

SLOVENSKÁ SPOLOČNOSŤ
VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO
LEKÁRSTVA SSVPL

Najväčšie odborné podujatie
všeobecných lekárov na Slovensku

46. výročná
konferencia SSVPL



ZBORNÍK ABSTRAKTOV

16. – 18. 10. 2025
Hotel Bellevue
Horný Smokovec

Bližšie informácie a registrácia:
www.idl.sk

ISBN 978-80-69061-10-1

46. výročná konferencia SSVPL 16. – 18.10.2025
ZBORNÍK ABSTRAKTOV

recenzenti:
Prof. MUDr. Mária Belovičová, PhD.
doc. PhDr. Mária Popovičová, PhD. MBA

Vydal © I.D.L. Company s.r.o., Bratislava, 2025
ISBN 978-80-69061-10-1 brožované vydanie
ISBN 978-80-69061-11-8 on-line vydanie

ZBORNÍK ABSTRAKTOV

OBSAH

BLOK PRACOVNÉ LEKÁRSTVO – PRAKTICKÉ ASPEKTY PRE VŠEOBECNÉHO LEKÁRA

1. POSUDKOVÁ ČINNOSŤ VŠEOBECNÉHO LEKÁRA PRE DOSPELÝCH • *Ahmadullah FATHI, Zuzana MAČUDOVÁ* . . 7
2. POSUDKOVÁ ČINNOSŤ VŠEOBECNÉHO LEKÁRA PRE DOPELÝCH – KAZUISTIKY Z PRAXE • *Zuzana MAČUDOVÁ, Ahmadullah FATHI* 8
3. CHOCHP A POŠKODENIE ZDRAVIA Z PRÁCE • *Ľubomír LEGÁTH, Eva DZUROVČÍNOVÁ* 8
4. PROFESIONÁLNE OCHORENIA DÝCHACIEHO SYSTÉMU – MYSLÍME NA NICH V BEŽNEJ PRAXI? • *Slavomír PEREČINSKÝ* 9

BLOK KARDIOVASKULÁRNE ZDRAVIE – VARIA I

5. VYUŽÍVAME POTENCIÁL ANTIHYPERTENZÍVNEJ LIEČBY DOSTATOČNE A SPRÁVNE? • *Miroslav BAJER* 10
6. PREVENCIA A KONTROLA VYSOKÉHO CHOLESTEROLU - AKO PODPORIŤ PACIENTA PRI SPRÁVNOM MANAŽMENTE HLADINY CHOLESTEROLU • *Peter MARKO* 11

BLOK KĽÚČOVÉ POSOLSTVO

7. GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE: THE CORNERSTONE OF A SUSTAINABLE HEALTH CARE SYSTEM – REFLECTIONS FROM A NORWEGIAN GENERAL PRACTITIONER • *Anette Fosse* 12

BLOK ANTIBIOTICKÁ POLITIKA BLOK KLINIKY INFEKTOLÓGIE A GEOGRAFICKEJ MEDICÍNY LF UK A UN BRATISLAVA

8. ANTIBIOTICKÁ POLITIKA V NEMOCNICI • *Ľubomír SOJÁK* 13

BLOK DUŠEVNÉ ZDRAVIE: VÝZVY A RIEŠENIA V PRAXI VŠEOBECNÉHO LEKÁRA A LEKÁRKY

9. DUŠEVNÉ ZDRAVIE PACIENTA S CHRONICKÝM OCHORENÍM, PERSPEKTÍVA PACIENTA A LEKÁRA • *Roman MUŽIK, David KUBEK, Beáta SAAL, Martin SELVEK, Monika RUSNÁKOVÁ, Matúš MIŠUTH* 14

BLOK NEUROKOGNITÍVNE PORUCHY V AMBULANCII PRAKTICKÉHO LEKÁRA BLOK SLOVENSKEJ PSYCHIATRICKEJ SPOLOČNOSTI

10. NEUROKOGNITÍVNE PORUCHY: JEDNODUCHÝ SKRÍNING V AMBULANCII PRAKTICKÉHO LEKÁRA • *Jozef DRAGAŠEK* 16

BLOK VARIA

11. ČO TREBA VEDIEŤ O ÚČINNEJ A BEZPEČNEJ LIEČBE NEDOSTATKU HORČÍKA • *Daniela MINÁRIKOVÁ* 17

BLOK KARDIOVASKULÁRNE ZDRAVIE – VARIA II

12. ZA HRANICE LDL – CHOLESTEROLU • *Iveta MAŤAŠOVÁ* 18

BLOK VARIA

13. JE UŽITOČNÁ LIEKOVÁ KOMBINÁCIA GLP-1 RECEPTOROVÉHO AGONISTU S SGLT2 INHIBÍTOROM U DIABETIKOV 2. TYPU? • *Ján MURÍN* 19

BLOK BLOK V4

14. ROLA I ZADANIA LEKARZA RODZINNEGO W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ NA PRZYKŁADZIE POLSKI / *THE ROLE AND RESPONSIBILITIES OF THE FAMILY PHYSICIAN IN THE HEALTHCARE SYSTEM: THE EXAMPLE OF POLAND* • *Piotr POBROTYN, Julia POBROTYN, Jarosław DROBNIK* 20

15. ZASADY I SPOSÓB FINANSOWANIA MEDYCYNY RODZINNEJ – DOŚWIADCZENIA WŁASNE POLSKIEGO SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNE / *PRINCIPLES AND METHODS OF FINANCING FAMILY MEDICINE – PERSONAL EXPERIENCES IN THE POLISH HEALTHCARE SYSTEM* • *Piotr POBROTYN, Julia POBROTYN, Jarosław DROBNIK* 23

16. ROLA PROKINETYKÓW W LECZENIU CHOROBY REFLUKSOWEJ – NOWOCZESNE PODEJŚCIE / *THE ROLE OF PROKINETICS IN THE TREATMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE – A MODERN APPROACH!* • *Jarosław DROBNIK, Piotr POBROTYN* 26

BLOK V ZDRAVOM TELE ZDRAVÉ CIEVYBLOK SLOVENSKEJ ANGIOLOGICKEJ SPOLOČNOSTI SLS

17. AKÝ PACIENT PROFITUJE Z KAROTICKÉHO STENTINGU? • *Juraj MAĎARIČ, Ľubomír FĽAK, Miroslav ŠIRILA, Lukáš VINCZE, Petr VAŘEJKA* 28

18. KAPILAROSKOPIA A JEJ PRÍNOS V ANGIOLOGICKEJ DIAGNOSTIKE • *Mária RAŠIOVÁ, Veronika PAVLÍKOVÁ, Zuzana TORMOVÁ, Marta BAVOĽÁROVÁ* 29

19. MOŽNOSTI AKTÍVNEHO PRÍSTUPU VŠEOBECNÉHO LEKÁRA V MANAŽMENTE PERIFÉRNEHO ARTÉRIOVÉHO OCHORENIA • *Katarína DOSTÁLOVÁ, Katarína GAZDÍKOVÁ, Martina SLOVÁČIKOVÁ, Mária Belovičová, Štefánia MORICOVÁ,* 30

BLOK VARIA

20. KEĎ STRAVA PRESTÁVA BYŤ VÝŽIVOU: KLINICKÉ DÔSLEDKY KONZUMÁCIE PRIEMYSELNE SPRACOVANÝCH POTRAVÍN – UPF • *Jana BABJAKOVÁ, Michal PÁLENÍK, Ľubica ARGALÁŠOVÁ, Adela PENESOVÁ* 33

21. SENIORSKÍ BEŽCI – VPLYV VYTRVALOSTNÉHO BEHU NA ZLOŽENIE TELA, KOSTNÚ HMOTU, BIOCHEMICKÉ PARAMETRE A KVALITU SPÁNKU • *Milan SEDLIAK, Ľudmila ORESKÁ, Barbora KUNDEKOVÁ, Monika OKULIAROVÁ* 34

22. LIEČBA OBEZITY AKO PREVENCIA CHRONICKÝCH NEPRENOSNÝCH OCHORENÍ • *Adela PENESOVÁ, Michal PÁLENÍK, Libuša NECHALOVÁ, Jana BABJAKOVÁ, Viktor BIELIK* 35

23. OBEZITOU PODMIENENÝ SEKUNDÁRNY HYPOGONADIZMUS U MUŽOV (MOSH) – DOPAD NA KARDIOMETABOLICKÉ I PSYCHICKÉ ZDRAVIE • *Michal PÁLENÍK, Jana BABJAKOVÁ, Adela PENESOVÁ* 36

BLOK DERMATOVANEROLÓGIA ZNÁMA A NEZNÁMA

24. INTERTRIGO, KVASINKOVÉ INFEKCIE A INÉ SÚVISLOSTI S METABOLICKÝM SYNDRÓMOM • *Hana ZELENKOVÁ* 37

25. SVRAB BEZ HANBY: TICHÁ EPIDÉMIA MEDZI NAMI • *Viktória LUNA* 38

26. HIDRADENITIS SUPPURATIVA – AKTUÁLNE OTÁZKY A ODPOVEDE • *Hana ZELENKOVÁ* 38

27. ROK 2025 ... A MÁME ČO SME (NE)CHCELI... • *Hana ZELENKOVÁ* 39

BLOK ORDINÁCIA 2025: NOVÉ PERSPEKTÍVY V PRIMÁRNEJ PRAXI

28. DVOJITÝ ZÁSAH NA AKÚTNU BOLESŤ: FIXNÁ KOMBINÁCIA DEXKETOPROFÉNU A TRAMADOLU • *Viliam DIOSZEGI* 39

29. ZA HRANICE OBZORU – NEBIVOLOL A JEHO UNIKÁTNE VAZODILTAČNÉ ÚČINKY V AMBULANTNEJ PRAXI • *Ladislav ŠABO* 40

30. HERPES ZOSTER – AKTUÁLNE • *Eva ŠKUTILOVÁ* 41

31. KALCIFEDIOL V PREVENCII A LIEČBE PACIENTOV S NEDOSTATKOM VITAMÍNU D • *Ľudmila RESUTÍKOVÁ* 41

BLOK KAATSU V LIEČBE PACIENTOV SO SKLERÓZOU MULTIPLEX

32. NÍZKOMOLEKULÁRNE PEPTIDY V LIEČBE BOLESTIVÝCH STAVOV V AMBULANCII VŠEOBECNÉHO LEKÁRA • *Milan VAHOVIČ* 42

33. KAATSU V LIEČBE PACIENTOV SO SKLERÓZOU MULTIPLEX • *Tatiana CUPRÍKOVÁ* 43

BLOK SÚČASNÝ STAV SKRÍNINGOVÝCH PROGRAMOV NA SLOVENSKU

34. ONKOLOGICKÉ SKRÍNINGOVÉ PROGRAMY – AKTUÁLNE INFORMÁCIE Z NOI • *Jana TRAUTENBERGER RICOVÁ* 44

35. ONKOLOGICKÉ KLINICKÉ SKÚŠANIA NA SLOVENSKU Z POHĽADU NOI – ČO BY MAL VLD VEDIEŤ • *Lucia FUČEK ŠERŠEŇOVÁ* 45

36. PODPORA NÁRODNÉHO ONKOLOGICKÉHO INŠTITÚTU PRE ODBORNÚ A LAICKÚ VEREJNOSŤ - ČO MÔŽE VO SVOJEJ KAŽDODENNEJ PRAXI VYUŽIŤ VLD • *Mária REČKOVÁ* 45

BLOK OČKOVANIE TEHOTNÝCH ŽIEN – SÚČASŤ ZDRAVÉHO VÝVOJA PLODU, OCHRANY DIEŤAŤA A MATKY BLOK SLOVENSKEJ EPIDEMIOLOGICKEJ A VAKCINOLOGICKEJ SPOLOČNOSTI SEVS

37. VÝZNAM OČKOVANIA TEHOTNÝCH ŽIEN • *Zuzana KRIŠTÚFKOVÁ* 46

38. PREČO JE OČKOVANIE TEHOTNÝCH ŽIEN V SR STÁLE NALIEHAVEJŠIE? • *Miroslav KOTEK* 48

39. OČKOVANIE TEHOTNÝCH ŽIEN V AMBULANCII VŠEOBECNÉHO LEKÁRA V PRAXI • *Silvia OŽVOLDÍKOVÁ* 49

BLOK MULTISYSTÉMOVÉ MYSLENIE V PRIMÁRNEJ STAROSTLIVOSTI: IMUNITA, ENDOKRINOLÓGIA, MIKROBIÓM BLOK KLINIKY VŠEOBECNÉHO LEKÁRSTVA UPJŠ A NEMOCNICE AGEL

40. OČKOVANIE A RESPIRAČNÉ OCHORENIA: AKÉ MÁ PACIENT MOŽNOSTI • *Adriána JAROLÍMKOVÁ* 50

41. MIKROBIÓM AKO ŠIESTY ŽIVOTNÝ ZNAK: PERSPEKTÍVA JEHO UPLATNENIA V KAŽDODENNEJ KLINICKEJ PRAXI • *Bianka LAJOŠOVÁ* 51

42. KEĎ MOZOG KRIČÍ A ŠTÍTNA ŽĽAZA MLČÍ • *Lukáš OLŠAVSKÝ* 51

BLOK MEDICÍNA V POHYBE: BOJ SO ZÁVISLOSŤAMI V 21.STOROČÍ

43. ZÁVISLOSTI – FAKTY, KTORÉ BOLIA • *Peter KALANIN* 52

44. KAŠTIEĽ, KTORÝ LIEČI • *Vladimír STANISLAV* 53

45. NIKOTÍN – DÁTA BEZ CITOV • *Viola VARGOVÁ, Juliana GABZDILOVÁ* 54

Sesterská sekcia

BLOK I. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK

46. OBJAV CONRADA RŐNTGENA – ZÁKLADNÁ DIAGNOSTICKÁ METÓDA V MEDICÍNE UŽ 130 ROKOV • *Katarína DOSTÁLOVÁ, Daniela HAJNALOVÁ, Emília ADJINDOVÁ, Naďa JANKELOVÁ, Denisa NIKODÉMOVÁ, Vladimír JAVORKA* 56

47. VASKULÁRNA INTERVENCIA U PACIENTOV S PERIFÉRNYM ARTÉRIOVÝM OCHORENÍM A JEJ PRÍNOS PRE ZLEPŠENIE KVALITY ŽIVOTA • *Katarína DOSTÁLOVÁ, Daniela HAJNALOVÁ, Peter MIKULA, Jakub HENNEL, Martin KOKLES, Katarína TOKARČIKOVÁ* 57

BLOK II. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK FAKULTY VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA SZU BRATISLAVA

48. VREDY PREDKOLENIA U PACIENTOV S LYMFEDÉMOM • *Lenka ZEHEROVÁ* 59

49. ONYCHOMYKÓZY A LEKÁRSKA PEDIKÚRA U DIABETIKOV • *Vlasta HROMOHOVÁ* 60

BLOK III. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK

50. MEDIÁLNY OBRAZ SESTIER • *Andrea Ševčovičová* 60

51. STREDNODOBÝ ŽILOVÝ VSTUP V AMBULANTNEJ PRAXI • *Daniela RYBÁROVÁ* 61

BLOK IV. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK

52. AKTÍVNA STAROSTLIVOSŤ O SVOJE ZDRAVIE AKO SÚČASŤ ZDRAVOTNEJ GRAMOTNOSTI • *Mariana MAGERČIAKOVÁ, Katarína ZRUBÁKOVÁ* 62

53. ZDRAVOTNÁ GRAMOTNOSŤ A FARMAKOLOGICKÁ LIEČBA SENIOROV V AMBULANTNEJ STAROSTLIVOSTI • *Katarína ZRUBÁKOVÁ, Mariana MAGERČIAKOVÁ* 63

54. ODBORNO-MORÁLNO-ETICKÉ ASPEKTY PRÁCE AMBULANTNEJ SESTRY • *Zuzana GAVALIEROVÁ* 64

BLOK **PRACOVNÉ LEKÁRSTVO – PRAKTICKÉ ASPEKTY PRE VŠEOBECNÉHO LEKÁRA**

ABSTRAKT Č. 1

POSUDKOVÁ ČINNOSŤ VŠEOBECNÉHO LEKÁRA PRE DOSPELÝCH

MUDr. Ahmadullah FATHI[1], MUDr. Zuzana MAČUDOVÁ[2]

[1] Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých Svit
[2] Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých Poprad

Posudková činnosť je neoddeliteľnou a legislatívne náročnou súčasťou každodennej praxe všeobecného lekára pre dospelých. Vyžaduje nielen rozsiahle medicínske vedomosti, ale aj detailnú orientáciu v platných právnych predpisoch. Vzhľadom na široký záber posudkových tém a neustále sa meniace legislatívne prostredie vzniká riziko chybnej interpretácie zákona a následnej právnej zodpovednosti. Táto prednáška ponúka systematický pohľad na posudkovú činnosť z pohľadu praktického lekára – ako medicínsko-právny akt, ktorého výstupom je odborné stanovisko so subjektívnym hodnotením posudzovanej skutočnosti. Predstavíme praktické východiská pre klinickú prax, upozorníme na časté úskalia a poskytneme prehľad odporúčaní, ktoré môžu lekárovi pomôcť štandardizovať jeho rozhodovací proces. Prednáška vychádza z recenzovanej odbornej publikácie vypracovanej v súlade s platnou legislatívou, ktorej cieľom je podporiť interdisciplinárnu spoluprácu a odborne ukotviť posudkovú činnosť v rámci špecializačného odboru všeobecné lekárstvo. Dokument je zároveň koncipovaný ako edukačný nástroj pre mladých lekárov a študentov medicíny. Autori publikácie kladú dôraz na samostatnú kontrolu aktuálnosti právnych referencií a transparentnosť pri aplikácii odporúčaných postupov v praxi.

Kľúčové slová: posudková činnosť, všeobecný lekár, interdisciplinárna spolupráca

ABSTRAKT Č. 2

POSUDKOVÁ ČINNOSŤ VŠEOBECNÉHO LEKÁRA PRE DOPELÝCH – KAZUISTIKY Z PRAXE

MUDr. Zuzana MAČUDOVÁ[1], MUDr. Ahmadullah FATHI[2]

[1] Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých Poprad
[2] Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých Svit

Druhá prednáška nadväzuje na teoretické východiská posudkovej činnosti a prináša ich praktickú aplikáciu prostredníctvom vybraných kazuistík z ambulantnej praxe. Predstavené prípady pokrývajú rôzne oblasti posudzovania – od zdravotnej spôsobilosti na výkon povolania, cez vedenie motorového vozidla až po zbrojný preukaz. Každá

kazuistika je analyzovaná z hľadiska medicínskeho aj právneho, so zreteľom na správnu dokumentáciu, možné úskalia, etické dilemy a právne dôsledky. Prednáška je určená najmä praktickým lekárom, ktorí chcú získať istotu pri vypracúvaní posudkov, ako aj inšpiráciu k riešeniu náročnejších prípadov pomocou overených postupov a interdisciplinárnej spolupráce.

Kľúčové slová: posudková činnosť, kazuistiky, medicínska a právna analýza prípadov

ABSTRAKT Č. 3

CHOCHP A POŠKODENIE ZDRAVIA Z PRÁCE

prof. MUDr. Ľubomír LEGÁTH, PhD., MUDr. Eva DZUROVČÍNOVÁ

Klinika pracovného lekárstva a klinickej toxikológie UPJŠ LF a UN L. Pasteura

Chronická obštrukčná choroba pľúc (CHOCHP) predstavuje častú príčinu mortality, morbidity a zníženej kvality života. Podľa Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) chronickou obštrukčnou chorobou pľúc trpí asi 600 mil. ľudí a približne 3 mil. ich každoročne na túto chorobu zomiera. Viac ako 65 miliónov ľudí má stredne ťažkú až ťažkú CHOCHP, ktoré podľa WHO spôsobuje asi 5 percent všetkých úmrtí.

Patofyziologicky sa jedná o vystupňovanú a prolongovanou zápalovú reakciu u geneticky predisponovaného organizmu na dlhodobú inhalačnú expozíciu škodlivým časticiam a plynom. Hlavným rizikovým faktorom je fajčenie, ale s CHOCHP sú asociované aj iné faktory. Znečisťujúce látky na pracovisku, najmä anorganický prach, môžu iniciovať poškodenie dýchacích ciest a zápal, ktoré sú charakteristickými znakmi patogenézy CHOCHP. Škodlivé častice a plyny môžu spôsobiť priame poškodenie dýchacích ciest reaktívnymi formami kyslíka (ROS). Toto poškodenie a priama interakcia medzi plynmi a časticami s epitelom dýchacích ciest sú zodpovedné za prvú imunologickú reakciu. Táto prvá fáza je charakterizovaná aktivitou makrofágov a neutrofilov, ktoré sa podieľajú na čistení dýchacích ciest od škodlivých agens. Myeloperoxidáza (MPO), uložená v granulách neutrofilov a uvoľňovaná do medzibunkového priestoru pri degranulácii, produkuje v priebehu „respiračného vzplanutia neutrofilov“ z peroxidu vodíka (H_2O_2) a chloridového aniónu (Cl–) kyselinu chlornú (HClO). Účinkom peroxidu vodíka ako oxidačného činidla dochádza k oxidácii tyrozinu na tyrozinový radikál. Kyselina chlorná a tyrozinový radikál sú cytotoxické čo využívajú neutrofily k likvidácii baktérií a iných patogénov. Inhaláciou toxických látok (napr. jemné prachové častice, dym, chemikálie) v priebehu „respiračného vzplanutia neutrofilov“ sú aktivované neutrofily a dochádza ku zvyšuje expresii MPO a preto MPO môže byť indikátorom chronickej expozície zápalovým podnetom pri CHOCHP.

Glutatión-S-transferáza (GST), dôležitý antioxidačný obranný systém buniek, má schopnosť katalyzovať konjugáciu redukovaného glutathionu s cudzorodými toxickými látkami. GST pomáha detoxikovať chemické látky (napr. benzo[a]pyrén, formaldehyd, 3,4 – benzpyrén), ktoré sa vyskytujú v priemysle, baníctve, lakovníctve. UDP-glukuronozyltransferáza (UDP-GT, UGT), enzým zodpovedný za glukuronidáciu, t. j. konjugáciu toxických látok v pracovnom prostredí s kyselinou glukurónovou, prispieva k detoxikácii škodlivín, ktoré by inak mohli spôsobovať zápal a oxidačný stres v respiračnom trakte a príčinou CHOCHP. Glyoxaláza (GLO1) je enzým detoxikujúci reaktívne karbonylové zlúčeniny (napr. metylglyoxal), ktoré vznikajú pri oxidačnom strese a zápale. Znížená aktivita GLO1 vedie k hromadeniu metylglyoxalu, ktorý poškodzuje bunkové bielkoviny a DNA a vyvoláva tzv. karbonylový stres. V súvislosti s CHOCHP bola pozorovaná znížená expresia GLO1 u pacientov – čo koreluje s vyššou mierou pľúcneho poškodenia niektorými chemikáliám (napr. formaldehyd, cigaretový dym).

Experimentálne údaje potvrdzujú úlohu profesionálnej expozície v patogenéze CHOCHP, a to najmä v prípade anorganického prachu, pričom sa objavili údaje o zváraní dymov, kovov a dráždivých látok. Existujú dôkazy zo štúdií na zvieratách, že zváracie dymy by mohli spôsobiť oxidačný stres. U ľudí kontrolovaná expozícia zváračským dymom obsahujúcim zinok a meď spôsobila produkciu systémových zápalových markerov. Expozícia kadmiu, o ktorej sa v minulosti vedelo že vyvoláva emfyzém, vedie k zápalovým zmenám a je príčinou CHOCHP. Expozícia organickému prachu by mohla vyvolať zápal. Endotoxín a betaglukány, zvyčajne prítomné v organickom prachu, môžu zohrávať úlohu pri udržiavaní chronického zápalu.

