychický stav maminek v ČR neseleduje.

Dobrovolnická organizace Úsměv mámy (UM) a Národní ústav duševního zdraví (NUDZ) ve spolupráci v pilotním programu testovala efekt screeningu v porodnicích s automatickým vyhodnocením a kontaktem na dobrovolnickou organizaci Úsměv mámy.

Aktuální výzkum: Screeningem ve vybraných porodnicích prošlo od října 2020 do září 2021 celkem 2 249 žen (průměrný věk 31,5 let; směrodatná odchylka 4,8) z nichž 487 (22 %) bylo dále randomizováno do intervenční fáze (intervenční skupina: n= 254, kontrolní skupina: n= 233). Následný follow-up po 6 týdnech od porodu vyplnilo 185 žen (38 %, intervenční skupina: 102, kontrolní skupina: 83). Intervenční skupina byla podporována peer konzultantkami. Předběžné výsledky ukazují, že ženy z intervenční skupiny měly 2× větší šanci, že se

u nich v 6. týdnu po porodu nebudou vyskytovat klinicky významné příznaky deprese (OR= 2,25; 95% CI: 1,01 – 5,02; p = 0,048).

Cíl: Zvýšit povědomí o psychických potížích během těhotenství a po porodu. 75% žen, které mají potíže, nevyhledá pomoc, protože se bojí stigmatizace, tíží svých obtíží nejsou schopné vyhodnotit a ani neví na koho se obrátit a tyto potíže bez intervence pozvolna progredují. Matka přestává být schopná postarat se o dítě i sebe. Kojící matky jsou často podléčené, přestože existuje mnoho léků s kojením slučitelných. Vysazení psychiatrické medikace v těhotenství nebo po porodu může vést k relapsu a ten v nejhorším případě může skončit rozšířenou sebevraždou. Praktický lékař může včas zachytit počínající psychickou nemoc, pacientce nabídnout psychoterapii případně nasadit sertralin u deprese anebo lorazepam či alprazolam u úzkostí. Na nespavost má nejlepší data zopiclon. Výzkum ukázal, že při včasném zachycení peer podpora snižuje riziko plného rozvinutí.

Take Home Message: Poporodní psychické potíže zažije skoro každá pátá žena a bez intervence pozvolna progredují. Praktický lékař může rizikovou ženu vytipovat podle závažnosti příznaků a nabídnout kontakt na



dobrovolnickou organizaci, doporučit psychoterapii nebo referovat psychiatrovi. V mezičase může nasadit některé z léků s kojením slučitelných např. sertralin. Když se rozhodneme psychiku maminek stabilizovat, zlepšíme kvalitu života a zdraví celé rodiny.

Otázky k diskuzi: Jsou v ČR adekvátně diagnostikovány a léčeny poporodní psychiatrické

nemoci? Kdo se má maminky zeptat, jak se cítí? Jak ovlivní screening a časná peer podpora výskyt duševních poruch po porodu?

Klíčové slova: screening, poporodní psychiatrie, nemoci, perinatální duševní zdraví, praktický lékař

BLOK MLADÝCH PRAKTIKŮV

ABSTRAKT Č. 46

PSYCHICKÉ ZDRAVIE ZDRAVOTNÍKOV

MUDr. Silvia MASARYKOVÁ

Poliklinika Strečnianska, Bratislava

Termín „shame in medicine“ alebo ponížovanie v zdravotníctve je forma šikany na pracovisku, s ktorou sa stretávajú prevažne študenti medicíny alebo mladí lekári zaradení do špecializačného štúdia. Vedie k pochybnostiam o sebe samom, zníženom sebahodnotení až k možnému rozvoju psychického ochorenia. Mnohí sa ocitnú v „shame spirale“ alebo špirále toxického hanby, z ktorej sa nevedia dostať. Avšak aj bez šikany prostredia sa u niektorých zdravotníkov v období zvýšeného nároku na výkon môže objaviť „impostor syndróm“ alebo syndróm podvodníka, kde neustále spochybňujú seba samého a podceňujú svoje schopnosti. Vnímajú sami seba neschopnejšími v porovnaní s tým ako sú hodnotení okolím. V prednáške si priblížime aj problematiku „Burn out syndrómu“ alebo syndrómu vyhorenia – čo je stav emočného, psychického a fyzického vyhorenia.

Klíčové slova: shame in medicine (ponížovanie v zdravotníctve), shame spirale (špirála toxického hanby), impostor syndróm (syndróm podvodníka), burn-out syndróm (syndróm vyhorenia)

PERITONEÁLNA DIALÝZA – VÝHODY A RIZIKÁ LIEČBY

MUDr. Lóránt BOBÁK

Nefrologická ambulancia, Galanta

Celosvetová globálna prevalencia chronickej obličkovej choroby (CKD) je 9,1% – cca 700 mil. ľudí. Z nich 0,04% (2,8 mil.) podstupuje pravidelnú dialyzačnú liečbu (PDL). Asi 11% z celkovej dialyzovanej populácie tvoria pacienti v programe peritoneálnej dialýzy (PD). V rozvinutých krajinách pozorujeme dlhodobý trend znižovania PD populácie. Na Slovensku sme v r. 2021 evidovali 4458 pacientov v PDL, z toho len 99 PD pacientov (2,2%).

PD je efektívnou liečbou pacientov s terminálnou obličkovou chorobou s porovnateľnou alebo aj lepšou kvalitou života ako u hemodialýzy. Základnými liečebnými modalitami sú CAPD (kontinuálna ambulantná PD) a APD (automatizovaná PD) cyklerom.

Kľúčovou stratégiou jej vyššieho využitia v našich podmienkach je široká implementácia postupov prípravy do PD programu, včasná a zrozumiteľná komunikácia o možnostiach a rizikách mimotelovej eliminačnej liečby pri poklese GFR < 0,25 ml/s/1,73 m² (CKD G5), ako aj podpora rozvoja PD programu zo strany zdravotných poisťovní. Významnú úlohu zohráva i kontinuálny tréning nefrológov, intenzívna komunikácia s všeobecnými praktickými lekármi, špecialistami a možnosť konzultácie komplikácií liečby v referenčnom centre pre PD liečbu na klinike vnútorného lekárstva vo FN T.D. Roosevelta Banská Bystrica. Funkčná je i 24-hodinová help-linka pre pacientov. V prezentácii popisujeme indikácie/kontraindikácie PD liečby, hlavné infekčné a neinfekčné

komplikácie na kazuistikách našich pacientov. Ďalší rozvoj PD programu na Slovensku i s podporou všeobecných praktických lekárov je nevyhnutný pre lepšiu integráciu a zvýšenie jej podielu na PDL.

