

SLOVENSKÁ SPOLOČNOSŤ
VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO
LEKÁRSTVA SSVPL

Najväčšie odborné podujatie
všeobecných lekárov na Slovensku

45. výročná konferencia SSVPL



ZBORNÍK ABSTRAKTOV

10. - 12. október 2024
Hotel Bellevue
Horný Smokovec



www.ssvpl.sk

www.idl.sk



45. výročná konferencia SSVPL 10. - 12.10.2024

ZBORNÍK ABSTRAKTOV

recenzenti:

Prof. MUDr. Mária Belovičová, PhD.

PhDr. Zuzana Cavalierová, MPH

MUDr. Peter Makara, MPH

Vydal © I.D.L. Company s.r.o., Bratislava, 2024

ISBN 978-80-69061-05-7

45. výročná konferencia SSVPL

ZBORNÍK ABSTRAKTOV

OBSAH

BLOK PRACOVNÉ LEKÁRSTVO

1. LEKÁRSKA PREHLIADKA K POSÚDENIU ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI NA VEDENIE MOTOROVÉHO VOZIDLA • Zuzana MAČUDOVÁ, Ahmadullah FATHI 6
2. POSUDKOVÁ ČINNOSŤ VŠEOBECNÉHO LEKÁRA PRE DOSPELÝCH - ZBROJNÝ PREUKAZ • Ahmadullah FATHI, Zuzana MAČUDOVÁ 6
3. RIZIKOVÉ FAKTORY PRI NOČNEJ PRÁCI • Katerzyna RUSZKIEWICZ, Tatiana KIMÁKOVÁ 7

BLOK PRÁVO V NAŠEJ PRAXI

4. INFORMOVANÝ SÚHLAS V PROBLEMATICKÝCH OTÁZKACH PRAXE • Andrea ERDŐSOVÁ 8

BLOK Z KAŽDÉHO ROŽKA TROŠKA A NIEČO NAVYŠE

5. PROBLEMATIKA STATÍNOVEJ INTOLERANCIE V AMBULANCI VŠEOBECNÉHO LEKÁRA • Ludmila RESUTÍKOVÁ. 9
6. KYSELINA BEMPEDOOVÁ A EZETIMIB V MANAŽMENTE PACIENTA SO STATÍNOVOU INTOLERANCIU • Marianna BARBIERIK VACHALCOVÁ 10
7. ŠPECIFIKÁ FARMAKOTERAPIE V STARŠOM VEKU • Mária GÖBŐOVÁ 11

BLOK VŠEOBECNÉ LEKÁRSTVO V ZRKADLE ANALYTIKOV

8. MANAŽMENT PACIENTA S BOLEŠŤOU CHRBTU Z POHLADU DÁT ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE • Beáta SAAL, Martin SELVEK, Roman MUŽÍK, S. SCHWARZ, Jana BENDO VÁ 12

BLOK PRAKTICKÝ MULTIDISCIPLINÁRNY POHLAD NA KOBALAMÍNOVÚ KARENCIU

9. DEFICIT VITAMÍNU B12 V AMBULANCI PRAKTICKÉHO LEKÁRA • Romana COMPAGNON 13
10. MENEJ ZNÁME NEUROLOGICKÉ PREJAVY DEFICITU VITAMÍNU B12 • Milan GROFÍK 14

BLOK PROBLEMATIKA INKONTINENCIE MOČU Z POHLADU VŠEOBECNÉHO LEKÁRA PRE DOSPELÝCH (VLD)

11. JE INKONTINENCIA MOČU AKTUÁLNYM PROBLÉMOM PRÁCE VLD? • Ján GAJDOŠÍK 14
12. MEDIKAMENTÓZNA LIEČBA INKONTINENCIE MOČU • Jozef MARENČÁK 15

BLOK VYBRANÉ TÉMY Z PRAXE PRAKTICKÉHO LEKÁRA

13. PROBLÉM MENOM HERPES ZOSTER • Hana ZELENKOVÁ 17
14. VAZODILATAČNÉ BETABLOKÁTORY V LIEČBE HYPERTENZIE A KARDIOVASKULÁRNYCH OCHORENÍ • Peter SOLÍK 18
15. MOŽNOSTI VYUŽITIA FIXNEJ KOMBINÁCIE V LIEČBE AKÚTNEJ BOLESTI • Ľubomír KRIVJANSKÝ 18

BLOK ANGIOLOGICKÝ BLOK – SPOLUPRÁCA V STAROSTLIVOSTI O CIEVNYCH PACIENTOV

16. ŠPECIFIKÁ LIEČBY VENÓZNEJ TROMBÓZY U ONKOLOGICKÝCH PACIENTOV • Eva BOJDOVÁ 20
17. INFORMOVANIE PACIENTA O ZÁVAŽNOSTI PERIFÉRNEHO ARTÉRIOVÉHO OCHORENIA - KEDY? AKO? PREČO? • Katarína DOSTÁLOVÁ, Peter MAKARA 21

**BLOK MUŽSKÉ SEXUÁLNE ZDRAVIE – INTERDISCIPLINÁRNE ASPEKTY**

18. MUŽSKÉ SEXUÁLNE ZDRAVIE – INTERDISCIPLINÁRNE ASPEKTY • Igor BARTL, Jozef DÚBRAVICKÝ 23
19. OBEZITA Z POHLADU UROLÓGA A SEXUOLÓGA • Igor BARTL 25
20. EREKTLNÁ DYSFUNKCIA V KONTEXTE SÚČASNÝCH POZNATKOV • Jozef DÚBRAVICKÝ 26
21. VITAMÍN D A MUŽSKÉ ZDRAVIE • Igor BARTL 27

BLOK AKTUÁLNE VÝZVY V OBLASTI VÝŽIVY A ZDRAVIA: UDRŽATEĽNÉ STRAVOVACIE ODPORÚČANIA, ENDOKRINNÉ PORUCHY A MIKROBIÓM V KONTEXTE OBEZITY

22. STRAVOVACIE ODPORÚČANIA (FOOD-BASED DIETARY GUIDELINES, FBDG) S DÔRAZOM NA UDRŽATEĽNOSŤ (ONEHEALTH, PLANETARY DIET) • Jana BABJAKOVÁ, Adela PENESOVÁ, Daniela MINÁRIKOVÁ, Peter MINÁRIK, Jozef GOLIAN, Ľubica ARGALÁŠOVÁ 28
23. PRÍČINY A DÔSLEDKY HYPOGONADIZMU ASOCIOVANÉHO S OBEZITOU • Adela PENESOVÁ, Libuša NECHALOVÁ, Jana BABJAKOVÁ, Viktor BIELIK 30
24. ČREVŇNÝ MIKROBIÓM, PROBIOTIKÁ V KONTEXTE ĽUDSKÉHO ZDRAVIA A OBEZITY • Viktor BIELIK, Libuša NECHALOVÁ, Ivan Hric, Jana BABJAKOVÁ, Adela PENESOVÁ 31

BLOK VARIA

25. AKÚTNY INFARKT MYOKARDU - PRÍDU SGLT2 INHIBÍTORY DO LIEČBY? • Ján MURÍN 32

BLOK SÚČASNÝ STAV SKRÍNINGOVÝCH PROGRAMOV NA SLOVENSKU

26. ČO JE NOVÉ V ONKOLOGICKÝCH SRÍNINGOCH NA SLOVENSKU? • Jana TRAUTENBERGER RICOVÁ 33

BLOK ČO NÁM PRINÁŠA PRÍTOMNOSŤ A ČO NÁM PRINESIE VEĽMI BLÍZKA BUDÚCNOSŤ V MANAŽMENTE PACIENTOV S OBEZITOU?

27. AKO PREDCHÁDZAŤ STIGMATIZÁCII A DEMOTIVÁCII PACIENTOV S OBEZITOU... • Kamila IVANOVÁ 34

BLOK MANAŽMENT A DIFERENCIÁLNA DIAGNOSTIKA PACIENTOV PRI OCHORENIACH A ÚRAZOCH HRUDNEJ ČASTI CHRBTU

28. MANAŽMENT A DIFERENCIÁLNA DIAGNOSTIKA PACIENTOV PRI OCHORENIACH A ÚRAZOCH HRUDNEJ ČASTI CHRBTU • SAO - partner pre všeobecných lekárov 35
29. MEDZIODBOROVÁ SPOLUPRÁCA – PREVENCIA A LIEČBA OSTEOPOROTICKÝCH ZLOMENÍN • Andrea ŠVRČKOVÁ, Peter KLEIN 36

BLOK OCHRANA ZDRAVIA ZDRAVOTNÍKOV A INÝCH PROFESIÍ

30. OČKOVANIE OSÔB PROFESIONÁLNE VYSTAVENÝCH ZVÝŠENÉMU NEBEZPEČENSTVU VYBRANÝCH NÁKAZ • EVA STRIEŽOVÁ 37
31. OČKOVANIE PRED CESTOU DO ZAHRANIČIA V AMBULANCII VŠEOBECNÉHO LEKÁRA • Katarína ŠIMEKOVÁ 38

BLOK BLOK KLINIKY VŠEOBECNÉHO LEKÁRSTVA UPJŠ LF A NEMOCNICE AGEL KOŠICE-ŠACA

32. FIBRILÁCIA PREDSIENÍ A JEJ KOMPLIKÁCIE - MANAŽMENT PACIENTA V AMBULANCII PRAKTICKÉHO LEKÁRA • Lukáš OLŠAVSKÝ 38
33. BOLESTI NA HRUDNÍKU - MANAŽMENT PACIENTA V AMBULANCII PRAKTICKÉHO LEKÁRA • Katarína BABÍKOVÁ 39
34. SPELEOTERAPIA V AMBULANCII PRAKTICKÉHO LEKÁRA • Georgína Henrieta VARGOVÁ 39
35. VZDELÁVACÍ SYSTÉM V ČESKEJ REPUBLIKE • Laura HANTÁK, Bohumil SEIFERT 40

Sesterská sekcia**BLOK I. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK**

36. SLOVENSKÉ ODPORÚČANIA PRE STRAVOVANIE A VÝŽIVU DOSPELÝCH • Daniela MINÁRIKOVÁ, Peter MINÁRIK 42

BLOK II. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK FAKULTY VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA SZU BRATISLAVA

37. CHRONICKÉ VENÓZNE OCHORENIE - VENOFARMAKÁ ČI KOMPRESIA? • Katarína DOSTÁLOVÁ, Daniela HAJNALOVÁ, Mária BELOVIČOVÁ, Štefánia MORICOVÁ 44
38. MERANIE PRSTOVÝCH TLAKOV U PACIENTOV S PERIFÉRNÝM ARTÉRIOVÝM OCHORENÍM • Katarína DOSTÁLOVÁ, Daniela HAJNALOVÁ, Katarína GAZDÍKOVÁ, Štefánia MORICOVÁ 47
39. AKO MÔŽE SESTRA STANOVÍŤ POŠKODENIE PEČENE U PACIENTA V AMBULANCII VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LEKÁRA? • Mária BELOVIČOVÁ, Gabriela PANGRACOVÁ, Štefánia MORICOVÁ 49
40. SPÁNKOVÉ PORUCHY DÝCHANIA A OCHORENIA PEČENE - PREHLIADANÝ PROBLÉM • Mária BELOVIČOVÁ, Juraj TIHÁNYI, Katarína DOSTÁLOVÁ, Pavol MATULA, Nadežda JANKELOVÁ 50

BLOK III. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK

41. DETERMINÁCIA PROSTREDIA NA VZNIK A VÝVOJ OCHORENIA MYXÓM SRDCA • Mária POPOVIČOVÁ 51
42. VÝZNAM VÝUČBY POSTUPOV POSKYTOVANIA PRVEJ POMOCI V KOMUNITE DETÍ ZÁKLADNÝCH SKÔL • Tatiana HUDÁKOVÁ 52
43. MANAŽMENT RIADENIA ODDelenIA V ZDRAVOTNÍCKOM ZARIADENÍ A VPLYV SPOKOJNOSTI NA VÝKONNOSŤ VEDÚCEHO PERSONÁLU • Veronika PETREKOVÁ 53

BLOK IV. BLOK ODBORNEJ SEKcie AMBULANTNÝCH SAPA

44. ČIERNY KAŠEL SA HLÁSI O SLOVO ČAKÁ NÁS ĎALŠIA PANDÉMIA? • Petra SEKULOVÁ 54
45. INOVATÍVNY PRÍSTUP V KOMUNIKÁCII SESTRA - PACIENT: PODPORA TERAPEUTICKÝCH VZŤAHOV • Zuzana GAVALIEROVÁ 55

Workshopy

46. REAKTÍVNE FORMY KYSLÍKA A INTENZÍVNA FYZICKÁ AKTIVITA • Tatiana KIMÁKOVÁ, Katerzyna RUSZKIEWICZ, Zuzana MEGYESY EFTIMOVÁ 56
47. VYUŽITIE ÚČINKOV BYLINKOVÝCH ČAJOV V PROSPECH ZDRAVIA • Zuzana MEGYESY EFTIMOVÁ, Tatiana KIMÁKOVÁ 57
48. TOKAJSKÉ VÍNO AKO ZDROJ BIOAKTÍVNYCH LÁTKOV V PREVENCII ZDRAVIA • Zuzana MEGYESY EFTIMOVÁ, Tatiana KIMÁKOVÁ 58
49. PRAKTICKÉ NÁVODY NA KOMUNIKÁCIU A VEDENIE PACIENTA S OBEZITOU • Kamila IVANOVÁ 59



BLOK PRACOVNÉ LEKÁRSTVO

ABSTRAKT Č. 1

LEKÁRSKA PREHLIADKA K POSÚDENIU ZDRAVOTNEJ SPÔSOBILOSTI NA VEDENIE MOTOROVÉHO VOZIDLA

MUDr. Zuzana MAČUDOVÁ¹, MUDr. Ahmadullah FATHI²¹Profi VLD, s.r.o. Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých, Poprad²PULSE medicine, s.r.o. Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých, Svit, Šuňava

Dôležitou podmienkou na udelenie a držanie vodičského oprávnenia je aj zdravotná a psychická spôsobilosť, o ktorých rozhodujú lekári viacerých medicínskych odborností a ak si to vyžadujú platné právne predpisy aj psychológ s certifikátom na certifikovanú činnosť dopravná psychológia. Zdravotnú spôsobilosťou sa rozumie telesná a duševná schopnosť viesť motorové vozidlo. Posudzuje sa lekárskou prehliadkou. Psychickou spôsobilosťou sa rozumie schopnosť viesť motorové vozidlo bez zníženia, narušenia

alebo obmedzenia minimálnej úrovne psychických schopností. Zdravotne spôsobilý je ten, kto spĺňa minimálne požiadavky na úroveň telesnej a duševnej schopnosti na vedenie motorových vozidiel. Cieľom prednášky je priblížiť minimálne požiadavky na úroveň telesnej schopnosti a duševnej schopnosti (Príloha č. 5 k vyhláške č. 9/2009 Z. z.) k vybraním diagnózam.

Kľúčové slová: lekárska prehliadka posúdenie zdravotnej spôsobilosti, motorové vozidlo

ABSTRAKT Č. 2

POSUDKOVÁ ČINNOSŤ VŠEOBECNÉHO LEKÁRA PRE DOSPELÝCH - ZBROJNÝ PREUKAZ

MUDr. Ahmadullah FATHI¹, MUDr. Zuzana MAČUDOVÁ²¹PULSE medicine, s.r.o. Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých, Svit, Šuňava²Profi VLD, s.r.o. Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých, Poprad

Postup pri posudzovaní zdravotnej spôsobilosti a psychickej spôsobilosti na držanie alebo nosenie zbraní a streliva a náležitosti lekárskeho posudku a psychologického posudku je ustanovený vo všeobecne záväznom právnom predpise Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky. Zdravotná spôsobilosť žiadateľa a držiteľa sa posudzuje lekárskou prehliadkou, ktorú môže vykonať len lekár

so špecializáciou v špecializačnom odbore všeobecné lekárstvo, ktorý poskytuje všeobecnú ambulanciu zdravotnú starostlivosť pre dospelých alebo lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore pediatria, ktorý poskytuje všeobecnú ambulanciu zdravotnú starostlivosť pre deti a dorast, ktorý je poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, a **musí mať so žiadateľom a s držiteľom uzatvorenú**

platnú dohodu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti podľa § 12 zákona 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.

V rámci lekárskej prehliadky sa vykoná posúdenie zdravotného stavu žiadateľa alebo držiteľa so zameraním na choroby a poruchy, ktoré zdravotnú spôsobilosť vylučujú, komplexné fyzikálne vyšetrenie žiadateľa alebo držiteľa vrátane orientačného vyšetrenia sluchu, zrakovej ostrosti, zorného poľa,

rovnováhy, orientačného neurologického vyšetrenia a orientačného vyšetrenia duševného stavu so zameraním na zistenie prítomnosti duševných ochorení; do úvahy sa berú aj výsledky z preventívnej prehliadky.

Cieľom prednášky je odpoveď na otázku kedy nemožno vydať lekársky posudok osvedčujúci zdravotnú spôsobilosť na držanie alebo nosenie zbraní a streliva a náležitosti lekárskeho posudku.

Kľúčové slová: všeobecný lekár pre dospelých, posudková činnosť, zbrojný preukaz

ABSTRAKT Č. 3

RIZIKOVÉ FAKTORY PRI NOČNEJ PRÁCI

MUDr. Katerzyna RUSZKIEWICZ¹, Prof. MVDr. Tatiana KIMÁKOVÁ, PhD.²¹Regional Center of Occupational Medicine, Rzeszów, Poland²Ústav verejného zdravotníctva a hygieny, Lekárska fakulta, UPJŠ v Košiciach

Intenzita slnečného žiarenia reguluje životné procesy v živých organizmoch a súvisí s cirkadiálnym rytmom. Vonkajšie faktory, ktoré ovplyvňujú cirkadiálny rytmus, sú slnečné žiarenie, ale aj nočná práca, životné aktivity či zmena časového pásma.

Dostupné výsledky epidemiologických štúdií poukazujú na zvýšené riziko pracovníkov v nočných zmenách. Títo sú častokrát postihnutí ochoreniami kardiovaskulárnymi, nádorovými ako je napr. rakovina prsníka, prostaty, kolorektálny karcinóm a žalúdočné vredy.

Niektoré z faktorov, ktoré prispievajú k rozvoju gastroezofageálneho refluxu, sú charakteristické pre pracovníkov na zmeny - nepravidelný čas jedenia, nočné občerstvenie, rýchle jedenie, nadmerné užívanie kofeínu. Niektorí autori sa navyše domnievajú, že nočná práca by sa mala považovať za rizikový

faktor pre dvanásťnikový vred u pracovníkov infikovaných *Helicobacter pylori*.

Predchádzajúce štúdie pozorovali vyššiu prevalenciu nadváhy a obezity u pracovníkov v nočných zmenách. Majú tiež väčší obvod pásu ako ľudia, ktorí pracujú cez deň.

Nočná práca so sebou nesie aj riziko vzniku cukrovky 2. typu - riziko je o 9 % vyššie v porovnaní so zamestnancami, ktorí pracujú počas dňa. Práca na zmeny tiež podporuje rozvoj hypertenzie a ischemickej choroby srdca.

WHO uvádza, že ľudia vykonávajúci prácu na zmeny majú o 23 % vyššie riziko srdcového infarktu a o 5 % vyššie riziko mozgovej príhody v porovnaní s ľuďmi pracujúcimi počas dňa a pracovníci v nočných zmenách sú najviac ohrození kardiovaskulárnymi príhodami, zvýšené riziko je 41 %.

V roku 2007 Medzinárodná agentúra pre výskum rakoviny (IARC) klasifikovala

poruchy cirkadiálneho rytmu a prácu na zmeny ako potenciálne karcinogénne. Predchádzajúce štúdie pozorovali štatisticky významné (36 %) zvýšenie rizika rakoviny prsníka u sestier pracujúcich na zmeny, ktoré zahŕňali aj nočnú prácu. Štúdie tiež pozorovali zvýšené riziko rakoviny hrubého čreva a konečníka, rakoviny endometria, rakoviny prostaty a non-Hodgkinovho lymfómu.

Nočná práca je spojená aj so zvýšeným rizikom depresie.

Nočná práca nie je faktorom absolútneho patologického významu, ale spolu s ďalšími faktormi pracovného, životného prostredia a genetickými predispozíciami sa môže podieľať na vzniku mnohých ochorení.

Kľúčové slová: nočná práca, cirkadiánnny rytmus, zdravotné komplikácie

BLOK PRÁVO V NAŠEJ PRAXI

ABSTRAKT Č. 4

INFORMOVANÝ SÚHLAS V PROBLEMATICKÝCH OTÁZKACH PRAXE

Doc. JUDr. Andrea ERDŐSOVÁ, PhD.

Fakulta práva Paneurópskej vysokej školy, Slovenská zdravotnícka univerzita

Príspevok pojednáva o vymedzení pojmu „nespôsobilého pacienta“, o autonómii rozhodovania v kontexte beneficiencie pre zdravie pacienta, eventuálne konanie proti vôli pacienta. Dotkne sa aj problémových okruhov neúplného/nesprávneho poučenia alebo nezískania informovaného súhlasu v emergentných situáciách.