Záverom je možné konštatovať, že profesionálna CHOCHP je stále nedostatočne diagnostikovaná, a to najmä z dôvodu náročnosti posúdenia profesionálnej zložky ochorenia v klinických podmienkach. Včasná diagnostika a identifikácia profesionálnych príčin je veľmi dôležitá, aby sa zabránilo ďalšiemu zhoršovaniu pľúcnych funkcií a aby sa znížilo zdravotné a sociálno-ekonomické zaťaženie v dôsledku CHOCHP.

Kľúčové slová: CHOCHP, patofyziológia, profesionálna expozícia, včasná diagnostika, identifikácia profesionálnych príčin CHOCHP

ABSTRAKT Č. 4

PROFESIONÁLNE OCHORENIA DÝCHACIEHO SYSTÉMU – MYSLÍME NA NICH V BEŽNEJ PRAXI?

doc. MUDr. Slavomír PEREČINSKÝ, PhD.

Klinika pracovného lekárstva a klinickej toxikológie, LF UPJŠ a UN LP Košice

Profesionálne poškodenia dýchacieho systému predstavujú rozsiahlu skupinu ochorení zapríčinených predovšetkým environmentálnymi vplyvmi pracovného prostredia. Poškodenie môže mať prechodný, ale aj často trvalý a prognosticky závažný charakter. K najčastejším profesionálnym ochoreniam dýchacieho systému patrili a aj v súčasnosti patria pneumokoniózy, alergické a nádorové ochorenia. Vo väčšine industrializovaných krajín je v posledných dekádach najčastejším profesionálnym respiračným ochorením profesionálna astma. U pacientov s bronchiálnou astmou bola dokázaná súvislosť s profesionálnou expozíciou v 17,6% prípadoch. Vysokú prevalenciu má aj profesionálna rinitída, tá je však výrazne poddiagnostikovaným ochorením, a preto je pomerne zriedkavo hlásená ako choroba z povolania. To má v mnohých prípadoch negatívny na dopad na zdravotný

stav pacienta. Preto predkladaná práca je zameraná najmä na alergické ochorenia – bronchiálnu astmu, rinitídu a hypersenzitívnu pneumonitídu. Popisuje rizikové povolania, etiologické agensy a najvýznamnejšie diagnostické metódy. Záverom prezentuje analýzu profesionálnych alergických ochorení vo Východoslovenskom regióne od roku 1990 až po súčasnosť. Manažment pacienta s profesionálnym respiračným ochorením vyžaduje multidisciplinárny prístup, kde je obvykle nevyhnutná spolupráca lekára pracovného lekárstva s pneumoftizelógom a imunoalergológom. Kľúčovú úlohu v celom diagnostickom algoritme má však všeobecný lekár, ktorý vo väčšine prípadov ako prvý prichádza do kontaktu s pacientom a vyslovuje podozrenie na možné poškodenie zdravia z práce.

Kľúčové slová: profesionálne ochorenia dýchacieho systému, brochiálna astma, rinitída, hypersenzitívna pneumonitída, manažment pacienta

BLOK KARDIOVASKULÁRNE ZDRAVIE – VARIA I

ABSTRAKT Č. 5

VYUŽÍVAME POTENCIÁL ANTIHYPERTENZÍVNEJ LIEČBY DOSTATOČNE A SPRÁVNE?

MUDr. Miroslav BAJER, PhD.

Klinika vnútorného lekárstva, Fakultná nemocnica Trnava

Úvod: Arteriálna hypertenzia predstavuje najčastejší modifikovateľný rizikový faktor kardiovaskulárnej morbidity a mortality. Napriek širokej palete účinných antihypertenzív zostáva liečba v praxi často nedostatočná – či už z hľadiska účinnosti, výberu liekov alebo pacientovej adherencie. Otázkou zostáva, či naozaj využívame potenciál dostupnej antihypertenzívnej liečby správne a naplno.

Cieľ: Cieľom predkladanej práce je zhodnotiť aktuálne princípy personalizovanej liečby hypertenzie, identifikovať časté rezervy v klinickej praxi a prostredníctvom analýzy reálnych pacientskych dát poukázať na mieru súladu medzi predpisovanou liečbou a súčasnými odporúčaniami ESC/ESH.

Metódy: Súčasťou práce je analýza 50 pacientov hospitalizovaných na Klinike vnútorného lekárstva Fakultnej nemocnice Trnava s diagnostikovanou artériovou hypertenziou. U každého pacienta bola zaznamenaná aktuálna antihypertenzívna liečba, zastúpenie jednotlivých liekových skupín, typ kombinácie a forma podania. Tieto údaje boli porovnané s odporúčaniami ESC/ESH (2021) pre liečbu hypertenzie. Súčasťou práce je aj tematická syntéza hlavných princípov správnej liečby, vrátane výberu účinných molekúl, benefitov kombinovanej liečby a faktorov ovplyvňujúcich adherenciu.

Výsledky: Analýza poukázala na časté používanie suboptimálnych liečebných režimov, nízke zastúpenie jednotabletových kombinácií a nedostatočné zohľadňovanie komorbidít pri výbere antihypertenzív. Len u menšiny pacientov bola liečba v plnom súlade s odporúčaniami ESC/ESH, a to najmä v prípade indikácie fixnej trojkombinácie (napr. ACE-I/ARB + CCB + diuretikum). Viacerí pacienti užívali monoterapiu, a to aj pri nedostatočne kontrolovanom krvnom tlaku.

Záver: Potenciál moderných antihypertenzívnych prístupov nie je v každodennej klinickej praxi plnohodnotne využívaný. Kľúčovými problémami zostáva neskoré zavádzanie kombinovanej liečby, nízka miera personalizácie terapie a nedostatočná edukácia pacienta. Individualizovaný, dôkazmi podložený prístup so zameraním na adherenciu, synergické účinky liekov a prevenciu KVS príhod môže výrazne zlepšiť prognózu pacientov s hypertenziou.

Kľúčové slová: arteriálna hypertenzia, antihypertenzívna liečba, kombinovaná liečba

ABSTRAKT Č. 6

PREVENCIA A KONTROLA VYSOKÉHO CHOLESTEROLU - AKO PODPORIŤ PACIENTA PRI SPRÁVNOM MANAŽMENTE HLADINY CHOLESTEROLU

MUDr. Peter MARKO, PhD., MPH

Ambulancia všeobecného lekárstva, Veľká Lomnica

Vysoký cholesterol a dyslipidémie predstavujú kľúčové rizikové faktory aterosklerózy a kardiovaskulárnych ochorení (KVO). Po pandémii COVID-19 sa prevalencia obezity, metabolického syndrómu a dyslipidémií ešte zvýšila. Prezentácia sa zamerala na praktické aspekty manažmentu dyslipidémie v ambulancii všeobecného lekára, vrátane definície cieľových hodnôt lipidogramu, klasifikácie dyslipidémií, ich patofyziológie a dôsledkov na kardiovaskulárne zdravie.

Základom liečby ostáva komplexná úprava životného štýlu (diéta, pohyb, nefajčenie), ktorá sa však v praxi stretáva s obmedzenou adherenciou pacientov. Časť pacientov navyše odmieta alebo netoleruje štandardnú farmakoterapiu statínmi z obáv pred nežiaducimi účinkami. Pre túto skupinu predstavuje vhodnú alternatívu podporná liečba výživovými doplnkami (nutraceutikami), ako je Armolipid Plus, ktorého účinnosť podporujú aj publikované dáta.

Prezentácia obsahuje aj kazuistiku pacienta s intoleranciou statínov, u ktorého po prechode na Armolipid Plus došlo k zlepšeniu lipidového profilu a vymiznutiu nežiaducich účinkov. Táto skúsenosť podporuje využitie nutraceutík u pacientov s nízkym až stredným kardiovaskulárnym rizikom, ktorí odmietajú alebo netolerujú štandardnú liečbu.

Prezentácia poukazuje na význam individualizovaného prístupu, kontinuálnej edukácie a motivácie pacientov, ako aj na využitie dostupných alternatívnych možností na zlepšenie kontroly hladiny cholesterolu v klinickej praxi.

Kľúčové slová: dyslipidémia, úprava životného štýlu, nutraceutiká, edukácia a motivácia pacientov

BLOK KĽÚČOVÉ POSOLSTVO

ABSTRAKT Č. 7

GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE: THE CORNERSTONE OF A SUSTAINABLE HEALTH CARE SYSTEM – REFLECTIONS FROM A NORWEGIAN GENERAL PRACTITIONER

MUDr. Anette FOSSE, PhD.

Norwegian Centre for Rural Medicine



Lekárka, Anette Fosse žije a pracuje v Nórsku. Špecializuje sa na všeobecné lekárstvo a rodinnú medicínu, v ktorej má dlhoročnú prax. Tridsať rokov pracovala ako všeobecný lekár v malom meste v severnom Nórsku (pri polárnom kruhu).
V súčasnosti je riaditeľkou Nórskeho centra pre vidiecku medicínu (Norwegian Centre for Rural Medicine – NRCM).

Je držiteľom akademického titulu PhD, témou jej doktorandskej práce bola „Kvalita života v opatrovateľských domovoch – priania pacientov a úloha lekárov".

Má široké skúsenosti z vládnych pracovných skupín, regionálnych zdravotných rád, komunálnej politiky a Nórskej lekárskej asociácie. Tiež pracovala ako „styčný dôstojník" medzi nemocnicou a primárnou starostlivosťou vo svojom regióne. Bola súčasťou skupiny, ktorá v roku 2000 vyjednávala reformu všeobecnej praxe v Nórsku.

The lecture will start with a short introduction to Norway's health care system and the rise and fall and rise again of the Norwegian regular GP scheme. Medical education and specialty training are crucial elements in the building of a corps of skilled and enthusiastic GPs/family doctors. This is not a quick fix neither I Norway nor anywhere. I will share some experiences and reflections on our endeavours over the last 40 years. GPs are not working in a vacuum. To serve our patients well we are dependent on skilled health secretaries, nurses, physiotherapists, occupational therapists, midwives, mental health workers and many other professions. And we need close collaboration with our colleagues in the hospitals and the outpatient clinics. I will reflect on teamwork, interprofessional collaboration and task shifting for good and for bad. In the bigger picture, we as GPs are important actors in our local communities, in our country and in the world. This implies that we contribute to sustainable general practice and health care. I will give some examples of how we meet these challenges in the Nordic countries.

BLOK ANTIBIOTICKÁ POLITIKA BLOK KLINIKY INFEKTOLÓGIE A GEOGRAFICKEJ MEDICÍNY LF UK A UN BRATISLAVA

ABSTRAKT Č. 8

ANTIBIOTICKÁ POLITIKA V NEMOCNICI

MUDr. Ľubomír SOJÁK, PhD.

Klinika infektológie a geografickej medicíny LF UK a UN Bratislava

Antibiotiká hrajú ústrednú úlohu v medicíne, či už v liečbe komunitných alebo nozokomiálnych infekcií, ale aj v chirurgických disciplínach, a sú neoddeliteľnou súčasťou súčasného pokroku v transplantačnej medicíne a onkológii pri liečbe infekcií u imunokompromitovaných pacientov.

21. storočie je charakteristické krízou antibiotickej účinnosti, pozorujeme významný nárast antibiotickej rezistencie najmä v prípade gramnegatívnych baktérií a jedným z nástrojov boja proti narastajúcej rezistencii je racionálna antibiotická preskripcia, tzv. antimikrobiálny stewardship, pri ktorom je nevyhnutná multidisciplinárna spolupráca, ideálne s vedením skúseným infektológom, čo môže zlepšiť prognózu u jednotlivých pacientov a zároveň znížiť škody a zachovať antimikrobiálnu účinnosť pre celú populáciu.

Dôležitá je medziodborová spolupráca infektológa (alebo klinického farmakológa) s farmaceutom a ďalšími špecialistami pri dodržiavaní zásad politiky. Cieľom autora prednášky je predstaviť koncept antibiotickej politiky v univerzitnej nemocnici v Bratislave na Kramároch, na ktorú dohliada antibiotická komisia pod vedením infektológa. Cieľom komisie je nastavenie a kontrola zásad racionálnej preskripcie antibiotík so snahou o zachovanie citlivosti súčasných antibiotík, zníženie rizika vedľajších účinkov z antibiotickej liečby, rozvoja rezistencie a taktiež špecifických komplikácií antibiotickej liečby (ako je postantibiotická kolitída alebo následná invazívna infekcia rezistentnou baktériou) pri zachovanej účinnosti liečby bez negatívneho vplyvu na pacienta.

Kľúčové slová: antibiotiká, antibiotická politika, medziodborová spolupráca

BLOK DUŠEVNÉ ZDRAVIE: VÝZVY A RIEŠENIA V PRAXI VŠEOBECNÉHO LEKÁRA A LEKÁRKY

ABSTRAKT Č. 9

DUŠEVNÉ ZDRAVIE PACIENTA S CHRONICKÝM OCHORENÍM, PERSPEKTÍVA PACIENTA A LEKÁRA

Ing. Mgr. Roman MUŽIK, PHD., Ing. David KUBEK, Ing. Beáta SAAL, Ing. Martin SELVEK, Mgr. Monika RUSNÁKOVÁ, PhD., Ing. Matúš MIŠUTH, PhD.

Dôvera zdravotná poisťovňa, a. s.

Úvod: Chronické ochorenia negatívne ovplyvňujú nielen fyzický, ale aj psychický stav pacientov. Napríklad výskyt depresie pri chronickom ochorení je spojený s vyšším rizikom závažnejšieho prejavu obidvoch ochorení. Vážnejší stav či už fyzického alebo psychického zdravia, merateľne zvyšuje záťaž pre zdravotný systém.

Cieľ: Cieľom práce bolo vyhodnotiť vplyv prítomnosti vybraných duševných ochorení na frekvenciu návštev v ambulanciách všeobecného lekárstva pre dospelých (VLD) u pacientov s vybranými chronickými ochoreniami (diabetes, bolesť chrbta, srdcové zlyhávanie, hypertenzia a dyslipidémia).

Materiál a Metódy: Pre analýzu boli použité dáta o vykázanej zdravotnej starostlivosti pacientov poistených v zdravotnej poisťovni Dôvera za roky 2019 – 2024. Chronické ochorenia boli identifikované na základe opakovaných predpisov liekov alebo kontaktov s diagnózami podľa MKCH-10: hypertenzia (I10.* – I13.*), srdcové zlyhávanie (I50.*), bolesť chrbta (M50.*- M54.*), diabetes mellitus (E10.*- E11.*) a dyslipidémia (E78.*) bez ohľadu na vykazujúceho poskytovateľa zdravotnej starostlivosti. Pacienti s depresiou boli identifikovaní na základe opakovaných výkazov diagnóz F20.4, F31.3–F31.5, F32.*, F33.*, F34.1, F41.2, F43.2; pacienti s úzkostnými poruchami na základe diagnóz F4.* (okrem F41.2 a F43.2).

Výsledky: Celkový podiel pacientov s aspoň jedným z vybraných chronických ochorení ku koncu roka 2024 predstavoval 34,47 % poistného kmeňa Dôvery (650 218 pacientov). Z toho bolo 55,1 % žien (358 433 pacientov) a 44,9 % mužov (291 785 pacientov). Priemerný vek bol 55,8 rokov (56,8 u žien, 54,6 u mužov). Zo skupiny chronických pacientov bolo 4,7% (30 250 pacientov) identifikovaných s depresiou a 4,2% (27 250 pacientov) s úzkostnými poruchami.

Pacienti s vybraným chronickým ochorením mali v roku 2024 kontakt s ambulanciou VLD v priemere 5,3 krát častejšie ako pacienti bez chronického ochorenia (0,92 kontaktov vs. 4,84 kontaktov). Prítomnosť depresie/úzkostnej poruchy zvýšila počet kontaktov u VLD v oboch skupinách (bez chronického ochorenia 2,92 vs. s chronickým ochorením 8,07).

Pri všetkých chronických ochoreniach v kombinácii s depresiou a/alebo úzkostnou poruchou došlo k navýšeniu priemerného počtu návštev u VLD za rok 2024 nad 8 (Tabuľka 1.). Rozdiely v počtoch návštev medzi skupinami pacientov s jednotlivými chronickými ochoreniami bez depresie a/alebo úzkosti boli v porovnaní so skupinou pacientov s depresiou a/alebo úzkosťou navzájom štatisticky signifikantne odlišné na hladine významnosti p < 0,001. Rovnako signifikantný rozdiel je prítomný aj u pacientov bez chronických ochorení.

Tabuľka 1. Priemerný počet návštev u pacientov s vybranými chronickými ochoreniami v závislosti od prítomnosti depresií a úzkostných porúch za rok 2024

	Bez depresie a/alebo úzkostnej poruchy			S depresiou a/alebo úzkostnou poruchou			Rozdiely
	počet pac.	počet návštev	priemer návštev	počet pac.	počet návštev	priemer návštev	p-hodnota
Diabetes Mellitus	94 376	451 512	4,78	8 566	71 604	8,36	<0,001
Srdcové zlyhávanie	26 493	141 736	5,35	3 215	26 931	8,38	<0,001
Artériová hypertenzia	368 853	1 826 031	4,95	33 875	281 962	8,32	<0,001
Dyslipidémia	238 532	1 225 741	5,14	21 340	176 971	8,29	<0,001
Bolesť chrbta	335 472	1 935 485	5,77	38 580	344 707	8,93	<0,001
Pacienti s chronickým ochorením spolu	**598 027**	**2 892 118**	**4,84**	**52 191**	**420 932**	**8,07**	**<0,001**
Pacienti bez chron. ochorenia spolu	**1 011 736**	**933 788**	**0,92**	**18 611**	**54 398**	**2,92**	**<0,001**

Záver: Pacienti s chronickým ochorením navštevujú ambulanciu VLD častejšie ako pacienti bez chronického ochorenia, prítomnosť depresie/úzkosti tento efekt zvýrazňuje. Najvyšší priemerný počet návštev u VLD bez depresie a/alebo úzkosti pozorujeme pri vybraných chronických ochoreniach u bolesti chrbta, najnižší pri diabete. Pri pridružení depresie a/alebo úzkosti je pri týchto chronických ochoreniach najvyšší priemerný počet návštev pri bolesti chrbta, najnižší pri dyslipidémii. Rozdiely medzi jednotlivými chronickými ochoreniami sú pomerne nízke, štatisticky signifikantne ich navyšuje práve pridruženie depresie a/alebo úzkosti.

Kľúčové slová: chronické ochorenie, návštevy u všeobecného lekára, duševné zdravie

BLOK NEUROKOGNITÍVNE PORUCHY V AMBULANCII PRAKTICKÉHO LEKÁRA BLOK SLOVENSKEJ PSYCHIATRICKEJ SPOLOČNOSTI

ABSTRAKT Č. 10

NEUROKOGNITÍVNE PORUCHY: JEDNODUCHÝ SKRÍNING V AMBULANCII PRAKTICKÉHO LEKÁRA

MUDr. Mgr. Jozef DRAGAŠEK, PhD., MHA

Psychiatrická klinika UPJŠ a UNLP Košice

Projekt Nezábudka sa zameral na efektívnu identifikáciu pacientov s neurokognitívnymi poruchami v ambulanciách primárnej starostlivosti na Slovensku. V rámci multicentrickej observačnej štúdie bolo vyšetrených 408 pacientov pomocou jednoduchého štvorstupňového skríningového protokolu, ktorý zahŕňal hodnotenie varovných príznakov, orientačné testy kognitívnych funkcií (test kreslenia hodín, orientácia v čase), rozhovor s blízkou osobou a vylúčenie reverzibilných príčin. Výsledky štúdie potvrdili vysokú prevalenciu porúch, pričom až 85,3 % vyšetrených vykazovalo známky kognitívneho narušenia. Test kreslenia hodín sa ukázal ako obzvlášť efektívny skríningový nástroj v ambulantnej praxi.

V prednáške budú prezentované kľúčové výsledky projektu, vrátane najčastejších varovných príznakov, charakteristík pacientov a praktických skúseností s implementáciou skríningového protokolu v podmienkach bežnej ambulancie. Zdôraznený bude význam jednoduchých, rýchlo aplikovateľných metód, ktoré umožňujú praktickému lekárovi efektívne rozpoznať neurokognitívne poru chy, a tým zásadne prispieť k včasnej diagnostike a následnému manažmentu pacientov. Dôraz bude kladený na konkrétne odporúčania pre každodennú prax všeobecných lekárov.

Kľúčové slová: neurokognitívne poruchy, skríning, všeobecný lekár

BLOK VARIA

ABSTRAKT Č. 11

ČO TREBA VEDIEŤ O ÚČINNEJ A BEZPEČNEJ LIEČBE NEDOSTATKU HORČIKA

doc. PharmDr. Daniela MINÁRIKOVÁ, PhD., Msc., MPH

Farmaceutická fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave

Horčík je druhým najčastejším intracelulárnym a štvrtým najčastejším extracelulárnym katiónom v ľudskom tele s početnými a životne dôležitými funkciami. Pôsobí predovšetkým ako kofaktor enzýmov, stabilizuje štruktúru ATP, nukleových kyselín a bielkovín, reguluje homeostázu vápnika, podieľa sa na metabolizme glukózy, lipidov, nukleových kyselín, bielkovín, ako aj na energetickom metabolizme bunky.

Celotelová bilancia horčíka závisí od jeho celkového príjmu a výdaja organizmom, pričom tieto procesy sú prísne kontrolované a regulované príslušnými orgánovými systémami ako na úrovni vstrebávania, tak výdaja. Kľúčovým orgánom regulácie celotelovej homeostázy horčíka sú obličky. K rozvratu homeostázy horčíka dochádza buď z dôvodu jeho nedostatočného príjmu alebo jeho nadmerných strát, čo vedie k nedostatku horčíka. Ten je veľmi často latentný, buď bez zjavných klinických príznakov alebo s rôznymi klinickými symptómami a stavmi, ako napr. úzkosť, letargia, depresia, bolesti hlavy, migréna, parestézie, poruchy pamäti, znížená tolerancia voči stresu, nechutenstvo, poruchy spánku, únava, kŕče lýtka, tváre, žuvacích svalov, arytmie, hypertenzia, elektrolytové a metabolické dysbalancie. Rizikovými skupinami sú napr. seniori, jedinci trpiaci alkoholizmom, jedinci s gastrointestinálnymi ochoreniami či s užívaním niektorých liekov.

K dispozícii nemáme vhodnú metódu, ktorá by spoľahlivo, objektívne a presne hodnotila stav celotelovej homeostázy horčíka. Najčastejšie sa využíva stanovenie koncentrácia celkového horčíka v sére, avšak v krvi sa nachádza len do 1 % celotelového horčíka a má preto len malú výpovednú klinickú hodnotu.

O nedostatku horčíka sa preto právom hovorí ako o subklinickom chronickom deficite, ktorý je najčastejšou nediagnostikovanou poruchou. Tá sa priamo alebo nepriamo asociuje s rozvojom viacerých ochorení a stavov, častými aj v praxi všeobecného lekára (diabetes mellitus, kardiovaskulárne a neuropsychiatrické ochorenia).