Kľúčové slová: peritoneálna dialýza, chronická obličková choroba, kontinuálna ambulantná peritoneálna dialýza, automatizovaná peritoneálna dialýza



LIEČBA BOLESTI V AMBULANCII VŠEOBECNÉHO LEKÁRA A JEJ (NE) ŽIADÚCE ÚČINKY

MUDr. Adriána JAROLÍMKOVÁ

Klinika všeobecného lekárstva UPJŠLF a Nemocnice AGEL Košice-Šaca

Čo je to bolesť? Vieme ju objektivizovať? Subjektívne popisované zdravotné ťažkosti pacientov sprevádzané bolesťami sú nami niekedy ťažko hodnotiteľné. Znalosť analgetickej terapie je základným stavebným kameňom, ktorý využívame nielen pri čoraz viac starnúcej populácii, ale stále častejšie aj u mladších pacientov. Správne posúdenie typu, stupňa a etiológie bolesti je dôležitým faktorom, ktorý pomáha správne vyhodnotiť situáciu a indikovať najlepšiu analgetickú terapiu, ktorá je v kompetenciách všeobecných lekárov. Etiológia bolestí je naozaj rôznorodá. Od bežných vertebrogénnych algických syndrómov, cez pooperačné alebo poúrazové stavy, až po paliatívnu terapiu u ťažko chorých pacientov. Možnosti analgetickej terapie poskytovanej všeobecným lekárom nie sú ale v takom rozsahu

ako v špecializovaných ambulanciách. Avšak aj pri analgetickej terapii indikovanej špecialistom má všeobecný lekár neodmysliteľnú úlohu pri monitorovaní nepriaznivých vedľajších účinkov či nesprávneho užívania terapie u pacientov. V prednáške autorka definuje etiológiu bolestivých stavov a ich snahu o objektívne zhodnotenie lekárom vzhľadom na intraindividuálnu variabilitu u jednotlivých pacientov. Hodnotí taktiež možnosti analgetickej terapie spadajúcej do kompetencie všeobecného lekára pre dospelých. V závere analyzuje najčastejšie nežiadúce účinky liečiv a pochybenia pri užívaní analgetickej terapie.

Kľúčové slová: bolesť, analgetiká, nežiadúce účinky

EDÉMY DOLNÝCH KONČATÍN – MANAŽMENT PACIENTA V AMBULANCII PRAKTICKÉHO LEKÁRA

MUDr. Lukáš OLŠAVSKÝ

Klinika všeobecného lekárstva UPJŠ LF a Nemocnice AGEL Košice – Šaca

Edémy dolných končatín nie sú nezvyčajným dôvodom návštevy ambulancie praktického lekára. V týchto prípadoch je podstatná nielen rýchlosť diferenciácie, ale aj presnosť

stanovenia príčiny vzniku opuchov. Edém sa obvykle definuje ako abnormálna akumulácia extravaskulárnej, extracelulárnej, intersticiálnej tekutiny. V ambulantnej praxi diferenciálna



diagnostika edémov vyžaduje dôkladné preskúmanie anamnestických údajov, fyzikálne vyšetrenie, priamo zamerané a vhodne indikované laboratórne či zobrazovacie vyšetrenia a v neposlednom rade odpoveď organizmu na liečbu. V prednáške autor rozoberá metódy diferenciálnej diagnostiky u 2 prípadov opuchov dolných končatín s rozdielnou patofyziológiou vzniku edémov. Cieľom prednášky je upriamiť pozornosť na praktické postupy

manažmentu na ambulancii a multidisciplinárne prepojenie so špecializovanými odborníkmi. V závere je zobrazená správnosť indikácie konziliárnych vyšetrení, pomocných zobrazovacích metód a odporúčania vhodnej terapie s jej pozitívnymi výsledkami.

Kľúčové slová: edémy, dolné končatiny, lymfodémy, onkologické ochorenie

ABSTRAKT Č. 50

POTENCIÁLNE VYUŽITIE BIOMARKEROV ASOCIOVANÝCH S ANEURYZMOU ABDOMINALNEJ AORTY

MUDr. Katarína BABÍKOVÁ

Klinika všeobecného lekárstva UPJŠ LF a nemocnice AGEL Košice-Šaca

Aneurizma abdominálnej aorty (AAA) je po ateroskleróze aorty druhým najčastejším ochorením aorty a považuje sa za tretiu najčastejšiu príčinu náhleho úmrtia mužov starších ako 60 rokov. AAA definujeme ako lokalizovanú dilatáciu, pri ktorej je priemer aorty väčší ako 3 cm alebo rozšírenie presahujúce 1,5–násobok suparenálneho priemeru aorty. Toto ochorenie progreduje pomaly a väčšinou asymptomaticky, pričom jej ruptúra zvyčajne býva prvým príznakom. Nápomocné v diagnostike, sledovaní a z prognostického hľadiska by mohli byť biomarkery detegované v krvi pacienta. Biomarkery pritiahli veľkú pozornosť za posledné desaťročie v oblasti AAA a sú definované ako merateľné molekuly (proteíny a metabolické produkty), ktoré v danom čase vyjadrujú špecifický biologický proces v organizme. Aby bol biomarker užitočný, mal by byť schopný odhaliť samotné ochorenie alebo vyjadriť stupeň progresie ochorenia. Objavenie senzitívnych a špecifických biomarkerov AAA, prípadne ich kombinácie by mohlo pomôcť včasnej diagnostike

subklinickej AAA, jej veľkosť, rýchlosť expanzie a riziko ruptúry. Poznanie mechanizmu patogenézy by mohlo byť využité pre účinnú farmakologickú inhibíciu rastu AAA. Špecifická terapia v inhibícii progresie rastu resp. stabilizácie rozmeru aneuryzmy abdominálnej aorty neexistuje, dôležité je sledovanie pacienta, eliminácia rizikových faktorov a príprava pacienta na chirurgický alebo endovaskulárny výkon.

Kľúčové slová: biomarkery, aneurizma abdominálnej aorty

SESTERSKÁ SEKCIA

BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK SEKcie AMBULANTNÝCH SAPA

ABSTRAKT Č. 51

ANALÝZA TELESNÉHO ZLOŽENIA POMOCOU SEGMENTÁLNEJ MULTIFREKVENČNEJ BIOELEKTRICKEJ IMPEDANCIE A JEJ VYUŽITIE V KLINICKEJ PRAXI

doc. MUDr. Peter MINÁRIK, PhD., MSc., MPH^{1, 2, 3}

¹ Biomedicínske centrum SAV, Bratislava

² Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava

³ Inštitút prevencie a intervencie, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

Ludské telo sa skladá zo štyroch základných telesných zložiek, a to celkovej telesnej vody, bielkovín, minerálnych látok a tuku. Pomer medzi týmito štyrmi zložkami v tele úzko súvisí s ľudským zdravím, ale líši sa aj podľa pohlavia, veku a individuálnych vlastností rôznych jedincov.

Analýza telesného zloženia je kvantitatívna diagnostika telesných zložiek a poskytuje základné informácie o stavbe a tela. V posledných desaťročiach sa vyvinuli a zdokonalili techniky, ktoré dokážu analyzovať zloženie tela na základe elektrických vlastností biologických tkanív.