Kľúčové slová: informovaný súhlas, autonómia pacienta, beneficiencia pre zdravie pacienta

BLOK

Z KAŽDÉHO ROŽKA TROŠKA A NIEČO NAVYŠE

ABSTRAKT Č. 5

PROBLEMATIKA STATÍNOVEJ INTOLERANCIE V AMBULANCIÍ VŠEOBECNÉHO LEKÁRA

MUDr. Ľudmila RESUTÍKOVÁ

Ambulancia všeobecného lekára, Veľký Krtíš

Na Slovensku v minulom roku zomrelo 54,1 tisíca ľudí, čo bolo o 9,1 % menej ako v roku 2022. Na znížení celkovej úmrtnosti sa významne podieľala dlhodobá najčastejšia príčina smrti v SR - choroby obehovej sústavy. Podľahlo im viac ako 24,5 tisíca osôb a na celkovom počte zomrelých sa podieľali až 45 %. Najvýraznejšie sa znížil počet úmrtí na choroby obehovej sústavy osôb v produktívnom veku (od 15 do 64 rokov), čo je dobrá správa pre Slovensko.

Na Slovensku bol v roku 2022 schválený Systematický monitoring KV rizika, čo je program primárnej prevencie kardiovaskulárnych ochorení (KVO). Je kombináciou monitoringu kardiovaskulárnych rizikových (KVR) faktorov akými sú fajčenie, nadváha alebo obezita, dyslipidémia (DLP) a vysoký krvný tlak. Program vychádza z odporúčaní Európskej kardiologickej spoločnosti (ESC) k prevencii ochorení srdca a ciev z r. 2016 a 2021. ESC odporúča používať skórovací systém SCORE2 pre vek do 69 rokov, u starších systém SCORE2-OP. Namiesto LDL-cholesterolu sa používa hodnota nonHDL-cholesterolu, ktorá lepšie vystihuje aj tzv. reziduálne riziko, t. j. kardiovaskulárne riziko pretrvávajúce aj po dosiahnutí cieľových hodnôt LDL-cholesterolu.

Liečba DLP má dva základné piliere: nefarmakologickú a farmakologickú liečbu, ktoré sa navzájom dopĺňajú. Nefarmakologická

liečba dyslipoproteínemii predstavuje súbor zmien životného štýlu (zmena stravovacích návykov, redukcia hmotnosti, zvýšenie pohybovej aktivity, zníženie sedavého spôsobu života, nefajčenie). V rámci farmakologickej liečby sú statíny prvotnou liečbou u pacientov v primárnej aj v sekundárnej prevencii. Užívanie statínov je bezpečné a 90 - 95 % pacientov ich toleruje. Spomedzi nežiaducich udalostí sú najzávažnejšie statínmi indukovaná myopatia a hepatopatia.

Všeobecne definujeme statínovú intoleranciu ako prítomnosť svalových ťažkostí alebo ďalších nežiaducich príznakov (alebo laboratórnych abnormalít) spojených s terapiou statínmi, ktoré vedie k jej vysadeniu, alebo znemožňuje titráciu liečby k dávke dostatočnej na dosiahnutie cieľovej hodnoty LDL-cholesterolu.

Pre bežnú klinickú prax pre pacientov so statínovou intoleranciou máme v ambulancii všeobecného lekára k dispozícii ezetimib a kyselinu bempedoovú. Ezetimib znižuje hladinu LDL-cholesterolu o 15 - 20 % a je veľmi dobre znášaný. U pacientov netolerujúcich statíny je preto používaný veľmi často.

Kľúčové slová: statíny, intolerancia, všeobecný lekár, ezetimibe, kys. bempedoová

KYSELINA BEMPEDOOVÁ A EZETIMIB V MANAŽMENTE PACIENTA SO STATÍNOVOU INTOLERANCIOU

MUDr. Marianna BARBIERIK VACHALCOVÁ, PhD.

Kardiologická klinika UPJŠ LF, Košice

Kyselina bempedoová inhibíciou enzýmu adenosín trifosfát-citrát lyázy vedie ku inhibícii endogénnej syntézy cholesterolu. Pôsobí v tej istej kaskáde ako statíny, ale o dva kroky skôr. Statíny inhibujú enzým HMG-CoA-reduktázu a pôsobia nielen v pečeni, ale aj vo svaloch, čo u približne 10% pacientov spôsobuje statínovú intoleranciu. Kyselina bempedoová je po podaní neaktívna a je aktivovaná v pečeni (v menšej miere aj v obličkách) na bempedoyl-CoA. Na rozdiel od statínov nie je aktívna vo svalových bunkách a nevedie ku myalgiami ani myopatiám, preto je vhodná u pacientov so statínovou intoleranciou. Štúdia CLEAR Outcomes potvrdila účinnosť kyseliny bempedoovej v poklese závažných kardiovaskulárnych (KVS) príhod u pacientov so statínovou intoleranciou. Už po 6 mesiacoch liečby došlo u pacientov liečených kyselinou bempedoovou v porovnaní s placebom ku vyše 21% poklesu hladín LDL cholesterolu a navyše 22,2% poklesu CRP. V priebehu sledovania tiež došlo ku štatisticky významnému poklesu KVS príhod (úmrtia z KVS príčin, nefatálneho infarktu myokardu, nefatálnej cievej mozgovej príhody a koronárnej revaskularizácie). Liečba je bezpečná, zaznamenaný bol iba mierny reverzibilný vzostup aminotransferáz (do 3-násobku hornej hranice normy), cholelitiázy a mierne zvýšenie kyseliny močovej v sére so zvýšeným rizikom záchvatov dny u pacientov k nim predisponujúcim. Všetky tieto nežiaduce účinky boli reverzibilné. Vzhľadom na synergický účinok je vhodná kombinácia kyseliny bempedoovej

s ezetimibom, pri ktorej je možné dosiahnuť ďalšie 40% zníženie LDL cholesterolu. Hradená liečba je dostupná aj na Slovensku. Môže byť indikovaná u pacientov, u ktorých sa statín považuje za nevhodný alebo nie je tolerovaný, pri nedostatočnej účinnosti monoterapiou ezetimibom v trvaní minimálne 1 mesiac a súčasne pacienti nie sú vhodní na liečbu inklisiranom a PCSK9 inhibítormi. Kyselina bempedoová a ezetimib sa môžu používať ako samostatné tablety alebo ako fixná kombinácia v dávke 180/10 mg.

Kľúčové slová: kyselina bempedoová, statínová intolerancia, ezetimib, kardiovaskulárne príhody



ŠPECIFIKÁ FARMAKOTERAPIE V STARŠOM VEKU

PharmDr. Mária GÖBÖOVÁ, PhD.

Interná klinika, Fakultná nemocnica Nitra

Podiel populácie nad 65 rokov v západných krajinách v posledných rokoch narastá a podobný trend sa očakáva aj v budúcnosti. Napríklad v Japonsku je viac ako 25 % obyvateľov nad 65 rokov a očakáva sa, že o 50 rokov prípadne na jedno dieťa jeden storočný človek. Príčiny tejto demografickej situácie možno, okrem všeobecne sa zlepšujúcich životných podmienok (vyššia kvalita potravín, lepší prístup k zdravotnej starostlivosti, prístup k vzdelaniu, preventívne programy atď.)

Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) sa výrazné predĺženie priemernej dĺžky života dosiahnuté v 20. storočí považuje za jeden z najväčších úspechov ľudskej spoločnosti. Tento fakt spolu s klesajúcou pôrodnosťou logicky a nezadržateľne vedie k postupnému starnutiu populácie. Podľa odhadov WHO sa počet seniorov zvýši na 1,5 miliardy (16 %), pričom najvýraznejší nárast bude v ekonomicky menej vyspelých krajinách.

Vyšší vek je prirodzene spojený s výskytom viacerých ochorení (polymorbidita), a teda s používaním často vyššieho počtu liekov (polyfarmácia). Úmerne tomu sa zvyšuje riziko možných nežiadúcich účinkov a interakcií (s liekmi alebo potravinami). Starší vek so sebou prináša zmeny vo farmakokinetike a farmakodynamike liekov. Na farmakokinetiku a farmakodynamiku vplyvajú fyziologické zmeny, patologické procesy, stravovacie návyky, konzumácia alkoholu, fajčenie atď. Prevenciou nadmernej a neprimeranej farmakoterapie je snaha o jej optimalizáciu a k tomu nám slúžia kritériá pre preskripciu

liekov u starších pacientov. Jednými z nich sú Beersové kritériá. Prvýkrát sa uviedli začiatkom 90. rokov minulého storočia a odvtedy sa niekoľkokrát aktualizovali. Ďalšími usmerneniami pre účinnú a bezpečnú farmakoterapiu u seniorov sú kritériá STOPP/START10 alebo, napr. zoznam potenciálne nevhodných liekov založený na vyjadrení odborníkov zo siedmich krajín EÚ, tzv. EU(7)-PIM.

Kľúčové slová: farmakoterapia, seniori, polymorbidita, polyfarmácia, liekové interakcie


BLOK VŠEOBECNÉ LEKÁRSTVO V ZRKADLE ANALYTIKOV

ABSTRAKT Č. 8

MANAŽMENT PACIENTA S BOLEŠŤOU CHRBTU Z POHĽADU DÁT ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE

Ing. Beáta SAAL¹, Ing. Martin SELVEK¹, Ing. Mgr. Roman MUŽÍK, PhD.¹,
Ing. S. SCHWARZ², MUDr. Jana BENDOVIÁ, PhD. MPH. MBA²

¹ Dôvera zdravotná poisťovňa

² Ambulancia všeobecného praktického lekára, Veľký Biel

Úvod: Zabezpečenie adekvátnej liečby pacienta s novodiagnostikovanou bolesťou chrbta je dôležitým krokom v prevencii vzniku chronickej bolesti. Podľa zahraničných odporúčaní sa s výnimkou symptómov označených ako „červené zástavky“ (z ang. red flags) neodporúča rutinne využívať zobrazovacie metódy a približne 90% epizód odoznie do 6 týždňov bez ohľadu na zvolenú liečbu.

Ciel: Cieľom práce bolo vyhodnotiť priame náklady u pacientov s bolesťou chrbta a následnú zdravotnú starostlivosť (NZS) u pacientov s novodiagnostikovanou bolesťou chrbta v ambulanciách všeobecných lekárov pre dospelých (VLD).

Materiál: Dáta z vykázananej zdravotnej starostlivosti v rokoch 2022 a 2023 u pacientov v kmeni zdravotnej poisťovne Dôvera.

Metódy: Za pacienta s bolesťou chrbta bol identifikovaný poistenec s vykázanými diagnózami M50-M54 podľa MKCH-10. Za novodiagnostikovaného pacienta v ambulanciách VLD bol považovaný poistenec, u ktorého nebola vyššie uvedená diagnóza prítomná minimálne 1 rok pred výskytom v danom sledovanom období (n = 258349; 43,9 % muži, 56,1 % ženy; priemerný vek 49,5 r.). Za NZS v tejto práci považujeme zobrazovacie metódy (RTG, CT, MR) alebo vyšetrenie na neurologickej, ortopedickej alebo fyziatrickej ambulancii. NZS bola

vyhodnocovaná v období 14 dní po návšteve u VLD. Náklady na zdravotnú starostlivosť boli analyzované za rok 2023.

Výsledky: Priame náklady zdravotnej poisťovne súvisiace s bolesťou chrbta boli za rok 2023 na úrovni 49,5 mil. €. Najväčšiu časť z toho tvorili náklady na ústavnú zdravotnú starostlivosť (17,7 mil. €), špecializovanú zdravotnú starostlivosť (10,1 mil. €) a spoločné vyšetrovacie a liečebné zložky (7 mil. €).

Najväčší podiel výkonov súvisiacich s bolesťou chrbta mali lekári a lekárnice v odbornosti neurochirurgia (48%), fyziatria, balneológia a liečená rehabilitácia (42%), neurológia (34%) a algeziológia (30%).

V období 14 dní od prvej návštevy VLD pre bolesť chrbta bola NZS poskytnutá až u 20,8% pacientov v roku 2022 a 21,4% v roku 2023. Najčastejšie pacienti absolvovali RTG (15%), v menšej miere CT (1,5%) a MR (1%). Zo špecializovaných pracovísk boli najnavštevovanejšie neurologické ambulancie (4,8%), nasledovali ortopedické (2,5%) a fyziatrické (2,0%) ambulancie.

Rozsah NZS sa medzi krajinami líšil. Najväčší podiel pacientov s NZS do 14 dní bol pozorovaný v Žilinskom, Trenčianskom a Bratislavskom kraji (25%), najnižší v Prešovskom kraji (18%). Rozdiely vo využívaní NZS boli pozorované aj medzi jednotlivými ambulanciami VLD.

Záver: Výkony s diagnózami iných dorzopatií majú významný podiel na objeme poskytovanej zdravotnej starostlivosti a s ním súvisiacimi nákladmi. V roku 2023 bola takmer každému štvrtému pacientovi s novodiagnostikovanou bolesťou chrbta poskytnutá NZS do 14 dní od stanovenia diagnózy. Vysoký podiel

pacientov s NZS a výrazná variabilita medzi jednotlivými ambulanciami môže indikovať nadužívanie zobrazovacích vyšetrení.

Kľúčové slová: bolesť chrbta, následná zdravotná starostlivosť, Dôvera zdravotná poisťovňa

BLOK
PRAKTICKÝ MULTIDISCIPLINÁRNY POHĽAD NA KOBALAMÍNOVÚ KARENCIU

ABSTRAKT Č. 9

DEFICIT VITAMÍNU B12 V AMBULANCIÍ PRAKTICKÉHO LEKÁRA

MUDr. Romana COMPAGNON

Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých, Bratislava

Dlhodobý deficit vitamínu B12 (kyanokobalamínu) spôsobuje závažné ireverzibilné poškodenie zdravia a už aj jeho mierny nedostatok má negatívne zdravotné dôsledky. Pri kobalamínovej karencii dochádza v organizme k **poruche krvotvorby, poškodeniu centrálneho a periférneho nervového systému**. Dlhoročne neodhalený deficit vitamínu B12 v dôsledku hyperhomocysteinémie zvyšuje tiež riziko vývoja a/alebo progresie **aterosklerózy, osteoporózy** a podľa recentných zistení aj **venózneho tromboembolizmu**. Neliečená hypovitaminóza B12 má potenciál invalidizovať jedinca. Je preto potrebné ju **čo najskôr odhaliť a čo najskôr liečiť - jednoduchou substitúciou chýbajúceho vitamínu**.

Všeobecný lekár pre dospelých (VLD) má vo funkčnom systéme zdravotnej starostlivosti **jedinečné postavenie**. Plní úlohu koordinátora multidisciplinárnej, na potreby

pacienta orientovanej starostlivosti, a je to práve VLD, kto môže mať rozhodujúcu úlohu **pri odhaľovaní možného deficitu vitamínu B12 u rizikových pacientov**. U každého pacienta, u ktorého na základe anamnestického rozboru a klinických prejavov má VLD podozrenie na možnosť prítomnosti deficitu vitamínu B12, je potrebné **laboratórne stanoviť hladinu vitamínu B12**. **Pri potvrdenom deficite je treba začať okamžite liečiť už na ambulancii VLD** a ak je potrebné, zabezpečiť ďalšie špecializované vyšetrenia/ konzultácie.

Epidemiologické údaje z vlastnej praxe ukazujú **vysokú prevalenciu kobalamínovej karencie** a potvrdzujú, že hypovitaminóza B12 patrí medzi jedno z najčastejších ochorení postihujúce dospelú populáciu.

Kľúčové slová: deficit vitamínu B12, všeobecný lekár, príznaky



ABSTRAKT Č. 10

MENEJ ZNÁME NEUROLOGICKÉ PREJAVY DEFICITU VITAMÍNU B12

Doc. MUDr. Milan GROFÍK, PhD.

Neurologická klinika JLF UK a UNM Martin

Medzi dobre známe neurologické prejavy deficitu vitamínu B12 patrí hlavne polyneuropatia a myelopatia, ktoré sa manifestujú dominantne parestéziami dolných končatín a poruchou stability postoja a chôdze. Menej známou je problematika encefalopatie, ktorá sa prejavuje širokým spektrom nešpecifických príznakov, ako je únava, letargia, depresia či kognitívna porucha, charakterizovaná predovšetkým poruchami pamäti. S uvedenými symptómami sa v ambulanciách praktických lekárov, neurológov a psychiatrov stretávame relatívne veľmi často. Vzhľadom k frekventnému výskytu týchto prejavov, a to najmä v staršej populácii, je potrebné na túto etiológiu vždy myslieť a rámci diferenciálne - diagnostického procesu indikovať vyšetrenie

plazmatických koncentrácií vitamínu B12. Netreba však zabúdať na skutočnosť, že neurologické symptómy deficitu vitamínu B12 sú často prítomné aj pri hodnotách v rámci normálneho laboratórneho rozmedzia, v tzv. hraničnej, šedej zóne (v pásme 200-400 pg/ml). Pokiaľ je suplementácia vitamínom B12 zahájená včas a sú dodržané princípy adekvátnej parenterálnej alebo perorálnej liečby, je vysoký predpoklad zlepšenia, resp. až úplnej úpravy neurologických porúch - ide teda o reverzibilnú a dobre liečiteľnú príčinu encefalopatie, myelopatie a polyneuropatie.

Kľúčové slová: deficit vitamínu B12, polyneuropatia, myelopatia, encefalopatia, poruchy pamäti

BLOK PROBLEMATIKA INKONTINENCIE MOČU Z POHĽADU VŠEOBECNÉHO LEKÁRA PRE DOSPELÝCH (VLD)

ABSTRAKT Č. 11

JE INKONTINENCIA MOČU AKTUÁLNYM PROBLÉMOM PRÁCE VLD?

Prof. MUDr. Ján GAJDOŠÍK, PhD.

Všeobecná ambulancia pre dospelých, Nové Zámky

Strata schopnosti udržať moč a ovládať vylučovanie je pre človeka jedno z najviac diskriminujúcich zdravotných a sociálnych postihnutí. Postihuje jedincov každého veku,

premieta sa prakticky do každej sféry života človeka. Aktuálna situácia v praxi Všeobecných lekárov pre dospelých (VLD) poukazuje na význam inkontinencie moču (MI), svojou

prevalenciou sa zaraďuje medzi najčastejšie problémy sužujúce pacientov. Doteraz prevažovalo sústredenie na MI v populácii žien, ale epidemiologické zisťovania poukazujú na stúpajúci výskyt MI v mužskej populácii. Hrozivo pôsobia i demografické zmeny - starnutie populácie, najmä ak si uvedomíme, že vekom stúpa výskyt MI u žien i mužov.

Podstatným problémom je otázka včasnej diagnostiky, kde stúpa úloha VLD, rizikom sú informácie zo štatistických zisťovaní, preukazujúce, že na jednej strane iba 32% lekárov primárnej zdravotnej starostlivosti sa rutinne pýta pacientov na problém MI. Na druhej strane 50 -75% pacientov neprizná v žiadnom prípade príznaky MI lekárovi. Dokonca je skúsenosťou zo zisťovaní, že na priamu otázku na problém - „Máte problémy s udržaním alebo samovoľným únikom moča?“ odpovedalo 13,4% opýtaných negatívne, ale na skrytú otázku na nepríjemnosť - „Pozorujete, že Vám napríklad pri kašli, smiechu, športe alebo inej situácii unikne trochu moču?“ odpovedalo paradoxne pozitívne až 27% opýtaných.

Inkontinenciu moču sa môže prejaviť množstvo patologických procesov v malej panve, (zápaly, malignity, stavy po

chirurgických výkonoch či onkologickej liečbe), môžu sa na nich podieľať neurologické, kardiovaskulárne, endokrinologické či systémové ochorenia, ale i poruchy psychické, sociálne problémy. Pre postihnutých pacientov majú významný dopad na kvalitu ich života, nezávisle na tom ako ovplyvňujú morbiditu či mortalitu. Časť postihnutých s týmito problémami vôbec nevyhľadá lekársku pomoc, významná je tiež neschopnosť zveriť sa so svojimi problémami lekárovi. Príčin je podľa dostupných údajov zo štúdií temer nepreberné množstvo - hanba, považovanie symptómov za prirodzený dôsledok starnutia, nedôvera v úspech liečby, obavy z nepríjemných vyšetrení, chirurgickej liečby.

Pre úspech zdravotnej starostlivosti o pacientov s MI je dominujúca úloha lekárov primárnej ambulantnej sféry, ktorí môžu posúdiť mieru ťažkosti a rozhodnúť, či budú riešiť problém pacienta sami alebo či je vhodná konzultácia špecializovanej ambulancie a ďalšie vyšetrenia.

Kľúčové slová: močová inkontinencia, príčiny a diagnostika močovej inkontinencie, všeobecný lekár pre dospelých

ABSTRAKT Č. 12

MEDIKAMENTÓZNA LIEČBA INKONTINENCIE MOČU

Doc. MUDr. Jozef MARENČÁK, PhD.