Na nedostatok horčíka preto treba myslieť preventívne a riešiť ho vhodnou substitúciou. V klinickej praxi je pri nej dôležité brať do úvahy niekoľko faktorov. Prvým je status samotného prípravku, kdeže horčík obsahujú viaceré lieky, ale aj výživové doplnky (tie často aj v rôznych kombináciách). Výživové doplnky je vhodné užívať z nutričných dôvodov zvyčajne u inak zdravých ľudí, pokiaľ príjem vitamínov, minerálnych látok alebo iných látok nie je možné dosiahnuť z prirodzených zdrojov, z potravy. Často sa jedná napr. o športovcov alebo o jedincov s alternatívnymi stravovacími štýlmi.

Lieky na liečbu nedostatku horčíka patria do ATC skupiny A12CC a ide predovšetkým o lieky vydávané bez lekárskeho predpisu

(voľnopredajné, OTC). Sú registrované Štátnym ústavom pre kontrolu liečiv, majú klinickým skúšaním preukázanú kvalitu, účinnosť a bezpečnosť a podliehajú farmakovigilancii počas celej doby ich používania v klinickej praxi.

Užívajú sa perorálne a zvyčajne dlhodobo (niekoľko týždňov). Pre účinnú a bezpečnú liečbu nedostatku horčíka sú dôležité aj niektoré faktory na úrovni samotného lieku, pretože ovplyvňujú jeho biologickú dostupnosť, výskyt nežiaducich účinkov či kompliancu pacienta. Ide predovšetkým typ chemickej zlúčeniny horčíka a jednorazovo podanú dávku horčíka (množstvo elementárneho Mg^{2+}). Organické zlúčeniny horčíka sú lepšie rozpustné vo vode a majú vyššiu biologickú dostupnosť. Pri vstrebávaní Mg^{2+} platí, že pri nižšej jednorazovej dávke (optimálne do 100 mg elementárneho Mg^{2+}) je percentuálny podiel vstrebaného horčíka vyšší a podiel nevstrebaného horčíka nižší, čim sa eliminuje riziko nežiaduceho laxatívneho účinku horčíka. Celková denná perorálna dávka sa podáva rozdelene zvyčajne v 2 – 3 jednotlivých dávkach počas dňa. Pri výbere lieku s obsahom magnézia je treba individuálne zvážiť aj prítomnosť iných látok so známym účinkom, ktoré môžu znamenať limitáciu pre určité skupiny pacientov.

Kľúčové slová: horčík, nedostatok, substitúcia, liek s obsahom horčíka

BLOK KARDIOVASKULÁRNE ZDRAVIE – VARIA II

ABSTRAKT Č. 12

ZA HRANICE LDL – CHOLESTEROLU

MUDr. Iveta MAŤAŠOVÁ

Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých Svit, Nemocnica Poprad, a. s.

Kardiovaskulárne ochorenia sú stále najčastejšou príčinou úmrtí v Európe aj vo svete. Do roku 2030 bude každoročne na celom svete zomierať viac ako 23 mil. ľudí na KVO.

Napriek obrovskému úspechu dosiahnutému vďaka statínovej liečbe pri znižovaní LDL-C so súčasnou redukciou kardio-cerebrovaskulárnej morbidity a mortality, ostáva reziduálne kardiovaskulárne riziko (KV) stále vysoké. Je to vďaka nárastu obezity a s ňou súvisiaceho metabolického syndrómu a DM2T, pre ktoré je typická prítomnosť aterogénnej dyslipidémie. Črtou aterogénnej dyslipidémie je hypertriacylglycerolémia, zvýšený NON HDL-C, apoB a znížený HDL-C. Zvýšené TG a nízky HDL-C majú synergický nepriaznivý účinok na reziduálne KV riziko aj pri dosiahnutom znížení LDL-C. Markerom a cieľom reziduálneho KV rizika je NON HDL-C. Nedosiahnutie cieľovej hladiny HDL-C zvyšuje KV riziko o 32%, napriek dosiahnutým cieľovým hodnotám LDL-C.

Je LDL-C iba vrcholom ľadovca? Lipoproteíny bohaté na TG predstavujú zvýšené riziko aterosklerózy.

Pacienti s koncentráciami Lipo(a)>430nmol/l majú celoživotné riziko zhodné s chorými s familiárnou DLP. Taktiež ApoB je významným markerom KV rizika u pacientov s hypertriacylglycerolémiou, s DM a obezitou. Títo majú typický aterogénny lipoproteínový profil a vysoké reziduálne KV riziko.

Základným terapeutickým cieľom ostáva LDL-C a liečba statínmi. Jeho zníženie o 1 mmol/l znižuje KV riziko o 22%. Ale dostatočne nerieši zvýšené hladiny TG a nízke hladiny HDL-C, teda reziduálne KV riziko. Zameranie sa na komplex aterogénnej dyslipidémie predstavuje rozšírenie terapeutických cieľov. Aké je postavenie fenofibrátov v aktuálnych guidelines? Na dosiahnutie cieľ. hodnôt LDL-C sa pri vysokom KVR, veľmi vysokom KVR a extrémne vysokom KVR odporúča kombinovaná hypolipidemická liečba.

Od roku 2023 môže VL vykonávať komplexný manažment pacientov s DLP vo svojej ambulancii v súlade s medicínou dôkazov. Jeho obsahom je stanovenie KV rizika, prevencia, diagnostika a liečba, ako aj manažment RF a komplikácii v súvislosti s dyslipidémiou.

Napriek tomu manažment LDL-C u nás zaostáva za možnosťami, ktoré máme k dispozícii. Patríme medzi krajiny, kde sú dostupné aj fixné kombinácie, ktoré málo využívame. Je nutné stanovenie KVR u všetkých pacientov nad 40 rokov, aby sme poznali konkrétnu cieľovú hodnotu LDL-C a NON-HDL-C a mohli tak správne indikovať liečbu. Oproti tomu stále bojujeme s antistatínovou kampaňou a to nielen v laickej verejnosti.

LDL-C: „čím skôr, čím nižšie – tým lepšie!“

Kľúčové slová: LDL-C, reziduálne KV riziko, aterogénna dyslipidémia, hypertriacylglycerolémia

BLOK VARIA

ABSTRAKT Č. 13

JE UŽITOČNÁ LIEKOVÁ KOMBINÁCIA GLP-1 RECEPTOROVÉHO AGONISTU S SGLT2 INHIBÍTOROM U DIABETIKOV 2. TYPU?

prof. MUDr. Ján MURÍN, CSc.

I. interná klinika LFUK a UN Bratislava

SGLT2 inhibítory a GLP-1 receptorové agonisty redukujú nežiaduce kardiovaskulárne (KV) príhody u diabetikov 2 typu (D2t). Avšak účinnosť tejto kombinačnej liečby nie je objasnená.

Cieľom štúdie bolo zhodnotiť účinky GLP-1 receptorových agonistov na výskyt KV príhod u DM2T pri súčasnej liečbe SGLT2 inhibítormi alebo bez liečby SGLT2 inhibítormi.

Post hoc analýza štúdie Harmony Outcomes (Albiglutide and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes and Cardiovascular Disease) zhodnocovala účinky liečby albiglutidom u DM2T s KV ochorením, pričom zhodnotila aj súčasnú liečbu SGLT2 inhibítormi ak bola prítomná, ale zhodnotila aj liečbu bez prítomnosti liečby SGLT2 inhibítormi. Okrem

toho autori vykonali aj metaanalýzu štúdií Harmony Outcomes a AMPLITUDE-O (Effect of Efpeglenatide on Cardiovascular Outcomes), ktoré zhodnotili u DM2T s KV alebo renálnym ochorením účinnosť liečby efpeglenatidom v kombinácii s SGLT2 inhibítormi alebo bez tejto liečby.

Spomedzi 9 462 účastníkov štúdie Harmony Outcomes bolo 575 účastníkov (6.1%) liečených od počiatku aj SGLT2 inhibítormi. Účinok albiglutidu na redukciu spoločného výskytu KV úmrtia, infarktu myokardu alebo cievnej mozgovej príhody (veľké nežiaduce KV príhody) bol prítomný bez ohľadu na to, či súčasne pacienti boli alebo neboli liečení aj SGLT2 inhibítormi. Účinok albiglutidu na výskyt druhotných príhod a na výskyt veľkých KV príhod nebol modifikovaný liečbou SGLT2 inhibítormi. Metaanalýza štúdií Harmony Outcomes a AMPLITUDE-O zahrnula 13 538 pacientov, z ktorých 1193 (8.8%) užívalo aj liečbu SGLT2 inhibítormi. V porovnaní s placebovou liečbou, redukovali GLP-1 receptorové agonisty výskyt veľkých KV príhod a užívanie SGLT2 inhibítorov tento priaznivý efekt neovplyvnilo (RR, relatívne riziko, 0.77, 95% KI:0.68 – 0.87 bez liečby SGLT2 inhibítormi a RR 0.78, 95% KI:0.49 – 1.24 s liečbou SGLT2 inhibítormi) a redukovali aj výskyt hospitalizácií pre srdcové zlyhávanie (RR: 0.72, 95% KI: 0.55 – 0.92 bez liečby SGLT2 inhibítormi vs RR: 0.34, 95%KI: 0.12 – 0.96 s liečbou SGLT2 inhibítormi).

U pacientov s DM2T a KV ochorením redukujú GLP-1 receptorové agonisty KV príhody nezávisle od súčasnej liečby SGLT2 inhibítormi. Tieto nálezy našepkávajú, že kombinácia GLP-1 receptorových agonistov s SGLT2 inhibítormi zabezpečuje ďalšiu redukciu KV rizika liečených. Klinické štúdie s takouto kombinačnou liečbu sú však potrebné k potvrdeniu.

Kľúčové slová: DM2T, GLP-1 receptorový agonista, SGLT2 inhibítor, redukcia kardiovaskulárnych príhod

BLOK BLOK V4

ABSTRAKT Č. 14

ROLA I ZADANIA LEKARZA RODZINNEGO W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ NA PRZYKŁADZIE POLSKI

Dr hab. n. med. Piotr POBROTYN, Julia POBROTYN, Prof. dr hab. n. med. Jarosław DROBNIK

Rola lekarza rodzinnego, będącego filarem podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce, określona jest w Ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 515), gdzie sformułowane się szczegółowo, podstawowe zakresy i obowiązki tego obszaru systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Zadania podstawowej opieki zdrowotnej, w szczególności lekarza rodzinnego, to przede wszystkim zapewnienie opieki zdrowotnej nad pacjentem i jego rodziną, koordynacja opieki zdrowotnej, ocena potrzeb oraz ustalenie priorytetów zdrowotnych pacjentów i ich rodzin. Dotyczy to pacjentów objętych opieką przez daną placówkę lekarza rodzinnego bądź placówkę podstawowej opieki zdrowotnej. Do zadań lekarza rodzinnego należy również rozpoznawanie, eliminowanie zagrożeń i problemów zdrowia fizycznego i psychicznego, zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz promocji zdrowia, jak również edukacji dla pacjentów.

Lekarz rodzinny lub równoważnie z nim lekarz podstawowej opieki zdrowotnej zapewnia koordynowanie leczenia wraz z pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej oraz położną podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarz rodzinny jest zatem fundamentem podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce.

Zespół lekarza rodzinnego realizuje zadania w miejscu udzielania świadczeń, czyli w swojej przychodni w godzinach: od godziny 8:00 do godziny 18:00, a jeżeli stan zdrowia pacjenta tego wymaga również w miejscu zamieszkania czy przebywania pacjenta. W przypadku konieczności skorzystania z innych elementów systemu opieki zdrowotnej w Polsce, z innych podmiotów medycznych, z innych zakresów świadczeń, to lekarz rodzinny uprawniony jest do wypisania skierowania do skorzystania z innego zakresu usług dla pacjentów, którzy objęci są przez niego opieką. Są to skierowania do szpitala czy skorzystania z usług ambulatoryjnego lecznictwa specjalistycznego.

W przypadku, gdy stan zdrowia pacjenta jest stanem nagłym, pacjent nie musi udawać się do lekarza rodzinnego, takie uprawnienia przysługują szpitalnym oddziałom ratunkowym oraz izbom przyjęć, ale również poradniom specjalistycznym. Wówczas pacjenci przyjmowani są w trybie nagłym do innych niż podstawowa opieka zdrowotna podmiotów działających na rynku. W trybie przyjęć nagłych usługi medyczne podstawowej opieki zdrowotnej realizuje nocna i świąteczna opieka zdrowotna, poza podstawową ordynacją pracy lekarza rodzinnego.

Usługi własne, które lekarz rodzinny w polskim systemie opieki zdrowotnej realizuje w dni robocze od godziny 8:00 do godziny 18:00, dotyczą podstawowego zakresu zadań w skład którego wchodzą: porady lekarskie i pielęgniarskie, diagnostyka obrazowa i diagnostyka laboratoryjna, wydawanie zaświadczeń, recept, a finansowanie lekarza rodzinnego odbywa się na zasadzie zryczałtowanej, rocznej stawki kapitacyjnej.

Aby zwiększyć dostępność oraz efektywność działania placówek medycyny rodzinnej, poza podstawowym profilem zadań lekarza, w polskim systemie wprowadzono finansowanie fee-for-service. Czyli finansowanie na podstawie tak zwanego budżetu powierzonego, który dotyczy finansowania działalności profilaktycznej w szczególności: realizacji bilansów zdrowia, określania potrzeb i priorytetów zdrowotnych, które mają wyeliminować w przyszłości wystąpienie choroby, bądź mają na celu szybkie wykrycie chorób wcześniej nie wykrytych u pacjentów, którzy objęci są przez praktykę lekarza rodzinnego swoją opieką. Dla populacji, którą lekarz rodzinny obejmuje, wprowadzono również rozszerzenie kompetencji lekarza rodzinnego w zakresie tak zwanego budżetu skoordynowanego, o realizację świadczeń w zakresie usług specjalistycznych. To lekarz rodzinny otrzymuje środki finansowe, aby w ramach swoich zadań, na oddzielnie podpisanych umowach realizować specjalistyczne konsultacje, diagnostyka i leczenie dla takich obszarów, jak: kardiologia, endokrynologia, pulmonologia, diabetologia i nefrologia.

Celem tego działania jest rozszerzenie roli i kompetencji lekarza rodzinnego w polskim systemie opieki zdrowotnej. Ten kluczowy element, jakim staje się lekarz rodzinny w Polsce został również rozszerzony o możliwość działania i koordynowania lecznictwa specjalistycznego, kluczowego z poziomu występujących

schorzeń w Polsce, co ma na celu zwiększenie dostępności, skrócenie kolejek do lekarzy specjalistów i szpitali oraz optymalizację działań w obszarze opieki zdrowotnej zarówno w zakresie jakościowym, jak i ekonomicznym.

W związku z jeszcze zbyt małą liczbą lekarzy ze specjalizacją medycyny rodzinnej, w Polsce poza praktykami lekarzy rodzinnych, którzy realizują zadanie podstawowej opieki zdrowotnej, funkcjonują w różnej formie prawnej inne podmioty gospodarcze, które w swoich zasobach zatrudniają lekarzy spełniających kryteria ustawowe równoważne z lekarzami rodzinnymi. Chodzi głównie o lekarzy pediatrów, lekarzy ogólnych czy lekarzy specjalności chorób wewnętrznych, którzy spełnili odpowiednie kryteria. Podsumowując, lekarze rodzinni w Polsce stanowią fundament zabezpieczenia zdrowotnego obywateli, a rola lekarza rodzinnego w systemie nieustannie ewoluuje i zakres powierzanych mu zadań i odpowiedzialności jest stale rozszerzany.

THE ROLE AND RESPONSIBILITIES OF THE FAMILY PHYSICIAN IN THE HEALTHCARE SYSTEM: THE EXAMPLE OF POLAND

Piotr POBROTYN, MD, PhD, Associate Professor, Julia POBROTYN, Professor Jarosław DROBNIK, MD, PhD

The role of the family physician, who is the cornerstone of primary healthcare in Poland, is defined in the Act of 27 October 2017 on Primary Healthcare (consolidated text, Journal of Laws 2025, item 515). This legislation specifies in detail the basic scope and responsibilities of this sector within the Polish healthcare system. The main tasks of primary healthcare, particularly those of the family physician, include providing healthcare to the patient and their family, coordinating healthcare services, assessing needs, and setting health priorities for patients and their families. This applies to patients under the care of a given family physician's practice or primary healthcare facility. The family physician is also responsible for identifying and addressing physical and mental health threats and problems, providing preventive healthcare and health promotion, as well as patient education.

The family physician, or equivalently the primary care physician, coordinates treatment together with the primary healthcare nurse and midwife. Thus, the family physician is the foundation of primary healthcare in Poland. The family physician's team performs their duties at the place of service delivery, i.e., in their clinic during working hours from 8:00 AM to 6:00 PM. If the patient's health condition requires it, care can also be provided at the patient's home or place of stay. If access to other elements of the Polish healthcare system is necessary, such as other medical entities or services, the family physician is authorized to issue referrals to these services for patients under their care. These referrals may be for hospital admission or outpatient specialist care.

In cases of emergency, the patient does not need to visit the family physician first. Emergency departments, hospital admission units, and specialist outpatient clinics have the authority to provide urgent care. In such cases, patients are admitted urgently to healthcare providers other than primary care. Emergency primary healthcare services are provided outside of regular family physician working hours by night and holiday healthcare services.

The services provided by family physicians within the Polish healthcare system during working days from 8:00 AM to 6:00 PM cover a basic range of tasks, including medical and nursing consultations, diagnostic imaging and laboratory tests, issuance of certificates and prescriptions. Family physicians are financed through a lump-sum annual capitation fee.

To increase accessibility and efficiency of family medicine facilities beyond the core tasks of the physician, the Polish system has introduced fee-for-service financing. This is based on the so-called entrusted budget, which finances preventive activities, including health assessments, determining health needs and priorities aimed at preventing diseases or enabling early detection of previously undiagnosed illnesses in patients under the care of the family physician's practice.

For the population served by the family physician, the scope of their competencies has also been extended under the so-called coordinated budget, which covers the provision of specialist services. The family physician receives funding to provide specialist consultations, diagnostics, and treatment within separately contracted agreements, in areas such as cardiology, endocrinology, pulmonology, diabetology, and nephrology.

The goal of this approach is to expand the role and competencies of the family physician in the Polish healthcare system. This key element — the family physician — has also been empowered to coordinate specialist care, which is crucial considering the prevalent diseases in Poland. This aims to improve accessibility, reduce waiting times for specialists and hospitals, and optimize healthcare activities both in terms of quality and cost-efficiency.

Due to the still insufficient number of physicians specialized in family medicine, besides family medicine practices delivering primary care, other legal entities operate in Poland employing physicians who meet statutory criteria equivalent to family physicians. These mainly include pediatricians, general practitioners, or specialists in internal medicine who fulfill the relevant criteria.

In summary, family physicians in Poland form the foundation of citizens' health security, and the role of the family physician within the system is continuously evolving, with the scope of their tasks and responsibilities steadily expanding.

ABSTRAKT Č. 15

ZASADY I SPOSÓB FINANSOWANIA MEDYCYNY RODZINNEJ – DOŚWIADCZENIA WŁASNE – POLSKIEGO SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ

Dr hab. n. med. Piotr POBROTYN, Julia POBROTYN, Prof. dr hab. n. med. Jarosław DROBNIK

Główne akty prawne regulujące zasady finansowania podstawowej opieki zdrowotnej (lekarzy rodzinnych) w polskim ustawodawstwie, to Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2023 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej.

W polskim systemie ochrony zdrowia, nadrzędnym elementem finansowania usług

podstawowej opieki zdrowotnej jest roczna stawka kapitacyjna, która zróżnicowana jest w swojej wysokości w zależności od wieku pacjenta.

Początkowo stawka kapitacyjna okazała się niewystarczającym narzędziem, dlatego w celu motywowania lekarzy do zwiększenia dostępności do świadczeń oraz odpowiedniej jakości i zakresu realizowanych zadań, wprowadzono ekonomiczne motywatory optymalizujące funkcjonowanie placówek lekarzy rodzinnych / placówek POZ, tj. wprowadzono współczynniki zwiększające finansowanie zależnie od wieku pacjenta, a następnie uzupełniająco wprowadzono model finansowania za wykonanie poszczególnych świadczeń (fee for service).

Finansowanie dodatkowe, poza stawką kapitacyjną, to między innymi:

- tzw. budżet powierzony diagnostyczny, obejmujący obecnie 15 świadczeń;
- świadczenia w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej – świadczenia w zakresach: Kardiologia, Diabetologia, Endokrynologia, Pulmonologia, Alergologia, Nefrologia;
- program profilaktyczny „Moje zdrowie", czyli bilans zdrowia osoby dorosłej.

Wyżej wymienione mechanizmy finansowe są elementem systemowego wsparcia, którego celem jest z jednej strony zwiększenie dostępności do publicznych świadczeń opieki zdrowotnej, z drugiej natomiast są motywatorem ekonomicznym do realizowania usług wysokiej jakości. Ponadto przyczyniają się również do wcześniejszego wykrywania u pacjentów ryzyk wystąpienia chorób, bądź stwierdzenia istnienia chorób wcześniej nieujawnionych.

Katalog usług finansowanych fee for service jest stale poszerzany, zwiększając jednocześnie lekarzom rodzinnym systemowe kompetencje i systemową odpowiedzialność w Polsce.

Zasady dotyczące finansowania usług podstawowej opieki zdrowotnej, w tym w szczególności stawki kapitacyjnej oraz stawki za konkretne usługi medyczne, jakie otrzymuje praktyka lekarza rodzinnego / przychodnia POZ, określa Prezes NFZ w drodze zarządzenia. Obecnie roczna, podstawowa stawka kapitacyjna za jednego zadeklarowanego pacjenta dla lekarza podstawowej opieki zdrowotnej wynosi 53,13 €, a współczynniki korygujące zależne od wieku, wynoszą odpowiednio:

- Osoby do 2. roku życia – współczynnik **4**
- Osoby w wieku 3 – 6 lat – współczynnik **2,8**
- Osoby w wieku 7 – 19 lat – współczynnik **1,3**
- Osoby w wieku 20 – 39 lat – współczynnik **1**
- Osoby w wieku 40 – 65 lat – współczynnik **1,34**
- Osoby w wieku 66 – 75 lat – współczynnik **2,7**
- Osoby powyżej 75 lat – współczynnik **3,4**

Dla pacjentów - podopiecznych domów pomocy społecznej, placówek socjalizacyjnych, placówek resocjalizacyjnych i interwencyjnych współczynnik korygujący wynosi **3,1**.

Wprowadzone w Polsce zasady finansowania podstawowej opieki zdrowotnej mają na celu zwiększenie dostępności do specjalistów, skrócenie kolejek, minimalizację konsekwencji nierozpoznanych chorób w zakresie poszczególnych specjalności, których efektem jest optymalizacja łącznych kosztów funkcjonowania całego systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

PRINCIPLES AND METHODS OF FINANCING FAMILY MEDICINE – PERSONAL EXPERIENCES IN THE POLISH HEALTHCARE SYSTEM

Piotr POBROTYN, MD, PhD, Associate Professor, Julia POBROTYN, Professor Jarosław DROBNIK, MD, PhD

The main legal acts regulating the principles of financing primary healthcare (PHC) in Polish legislation are the *Act of 27 August 2004, on Healthcare Services Financed from Public Funds, and the Regulation of the Minister of Health of 30 June 2023 on the Method and Procedure of Financing Healthcare Services from the State Budget*. In the Polish healthcare system, the primary method of financing PHC services is the annual capitation rate, which varies depending on the patient's age.