Bioelektrická impedančná analýza (BIA) má oproti iným metódam mnoho výhod v tom, že je bezpečná, rýchla, ľahko sa vykonáva a vyžaduje iba minimálnu odbornú prípravu obsluhy. Preto sa táto technika začala široko používať v nemocniciach, zdravotníctve, fitnes centrách a v terénnych štúdiách. Bioelektrická impedančná analýza je metóda na kvantifikáciu zloženia tela zavedením elektrického prúdu do tela. Impedanciu možno vypočítať meraním elektrického prúdu a elektrického napätia, na základe Ohmovho zákona ($R = V/I$). Pretože voda sa považuje za jedinou zložku tela, ktorá je

pri prechode prúdu telom elektricky vodivá, dá sa merať impedancia vody v organizme. Podľa hodnoty impedancie sa vypočíta objem telesnej vody. Klinické využitie konvenčnej BIA na zisťovanie akútnych alebo chronických zmien v telesného zloženia môže byť obmedzené z dôvodu lokalizovanej akumulácie alebo naopak straty telesných tekutín, ako aj neschopnosti presne posúdiť rozdelenie medzi intracelulárnou vodou (ICW) a extracelulárnou vodou (ECW). Z uvedených limitujúcich dôvodov mala BIA ťažkosti pri použití najmä u starších ľudí, detí alebo športovcov.

Segmentálne a multifrekvenčné merania telesného zloženia. Postupne však vznikli technológie, ktoré prekonal obmedzenia starších BIA prístrojov. Analýzy kvalitných BIA analyzátorov využívajú metódu **segmentového merania**, pri ktorom sa uskutočňujú osobitné merania piatich telesných valcov, a to štyroch končatín a jedného trupu, pričom sa impedancia týchto častí meria samostatne. Segmentácia tela poskytuje segmentové meranie telesnej vody a beztukovej hmoty. Segmentálna analýza je veľmi presná, pretože nameraná hodnota jedného segmentu tela neovplyvňuje



merania ostatných segmentov. Navyše nerovnomerná distribúcia vody v tele má pri použití starších technológií za následok nepresné merania a potrebu nepresností kompenzovať empirickými odhadmi. Nové generácie BIA analyzátorov využívajú preto technológiu paralelnej multi-frekvenčnej analýzy telesného zloženia, ktorá zabezpečuje vysokú presnosť merania bez nutnosti využívať empirické odhady. Ich technologickú presnosť potvrdilo viacero klinických štúdií a výskumných prác.

Tvar tela určuje pomer medzi beztukovou hmotou (Fat-free Mass, FFM) a tukovou hmotou (Fat Mass, FM). Beztuková hmota zahŕňa všetky telesné zložky okrem tuku, t.j. svaly, kosti, orgány, tekutiny a ďalšie tkanivá. Pravidelným cvičením a zdravou, vyváženou stravou sa dá dosiahnuť a udržať vyvážený pomer FFM a FM. Beztuková hmota sa skladá z vody, bielkovín a minerálnych látok. Bielkoviny sú hlavnou zložkou svalovej hmoty a celkové množstvo bielkovín a svalovej hmoty má zásadný vplyv na rýchlosť bazálneho metabolizmu (*Basal Metabolic Rate, BMR*). Rôzni jedinci môžu mať pri tej istej celkovej telesnej hmotnosti rôzny pomer týchto telesných zložiek. Dostať sa k množstvu beztukovej hmoty je predpokladom dobrej fyzickej zdatnosti.

Telesná voda je dôležitou zložkou telesného zloženia a základným ukazovateľom zdravotnej kondície. 50 až 70 % celkovej telesnej hmotnosti človeka tvorí voda. Najviac telesnej vody obsahuje beztuková hmota, ktorú tvorí približne 73 % vody. Viac telesného tuku znamená menej telesnej vody. So zvyšujúcim sa obsahom tuku percento beztukovej hmoty, a teda aj telesnej vody klesá. Čím aktívnejší je metabolizmus rôznych telesných orgánov, tým viac vody je v ich bunkách. To je jeden z dôvodov, prečo svalová hmota obsahuje oveľa viac vody ako tuková hmota.

Telesný tuk je zásobárňou nadbytočnej energie, získanej z konzumovanej stravy, ktorá sa v prípade potreby využíva ako zdroj energie. Okrem toho fosfolipidy, cholesterol a esenciálne masné kyseliny sú dôležitými zložkami bunkovej membrány. Telesný tuk je preto takisto jednou z kľúčových zložiek organizmu. Štandardné množstvo telesného tuku u mužov je $15\% \pm 5\%$ z celkovej hmotnosti a u žien $23\% \pm 5\%$ z celkovej hmotnosti.

Body Mass Index (BMI) je parameter, ktorý sa vypočíta z telesnej hmotnosti (kg) vydelenej štvorcom výšky (m^2). BMI je najjednoduchšou formou posudzovania stavu výživy. Aj napriek tomu, že sa BMI dodnes používa ako konvenčný štandard diagnostiky obezity alebo malnutrie a má široké uplatnenie v oblasti všeobecnej medicíny, dietológie i športovej medicíny, je táto metóda nepresná pri posudzovaní telesného zloženia, a to predovšetkým u detí, seniorov nad 65 rokov, ako aj tehotných žien. Veľmi nedokonalá je aj pri posudzovaní telesného zloženia ľudí s obezitou. Iba meranie telesného zloženia a výpočet percenta telesného tuku metódou BIA umožňuje odhaliť obezitu s nedostatočnou svalovou hmotou (**sarkopenická obezita**).

Vyvážený pomer beztukovej a tukovej hmoty je podmienkou dobrého zdravotného stavu. Zdravý človek v dobrej fyzickej kondícii si udržiava vyvážené telesné zloženie. Ak sa táto rovnováha naruší, môže dôjsť k obezite, podvýžive, edémom alebo osteoporóze. Analýza telesného zloženia pomocou BIA má svoj význam predovšetkým v preventívnej medicíne, pretože poskytuje základné informácie pre posúdenie vhodnej fyzickej aktivity a stravovacích vzorcov potrebných na dosiahnutie resp. zlepšenie životného štýlu. Môže však byť takisto užitočná pri posudzovaní stavu výživy a telesného zloženia u pacientov liečených na rôzne ochorenia.

Záver ESPEN k BIA (European Society of Parenteral and Enteral Nutrition): BIA je jednoduchá, neinvazívna, prenosná a lacná metóda analýzy telesného zloženia a môže sa vykonávať u takmer všetkých ľudí. Metodické usmernenia ESPEN uvádzajú výsledky rôznych klinických štúdií určovania beztukovej hmoty (FFM), telesného tuku (BF), hmotnosti telesných buniek (BCM), celkovej telesnej vody (TBW), extracelulárnej vody (ECW) a intracelulárnej vody (ICW) u zdravých i chorých osôb. Dostupné údaje naznačujú, že analýza telesného zloženia metódou BIA funguje dobre u zdravých osôb aj u pacientov so stabilnou rovnováhou vody a elektrolytov. Na analýzu a klinické využitie BIA pri subjektoch s extrémnymi hodnotami BMI alebo s abnormálnou hydratáciou možno na rutinné hodnotenie telesného zloženia pomocou BIA odporúčať validované metodiky BIA s použitím multi-frekvenčných segmentálnych BIA algoritmov. V prednáške uvedieme niekoľko príkladov praktického klinického využitia analýzy telesného zloženia metódou BIA nielen pri komplexnom terapeutickom manažmente obezity a malnutrie, ale aj pri liečbe niektorých onkologických chorôb.