Urologická klinika, NsP Skalica

Inkontinencia moču (UI - urinary incontinence) je definovaná ako akýkoľvek, nedobrovoľný únik moču. Existuje viacero typov UI: urgentná, stresová, „z pretekania“, zmiešaná a pod. Farmakoterapia UI sa najefektívnejšie uplatňuje u pacientov s urgentnou

UI, ktorá býva súčasťou hyperaktívneho močového mechúra (OAB - overactive bladder). OAB bol vcelku nedávno (r. 2002) definovaný ako komplex príznakov urgencie s alebo bez urgentnej UI, obvykle s polakizúriou (močenie ≥ 8 krát za deň) a noktúriou (močenie ≥ 1

krát v noci), pri absencii infekcie močových ciest a inej (najmä lokálnej) zjavnej patológie, ktoré tieto symptómy môžu spôsobiť (napr. nádory/ konkrementy močového mechúra a pod.).

Dnešná štandardná farmakoterapia (antimuskariniká a beta3 agonisty) predstavuje liečbu OAB/ urgentnej UI druhej línie. Dosiahnutím cieľov manažmentu OAB (zníženie urgencie, epizód úniku moču a frekvencie močenia a zvýšenie objemu moču/ každú mikciu) sa výrazne zlepši kvalita života pacientov. V klinickej praxi sa z antimuskariník využívajú: darifenacín hydrobromid, fesoterodín fumarát, oxybutynín hydrochlorid, propiverín hydrochlorid, solifenacín sukcinát, tolterodín tartrát, trospium chlorid a imidafenacín (ten je zatiaľ dostupný len v Japonsku). Táto skupina liekov blokuje vplyv acetylcholínu v muskarínových receptoroch prítomných najmä v hladkom svalstve močového mechúra. Všetky komerčne dostupné antimuskariniká zlepšujú príznaky OAB a kvalitu života s porovnateľnou účinnosťou, ale s odlišnými profilmi znášanlivosti. Antimuskariniká sú efektívne ako u žien, tak aj u mužov. Agonisty beta3 adrenergických receptorov (B3AG - beta3 agonisty) aktiváciou sympatiky podporujú relaxáciu detruzora (počas uskladňovacej fázy mikčného cyklu) stimuláciou beta3 adrenoreceptorov (B3AR), ktoré sú prevládajúcimi beta receptormi exprimovanými v bunkách hladkého svalstva močového mechúra. V dôsledku iného mechanizmu účinku nemajú B3AG typické antimuskarínové vedľajšie účinky (sucho v ústach, zápcha, zvýšenie postmikčného reziduálneho moču u mužov s možnou obštrukciou vývodu močového mechúra, negatívny vplyv na kogníciu/ pamäť a pod.). Mirabegron sa stal prvým B3AG dostupným pre klinickú prax po schválení Úradom pre potraviny a liečivá (FDA - Food

and Drug Administration) v USA a Európskou liekovou agentúrou (EMA - European Medicines Agency) v Európskej únii v roku 2012. Nedávno, druhý B3AG vibegron získal licenciu na liečbu OAB v Japonsku v roku 2018 a od FDA v roku 2020. Pri stresovej UI sa u žien môže predpísať duloxetín, ktorý zvyšuje tonus a kontrakčnú silu priečne pruhovaného zvierača močovej rúry.

Záverý:

- Farmakoterapia je oveľa bežnejšia a efektívnejšia u osôb s OAB/ urgentnou UI
- Na začatie medikamentózneho terapie OAB/ urgentnej UI je potrebné splniť minimálne diagnostické požiadavky
- Na liečbu OAB/ urgentnej UI sú v súčasnosti dostupné viaceré antimuskariniká a beta3 agonisty
- Každý liek má špecifické farmakologické vlastnosti, dávkovacie schémy a profil znášanlivosti, preto je nevyhnutné individualizovať terapiu podľa charakteristik a očakávaní pacienta
- Kombinácie vhodných liekov predstavujú významnú možnosť zlepšenia efektivity liečby OAB/ urgentnej UI
- Pri stresovej UI stále čakáme na liečivo, ktoré by bolo možné bezpečne použiť v rutínnej klinickej praxi

Kľúčové slová: inkontinencia moču, hyperaktívny močový mechúr, stresová inkontinencia, farmakoterapia

BLOK

VYBRANÉ TÉMY Z PRAXE PRAKTICKÉHO LEKÁRA

ABSTRAKT Č. 13

PROBLÉM MENOM HERPES ZOSTER

MUDr. Hana ZELENKOVÁ, PhD, MBA.

SANARE spol. s r.o. Neštátné súkromné zariadenie - Kožná klinika DOST Svidník

Herpes Zoster - veľmi neprijemné ochorenie, vyvoláva ho vírus Varicella - Zoster. Je to rovnaký vírus ako infekčné ochorenie u detí známe ako Varicella - ovčie kiahne. Problémom je po prekonaní ochorenia pretrvávanie vírusu v organizme a možnosť prejavov vírusovej infekcie v dospelosti. Niekedy sa prekvapivo vyskytne aj u mladších pacientov. Ide o pacientov s oslabenou imunitou, hormonálnymi poruchami, onkologických pacientov alebo s metabolickým syndrómom, ale aj ako post COVID komplikácia. Rovnako pri extrémne zvýšenej únave a strese, zlej životospráve. V zahraničí sú popísané aj prípady Herpes Zoster ako nežiaduce efekty pri biologickej liečbe.

Ochorenie môže začať nezvyčajnou jemnou bolesťou a následne sa objavia na postihnutých oblastiach kože typické pásy začervenej kože s pluzgierikmi až drobnými rankami, neskôr chrastami. Preto sa Herpes Zoster nazýva aj pásový opar. Najčastejšie prejavy sú jednostranne na hrudníku, bruchu, menej často na polovici tváre s postihom oka, ucha, dutiny ústnej a prechodom až do vlasov. Prejavy sú veľmi neprijemné, na koži až dramatické - svrbenie, pálenie, ale najmä bolestivosť - niekedy veľmi výrazná. Celkové pocity sú u každého pacienta individuálne. U mnohých pacientov nechýba celková slabosť, únava, teploty až zimnica a neraz aj zväčšenie lymfatických uzlín. Veľmi závažné je postihnutie oka, preto pacienti s výsevom

na obličaji sú vždy konzultovaní na očnej ambulancii.

Liečba patrí do rúk lekára a je nevyhnutné s ňou začať čím skôr (do troch dní od prvých príznakov). Nekomplikované prejavy Herpes Zoster zvyčajne ustúpia do 10-14 dní. Keď sa liečba nezačne v správnom čase, kožné prejavy síce ustúpia, ale je tu riziko vzniku komplikácií, tzv. bolestivej postherpetickéj neuralgie. Bolesť v tomto prípade môžu pretrvávajú niekoľko mesiacov až rokov. V liečbe dôležitú a nezastupiteľnú úlohu zohráva skupina liekov, ktoré nazývame antivirotiká a sú viazané na predpis lekára. Na zmiernenie svrbenia lekár môže predpísať tzv. antihistaminiká a pri výraznej bolesti lieky zmiernujúce bolesť (analgetiká). Kožu je možné ošetriť rôznymi prípravkami (pasty, gély, farbivá, špeciálne antivirotické prípravky). V liečbe by nemali chýbať vitamíny skupiny B a E. V prípade postherpetických neuralgií sa používa aj fyzikálna liečba - biolampa, laser, karboxy-, oxigeno- a ozonoterapia. K štandardu by malo patriť vyšetrenie špecifických protilátok. Nevyhnutný je manažment liečby a upozornenia pre pacienta. V prednáške sú demonštrované aj klinické obrazy Herpes Zoster.

Kľúčové slová: herpes zoster, postherpetická neuralgia, klinické prejavy, liečba



ABSTRAKT Č. 14

VAZODILATAČNÉ BETABLOKÁTORY V LIEČBE HYPERTENZIE A KARDIOVASKULÁRNYCH OCHORENÍ

MUDr. Peter SOLÍK, PhD.

Národný ústav srdcových a cievnych chorôb a.s., Bratislava

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

Vazodilatačné účinky majú aj iné betablokátor tretej generácie, nebivolol vyvoláva vazodilataciu cestou uvoľňovania NO. Antiischemický potenciál sa potvrdil v štúdií SENIORS redukciami ischemických príhod u starších pacientov so srdcovým zlyhávaním

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: vazodilatačné betablokátor, hypertenzia, kardiovaskulárne ochorenia

ABSTRAKT Č. 15

MOŽNOSTI VYUŽITIA FIXNEJ KOMBINÁCIE V LIEČBE AKÚTNEJ BOLESTI

MUDr. Ľubomír KRIVJANSKÝ

Nemocnica A.Leňa - Algeziologická ambulancia

Národný prieskum zdravia a pohody uvádza, že najčastejšie sa vyskytujúca bolesť u pacientov (až takmer 60 %) je stredne silnej až silnej intenzity. Dosiachnutie adekvátnej úľavy od bolesti monoterapiou môže byť ťažké, ale multimodálna analgézia je akceptovaná ako základný kameň účinnej liečby bolesti. Kombinácia analgetík s rôznymi mechanizmami účinku a potenciálne synergické účinky znamenajú, zameranie: na širšie spektrum bolesti a nižšie dávky jednotlivých

zložiek liečiva, čím sa zvyšuje účinnosť a minimalizujú sa nežiaduce udalosti.

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).

Multimodálna analgézia dexketoprofén 25 mg/tramadol 75 mg dosahuje synergickú/aditívnu interakciu poskytujúcu dostatočný analgetický účinok aj pri nižších dávkach, a tým adekvátne zníženie intenzity bolesti a výskytu nežiaducich účinkov. Dávky dexketoprofén 25 mg / tramadol 75 mg boli vybrané ako optimálne pre kombináciu vo viacerých klinických štúdiách s viacerými dávkami v dobre etablovaných modeloch akútnej viscerálnej a somatickej bolesti. 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.

Dexketoprofén (DKP) je S(+) enantiomér ketoprofenu, ktorý si zachováva typický účinok svojho ketoprofenu, zatiaľ čo R(-) enantioméru táto aktivita chýba. Zatiaľ čo mechanizmus 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.

Dexketoprofén 25 mg / tramadol 75 mg spĺňajú vyššie uvádzané požiadavky na vhodnosť ich možného simultánneho použitia, pretože disponujú vzájomne odlišným mechanizmom účinku a súčasne aj ľahkou odlišnou kinetikou (rýchlo účinkujúci dexketoprofén vs. tramadol s prolongovaným účinkom).

Klinické štúdie potvrdili kombináciu dexketoprofén 25 mg / tramadol 75 mg ako účinné analgetikum na kontrolu strednej až silnej

akútnej bolesti. DKP/TRAM ponúka množstvo dôležitých výhod vrátane: preukázanej účinnosti, znášanlivosti a o 25 % zníženie dávky opioidov, zlepšenie compliance s pacientom, napr. ako aj pohodlný spôsob podávania.

Kombinácia dexketoprofén 25 mg / tramadol 75 mg poskytuje dosiahnutie lepšej kontroly bolesti s nižším rizikom nežiaducich účinkov a dobrej compliance pacientov vs. paracetamol 650 mg / tramadol 75 mg. Fixná kombinácia dexketoprofén 25 mg / tramadol 75 mg je určená na symptomatickú krátkodobú liečbu stredne silnej až silnej akútnej bolesti.

Kľúčové slová: liečba akútnej bolesti, multimodálna analgézia, fixná kombinácia, dexketoprofén/tramadol



BLOK ANGIOLOGICKÝ BLOK – SPOLUPRÁCA V STAROSTLIVOSTI O CIEVNYCH PACIENTOV

ABSTRAKT Č. 16

ŠPECIFIKÁ LIEČBY VENÓZNEJ TROMBÓZY U ONKOLOGICKÝCH PACIENTOV

MUDr. Eva BOJDOVÁ

Angiologická ambulancia, Nitra

Venózna tromboembólia (VTE) je po infarkte myokardu a náhlej cievnnej príhode 3. najčastejšou príčinou kardiovaskulárnych úmrtí. Malignita je najčastejšou získanou trombofiliou, patofyziologicky sa ale na vzniku VTE u onkologického pacienta môžu rôznou mierou podieľať všetky ďalšie mechanizmy Virchowovej triády.

15% onkologických pacientov má v priebehu ochorenia symptomatickú VTE, pri sekcii má však prejavy tohto ochorenia až polovica onkologických pacientov. VTE je 2. príčinou úmrtia onkologických pacientov, hneď po základnom ochorení. VTE limituje prežívanie pacientov a je aj markerom aktivity nádorového ochorenia.

Pre VTE je u pacientov s malignitou typický 3 až 4× väčší výskyt recidív, často i napriek antikoagulačnej liečbe. Výskyt krvácajúcich komplikácií je asi dvojnásobne častejší. Preto je v liečbe VTE potrebné citlivo zvažovať tieto riziká, brať do úvahy štádium ochorenia, onkologickú liečbu, klinický stav i prognózu pacienta. Liečbu VTE je preto potrebné čo najviac individuálne pacientovi prispôbiť a efekt liečby i jej riziká pravidelne prehodnocovať.

Základnou liečbou VTE je aj u onkologických pacientov antikoagulačná liečba. Iniciálna antikoagulačná liečba sa začína bezprostredne po stanovení diagnózy a zahŕňa je prvých

5 - 21 dní liečby. Dlhodobá liečba je minimálne 3 - 6 mesiacov. Ak riziko VTE pretrváva, pokračujeme liečbou extendovanou s neurčitou dĺžkou.

Prelomová štúdia, ktorá v posledných dvoch desaťročiach zásadne zmenila prístup k liečbe VTE u onkologických pacientov, bola štúdia CLOT z roku 2003. Potvrdila 50 % zníženie rizika recidívy VTE pri liečbe heparíni s nízkou molekulovou hmotnosťou (LMWH) v porovnaní s warfarínom. Po mesiaci podávania LMWH v plnej terapeutickú dávku sa redukuje následne liečba o 20 - 25%. Výhodou liečby je, že nevyžaduje časté laboratórne kontroly a umožňuje pohotovú upravovanie dávok. Tiež nemá interakcie s inými liekmi či potravou a parenterálne podávanie nezaťažuje tráviaci trakt. To je ale zároveň pri dlhodobom podávaní i hlavnou nevýhodou tejto liečby a zhoršuje compliance pacientov.

S nástupom nových orálnych antikoagulantov (NOAK) sa v posledných rokoch objavili štúdie, porovnávajúce liečbu LMWH s liečbou VTE jednotlivými preparátmi z tejto skupiny. Štúdie HOKUSAI-VTE CANCER, SELECT-D a CARAVAGGIO preukázali rovnakú účinnosť antikoagulačnej terapie NOAK u onkologických pacientov ako liečba LMWH, z nich apixaban preukázal rovnakú bezpečnosť aj u pacientov s patologickým procesom na gastrointestinálnom trakte. Na základe

výsledkov týchto štúdií sa aktualizujú odporúčania jednotlivých odborných spoločností pre liečbu VTE u onkologických pacientov.

NOAK sú v liečbe VTE vhodné u klinicky stabilizovaných pacientov s nízkym rizikom krvácania, ak nehrozí interakcia s prebiehajúcou onkologickou liečbou. Nevhodné je použitie u dosiaľ neoperovaných luminálnych nádorov gastrointestinálneho traktu, ev. urogenitálneho traktu, u patologických procesov v parenchymatóznych orgánoch, pri akútnych hemato-onkologických malignitách a pri aktívnom krvácaní. Pri liečbe je potrebné sledovanie renálnych a hepatálnych funkcií. V prednáške sa venujeme taktike liečby VTE v rôznych klinických situáciách, s ktorými sa v praxi u onkologických pacientov stretávame.

Pri rozhodovaní o liečbe VTE je u onkologických pacientov potrebná úzka spolupráca angiológa s onkológom, všeobecným praktickým lekárom a ostatnými špecialistami, ktorí sa na liečbe základného ochorenia podieľajú. Ak je to možné, rešpektujeme aj preferencie pacienta.

Kľúčové slová: venózna trombóza, onkologický pacient, LMWH, NOAK, apixaban, angiológ, všeobecný lekár

ABSTRAKT Č. 17

INFORMOVANIE PACIENTA O ZÁVAŽNOSTI PERIFÉRNEHO ARTÉRIOVÉHO OCHORENIA - KEDY? AKO? PREČO?

MUDr. Katarína DOSTÁLOVÁ, PhD. MPH¹, MUDr. Peter MAKARA, MPH²¹ Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave² Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva, Bratislava

Periférne artériové ochorenie (PAO) zahŕňa obliterujúce ochorenia končatínových artérií, ale aj iných tepnových rievčiek s výnimkou koronárnych artérií (Štvrtinová, 2010). PAO znižuje kvalitu života, môže viesť až k amputácii postihnutej končatiny.

KEDY?

Od roku 2016 bolo meranie ABI zaradené do preventívnej prehliadky realizovanej všeobecným lekárom u všetkých pacientov nad 60 rokov a u pacientov nad 50 rokov, ak majú minimálne jeden rizikový faktor (Odborné usmernenie Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky, 2015).

Všeobecný lekár hodnotí výsledky merania ABI (ankle-brachial index, členkovo-ramenný index) (Tab. č. 1) v kontexte anamnézy a klinického vyšetrenia pacient (inšpekcia, palpácia – najmä periférnych pulzácií, auskultácia nad veľkými tepnami, v sporných situáciách aj využitie námahových testov - napr. podľa Ratschowa).



Tabuľka č. 1: Interpretácia ABI a ďalší postup

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

Odpoveď je **IHNEĎ**. Počas preventívnej prehliadky všeobecný lekár by mal informovať o klinických prejavoch postihnutia magistrálnych tepien dolných končatín a ich možných dôsledkoch na kvalitu života, chôdzu a sebestačnosť pacienta. Ak pri preventívnej prehliadke realizuje meranie ABI, je potrebné edukovať o princípe a účele merania ABI.

AKO?

O prejavoch aterosklerózy a následných komplikáciách v koronárnom riečisku či mozgovej cirkulácii je verejnosť relatívne dobre informovaná odborníkmi, ako aj sociálnymi médiami, avšak o prejavoch aterosklerózy magistrálnych tepien a jej komplikáciách (amputácie) je informovaná menej často. Ideálne je to pripomenúť pacientovi, ktorý prichádza do ambulancie s bolesťou dolných končatín, čo môže viesť k realizácii ABI v rámci preventívnej prehliadky (s ktorou pacient otáľa) alebo aj mimo preventívnej prehliadky.

Odpoveď je: **PRIMERANE**.

V závislosti od klinického stavu, prítomnosti rizikových faktorov a kognitívnych schopností pacienta. Dôležité je aj zainteresovanie blízkych osôb (fajčenie, stravovanie a pohybový režim v domácnosti, compliance

s liečbou), bez podpory ktorých je šanca na úspech oveľa menšia.

Charakteristickým príznakom je klaudikačná bolesť, ktorá vzniká pri námahe a prestane po krátkom odpočinku. Typické symptómy má však len určitá časť pacientov (Norgren 2007).

Klaudikačná bolesť môže chýbať u pacientov s polyneuropatiou, často chýba u diabetikov. Klaudikácia sa neprejaví ani u pacientov, ktorí nemôžu chodiť kvôli imobilite pri muskuloskeletálnych chorobách, pri námahevej dýchavici alebo pre iné ťažkosti pri polymorbidite. Je známe, že až 10-50% pacientov s intermitentnou klaudikáciou nikdy nekonzultovalo lekára pre svoje ťažkosti (Norgren, 2007).

Všeobecný lekár pôsobí často aj v sociálnych zariadeniach, kde by mal pri preberaní pacienta do starostlivosti venovať pozornosť cievnemu zásobeniu dolných končatín v snahe o prevenciu dekubitov dolných končatín, čo je zodpovednosťou nielen pred samotným pacientom ale aj pred personálom sociálneho zariadenia a príbuznými pacienta.

PREČO?

PAO končatinových tepien sa vyskytuje asi u 5 - 10 % populácie staršej ako 60 rokov,

pričom jej výskyt je v jednotlivých epidemiologických štúdiách rozdielny v závislosti od toho, akými diagnostickými metódami sa PAO diagnostikovalo (na základe anamnestických údajov alebo aj pomocou prístrojových vyšetrovacích metód) a rovnako rozhoduje voľba vyšetrovaného súboru.

Zistili sme, že až 60% pacientov na oddelení dlhodobo chorých s dekubitmi na päťtách malo závažné postihnutie magistrálnych tepien dolných končatín. Rovnako sme

potvrdili, že ak pacient prichádza po prvýkrát do angiologickej ambulancie so suspekciou na PAO už s ulceráciou, jeho „šanca“, že zomrie do 3 rokov, je až 2,422x vyššia ako u pacienta, ktorý bol odoslaný bez ulcerácie.

Odpoveď je: **CHCEME PREDÍŠŤ PREDČASNÉMU ÚMRTIU, CHCEME PREDÍŠŤ AMPUTÁCIU.**

Kľúčové slová: periférne artériové ochorenie, edukácia pacienta, rizikový profil

BLOK MUŽSKÉ SEXUÁLNE ZDRAVIE – INTERDISCIPLINÁRNE ASPEKTY

ABSTRAKT Č. 18

MUŽSKÉ SEXUÁLNE ZDRAVIE – INTERDISCIPLINÁRNE ASPEKTY

MUDr. Igor BARTL, PhD.¹, MUDr. Jozef DÚBRAVICKÝ²

¹Urologické oddelenie, Nemocnica Ružinov, UNBA, V. interná klinika LF UK, Nemocnica Ružinov, UNBA

²Urocentrum s.r.o. Bratislava

Definícia WHO z roku 2002 charakterizuje **sexuálne zdravie** ako stav **fyzickej, emočnej, psychickej a sociálnej pohody vzťahujúcej sa k sexualite, čo neznamená iba absenciu choroby, dysfunkcie, alebo poruchy**. Vyžaduje si pozitívny a rešpektujúci prístup k sexualite a sexuálnym vzťahom, ako aj možnosť mať príjemné a **bezpečné sexuálne skúsenosti bez donucovania, diskriminácie a násillia**.