Initially, the capitation rate alone proved to be an insufficient tool to adequately finance primary healthcare. Therefore, to motivate physicians to improve access to services and ensure appropriate quality and scope of care, additional financial incentives were introduced to optimize the functioning of family medicine practices or primary healthcare (PHC) facilities. These included adjustment coefficients increasing funding based on patient age, followed by the introduction of a „fee-for--service" (FFS) model for specific services.

Additional funding, beyond the capitation rate, includes:

- the so-called diagnostic entrusted budget, which currently includes 15 services;
- services within the framework of the entrusted budget for coordinated care, covering Cardiology, Diabetology, Endocrinology, Pulmonology, Allergology, and Nephrology;
- the „My Health" preventive program, offering a comprehensive adult health check--up.

These financial mechanisms form part of a systemic support framework aimed at both increasing access to publicly funded healthcare services and providing economic incentives for delivering high-quality care. Furthermore, they contribute to the earlier detection of health risks or previously undiagnosed conditions in patients.

The catalog of services financed under the FFS model is continuously expanded, gradually increasing both the systemic responsibilities and competencies of family physicians in Poland.

The principles governing the financing of primary healthcare services — particularly the capitation rate and fees for specific medical services received by family physician practices or PHC clinics — are determined by the President of the National Health Fund (NFZ) through official directives. Currently, the basic annual capitation rate per registered patient for a primary care physician is set at €53.13, with age-based adjustment coefficients as follows:

- Children up to 2 years of age – coefficient **4.0**
- Children aged 3–6 years – coefficient **2.8**
- Individuals aged 7–19 years – coefficient **1.3**
- Individuals aged 20–39 years – coefficient **1.0**
- Individuals aged 40–65 years – coefficient **1.34**
- Individuals aged 66–75 years – coefficient **2.7**
- Individuals over 75 years of age – coefficient **3.4**

For patients who are residents of social welfare homes, socialization centers, rehabilitation, and intervention facilities, the adjustment coefficient is **3.1.**

The principles of primary healthcare financing introduced in Poland aim to improve access to specialists, reduce waiting times, and minimize the consequences of undiagnosed conditions within specific medical specialties. Ultimately, these measures seek to optimize the overall costs and efficiency of the Polish healthcare system.

ABSTRAKT Č. 16

ROLA PROKINETYKÓW W LECZENIU CHOROBY REFLUKSOWEJ – NOWOCZESNE PODEJŚCIE!

prof.dr hab.n.med. Jarosław DROBNIK, Dr hab.n.med. Piotr POBROTYN

Choroba refluksowa przełyku (GERD) pozostaje jednym z najczęstszych problemów zdrowotnych spotykanych w praktyce lekarza rodzinnego. Dotychczasowe standardy postępowania koncentrowały się głównie na leczeniu objawowym, przede wszystkim poprzez hamowanie wydzielania kwasu żołądkowego. Jednak najnowsze rekomendacje Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej wprowadzają istotną zmianę podejścia – przesunięcie akcentu na leczenie przyczynowe, uwzględniające kluczowe mechanizmy patofizjologiczne choroby.

W świetle aktualnych wytycznych coraz większą rolę przypisuje się zaburzeniom motoryki przewodu pokarmowego, które stanowią jeden z głównych czynników etiologicznych refluksu. To właśnie niewydolność motoryczna w obrębie przełyku i żołądka sprzyja cofania się treści pokarmowej i utrwalaniu dolegliwości. Nowością w rekomendacjach jest podkreślenie znaczenia itoprydu, który dzięki działaniu prokinetycznemu oddziałuje na przyczynę choroby, a nie tylko na jej objawy. W algorytmie postępowania zaleca się rozważenie terapii skojarzonej – łączącej leczenie objawowe z ukierunkowanym działaniem na motorykę przewodu pokarmowego.

Nowe podejście ma również wymiar praktyczny. Wytyczne akcentują konieczność kompleksowej oceny pacjenta, w tym właściwego rozpoznania i racjonalnej diagnostyki. Obok klasycznej gastroskopii coraz większe znaczenie przypisuje się badaniom czynnościowym, takim jak manometria przełyku, które pozwalają lepiej określić mechanizmy leżące u podłoża choroby i dopasować terapię do indywidualnych potrzeb chorego.

Dzięki temu lekarz rodzinny otrzymuje praktyczne narzędzie, które ułatwia prowadzenie pacjenta w całym procesie – od rozpoznania, poprzez decyzje diagnostyczne, aż po nowoczesne, skuteczniejsze leczenie. Zmiana rekomendacji to rzeczywista rewolucja w podejściu do choroby refluksowej, która pozwala wyjść poza tradycyjny schemat farmakoterapii i otwiera drogę do bardziej spersonalizowanego oraz skutecznego postępowania.

Warto zapoznać się z tym nowym spojrzeniem, ponieważ wdrożenie rekomendowanych strategii w codziennej praktyce lekarza rodzinnego może przełożyć się nie tylko na lepszą kontrolę objawów, ale przede wszystkim na poprawę jakości życia pacjentów oraz długoterminowe wyniki leczenia.

THE ROLE OF PROKINETICS IN THE TREATMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE – A MODERN APPROACH!

Professor Jarosław DROBNIK, MD, PhD, Piotr POBROTYN, MD, PhD, Associate Professor

Gastroesophageal reflux disease (GERD) remains one of the most common conditions encountered in family medicine practice. Previous management standards have focused primarily on symptomatic treatment, especially through acid suppression. However, the latest recommendations of the Polish Society of Family Medicine introduce a significant shift – an emphasis on causal treatment, addressing the underlying pathophysiological mechanisms of the disease.

According to the updated guidelines, increasing attention is paid to gastrointestinal motility disorders, recognized as a key etiological factor in GERD. Motor dysfunction within the esophagus and stomach contributes to the reflux of gastric contents and the persistence of symptoms. A novelty highlighted in the recommendations is the role of itopride, which, through its prokinetic action, targets the cause rather than merely the symptoms of the disease. Within the therapeutic algorithm, a combined approach is recommended – integrating symptomatic treatment with therapy directed at motility disturbances.

The new recommendations also emphasize a practical, holistic approach to patient management. Accurate diagnosis and rational use of diagnostic tools are strongly encouraged. In addition to classical endoscopy, functional investigations such as esophagеal manometry are gaining importance, enabling better identification of the mechanisms underlying GERD and facilitating personalized treatment strategies.

As a result, family physicians are provided with practical tools that support patient care throughout the entire process – from diagnosis and selection of investigations to the implementation of modern, more effective therapies. This change in recommendations represents a true revolution in the management of GERD, moving beyond the traditional paradigm of pharmacotherapy and opening the way toward more personalized and causal treatment.

Becoming familiar with this updated perspective is of great importance, as implementing the recommended strategies in daily practice may improve not only symptom control but also long-term treatment outcomes and quality of life for patients.

BLOK V ZDRAVOM TELE ZDRAVÉ CIEVY
BLOK SLOVENSKEJ ANGIOLOGICKEJ SPOLOČNOSTI SLS

ABSTRAKT Č. 17

AKÝ PACIENT PROFITUJE Z KAROTICKÉHO STENTINGU?

doc. MUDr. Juraj MAĎARIČ, PhD., MPH, MUDr. Ľubomír FĽAK, PhD., MUDr. Miroslav ŠIRILA, MUDr. Lukáš VINCZE, MUDr. Petr VAŘEJKA

Klinika angiológie LFUK a NÚSCH, a. s., Bratislava

Karotický stenting (CAS) je etablovaná endovaskulárna liečebná metóda pre pacientov so stenózou extrakraniálnej karotickej artérie. Výber pacientov, ktorí z tejto intervencie profitujú, je kľúčový pre minimalizáciu rizík a maximalizáciu prínosu.

Podľa aktuálnych odporúčaní je indikovaný CAS predovšetkým u **symptomatických pacientov** (po prekonaní TIA alebo ischemickej cievnej mozgovej príhody v povodí postihnutej artérie) **so stenózou ≥ 50 %**, ktorí majú nízke periprocedurálne riziko a nález je technicky vhodný.

U **asymptomatických pacientov** sa zvažuje u vybraných jedincov **so stenózou ≥70 %,** ktorí majú nízke periprocedurálne riziko a očakávanú dĺžku života > 5 rokov. V prospech indikácie asymptomatických pacientov hovorí dôkaz o progresii stenózy alebo prítomnosť vysoko rizikového plátu, alebo nález tichých ischemických ložísk na CT/MR.

CAS sa odporúča predovšetkým u pacientov, u ktorých je **chirurgická endarterektómia (CEA)** kontraindikovaná alebo spojená s vyšším rizikom (napr. technicky ťažký prístup, predchádzajúce ožiarenie, reoperácia). Menej vhodné na CAS sú masívne kalcifikované lézie, resp. výrazne vinuté prístupové artérie.

Voľba medzi CEA a CAS by mala byť založená na individuálnom posúdení rizika a skúsenostiach centra.

Kľúčové slová: karotický stenting, chirurgická endarterektómia, indikácie, individuálne posúdenie rizika

ABSTRAKT Č. 18

KAPILAROSKOPIA A JEJ PRÍNOS V ANGIOLOGICKEJ DIAGNOSTIKE

doc. MUDr. Mária RAŠIOVÁ, PhD.[1], MUDr. Veronika PAVLÍKOVÁ[1], MUDr. Zuzana TORMOVÁ[1], MUDr. Marta BAVOĽÁROVÁ[2]

[1]Klinika angiológie, LF UPJŠ, Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s., Košice
[2]Interné oddelenie, Nemocnica Š. Kukuru, Michalovce

Kapilaroskopické vyšetrenie sa používa pri diagnostike primárneho a sekundárneho Raynaudovho fenoménu (RF) a tiež pri hodnotení aktivity a postihnutia kože pri systémovej skleróze (SSc).

SSc je systémové autoimunitné ochorenie charakterizované chronickou progresívnou fibrózou orgánov najmä kože, pľúc, gastrointestinálneho traktu, skeletových svalov a srdca so širokou variabilitou klinického obrazu. Ide o nevyliečiteľné ochorenie s významnými psychosociálnymi dôsledkami.

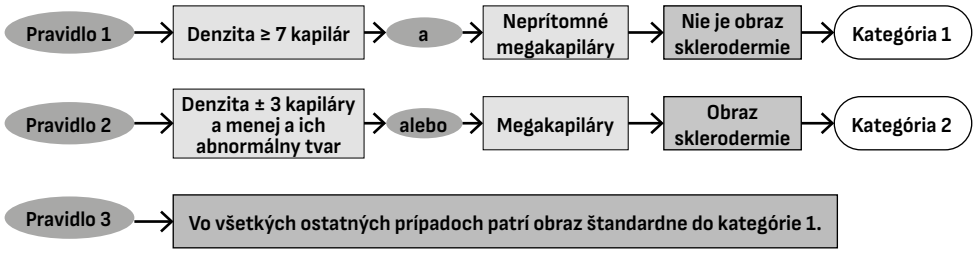
RF sa vyskytuje u takmer všetkých pacientov so SSc. Skladá sa z triády iniciálnej bledosti prstov spôsobenej vazokonstrikciou, cyanózy zapríčinenej venóznou stázou deoxygenovanej krvi a ruborom pri reperfúzii a hyperémii.

Každý pacient s RF by mal absolvovať kapilaroskopické vyšetrenie.

Pri SSc sú prítomné megakapiláry, ischemické ložiská a neefektívna neoangiogenéza prejavujúca sa kríčkovými/ stromčekovitými kapilárami. Algoritmus kapilaroskopického vyšetrenia (znázornený na obrázku) uľahčuje hodnotenie kapilaroskopických nálezov u pacientov s RF a a diagnostiku SSc.

Kľúčové slová: kapilaroskopické vyšetrenie, Raynaudov fenomén, systémová skleróza

Obrázok: Algoritmus kapilaroskopického vyšetrenia



ABSTRAKT Č. 19

MOŽNOSTI AKTÍVNEHO PRÍSTUPU VŠEOBECNÉHO LEKÁRA V MANAŽMENTE PERIFÉRNEHO ARTÉRIOVÉHO OCHORENIA

MUDr. Katarína DOSTÁLOVÁ, PhD., MPH, prof. MUDr. Katarína GAZDÍKOVÁ, PhD., MPH, MUDr. Martina SLOVÁČIKOVÁ, MPH, prof. MUDr. Mária BELOVIČOVÁ, PhD., doc. MUDr. Štefánia MORICOVÁ, PhD., MPH

SZU a UNB, Bratislava

Periférne artériové ochorenie (PAO) zahrňuje obliterujúce ochorenia končatinových artérií, ale aj iných tepnových riečísk s výnimkou koronárnych artérií. PAO znižuje kvalitu života, môže viesť až k amputácii postihnutej končatiny. PAO končatinových artérií predstavuje „vaskulárnu časť" kardiovaskulárnych ochorení. Výskyt PAO sa pohybuje medzi 5-10% u populácie nad 60 rokov. Najčastejšou príčinou artériovej oklúzie je ateroskleróza. Ateroskleróza je systémové ochorenie, preto je zrejmé, že prítomnosť PAO tak zvyšuje riziko vzniku infarktu myokardu, cievnej mozgovej príhody a náhlej smrti. Často majú pacienti závažne postihnuté dve či tri artériové riečiská. Dôsledným manažmentom rizikových faktorov sa u predisponovaných pacientov dá týmto náhlym udalostiam predchádzať.

Spoločným cieľom všeobecného lekára a angiológa v liečbe PAO je prevencia vývoja kritickej končatinovej ischémie, amputácie končatiny ako aj fatálnych kardio-vaskulárnych príhod.

Jedným z dôležitých míľnikov rozvoja všeobecného lekárstva v Slovenskej republike za posledné desaťročie je aj začlenenie merania členkovo-ramenného indexu ABI (ABI=ankle-brachial index) pomocou automatického prístroja oscilometrickou metódou do výkonov preventívnej prehliadky (dg Z00.0) u pacientov s rizikovými faktormi nad 50 rokov a u všetkých pacientov nad 60 rokov. Vyšetrenie tak rozširuje možnosti všeobecného lekára pri skríningu PAO a stanovení kardiovaskulárneho rizika. Vyšetrenie pomocou automatického prístroja oscilometrickou metódou konvenuje prevádzke ambulancie všeobecného praktického lekára. Vyšetrenie svojou nenáročnosťou, senzitivitou a špecificitou spĺňa kritéria skríningovej metódy podľa Svetovej zdravotníckej organizácie. Pomer členkového a ramenného tlaku krvi – ABI spoľahlivo potvrdí alebo vylúči postihnutie ciev končatín.

Všeobecný praktický lekár je rozhodujúci v určení spôsobu a miery zdravotnej starostlivosti, preto by mal racionálne naložiť s výsledkami merania ABI s kritickým náhľadom, čo je náročná intelektuálna práca. Všeobecný lekár by mal na PAO myslieť aj u pacientov s diabetes mellitus, ktorí kvôli polyneuropatii nemajú klaudikácie. Rovnako u ťažšie mobilných pacientov, ktorí nevyvinú dostatočne veľkú námahu, ktorá by demaskovala klaudikácie. Práve u týchto dvoch skupín je objavenie sa nehojaceho sa dekubitu či inej nehojacej sa rany na nohách crux medicorum, ktorý kruto zasiahne pacienta, jeho blízkych či opatrovateľov.

Manažment rizikových faktorov aterosklerózy a liečbu u pacientov s PAO môžeme zhrnúť nasledovne:

Tabuľka č. 1: Manažment pacienta s PAO

1. **Zanechanie fajčenia** tabaku (aktívneho aj pasívneho) je najúčinnejšia endotelprotekcia
2. **Liečba arteriálnej hypertenzie vrátane aktívneho selfmonitoringu**. Problémom je dosiahnutie cieľových hodnôt TK kvôli neadherencii pacienta k liečbe, nedostatočným dávkam, nevyužívaniu kombinovanej antihypertenzívnej liečby.
3. Manažment hyperlipoproteinémie – základom je diétny režim, liečba statínmi, fibrátmi, ich kombinácia. U vysokorizikových pacientov, ktorí nedosahujú cieľové hodnoty LDL-C pri liečbe statínom alebo netolerujú statín je nádejná biologická liečba (inhibítormi PCSK9).
4. **Dlhodobá metabolická kompenzácia diabetu** je nevyhnutnou súčasťou liečby. Cieľová hodnota je HbA1c ≤ 6,5% podľa DCCT (The Diabetes Control and Complications Trial), alebo ≤ 53 mmol/mol IFCC (International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine). Základom manažmentu diabetu je dôsledné dodržiavanie diéty a pohybového režimu.
5. Počas celého života všeobecný lekár sleduje **hmotnosť pacienta**, BMI ako aj telesnú zdatnosť a snaží sa usmerniť pacienta v jej optimalizácii.
6. Dôležitá je **motivácia pacienta v jeho pohybových aktivitách**. Pohybová liečba spočíva v systematickom zaťažovaní svalových skupín, ktoré sa nachádzajú distálne od uzáveru tepny. Cieľom pohybovej aktivity u pacientov s PAO je zväčšenie kapacity kolaterálneho obehu. Svalová činnosť vyvoláva pri tepnových obliteráciách zvýšenie rýchlosti prúdenia v kolaterálach a rast kolaterál. Okrem stimulácie prestavby kolaterál pozitívny je aj tréningový efekt, zlepší sa koordinácia, svalový metabolizmus. Intervalový svalový tréning pod supervíziou by mal byť súčasťou iniciálnej fázy liečby u všetkých pacientov s PAO 3× týždenne počas 3 mesiacov, čo je najefektívnejšie (stupeň dôkazu A podľa TASC II). Maximálny efekt kinezioterapie je badateľný po 4 týždňoch. Klaudikačný interval sa ustáli po 3 mesiacoch liečby. Veľké štúdie dokázali zvýšenie bezbolestnej klaudikačnej vzdialenosti o 30 – 150% len vďaka pravidelnému tréningu chôdzou. **Kinezioterapia spolu s farmakologickou liečbou môžu byť v klaudikačnom štádiu pre pacienta rovnako prospešné ako bypassová chirurgia alebo angioplastika**. Pri nedostatočnej stabilite je vhodné zabezpečiť pomôcky – palička, chodítko či rehabilitačný vozík.
7. Na zmiernenie subjektívnych príznakov a predĺženie klaudikačnej vzdialenosti máme k dispozícii aj ďalšie liečivá, **vazoaktívne lieky a reologiká**, ktoré zmierňujú ťažkosti pacienta **pôsobením na mikrocirkuláciu** – vedú k zlepšeniu prekrvenia: naftidrofuryl, ginko biloba, sulodexid. Využívame **priaznivý efekt týchto liečiv v mozgovej cirkulácii** (zlepšenie kognitívnych schopností zlepšuje komunikáciu pacienta s blízkymi ako aj adherenciu k režimovým opatreniam a k liečbe), **renálnom riečisku** či **cievach sietnice**. K dokázateľnému predĺženiu klaudikačnej vzdialenosti naftidrofurylu dochádza pri dávkovaní 600 mg denne.

8. Dôležitá je starostlivosť o kožu dolných končatín: zabezpečenie vhodnej obuvi, vhodné je preferovať profesionálnu pedikúru, denne ošetrovať kožu mastným krémom.
9. **Revaskularizačná liečba — rádiointervencia či bypassová chirurgia** je už v pôsobnosti angiológa, avšak vzhľadom na nové kompetencie všeobecného lekára v realizácii predoperačných vyšetrení by mali viesť k zodpovednému informovaniu pacienta a jeho príbuzných, či je vzhľadom na celkový stav pacient takúto liečbu schopný podstúpiť.
10. Všeobecný lekár motivuje pacienta s PAO v dôslednom dodržiavaní režimových a liečebných opatrení. Nezastupiteľná je jeho úloha v usmernení, ako efektívne aplikovať odporúčania do praxe. Často si to vyžaduje nielen **edukáciu pacienta, ale aj príbuzných, opatrovateľov v konkrétnych podmienkach komunity**. Všeobecný lekár má od pacientov informácie o možnostiach napr. diétneho stravovania, ADOS, pedikérskych služieb v okolí, možnosti cvičenia či napr. tréningu nordic walking a pod. Tieto vzácne informácie sú predmetom **neformálnej sociálnej preskripcie**.

Dôsledným manažmentom PAO v ambulancii všeobecného lekára v súčinnosti s angiológom predídeme vývoju kritickej končatinovej ischémie, amputácie končatiny ako aj závažným kardiovaskulárnym príhodám, čím sa výrazne zlepší kvalita života našich pacientov.

Komplexná konzervatívna liečba je účinná u väčšiny klaudikujúcich pacientov. K revaskularizácii chirurgickej či rádiologickej v klaudikačnom štádiu ochorenia pristupujeme len v prípade naliehania pacienta alebo v prípade veľmi krátkej klaudikačnej vzdialenosti menej ako 50 metrov. U každého pacienta zvažujeme individuálne prínos a riziko invazívneho radikálneho riešenia.

Akokoľvek by boli medicínske možnosti liečby PAO excelentné, bez realizácie v konkrétnych podmienkach komunity nemajú šancu pacientovi prospieť.

Všeobecný lekár nesie v každej fáze ochorenia svoj podiel zodpovednosti v starostlivosti o pacientov s PAO, a práve jemu prináleží kľúčová úloha v manažmente rizikových faktorov aterosklerózy.

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

BLOK **VARIA**

ABSTRAKT Č. 20

KEĎ STRAVA PRESTÁVA BYŤ VÝŽIVOU: KLINICKÉ DÔSLEDKY KONZUMÁCIE PRIEMYSELNE SPRACOVANÝCH POTRAVÍN – UPF

MUDr. Jana BABJAKOVÁ[1], PhD., MPH, Mgr. Michal PÁLENÍK[2],
prof. MUDr. Ľubica ARGALÁŠOVÁ, PhD, MPH[1], doc. MUDr. Adela PENESOVÁ, PhD.[2,3]

[1] Ústav hygieny, Lekárska fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave
[2] Katedra biologických a lekárskych vied, Fakulta telesnej výchovy a športu, Univerzita Komenského v Bratislave
[3] Ústav klinického a translačného výskumu, Biomedicínske centrum, Slovenská akadémia vied, Bratislava

Zdraviu prospešná racionálna výživa má nezastupiteľné miesto v podpore a ochrane zdravia. Jej vplyv je významný, no treba ho vnímať v kontexte mnohých ďalších faktorov životného štýlu a prostredia, intraindividuálnych a interindividuálnych potrieb.

Medzi kľúčové výživové hrozby súčasnosti patrí tzv. strava západného typu (*western diet*), vyznačujúca sa najmä zvyšujúcou sa konzumáciou vysoko priemyselne-spracovaných potravín (UPF – ultra-processed food), ktoré často obsahujú priemyselne modifikované zložky, aditíva a len minimálne množstvo pôvodných, celých potravín. Čoraz väčšia dostupnosť UPF, ich nízka cena a výrazný marketingový vplyv prispievajú k zmene stravovacích návykov v globálnom meradle, nielen v krajinách s vysokými, ale aj nízkymi a strednými príjmami.