Kľúčové slová: analýza telesného zloženia, bioimpedančná analýza, BIA, segmentálna multi-frekvenčná bioelektrická impedancia, telesná voda, telesný tuk, beztuková hmota, tuková hmota, bazálny metabolizmus, Basal Metabolic Rate, BMR, obezita, malnutricia, onkologické choroby

Autodidaktický test (AD test):

Body Mass Index (BMI) je parameter, ktorý sa vypočíta z telesnej hmotnosti (kg) vydelenej štvorcom výšky (m^2), pričom platí nasledujúce tvrdenie (označte správnu odpoveď):

- Výpočet BMI patrí stále medzi konvenčný štandard diagnostiky obezity alebo malnutrie a má široké uplatnenie v oblasti všeobecnej medicíny, dietológie i športovej medicíny, a to najmä preto, lebo sa pokladá za presnú metódu pri posudzovaní telesného zloženia.
- BMI (kg/m^2) je u pacientov s obezitou rovnako presnou metódou pri posudzovaní kardio-metabolických rizík ako obvod pásu (cm).
- Aj napriek tomu, že výpočet BMI patrí stále medzi konvenčný štandard diagnostiky obezity alebo malnutrie a má široké uplatnenie v oblasti všeobecnej medicíny, dietológie i športovej medicíny, je táto metóda nepresná pri posudzovaní telesného zloženia, a to predovšetkým u detí, seniorov nad 65 rokov a tehotných žien. Nedokonalá je aj pri posudzovaní telesného zloženia ľudí s obezitou – umožňuje napríklad odhaliť sarkopenickú obezitu.

BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK FZ KU RUŽOMBEROK, VŠ ZASP SV. ALŽBETY, DETAŠOVANÉ PRACOVISKO ROŽŇAVA A SK SAPA

ABSTRAKT Č. 52

PREVENTÍVNE PREHLIADKY Z POHĽADU SESTRY V RÁMCI LEGISLATÍVNYCH A ZMLUVNÝCH PODMIENOK

Katarína KOVÁČSOVÁ

Duo medical, s. r. o. Pezinok

Preventívna prehliadka je základným pilierom všeobecného lekárstva. Je rámcovo ohraničená legislatívou a zmluvnými podmienkami definovanými jednotlivými zdravotnými poisťovňami. Benefity pre pacientov sú dobrým motivačným nástrojom. V prezentácii popisujem všetky

úkony, ktoré sa vykonávajú v moderne fungujúcej ambulancii so zameraním aj na komplexné vykazovanie zdravotnej starostlivosti.

Kľúčové slová: preventívna prehliadka, legislatíva, sestra

BLOK FAKULTY VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA SZU BRATISLAVA A VŠZAASP SV. ALŽBETY BRATISLAVA

ABSTRAKT Č. 53

RIZIKOVÉ FAKTORY PERIFÉRNEHO ARTÉRIOVÉHO OCHORENIA

MUDr. Katarína DOSTÁLOVÁ, PhD. MPH.¹, Mgr. Daniela HAJNALOVÁ²,
prof. MUDr. Katarína GAZDÍKOVÁ, PhD., MBA.¹, prof. MUDr. Mária BELOVIČOVÁ, PhD.¹,
doc. MUDr. Štefánia MORICOVÁ, PhD. MPH.¹

¹ SZU, Bratislava² Nemocnica akademika L. Déregera, UNB, Bratislava

Periférne artériové ochorenie (PAO) zahŕňa obliterujúce ochorenia končatinových artérií, ale aj iných tepnových riečísk, s výnimkou tepien, ktoré vedú krv priamo do alebo zo srdca. PAO znižuje kvalitu života, môže viesť k amputácii končatiny. PAO končatinových artérií predstavuje „vaskulárnu časť“ kardio-vaskulárnych ochorení. Výskyt PAO sa pohybuje medzi

5–10% u populácie nad 60 rokov. Najčastejšou príčinou artériovej oklúzie je ateroskleróza. Ateroskleróza je systémové ochorenie, preto je zrejmé, že prítomnosť PAO tak zvyšuje riziko vzniku infarktu myokardu, cievnej mozgovej príhody a náhlejšej smrti. Často majú pacienti závažne postihnuté dve či tri artériové riečiská. Dôsledným manažmentom rizikových faktorov



sa u predisponovaných pacientov dá týmto náhlym udalostiam predchádzať. Spoločným cieľom všeobecného lekára a angiológa v liečbe PAO je prevencia vývoja kritickej končatinovej ischémie, amputácie končatiny, ako aj fatálnych kardio-vaskulárnych príhod.

Jedným z dôležitých míľnikov rozvoja všeobecného lekárstva v Slovenskej republike za posledné desaťročie je aj začlenenie merania členkovo-ramenného indexu ABI (ABI = ankle-brachial index) pomocou automatického prístroja oscilometrickou metódou do výkonov preventívnej prehliadky (dg Z00.0) u pacientov s rizikovými faktormi nad 50 rokov a u všetkých pacientov nad 60 rokov. Vyšetrenie tak rozširuje možnosti všeobecného lekára pri skriningu PAO a stanovení kardio-vaskulárneho rizika. Vyšetrenie pomocou automatického prístroja oscilometrickou metódou konvenuje prevádzke ambulancie všeobecného praktického lekára a je spoľahlivé v skriningu PAO. Sestra sa významne podieľa v ambulancii všeobecného lekára na realizácii stanovenia ABI.

Vyšetrenie svojou nenáročnosťou, senzitivitou a špecificitou spĺňa kritéria skríningovej metódy podľa Svetovej zdravotníckej organizácie. Pomer členkového a ramenného tlaku krvi – ABI spoľahlivo potvrdí alebo vylúči postihnutie ciev končatín. Hodnota ABI < 0,9 potvrdzuje diagnózu PAO a zároveň deteguje PAO u asymptomatických pacientov – bez klaudikácií. Patologicky znížená hodnota ABI potvrdzuje vaskulárnu etiológiu bolesti dolných končatín a umožňuje posúdenie závažnosti ochorenia.

Všeobecný praktický lekár je rozhodujúci v určení spôsobu a miery zdravotnej starostlivosti, preto by mal racionálne naložiť s výsledkami merania ABI s kritickým náhľadom, čo je náročná intelektuálna práca. Všeobecný lekár by mal na PAO myslieť aj u pacientov s diabetes mellitus, ktorí kvôli polyneuropatii nemajú

klaukácie, rovnako u ťažšie či vôbec nehyblivých pacientov, ktorí nevyvinú dostatočne veľkú námahu, ktorá by demaskovala klaudikácie. Práve u týchto dvoch skupín je objavenie sa nehojaceho sa dekubitu či inej nehojacej sa rany na nohách crux medicorum, ktorý kruto zasiahne pacienta, jeho blízkych či opatrovateľov.