Ľudská sexualita je dôležitou súčasťou ľudského bytia počas celého života jednotlivca a zahŕňa **pohlavie, rodovú identitu a rodové roly, sexuálnu orientáciu, erotiku, pôžitok, intímnosť a reprodukciu**.

Sexuálne uspokojenie (satisfakcia) ako výsostne psychická kvalita v konečnom dôsledku

rozhoduje o tom, ako subjekt svoju sexualitu hodnotí a ako je s ňou spokojný.

Sexuálna dysfunkcia (SD) je porucha sexuálnej výkonnosti, charakterizovaná nedostačnosťou jednej alebo niekoľkých fyziologických zložiek **sexuálneho správania**.

Všetky formy SD významne negatívne ovplyvňujú kvalitu života (QoL) postihnutých osôb. Podľa aktualizácie guidelines Európskej urologickej spoločnosti (EAU) od roku 2016 by sa nemala **erektilná dysfunkcia (ED) považovať len za problém kvality života**, ale za **potenciálny závažný marker kardiovaskulárnych ochorení (CVD), diabetes mellitus (DM), hypertenzie (HT), metabolického syndrómu (MetS), obštrukčnej choroby pľúc (CHOCHP) a symptómov dolných močových ciest (LUTS)**.



V rámci najnovších usmernení z roku 2020 panel expertov EAU vyzýva lekárov, aby zvažili **potenciálne súvislosti najmä u mladšej populácie mužov** s diagnostikovanou variokelou v súvislosti s predpokladaným vyšším výskytom CVD, vyšším rizikom cukrovky a hyperlipidémie. Reporty WHO sa tiež zaoberajú sexuálnym a reprodukčným zdravím mužov z pohľadu stratifikácie a dispenzarizácie pre dokázané **asociácie mužskej infertility so zvýšeným rizikom nemalígnych, ale aj malígnych ochorení** v neskoršom veku.

V rámci globálnej stratégie kladenej na primárnu a sekundárnu prevenciu najnovšie klinické štúdie dokonca dokázali preventívny **vplyv zdravej sexuality** na oddialenie alebo **predchádzanie vzniku sexuálnej dysfunkcie samotnej**. Vzťahy medzi masturbáciou, frekvenciou ejakulácie korelované k vekovým kategóriám sú významnými individuálnymi **faktormi prevencie rizika karcinómu prostaty (PCa)**. **Sexuálna dysfunkcia** môže byť podľa najnovších štúdií významným signálom závažných civilizačných ochorení a stáva sa tak súčasťou **kompozitných biomarkerov** mužského, nielen sexuálneho zdravia.

Mulidisciplinarita komplexného pohľadu na tematiku sexuálnych dysfunkcií v súčasnosti vyžaduje komunikáciu a kooperáciu nielen medzi **terapeutom a pacientom, či jeho partnerkou**, ale aj medzi **odborníkmi rôznych špecializácií navzájom**, pričom benefitom holisticky poňatej zdravotnej starostlivosti sú **interdisciplinárne aspekty**. V **terapeutickom pláne individuálnej personalizácie** sa v **sexuálnej medicíne** do popredia dostáva nielen medicínsky status, zohľadňujú sa najmä **osobné preferencie** ako aj **reálne možnosti** a **kardiometabolická výkonnosť** každého pacienta/páru.

Panel odporúčaní EAU pre sexuálne a reprodukčné zdravie podrobne preskúmal

literárne zdroje, najmä RCT a metaanalýzy, aby poskytol odporúčania na: 1) neskoré účinky urologických ochorení (obidve vyskytujú sa v detstve aj v dospelom veku) na sexuálne a reprodukčné zdravie mužov; 2) neskoré a dlhodobé účinky rakoviny na sexuálne a reprodukčné zdravie mužov; a 3) budúce smerovanie na podporu stratégií personalizovanej medicíny na propagáciu a zvyšovanie povedomia o mužskom sexuálnom a reprodukčnom zdraví celkovo.

Napriek značným iniciatívam v oblasti **verejného zdravia** za posledných niekoľko desaťročí **panel expertov EAU** zistil, že medzi mužmi a ženami stále existuje **významný rozdiel v očakávanej dĺžke života**. Medzi najväčšie sprievodné dôvody úmrtnosti mužov v Európe patria **neprenosné choroby (najmä KVO, rakovina, cukrovka a respiračné choroby) a traumatizmy**, ako sa zdôrazňuje v nedávnej správe WHO, ktorá vyvracia prevládajúcu **mylnú predstavu, že vyššia miera predčasnej úmrtnosti mužov je prirodzený jav**.

Najnovšie reporty WHO, ktoré sa zaoberajú mužským sexuálnym a reprodukčným zdravím, zhodne konštatujú, že tieto oblasti **mužského zdravia** sú stále **nedostatočne preskúmané a najmä prezentované** v odbornej aj laickej verejnosti. Globálne údaje naznačujú, že **politiky zdravotnej starostlivosti** by sa mali zamerať na **preventívne stratégie** a venovať väčšiu pozornosť najmä **dispenzarizácii mužov so sexuálnymi a reprodukčnými dysfunkciami**.

Zdroje informácií použité v texte boli čerpané z guidelines, národných doporučení globálnych konsenzov aj individuálnych názorov členov panelov expertov odborných spoločností národného aj medzinárodného charakteru, viď prehľad odborných spoločností v tabuľke.

Smernice EAU. Edn. prezentované na 39. výročnom kongrese EAU, Paríž 04/2024. ISBN 978-94-92671-23-3. <https://uroweb.org/guidelines>

Odborné spoločnosti so sexuologickou multidisciplinárnou tematikou

| | |
|---------|--|
| ESSM | European Society for Sexual Medicine |
| ISSM | International Society for Sexual Medicine |
| EFS | European Federation of Sexology |
| WAS | World Association for Sexual Health |
| EAU | European Association of Urology |
| AUA | American Urological Association |
| ISSAM | International Society For The Study of the Aging Mail |
| ISSWSH | The International Society for the Study of Women's Sexual Health |
| EMAS | European Menopause and Andropause Society |
| IMS | International Menopause Society |
| ICE | The International Society of Endocrinology |
| ČLS JEP | Česká sexuologická spoločnosť |
| ČSSM | Česká spoločnosť pro sexuální medicínu |
| SSEMA | Slovenská spoločnosť pre endokrinológiu, menopauzu a andropauzu |
| SSS | Slovenská sexuologická spoločnosť |

ABSTRAKT Č. 19

OBEZITA Z POHLĎADU UROLÓGA A SEXUOLÓGA

MUDr. Igor BARTL, PhD.

Urologické oddelenie, Nemocnica Ružinov, UNBA

V. interná klinika LF UK, Nemocnica Ružinov, UNBA

Obezita a/alebo viaceré choroby súvisiace s obezitou môžu ovplyvniť sexuálne funkcie a urologické ochorenia u mužov aj žien. Obezita u mužov je spojená s príznakmi hypogonadizmu, erektilnej dysfunkcie, benígnej prostatickej hyperplázie, rakoviny prostaty, mikčných obtiaží, močových kameňov a má tiež negatívny dopad aj na plodnosť.

Tukové tkanivo vo zvýšenej miere produkuje zápalové faktory najmä adipokíny (leptín, rezistín, adiponektín, visfaltín a iné) a cytokíny - tumor nekrotizujúci faktor α (TNF α) a interleukín 6 a 1 (IL6, IL1). Z nich najmä leptín sa podieľa na aromatizácii pohlavných

steroidov, čím sa mení rovnováha endokrinného stavu. Neuroendokrinná regulácia oboch sex hormónov – testosterónu a estradiolu v CNS podľa najnovších zistení podlieha genomickej aj non-genomickej regulácii a u mužov s určitým fenotypom aj s možným prepojením na alternatívne signálne dráhy smerujúce ku karcinogéze. Dokázalo sa, že pre zdravie mužov aj žien má klinicky oveľa väčší význam pomer androgénov k estrogénom ako samotná koncentrácia testosterónu alebo estradiolu.

Výšetrenie hypogonadizmu sa odporúča u mužov s obezitou alebo diabetom 2. typu

bez ohľadu na vek a manifestáciu sexuálnych dysfunkcií. Štúdia TRAVERSE dokázala, že suplementačná liečba testosterónom pri potvrdenom hypogonadizme je účinná, bezpečná a má dokázateľné kardioprotektívne účinky na mužské zdravie.

Obezita u mužov spôsobuje aktiváciu zápalových kaskád vedúcu k zníženiu tvorby a dostupnosti NO, dôležitého pre erektilnú funkciu. Význam NO/cGMP/cAMP kaskády bol na centrálnej úrovni (CNS) preukázaný v súvislosti s kognitívnymi funkciami, neuroregeneráciou CNS a prevenciou demencie.

Inzulín je podľa výsledkov najnovších výskumov kľúčovým vedeckým zistením pre asociáciu obezity s agresívnym karcinómom prostaty.

Kľúčové slová: obezita, testosterón, hypogonadizmus, erektilná dysfunkcia, neplodnosť, neuroregenerácia CNS, kognitívne funkcie, inzulín a karcinóm prostaty

ABSTRAKT Č. 20

EREKILNÁ DYSFUNKCIA V KONTEXTE SÚČASNÝCH POZNATKOV

MUDr. Jozef DÚBRAVICKÝ

Rodinná urologická ambulancia

Urocentrum Bratislava s.r.o. Vajnorská 40

Erektilná dysfunkcia (ED) je definovaná ako dlhodobá (najmenej 6 mesiacov trvajúca) neschopnosť dosiahnuť a/alebo udržať erekciu dostatočnú pre uspokojivý pohlavný styk. Podľa údajov Massachusetts Male Aging Study až 52 % mužov vo veku 40 až 70 rokov je postihnutých ED. Multidisciplinárny význam diagnostiky ED podporujú aj konzistentné dôkazy najnovších štúdií, podľa ktorých môže byť ED prvým signálom iných vážnych zdravotných problémov. Interval medzi symptómami ED a kardiovaskulárnou príhodou je 3–5 rokov, diagnostiku diabetes mellitus môže dokonca predbehnúť o 10 rokov. ED je aj včasný marker rozvoja metabolického syndrómu, a to aj u mužov s BMI < 25, ale aj depresie a iných dovtedy nemanifestovaných ochorení.

Inhibítory fosfodiesterázy typu 5 (PDE5i) sú liečbou prvej línie u pacientov s ED. PDE5i sú

vysoko účinné, bezpečné, dobre tolerované a majú málo kontraindikácií; napriek všetkým týmto priaznivým faktorom však väčšina užívateľov preruší liečbu počas prvého roka liečby. Veľa štúdií skúmalo mnohé dôvody tohto predčasného ukončenia liečby a uvádzajú, že vo väčšine prípadov ide o kombináciu zdravotných (napr. strach z vedľajších účinkov, nedostatočná odpoveď, slabá compliance) a psychosociálnych faktorov (napr. náklady na liečbu, problémy v páre, vnímanie slabej spontánnosti pohlavného styku), čo môže viesť k prerušeniu liečby. Riešením na zlepšenie compliance a eliminácie nežiadúcich účinkov po užití PDE5i môže byť zmena liekovej formy.

Nová formulácia sildenafilu vo forme orodispergovateľného filmu (ODF) predstavuje diskretnú možnosť užitia bez zapitia vodou, vďaka okamžitému rozpusteniu v ústach



dochádza k rýchlemu uvoľneniu účinnej látky, čo zabezpečuje rýchly nástup účinku. Vďaka dostupnosti 75 mg sily predstavuje možnosť pre pacientov, ktorí nedosahujú optimálne výsledky po užití 50 mg sily, ale zároveň sa obávajú nežiaducich účinkov pri užití 100 mg dávky. Farmakokinetické parametre v klinických štúdiách ukázali, že po 15 aj 30 minútach bola sérová hladina signifikantne najvyššia pri ODF, a to nielen v porovnaní s klasickou tabletou, ale aj v porovnaní s orodispergovateľnou tabletou. V kontexte súčasných poznatkov má dlhodobé užívanie PDE5i okrem primárnej indikácie liečby erektilnej dysfunkcie aj výrazné benefity pre zníženie urgencie

a frekvencie mikcie, hojenia rán po radikálnych operáciách v malej panve (penilná RHB), diabetickú nefropatiu, periférne neuropatie až po neuroregeneráciu CNS prostredníctvom kognitívneho fitness a oddialenia manifestácie Alzheimerovej choroby a ďalších demencií v séniu.

Kľúčové slová: erektilná dysfunkcia, PDE5i, orodispergovateľný film, flexibilita dávkovania, penilná RHB, neuroregenerácia CNS, kognitívne fitness

ABSTRAKT Č. 21

VITAMÍN D A MUŽSKÉ ZDRAVIE

MUDr. Igor BARTL, PhD.

Urologické oddelenie, Nemocnica Ružinov, UNBA

V. interná klinika LF UK, Nemocnica Ružinov, UNBA

Najnovšie experimentálne aj humánne štúdie prinášajú stále konzistentnejšie dôkazy o účinkoch vitamínu D ako signálnej molekuly so skeletálnymi, ale aj multiorgánovými non skeletálnymi účinkami. Vitamín D, najmä však jeho aktívny metabolit kalcitriol, reguluje transkripciu veľkého množstva vitamín D dependentných génov kódujúcich kalcium, transportné proteíny a proteíny kostnej matrix. Prevratné výsledky priniesol výskum regulačných domén vitamínu D, ktorý sa v posledných dekádach zamerl na androgénne a gonadálne funkcie.

Reprodukčná úloha vitamínu D u mužov je zvýraznená expresiou receptora vitamínu D a enzýmami, ktoré metabolizujú vitamín D v semenníkoch, mužskom reprodukčnom trakte a ľudských spermiiach. Vysoký výskyt

infertility spolu s nízkou hladinou vitamínu D bol dokázaný u inak zdravých mladých mužov aj žien.

Suplementácia vitamínu D u mužov s poruchami spermogramu asociovanými s reprodukčnými hormónmi a lifestyleovými zvyklosťami môže byť dobrým cieľom pre skúmanie ďalších možností liečby mužskej neplodnosti. Z pohľadu starostlivosti o mužské zdravie z výsledkov najnovších klinických štúdií vyplýva, že pokles hladiny testosterónu kontroverzne pri suplementácii vitamínom D môže signalizovať riziko závažných CVD až HF, preto by táto súvislosť mohla byť v blízkej budúcnosti využitá pre implementáciu vitamínu D do kompozitných biomarkerov mužského zdravia. Lepšiu titráciu dávky vitamínu D aj testosterónu a identifikáciu individuálnej



akceptácie liečby by okrem zohľadnenia personalizovaného vitamín D response indexu mohlo priniesť vyšetrenie polymorfizmov receptora vitamínu D a androgénového receptora v budúcnosti.

Vitamín D vo forme rozpustného filmu je inovatívna metóda, ktorej hlavnou výhodou je pohodlná, diskretná a efektívna aplikácia. Rozpustný film je tenká vrstva, ktorá sa po položení na jazyk okamžite rozpúšťa v ústach bez potreby vody a poskytuje účinné doplnenie vitamínu D. Umožňuje jednoduché a rýchle doplnenie vitamínu D kedykoľvek

a kdekoľvek. Týmto spôsobom sa vitamín D rýchlejšie a priamejšie vstrebáva do krvného obehu a môže byť účinnejší pri podpore zdravia kostí, imunitného systému a celkového zdravia človeka.

Kľúčová slová: vitamín D, rozpustný film, testosterón, kompozitné biomarkery, polymorfizmy receptorov vitamínu D a TST, infertilita, mužské zdravie

**BLOK AKTUÁLNE VÝZVY V OBLASTI VÝŽIVY A ZDRAVIA:
UDRŽATEĽNÉ STRAVOVACIE ODPORÚČANIA, ENDOKRINNÉ
PORUCHY A MIKROBIÓM V KONTEXTE OBEZITY**

ABSTRAKT Č. 22

STRAVOVACIE ODPORÚČANIA (FOOD-BASED DIETARY GUIDELINES, FBDG) S DÔRAZOM NA UDRŽATEĽNOSŤ (ONEHEALTH, PLANETARY DIET)

MUDr. Jana BABIAKOVÁ, PhD., MPH¹, doc. MUDr. Adela PENESOVÁ, PhD.²,
doc. PharmDr. Daniela MINÁRIKOVÁ, PhD., MSc., MPH^{3,4},
doc. MUDr. Peter MINÁRIK, PhD., MSc., MPH^{2,4,5}, prof. Ing. Jozef GOLIAN, Dr.⁶,
prof. MUDr. Ľubica ARGALÁŠOVÁ, PhD, MPH¹

¹ Ústav hygieny, Lekárska fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave

² Biomedicínske centrum, Slovenská akadémia vied, Bratislava

³ Farmaceutická fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave

⁴ Inštitút prevencie a intervencie, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave

⁵ Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava

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

Súčasnú stravovaciu vzorce v kombinácii s očakávaným populačným rastom a niektorými environmentálnymi zmenami, môžu prispieť k zhoršeniu globálnych rizík,

vrátane nárastu záťaže chronickými neprenosnými chorobami a negatívneho vplyvu potravinovej výroby na životné prostredie. Transformácia na zdravé stravovacie návyky

z udržateľných potravinových systémov je nevyhnutná na dosiahnutie Cielov udržateľného rozvoja OSN a Parížskej dohody.

Koncept tzv. *One Health*, ktorý je integrovaným prístupom k udržiavaniu rovnováhy a optimalizácie zdravia ľudí, zvierat a ekosystémov, uznáva úzku prepojenosť a vzájomnú závislosť zdravia ľudí, domácich a voľne žijúcich zvierat, rastlín a životného prostredia.

Adekvátne stravovacie návyky a nutričné a energeticky vyvážená výživa, v kombinácii s pravidelnou a primerane intenzívnou fyzickou aktivitou, sú kľúčovými faktormi podporujúcimi zdravie populácie. Tieto faktory, spolu s ďalšími opatreniami, ako sú neužívanie návykových látok vrátane nefajčenia a limitovanej konzumácie alkoholu, vhodný manažment stresu, adekvátna kvalita a dĺžka spánku, hygienické návyky, predstavujú integrované zložky zdravého životného štýlu. Pozitívny vplyv správne nastaveného životného štýlu sa prejavuje počas celého života jedinca a významne redukuje incidenciu a dopady chronických neprenosných chorôb, ako sú kardiovaskulárne a onkologické choroby, ochorenia respiračného a GI (gastrointestinálneho) traktu, obezita a diabetes mellitus 2. typu, neurologické a psychiatrické poruchy a mnoho ďalších.

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky schválilo počas uplynulých troch rokov v rámci Štandardných postupov pre výkon prevencie „Odporúčania pre stravovanie a výživu u dospelých“, a to v roku 2021 všeobecnú časť, v roku 2022 špeciálnu časť a následne grafickú časť - tzv. Potravinovú pyramídu, ktorá bola prijatá v novembri 2023 ako tretia časť odporúčaní. Ide o prvé slovenské usmernenia o stravovaní založené na potravinových skupinách tzv. Food Based Dietary Guidelines (FBDG). Pri ich tvorbe sa vychádzalo z usmernení iných krajín a odporúčaní

významných vedeckých a odborných spoločností a organizácií.

Tieto 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. Odporúčania 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 (intraindividuálne a interindividuálne rozdiely).

Koncom minulého roku autori slovenských odporúčaní pre stravovanie a výživu u dospelých predstavili Potravinovú pyramídu, ktorá znázorňuje jednotlivé potravinové skupiny spolu s informáciou o odporúčanom množstve (veľkosť porcie) a frekvencii jej konzumácie. Sú to predovšetkým skupiny zelenina a ovocie, celozrnné potraviny ako cenné zdroje vlákniny, minerálnych látok, vitamínov, fytonutrientov, potraviny bohaté na bielkoviny (najmä rastlinného pôvodu - strukoviny, orechy a semená, ale aj živočíšne - mlieko, mliečne výrobky, chudé mäso, ryby, vajcia), zdroje s prevahou tukov, s dostatočným zastúpením zdrojov obsahujúcich najmä polynenasýtené mastné kyseliny, a s celkovým dôrazom na nespracované a minimálne priemyselne spracované základné potraviny.

Vrchol pyramídy je oddelený a symbolizuje tak potraviny a nápoje, ktorých nadmerná konzumácia naopak zdravie poškodzuje a treba sa jej vyhýbať, resp. obmedziť príjem daných potravín na najnižšiu možnú mieru (vo všeobecnosti sa tu nachádzajú predovšetkým potraviny vysoko priemyselne spracované, bohaté na nasýtené tuky, jednoduché cukry a soľ, ale aj alkoholické a sladené nápoje). Pyramída neopomína aj dôležitosť pitného režimu, zdôrazňuje potrebu pravidelného pohybu, nesesavého životného štýlu ako

nevyhnutných súčastí zdravého životného štýlu.