V mnohých krajinách sveta UPF predstavujú viac ako 50 % bežného denného kalorického príjmu u detí aj dospelých, čo vyvoláva obavy z možného vplyvu na ľudské zdravie v budúcnosti. UPF tvoria heterogénnu skupinu potravín (energetické nápoje, rôzne hotové jedlá, mäsové produkty, ale aj práškové alebo fortifikované náhrady jedál a pokrmov, sušienky, margaríny, pomazánky, raňajkové cereálie, cereálne a energetické tyčinky, náhrady mlieka, mliečne ochutené nápoje, slané alebo sladké balené snacky, zmrzlina, cukrovinky, čipsy, a pod.) a ich nadmerná konzumácia sa spája s rôznym zdravotnými dopadmi. Tieto potraviny bývajú často energeticky bohaté, no výživovo nevyvážené, spracované rôznymi technologickými postupmi, čím sa významne zvyšuje riziko chronických neprenosných chorôb ako obezita, cukrovka 2. typu, kardiovaskulárne ochorenia, onkologické či neurodegeneratívne choroby. Navyše, negatívne ovplyvňujú črevný mikrobióm a podporujú zápalové procesy v tele. Alarmujúci je aj narastajúci príjem UPF u detí, predovšetkým z marginalizovaných skupín.

Vzhľadom na ich rozšírenosť a negatívne dôsledky sa UPF stávajú čoraz častejším predmetom odborného výskumu i verejno-zdravotníckych diskusií s cieľom prijatia účinných preventívnych opatrení.

Kľúčové slová: Zdraviu prospešná výživa, strava západného typu, vysoko priemyselne-spracované potraviny – UPF

Táto práca bola čiastočne podporená grantom *KEGA č. 029UK-4/2025 Využitie nových výučbových technológií pri inovácii výučby v oblasti ochrany a podpory zdravia pre študentov medicínskych odborov.*

SENIORSKÍ BEŽCI – VPLYV VYTRVALOSTNÉHO BEHU NA ZLOŽENIE TELA, KOSTNÚ HMOTU, BIOCHEMICKÉ PARAMETRE A KVALITU SPÁNKU

doc. Mgr. Milan SEDLIAK, PhD.[1], Msc. Ľudmila ORESKÁ, PhD.[1], Mgr. Barbora KUNDEKOVÁ, PhD.[1], doc. Mgr. Monika OKULIAROVÁ, PhD.[2]

[1] Katedra biologických a lekárskych vied, Fakulta telesnej výchovy a športu, Univerzita Komenského v Bratislave

[2] Univerzita Komenského v Bratislave, Prírodovedecká fakulta, Biologická sekcia, Katedra živočíšnej fyziológie a etológie

Vytrvalostne zamerané športy sú charakteristické vysokými energetickými nárokmi, ktoré môžu viesť k zdravotným rizikám ako nízka dostupnosť energie, hormonálne dysfunkcie či znížená kostná hustota. Tieto stavy sú ako syndróm relatívneho energetického deficitu v športe (REDs). Napriek týmto rizikám má pravidelná fyzická aktivita výrazne pozitívny vplyv na fyziologické systémy, spomaľuje starnutie a zlepšuje kvalitu života.

Cieľom našej štúdie bolo preskúmať vplyv veku a dlhodobej vytrvalostnej aktivity na fyziologické parametre u mužov. Do výskumu sme zaradili 82 zdravých mužov a žien zo Slovenska, rozdelených do štyroch skupín: mladí športovci (YA), mladí nešportovci (YS), starší vytrvalostní športovci (MA) a starší nešportovci (ES) vo veku 65 až 75 rokov. Hodnotili sme ich telesné zloženie, hustotu kostnej hmoty, svalovú silu, kardiorespiračnú **výkonnosť, kvalitu spánku a vybrané hormonálne parametre vrátane** cirkadiánnej rytmicity.

Výsledky ukázali, že dlhodobý vytrvalostný tréning prispieva k zachovaniu priaznivého telesného zloženia, vyššej fyzickej výkonnosti a neovplyvňuje negatívne hormonálnu cirkadiánnu rytmicitu, kvalitu spánku ani hustotu kostnej hmoty. Naše výsledky podporujú význam pravidelného cvičenia ako súčasti zdravého starnutia a zdôrazňujú potrebu zohľadniť fyzickú aktivitu pri interpretácii fyziologických zmien súvisiacich so starnutím.

Kľúčové slová: seniori, vytrvalostný beh, pravidelné cvičenie

Podporené grantmi: *APVV-21-0164; VEGA 0554/24*

LIEČBA OBEZITY AKO PREVENCIA CHRONICKÝCH NEPRENOSNÝCH OCHORENÍ

doc. MUDr. Adela PENESOVÁ, PhD.[1,2], Mgr. Michal PÁLENÍK[2], Mgr. Libuša NECHALOVÁ, PhD.[1,2], MUDr. Jana BABJAKOVÁ, PhD., MPH[3], prof. RNDr. Viktor BIELIK, PhD.[2]

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

[2] Katedra biologických a lekárskych vied, Fakulta telesnej výchovy a športu, Univerzita Komenského v Bratislave

[3] Ústav hygieny, Lekárska fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave

Obezita a chronické neprenosné choroby (NCD) spolu úzko súvisia. NCD, vrátane srdcových chorôb, mozgovej príhody, rakoviny, cukrovky a chronických ochorení pľúc, predstavujú hlavnú chorobnú záťaž na celom svete a spoločne prispeli k 71 % úmrtnosti na celom svete. Takmer tri štvrtiny všetkých úmrtí na NCD a 82 % zo 16 miliónov ľudí, ktorí zomreli predčasne (do 70 rokov), sa vyskytuje v krajinách s nízkymi a strednými príjmami.

Obezita je hlavným rizikovým faktorom pre niektoré NCD, ako sú kardiovaskulárne choroby, 13-tich druhov onkologických ochorení a diabetes mellitus 2. typu. V súčasnosti má približne 67 % dospelých a približne 25 % detí a dospievajúcich na Slovensku nadváhu alebo obezitu. S ekonomickým rozvojom, zmenou stravovania, prevládajúcim sedavým životným štýlom a narastajúcou starnúcou populáciou na celom svete sa očakáva, že záťaž obezity a NCD bude naďalej rásť a postihne ľudí všetkých vekových kategórií zo všetkých sociálnych skupín. Kľúčovým sa javí prevencia vzniku obezity už v detskom veku a v terapii je rozhodujúca redukcia hmotnosti zmenou životosprávy, v indikovaných prípadoch aj liečba antiobezitikami. V súčasnosti sú to najmä moderné lieky na báze analógov inkretínových hormónov ako je glukagónu podobný peptid (GLP-1 – glucagon-like peptid) a glukózo-dependentný inzulinotropný polypeptid (GIP). Bariatrické a endoskopické zákroky sú určené pre liečbu najmä extrémnej obezity.

Kľúčové slová: obezita, chronické neprenosné choroby (NCDs), prevencia vzniku obezity, komplexná terapia obezity

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

ABSTRAKT Č. 23

OBEZITOU PODMIENENÝ SEKUNDÁRNY HYPOGONADIZMUS U MUŽOV (MOSH) – DOPAD NA KARDIOMETABOLICKÉ I PSYCHICKÉ ZDRAVIE

Mgr. Michal PÁLENÍK[1], MUDr. Jana BABJAKOVÁ, PhD., MPH[2], doc. MUDr. Adela PENESOVÁ, PhD.[1,3]

[1] Katedra biologických a lekárskych vied, Fakulta telesnej výchovy a športu, Univerzita Komenského v Bratislave

[2] Ústav hygieny, Lekárska fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave

[3] Ústav klinického a translačného výskumu, Biomedicínske centrum, Slovenská akadémia vied, Bratislava

Obezitou podmienený sekundárny hypogonadizmus **u mužov (MOSH) predstavuje čoraz častejšiu hormonálnu dysfunkciu u mužov v dôsledku epidémie obezity. Ide o stav, pri ktorom zvýšené množstvo** viscerálneho tuku vedie k zníženiu hladiny testosterónu prostredníctvom komplexných hormonálnych zmien, vrátane zvýšenej aktivity enzýmu aromatázy v tuku a chronického zápalu. MOSH je často nediagnostikovaný, hoci vedie k zníženej kvalite života, strate svalovej hmoty, zníženiu libida a zhoršeniu kardiometabolického zdravia i psychickým zmenám (sklon k depresii).

Diagnóza MOSH vyžaduje opakované potvrdenie nízkych hladín celkového a/alebo voľného testosterónu v ranných odberoch v kombinácii s klinickými príznakmi hypogonadizmu. Všeobecný lekár na Slovensku zohráva kľúčovú rolu v zachytení ochorenia, v nastavení základnej liečby a/alebo odporúčaní na endokrinologické/urologické vyšetrenie.

Zásadnú úlohu v manažmente pacienta s MOSH zohráva úprava životosprávy – redukcia hmotnosti, zvýšenie pohybovej aktivity, optimalizácia spánku a zvládanie stresu. U mnohých pacientov môže samotná zmena životného štýlu viesť k výraznému zlepšeniu hormonálneho profilu. V indikovaných prípadoch je možné zvážiť aj substitučnú liečbu testosterónovými derivátmi, pričom najnovšie odporúčania zdôrazňujú individualizovaný prístup a hodnotenie kardiovaskulárneho a uroonkologického rizika pred jej nasadením.

Kľúčové slová: MOSH, hypogonadizmus, obezita, testosterón, všeobecný lekár, životný štýl, testosterónová terapia

BLOK DERMATOVANEROLÓGIA ZNÁMA A NEZNÁMA

ABSTRAKT Č. 24

INTERTRIGO, KVASINKOVÉ INFEKCIE A INÉ SÚVISLOSTI S METABOLICKÝM SYNDRÓMOM

Prim. MUDr. Hana ZELENKOVÁ, PhD., MBA

SANARE spol s r.o., pracovisko DOST – súkromná kožná klinika Svidník

Latinský pôvod termínu „intertrigo“ – *inter* („medzi“) a *terere* („trieť“) – ilustruje fyziológiu stavu. Intertrigo – povrchové zápalové zmeny na koži, ktoré vznikajú na miestach so zvýšeným tlakom – trením – axily, u žien oblasť pod prsníkmi, previsajúce bruško, perineum, intergluteálne priestory, medziprstové priestory nôh.

Prejavy sa zhoršujú v dôsledku vysokých teplôt, vlhkosti, maceráciou kože, minimálnym vetraním. Intertrigo sa často sekundárne infikuje, najmä kvasinkou *Candida*, ale k patogenéze môžu prispievať aj iné vírusové alebo bakteriálne patogény, či metabolické ochorenia napr. diabetes, nadmerná obezita, inkontinencia a pod. Prejavy postihujú všetky vekové kategórie (deti, dospelí, seniori).

Kvasinky – mikroorganizmy, prirodzene sa u človeka vyskytujúce na slizniciach (ústa, nos, hrdlo, intímne partie žien a mužov), koži, v črevách), v najväčšom zastúpení kmeň plesne Candida. Za normálnych podmienok žijú v rovnováhe s baktériami a tvoria prirodzenú mikroflóru. Pri narušení fyziologických podmienok (zmena pH pokožky, vlhkosti, prítomnosť iných látok) môže dôjsť k premnoženiu kvasiniek a rozvinie sa kvasinková infekcia s rôznym typom postihu – napríklad zmienené intertrigo. Najčastejšie príčiny kvasinkovej infekcie: oslabená imunita (onkologické ochorenia, aplikácia kortikosteroidov, diabetes a iné), užívanie antibiotík, užívanie hormonálnej antikoncepcie, iné narušenia pH sliznice, nevhodná strava, stres, STD, gravidita, nevhodná spodná bielizeň. Prejavy výrazne ovplyvňujú kvalitu života pacienta (bolestivosť, svrbenie, pálenie, foetor) a jeho celkový životný komfort. Pre terapiu je nevyhnutná diferenciálna diagnostika. V prednáške sú demonštrované rôzne typy intertriginóznych postihnutí kože u pestrej skupiny pacientov, spomenutá je krátko diagnostika, prevencia a liečba.

Kľúčové slová: intertrigo, kvasinkové infekcie, metabolický syndróm

ABSTRAKT Č. 25

SVRAB BEZ HANBY: TICHÁ EPIDÉMIA MEDZI NAMI

MUDr. Viktória LUNA

SANARE, spol. s r. o., pracovisko Súkromná kožná klinika DOST Svidník

Svrab – parazitárne ochorenie, ktoré by sme radi považovali za minulosť – ostáva však v našich ambulanciách stále prítomný. Nejde o raritu, ale o poddiagnostikovanú realitu. A práve preto, že sa o ňom málo hovorí a často naň nemyslíme, uniká našej pozornosti. Zákožka svrabová (*Sarcoptes scabiei var. hominis*) sa šíri v rodinách, kolektívoch, zariadeniach sociálnych služieb, ale aj v bežnej populácii – potichu, pod rúškom hanby. Typické nočné svrbenie, papulózne výsevy, chodbičky v interdigitálnych priestoroch – to všetko sú príznaky, ktoré môžu viesť ku klinickej diagnóze.

Napriek tomu svrab často zamieňame za ekzém, alergiu alebo psychogénny pruritus. Prednáška/príspevok si kladie za cieľ pripomenúť všeobecným lekárom, že svrab je stále tu. Zameriame sa na praktickú diagnostiku, diferenciálnu rozvahu a efektívnu liečbu – topickú aj systémovú. Zvláštny dôraz bude venovaný manažmentu kontaktov, hygienickým opatreniam a komunikačným stratégiám, ako o ochorení hovoriť bez zahanbenia – pre lekára aj pacienta. Lebo kým sa na svrab nemyslí, bude sa šíriť ďalej. A hanbiť by sme sa mali len vtedy, keď ho prehliadneme.

Kľúčové slová: svrab, klinické prejavy, diferenciálna diagnostika, liečba, komunikačné stratégie

ABSTRAKT Č. 26

HIDRADENITIS SUPPURATIVA – AKTUÁLNE OTÁZKY A ODPOVEDE

Prim. MUDr. Hana ZELENKOVÁ, PhD., MBA

SANARE spol s r.o., pracovisko DOST – súkromná kožná klinika Svidník

Hidradenitis suppurativa *(Hidradenitida, HS, acne inversa)* nie je veľmi známe chronické, neinfekčné ochorenie. V popredí príznakov sú zápalové zmeny typu bolestivých infiltrovaných ložísk s tvorbou abscesov, nodulov, fistúl, jaziev, predovšetkým v miestach zvýšeného trenia – axily, submammárne, perigenitálna oblasť s prechodom na stehná, gluteá. Nezriedka sú viditeľné veľmi dramatické zmeny. Prejavy HS môžu a často predstavujú diagnostickú dilemu v ambulanciách napr. všeobecných lekárov, nakoľko môžu byť zamenené za rôzne infekčné, tumorózne prejavy alebo metastázy. HS a jeho etiológia, aj keď je už vypracovaných viacero teórií, nie je celkom objasnená. Je to ale dermatológ, ktorý v konečnom dôsledku ochorenie presne špecifikuje a určí liečbu. Z hľadiska ďalšieho priebehu a adekvátnej terapie je teda práve veľmi dôležitá včasná a správna diagnostika.

HS má výrazný vplyv na kvalitu života pacientov. Liečba HS sa odvíja od štádia, v ktorom bolo ochorenie správne diagnostikované. Okrem lokálnej terapie a často aj chirurgického riešenia sú v popredí systémovo podávané antibiotiká, retinoidy a v neposlednom rade biologická liečba. Terapia vyžaduje aj medziodborovú spoluprácu.

Kľúčové slová: hidradenitis suppurativa, diferenciálna diagnostika, medziodborová spolupráca

ABSTRAKT Č. 27

ROK 2025 ... A MÁME ČO SME (NE)CHCELI...

Prim. MUDr. Hana ZELENKOVÁ, PhD., MBA

SANARE spol s r.o., pracovisko DOST – súkromná kožná klinika Svidník

Teda niežeby bol rok 2025 pokojný, udalosti sa valili nebývalým tempom – dramatická jar (vrátane počasia), horúce leto a čudná jeseň už ani nespomínam, ale Trump v Amerike, Putin v Rusku, boje o clá na celom svete, konsolidácia (?) v SR, vyhrážky o bombových útokoch, nechcení novinári... A stále tu máme bežné denné starosti – deti, ženy, muži, naši domáci miláčikovia, alkohol, doktori pod drobnohľadom, rôzne povolania atď, atď... tak sa na trocha pozrime. Lebo – s úsmevom ide všetko lepšie...

BLOK **ORDINÁCIA 2025: NOVÉ PERSPEKTÍVY V PRIMÁRNEJ PRAXI**

ABSTRAKT Č. 28

DVOJITÝ ZÁSAH NA AKÚTNU BOLESŤ: FIXNÁ KOMBINÁCIA DEXKETOPROFÉNU A TRAMADOLU

MUDr. Viliam DIOSZEGI

Chirurgické oddelenie, Humenné

Akútna bolesť je definovaná ako fyziologická odpoveď na škodlivé podnety, ktoré sa môžu stať patologickými. Typicky ju vystihuje náhly začiatok, vyššia intenzita, charakteristické časovo obmedzené trvanie (7 až 30 dní) a prítomnosť motivujúcej reakcie/správania, t. j. tak, aby sa zabránilo skutočnému alebo potenciálnemu poraneniu tkaniva. Z dlhodobých skúseností a štatistických údajov možno povedať, že je najčastejším dôvodom vyšetrenia u praktických lekárov a na urgentných príjmoch.

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 ketoprofénu, ktorý si zachováva typický účinok svojho ketoprofénu, zatiaľ čo R(–) enantioméru táto aktivita chýba. Zatiaľ čo mechanizmus účinku dexketoprofénu spočíva v účinnej neselektívnej inhibícii oboch izoforiem cyklooxygenázy (COX-1 i COX-2), pri tramadole sa okrem agonistického ovplyvnenia opioidných receptorov uvádza tiež jeho inhibičný účinok na spätné vychytávanie serotonínu a noradrenalínu. Navyše pôsobí aj ako antagonista muskarínových a nikotínových cholinergných receptorov, NMDA receptorov a čiastočne tiež receptorov TRPA1.

Tramadol a dexketoprofén spĺňajú vyššie uvádzané požiadavky na vhodnosť ich možného simultánneho použitia, pretože disponujú vzájomne odlišným mechanizmom účinku a súčasne aj ľahko odlišnou kinetikou (rýchlo účinkujúci dexketoprofén vs. tramadol s prolongovaným účinkom). Výsledkom kombinácie tramadol + dexketoprofén je potom dosiahnutie lepšej kontroly bolesti s nižším rizikom nežiaducich účinkov a dobrej compliance pacientov.

Fixná kombinácia dexketoprofén trometamol/tramadol hydrochlorid je určená na symptomatickú krátkodobú liečbu stredne ťažkej až silnej akútnej bolesti.

Kľúčové slová: fixná kombinácia, dexketoprofén, tramadol, multimodálna anlgéza, akútna bolesť

ABSTRAKT Č. 29

ZA HRANICE OBZORU – NEBIVOLOL A JEHO UNIKÁTNE VAZODILTAČNÉ ÚČINKY V AMBULANTNEJ PRAXI

MUDr. Ladislav ŠABO

Betablokátory sú trieda liečiv, ktoré kompetitívne antagonizujú účinky katecholamínov (napr. adrenalínu a noradrenalínu) na beta-adrenergných receptoroch. Selektívne betablokátory, ako napríklad bisoprolol alebo metoprolol, primárne blokujú β_1-receptory v srdci, čo vedie k poklesu srdcovej frekvencie, kontraktility myokardu a zníženiu vodivosti A-V uzlom.

Lieky tretej generácie, ako je nebivolol, majú navyše vazodilatačné účinky, často sprostredkované uvoľňovaním oxidu dusnatého (NO), čím prispievajú k ďalšiemu zníženiu systémového vaskulárneho odporu a krvného tlaku. Využívajú sa v terapii hypertenzie, anginy pectoris, srdcového zlyhávania, arytmií a po infarkte myokardu.

Nebivolol je liečivo pôsobiace na srdcovo-cievny systém a patrí do skupiny selektívnych betablokátorov. Zabraňuje zvýšenému srdcovému tepu a reguluje silu srdcových sťahov. Taktiež spôsobuje rozšírenie krvných ciev, čo prispieva k zníženiu krvného tlaku.

Antiischemický potenciál nebivololu sa potvrdil v štúdii SENIORS redukciou ischemických príhod u starších pacientov so srdcovým zlyhávaním ischemickej etiológie, poklesom relatívneho rizika 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, hydrofíliu a vysokú kardioselektivitu nemá nežiaduce účinky bežne užívaných konvenčných betablokátorov a ich incidencia je nízka a porovnateľná s placebom.

Kľúčové slová: betablokátory, nebivolol, vazodilatačné účinky, oxid dusnatý, štúdia SENIORS

ABSTRAKT Č. 30

HERPES ZOSTER – AKTUÁLNE

MUDr. Eva ŠKUTILOVÁ, MPH

Dermatologická ambulancia, Bratislava

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

Vzhľadom na nedostupnosť očkovania proti HZ v SR je správna diagnostika a účinná liečba pre pacienta rýchlou pomocou a prevenciou postherpetických komplikácií.

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

ABSTRAKT Č. 31

KALCIFEDIOL V PREVENCII A LIEČBE PACIENTOV S NEDOSTATKOM VITAMÍNU D

MUDr. Ľudmila RESUTÍKOVÁ

Ambulancia všeobecného praktického lekára, Veľký Krtíš

Nedostatok vitamínu D má mnoho systémových dôsledkov, ktorý presahuje oblasť metabolizmu vápnika a kostí (tzv. extraskeletálne účinky). Súvisí so zvýšeným rizikom kardiovaskulárnych ochorení, diabetes mellitus, autoimúnnych chorôb, infekcií dýchacích ciest, astmy, neplodnosti a osteoporózy. Zatiaľ čo optimálne cieľové koncentrácie

sérového 25-hydroxyvitamínu D (25(OH)D) na udržanie zdravia alebo terapeutické účely sú stále predmetom diskusie, existuje rozumná zhoda, že hladiny 25(OH)D v sére <50 nmol/l (20 ng/ml) predstavujú nedostatok vitamínu D a stavy závažného nedostatku (hladiny 25(OH)D v sére<25-30 nmol/L ≈ 10-12 ng/ml) by mali byť liečené. Hlavnými stratégiami na udržanie alebo zlepšenie stavu vitamínu D sú potravinové doplnky a terapeutické využitie liekových foriem vitamínu D. Cholekalciferol (vitamín D3) je celosvetovo najčastejšie používaným doplnkom vitamínu D a kalcifediol (25-hydroxyvitamín D3) sa stal nedávno dostupný aj u nás.

Farmakokinetické rozdiely dávajú kalcifediolu v určitých klinických situáciách predpokladané výhody oproti vitamínu D3-cholekalciferolu (dávkovanie, potenciál, predpokladaný efekt). Kalcifediol nevyžaduje hydroxyláciu v pečeni, je hydrofilnejší, má rýchlejší nástup účinku, lepšie sa vstrebáva z gastrointestinálneho traktu a nesekvestruje sa v tukovom tkanive. Klinické použitie a bezpečnosť kalcifediolu sa podrobnejšie skúmalo prostredníctvom štúdií, ktoré ilustrujú jeho doplnkovú úlohu pri prevencii a liečbe ochorení súvisiacich s nedostatkom vitamínu D a podporujú jeho použitie u pacientov, u ktorých:

- existuje znížená 25-hydroxylázová aktivita
- absorpcia vitamínu D z čreva je znížená (napr. pri obezite)
- očakávame rýchlu úpravu sérovej koncentrácie 25(OH)D

Kalcifediol je o krok bližšie v metabolickej ceste k biologicky aktívnemu vitamínu D.