Sestra v ambulancii všeobecného lekára významne participuje na edukácii pacienta zameranej na ovplyvnenie rizikových faktorov aterosklerózy. Manažment rizikových faktorov aterosklerózy a liečbu u pacientov s PAO môžeme zhrnúť nasledovne:

Tabuľka č. 1: Manažment pacienta s PAO (Dostálová, 2018)

1. Zanechanie fajčenia tabaku (aktívne aj pasívne) je najúčinnnejšia endotelprotektia.
2. Dôsledné sledovanie a liečba arteriálnej hypertenzie – problémom je dosiahnutie cieľových hodnôt TK kvôli neadherencii pacienta k liečbe, nedostatočným dávkam, nevyužívaniu kombinovanej antihypertenzívnej liečby.
3. Dôsledný manažment hyperlipoproteínémie – základom je diétny režim, liečba statínmi, fibrátmi, ich kombinácia. U vysokorizikových pacientov, ktorí nedosahujú cieľové hodnoty LDL-C pri liečbe statínom alebo netolerujú statín, je nádejná biologická liečba.
4. Dlhodobá metabolická kompenzácia diabetu je nevyhnutnou súčasťou liečby. Cieľová hodnota je HbA1c ≤ 6,5% podľa DCCT (The Diabetes Control and Complications Trial), alebo ≤ 53 mmol/mol IFCC (International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine)
5. Počas celého života všeobecný lekár sleduje hmotnosť pacienta, BMI ako aj telesnú zdatnosť a snaží sa usmerniť pacienta v jej optimalizácii.

6. Dôležitá je motivácia pacienta v jeho pohybových aktivitách. Pohybová liečba spočíva v systematickom zaťažovaní svalových skupín, ktoré sa nachádzajú distálne od uzáveru tepny. Cieľom pohybovej aktivity u pacientov s PAO je zväčšenie kapacity kolaterálneho obehu. Svalová činnosť vyvoláva pri tepnových obliteráciách zvýšenie rýchlosti prúdenia v kolaterálach a rast kolaterál. Okrem stimulácie prestavby kolaterál pozitívny je aj tréningový efekt, zlepši sa koordinácia, svalový metabolizmus. Intervalový svalový tréning pod supervíziou by mal byť súčasťou iniciálnej fázy liečby u všetkých pacientov s PAO 3× týždenne počas 3 mesiacov, čo je najefektívnejšie (stupeň dôkazu A podľa TASC II). Maximálny efekt kinezioterapie je badateľný po 4 týždňoch. Klaukacia interval sa ustáli po 3 mesiacoch liečby. Veľké štúdie dokázali zvýšenie bezbolestnej klaukacie vzdialenosti o 30 – 150% len vďaka pravidelnému tréningu chôdzou. Kinezioterapia spolu s farmakologickou liečbou môžu byť v klaukacnom štádiu pre pacienta rovnako prospešné ako bypasová chirurgia alebo angioplastika.

7. Na zmiernenie subjektívnych príznakov a predĺženie klaukacie vzdialenosti máme k dispozícii napr. naftidrofuryl. Je potrebné si však uvedomiť, že k dokázateľnému predĺženiu klaukacie vzdialenosti dochádza až pri dávkovaní 600 mg denne.

s PAO a práve jemu prináleží dôležitá úloha v manažmente rizikových faktorov aterosklerózy, v čom mu je sestra významne nápomocná.

Vďaka dôslednému manažmentu PAO v ambulancii všeobecného lekára v súčinnosti s angiológom predídeme vývoju kritickej končatinovej ischémie, amputácii končatiny ako aj závažným kardio-vaskulárnym príhodám, čím sa výrazne zlepši kvalita života našich pacientov.

Kľúčové slová: periférne artériové ochorenie, rizikové faktory aterosklerózy, prevencia, všeobecný lekár, angiológ

Uvažovanie o revaskularizačnej liečbe – rádiointervencia či bypasová chirurgia je už v pôsobnosti angiológa, avšak vzhľadom na nové kompetencie všeobecného lekára v realizácii predoperačných vyšetrení by mali viesť k zodpovednému informovaniu pacienta a jeho príbuzných či je vzhľadom na celkový stav pacient takúto liečbu schopný podstúpiť.

Všeobecný lekár nesie v každej fáze svoj podiel zodpovednosti v starostlivosti o pacientov

TROMBÓZA CESTOVATEĽOV – MOŽNOSTI PREVENČIE

MUDr. Katarína DOSTÁLOVÁ, PhD. MPH.¹, Mgr. Daniela HAJNALOVÁ²,
prof. MUDr. Katarína GAZDÍKOVÁ, PhD., MBA.¹, MUDr. Peter MAKARA, MPH³,
prof. MUDr. Mária BELOVIČOVÁ, PhD.¹, doc. MUDr. Štefánia MORICOVÁ, PhD. MPH¹

¹ SZU, Bratislava

² Nemocnica akademika L. Déreza, UNB, Bratislava

³ MEDI-PARMA, s. r. o. Snina, Prezident SSVPL

Okolnosti spojené s imobilizáciou podporujúce stázu krvi, ako sú paralýza, uloženie na lôžko, naloženie sadrovej dlahy, zdĺhavé cestovanie či uviaznutie v dopravnej zápche. Všetky tieto situácie spája negatívne ovplyvnenie resp. vyradenie svalovej pumpy.

Trombóza cestovateľov (v súčasnosti najpoužívanejšie označenie) sa však týka nielen leteckej dopravy, ale aj dopravy autobusom, autom či dlhotrvajúceho kultúrneho podujatia alebo uviaznutia v dopravnej zápche, ako sa to zistilo v roku 1995 vo Francúzsku počas 3-týždňového štrajku dopravy (Eschwège, 1996). Od päťdesiatych rokov minulého storočia je známe, že cestujúci lietadlom, vlakom, autobusom alebo autom sú vystavení vyššiemu riziku venózneho tromboembolizmu (VTE), keď sedia viac ako štyri hodiny. Potvrdil to aj projekt WRIGHT (výskum WHO týkajúci sa všeobecného nebezpečenstva cestovania). Rovnako je známe, že VTE súvisí s vekom. Nízka incidencia približne cca 1/10 000 jedincov/rok pred štvrtou dekadou života, s rýchlym nárastom po 45. roku života a vysokou incidenciou 5-6/1000 jedincov/rok vo veku 80 rokov.

Prvé štyri prípady cestovateľskej trombózy popísal Homans (Homans, 1954). Od roku 1988 je trombóza spôsobená dlhým cestovaním známa pod názvom economy class syndrome (Criuckshank, 1988) alebo jet leg syndrome. Rozhodujúca je dĺžka letu. Pri letoch nad 5 000 km je výskyt pľúcnej embólie 1,5 na

1 000 000 cestujúcich, pričom pri letoch do 5 000 km je to 0,01. Iní autori považujú za rozhodujúce trvanie nad 4 hodiny. Riziko vzniku flebotrombózy je pri ceste trvajúcej viac ako 4 hodiny 3,98- násobne vyššie než pri ceste kratšej ako 4 hodiny (Ferrari, 2002). Za cestovateľskú trombózu sa považuje trombóza vzniknutá do 4 týždňov od ukončenia letu. Časť z týchto trombóz zostáva klinicky nemá. Asi 10 % cestovateľov bez preventívnych opatrení má dokázateľné sonografické známky flebotrombózy (Scurr, 2001). V patofyziológii zohráva rozhodujúcu rolu venostáza pri tlaku sedadla na lýtkové a stehnové svaly, k čomu sa pripája dehydratácia (znížený príjem tekutín, diuretický efekt alkoholu, pokles relatívnej vlhkosti vzduchu) a hypoxia (zníženie endotelálnej fibrinolýzy počas poklesu tlaku atmosférického kyslíka (Simons, 1996).