Potravinová pyramída by sa mala stať súčasťou aplikácie preventívnych opatrení a komunikácie odborníkov s populáciou a jej nasmerovania k stravovaniu a spôsobu života, ktoré na základe vedeckých a odborných poznatkov podporuje zdravie ľudí, umožňuje predĺženie a zlepšenie kvality dožívania sa populácie v zdraví a optimalizovania oboch týchto aspektov ľudského života (lifespan, healthspan).

Kľúčové slová: stravovacie odporúčania, potravinová pyramída, planetary diet

Podporené grantmi: MZSR: Tvorba nových a inovovaných postupov pre výkon prevencie a ich zavedenie do medicínskej praxe, <https://www.standardnepostupy.sk/novy-zoznam-schvalenych-preventivnych-postupov-ppv/>

KEGA: Inovácia výučby v oblasti ochrany a podpory zdravia s dôrazom na e-vzdelávanie a implementáciu multimediálnych technológií *Innovation of education in the field of health protection and promotion with emphasis on e-learning and implementation of multimedia technologies*, č. 015UK-4/2022.

ABSTRAKT Č. 23

PRÍČINY A DÔSLEDKY HYPOGONADIZMU ASOCIOVANÉHO S OBEZITOU

doc. MUDr. Adela PENESOVÁ, PhD.^{1,2}, Mgr. Libuša NECHALOVÁ, PhD.^{1,2}, MUDr. Jana BABJAKOVÁ, PhD. MPH³, Prof. RNDr. Viktor BIELIK, PhD.²

¹Ústav klinického a translačného výskumu, Biomedicínske centrum, Slovenská akadémia vied, Bratislava

²Katedra biologických a lekárskeho výskumu, Fakulta telesnej výchovy a športu, Univerzita Komenského v Bratislave

³Ústav hygieny, Lekárska fakulta Univerzita Komenského v Bratislave

Najčastejšou endokrinopatiou je u pacientov s obezitou hypogonadizmus, ktorého prevalencia sa udáva, že je 45 - 57 %. Prevažne sa jedná o sekundárny a funkčný hypogonadizmus.

Obezita je jediným z najvýznamnejším rizikových faktorov nedostatku testosterónu u mužov. Obézni muži sa vyznačujú progresívnym poklesom hladín testosterónu so zvyšujúcou sa telesnou hmotnosťou, zatiaľ čo obézne ženy, najmä tie s abdominálnym fenotypom, majú tendenciu vyvinúť stav funkčného hyperandrogenizmu. Vzhľadom na základnú úlohu pohlavných hormónov

pri regulácii zloženia tela, energetickej homeostázy a reprodukcie u ľudí by sa mal klásť väčší dôraz na potenciálnu úlohu androgénovej dysregulácie v patofyziológii rôznych fenotypov obezity a metabolického syndrómu.

Patofyziologické mechanizmy zapojené do sekundárneho hypogonadizmu súvisiaceho s mužskou obezitou sú veľmi zložité, zahŕňajú zvýšenie hladín leptínu, inzulínu, prozápalových cytokínov a zvýšenú konverziu testosterónu na estrogén v tukovom tkanive enzýmom alfa reduktáza. U žien s obezitou je častý hyperandrogénny stav asociovaný so syndrómom polycystických ovárií (PCOS),



problém s plodnosťou a nepravidelnosť menštruačného cyklu. Väčšina žien s PCOS (38 % -88 %) má nadváhu alebo obezitu. Avšak mierny úbytok hmotnosti (okolo 5%) často vedie ku klinicky významným zlepšeniam reprodukčných, hyperandrogénnych a metabolických vlastností PCOS. Hypogonadizmus vyvolaný obezitou je zväčša reverzibilný.

Kľúčovým v terapii sa javí redukcia hmotnosti zmenou životosprávy, kedy sa aj hladina pohlavných steroidných hormónov môže upraviť do normálu. Preto intenzívna

a radikálna liečba obezity *lege artis* a zmena životného štýlu je pre zlepšenie sexuálneho zdravia aj reprodukčnej funkcie u pacientov s obezitou nevyhnutná.

Kľúčové slová: hypogonadizmus, obezita, životospráva, liečba obezity

Podporené grantmi: APVV 22-0047; VEGA 2/0041/25

ABSTRAKT Č. 24

ČREVNÝ MIKROBIÓM, PROBIOTIKÁ V KONTEXTE ĽUDSKÉHO ZDRAVIA A OBEZITY

Prof. RNDr. Viktor BIELIK, PhD.¹, Mgr. Libuša NECHALOVÁ, PhD.¹, Mgr. Ivan Hric, PhD.², MUDr. Jana BABJAKOVÁ, PhD. MPH³, doc. MUDr. Adela PENESOVÁ, PhD.²

¹Katedra biologických a lekárskeho výskumu, Fakulta telesnej výchovy a športu, Univerzita Komenského v Bratislave

²Ústav klinického a translačného výskumu, Biomedicínske centrum, Slovenská akadémia vied, Bratislava

³Ústav hygieny, Lekárska fakulta Univerzita Komenského v Bratislave

Ľudský gastrointestinálny trakt je kolonizovaný veľkým počtom mikroorganizmov vrátane baktérií, archaea, vírusov, húb a prvokov, ktoré sú súhrnne známe ako črevný mikrobióm. Ľudský črevný mikrobióm, ktorý je špecifický pre každého jedinca, pozostáva z približne 100 miliárd mikroorganizmov a jeho genetický materiál je približne 100x rozsiahlejší ako ľudský genóm.

Existujú vedecké dôkazy naznačujúce, že črevný mikrobióm má významný vplyv na celkové zdravie, vrátane rizika vzniku obezity. Obezita a metabolické poruchy súvisiace s obezitou sú charakterizované špecifickými zmenami v zložení a funkcii ľudského črevného mikrobiómu.

Mechanistické štúdie naznačujú, že črevný mikrobióm môže ovplyvniť obe strany rovnice energetickej bilancie; tak faktory ovplyvňujúce využitie energie zo stravy, ako aj faktory, ktorý ovplyvňuje hostiteľské gény, ktoré regulujú výdaj a ukladanie energie. Tieto poznatky otvárajú atraktívnu možnosť, že manipulácia s črevnou mikrobiómou by mohla uľahčiť znižovanie hmotnosti alebo znížiť riziko rozvoja vzniku obezity u ľudí.

Medzi potenciálne stratégie prevencie a/alebo liečby obezity patrí zameriavanie sa na mikrobióm s cieľom obnoviť alebo upraviť jej zloženie prostredníctvom konzumácie živých baktérií (probiotík), nestráviteľných alebo obmedzene stráviteľných zložiek potravy, ako



sú oligosacharidy (prebiotiká) alebo kombináciou oboch (synbiotiká). Tieto stratégie sú v súčasnosti predmetom intenzívneho výskumu.

Kľúčové slová: črevný mikrobióm, probiotiká, metabolické poruchy, obezita

Štúdie boli podporené grantom: APVV-22-0047

BLOK VARIA

ABSTRAKT Č. 25

AKÚTNY INFARKT MYOKARDU - PRÍDU SGLT2 INHIBÍTORY DO LIEČBY ?

Prof. MUDr. Ján MURÍN, CSc.

I. interná klinika, LFUK a UN Bratislava

Gliflozíny (SGLT2 inhibítory) zlepšujú kardiálnu prognózu u diabetikov 2. typu, u pacientov s chronickou obličkovou chorobou alebo u pacientov s chronickým srdcovým zlyhávaním. Gliflozíny redukujú tiež riziko kardiovaskulárnej mortality, ale aj riziko hospitalizácie pre srdcové zlyhávanie u diabetikov 2. typu a v minulosti s prekonaným infarktom myokardu (IM).

Výsledkom neustále sa rozširujúcich klinických dôkazov o účinnosti SGLT2 inhibítorov u mnohých ochorení a v dôsledku predpokladaných mechanizmov účinku týchto gliflozínov sa môžeme oprávnene domnievať, že SGLT2 inhibícia by mohla zlepšovať aj prognózu pacientov s akútnym IM a tiež u pacientov so spustením tejto liečby vo včasnom období po prekonanom akútnom IM.

Avšak účinnosť a bezpečnosť tejto liečby v akútnom období ischemickej choroby srdca je dnes relatívne málo preskúmaná. Ale postupne v poslednom roku boli publikované alebo na kongresoch prezentované tri klinické štúdie, ktorých výsledky prezentujeme.

Snažíme sa teda prezentovať dnes dostupné klinické údaje o účinnosti a bezpečnosti liečby gliflozínmi u akútnej formy ischemickej choroby srdca a tak vyplniť medzeru nedostupnosti takýchto údajov - pričom cieľom je odpovedať na otázku položenú v názve článku.

Kľúčové slová: SGLT2 inhibítory, akútny infarkt myokardu, kardiovaskulárna morbidita a mortalita

BLOK SÚČASNÝ STAV SKRÍNINGOVÝCH PROGRAMOV NA SLOVENSKU

ABSTRAKT Č. 26

ČO JE NOVÉ V ONKOLOGICKÝCH SRÍNINGOCH NA SLOVENSKU?

MVDr. Jana TRAUTENBERGER RICOVÁ

Národný onkologický inštitút, Bratislava

Systém zavedenia onkologických skríninových programov v EÚ je jednou z hlavných iniciatív, ktoré pomáhajú členským štátom zvrátiť vývoj v boji proti rakovine.

Onkologické skríninové programy na Slovensku nasledujú odporúčanie Európskej komisie, sú v súlade s cieľmi Európskeho plánu boja proti rakovine a sú súčasťou Národného onkologického programu Slovenskej republiky. V decembri 2022 boli prijaté odporúčania európskej komisie (Council Recommendation of 9 December 2022 on strengthening p... - EUR-Lex (europa.eu), ktoré odrážajú najnovšie dostupné vedecké dôkazy a technologický pokrok. To zahŕňa aj aktualizáciu odporúčaní týkajúcich sa skríningu rakoviny prsníka, krčka maternice a hrubého čreva a konečníka. Súčasťou tejto aktualizácie je tiež zavedenie nových typov testovania, ako aj rozšírenie skríninových programov, zahŕňajúcich rakovinu pľúc a prostaty.

Hlavnými zmenami v rámci európskych odporúčaní sú rozšírenie vo vekovej skupine žien v skríningu rakoviny prsníka, ktorý sa vykonáva od 50 do 69 rokov tak, aby zahŕňal ženy vo veku od 45 do 74 rokov. Uprednostnenie testovania na ľudský papilomavírus (HPV) u žien vo veku od 30 do 65 rokov každých 5 alebo viac rokov namiesto skríningu formou cytologického steru a tiež odporúčanie imunochemického testovania stolice na rakovinu hrubého čreva a konečníka u ľudí vo veku od 50 do 74 rokov namiesto vyšetrenia stolice na

skryté krvácanie s cieľom zistiť, či osoba potrebuje následné kolonoskopické vyšetrenie. Komisia tiež navrhuje zaviesť skrínin rakoviny pľúc, prostaty a za určitých podmienok rakoviny žalúdka.

MZ SR spolu s NOI v januári 2024 ukončili dvojročný projekt ICCCS - Zlepšenie koordinácie a skríningu onkologickej starostlivosti, ktorý organizoval a viedol tím expertov z IARC (Medzinárodná agentúra pre výskum rakoviny). Projekt na Slovensku riešil možnú reformu infraštruktúry a služieb zdravotnej starostlivosti s osobitným zameraním na zlepšenie informačného systému používateľského na identifikáciu a pozývanie obyvateľstva oprávneného na skrínin s následným využitím na pravidelný zber, monitorovanie, validáciu, hodnotenie údajov a správne nastavovanie skríninových programov. Projekt poskytol aj stratégiu pre komunikačnú kampanň na zvýšenie informovanosti o význame skríningu ako prevencie rakoviny.

Na základe odporúčaní, ktoré vzišli z projektu ICCCS a tiež na základe vyššie spomínaných odporúčaní európskej komisie, pracuje NOI v úzkej spolupráci s MZ SR na príprave odborných podkladov ku legislatívnym zmenám týkajúcim sa zlepšenia existujúcich onkologických skríninových programov. MZ SR má tiež pripravenú projektovú kartu, ktorá okrem iného prináša návrh Posilniť riadenie a organizáciu národných skríninových programov

zriadením Národného centra skriningu a prevencie. Spolu s MZ SR sme tiež zapojení do trojročného projektu JA CanScreen, kde sme súčasťou pracovných skupín venujúcich sa komplexnej problematike organizácie, riadenia a vykonávania skriningov, kontroly kvality existujúcich skriningov a tiež zavedenie nových onkologických skriningov. Všetky tieto aktivity majú poviesť ku maximálnemu

skvalitneniu skriningu vybraných onkologických ochorení na Slovensku a k postupnému znižovaniu úmrtnosti na vybrané onkologické ochorenia, ktorým je možné predísť včasným záchyтом.

Kľúčové slová: onkologické skriningové programy, Európsky plán boja proti rakovine

BLOK ČO NÁM PRINÁŠA PRÍTOMNOSŤ A ČO NÁM PRINESIE VEĽMI BLÍZKA BUDÚCNOSŤ V MANAŽMENTE PACIENTOV S OBEZITOU?

ABSTRAKT Č. 27

AKO PREDCHÁDZAŤ STIGMATIZÁCIU A DEMOTIVÁCIU PACIENTOV S OBEZITOU...

MUDr. Kamila IVANOVÁ, MPH

Fakultná nemocnica Trnava, Biomedicínske centrum SAV Bratislava

Obezita je komplexný zdravotný problém a pre nás všetkých obrovská výzva, často však sprevádzaná spoločenskou stigmatizáciou, čo môže mať a spravidla má hlboké dosahy na duševnú a fyzickú pohodu pacientov.

Stigmatizácia vedie k diskriminácii, sociálnej izolácii a negatívnym presvedčeniam. Je zarážajúce a potrebné zdôrazniť ako veľmi môže prispievať k pocitom hanby, nízkej sebaúcte a demotivácii.

Internalizácia stigmy môže viesť k tomu, že sa pacienti zdravotným prehliadkam i nutným vyšetreniam vyhýbajú, čím sa ich problémy ďalej zhoršujú a psychické ťažkosti prehlbujú.

Efektívne intervencie na boj proti stigmatizácii súvisiacej s obezitou zahŕňajú verejné vzdelávacie kampane na zvýšenie povedomia

o mnohostrannosti obezity, čo všeobecne podporuje empatické správanie a porozumenie i cielené vzdelávanie zdravotníkov nielen o komplexnosti ochorenia, ale aj princípoch správnej komunikácie s pacientom, čo v konečnom dôsledku zlepšuje adhérenciu a celkové výsledky liečby.

Kľúčové slová: obezita, stigmatizácia pacientov s obezitou, internalizácia stigmy, intervencie na boj proti stigmatizácii



BLOK MANAŽMENT A DIFERENCIÁLNA DIAGNOSTIKA PACIENTOV PRI OCHORENIACH A ÚRAZOCH HRUDNEJ ČASTI CHRBTI

ABSTRAKT Č. 28

MANAŽMENT A DIFERENCIÁLNA DIAGNOSTIKA PACIENTOV PRI OCHORENIACH A ÚRAZOCH HRUDNEJ ČASTI CHRBTI

SAO - partner pre všeobecných lekárov

Hrudná chrbtica je najdlhšou a najmenej pohyblivou časťou chrbta, aj napriek tomu je zdrojom rôznych ťažkostí a bolestí. Spolu so sternom a rebrami tvorí základ konštrukcie hrudného koša. Dvojité artikulácie rebier a chrbtice s chrupavčítym spojením sternu zabezpečuje dýchacie pohyby. Významný dynamický stabilizačný prvok sú facetové kĺby, hlboké svalové snopce, medzirebrové svaly a bránica. Spolupodieľa sa na ochrane životne dôležitých orgánov ako je srdce a pľúca.

Každodenné stereotypné pohyby spolu so zlým životným štýlom, nedostatkom vitamínov a minerálov v kombinácii so stresom, majú najväčší vplyv na stav chrbtice. Sedavý spôsob života spôsobuje bolesti chrbtice, ktoré negatívne pôsobia na celkovú kvalitu života.

Bolest' chrbta je najčastejší príznak a má veľa príčin: nedostatok pohybu a športových aktivít, dlhodobé sedenie, nesprávne držanie tela, nerovnomerné zaťažovanie chrbtice, nevhodný životný štýl (fajčenie, nevhodná strava, neustály stres a emočné napätie) degeneratívne ochorenie chrbtice, poškodenie miechy a nervových koreňov, nedostatok vitamínov a minerálov, úrazy, zápaly, onkologické ochorenia, vrodené ochorenia, genetické faktory.

Umenie DIAGNOSTIKY. Anamnéza, klinické vyšetrenie - pohľad, pohmat, poklop,

špeciálne testy, biochemický skrining, zobrazovacie vyšetrenia - neinvasívne so zameraním na mäkké štruktúry (ako sú svaly, väzy, šlachy, burzy: USG, MRI), na „tvrdé“ štruktúry (Rtg, CT, gamagrafia, PET), invazívne: myelografia, angiografia, diskografia, artrografia. Nasleduje diferenciálna diagnostická rozvaha, niekedy aj po dôkladnom konziliárnom kolokviu, stanovenie diagnózy a liečebného postupu, eventuálne posúdenie pre poisťovňu.

Umenie LIEČBY. Režimové opatrenia, polohovanie, repozícia, fixácia, ortézoterapia bandážnymi a nebandážnymi pomôckami - ortézami trupu a korzetami (korekčnými, stabilizačnými, polohovacími, dynamickými, pooperačnými). Či trupovými ortézami rozdelenými podľa topiky, podľa interakcie ortéza - používateľ, podľa časovania, podľa základného biomechanického korekčného pôsobenia na chrbticu a trup alebo podľa spôsobu odberu merných podkladov. Potrebná medikácia celková, lokálna, periartikulárna (aplikácia kortikoidov, kolagénu, PRP obohatenej plazmy...), operačná liečba (diskektómie, skopické výkony, stabilizácie s korekciami kriviek, osteosyntézy, náhrady, ablácie...) a pooperačná starostlivosť, reedukácia, rehabilitácia - fyzikálna liečba, cvičenie alebo špecifická pre úrazy. Vo všeobecnosti, 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 praktík potrebuje radu či pomoc, je vykonávateľom invazívnej diagnostiky či liečby s jej pooperačným dosledovaním.

Dobrá rada PREVENCIA, Aby človek predišiel problémom, je potrebná starostlivosť

o správny vývoj chrbta od narodenia, adekvatná záťaž s rozvojom a spevnením svalstva a sily, vytvorenie pracovných návykov a pohybových reťazcov s následným udržiavaním rozsahu pohybov a utužovaní pohybových reťazcov, udržiavane správnej hmotnosti, predchádzanie úrazom, pohybová aktivita, kde sa vyhýba preťažovaniu a nadmernej námahe. Sofistikovaný tréningový proces s kvalitnou rehabilitáciou a životosprávu.

Kľúčové slová: bolesť chrbta, diferenciálna diagnostika, ochorenia a úrazy hrudnej chrbtice, ortopéd, všeobecný lekár

ABSTRAKT Č. 29

MEDZIODBOROVÁ SPOLUPRÁCA – PREVENCIA A LIEČBA OSTEOPOROTICKÝCH ZLOMENÍ

MUDr. Mgr. Andrea ŠVRČKOVÁ, MHA¹, MUDr. Peter KLEIN, MBA²

¹ ORTOPEDIKA s.r.o., Skalica, Sekcia ambulantných ortopédov

² Ortoped sro Prešov

ORTOPÉDIA - tematický blok Sekcie ambulantných ortopédov Hlavná téma bloku: Hrudná chrbtica - ochorenia, úrazy, diagnostika, liečba, interdisciplinárna spolupráca

BLOK

OCHRANA ZDRAVIA ZDRAVOTNÍKOV A INÝCH PROFESIÍ

ABSTRAKT Č. 30

OČKOVANIE OSÔB PROFESIONÁLNE VYSTAVENÝCH ZVÝŠENÉMU NEBEZPEČENSTVU VYBRANÝCH NÁKAZ

MUDr. EVA STRIEŽOVÁ

Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Žiari nad Hronom

Prevenia ochorenia je kľúčovou úlohou verejného zdravotníctva. Očkovanie je hlavne prínosom pre človeka, ktorému bola vakcína aplikovaná, ale zároveň sa zasahuje aj proti šíreniu infekcie.

Podľa platnej legislatívy (Vyhláška MZ SR č 585/2008, ktorou sa stanovujú podrobnosti o prevencii a kontrole prenosných ochorení) sa očkovanie člení:

1. povinné pravidelné očkovanie osôb, ktoré dosiahli určený vek,
2. povinné pravidelné očkovanie osôb, ktoré sú vystavené zvýšenému nebezpečenstvu vybraných nákaz,
3. **povinné pravidelné očkovanie osôb, ktoré sú profesionálne vystavené zvýšenému nebezpečenstvu vybraných nákaz,**
4. odporúčané očkovanie osôb, ktoré sú vystavené zvýšenému nebezpečenstvu vybraných nákaz,
5. **odporúčané očkovanie osôb, ktoré sú profesionálne vystavené zvýšenému nebezpečenstvu vybraných nákaz,**
6. očkovanie osôb cestujúcich do cudziny,
7. očkovanie osôb na vlastnú žiadosť,
8. povinné mimoriadne očkovanie.