Kľúčové slová: kalcifediol, cholekalciferol, farmakokinetika, nedostatok vitamínu D, koncentrácie sérového 25-hydroxyvitamínu D

BLOK KAATSU V LIEČBE PACIENTOV SO SKLERÓZOU MULTIPLEX

ABSTRAKT Č. 32

NÍZKOMOLEKULÁRNE PEPTIDY V LIEČBE BOLESTIVÝCH STAVOV V AMBULANCII VŠEOBECNÉHO LEKÁRA

MUDr. Milan VAHOVIČ
RehaCentrum Prešov

Bolesť chrbta predstavuje jeden z najčastejších zdravotných problémov v každodennej klinickej praxi všeobecných lekárov. Jej efektívna a bezpečná liečba je kľúčová pre zlepšenie kvality života pacientov a redukciu chronifikácie ťažkostí. Injekčná terapia využívajúca nízkomolekulárne peptidy otvára nové možnosti cieleného ovplyvnenia zápalových a regeneratívnych procesov v postihnutých tkanivách. Prednáška predstaví farmakologické základy účinku peptidov, indikácie na ich použitie pri akútnej a chronickej bolesti chrbta, praktické aspekty aplikácie, bezpečnostný profil, ako aj výsledky najnovších klinických štúdií. Diskusia bude zameraná na správny výber pacientov, kombináciu s inými terapeutickými postupmi a dostupnosť tejto liečby v podmienkach primárnej starostlivosti. Cieľom je poskytnúť účastníkom prehľad najnovších poznatkov a praktické odporúčania pre integráciu tejto modernej liečebnej modality do klinickej praxe.

Kľúčové slová: nízkomolekulárne peptidy, bolesť chrbtice, moderná liečebná modalita

ABSTRAKT Č. 33

KAATSU V LIEČBE PACIENTOV SO SKLERÓZOU MULTIPLEX

Mgr. Tatiana CUPRÍKOVÁ
RehaCentrum Humenné

KAATSU – originálna metóda tréningu s optimalizáciou prietoku krvi pomocou špeciálnych pneumatických pásov – predstavuje inovatívny nástroj v rehabilitácii pacientov so sklerózou multiplex (SM). V poslednom období narastá záujem o KAATSU z dôvodu jeho schopnosti stimulovať svalovú silu, zlepšovať cirkuláciu a podporovať neurotrofné faktory, pričom zároveň minimalizuje svalové poškodenie a záťaž na kĺby, čo je kľúčové práve pri oslabených alebo imobilných pacientov.

Prednáška bude postavená tak, aby oboznámila všeobecných lekárov v krátkosti s modernými, efektívnymi možnosťami rehabilitácie pacientov so sklerózou multiplex využitím metódy KAATSU. Zvláštny dôraz bude kladený na praktickú využiteľnosť tejto šetrnej a inovatívnej techniky priamo v ambulantnej praxi, ako aj na spôsob, ako môže KAATSU pomôcť rozšíriť spektrum dostupnej starostlivosti o pacientov so SM.

V prednáške sa dozviete nielen o rozdieloch KAATSU oproti bežnému BFR tréningu či bežným rehabilitačným metódam, ale predovšetkým získate informácie, ktoré môžu významne ovplyvniť kvalitu života Vašich pacientov. Na reálnych príkladoch a výsledkoch štúdií, na ktorých spolupracujeme, Vám ukážeme ako môže táto terapia pomôcť zlepšiť silu, mobilitu a celkovú aktivitu pacientov, pričom zostáva bezpečná a jednoducho integrovaná do primárnej starostlivosti.

Súčasťou prednášky budú aj konkrétne odporúčania a tipy na individualizované nastavenie protokolov a monitoring efektivity terapie.

Kľúčové slová: KAATSU, rehabilitácia pacientov, skleróza multiplex (SM)

BLOK SÚČASNÝ STAV SKRÍNINGOVÝCH PROGRAMOV NA SLOVENSKU

ABSTRAKT Č. 34

ONKOLOGICKÉ SKRÍNINGOVÉ PROGRAMY - AKTUÁLNE INFORMÁCIE Z NOI

MVDr. Jana TRAUTENBERGER RICOVÁ

Národný onkologický inštitút, Národný onkologický ústav, Klenova 1, 833 10 Bratislava

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

Hlavným cieľom populačného skríningu je zníženie úmrtnosti na vybrané onkologické ochorenia s významom záchytu onkologického ochorenia v skorom štádiu v asymptomatickej cieľovej populácii z hľadiska prognózy. Podmienkou odporúčaní pre príslušný onkologický skríningový program je existencia medicínskej evidencie o prínose daného postupu s jasne definovanou cieľovou populáciou, skríningovým testom a výkonom skríningu. Nevyhnutnou podmienkou je však dostatočná účasť, ideálne nad 75 % z cieľovej populácie, vrátane efektívnej organizácie skríningu, vysokej kvality skríningových procesov, monitoringu a vyhodnocovania s následnou aktualizáciou skríningových programov.

Aby sme začali napĺňať všetky podmienky kvalitného onkologického skríningu, Národný onkologický inštitút (NOI) sa pod vedením Ministerstva zdravotníctva SR v roku 2024 zapája do trojročného medzinárodného projektu EUCanScreen. Cieľom projektu je na základe najnovšej medicínskej evidencie zabezpečiť aktualizáciu a udržateľnosť vysokokvalitného skríningu rakoviny prsníka, krčka maternice, hrubého čreva a konečníka a tiež začať vytvárať podmienky pre zavedenie ďalších onkologických skríningových programov s existujúcou dostatočnou evidenciou medicínskeho benefitu, ako je skríning rakoviny pľúc, prostaty a v niektorých krajinách a oblastiach aj skríning žalúdka.

V prezentácii odznejú jednak výsledky zavedených skríningov na Slovensku za rok 2024 vrátane aktualít v tejto téme a tiež hlavné výzvy na najbližšie obdobie.

Kľúčové slová: Národný onkologický inštitút (NOI), onkologické skríningové programy, EUCanScreen

ABSTRAKT Č. 35

ONKOLOGICKÉ KLINICKÉ SKÚŠANIA NA SLOVENSKU Z POHĽADU NOI – ČO BY MAL VLD VEDIEŤ

Ing. Lucia FUČEK ŠERŠEŇOVÁ

Národný onkologický inštitút, Národný onkologický ústav, Klenova 1, 833 10 Bratislava

Prezentácia je určená všeobecným lekárom pre dospelých (VLD) a zameria sa na predstavenie klinického skúšania (KS), stručný a výstižný popis jednotlivých fáz klinických skúšaní ako aj na vysvetlenie rozdielu medzi akademickým a komerčným klinickým skúšaním.

NOI predstaví svoju online vzdelávaciu platformu – Slovenská škola klinických skúšaní. Predstavíme aj podporu klinických skášaní v oblasti onkológie, ktorá je využiteľná aj v bežnej praxi. Ide o online platformu, register onkologických KS a možnosť referovania do KS. Takisto budeme zdieľať aj podporu pre pacientov s onkologickým ochorením cez našu online platformu.

Hlavným cieľom je podporiť spoluprácu medzi NOI a VLD v oblasti klinických skúšaní, ako aj zvýšiť informovanosť o dostupných nástrojoch a o vzdelávacích a pacientských materiáloch.

Diskusia bude zahŕňať konkrétne možnosti využitia online nástrojov a zapojenia VLD do podpory pacientov v oblasti klinických skúšaní na Slovensku. Cieľom je poskytnúť všeobecným lekárom praktické nástroje a informácie, ktoré im umožnia efektívne prispievať k starostlivosti o onkologických pacientov.

Kľúčové slová: Národný onkologický inštitút (NOI), všeobecný lekár (VLD), klinické skúšanie (KS), online vzdelávacia platforma – Slovenská škola klinických skúšaní, starostlivosť o onkologických pacientov

ABSTRAKT Č. 36

PODPORA NÁRODNÉHO ONKOLOGICKÉHO INŠTITÚTU PRE ODBORNÚ A LAICKÚ VEREJNOSŤ - ČO MÔŽE VO SVOJEJ KAŽDODENNEJ PRAXI VYUŽIŤ VLD

MUDr. Mária REČKOVÁ, PhD.

Národný onkologický inštitút, Národný onkologický ústav, Klenova 1, 833 10 Bratislava

Prezentácia je určená pre všeobecných lekárov pre dospelých (VLD) a zameriava sa na zoznámenie s aktivitami Národného onkologického inštitútu (NOI), ktoré môžu byť využiteľné v každodennej klinickej praxi. Hlavným cieľom je podporiť spoluprácu medzi NOI a VLD v oblasti následnej starostlivosti o onkologických pacientov, ako aj zvýšiť informovanosť o dostupných nástrojoch, vzdelávacích materiáloch a odborných podujatiach.

Súčasťou prezentácie bude predstavenie webovej stránky NOI, ktorá slúži ako komplexný zdroj informácií pre odbornú i laickú verejnosť. Zároveň bude prezentovaná zmapovaná aktuálna situácia v oblasti onkológie na Slovensku za rok 2024 na základe výročnej správy

NOI, ktorá poskytuje prehľad o stave onkologickej starostlivosti, výzvach a trendoch v tejto oblasti.

Diskusia bude zahŕňať konkrétne možnosti zapojenia VLD do onkologickej starostlivosti, vrátane systémového nastavenia sledovania pacientov. Prezentácia sa tiež dotkne otázky regionálnych rozdielov v dostupnosti starostlivosti, nedostatku zdravotného personálu a narastajúcej administratívnej záťaže.

Cieľom je poskytnúť všeobecným lekárom praktické nástroje a informácie, ktoré im umožnia efektívne prispievať k starostlivosti o onkologických pacientov, čím sa zlepší kvalita života pacientov a optimalizuje systém zdravotnej starostlivosti na Slovensku.

Kľúčové slová: Národný onkologický inštitút (NOI), všeobecný lekár (VLD), webová stránka NOI, starostlivosť o onkologických pacientov, výročná správa NOI

BLOK OČKOVANIE TEHOTNÝCH ŽIEN – SÚČASŤ ZDRAVÉHO VÝVOJA PLODU, OCHRANY DIEŤAŤA A MATKY BLOK SLOVENSKEJ EPIDEMIOLOGICKEJ A VAKCINOLOGICKEJ SPOLOČNOSTI SEVS

ABSTRAKT Č. 37

VÝZNAM OČKOVANIA TEHOTNÝCH ŽIEN

prof. MUDr. Zuzana KRIŠTÚFKOVÁ, PhD., MPH.
Fakulta verejného zdravotníctva SZU, Bratislava

Cieľ: Podať dôkazy o význame očkovania tehotných žien na ochranu zdravého vývoja plodu, ochranu dieťaťa a matky.

Úvod: Očkovať tehotné ženy po prvý raz začala SZO odporúčať po pandémii chrípky vírusom A(H1N1) pdm09 v rokoch 2009-2011. Tehotné ženy je možné očkovať neživými očkovacími látkami, vždy je potrebné zvážiť riziko ochorenia a jeho následkov a riziko očkovania. V súčasnosti sa odporúča očkovať tehotné ženy proti chrípke, pertussis, COVID-19 a RSV.

Metódy: Dôkazy o význame očkovať tehotné ženy sú z vedeckých štúdií vykonaných v zahraničí a z analýz údajov o výskyte ochorení na Slovensku v databáze EPIS.

Výsledky:

1. **Chrípka:** Od mája 2009 do júla 2011 ochorelo približne 800 000 (15,5%) obyvateľov Slovenska, ktorí vyhľadali lekársku pomoc na pandemickú chrípku spôsobenú vírusom A(H1N1) pdm09, 735 chorých malo veľmi ťažký priebeh, 151 z nich zomrelo, z toho 6 tehotných žien. Ani jedna nebola očkovaná proti chrípke. Tehotenstvo bolo v pandémii najrizikovejší faktor pre ťažký priebeh ochorenia. V roku 2012 zmenila SZO prioritné skupiny, ktorým sa odporúča očkovanie proti chrípke. Na prvom mieste sú odvtedy tehotné ženy. Tehotné ženy majú najvyššie riziko ťažkého priebehu chrípky a úmrtia, vzniku komplikácii ako je predčasný pôrod, úmrtie plodu, nízkej pôrodnej hmotnosti. Očkovanie počas tehotenstva chráni nielen matku, ale prispieva k zdravému vývoju plodu, k úspešnému zavŕšeniu tehotenstva a chráni dieťa v prvých mesiacoch života, kedy ešte nemôže byť očkované. V UK bola perinatálna úmrtnosť u detí narodených infikovaným ženám 39/1000 všetkých pôrodov vs. 7/1000 všetkých pôrodov u neinfikovaných žien.
2. **Pertussis:** Analýza výskytu pertussis u detí v prvom roku života podľa mesiacov veku a očkovania v rokoch 2007-2024 na Slovensku jasne ukazuje prečo je potrebné očkovať tehotné ženy – z 563 detí ochorelo 258 (45,8%) v prvých 3 mesiacoch života, keď ešte nemohli byť vzhľadom na nízky vek očkované a ochorelo aj 559 (99%) nekompletne očkovaných detí. Protilátky prenesené od matky by ich s vysokou pravdepodobnosťou ochránili pred ochorením. Neočkované dojčatá sú najviac ohrozené infekciou pertussis, pričom počet prípadov výrazne klesá po podaní každej dávky vakcíny. Očkovanie počas tehotenstva dáva približne 90% ochranu pred ochorením a 97% ochranu pred úmrtím na pertussis v prvých 2 mesiacoch života.
3. **COVID-19:** Tehotné ženy majú zvýšené riziko závažných následkov ochorenia na COVID-19 ako je úmrtie matky, zápal pľúc, narodenie mŕtveho dieťaťa a predčasný pôrod. Preto boli zaradené do klinickej rizikovej skupiny v rámci programu očkovania proti COVID-19. Väčšina tehotných žien hospitalizovaných v UK s ťažkým priebehom COVID-19 nebola zaočkovaná. Do konca roka 2021 bolo v USA hospitalizovaných viac ako 25 000 tehotných žien s týmto ochorením a viac ako 250 zomrelo. Na Slovensku zomrelo v roku 2021 na COVID 6 tehotných žien.
4. **RSV:** V prvom roku života ochorie 69 % detí, pričom u 1/3 z nich sa vyvinie RSV infekcia dolných dýchacích ciest, ktorá často prebieha pod obrazom bronchiolitídy a bronchopneumónie, v rizikových skupinách detí môže prebiehať smrteľne. Medzi rizikové skupiny detí pre vznik závažnej infekcie RSV patria predčasne narodené deti, u ktorých zvýšená vnímavosť závisí od stupňa vývoja pľúc a zrelosti imunitného systému; deti s vrodenou vývojovou chybou srdca a metabolizmu; deti mladšie ako 6 mesiacov; deti s cystickou fibrózou a Downovým syndróm. U predčasne narodených detí môže RSV ovplyvniť vývoj pľúc, zvýšiť vnímavosť na infekcie dýchacích ciest a ovplyvniť funkciu pľúc v dospelosti – podieľať sa na neskoršom vzniku astmy.

   V prvom roku života detí je 50 – 80 % všetkých bronchiolitíd zapríčinených RSV. Pri prekonaní RSV infekcie v prvých 6 mesiacoch je 75% z nich hospitalizovaných, proporcia hospitalizácii závisí od gestačného veku. Očkovanie proti RSV je zamerané na ochranu dieťaťa pred závažným priebehom RSV infekcie.

Zaočkovanosť tehotných žien bola v UK v sezóne 2021/22 proti chrípke 37,9%, v roku 2021 proti pertussis 64,5% a v roku 2022 proti COVID-19 59,5%.

Záver: Očkovaním proti chrípke a COVID-19 chránime matku, jej plod aj dieťa, preto očkujeme v ktoromkoľvek štádiu tehotenstva. Očkovanie prispieva k zdravému vývoju plodu a úspešnému zavŕšeniu tehotenstva. Očkovaním proti pertussis a RSV chránime dieťa v prvých mesiacoch po narodení prechodom protilátok od očkovanej matky cez placentu na dieťa. Preto očkujeme v treťom trimestri tehotenstva. Napriek nezvratným vedeckým dôkazom o potrebe očkovania tehotných žien je na Slovensku toto očkovanie takmer tabu.

Očkovanie predstavuje najbezpečnejší a najúčinnejší spôsob ochrany tehotných žien a ich detí pred následkami uvedených infekcii.

Kľúčové slová: očkovanie, tehotné ženy, chrípka, COVID-19, pertussis, RSV

ABSTRAKT Č. 38

PREČO JE OČKOVANIE TEHOTNÝCH ŽIEN V SR STÁLE NALIEHAVEJŠIE?

MUDr. Miroslav KOTEK

Gynkomed spol., s. r. o.

Pôrodnosť v SR dramaticky klesá z pôvodných cca 56 000 pôrodov ešte v roku 2020 na 46 000 v roku 2024, preto je treba bojovať o prežitie každého jedného novorodenca. Tehotnosť je imunologický paradox, kedy tehotná žena toleruje 50% antigénov od otca dieťaťa, pričom si zachováva schopnosť svojej vlastnej ochrany proti iným ochoreniam.

Očkovaním tehotných žien chránime nielen tehotnú ženu, ale dodáme IgG protilátky proti ochoreniam, ktoré novorodenec má de facto len od matky, čím zabezpečujeme jeho ochranu do doby kým si ich sám nevytvorí (do cca 6 mesiacov veku dieťaťa).

Používať sa môžu všetky neživé očkovacie látky, jedine HPV sa doočkuje po ukončení tehotnosti. Kontraindikované sú živé vakcíny. Po očkovaní nenastáva ochrana okamžite, ale asi až po 2 týždňoch po zaočkovaní.

Vakcíny, ktoré by sa mali očkovať počas každého tehotenstva, sú očkovanie proti sezónnej chrípke, dTap - (očkuje sa hlavne kvôli ochrane dieťaťa proti čiernemu kašľu), Covid 19 a RSV.

Najpreskúmanejšie sú očkovania proti chrípke a čiernemu kašľu. Vírus chrípky vie poškodiť alebo usmrtiť plod aj matku. Očkovanie proti chrípke sa vykonáva kedykoľvek počas tehotnosti, teda aj v prvom trimestri.

Očkovanie proti čiernemu kašľu je stále diskutovanejšou témou, nakoľko v SR bol v roku 2024 zaznamenaný až 19. násobný vzostup voči 5-ročnému priemeru a za prvých 5 mesiacov tohto roku už evidujeme 3889 prípadov a hlásené bolo už aj úmrtie dojčaťa. Očkovanie sa má vykonávať počas každého tehotenstva od 28. do 38. gestačného týždňa. Obe vakcíny majú indikáciu v SPC v časti 4.1 – indikácia k použitiu a majú aj odporúčanie medzinárodných a slovenských odborných spoločností

Očkovanie proti ochoreniu Covid 19 by sa malo vykonávať mRNA vakcínami v mesiacoch, kedy sa najviac predpokladá výskyt ochorenia. V roku 2024 boli k dispozícii vakcíny proti variantu s označením JN.1, pričom zaznamenané boli jeho 2 iné subtypy. Ten, kto bol zaočkovaný 3 dávkami pôvodného variantu a bol preočkovaný variantom JN.1 mal 10x vyššie protilátky ako nepreočkovaný a ochorenie prekonal zväčša asymptomaticky. Očkovanie tehotných týmto variantom má odporúčanie medzinárodných vakcinologických spoločností, nie slovenských. V SPC je len odvolávka na predošlé varianty, pretože vždy je registrovaný nový variant, nie je to ako pri chrípke – tam je mock-up varianta registrácie.

Očkovanie proti RSV je úplne novým typom očkovania. Vykonáva sa od 26. gestačného týždňa do 35. gestačného týždňa 1. dávkou. Dieťa je po narodení chránené pred RSV zatiaľ 6 mesiacov, ale štúdie pokračujú. RSV môže byť príčinou trvalých následkov pre dojča/dieťa, preto si myslím, že je treba oceniť túto vakcínu, dať jej úhrady z verejných zdrojov a aj slovenské odporúčania vedeckých odborných spoločností k jej používaniu. My by sme mali byť schopní vysvetliť našim pacientom, čo RSV vírus môže spôsobiť a ako sa voči následkom môžeme chrániť. **Očkovanie tehotných je moderná forma ochrany pred infekčnými ochoreniami matky a novorodenca, nanešťastie ju málo chápeme a využívame.**

Kľúčové slová: tehotné ženy, očkovanie, prevencia infekčných ochorení

ABSTRAKT Č. 39

OČKOVANIE TEHOTNÝCH ŽIEN V AMBULANCII VŠEOBECNÉHO LEKÁRA V PRAXI

MUDr. Mgr. Silvia OŽVOLDÍKOVÁ, PhD. MPH., MBA

ambulancia VLD Šaštín-Stráže

Očkovanie tehotných žien v ambulancii všeobecného lekára má veľký význam pre ochranu zdravia matky aj dieťaťa. Vzhľadom na zvýšené riziko komplikácií u tehotných žien pri niektorých infekčných ochoreniach sa očkovanie považuje za dôležitý preventívny krok. Medzi hlavné dôvody, prečo má očkovanie tehotných žien v ambulancií všeobecného lekára význam, je **ochrana matky pred vážnymi infekciami, prenos protilátok na plod a možnosť podania vakcíny v ambulancii všeobecného lekára ako lekára prvého kontaktu.** Očkovanie v ambulancii všeobecného lekára je nielen bezpečné, ale aj rýchlo dostupné a dobre koordinované, pretože všeobecný lekár pozná celkový zdravotný stav pacientky.

Odporúčaný **postup v ambulancii všeobecného lekára** zahŕňa zistenie gravidity pri preventívnej prehliadke alebo anamnéze pri vyšetrení na ambulancií. Následne vyhodnotenie očkovacieho statusu pacientky, informovanie pacientky o výhodách a bezpečnosti očkovania počas tehotenstva, získanie informovaného súhlasu, aplikácia vakcíny podľa aktuálne platného očkovacieho kalendára a odporúčaní ÚVZ SR alebo WHO a zápis do zdravotnej dokumentácie a eZdravia. Očkovanie sa odporúča vykonať vo vyhradených ordinačných hodinách – očkovacie poradne.