Čo treba robiť v prevencii venózneho tromboembolizmu spojeného s cestovaním? Pri dlhých cestách (6 hodín a viac) autom, autobusom, vlakom, lietadlom je nutné dodržiavať nasledovné opatrenia:


Tabuľka č. 1: Prevencia trombózy cestovateľov (Dostálová, cievy.sk)

1. Pri objednávaní letenky si žiadajte miesto v uličke, aby ste sa mohli pravidelne poprechádzať a nemali zábrany, že budete pritom obťažovať spolucestujúcich. K sedeniu v lietadle je nutné pripočítať sedenie v odletovej hale, ktoré sa môže pri meškajúcich letoch značne predĺžiť a byť dokonca dlhšie ako samotný let. Občasnou prechádzkou je nutné sa tomuto vyhnúť.
2. Každú štvrt hodinu si precvičte nohy (krúženie v členku, hýbanie prstami, striedavé napínanie a uvoľňovanie lýtkového svalstva).
3. Dlhé cesty autom prerušte každé dve hodiny prestávkami, ktoré využijete na prechádzku.
4. Dbajte na hydratáciu organizmu. Riziko pre vznik trombózy predstavuje nízky príjem tekutín, často zámerný, aby sme nemuseli prerušiť cestu vyhľadávaním toalety. Nebezpečný môže byť aj príjem alkoholu (na prekonanie strachu z letu) a príjem samotnej kávy a čaju, ktoré majú močopudný účinok.
5. Faktormi, ktoré prispievajú k vzniku trombózy počas letu je nízka vlhkosť vzduchu a nižší tlak vzduchu v kabíne lietadla, čomu sa však nedá vyhnúť.
6. Nepohodlie a strach z cestovania v stiesnenom priestore sa niektorí cestujúci snažia prekonať užitím liekov na upokojenie a na spanie (sedatíva a hypnotiká), čo nie je dobré riešenie. Utlmenie a spánok spôsobujú nedostatok pohybu.
7. Opatrné opaľovanie je nutné pri predchádzaní rakoviny kože, ale aj predchádzaní vzniku trombózy. Vyhnite sa najprudšiemu slnku počas obedňajších hodín. Najlepšie je rešpektovať siestu, ako to robí domáce obyvateľstvo už dlhé stáročia. Pri pobyte na slnku je vhodné sa ochladzovať – hlavne nohy, napríklad sprchou, mokrým uterákom, plávaním. Vhodné je ľahnúť si viackrát počas dňa a nohy umiestniť do zvýšenej polohy.

Pacienti s viacerými rizikovými faktormi alebo starší pacienti s ochorením žíl, by sa mali pred plánovanou dlhšou cestou poradiť so svojím lekárom. Ten by ich mal informovať o základných opatreniach alebo zvážiť odbornú konzultáciu u špecialistu. Cieľom je, aby cestovanie

prispelo ku kvalite života, zvýšilo odolnosť pacienta, a nie skomplikovalo zdravotný stav.

Kľúčové slová: venózný trombembolizmus, trombóza cestovateľov, prevencia

ABSTRAKT Č. 55

AKO VPLÝVA VÝŽIVA NA DUŠEVNÉ ZDRAVIE OBÉZNÝCH PACIENTOV?

prof. MUDr. Mária BELQVIČOVÁ¹, PhD.,
MUDr. Katarína DOSTÁLOVÁ, PhD. MPH², doc. MUDr. Štefánia MORICOVÁ, PhD. MPH²

¹ FVZ SZU, Bratislava

² VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava

Obezita – rizikový faktor pre vznik niektorých duševných chorôb. U pacientov s obezitou sa častejšie prejavujú symptómy depresie, úzkosti, stresu. Zlé duševné rozpoloženie vedie

k väčšiemu príjmu stravy a nárastu hmotnosti. Pri komunikácii s obéznymi pacientami musí byť uplatňovaná schopnosť v oblasti komunikácie a psychológie.

Správne zloženie jedálneho lístka môže pomôcť v boji s obezitou a mať pozitívny vplyv na psychiku človeka. Adekvátny príjem vitamínov skupiny B je nevyhnutný pre správnu funkciu mozgu. Nedostatok omega-3 PUFA, vitamínu D spôsobuje vyššie riziko depresie. Úprava stravy v zmysle: vyšší príjem celozrnných obilnín, ovocia, zeleniny, rýb, ľubovoľné mäso, vajčka, orechy, olivový olej, menšia konzumácia vyprážaných pokrmov, rýchleho občerstvenia, sladených nápojov

a sladkých i slaných pochutín – zlepšuje celkový duševný stav pacientov s obezitou. Výživa – pomocný nástroj v liečbe a prevencii nielen obezity, ale aj duševných ochorení (depresia, úzkosť). K zlepšeniu duševného zdravia pacientov s obezitou prispieva aj redukcia stigmy.

Kľúčové slová: obezita, výživa, duševné zdravie, stigma, emočné jedenie

ABSTRAKT Č. 56

FLUKTUÁCIA SESTIER AKO PROBLÉM STABILIZÁCIE PRACOVNEJ SILY V ZDRAVOTNÍCTVE

doc. PhDr. Mária POPOVIČOVÁ, PhD., MBA. *mim. Prof.*

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave

Úvod: Povolanie sestier je jedným z najnáročnejších a ich prácu ohrozuje viacero negatívnych faktorov. Jedným negatívnym faktorom je aj fluktuácia sestier. Nedostatok sestier je v súčasnosti veľmi silne rezonujúcou témou. Fluktuácia sestier je fenoménom súčasnosti a má významný vplyv na plynulé fungovanie zdravotníctva

Súbor a cieľ výskumu: Vzhľadom nato cieľom výskumu bolo zistiť príčiny fluktuácie sestier. Taktiež sme zisťovali závislosť medzi jednotlivými príčinami a úvahami sestier o zmene zamestnania a zmapovali sme faktory, ktoré súvisia s fluktuáciou sestier,

Metodika: Pre získanie potrebných informácií sme využili existujúcu dostupnú odbornú literatúru a neštandardizovaný dotazník. Respondentov výskumu bolo 158 sestier pracujúcich na lôžkových oddeleniach. Údaje sme spracovali metódami deskriptívnej a induktívnej štatistiky prostredníctvom tabuľkového kalkulatora Microsoft Excel a štatistického programu

SPSS 26. Na zisťovanie súvislosti medzi premennými sme použili Spearmannov koeficient s hladinou významnosti 0,05.