Povinné očkovanie:

- sa vykonáva u zamestnancov profesionálne vystavených zvýšenému nebezpečenstvu tuberkulózy, vírusovej

hepatitídy typu A (VHA), vírusovej hepatitídy typu B (VHB), besnoty, chrípky a kliešťového zápalu mozgu,

- povinné očkovanie zamestnancov hradí zamestnávateľ v súlade s § 15 ods. 4 nariadenia vlády SR č. 83/2013 Z.z.

Odporúčané očkovanie :

- sa vykonáva u zamestnancov profesionálne vystavených zvýšenému nebezpečenstvu tuberkulózy, vírusovej hepatitídy typu A (VHA), vírusovej hepatitídy typu B (VHB), besnoty, chrípky a kliešťového zápalu mozgu,
- odporúčané očkovanie zamestnancov môže hradiť zamestnávateľ alebo zamestnanec po vzájomnej dohode.

Kľúčové slová: očkovanie, prevencia, osoby vystavené zvýšenému nebezpečenstvu vybraných nákaz



ABSTRAKT Č. 31

OČKOVANIE PRED CESTOU DO ZAHRAŇIČIA V AMBULANCI VŠEOBECNÉHO LEKÁRA

doc. MUDr. Katarína ŠIMEKOVÁ, PhD.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny JLF UK Martin

V prezentácii autorka prezentuje návrh aplikácie vakcín, kombináciu vakcín, nežiaduce účinky, kontraindikácie a odporúčanie očkovania cestovateľov do rôznych destinácií, pri cestách do zahraničia (súkromných, aj pracovných) spolu s radami pre cestovateľov, informácie o rozvrhnutí časového

harmonogramu, ako aj o rizikách pre cestovateľov v rôznych destináciách Európy a sveta

Kľúčové slová: očkovanie, cesta do zahraničia, všeobecný lekár

BLOK BLOK KLINIKY VŠEOBECNÉHO LEKÁRSTVA UPJŠ LF A NEMOCNICE AGEL KOŠICE-ŠACA

ABSTRAKT Č. 32

FIBRILÁCIA PREDSIENÍ A JEJ KOMPLIKÁCIE - MANAŽMENT PACIENTA V AMBULANCI PRAKTICKÉHO LEKÁRA

MUDr. Lukáš OLŠAVSKÝ

Klinika všeobecného lekárstva UPJŠ LF a Nemocnice Agel Košice-Šaca

Fibrilácia predsiení nie je nezvyčajným dôvodom návštevy ambulancie praktického lekára. V týchto prípadoch je podstatná nielen rýchlosť diagnostiky, ale aj presnosť stanovenia správnej prevencie. Fibrilácia predsiení je porucha srdcového rytmu, pri ktorej elektrický signál v srdci nevzniká a nešíri sa prirodzenou cestou. V ambulatnej praxi diagnostika fibrilácie predsiení 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 možnosti antikoagulačnej liečby u pacientov s fibriláciou predsiení a riziká komplikácií tohto ochorenia.

Cieľom prednášky je upriamiť pozornosť na praktické postupy manažmentu tohto ochorenia a antikoagulačnej liečby v ambulancii praktického lekárstva na Slovensku a vo svete. V závere je zobrazená kazuistika nepriamej diagnostiky fibrilácie predsiení s jej komplikáciami a odporúčania vhodnej terapie s jej pozitívnymi výsledkami.

Kľúčové slová: fibrilácia predsiení, cievna mozgová príhoda, antikoagulačná liečba, warfarinoterapia

ABSTRAKT Č. 33

BOLESTI NA HRUDNÍKU - MANAŽMENT PACIENTA V AMBULANCI PRAKTICKÉHO LEKÁRA

MUDr. Katarína BABÍKOVÁ

Klinika všeobecného lekárstva UPJŠ LF a Nemocnice AGEL Košice-Šaca

Čo je to bolesť na hrudníku? Ako vieme pacientovi pomôcť správne? Musí každého pacienta akútne vidieť internista alebo kardiológ? Subjektívne popisované zdravotné ťažkosti pacientov sprevádzané bolesťami sú nami niekedy ťažko hodnotiteľné. Znalosť anamnézy a chronických pravidelných ťažkostí pacientov 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 na hrudníku je dôležitým faktorom, ktorý pomáha vyhodnotiť situáciu a indikovať najlepší manažment, ktorý je v kompetenciách aj všeobecných lekárov. Etiológia

bolestí je naozaj rôznorodá. Od bežných vertebrálnych algických syndrómov, cez pooperačné alebo poúrazové stavy až po akútne koronárny syndróm alebo zápalové ťažkosti. V prednáške autorka definuje diferenciálnu diagnostiku bolestí na hrudníku a jej základný manažment v ambulancii praktického lekára. V závere v rámci kazuistiky vyzdvihuje nutnosť znalosti nielen anamnestických údajov pacienta, ale aj jeho subjektívnych chronických ťažkostí v rámci správnej diferenciálnej diagnostiky bolestí v hrudníku.

Kľúčové slová: bolesť v hrudníku, vertebrálny algický syndróm, akútne koronárny syndróm, akútna perikarditída

ABSTRAKT Č. 34

SPELEOTERAPIA V AMBULANCI PRAKTICKÉHO LEKÁRA

MUDr. Georgína Henrieta VARGOVÁ

Klinika všeobecného lekárstva UPJŠ LF a nemocnice Agel Košice-Šaca

Speleoterapia je metóda využívajúca jedinečné, umelo nenapodobiteľné vlastnosti jaskynného prostredia v liečbe nielen ochorenia dýchacích orgánov chronického alebo respiračného pôvodu. Slovensko ako krajina bohatá na krasové jaskyne, má potenciál

poskytovať túto formu terapie. Táto prezentácia podrobne opisuje parametre jaskynného ovzdušia a mechanizmus ich účinku na náš organizmus a zohľadňuje všetky benefity speleoterapie, ktorá sa často využíva v rámci klimaticko-rehabilitačnej liečby. Na



preukázanie pozitívnych vlastností speleoaeosólu je v prednáške spomenutých niekoľko zahraničných, ale aj domácich štúdií, vrátane najnovšieho výskumu, ktorý sa uskutočnil v rámci spoločného projektu medzi Slovenskom a Maďarskom. Tento výskum okrem hydrologických, geologických, mikrobiologických a iných meraní, ktoré sú dôležité z hľadiska uskutočnenia speleoaterapie prináša aj výsledky klinickej štúdie, ktorej sa zúčastnili

pacienti s rôznymi respiračnými ochoreniami. Z výsledkov všetkých výskumov jednoznačne vyplýva, že speleoaterapia sa osvedčila ako účinná forma terapie respiračných ochorení aj v manažmente praktického lekára.

Kľúčové slová: speleoaterapia, respiračné ochorenia, pľúcna rehabilitácia

mesiacov. Celé špecializačné vzdelávanie je zakončené atestačnou skúškou, ktorá sa skladá z dvoch častí: praktickej a teoretickej. Celková doba špecializačného vzdelávania je minimálne 3 roky. Pokiaľ sa do odboru VPL chce zaradiť už atestovaný lekár v odbore Vnútorné lekárstvo, trvá vlastný špecializačný výcvik 12 mesiacov, pre atestovaného lekára v odbore Urgentná medicína a anesteziológia 14 mesiacov a pre atestovaného lekára v odbore Chirurgia je to 16 mesiacov.

Kľúčové slová: všeobecné praktické lekárstvo, špecializačné vzdelávanie, štúdium, lekárska fakulta

ABSTRAKT Č. 35

VZDELÁVACÍ SYSTÉM V ČESKEJ REPUBLIKE

MUDr. Laura HANTÁK, MBA, doc. MUDr. Bohumil SEIFERT, PhD.

Ústav všeobecného lekárství, 1. Lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha

Všeobecné praktické lekárstvo (VPL) predstavuje odbor primárnej zdravotnej starostlivosti. Zabezpečenie kompetentných všeobecných lekárov očakáva kvalitné vzdelávanie na Lekárskych fakultách v Českej republike už počas vysokoškolského pregraduálneho vzdelávania i v rámci samotnej špecializačnej prípravy v odbore VPL. Predkladaný príspevok podrobne rozpracováva esenciálnu úlohu akademického odboru.

Všeobecné praktické lekárstvo sa vyučuje sa na ôsmich Lekárskych fakultách v Českej republike. Význam odboru VPL a všeobecné trendy v starostlivosti o zdravie sa premietajú aj do zmien v náplni vzdelávania. Zabezpečovanie pregraduálnej výučby VPL na Lekárskych fakultách prostredníctvom vlastných pracovísk VPL a v spolupráci s praktickými lekármi v teréne je podmienkou pre kvalitnú prípravu mladej generácie praktikov. Teória a prax primárnej starostlivosti je študentom predkladaná formou prednášok, seminárov, praktických cvičení a krátkej stáže v praxi v 4. alebo 5. ročníku a formou individuálnej

výučby v ordináciách praktických lekárov - školiteľov v 6. ročníku.

Požiadavky a podrobný popis vzdelávacieho programu, ktoré je potrebné splniť pred špecializačnou atestáciou vzdelávacieho programu odboru VPL, je zverejnený na stránkach Ministerstva zdravotníctva a preverovaný Katedrou VPL Inštitútu postgraduálneho vzdelávania v zdravotníctve (IPVZ). Podmienkou pre získanie špecializovanej spôsobilosti je zaradenie do odboru VPL, absolvovanie základného kmeňa VPL (v dĺžke 30 mesiacov) alebo základného interného kmeňa (v dĺžke 30 mesiacov) a zložením skúšky po kmeni. Ďalšou povinnosťou je absolvovanie vlastného špecializovaného výcviku v rozsahu 6 mesiacov pre lekárov, ktorí absolvovali kmeň VPL a 12 mesiacov pre lekárov, ktorí absolvovali základný interný kmeň v odbore VPL. Povinné je taktiež absolvovanie vzdelávacích aktivít - kurzov, ktoré sú vedené pod záštitou IPVZ.

Pre lekárov, ktorí boli zaradení do odboru Vnútorné lekárstvo a absolvovali Interný kmeň, činí špecializačné vzdelávanie 17

SESTERSKÁ SEKCIA

BLOK I. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK

ABSTRAKT Č. 36

SLOVENSKÉ ODPORÚČANIA PRE STRAVOVANIE A VÝŽIVU DOSPELÝCH

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

Doc. MUDr. Peter MINÁRIK, PhD., MSc., MPH^{2,3,4}

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

Podľa FAO až 88 % krajín čelí vážnemu bremenu dvoch alebo troch foriem podvýživy: akútnej a/alebo chronickej podvýžive, nedostatku mikroživín, obezity a chorobám súvisiacim so stravou (vrátane diabetu 2. typu, kardiovaskulárnych ochorení a niektorých druhov rakoviny).

V snahe usmerňovať štátne politiky a programy v oblasti výživy a zdravia, produkcie a konzumácie potravín, ako aj vzdelávania o výživy, si jednotlivé krajiny vytvárajú národné výživové odporúčania založené na potravinách (Food-based Dietary Guidelines, FBDGs). Tie predstavujú dôležitý nástroj ako priaznivo ovplyvniť stravovanie ľudí a potravinový systém od výroby až po spotrebu. Národné výživové odporúčania (FBDG) poskytujú rady a zásady týkajúce sa zdravej výživy a životného štýlu s ohľadom na jednotlivé potravinové skupiny. Sú založené na spoľahlivých vedeckých dôkazoch a reagujú na priority v oblasti verejného zdravia a výživy v danej krajine, spôsoby výroby a vzorce

spotreby potravín, sociokultúrne vplyvy, úda- je o zložení potravín a dostupnosť, ako aj ďalšie faktory.

FBDGs predstavujú súbor odporúčaní z hľadiska potravín, skupín potravín a stravovacích návykov, ktoré majú zabezpečiť potrebné živiny na podporu celkového zdravia a prevenciu chronických ochorení. Mnohé krajiny ich v súčasnosti pripravujú v holistickejšom spôsobe a venujú sa kombináciám potravín (jedál), spôsobom stravovania, aspektom bezpečnosti potravín, životnému štýlu a udržateľnosti.

Aj keď na Slovensku máme rôzne strategické národné programy týkajúce sa výživy a stravovania, odporúčania na princípe FBDG u nás absentovali. 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 (slovenské FBDG). 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 sú určené najmä pre zdravých dospelých ľudí vo veku 19 - 65 rokov. Princípy zdraviu prospešného stravovania a výživy sú však potrebné aj u ostatných vekových skupín, ako sú deti a adolescenti (2 - 18 rokov), ľudia v staršom veku (nad 65 rokov), tehotné a dojčiacie ženy po zohľadnení ich energetických a nutričných požiadaviek. Odporúčania je možné uplatniť aj u jednotlivcov so špecifickými požiadavkami na výživu a stravovanie, ako sú ľudia s nadváhou a obezitou, s diagnostikovanou chronickou chorobou alebo s rizikom vzniku chronickej choroby, vhodné je však individuálne usmernenie dietológom/nutričným špecialistom alebo iným zdravotníckym odborníkom 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.

Odporúčania pre stravovanie a výživu založené na potravinových skupinách sa pre bežnú verejnosť prezentujú vo forme vizuálnych pomôcok, ako sú tanierne alebo pyramídy. Tieto pomôcky umožňujú názorne a zrozumiteľne podávať informácie a rady o zdravotne prospešnom stravovaní.

V roku 2023 autori slovenských odporúčaní pre stravovanie a výživu u dospelých pripravili vizuálnu Potravinovú pyramídu, ktorej infografiku schválilo MZ SR. 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 je 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 je oficiálnou vizuálnou pomôckou, ktorá vychádza zo slovenských FBDG. Mala by sa byť súčasťou opatrení a komunikácie odborníkov s laickou populáciou pri edukácii o zdravotne prospešnom stravovaní ľudí.

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

BLOK II. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK FAKULTY VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA SZU BRATISLAVA

ABSTRAKT Č. 37

CHRONICKÉ VENÓZNE OCHORENIE - VENOFARMAKÁ ČI KOMPRESIA ?

MUDr. Katarína DOSTÁLOVÁ, PhD. MPH^{1,2}, Mgr. Daniela HAJNALOVÁ², prof. MUDr. Mária BELOVIČOVÁ, PhD.¹, Doc. MUDr. Štefánia MORICOVÁ, PhD. MPH^{1,2}

¹ Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

² Nemocnica akademika L. Déreza, Univerzitná nemocnica Bratislava

Chronické venózne ochorenie (CHVO) je široký pojem, ktorý zahrňuje všetky ochorenia, či anomálie žilového systému s chronickým priebehom. Kľúčové žily sa vyskytujú asi u 60% populácie. Sú to vakovito rozšírené, kľukaté povrchové žily. Postihujú najmä dolné končatiny. Najčastejšie sa vyskytujú metličky, menej časté sú rozsiahle kmeňové varixy. Výskyt u žien je častejší, v pomere k mužom 2:1. Na vzniku kľúčových žíl sa spolupodieľa genetická predispozícia a faktory vonkajšieho prostredia: vyšší vek, obezita, opakované gravidity, práca postojacky, sedavý spôsob života, nosenie sťahujúceho šatstva, nevhodná obuv, napr. vysoké opätky. Kľúčové žily môžu vzniknúť sekundárne, v dôsledku prekonalných trombóz v žilovom systéme.

Klinický obraz chronického žilového ochorenia: Metličky - drobné pavúčikové cievy modro-fialovej farby. Retikulárne varixy - do priemeru 4 mm. Kmeňové varixy - v povodí veľkých povrchových žíl: v. saphena magna alebo v. saphena parva. V pokročilejších štádiách sa pridáva opuch predkolenia a následne ďalšie znaky žilovej nedostatočnosti: hyperpigmentácie, fibrotizácia, ekzém a na jzávažnejšia forma postihnutia - vred predkolenia.

Havajská klasifikácia CHVO dolných končatín CEAP sa používa od roku 1995, ktorá

bola v roku 2004 modifikovaná. C znamená klinická, E-etiológická, A-anatomická a P-patofyziologická. Najčastejšie sa využíva klinická časť klasifikácie od C0 štádia, kedy pacient nemá žiadne objektívne symptómy, až po C6r štádium s opakujúcim sa floridným vénovým ulkusom.

| Trieda | Znaky |
|------------|--|
| C0 | Inšpekciou ani palpáciou nezistujeme znaky CHVO |
| C1 | Telangiektázie alebo retikulárne vény |
| C2 | Varixy |
| C2r | opakujúce sa kľúčové žily |
| C3 | Edém |
| C4a | Trofické zmeny kože (hyperpigmentácia, ekzém) |
| C4b | Trofické zmeny kože (lipodermatoskleróza) |
| C4c | corona phlebectatica |
| C5 | Kožne zmeny ako v C4 a zhojený žilový vred predkolenia |
| C6 | Floridný žilový vred predkolenia |
| C6r | opakujúci sa ulcus cruris |

Kľúčové žily sa prejavujú tupou, páľčivou bolesťou dolných končatín, niekedy už počas dňa pri státi, najčastejšie však navečer a v noci. Pacienti pociťujú napätie v lýtkach, únavu, ťažobu, horúčavu, svrbenia kože, kŕče, najmä v noci. Typická je pokojová bolesť pri statickej námahe (dlhé státie, sedenie). Chôdza prináša úľavu. Ťažkosti sa zvyrazňujú pri hormonálnych zmenách (napr. pri menštruácii) a v teple (letné obdobie). Opuch býva najčastejšie v oblasti členkov, v pokročilejších štádiách celých lýtok, k večeru sa zvyrazňuje. Opuch obvykle počas noci, do rána ustúpi alebo v pokročilých štádiách sa zvykne len zmierniť.

Častou komplikáciou býva zápal povrchových žíl - povrchová tromboflebitída, ktorý sa prejavuje začervenaním pozdĺž kľúčovej žily, bolestivosťou najmä pri dotyku a chôdzi, zatvrdnutím okolia zapálenej žily. Ďalšou komplikáciou býva krvácanie z kľúčových žíl pri poranení kože.

Cieľom liečby CHVO je zmiernenie subjektívnych príznakov a zabránenie progresii ochorenia. V liečbe využívame nasledovné modality, vyžadujúce trpezlivosť a opakovanú edukáciu.

1. pohybový režim - pohyby v členkovom kĺbe, pri ktorých sa zapája do činnosti žilovo-svalová pumpa lýtok (vhodná je chôdza, beh, plávanie, bicyklovanie). Nevhodné je dlhodobé státie, sedenie, posilňovanie dolných končatín cvičením nadmernou záťažou, cvičenie s intenzívnym zapájaním Valsalvovho manévra. Počas dňa je vhodné vykladať dolné končatiny v ľahko flektované v kolennom kĺbe nad úroveň panvy. Je nutné vyhýbať sa dlhodobému teplu (opaľovanie, sauna). Naopak ideálne je ochladzovanie končatín - napríklad sprchovaním chladnejšou vodou.

2. kompresívna liečba - dôležité je nosenie kompresívnych pančúch (podkolenky, stehnové pančuchy alebo pančuchové nohavice), ktoré sú vyrábané v 4 kompresívnych triedach. I. kompresívna trieda s najnižším účinným tlakom je voľno predajná - pančuchy si dajú voľne kúpiť v predajniach zdravotníckych potrieb, II.-IV. kompresívna trieda je na lekárske predpis, je hradená v rôznej miere zdravotnou poisťovňou. Kompresívne pančuchy sa navliekajú ráno ešte na posteli po prebudení a nosia sa počas dňa. V našich zemepisných šírkach, s čoraz vyššími letnými teplotami, môžu mať pacienti problém s kompresiou, preto vítame možnosti farmakologickej liečby

3. farmakologická liečba - venofarmaká majú viaceré priaznivé účinky. Môžu sa užívať dlhodobo. Venofarmaká vedú k zmierneniu subjektívnych ťažkostí, sú indikované vo všetkých klinických štádiách CHVO.

Mechanizmus ich účinku je komplexný, no u väčšiny liečiv nie je celkom objasnený. Pôsobia na tonus žilovej steny, znižujú kapilárnu filtráciu, hladinu plazminogénu, aktiváciu leukocytov a zvyšujú fibrinolýzu. Zlepšujú žilový návrat a časť z nich i lymfatickú drenáž.

Venofarmaká sú heterogénnou skupinou, ktorá ovplyvňuje makro aj mikrocirkuláciu žilového systému. Z hľadiska pôvodu rozdeľujeme venofarmaká na: 1. látky (extrakty) prírodné, 2. prírodné látky chemicky upravované (semisyntetické) a 3. látky syntetickej povahy.

Klasifikácia venofarmák na základe chemickej štruktúry podľa Rameleta:

1. alfa-benzopyróny - kumarín,
2. flavonoidy (gama-benzopyróny) - diosmín, hesperidín, rutín, rutozidy,

3. saponíny – escín, extrakt z *Ruscus aculeatus*,
4. rastlinné extrakty - antokyany, proantokyany, Ginkgo biloba, kvercetin glukuronid,
5. syntetické látky - dobesylát vápenatý, benzarón, naftazón, tribenozid.

Do ambulancie sa často prichádzajú poradiť **pacienti pred ďalekými cestami** spojenými s dlhým letom, či cestovaním autom a autobusom. Venofarmaká spolu s režimovými opatreniami môžu prispieť k väčšej pohode pri cestovaní.