Najdôležitejšou časťou manažmentu očkovanie tehotných žien je rozhovor s pacientkou o výhodách očkovania a rizikách plynúce v prípade infekčného ochorenia preventabilného očkovaním pre pacientku – matku a jej dieťa. Medzi **argumenty pre očkovanie tehotných žien** patrí ako prvé **ochrana matky – prevencia ťažkého priebehu ochorenia,** pretože tehotné ženy majú oslabenú imunitu, a preto majú vyššie riziko komplikácií pri niektorých infekciách (napr. chrípka, COVID-19, čierny kašeľ) a napríklad pri chrípke majú tehotné ženy niekoľkonásobne vyššiu pravdepodobnosť hospitalizácie a vážneho priebehu ako zdravé netehotné ženy. Ďalej je to **ochrana plodu a novorodenca**. Očkovaním si matka vytvorí protilátky, ktoré prechádzajú cez placentu na plod a do materského mlieka po pôrode a tým sa zabezpečí pasívna imunita novorodenca počas prvých týždňov až mesiacov života, kým ešte nie je možné dieťa očkovať. Budúcej matke treba vysvetliť, že očkovanie **je prevencia smrti alebo vážnych komplikácií**

u novorodencov, očkovaním proti čiernemu kašľu v tehotenstve možno výrazne znížiť riziko nákazy novorodenca, ktorý sa ešte nemôže sám očkovať – ide o najohrozenejšiu skupinu. Medzi ďalší argument patrí, že **bezpečnosť vakcín v tehotenstve je overená.** Očkovania ako chrípka (inaktivovaná vakcína) a čierny kašeľ (Tdap) sa roky bezpečne používajú počas tehotenstva a štúdie nepreukázali zvýšené riziko pre plod ani matku (žiadne riziko potratu, vývojových vád ani predčasného pôrodu). Zároveň **očkovanie zvyšuje šance na pokojné tehotenstvo a pôrodu,** pretože znížením rizika infekcie matka nemusí byť hospitalizovaná, nevyžaduje antivirotiká či antibiotiká, čo je výhodné pre ňu aj pre dieťa. Aj **odporúčania odborných spoločností a autorít** možno použiť ako jeden z argumentov, pretože očkovanie v tehotenstve odporúča WHO, CDC (USA), ECDC, Slovenská gynekologicko-pôrodnícka spoločnosť, ako aj ÚVZ SR. **Čiže očkovanie nie je experiment, ale štandardná preventívna starostlivosť.**

Kľúčové slová: očkovanie, tehotenstvo, prevencia ochorení

BLOK MULTISYSTÉMOVÉ MYSLENIE V PRIMÁRNEJ STAROSTLIVOSTI: IMUNITA, ENDOKRINOLÓGIA, MIKROBIÓM BLOK KLINIKY VŠEOBECNÉHO LEKÁRSTVA UPJŠ A NEMOCNICE AGEL

ABSTRAKT Č. 40

OČKOVANIE A RESPIRAČNÉ OCHORENIA: AKÉ MÁ PACIENT MOŽNOSTI?

MUDr. Adriána JAROLÍMKOVÁ

Klinika všeobecného lekárstva UPJŠ LF a Nemocnice AGEL Košice-Šaca

Respiračné infekcie patria medzi najčastejšie ochorenia ovplyvňujúce zdravie populácie naprieč všetkými vekovými kategóriami. V kontexte narastajúcej epidemiologickej záťaže a kolísajúcej dôvery verejnosti v očkovanie nadobúda edukácia o vakcinácii nový význam. Prednáška predstaví aktuálne možnosti prevencie prostredníctvom vakcinácie proti kľúčovým respiračným patogénom: chrípke, SARS-CoV-2, Bordetella pertussis, pneumokokom a novinkou bude vakcinácia proti respiračnému syncyciálnemu vírusu (RSV), ktorá je od tohto roku dostupná aj na Slovensku. Cieľom prednášky je poskytnúť praktický, klinicky relevantný a aplikovateľný prehľad, ktorý umožní všeobecným lekárom a ďalším odborníkom efektívne komunikovať výhody očkovania, správne indikovať jednotlivé vakcíny a prispieť tak k zvyšovaniu zaočkovanosti populácie.

Kľúčové slová: respiračné infekcie, vakcinácia, prevencia

ABSTRAKT Č. 41

MIKROBIÓM AKO ŠIESTY ŽIVOTNÝ ZNAK: PERSPEKTÍVA JEHO UPLATNENIA V KAŽDODENNEJ KLINICKEJ PRAXI

MUDr. Bianka LAJOŠOVÁ

Klinika všeobecného lekárstva UPJŠ LF a Nemocnice AGEL Košice-Šaca

Mikrobióm je v súčasnosti chápaný ako aktívny regulačný orgán s výrazným systémovým vplyvom na imunitu, metabolizmus, neuroendokrinné funkcie aj psychický stav, a preto je niekedy označovaný ako „šiesty životný znak“. Prednáška predstavuje súčasné poznatky o význame črevného mikrobiómu pri vybraných chronických ochoreniach, ako sú obezita, depresia a autoimunitné ochorenia. Zameriava sa na klinické možnosti intervencie prostredníctvom výživy, probiotík a prebiotík, ako aj na praktické odporúčania pre efektívnu komunikáciu tejto témy s pacientom. Zohľadnenie mikrobiómu v diagnosticko-terapeutickom prístupe predstavuje nový rozmer personalizovanej medicíny a podporuje jeho integráciu do každodennej klinickej praxe.

Kľúčové slová: mikrobióm, chronické ochorenia, personalizovaná medicína

ABSTRAKT Č. 42

KEĎ MOZOG KRIČÍ A ŠTÍTNA ŽĽAZA MLČÍ

MUDr. Lukáš OLŠAVSKÝ

Klinika všeobecného lekárstva UPJŠ LF a Nemocnice AGEL Košice-Šaca

Akútny neurologický deficit je v prednemocničnej fáze často spájaný s podozrením na cievnu mozgovú príhodu, no existujú stavy, ktoré môžu mozgovú príhodu klinicky imitovať a zároveň si vyžadujú odlišný terapeutický prístup. Jedným z nich je dekompenzovaná hypotyreóza, ktorá môže vyvolať obraz fokálneho neurologického postihnutia, poruchy vedomia či myxedémovej kómy. Prednáška poukazuje na význam včasného rozpoznania hypotyreózy ako diferenciálnej diagnózy pri akútnych neurologických prejavoch. Cieľom je rozšíriť povedomie o endokrinných príčinách v rámci diferenciálnej diagnostiky tzv. „stroke mimics“ a podporiť komplexnejší diagnostický prístup pri akútnych stavoch.

Kľúčové slová: akútny neurologický deficit, hypotyreóza, diferenciálna diagnostika

BLOK MEDICÍNA V POHYBE: BOJ SO ZÁVISLOSŤAMI V 21.STOROČÍ

ABSTRAKT Č. 43

ZÁVISLOSTI – FAKTY, KTORÉ BOLIA

prof. MUDr. PhDr. Mgr. Peter KALANIN, PhD. et PhD., MHA, MPH, DBA

Ústav všeobecného lekárstva UPJŠ LF a MED – KAL, s. r. o. Rastislavova 45, 040 01 Košice

Závislosti predstavujú jedno z najvážnejších zdravotno-sociálnych bremien súčasnosti. V kontexte Slovenska za posledné desaťročie výrazne stúpol počet hospitalizácií súvisiacich s návykovými látkami, najmä alkoholom, nikotínom a opiátmi, čo sú aj najčastejšie závislosti na Slovensku. Digitalizácia priniesla nové formy závislostí – od sociálnych sietí po online gambling. Digitálne závislosti sa dostali už na štvrté miesto. Prednáška prináša aktuálne epidemiologické údaje, reflektuje ekonomické dopady na zdravotnícky systém a zároveň poukazuje na bolestivé psychologické dôsledky, ktorým čelia jednotlivci i rodiny. Za každým číslom sa skrýva príbeh, ktorý väčšinou je smutný.

Počty závislých osôb nie sú presne známe, ale máme niektoré údaje z NCZI a Úradu verejného zdravotníctva. Tieto čísla sú pre našu spoločnosť alarmujúce. Uvádza sa, že viac ako 400 tisíc ľudí je závislých na alkohole. Vo všetkých vekových skupinách, od mladistvých po seniorov. Mnoho z nich skončí na urgentnom príjme. Priemerný Slovák vypije 12 litrov alkoholu ročne. V roku 2023 sa zo závislosti od alkoholu liečilo viac než 21 000 poistencov len vo Všeobecnej zdravotnej poisťovni. Liečba závislosti od alkoholu stála poisťovňu takmer 20 miliónov eur. Alkohol je najrozšírenejšou závislosťou z hľadiska nákladov na liečbu aj spoločenského dopadu.

V roku 2023 bolo 2893 osôb liečených pre drogovú závislosť, skoro polovica z nich liečená opakovane (80,5 % muži, 19,5 % ženy). Tento údaj zahŕňa len osoby, ktoré podstúpili liečbu, takže skutočný počet závislých môže byť výrazne vyšší, keďže mnohí sa neliečia alebo nie sú evidovaní.

Fajčenie je najrozšírenejšia toxikománia z hľadiska spoločenského výskytu. Je za ňu zodpovedný nikotín. Dospelý Slovák vyfajčí ročne priemerne 2360 cigariet. A dnes k tomu pribúdajú nikotínové výrobky novej generácie-nikotínové sáčky, nahrievaný tabak, žuvací tabak, elektronické cigarety. Sú rovnako škodlivé alebo menej? Táto otázka je predmetom diskusie na európskych aj svetových kongresoch. A je nanajvýš aktuálna. Fajčenie je najrozšírenejším návykovým správaním, ktoré si vyžaduje dlhodobú pozornosť a prevenciu.

V neposlednom rade je potrebné sa venovať digitálnym závislostiam, kde počet závislých sa každým rokom zvyšuje a má vplyv na psychické zdravie. Digitálne závislosti sú moderným fenoménom, ktorý sa týka najmä mladých ľudí, ale čoraz častejšie aj dospelých. Ide o kompulzívne a nekontrolované používanie digitálnych technológií, ako sú smartfóny, sociálne siete, online hry či streamovacie služby. Závislosť od internetu, od sociálnych sietí, online gaming, kybersex a online pornografia sú pojmy, s ktorými sa budeme stretávať čoraz častejšie. Už dnes poznáme niektorých ľudí, ktorí majú pocit úzkosti pri absencii smartfónu.

Závislosti v akejkoľvek forme majú dopad na zdravie človeka, rodinu a celú spoločnosť. Zmeny v mozgu, znížená schopnosť koncentrácie, úzkosť, depresia, poruchy spánku a nízka spokojnosť so životom sú výsledkom aj závislostí. Je potrebné o tom diskutovať a nájsť riešenie, alebo aspoň minimalizovať následky.

Kľúčové slová: závislosti, alkohol, nikotín, opiáty, digitálne závislosti

ABSTRAKT Č. 44

KAŠTIEĽ, KTORÝ LIEČI

Mgr. PhDr. Vladimír STANISLAV, PhD. MPH

Odborný liečebný ústav psychiatrický n.o. Predná Hora

Cieľ a úloha OLÚP n.o. Predná Hora v liečbe závislostí: V našom príspevku sa zameriame na podrobnú analýzu a osvetlenie postupov prijatia, liečby, doliečovania, rodinnej terapie a výskumnej činnosti v OLÚP n.o. Predná Hora, ktorá plní dôležitú úlohu v liečbe adiktologických problémov na Slovensku. Týmto chceme poskytnúť lekárom prvého kontaktu komplexné vedomosti a nástroje na účinnú podporu pacientov zápasiacich so závislosťou.

Príjem pacientov: Prvým krokom v terapeutickom procese je prijatie pacienta do zariadenia. OLÚP n.o. Predná Hora kladie dôraz na komplexné vstupné vyšetrenie, ktoré zahŕňa lekárske, psychologické a sociálne zhodnotenie stavu pacienta. Tento multidisciplinárny prístup je kľúčový pre identifikáciu špecifických potrieb a na mieru šitých intervenčných stratégií. Hneď na začiatku je tiež dôležité zapojenie rodiny, ktorá môže poskytnúť ďalšie informácie a podporu počas liečby.

Liečba závislostí: Liečba v OLÚP n.o. Predná Hora využíva integráciu farmakoterapie a psychoterapie. Lekári a terapeuti tu spolupracujú na pláne liečby, ktorý kombinuje medikamentóznu podporu na zmiernenie abstinenčných príznakov s rôznymi psychoterapeutickými metódami, ako sú kognitívno-behaviorálna terapia, motivačné rozhovory a skupinová terapia. Dôležitým aspektom liečebného procesu je aj edukácia pacientov o ich stave a možnostiach zotavenia, ktoré podporujú ich aktívne zapojenie do vlastného procesu uzdravenia.

Doliečovanie: Jednou z kľúčových fáz liečby je doliečovanie, ktoré zabezpečuje dlhodobú podporu pacientov po ich prepustení z liečebného režimu. OLÚP n.o. Predná Hora ponúka pokračujúcu starostlivosť formou pravidelných kontrol a skupinových stretnutí, kde môžu pacienti zdieľať svoje pokroky a prekážky, ktoré v post-liečbe čelia. Týmto spôsobom sa minimalizuje riziko recidívy a udržuje sa podpora pre trvalé zotavenie.

Rodinná terapia: Úspešnosť liečby závislostí je často úzko spojená s rodinným prostredím pacienta. Preto v OLÚP n.o. Predná Hora ponúkame rodinnú terapiu, ktorá pomáha rodinám pochopiť a podporiť zotavenie svojho blízkeho. Tieto terapeutické sedenia sa sústreďujú na zlepšovanie komunikácie, riešenie konfliktov a posilňovanie vzájomnej podpory v rodine. Zapojenie rodiny je dôležité nielen pre podporu pacienta, ale aj pre zvýšenie šancí na jeho plnú a trvalú abstinenciu.

Nové trendy a prístupy: Okrem tradičných prístupov kombinuje OLÚP n.o. Predná Hora aj moderné techniky, ako je mindfulness či

neurofeedback, ktoré pomáhajú pacientom vysporiadať sa so stresom a posilniť sebakontrolu. OLÚP n.o. Predná Hora sa podieľala na štúdiách a výskumoch skúmajúcich efektivitu liečby a znižovanie rizík, ktoré umožňujú personalizovanú a rýchlejšiu diagnostiku závislostí. Novým trendom je použitie digitálnych technológií, ako sú online platformy a aplikácie, ktoré umožňujú monitorovanie zdravotného stavu a zlepšujú komunikáciu medzi pacientmi a terapeutmi. Vyzdvihneme aj účasť tohto zariadenia na výskumoch, ktoré prispeli k zlepšeniu terapeutických metód. Cieľom našej prezentácie je demonštrovať, ako účinné nové terapeutické trendy a výskumy, na ktorých OLÚP n.o. participovala, prispievajú k zvyšovaniu kvality starostlivosti o pacientov so závislosťami.

Záver: V závere našej prezentácie chceme upriamiť pozornosť na synergické prepojenie rôznych aspektov liečebného procesu, ktoré prispievajú k celkovému úspechu uzdravovacieho procesu. Týmto pozývame všeobecných lekárov do spolupráce a výmeny skúseností, aby sme spoločne prispeli k lepšej starostlivosti o pacientov so závislosťami a uľahčili ich cestu k uzdraveniu. Tešíme sa na vzájomnú diskusiu a výmenu skúseností, ktorá prispeje k lepšiemu porozumeniu a zvládaniu problematiky závislostí v rámci všeobecnej lekárskej praxe.

Kľúčové slová: adiktológia, holistický prístup, multidisciplinarita, nové trendy, všeobecný lekár

ABSTRAKT Č. 45

NIKOTÍN – DÁTA BEZ CITOV

doc. MUDr. Viola VARGOVÁ, PhD., MUDr. Juliana GABZDILOVÁ, PhD.
UPJŠ Košice

Nikotín je alkaloid, ktorý sa prirodzene vyskytuje v rastline tabaku (*Nicotiana tabacum*) a v menšej miere aj v iných rastlinách čeľade ľuľkovitých (napr. paradajky, zemiaky, baklažán). Účinky nikotínu sú rozsiahle a ovplyvňujú prakticky celé telo. V rámci centrálneho nervového systému (CNS) nikotín pôsobí stimulačne, čo sa prejavuje zvýšenou bdelosťou, pozornosťou, koncentráciou a zlepšením pamäte. Hoci mnoho fajčiarov vníma nikotín ako prostriedok na zvládanie úzkosti a stresu, v skutočnosti môže dlhodobá expozícia tieto stavy zhoršovať. Nikotín tiež môže potláčať chuť do jedla a zvyšovať metabolizmus.

Na kardiovaskulárny systém má nikotín výrazný vplyv prostredníctvom stimulácie sympatického nervového systému, čo vedie k zvýšeniu srdcovej frekvencie a krvného tlaku. Zároveň spôsobuje vazokonstrikciu, teda zúženie ciev, čím znižuje prietok krvi v periférnych cievach. V gastrointestinálnom systéme nikotín zvyšuje motilitu čriev a môže dokonca zvyšovať riziko peptických vredov. Čo sa týka celkového metabolizmu, nikotín ho zrýchľuje, čo môže u fajčiarov prispievať k nižšej telesnej hmotnosti. Napokon, na periférny nervový systém pôsobí stimuláciou ganglií autonómneho nervového systému. Nikotín negatívne ovplyvňuje vývoj plodu. Nie je to ale karcinogén. Nikotín ako primárna psychoaktívna

zložka tabakových výrobkov, je kľúčovou látkou zodpovednou za rozvoj závislosti od fajčenia. Jeho extrémna návykovosť ho radí medzi najsilnejšie závislosť vyvolávajúce látky.

Fajčenie je často vnímané ako zlozvyk alebo osobné rozhodnutie, no v skutočnosti ide o multidimenzionálny problém verejného zdravia, ktorý si vyžaduje komplexné preventívne a terapeutické prístupy. Tabakové splodiny predstavujú vážne riziko pre ľudské zdravie, a to nielen pre samotných fajčiarov, ale aj pre pasívnych fajčiarov v ich okolí. Pri spaľovaní tabaku vzniká viac než 7 000 chemických látok, z ktorých približne 100 je klasifikovaných ako škodlivé alebo potenciálne škodlivé a najmenej 70 preukázateľne karcinogénnych. Medzi najnebezpečnejšie patria oxid uhoľnatý, formaldehyd, benzén, arzén či ťažké kovy ako kadmium a olovo. Tieto látky poškodzujú dýchací a kardiovaskulárny systém, oslabujú imunitu a môžu spôsobiť vážne ochorenia vrátane rakoviny pľúc, chronickej bronchitídy či infarktu myokardu. Navyše, toxické látky obsiahnuté v dyme predstavujú zdravotné riziko aj nefajčiarov, ktorí sú vystavení sekundárnemu fajčeniu.

Tento fakt podčiarkuje potrebu integrovaného prístupu k prevencii, intervencii a liečbe fajčiarskej závislosti vrátane dôslednej aplikácie odporúčaných postupov na odvykanie od fajčenia, ako aj legislatívnych opatrení na ochranu verejnosti pred pasívnou expozíciou tabakovému dymu.

Zdravotnícki pracovníci zohrávajú kľúčovú úlohu v prevencii a odvykaní od fajčenia a mali by byť aktívni v identifikácii, edukácii a podpore pacientov pri zanechaní fajčenia, ako aj pri ochrane verejnosti pred pasívnym dymom.

Kľúčovými komponentmi komplexného prístupu k odvykaniu od fajčenia zostávajú nikotínová substitučná liečba (NRT), bupropión a vareniklín. V poslednom období sa však diskusia o stratégiách zanechania fajčenia rozšírila aj o potenciál iných nikotínových výrobkov, ako sú elektronické cigarety, pričom relevantné porovnávacie štúdie boli prezentované napríklad aj na kongrese European Society of Cardiology.

Pre efektívne odvykanie je kľúčové prispôsobiť prístup individuálnym charakteristikám fajčiara, vrátane stupňa závislosti, osobných preferencií a pridružených ochorení. Koncept znižovania rizika, ktorý je v medicíne etablovaný v súvislosti s inými diagnózami, ponúka potenciálnu stratégiu pre tých pacientov, ktorí z akéhokoľvek dôvodu nie sú schopní alebo ochotní prestať fajčiť okamžite. Konečným cieľom jednoznačne je byť úplné zanechanie fajčenia.

Kľúčové slová: nikotín, negatívne účinky, komplexný prístup k odvykaniu od fajčenia

SESTERSKÁ SEKCIA

BLOK I. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK

ABSTRAKT Č. 46

OBJAV CONRADA RŐNTGENA – ZÁKLADNÁ DIAGNOSTICKÁ METÓDA V MEDICÍNE UŽ 130 ROKOV

MUDr. Katarína DOSTÁLOVÁ, PhD., MPH, Mgr. Daniela HAJNALOVÁ, MUDr. Emília ADJINDOVÁ, MUDr. Mgr. Naďa JANKELOVÁ, doc. MUDr. Denisa NIKODÉMOVÁ, CSc. MUDr. Vladimír JAVORKA, PhD.

SZU a UNB, Bratislava

Rádiologické zobrazovacie metódy sa v súčasnosti považujú za zlatý štandard v medicínskej diagnostike.

Wilhelm Conrad Röntgen (obr. 1) objavil röntgenové lúče náhodou pri experimentovaní s fluorescenciou produkovanou vo vákuových trubiciach. **8. novembra 1895** Röntgen urobil legendárny prvý snímok kostí ruky svojej manželky (obr. 2). Jedinečná metóda poskytujúca neinvazívny obraz vnútorných štruktúr ľudského tela zásadne zmenila diagnostické postupy v medicíne. **V roku 1901 získal Röntgen prvú Nobelovu cenu za fyziku.**

Dr. Vojtech Alexander (obr. 3), všeobecný lekár z Kežmarku, sa osobne stretol s Röntgenom, od ktorého získal informácie o röntgenových lúčoch a jeho prístroji.

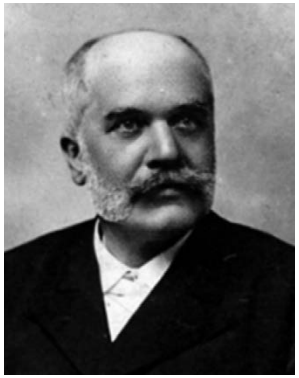
V roku 1897, dva roky po objavení röntgenových lúčov, dal Spišský spolok lekárov a farmaceutov súhlas na zakúpenie prvého röntgenového prístroja.



Obr. 1: Wilhelm Conrad Röntgen



Obr. 2: RTG snímka ruky manželky C. Röntgena (1845–1923)



Obr. 3: Dr. Vojtech Alexander všeobecný lekár z Kežmarku (1857–1916)

Koncom roka 1897 dodala spoločnosť Reiniger Gebert und Schall z Erlangenu do Kežmarku jeden z prvých sériovo vyrobených röntgenových prístrojov a zároveň prvý na území terajšieho Slovenska. V roku 1914 sa Dr. Alexander stal riadnym profesorom rádiológie na Lekárskej fakulte Univerzity v Budapešti.

Každý rok sa na celom svete vykoná viac ako 3,6 miliardy röntgenových vyšetrení a realizuje 7,5 milióna rádiologických intervencií. Približne 2,3 milióna zdravotníckych pracovníkov pracuje s röntgenovým žiarením. Biologické účinky ionizujúceho žiarenia na ľudský organizmus rozdeľujeme na deterministické alebo stochastické. **Deterministické účinky ionizujúceho žiarenia** sa prejavujú po prekročení tzv. prahovej dávky. Tá nie je u všetkých orgánov rovnaká, náchylnosť buniek k poškodeniu žiarením popisuje pojem rádiosenzitívnosť. Pre **stochastické účinky ionizujúceho žiarenia** ionizujúceho žiarenia (spôsobujúce nádorové ochorenia alebo dedičné genetické zmeny) prahová dávka neexistuje, aj keď ich riziko tiež progresívne stúpa s dávkou.

Radiačnú bezpečnosť pacientov, lekárov a laborantov usmerňujú predpisy. Nariadenie Vlády SR o základných bezpečnostných požiadavkách na ochranu zdravia pracovníkov a obyvateľov pred ionizujúcim žiarením stanovuje dávkové limity pre ožiarenie 100 mSv počas piatich za sebou nasledujúcich rokov. Ročný limit expozície by nemal prekročiť 50 mSv.