Výsledky: Z výsledkov výskumu vyplýva, že miera fluktuácie sestier stúpa, ak klesá spokojnosť s pracovnými podmienkami a taktiež spokojnosť s technickým a materiálным vybavením pracoviska. Fluktuácia narastá spolu s neuspokojivým finančným ohodnotením práce sestier. Tendencie sestier k fluktuácii znižuje motivácia od nadriadeného a stúpajúci vek sestier.

Záver: V každej organizácii je princípom a úlohou odmeňovacieho systému prilákať potrebný počet uchádzačov o povolanie, stabilizovať kvalitných zamestnancov, odmeňovať pracovníkov za lojalitu, skúsenosti, výsledky, úsilie, dosiahnutie konkurencie. Preto je veľmi dôležité, aby zamestnávateľ vytváral také pracovné podmienky, ktoré tieto faktory eliminujú a tým podporoval spokojnosť v zamestnaní. Je teda na kompetentných, aby sa zaoberali zlepšovaním podmienok v našich zdravotníckych

zariadeniach a tým znižovali fluktuáciu erudovaných sestier.

Kľúčové slová: fluktuácia, sestra, zdravotnícke zariadenie, výskum

ABSTRAKT Č. 57

FAKTORY OVPLYVŇUJÚCE SOCIÁLNU OSAMELOSŤ U ĽUDÍ PO AMPUTÁCIÍ DOLNEJ KONČATINY

doc. RNDr. Mgr. Daniela BARKASI, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a SP sv. Alžbety Bratislava, Ústav bl. Metoda D. Trčku Michalovce

Teoretické východiská: Sociálna osamelosť je jav, ktorý nepriaznivo ovplyvňuje kvalitu života človeka. Má úzky súvis s fyzickým a psychickým zdravím. Amputácia dolnej končatiny znamená z hľadiska holistického významný zásah do celistvosti človeka. Je veľmi dôležité venovať zvýšenú pozornosť tomuto javu práce v tejto cieľovej skupine.

Cieľ: Cieľom nášho výskumu bolo zistiť mieru prežívanej sociálnej osamelosti u ľudí po amputácii dolnej končatiny. Čiastkovými cieľmi nášho výskumu bolo zistiť rozdiely v miere prežívanej sociálnej osamelosti u týchto ľudí z pohľadu pohlavia, rodinného stavu, vzhľadom na čas od amputácie a z pohľadu dosiahnutého vzdelania

Metódy: V našom výskume sme použili kvantitatívnu stratégiu – štandardizovaný dotazník, ktorý obsahoval aj sociodemografické otázky. Výskumnú vzorku tvorili pacienti Národného rehabilitačného centra v Kováčovej, ktorí boli po amputácii dolnej končatiny.

Výsledky: Zistili sme, že najvyššia miera prežívanej sociálnej osamelosti bola zistená v romantickej subškále a najmenej osamelí sa cítia v rodinnej subškále, v romantickej subškále dominovali skupina mužov, vdovec/voda, čas od amputácie 1–5 rokov, v sociálnej subškále dominovali skupina žien, vdovec/voda, čas od amputácie menej ako 1 rok, v rodinnej subškále dominovali skupina žien, rozvedený/slobodný. Vzdelanie je faktor ovplyvňujúci sociálnu

osamelosť, čo naznačuje, že čím je nižšie vzdelanie, tým je vyššia miera sociálnej osamelosti.

Záver: Amputácia dolnej končatiny ovplyvňuje človeka po fyzickej i psychickej stránke a predstavuje z holistického hľadiska významný zásah do celistvosti človeka. Z nášho výskumu vyplynulo, že je dôležité venovať zvýšenú pozornosť prevencii ochorení, ktoré môžu viesť ku amputácii končatiny a taktiež je veľmi dôležité byť oporou týmto ľuďom.

Kľúčové slová: sociálna osamelosť, amputácia dolnej končatiny, obezita, diabetes mellitus



ABSTRAKT Č. 58

SENTINELOVÁ UZLINA A RAKOVINA PRSNÍKA

doc. PhDr. Jozef BABEČKA, PhD.

Katolícka univerzita Ružomberok, Fakulta zdravotníctva

Ústredná vojenská nemocnica SNP– FN, Klinika nukleárnej medicíny, Ružomberok

Úvod: Detekcia sentinelovej uzliny pri rakovine prsníka popisuje jedno z vyšetrení odboru nukleárnej medicíny, vykonávané predovšetkým v spojení s detekciou sentinelovej uzliny a ďalších spádových lymfatických uzlín.

Cieľ: Cieľom je zistiť najčastejší vek žien, ktoré boli vyšetrené za účelom detekcie sentinelovej uzliny. Ďalej zistiť najčastejšie množstvo detegovaných sentinelových uzlín a tým potvrdiť prínos tohto vyšetrenia.

Súbor a metodika: Súbor tvorilo 72 žien s najčastejšou diagnózou C504 ZN (zhubný novotvar v hornom vonkajšom kvadrante prsníka) a s diagnózou N63 (neurčitá hrčka v prsníku)

v čase január 2021 – december 2022 prostredníctvom retrospektívnej štúdie a analýzy dokumentácie a nemocničného informačného systému NIS.

Výsledky: U 35 žien bola vždy detegovaná aspoň jedna sentinelová uzlina. To ukazuje, že scintigrafické vyšetrenie sentinelovej uzliny má vysokú senzitivitu, minimálne jedna uzlina sa zobrazila takmer vo všetkých prípadoch.

Záver: Záver príspevku je venovaný aktivite rádiofarmaka 99mTc–MIBI.

Kľúčové slová: sentinelová uzlina, rakovina prsníka, rádiofarmakum

ABSTRAKT Č. 59

KEĎ SESTRA MOTIVUJE Z PERSPEKTÍVY PACIENTA...

PhDr. Tatiana HUDÁKOVÁ, PhD., MPH^{1,2}, doc. PhDr. Mária POPOVIČOVÁ, PhD, MBA, mim. Prof.³

¹ NsP Trebišov, a. s., OAMIS

² Stredná zdravotnícka škola Michalovce

³ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv Alžbety v Bratislave

Úvod: Crohnova choroba je autoimunitné chronické ochorenie tráviaceho traktu. Spôsobuje zápalové procesy v rôznych častiach tráviacej sústavy, najčastejšie však v oblasti spojenia tenkého a hrubého čreva. Preniká hlboko do vrstiev postihnutého tkaniva a môže mať bolestivý a oslabujúci priebeh so život ohrožujúcimi komplikáciami. Najčastejšie sa prejavuje bolesťami brucha, dlhotrvajúcou hnačkou, ale aj únavou a úbytkom hmotnosti, až podvýživou. Častou komplikáciou je nutnosť vyvedenia stómie, ktorá pre pacienta predstavuje celú

paletu psychosociálnych zmien, ktoré môžu významne ovplyvniť kvalitu jeho života.

Cieľ: Cieľom príspevku je snaha poukázať na význam svojpomocných skupín a združovanie sa ľudí s daným ochorením. Na základe ka-
zuistiky pacienta (povolaním sestra) predložiť zaujímavý životný príbeh motivujúci pacientov s týmto ochorením.