Rovnako do ambulancie všeobecného lekára prichádzajú **gravidné ženy s pocíťovaným dyskomfortom dolných končatín**. Tu je potrebné byť opatrnejší. Existujú obmedzené údaje týkajúce sa užívania lieku u gravidných žien (u nás často používaná purifikovaná mikronizovaná flavonoidná frakcia ako aj kombinovaný preparát - suchý extrakt z listnatca trnitého, hesperidín metylchalkón, kyselina askorbová). Štúdie na zvieratách síce nenaznačujú žiadne priame alebo nepriame škodlivé účinky s ohľadom na reprodukčnú toxicitu. Avšak ako preventívne opatrenie je vhodnejšie vyhnúť sa užívaniu týchto liekov počas gravidity. Rovnako nie je známe, či sa metabolity týchto liekov vylučujú do materského mlieka. Riziko pre novorodencov/dojčatá nie je možné vylúčiť, preto ako preventívne opatrenie je vhodnejšie vyhnúť sa užívaniu týchto liekov počas dojčenia.

Na druhej strane používanie O-(β -hydroxyetyl)-rutozidu bolo sledované v klinických štúdiách u gravidných okrem prvého trimestra. Podľa všeobecne prijatých bezpečnostných odporúčaní O-(β -hydroxyetyl)-rutozidu sa nemá užívať počas prvých troch mesiacov gravidity. Ženám

od 4. mesiaca gravidity a ženám počas dojčenia je možné podávať O-(β -hydroxyetyl)-rutozidu avšak len v prípadoch, ak je to nevyhnutne indikované.

4. odstránenie krčových žíl (skleroterapia, laseroterapia, rádiorefekvenčná ablácia či chirurgická liečba) - o najvhodnejšom spôsobe rozhodne lekár na základe vyšetrenia pacienta, základom ktorého je ultrazvukové vyšetrenie žilového systému.

Zásady edukácie pacienta s CHVO:

1. redukovať čo najviac statickú záťaž- vyhýbať sa dlhému sedeniu a státiu
2. nesaediť s prekříženými nohami, pri sedení, ak je to len trochu možné, nohy vkladat vyššie, ľahko flektované v kolennom kĺbe nad úroveň panvy, pri dlhom sedení si zaraďovať pravidelné prestávky spojené s chôdzou (pozor pri dlhých cestách lietadlom)
3. po príchode domov z práce, ktorá je spojená so statickou záťažou, vykladať dolné končatiny do zvýšenej polohy, prípadne si dopriať kúpeľ nôh so striedaním studenej a teplej vody (3 minúty v teplej a 1 minútu v studenej vode), zopakovať 5x za sebou
4. v letných mesiacoch a počas pobytu v prostredí s vysokými teplotami je potrebné si nohy pravidelne ochladzovať, najlepšie vlažnou sprchou
5. denne cvičiť cievnu gymnastiku podľa možnosti pohybového aparátu pacienta: krúženie nohami vo vzduchu ako pri bicyklovaní, prenášanie svojej váhy striedavo zo špičky na pätu, krúženie v členkovom kĺbe, pohyby prstami, vystupovanie po schodoch a podobne
6. preferovať pohybové aktivity spojené s pohybom v členkovom kĺbe, pri ktorých sa zapája do činnosti žilovo-svalová pumpa lýtok (vhodná je svižná chôdza,



- beh, plávanie, bicyklovanie) podľa aktuálnej kondície pacienta
7. nevhodné je posilňovanie dolných končatín cvičením nadmernou záťažou, cvičenie s intenzívnym zapájaním Valsalvovho manévra
8. neprimerané silové cvičenia a vzpieranie neúmerne zvyšujú vnútrobrušný tlak (Valsalvov manéver)
9. udržiavať si optimálnu váhu, dostatkom vlákniny a dostatkom tekutín predchádzať zápche (Valsalvov manéver)
10. nenosiť tesné a škrtiace oblečenie, ktoré bráni riadnej cirkulácii krvi, nosiť obuv

s podpätkami do 3-4 cm, nutná je vhodná pedikúra (ak si to stav vyžaduje, tak profesionálna)

11. nosiť pravidelne kompresívne pančuchy - naložiť ich ráno, na večer sňať, najmä počas vynútenej dlhodobej statickej záťaže
12. nosiť pravidelne kompresívne pančuchy - naložiť ich ráno, na večer sňať, najmä počas vynútenej dlhodobej statickej záťaže

Kľúčové slová: chronické venózne ochorenie, kompresívna liečba, venofarmaká

ABSTRAKT Č. 38

MERANIE PRSTOVÝCH TLAKOV U PACIENTOV S PERIFÉRNYM ARTÉRIOVÝM OCHORENÍM

MUDr. Katarína DOSTÁLOVÁ, PhD. MPH^{1,2}, Mgr. Daniela HAJNALOVÁ², prof. MUDr. Katarína GAZDÍKOVÁ, PhD. MHA.MPH¹, Doc. MUDr. Štefánia MORICOVÁ, PhD. MPH^{1,2}

¹ Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

² Nemocnica akademika L. Déreya, Univerzitná nemocnica Bratislava

Periférne artériové ochorenie (PAO) zahŕňa obliterujúce ochorenia končatinových artérií, ale aj iných tepnových rievčísk, 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 zrejme, že prítomnosť PAO tak zvyšuje riziko vzniku infarktu myokardu, cievnej mozgovej príhody a náhlej smrti. Často majú pacienti závažne postihnuté dve či tri artériové rievčiská. Dôsledným manažmentom rizikových faktorov

sa u predisponovaných pacientov dá týmto náhlym udalostiam predchádzať.

Dôležitým míľnikom vo všeobecnom lekárstve bolo začlenenie merania členkovo-ramenného indexu ABI (ABI= ankle-brachial index) v roku 2016 pomocou automatického prístroja oscilometrickou metódou (výkon preventívnej prehliadky - dg Z00.0) u pacientov s rizikovými faktormi nad 50 rokov a u všetkých pacientov nad 60 rokov. Vyšetrenie tak rozširuje armamentárium všeobecného lekára pri skríningu PAO a stanovení kardio-vaskulárneho rizika. Vyšetrenie pomocou automatického prístroja oscilometrickou metódou konvenuje prevádzke ambulancie všeobecného praktického lekára a je spoľahlivé v skríningu PAO.

ABI je pomer systolického tlaku na ramene k systolickému tlaku na členku:

$$ABI = \frac{\text{systolický tlak na periférnej tepne dolnej končatiny}}{\text{vyšší systolický tlak z oboch horných končatín}}$$

Vpravo: RABI - right ankle-brachial index

Vľavo: LABI - left ankle-brachial index

Výšetrenie 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 bolestí dolných končatín a umožňuje posúdenie závažnosti ochorenia. V tomto prípade odosiela všeobecný lekár pacienta na vyšetrenie k angiológovi. Podobne je to aj pri vyšších hodnotách na ABI vyššie ako 1,3.

Vyššie hodnoty ABI svedčia pre ťažšiu komprimovateľnosť tepien, ktorá sa vyskytuje u pacientov s diabetes mellitus alebo renálnou insuficienciou. Mediokalcinóza je spôsobená ukladaním vápnika do strednej vrstvy cievnej steny (médie) tepien, ktorá sa tak stáva rigidnou a nekomprimovateľnou. Mediokalcinóza sa môže vyskytnúť aj u pacientov s dnou, hyperparatyreózou alebo u pacientov na dlhodobej kortikoterapii. Zistíme u nich falošne zvýšené, niekedy až extrémne vysoké TK na postihnutej tepne (viac ako 200 mmHg) a patologicky zvýšené hodnoty ABI. Dôležité je pacienta odoslať na angiologické vyšetrenie, kde je pacient podrobne vyšetrený. Súčasťou takéhoto vyšetrenia je meranie digitálnych

(prstových) tlakov, najčastejšie palcového. Na meranie je potrebná špeciálna manžeta ako pri dopplerovskom meraní (Obr. č.1), tak oscilometricky.

Obr. č.1.: Dopplerovské meranie TBI v angiologickej ambulancii



Prstové artérie bývajú mediokalcinózou postihnuté len zriedka. Tlak na digitálnych artériách je spravidla 80-90% z brachiálneho tlaku krvi. Z hodnôt digitálnych tlakov krvi a vyššieho brachiálneho tlaku krvi sa vypočítava prstovo-brachiálny index (toe-brachial index -TBI), podobne ako ABI, ktorý potom interpretuje angiológ (tab. č.1). Meriame pre pravú dolnú končatinu RTBI a ľavú dolnú končatinu LTBI

Tab.č.1: Interpretácia prstovo-ramenného indexu (toe-brachial index -TBI)

| TBI | Interpretácia |
|--------|-------------------------------------|
| > 0,8 | norma |
| < 0,65 | hemodynamicky významné stenotizácie |
| < 0,15 | pokojuvé ischemické bolesti |

Bolesti končatín sú veľmi častým príznakom, ktorý privádza pacienta do ambulancie všeobecného lekára. Pri ich diferenciálnej diagnostike je potrebné vždy vylúčiť aj PAO, v čom nám môže byť nápomocné určenie ABI. Meranie TBI v angiologickej ambulancii

má predpoklady diagnózu spresniť, najmä u pacientov s diabetes mellitus a renálnym zlyhávaním.

Kľúčové slová: periférne artériové ochorenie, prstovo-ramenný index

ABSTRAKT Č. 39

AKO MÔŽE SESTRA STANOVÍŤ POŠKODENIE PEČENE U PACIENTA V AMBULANCI VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LEKÁRA ?

Prof. MUDr. Mária BELOVIČOVÁ, PhD.^{1,2}, Bc. Gabriela PANGRACOVÁ¹,
Doc. MUDr. Štefánia MORICOVÁ, PhD. MPH

¹Remedium s.r.o. Interná ambulancia so zameraním na diagnostiku a liečbu chorôb pečene, Bardejovské Kúpele

³Fakulta verejného zdravotníctva SZU Bratislava

Na Slovensku sú chronické ochorenia pečene 5. najčastejšou príčinou smrti celkovo a v prípade produktívneho veku sa dostávajú na 3. miesto za kardiovaskulárne a onkologické ochorenia.

Fibrogenéza je významným faktorom v progresii chronických hepatítid do cirhózy pečene. Pečeňovú fibrózu možno definovať ako štrukturálnu prestavbu tkaniva s nadmerným ukladaním väzivovej hmoty.

V ambulancijnej praxi pre určenie prítomnosti fibrózy pečene by mala byť prvým krokom kalkulácia FIB-4 skóre (vek, AST, ALT, trombocyty), ktoré môžeme vypočítať podľa voľne dostupných online kalkulátorov. Pokiaľ je hodnota FIB-4 menšia ako 1,3, je pravdepodobnosť fibrózy pečene nízka. Test by sa mal opakovať o 1-3 roky v závislosti od prítomných rizikových faktorov (DM2, dyslipoproteinéa, obezita, atd.). Pokiaľ je FIB-4 skóre v rozmedzí 1,3-2,6, je vhodné doplniť elastografické vyšetrenie pečene. Pacienti s hodnotami FIB-4 nad 2,6 alebo elastograficky

zisteným vyšším stupňom fibrózy, by mali byť odoslaní ku špecialistovi.

Medzi neinvazívne metódy vyšetrenia pečene patrí **tranzientná elastografia (TE)**. Je to neinvazívna nebolestivá metodika, ktorá meria tuhosť tkaniva pečene (liver stiffness). Princíp elastografie vychádza zo zistenia, že fibrotická pečeň je v porovnaní s normálnou pečeňou menej deformovateľná pôsobením vonkajšej sily, teda je menej elastická. Hodnotí rýchlosť šírenia nárazovej vlny v pečeni. Používa pri posudzovaní stupňa fibrózy pečene (podľa klasifikácie METAVIR) pri chronickej hepatitíde B a C, chronických cholestatických chorobách, alkoholovej chorobe pečene, nealkoholovej tukovej chorobe pečene, autoimúnnej hepatitíde. S vysokou presnosťou potvrdí, resp. vylúči cirhózu pečene.

Rozlišujeme 4 stupne fibrózy pečene: stupeň fibrózy F0/F1 označuje žiadnu alebo miernu fibrózu pečene (od 2,5 do 7,5 kPa); stupeň F2/Metavir znamená stredne ťažkú fibrózu a prítomnosť pokročilej choroby pečene (od 7,5 do 9,5 kPa); stupeň F3/Metavir



znamená ťažkú fibrózu (od 9.5 do 12.5 kPa) - je tu zvýšené riziko progresie do cirhózy pečene; stupeň F4/Metavir označuje cirhózu pečene (od 12.5 do 75 kPa).

Vyšetrenie TE je technicky jednoducho realizovateľné, rýchle, pacientom dobre tolerované (pacient nemusí byť pred vyšetrením nalačno - stačí nejst pred vyšetrením 2 hodiny). Pacient počas vyšetrenia leží na lôžku, vyšetrujeme ho cez medzirebrový priestor v oblasti pravého laloka pečene. Počas realizácie TE sa u pacienta vyšetrí časť tkaniva pečene (vzorkovací objem) tvaru valca so šírkou 1 cm a dĺžkou 4 cm. Objem vyšetreného tkaniva je až 100-násobne väčší v porovnaní s objemom tkaniva, ktoré je získané pri biopsii pečene. Vyšetrený úsek tkaniva má byť homogénny, začína 25-65 mm pod povrchom kože a nemal by obsahovať cievy s prievitom väčším ako 5 mm. Medián z 10 validných meraní s mierou úspešnosti minimálne 60% a interkvartilovým rozptylom všetkých meraní pod 30% reprezentuje výslednú hodnotu tuhosti pečene. Výsledkom vyšetrenia je hodnota elasticity parenchýmu pečene udaná v kilopascaloch (kPa).

Veľmi pozitívnu vlastnosťou tranzientnej elastografie je jej vysoká negatívna prediktívna hodnota, t.j. FibroScan s veľkou presnosťou určí pacientov, ktorí pokročilú fibrózu určite nemajú. Zároveň nám spoľahlivo deteguje pokročilú fibrózu. Výhodou tranzientnej elastografie je možnosť jej opakovania a sledovanie pacienta v čase. Falošne zvýšené hodnoty tuhosti sa môžu vyskytnúť pri procesoch, ktoré vedú k zväčšeniu objemu pečene, ktorá je uzatvorená v neelastickom Glissonovom puzdre: pri akútnych vírusových hepatitídach, pri extrahepatálnej cholestáze, pri srdcovom zlyhaní.

Veľmi prínosné pre ambulanciu prax je aj využitie **hepkalkulačky** - potrebné je však zadať viacero údajov. Počas prednášky si uvedieme praktický príklad zhodnotenia rizika poškodenia pečene u pacienta v ambulancii všeobecného praktického lekára.

Kľúčové slová: fibróza pečene, elasticita pečene, tranzientná elastografia, indexy fibrózy, FIB-4 index, hepkalkulačka

Slovensko krajinou s najvyšším počtom predčasných úmrtí v dôsledku ochorenia pečene na 100 000 osôb za rok. Epidemické rozmery dosahuje najmä nealkoholová tuková choroba pečene (NAFLD) alebo podľa novšieho názvoslovia **metabolicky asociovaná steatotická choroba pečene - MASLD**.

Jadro: Syndróm spánkového apnoe (SAS) je najčastejšou spánkovou poruchou dýchania. Včas nediagnostikovaný SAS (obštrukčný SAS) vedie ku vzniku komplikácií: kardio-metabolické, endokrinné, oftalmologické, hematologické, hepatologické, nefrologické a iné. Na Slovensku je SAS poddiagnostikovaná nozologická jednotka, cca 80-95% pacientov nie je diagnostikovaných. Práve OSAS je spájaný so vznikom metabolických porúch a podľa viacerých epidemiologických štúdií existuje úzka asociácia medzi OSAS a metabolickým syndrómom.

Autori v práci zisťovali prítomnosť spánkových porúch dýchania na vzorke bežnej populácie z okresu Bardejov prostredníctvom dotazníkov. Zisťovali zároveň možné korelácie medzi stupňom poškodenia pečene a vznikom spánkových porúch dýchania.

Záver: U pacientov s nadhmotnosťou a obezitou by sme mali vykonávať skrining NAFLD/MASLD. Už samotný záchyt stukovania pečene a jeho liečebné ovplyvnenie spomaľuje vznik fibrózy pečene a jej komplikácií. Zároveň by sme mali myslieť u pacientov s NAFLD/MASLD aj na SAS a vykonávať jeho skrining. Úloha všeobecného lekára pri manažovaní pacientov s nadhmotnosťou/obezitou/NAFLD je nezastupiteľná.

Kľúčové slová: NAFLD/MASLD, tranzientná elastografia, syndróm spánkového apnoe, metabolický syndróm, skrining

ABSTRAKT Č. 40

SPÁNKOVÉ PORUCHY DÝCHANIA A OCHORENIA PEČENE - PREHLIADANÝ PRÓBLÉM

Prof. MUDr. Mária BELOVIČOVÁ, PhD.^{1,2}, PhDr. Juraj TIHÁNYI, PhD. MPH. univ.doc.¹,

MUDr. Katarína DOSTÁLOVÁ, PhD. MPH¹, Doc. RNDr. Pavol MATULA, CSc.³

Prof. Ing. Nadežda JANKELOVÁ, PhD. MPH¹

¹Fakulta verejného zdravotníctva, Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

²Interná ambulancia so zameraním na diagnostiku a liečbu chorôb pečene, Remedium s.r.o. Bardejovské Kúpele

³Východoslovenský onkologický ústav, Klinika rádioterapie a onkológie, Košice

Úvod: Slovensko patrí medzi krajiny s vysokým výskytom chorôb pečene. Spojená komisia časopisu Lancet a Európskej asociácie pre štúdium pečene vo svojej publikácii uvádza alarmujúce informácie aj pre Slovensko. V hodnotení európskych krajín je

BLOK

III. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK

ABSTRAKT Č. 41

DETERMINÁCIA PROSTREDIA NA VZNIK A VÝVOJ OCHORENIA MYXÓM SRDCA

Doc. PhDr. Mária POPOVIČOVÁ, PhD. MBA

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva

Úvod: Srdce ako symbol života funguje v tele človeka ako akási pumpa, ktorá zabezpečuje telový obeh a je pre život človeka veľmi dôležitým orgánom. Ak sa naruší jeho činnosť, môže dôjsť až k jeho zástave a následnej smrti. Výskyt nádorov srdca je veľmi výnimočný, ale stále aj napriek tomu reprezentuje významnú skupinu kardiovaskulárnych

ochorení. Medzi najčastejšie srdcové nádory hlavne v dospeljej populácii patrí myxóm srdca, ktorý môže spôsobiť rôzne špecifické a nešpecifické príznaky, podľa toho kde je lokalizovaný a aká je veľkosť nádoru.

Cieľ a metodika výskumu: Náš výskum zahŕňa prípady štyroch konkrétnych pacientov s myxómom srdca v dutine ľavej



predsiene, ktorá im bola diagnostikovaná náhodným vyšetrením pomocou echokardiografiu v kardiologickej ambulancii. Týmto výskumom chceme upriamiť pozornosť na environmentálnu záťaž, ktorá sa podieľa na vzniku ochorenia myxóm srdca.

Výsledky výskumu: Primárne nádory vychádzajúce zo srdca sú menej časté a vzácne. Uvádza sa, že postihujú približne 50 ľudí z milióna. Podľa štatistik sú primárne nádory srdca zriedkavé, podľa pitevných údajov sa uvádza výskyt v 0,001 - 0,28 %. Naše dáta boli zozbierané z jednej kardiologickej ambulancie a poukazujú na to, že toto ochorenie sa vyskytlo v blízkosti odkaliska Poša. Naše prípady pacientov s ochorením myxóm srdca sa nachádzajú v blízkosti odpadu uloženého v odkalisku Poša vo Vranovskom okrese, ktoré sú najzasiadnutejšie touto environmentálnou záťažou.

Záver: Vznik odkaliska Poša, ktoré sa nachádza na hranici Košického a Prešovského

kraja sa datuje od roku 1983 a je zahrnuté v programe sanácií do roku 2027 na 40. mieste. Podľa analýzy odkalisko nepredstavuje okamžité riziko pre životné prostredie. V odkalisku sa našli popolčeky, ktoré obsahujú arzén, našli sa tam aj vysoké koncentrácie kovov, ako titán, nikel alebo hliník, ale nie sú limitované na sanáciu a PCB (polychlórované bifenyly) sa tam nenašli, ani. Ekotoxikologické testy hovoria, že ťažké kovy, ktoré sa našli v týchto popolčekoch, sa nevytlúhujú do životného prostredia, a preto momentálne neohrozujú životné prostredie. Avšak naše výsledky výskumu opísaných kazuistik nám poukazujú na to, že toto ochorenie sa vyskytlo práve v blízkosti odkaliska Poša a tým chceme poukázať na environmentálnu záťaž.

Kľúčové slová: myxóm srdca, kazuistika, kardiovaskulárne ochorenie, environmentálna záťaž

ABSTRAKT Č. 42

VÝZNAM VÝUČBY POSTUPOV POSKYTOVANIA PRVEJ POMOCI V KOMUNITE DETÍ ZÁKLADNÝCH SKÔL

PhDr. Tatiana HUDÁKOVÁ, PhD., MPH

OAMIS NsP Trebišov Penta Hospitals

Prvá pomoc je súbor jednoduchých a účelných opatrení, ktoré slúžia na rýchle zabezpečenie pomoci pri náhlom ohrození života alebo postihnutí zdravia, a ktoré môžu byť poskytnuté kdekoľvek a kedykoľvek aj bez špeciálnych pomôcok laikmi. Znalosť prvej pomoci môže byť v mnohých prípadoch užitočná ba dokonca nevyhnutná. Bez zreteľa na to či ide o drobné poranenia, alebo naliehavé prípady, bežná znalosť prvej pomoci môže obmedziť následky zranení, ktoré postihnúť

osoba utrpela a v niektorých prípadoch aj zachrániť život.

Cieľom príspevku je poukázať na význam venovania sa výučbe prvej pomoci a prezentovanie našich skúsenosti s výučbou postupov prvej pomoci u detí navštevujúce základné školy. Adekvátna motivácia detí, nadviazanie spolupráce s učiteľmi a samotný proces, učenia sa“ poskytovať prvú pomoc sú základné atribúty smerujúce k zvyšovaniu úrovne informovanosti detí o postupoch

poskytovania prvej pomoci, ale aj k zvyšovaniu ich motivácie poskytnúť prvú pomoc v prípade potreby.

Z našich skúseností môžeme potvrdiť, že neškolení laici majú obrovské obavy poskytnúť prvú pomoc, čo sa však po absolvovaní a inštruktáži u väčšiny laikov mení

pozitívnym smerom. Z tohto dôvodu je výučba poskytovania prvej pomoci u laikov a to už od detského veku zásadná.

Kľúčové slová: prvá pomoc, komunita detí základných škôl, výučba poskytovania prvej pomoci

ABSTRAKT Č. 43

MANAŽMENT RIADENIA ODDELENIA V ZDRAVOTNÍCKOM ZARIADENÍ A VPLYV SPOKOJNOSTI NA VÝKONNOSŤ VEDÚCEHO PERSONÁLU

Mgr. Veronika PETREKOVÁ

Kúpele Vyšné Ružbachy

Úvod: V našom krásnom autonómnom povolaní sa ako sestry denne stretávame s ľuďmi a s pojmom riadenie, manažovanie, zvládanie situácie, hľadanie riešenia a v pracovnom prostredí Teme spokojnosti a vplyvu na vedúcich zamestnancov sa venuje čoraz viac autorov, ktorí píšu o manažmente, riadení ľudských zdrojov, personálnom plánovaní, hodnotení výkonu, vzdelávaní a rozvoji pracovníkov. V našom prípade zahŕňa manažovanie riadenie procesu liečby pacienta.

Cieľ práce a prieskumná vzorka: Cieľom môjho prieskumu bolo zhodnotiť stav manažovania činností vedúcich sestier a nájdenie možností zlepšenia manažmentu na oddelení. Zaoberala som sa otázkou či je možné zlepšiť manažment oddelenia vplyvom zlepšenia spokojnosti vedúcich pracovníkov v zdravotníckom zariadení.

Metodika: Metódou prieskumu bol dotazník z 12 otázok, ktorý sme navrhla a skontrolovala. Otázky boli otvorené aj zavreté. Údaje som spracovala v programe Microsoft Excel. Celý proces, od rozdania dotazníkov po ich zozbieranie trval do 01. 12. 2023 do

20. 12. 2023. Spolupráca pri vyplňaní dotazníkov bola dobrovoľná a odozva na jednotlivé otázky dotazníka tiež. Z rozdanych dotazníkov sa nám ich vrátilo 120.

Výsledky: Výsledky som spracovala v tabuľkách Microsoft Excel a následne vyhodnotila aj štatisticky. Respondenti boli sestry manažérky z oddelení v našom zariadení, ale aj v iných zdravotníckych zariadeniach. Všetci respondenti boli ženského pohlavia, mali skúsenosti s manažovaním oddelenia. Sestry, ktoré majú v pracovnom prostredí možnosť realizovať sa, udávajú kvalitný priebeh zmeny a práce na oddelení. Sú v práci spokojné, motivované a pracujú kvalitnejšie, pretože ich nerušia elementy a konflikty z okolitého prostredia. Aj keď 35% sestier uviedlo, že nie sú spokojné vo svojom zamestnaní, svoje zamestnanie vykonávajú svedomito a svoje pôsobenie na pracovisku zhodnotili ako správne, kvalitné. Zamestnávateľ im poskytuje dostatočné možnosti motivácie, najčastejšie je to dostatočný čas na sústavné vzdelávanie, pár dní dovolenky navyše, možnosti čerpania



benefitov v danom zdravotníckom zariadení a podobne.

Záver: Zvýšenie úrovne motivácie pre personál zodpovedá zvýšeniu kvality poskytovanej starostlivosti a tak aj zlepšeniu umiestnenia zdravotníckeho zariadenia v rebríčkoch hodnotenia či rastu firmy. Dobrý manažment

oddelenia a kolektív niekedy dokáže poskytnúť viac pozitívnej energie a motivácie ako akýkoľvek iný z motivačných stimulov.

Kľúčové slová: manažment riadenia oddelenia, zdravotnícke zariadenie, spokojnosť, vedúci personál, sestry

BLOK IV. BLOK ODBORNEJ SEKcie AMBULANTNÝCH SaPA

ABSTRAKT Č. 44

ČIERNY KAŠEL SA HLÁSI O SLOVO ČAKÁ NÁS ĎALŠIA PANDÉMIA?

Mgr. Petra SEKULOVÁ, MPH

Ambulancia VLD, MUDr. Martin Kravec, Spišská Nová Ves, Mlynky

Člen Sekcie ambulancných SaPA SK SaPA

Pertussis je ochorenie, na ktoré sa kvôli pravidelnému očkovaniu prestalo myslieť. V prednáške autor poukazuje na alarmujúci vzostup chorých ľudí na čierny kašeľ, definuje ochorenie, analyzuje faktory vzniku, popisuje príznaky, klinický priebeh ochorenia, komplikácie, prognózu, liečbu a tiež možnosti prevencie.

Cieľom prednášky je zvýšiť povedomie verejnosti a sestier o problematike čierneho kašľa ako o ochorení, o jeho príznakoch, liečbe, tiež možnostiach prevencie, očkovaní. Zaujímavé z minulosti, prezývaný aj ako „divý kašeľ“, našu populáciu kedysi poriadne potrápil a mal na svedomí milióny ľudských životov. Vedci, ktorí vynašli vakcínu však postupne dostali toto ochorenie pod kontrolu. Nanešťastie však čierny kašeľ opäť vyčíňa a Slovensko nie je výnimkou.

Čierny kašeľ (latinsky pertussis), je akútne respiračné vysoko infekčné ochorenie,

ktoré sa prenáša kvapôčkovým spôsobom od už infikovaného pacienta, pričom inkubačná doba je od 7 do 21 dní. Nemá žiadny prírodný rezervoár, je prenosný len z človeka na človeka. Čierny kašeľ spôsobuje baktéria - Bordetella pertussis, ktorá môže mať hlavne u dočiat život ohrozujúci priebeh. Atypický priebeh ochorenia môže byť ovplyvnený pôsobením vakcinácie. Práve atypický priebeh u dospelých a adolescentov, často pod klinickým obrazom nešpecifického zápalu horných dýchacích ciest, stojí za zvýšeným nebezpečenstvom nákazy pre najrizikovejšiu skupinu, ktorou sú novorodenci a neočkované dojčatá. Treba na ňu myslieť pri dráždivom kašli trvajúcim viac ako 2 - 3 týždne. Po prekonaní čierneho kašľa vzniká dlhotrvajúca imunita. Včasnou diagnostikou a preventívnymi opatreniami možno obmedziť ďalšie šírenie ochorenia

Kľúčové slová: Bordetella pertussis, čierny kašeľ, diagnostika, príznaky, prevencia, liečba

ABSTRAKT Č. 45

INOVATÍVNY PRÍSTUP V KOMUNIKÁcii SESTRA - PACIENT: PODPORA TERAPEUTICKÝCH VZŤAHOV

PhDr. Zuzana GAVALIEROVÁ, MPH

Ambulancia VLD, MUDr. Ahmadullah Fathi, Svit, Šuňava

Predseda Sekcie ambulancných SaPA SK SaPA

Efektívna a účinná komunikácia medzi sestrou a pacientom tvorí základný rámec kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti a podporuje záväzok pacienta k spolupráci a kontinuite starostlivosti.

Edukácia o zmene správania si vyžaduje spoluprácu a udržanie záväzku pacienta. Sestry zohrávajú kľúčovú úlohu pri vítaní, hodnotení, plánovaní zásahov a rozlúčení s pacientmi. Údaje zo Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek ukazujú, že až 80 % pacientov uplatňuje sťažnosti na komunikáciu sestier v ambulancnej sfére. Z dôvodu eliminácie sťažností a podpory terapeutických vzťahov bol vytvorený inovatívny prístup v komunikácii, ktorý zdôrazňuje význam inovácie vzťahov medzi sestrou a pacientom.

Základným faktorom pri podpore efektívnej komunikácie medzi sestrou a pacientom je vytvorenie silného terapeutického vzťahu, ktorý tvorí základný rámec pre poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti. Pri vzdelávaní pacientov v procese zmeny správania je nevyhnutné nielen ich zapájať do spolupráce, ale aj zaručiť ich trvalý záväzok voči požadovanej zmene správania.

Zavedenie inovatívnych prístupov a použitie efektívnych komunikačných procesov môže potenciálne znížiť chyby v komunikácii a konflikty medzi sestrou a pacientom.

Očakávaným výsledkom je motivovaný pacient schopný dosiahnuť požadovanú zmenu správania. Tento prístup zdôrazňuje transformačný potenciál inovatívnych stratégií komunikácie medzi sestrou a pacientom pri zlepšovaní výsledkov a spokojnosti pacientov. Posilňovaním terapeutických vzťahov a používaním efektívnej komunikácie môžu sestry zmierniť konflikty a zlepšiť zapojenie pacientov, čím prispievajú k lepšej starostlivosti.

Kľúčové slová: inovatívny prístup, komunikácia, pacient, sestra, terapeutický vzťah

WORKSHOPY

ABSTRAKT Č. 46

REAKTÍVNE FORMY KYSLÍKA A INTENZÍVNA FYZICKÁ AKTIVITA

Prof. MVDr. Tatiana KIMÁKOVÁ, PhD.¹, MUDr. Katerzyna RUSZKIEWICZ²,
Ing. Mgr. Zuzana MEGYESY EFTIMOVA, PhD.³

¹ Ústav verejného zdravotníctva a hygieny, Lekárska fakulta, UPJŠ v Košiciach

² Regional Center of Occupational Medicine, Rzeszów, Poland

³ UVLF v Košiciach, Katedra hygieny technológie a zdravotnej bezpečnosti potravín, Košice

Rizikové faktory životného štýlu sú rôzne. K najdôležitejším patria výživa a fyzická aktivita. Nadmernou fyzickou aktivitou vzniká v organizme oxidačný stres, vznik veľkého množstva voľných radikálov, ich prevaha nad antioxidantmi.

Oxidačný stres vyvolaný cvičením bol u ľudí popísaný prvýkrát v roku 1978. Hromadiace sa dôkazy naznačujú, že reaktívne formy kyslíka sa vytvárajú počas cvičenia a modulujú hladinu svalovej kontrakcie. Nízka tvorba reaktívnych druhov kyslíka spôsobuje na jednej strane zvýšenie sily, na druhej strane prudký nárast produkcie druhov reaktívneho kyslíka, ku ktorému dochádza pri namáhavom cvičení. Prispieva k rozvoju akútnej svalovej únavy. Rovnováha medzi priaznivými a škodlivými účinkami cvičenia môže mať význam u starších ľudí, u ktorých nutričné nedostatky, nezdravý životný štýl a komorbidity obvykle vedú k vyčerpaniu antioxidantnej rezervy organizmu a zvýšenej náchylnosti na oxidačný stres.

Je zrejmé, že v spojitosti s fyzickou aktivitou, cvičením a zdravím je potrebné mať na zreteli primeranú záťaž, intenzitu a výkon. V opačnom prípade môže dôjsť k poškodeniu zdravia. Tiež je dôležité poznanie, aké možnosti ponúka správna výživa, plná ovocia a zeleniny, strukovín a orechov, korenín,

rastlinných olejov, bohatých zdrojov vlákniny, rôznych vitamínov, minerálov, flavonoidov, antioxidantov. Antioxidanty, konzumované v potrebnom množstve z plodov rastlín, ovocia a zeleniny, ale i kávy, zeleného a čierneho čaju, kakaových bôbov, kaka a horkej čokolády, červeného vína, sú nápomocné pri redukcii oxidatívneho stresu v organizme, eliminovaní účinkov voľných radikálov a takýmto spôsobom prospešné pri celkovom zdraví človeka, nápomocné i v prípade jeho nadmernej fyzickej aktivity.

Kľúčové slová: reaktívne formy kyslíka, oxidačný stres, antioxidanty, fyzická aktivita.

Táto práca vznikla s finančnou podporou grantu KEGA 014UPJŠ-4/2024: Sledovanie vybraných rizikových faktorov ovplyvňujúcich životný štýl vysokoškolských študentov.

VYUŽITIE ÚČINKOV BYLINKOVÝCH ČAJOV V PROSPECH ZDRAVIA

Ing. Mgr. Zuzana MEGYESY EFTIMOVA, PhD.¹, Prof. MVDr. Tatiana KIMÁKOVÁ, PhD.²

¹ UVLF, Katedra hygieny technológie a zdravotnej bezpečnosti potravín, Košice

² UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav verejného zdravotníctva a hygieny, Košice

Bylinné čaje sú produkt prírody, ktorý ľudia konzumujú už niekoľko storočí po celom svete každý deň. Považujú sa za dôležitý alternatívny zdroj antioxidantov popri mnohých ďalších skupinách potravín, ako sú ovocie, bobule, obilniny a zelenina. Zároveň je čaj cenným doplnkom výživy pre príjem bioaktívnych látok a mikro- a makro- živín. Obsah jednotlivých zložiek v rastlinách závisí od druhu rastliny, od podmienok kultivácie, od technologických postupov. Je zrejmé, že bylinné čaje možno vďaka látkam, ktoré sa v nich vyskytujú, využívať ako každodenný zdroj tekutín. Približne 70 - 80% populácie používa bylinné čaje vo forme primárnej prevencie.

Na výrobu bylinných čajov sa používajú časti rastlín ako sú: korene, listy, stonky, kôra, kvety, plody a semená. Bylinný čaj sa pripravuje zo sušenej alebo čerstvej drogy. Pri príprave čaju je dôležitá hlavne teplota vody, pretože niektoré tekuté látky (terpény) pri vyššej teplote sa odparujú a čaj sa tak stáva neúčinný. Čaj možno pripraviť ako macerát, nálev alebo odvar. Najpoužívanejšie byliny sú rôzne druhy mäty, harmanček, medovka, lipový kvet, žihľava, ale aj šalvia alebo púpava. Každá z liečivých rastlín má iné blahodarné účinky na zdravie. Každodenné pitie vhodných bylinných čajov napomáha správne fungovanie mnohých orgánov. Je tiež potrebné vedieť, ktoré bylinky sa navzájom môžu spolu kombinovať, aby výsledok nebol kontraproduktívny. Preto je dôležité vždy sa

poradiť s lekárnikom alebo svojím všeobecným lekárom. Liečivé rastliny sa majú využívať v prvom rade na primárnu prevenciu, (predchádzanie chorôb) alebo na sekundárnu prevenciu (predchádzanie vážnym následkom už existujúcich chorôb). Experimentálne bolo potvrdené, že čaj môže človeka ochrániť pred niektorými formami rakoviny, kardiovaskulárnym ochorením, artritídou, Alzheimerovou aj Parkinsonovou chorobou a mnohými ďalšími ochoreniami.

Kľúčové slová: bylinné čaje, bioaktívne látky, primárna prevencia, sekundárna prevencia

TOKAJSKÉ VÍNO AKO ZDROJ BIOAKTÍVNYCH LÁTOK V PREVENCIÍ ZDRAVIA

Ing. Mgr. Zuzana MEGYESY EFTIMOVÁ, PhD.¹, Prof. MUDr. Tatiana KIMÁKOVÁ, PhD.²

¹ UVLF, Katedra hygieny technológie a zdravotnej bezpečnosti potravín, Košice

² UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav verejného zdravotníctva a hygieny, Košice

K zdrojom exogénnych antioxidantov patrí aj vinič hroznorodý (listy, plody) a produkty vyrábané z bobúľ (šľava, víno). Víno je prírodný, priebežne zrejúci viaczložkový alkoholický nápoj, ktorý obsahuje okrem vody, etanolu, cukrov, organických kyselín, metanolu, vyšších alkoholov aj polyfenoly, ktoré pôsobia navzájom s alkoholom, vykazujú antioxidantnú aktivitu a sú biologicky aktívne v ľudskom tele. Polyfenoly nie sú pre funkciu organizmu človeka nevyhnutné, ale vykazujú priaznivé účinky na zdravie. Spotreba polyfenolov získaných zo stravy je u ľudí nízka, a preto je dôležité hľadať možnosti ich doplnenia najmä v prevencii chorôb, ktoré sú vyvolané oxidáčnym stresom. Na základe historických záznamov z oblasti Podhoria a neskôr z Tokajskej oblasti vyplynulo, že Tokajské vína sa v minulosti používali ako liek „*universalis vera medicina*“. Ako oficiálne liečivo bolo zapísané do 3. vydania Viedenského liekopisu ako „*Vinum tokajense passum*“ a vo 4. a 5. vydaní *Pharmacopea Hungarica*. Pomocou chemických analytických metód sme v tokajských vínach potvrdili prítomnosť bioaktívnych polyfenolových látok TPC [od 176 ± 18,8 mgQ.l-1 do 509 ± 78,0 mgQ.l-1] a antioxidantnú aktivitu vzoriek TAA (DPPH, PRAC) [v rozsahu od 25,3 do 76,4 % inhibície DPPH; 85,8 ± 2,83 μmol TE-AC.l-1 do 72,8 ± 1,65 μmol Trolox.l-1; 74,6 ± 9,93 do 35,0 ± 0,27 % KMnO₄]. Na obsah a zloženie polyfenolov v tokajských vínach vplyvajú viaceré faktory ako osobitosť pestovateľských podmienok, odrody hrozna, cibéby,

enologické postupy, ročník vína a množstvo alkoholu. Zdravotný benefit tokajských vín závisí od bioaktívnej dostupnosti a biologickej aktivity polyfenolov v organizme, od vzájomného synergického pôsobenia polyfenolov a alkoholu, zložiek konzumovanej potravy a ďalších faktorov. V krátkodobej experimentálnej štúdií (14 dní) sme preukázali, že pravidelná konzumácia 150 ml vína „Tokajský výber 4-putňový“ s večerou neovplyvnila negatívne dôležité biochemické parametre v krvi. Z hľadiska zachovania dynamickej rovnováhy organizmu je veľmi dôležité, že priemerné hodnoty glukózy, AST, ALP, ALT, GMT, TC, TG, HDL-cholesterolu, LDL-cholesterolu a hsCRP oproti kontrole zostávali v rozsahu referenčných hodnôt pre zdravých, dospelých mužov. Tokajské víno je prírodne sladký, živý nápoj, ktorý vykazuje antioxidantnú aktivitu a v množstve 150 ml s jedlom môže byť vhodným doplnkom exogénnych antioxidantov a súčasťou zdravého životného štýlu. Odporúčame aj naďalej pokračovať v podrobnejšom výskume bioaktívnych látok tokajských vín a vykonať rozsiahlu klinickú štúdiu zameranú na sledovanie vplyvu vína na metabolizmus organizmu a zníženie výskytu kardiovaskulárnych a iných ochorení.

Kľúčové slová: tokajské víno, polyfenoly, bioaktívne látky, prevencia zdravia



PRAKTICKÉ NÁVODY NA KOMUNIKÁCIU A VEDENIE PACIENTA S OBEZITOU

MUDr. Kamila IVANOVÁ, MPH

Fakultná nemocnica Trnava, Biomedicínske centrum SAV Bratislava

Obezita je komplexný zdravotný problém, ktorý si vyžaduje citlivú a efektívnu komunikáciu medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a pacientmi. Vytvorenie dôverného vzťahu je kľúčové a povzbudzuje pacientov k zdieľaniu svojich obáv a pocitov. Aktívne naúčvanie, stanovovanie realistických cieľov a edukácia o výžive a fyzickej aktivite sú základnými komponentmi tohto procesu. Okrem toho, uvedomenie si psychologických aspektov obezity a ponúknutie efektívneho riešenia, môžu zvýšiť pacientovu motiváciu a dodržiavanie nových zmien životného štýlu. Pravidelné kontroly a personalizované prístupy prispôbené potrebám každého pacienta sú pre úspešné intervencie nevyhnutné. Nezameriavajme sa len na redukciu hmotnosti, ale na celkové zdravie a well being.

Kľúčové slová: obezita, komunikácia s pacientom, personalizovaný prístup



45. výročná konferencia SSVPL

10. - 12.10.2024

ZBORNÍK ABSTRAKTOV



Vydal © I.D.L. Company s.r.o., Bratislava, 2024

ISBN 978-80-69061-05-7