Metodika: Využitá bola metóda opisu prípadu a životného príbehu pacienta s Crohnovou chorobou.



Výsledky: Svojpomocné skupiny sú malé skupiny dobrovoľne sa združujúcich ľudí s podobnými zdravotnými a životnými problémami. Spoločným prežívaním situácii a vzájomnou emocionálnou podporou nachádzajú jednoduchšie riešenie svojho zložitého zdravotného alebo sociálneho stavu. Ich hlavnou zásadou je: „pomáhaním druhému pomáham i sebe“ (Bártlová, S., Matulay, S., 2009). Každá skupina zameraná na svojpomoc má spoločné charakteristiky: rovnaký, spoločný osud, skúsenosť, symptóm, stav alebo postihnutie členov, možnosť poskytnutia vzájomnej pomoci (zdravotníckej, emocionálnej, právnej, technickej, administratívne – sociálnej a pod.), vzájomné poskytovanie informácií, rád a sprostredkovanie odborných poznatkov, osobná účasť, individuálna zainteresovanosť každého člena. Je charakteristická nehierarchickou štruktúrou, rovnocennosťou a rovnoprávnosťou členov, je zdrojom posilňovania ega, zdrojom pre zlepšenie psychologického fungovania, miestom poskytovania emocionálnej podpory, umožňuje byť sebestačným, autonómny, spoliehať sa na vlastné sily, v skupine sa uplatňuje „princíp pomáhajúceho“ – na pomoci druhého najviac získava ten kto pomoc poskytuje, pretože ho to posilňuje a podporuje v žiadúcom konaní, vymedzuje sa spoločný cieľ. Hlavným cieľom je poskytovať pomoc a podporu svojim členom pri vyrovnávaní sa s ich problémami, orientuje sa na konanie – spoločne vykonávaná činnosť, aktívne sociálne učenie prostredníctvom konania, je charakteristická spontánnym vznikom, autonómiou, samoreguláciou, demokratickým vedením, nevyhnutná je kolektívna energia a vôľa, skupinové cítenie, každý jediniec si svoje pocity a postoje overuje u ostatných členov skupiny, má určitý kódex pravidiel správania sa, istých presvedčení, spoločných ideológií podľa ktorého chce, aby sa určitý člen

správal, poskytuje siete pre spoločenské styky, spoločenský život.

Záver: Ošetrovateľstvo začína mať dôležitú pozíciu aj v oblasti svojpomocného hnutia. Nasvedčuje tomu aj stratégia Svetovej zdravotníckej organizácie „Zdravie pre všetkých do roku 2000“ v pokračovaní „Stratégia zdravia pre všetkých v 21. storočí“, ktorá zdravotníkom odporúča zapájať sa do týchto skupín a organizácií (WHO, 2020). Ideálom je ak profesionál dokáže vnímať perspektívy pacientov, čo je možné najmä v prípadoch ak sám je pacientom s daným ochorením, problémom.

Kľúčové slová: Crohnova choroba, svojpomocné skupiny, sestry, kazuistika

Literatúra:

BÁRTLOVÁ, S.; MATULAY, S. 2009. Sociológia zdravia, choroby a rodiny. Martin: Osveta, 2009. 142 s. ISBN 978-80-8063-306-6.
WHO LIAISON OFFICE IN THE SLOVAC REPUBLIC. 2020. Zdravie 21 – Zdravie pre všetkých v 21. storočí. [online]. Citované dňa: [6. 6. 2023]. Dostupné na: <http://www.who.sk/data/health.21.html>.

ETICKÉ PRINCÍPY A ICH AKCEPTÁCIA V STAROSTLIVOSTI O HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTOV

PhDr. Viera IVANKOVÁ, PhD.¹, prof. MUDr. Mária BELOVIČOVÁ, PhD.²

¹ VŠZaSP Sv. Alžbety, Bratislava

² Fakulta verejného zdravotníctva SZU, Katedra preventívnej a klinickej medicíny, Bratislava

Úvod: Správanie každého zdravotníka by malo vychádzať zo základných princípov etiky, ktorým dominuje snaha jednat vždy v najlepšom záujme pacienta. Etický kódex ošetrovateľstva vyjadruje základné ciele a hodnoty, slúži ako etický štandard a záväzok pre sestry poskytovať bezpečnú, na dôkazoch podloženú a kvalitnú starostlivosť. Rešpektovanie ľudskej osobnosti je jednou z najdôležitejších etických otázok, čo znamená pristupovať k pacientovi ako k jedinečnej bytosti. Princíp zodpovednosti je hlavným medzi etickými princípmi v ošetrovateľstve, lebo každá sestra musí byť zodpovedná za svoje vlastné rozhodnutia a činy v priebehu starostlivosti o pacienta. Sestry, ktoré sa berú na zodpovednosť, často poskytujú pacientom kvalitnejšiu starostlivosť

Cieľ: Zistiť ako sa v súčasnej ošetrovateľskej praxi dodržiavajú základné etické princípy pri starostlivosti o hospitalizovaných pacientov. Metódy: Prieskum realizovaný metódou dotazníka vlastnej konštrukcie. Prieskumu sa zúčastnilo 86 sestier na vybraných oddeleniach.

Výsledky: Na základe našich zistení v súčasnej ošetrovateľskej praxi nie sú dodržané niektoré etické princípy ako je porušenie princípu autonómie, porušenie súkromia pacienta, nezachovanie mlčanlivosti, neschopnosť presadzovať bezpečné prostredie a nenahlásenie podozrenia na poškodenie pacienta.

Záver: Sestry by mali konať v najlepšom záujme svojich pacientov, využívať pritom svoje znalosti, zručnosti a zdroje na poskytovanie kvalitnej starostlivosti, preto je veľmi dôležité

hlbšie sa zamyslieť nad príčinami vzniku týchto problémov v ošetrovateľskej praxi a včas realizovať primerané opatrenia.

Kľúčové slová: etické princípy, hospitalizovaný pacient, ošetrovateľstvo

DÔLEŽITOSŤ POZÍCIE SESTRY PRI NOVÝCH VÝKONOCH V AMBULANCI VŠEOBENÉHO LEKÁRA*Bc. Zuzana BROČKOVÁ**Duo medical, s. r. o., Pezinok*

V primárnej zdravotnej starostlivosti o dospelých sa navyšujú kompetencie lekárom. Možnosť manažovať čoraz viac chronických diagnóz sa dotýka aj práce sestry. Nové kompetencie nepopierateľne znamenajú potrebu odborného vzdelávania sa a samozrejme aj praktickej organizácie chodu ambulancie. Prednáška pojednáva o najdôležitejších

novinkách, ako efektívne docieľiť poskytovanie zdravotnej starostlivosti na patričnej úrovni, aké sú aktuálne možnosti.

Kľúčové slová: sestra, nové výkony, ambulancia všeobecného lekára



44. výročná konferencia SSVPL 12.–14. október 2023

ZBORNÍK ABSTRAKTOV



Vydal © I.D.L. Company s.r.o., Bratislava, 2023
ISBN 978-80-974283-9-6