Využitie röntgenového žiarenia v medicíne je široké ako v diagnostike tak aj liečbe. **Napĺňa nás hrdosťou, že jedným z prvých priekopníkov röntgenológie vo svete bol všeobecný lekár z Kežmarku Dr. Vojtech Alexander.**

Kľúčové slová: rádiologické diagnostické metódy, Wilhelm Conrad Röntgen, MUDr. Vojtech Alexander, ionizujúce žiarenie, radiačná bezpečnosť

ABSTRAKT Č. 47

VASKULÁRNA INTERVENCIA U PACIENTOV S PERIFÉRNYM ARTÉRIOVÝM OCHORENÍM A JEJ PRÍNOS PRE ZLEPŠENIE KVALITY ŽIVOTA

MUDr. Katarína DOSTÁLOVÁ, PhD. MPH[1,2], Mgr. Daniela HAJNALOVÁ[2], MUDr. Peter MIKULA[1,3], MUDr. Jakub HENNEL [2,3], MUDr. Martin KOKLES[2], MUDr. Katarína TOKARČIKOVÁ, PhD.[4]

[1]SZU, Bratislava
[2]UNB, Bratislava
[3]LF UK, Bratislava
[4]LF UPJŠ, Košice

Úvod

Periférne artériové ochorenie (PAO) vážne ovplyvňuje úmrtnosť populácie, ako aj kvalitu každodenného života jednotlivcov, najmä prostredníctvom klaudikácie, ktorá obmedzuje chôdzu a denné aktivity.

Kritická končatinová ischémia (KKI) je najvážnejším štádiom PAO. Ročná incidencia KKI vo svete sa odhaduje na 500 až 1000 na milión dospelých. Predpokladá sa, že v priebehu jedného roka po stanovení diagnózy približne 25 % pacientov zomrie a 30 % podstúpi veľkú amputáciu. KKI negatívne ovplyvňuje kvalitu života.

Dôsledná a komplexná konzervatívna liečba je účinná u väčšiny klaudikujúcich pacientov. K revaskularizácii chirurgickej či rádiologickej v klaudikačnom štádiu ochorenia pristupujeme len v prípade naliehania pacienta alebo v prípade veľmi krátkej klaudikačnej vzdialenosti menej ako 50 metrov. U každého pacienta zvažujeme individuálne prínos a riziko invazívneho radikálneho riešenia.

V observačnej retrospektívnej štúdii sme analyzovali súbor pacientov odoslaných na angiologickú ambulanciu s podozrením na PAO. Zistili sme, že ak sa u odoslaného pacienta už vyvinula ulcerácia na nohe, žiaľ, jeho šanca na úmrtie do 3 rokov od prvej návštevy angiológa bola 2 422× vyššia ako u pacienta, ktorý bol odoslaný bez ulcerácie.

Pri zvažovaní o správnom načasovaní intervencie využívane neinvazívne sledovanie (sledovanie klaudikačnej vzdialenosti, určovanie členkovobrachiálneho a prstovo-brachiálneho tlakového indexu) efektu liečby (farmakologickej: antiagreganciá, antihypertenzíva, antidiabetiká, naftidrofuryl) a režimových opatrení (svalový tréning, zanechanie fajčenia).

Pacientov, u ktorých sa napriek vyťaženej liečbe skracuje klaudikačná vzdialenosť, sledujeme frekventnejšie každých 3-6 mesiacov, aby sme načasovali intervenciu a predišli vývoju KKI. Uvádzame kazuistiky, keď správne načasovanie revaskularizácie odvrátilo vznik KKI.

Kazuistika

Pred tromi rokmi prišiel na našu kliniku 60-ročný pacient s klaudikáciami pravej nohy v dĺžke 100 m. Fajčiar s predtým neliečenou arteriálnou hypertenziou (AH), elektrikár, ženatý, má 16-ročnú dcéru. Sonografia preukázala závažné aterosklerotické zmeny v povrchovej femorálnej artérii (AFS) ľavej dolnej končatiny. Pacienta sme motivovali, aby prestal fajčiť (postupne alebo ihneď), čo sa mu podarilo okamžite. Začali sme s regulérnou liečbou AH vrátane pravidelného selfmonitorinu. Do liečby sme pridali statíny. Pacienta sme dôsledne inštruovali o dennom svalovom tréningu chôdzou, čo ihneď začal vykonávať. Klaudikácie sa ďalej nezhoršovali. Liečbu sme potenciovali naftidrofurylom a ginko biloba. Klaudikácie sa nezhoršovali, ale ani sa nezlepšovali. Jeho manželka prichádza so sťažnosťou na erektilnú dysfunkciu (ED), pacient zvažuje predčasný odchod do dôchodku, pretože práca elektrikára si vyžaduje chôdzu. Dochádza k výraznému zníženiu členkovo-brachiálneho a prsto-brachiálneho indexu. Napriek absencii príznakov kritickej ischémie končatiny sme sa poradili s vaskulárnym intervencionistom. CT angiografia preukázala závažné stenotizácie a. iliaca externa ldx. (AIE) a pravého predkolenia. Intervenčný rádiológ technicky úspešne rekanalizuje AIE ldx., nasleduje duálna antiagregačná liečba v priebehu 3 mesiacov. Klaudikačná vzdialenosť sa ihneď po výkone predlžuje na 650 m. Pacient sa vracia do práce a rozhodol sa podporovať štúdium svojej dcéry počas nasledujúcich 5 rokov. Manažment rizikových faktorov ako prevencia restenózy pokračuje dôsledne ďalej s následným postupným predlžovaním klaudikačnej vzdialenosti, čo dokumenuje aj vzostup členkovo-brachiálneho a prsto-brachiálneho indexu.

Záver

Naším cieľom je záchrana končatiny, záchrana života a nemalou mierou zlepšenie kvality života zachovaním chôdze a samostatnosti. Komplexný a konzistentný prístup k riešeniu rizikových faktorov spolu s vhodne načasovanou vaskulárnou intervenciou má potenciál radikálne zlepšiť kvalitu života motivovaného a disciplinovaného pacienta s PAO.

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

BLOK **II. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK FAKULTY VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA SZU BRATISLAVA**

ABSTRAKT Č. 48

VREDY PREDKOLENIA U PACIENTOV S LYMFEDÉMOM

Lenka ZEHEROVÁ, dipl. s.

SANARE, spol. s r. o., pracovisko Súkromná kožná klinika DOST Svidník

Vredy predkolenia predstavujú závažný zdravotný problém, najmä u pacientov trpiacich lymfedémom. Lymfedém, charakterizovaný akumuláciou lymfatickej tekutiny v tkanivách, vedie k chronickému opuchu a poškodeniu kožnej bariéry. U týchto pacientov je zvýšené riziko vzniku vredov predkolenia v dôsledku zhoršeného hojenia rán, chronického zápalu a zmenenej mikrocirkulácie. Hlavnými faktormi ovplyvňujúcimi vznik vredov sú venózna insuficiencia, znížená imunita a opakujúce sa infekcie, ako napríklad eryzipel. Terapia vredov predkolenia u pacientov s lymfedémom si vyžaduje multidisciplinárny prístup, ktorý zahŕňa kontrolu lymfatického opuchu (pomocou kompresnej terapie a manuálnej lymfodrenáže), optimalizáciu starostlivosti o rany a prevenciu infekcií. Významnou súčasťou liečby je aj edukácia pacienta, zameraná na prevenciu poranení, správnu hygienu a zvládanie rizikových faktorov. Včasná diagnostika a komplexná liečba môžu významne zlepšiť kvalitu života pacientov a minimalizovať riziko recidívy vredov predkolenia. Táto prednáška zdôrazňuje potrebu individualizovaného prístupu k pacientom s lymfedémom a vredmi predkolenia, pričom zdôrazňuje dôležitosť interdisciplinárnej spolupráce v liečbe.

Kľúčové slová: vredy predkolenia, lymfedém, edukácia pacienta, individualizovaný prístup, interdisciplinárna spolupráca

ABSTRAKT Č. 49

ONYCHOMYKÓZY A LEKÁRSKA PEDIKÚRA U DIABETIKOV

Vlasta HROMOHOVÁ

SANARE, spol. s r. o., pracovisko Súkromná kožná klinika DOST Svidník

Diabetes mellitus je metabolická porucha, ktorá podmieňuje rôzne zmeny vo viacerých orgánoch a komplikácie vo funkciách organizmu. S diabetom sa spájajú kožné prejavy, ktoré môžu predchádzať samotnému ochoreniu alebo vzniknúť následne. Najčastejšie sú podmienené cievnym a nervovým poškodením. Príznaky: svrbenie, znížená hladina bolesti, citlivosti, poškodenie tkaniva na dolných končatinách, pomaly vznikajúci vred v mieste tlaku, následné riziko vzniku infekcie, pocit pálenia, brnenia až pocit nepokojných nôh v noci, diabetické poškodenie nervov, pri ktorom vznikajú mozole, otlaky, pri ktorých dochádza ku vzniku diabetickej nohe na chodidlách a prstoch dolných končatín Jednou z častých infekcií je mykóza, ktorá sa najčastejšie začína medzi prstami nôh. Koža je erytematózna, ošupuje sa, svrbí a tvoria sa bolestivé praskliny. Zápal sa môže šíriť na spodnú časť prstov a chodidlá a nechty. Pri takýchto prejavoch je vhodná včasná edukácia a najmä prevencia v zmysle pravidelnej pedikúry.

Kľúčové slová: onychomykózy, lekárska pedikúra, diabetici, prevencia, edukácia

BLOK III. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK

ABSTRAKT Č. 50

MEDIÁLNY OBRAZ SESTIER

PhDr. Bc. Andrea ŠEVČOVIČOVÁ, PhD., MPH

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n.o.
Inštitút sociálnych vied a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča v Prešove

Mediálny obraz predstavuje špecifický súhrn mediálnych správ o subjekte, osobe, téme alebo osobnosti. Prostredníctvom vystúpení v médiách a dostupných správ si môže verejnosť vytvoriť názor na kohokoľvek, kto je prezentovaný silou zvukových a obrazových médií, prostredníctvom publikácií v tlačenej alebo online podobe. Vytváraný mediálny obraz však nemusí odzrkadľovať skutočnú realitu. Ide o imidž, ktorý vtláčajú média za využitia prezentovaných mediálnych správ a výstupov.

Zdravotníctvo, ktorého neodmysliteľnou súčasťou sú aj sestry, tiež podlieha záujmu spoločnosti, s čím sú spojené aj mediálne výstupy dostupné verejnosti. V prípade sestier ide najčastejšie o prezentáciu a zobrazenie v televíznych seriáloch či filmoch, v rôznych reportážach zo zdravotníckeho prostredia, či v publikačných výstupoch odborných alebo populárno-náučných časopisov. Nie vždy však ide o pozitívnu prezentáciu na verejnosti, k čomu negatívne prispievajú aj samotné sestry.

Vystupovaním na sociálnych sieťach verejným vyjadrovaním negatívnych názorov a postojov na konkrétne situácie, často nekultivovaným prezentovaním nespokojnosti voči zamestnávateľom, situácií v zdravotníctve, či stavovskej organizácii aj bez overenia skutočnosti, prispievajú k vytváraniu negatívneho obrazu v očiach verejnosti.

Pre posilnenie profesionálneho imidžu a podporu pozitívneho mediálneho obrazu je však dôležité vyzdvihnúť ich kvality, poukázať na význam činnosti v prospech pacienta a medializovať nezastupiteľnú úlohu sestier pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Budovať pozitívny imidž je možné aj prostredníctvom sociálnych sietí, pretože informácie sa dokážu v krátkom čase distribuovať k veľkému počtu ľudí.

Kľúčové slová: imidž sestier, mediálny obraz, prezentácia na verejnosti, sestry v médiách, sociálne siete

ABSTRAKT Č. 51

STREDNODOBÝ ŽILOVÝ VSTUP V AMBULANTNEJ PRAXI

PhDr. Daniela RYBÁROVÁ, PhD.

OAIM, FNsP J. A. Reimana Prešov
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n.o.

PICC je katéter, ktorý spĺňa kritériá permanentného venózneho vstupu. Je zavádzaný za ultrazvukovej navigácie do niektorej zo žíl na hornej končatine – v. basilica, v. cephalica alebo v. brachialis. Proces zavedenia zahŕňa prípravu pacienta, prostredia a nástrojov, samotné zavedenie katétra, jeho preplach, fixáciu, krytie a dokumentácia zákroku. Každá z týchto fáz zohráva dôležitú úlohu pri zabezpečení bezpečného a efektívneho zavedenia PICC, minimalizácii rizík a prevenciu komplikácií.

Jeho zavedenie sa odporúča u pacientov, ktorí potrebujú cievny prístup na viac ako dva týždne. Je určený na odbery venóznej krvi, podávanie roztokov s extrémne vysokým alebo nízkym pH, parenterálnej výživy, vrátane domácej, v prípade straty množstva tekutín a elektrolytov pri ochoreniach čriev u pacientov s kolostómiou alebo ileostómiou, keď nie je adaptačná schopnosť čreva dostatočná, pri ochoreniach, ktoré si vyžadujú podávať liečivá nepravidelne ako napr. astma bronchiale, srdcová nedostatočnosť, epilepsia, minerálna dysbalancia, podávanie dlhodobej analgetickej, antibiotickej terapie a na dlhodobú chemoterapiu. Nevyžaduje každodenné ošetrovanie, ale umožňuje rýchlu aplikáciu intravenóznych liečiv.

PICC prispieva k zabezpečovaniu kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti, ku komfortu pre pacientov pri podávaní intravenóznej liečby a jeho zavedenie môže prispieť k zlepšeniu kvality života nevyliečiteľne chorých a umierajúcich pacientov, ktorým umožňuje pohodlnejšie podávanie napr. analgetickej liečby. Zlepšenie znalostí a zručností sestier v oblasti starostlivosti o PICC môže minimalizovať možné komplikácie, zvýšiť bezpečnosť

a spokojnosť pacientov, ale aj znížiť finančné náklady na zdravotnú starostlivosť.

Kľúčové slová: PICC, indikácie zavedenia, ošetrovateľská starostlivosť

BLOK IV. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK

ABSTRAKT Č. 52

AKTÍVNA STAROSTLIVOSŤ O SVOJE ZDRAVIE AKO SÚČASŤ ZDRAVOTNEJ GRAMOTNOSTI

PhDr. Mgr. Mariana MAGERČIAKOVÁ, PhD., MPH, MBA, PhDr. Katarína ZRUBÁKOVÁ, PhD.

Katolícka univerzita v Ružomberku, Fakulta zdravotníctva, Katedra ošetrovateľstva

Zdravotná gramotnosť je schopnosť získavať, prečítať, pochopiť a využiť zdravotné informácie tak, aby človek mohol správne rozhodovať o svojom zdraví. Jej súčasťou je aj aktívna starostlivosť o svoje zdravie. Túto oblasť sme skúmali prostredníctvom slovenskej verzie štandardizovaného meracieho nástroja Health Literacy Questionnaire (HLQ) na základe HLQ™ licenčnej zmluvy. Aktívna starostlivosť o svoje zdravie predstavuje tretiu doménu z deviatich domén HLQ.

Cieľom výskumu bolo zistiť skóre škál v jednotlivých doménach zdravotnej gramotnosti u pacientov s artériovou hypertenziou, pričom v tomto príspevku sú prezentované parciálne výsledky so zameraním na Doménu 3: Aktívna starostlivosť o svoje zdravie. Výskumný súbor tvorilo 391 respondentov s ochorením artériová hypertenzia vo veku od 20 do 88 rokov. Celkové priemerné skóre v doméne 3 bolo dosiahnuté na úrovni 2,84 z maximálneho skóre 4. Najnižšie skóre 2,75 bolo dosiahnuté v položke zameranej na trávenie dostatočného času aktívnou starostlivosťou o svoje zdravie a najvyššie skóre 2,88 bolo zaznamenané v položke: napriek ostatným veciam v mojom živote si stále nájdem čas na starostlivosť o moje zdravie.

Štatistickými metódami ANOVA, Chí-kvadrát test a t-test dvoch stredných hodnôt sme overovali vplyv veku, pohlavia, bydliska a vzdelania respondentov na skóre dosiahnuté v doméne 3. Ako štatisticky významné faktory v aktívnej starostlivosti o svoje zdravie sa v našom výskumnom súbore potvrdili pohlavie, vzdelanie a bydlisko. V podpore aktívnej starostlivosti o svoje zdravie u laickej verejnosti majú významnú pozíciu sestry vo všeobecnej ambulantnej starostlivosti, pričom príspevok prináša aj náčrt vhodných intervencií v tejto oblasti.

Kľúčové slová: aktívna starostlivosť o svoje zdravie, Health Literacy Questionnaire (HLQ), sestra, všeobecná ambulantná starostlivosť, zdravotná gramotnosť

ABSTRAKT Č. 53

ZDRAVOTNÁ GRAMOTNOSŤ A FARMAKOLOGICKÁ LIEČBA SENIOROV V AMBULANTNEJ STAROSTLIVOSTI

PhDr. Katarína ZRUBÁKOVÁ, PhD., PhDr. Mgr. Mariana MAGERČIAKOVÁ, PhD., MPH, MBA,

Fakulta zdravotníctva Katolícka univerzita Ružomberok

Farmakoterapia patrí k najčastejším metódam liečby vo vyššom veku. Na rozdiel od mladšej vekovej kategórie sa s ňou však spája viac problémov. Problémy môžu súvisieť s množstvom liečiv, nakoľko vyšší vek je spájaný s polymorbiditou, ale aj s nedostatočnou spoluprácou pri liečbe zo strany seniora, respektíve jeho nedostatočnými informáciami o správnom užívaní liečiv. Aj cieľom príspevku je opísať význam spolupráce seniora pri farmakoterapii, respektíve jeho uvedomelého prístupu pri samomedikácii. Práve compliance seniora pri užívaní predpísaných liečiv a racionálne nakupovanie voľno predajných liekov a doplnkov výživy má súvis so zdravotnou i digitálnou gramotnosťou. To nám potvrdil aj terénny výskum u seniorov a lekárov v primárnej starostlivosti.

Metódami výskumu bol polo štruktúrovaný rozhovor, účastnícke pozorovanie a analýza zdravotných záznamov. Výskumný súbor tvorilo 107 seniorov žijúcich v mestách a obciach okresov Ružomberok a Nové Mesto nad Váhom a 14 lekárov pracujúcich vo všeobecných ambulanciách. V oboch súboroch a triangulácou metód sme zistili, že veľký počet liekov, zlý zdravotný stav, nežiaduce účinky liečiv, ale aj sociálne zázemie a demografické charakteristiky úzko súvisia s nízkou úrovňou zdravotnej gramotnosti. Z demografických charakteristík to bolo predovšetkým pohlavie a úroveň vzdelania. Ženy a respondenti s učňovským a stredoškolským vzdelaním mali vyššiu úroveň zdravotnej gramotnosti. Ženy sa viac zaujímali o informácie v súvislosti s možnosťami liečby vlastného alebo manželovho chorobného stavu. Informácie najčastejšie získavali od zdravotníckych pracovníkov, z letákov v lekárňach a internetu.

Kľúčové slová: ambulantná starostlivosť, compliance, farmakoterapia, seniori, zdravotná gramotnosť

Príspevok je súčasťou výskumu projektu KEGA 002KU-4/2025 Digitálna zdravotná gramotnosť seniorov z perspektívy ošetrovateľstva a fyzioterapie.

ABSTRAKT Č. 54

ODBORNO-MORÁLNO-ETICKÉ ASPEKTY PRÁCE AMBULANTNEJ SESTRY

PhDr. Zuzana GAVALIEROVÁ, MPH

Ambulancia VLD (MUDr, Ahmadullah Fathi)
Predseda Odbornej sekcie ambulantných sestier a pôrodných asistentiek
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, n.o., Inštitút sociálnych vecí a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča v Prešove

Ambulantná sestra je často prvým kontaktom pacienta so zdravotníckym systémom – nielen pri riešení zdravotných, ale aj sociálnych problémov. Tie neraz presahujú jej formálne kompetencie, no v každodennej praxi je od nej prirodzene očakávané, že ich pomôže riešiť – sprostredkovaním pomoci, poskytnutím informácií alebo odporúčaním vhodných odborných a inštitucionálnych zdrojov.

Súčasná ambulantná prax od sestier vyžaduje nielen odborné praktické zručnosti, ale aj rozvinuté kompetencie v oblasti edukácie a behaviorálnej motivácie pacientov. Sestry sú zodpovedné za podporu želaných zmien životného štýlu, zabezpečenie vysokej miery adherencie k liečebným režimom a využívanie nefarmakologických intervencií s cieľom komplexnej starostlivosti o pacientov s rizikovými faktormi.

Zvyšujúce sa odborné nároky zdôrazňujú potrebu presných, vedecky podložených informácií, ktoré sestra odovzdáva pacientovi zrozumiteľným a presvedčivým spôsobom. V kontexte nárastu dezinformácií je nevyhnutná schopnosť kriticky rozlišovať medzi faktami a nepravdivými tvrdeniami. Morálne a etické kvality sestry sú pritom rozhodujúce pri zachovávaní nestrannosti a pri predchádzaní akejkoľvek forme diskriminácie.

Povaha tejto profesie si vyžaduje vysokoškolské vzdelanie, najmä v oblasti samostatného výkonu ošetrovateľských a edukačných činností. Ambulantné sestry pôsobia naprieč celým spektrom zdravotnej starostlivosti – od všeobecných až po vysoko špecializované ambulancie – čím tvoria jednu z najdiverzifikovanejších skupín zdravotníckych pracovníkov. Ich profesijné záujmy zastrešuje Odborná sekcia ambulantných sestier a pôrodných asistentiek, ktorá sa zameriava nielen na podporu odborného rastu, ale aj profesijnej identity či motivácie zotrvať v tejto náročnej, no nenahraditeľnej pozícii.

Prezentácia poukáže na význam ambulantnej sestry, ktorá zohráva kľúčovú úlohu v oblasti prevencie, edukácie, bezpečnosti a dostupnosti zdravotnej starostlivosti. Osobitný dôraz bude kladený na každodenné etické a morálne výzvy, s ktorými sa sestra v ambulantnej praxi stretáva.

Kľúčové slová: adherencia k liečbe, ambulantná sestra, edukácia pacienta, morálno-etické hodnoty, želaná zmena správania

MIESTO NA POZNÁMKY

MIESTO NA POZNÁMKY

SLOVENSKÁ SPOLOČNOSŤ
VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LEKÁRSTVA

Najväčšie odborné podujatie
všeobecných lekárov na Slovensku

47. výročná
konferencia SSVPL



15. – 17. 10. 2026
Hotel Bellevue
Horný Smokovec

Bližšie informácie a registrácia:
www.idl.sk

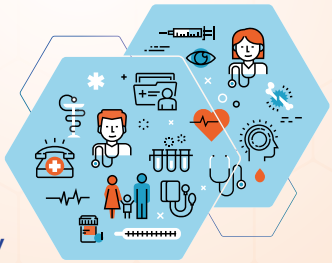
www.ssvpl.sk



Inovácie v modernom všeobecnom lekárstve

7. Dni mladých praktikov

10. – 11. 4. 2026
Residence Hotel,
Donovaly





Dni praktickej obezitológie a metabolického syndrómu

12. ročník

Slovenská spoločnosť praktickej obezitológie



24. – 25. 4. 2026
Bardejovské Kúpele, Hotel Alexander



Najväčšie odborné podujatie
všeobecných lekárov na Slovensku

47. výročná konferencia SSVPL

15. – 17. 10. 2026
Hotel Bellevue
Horný Smokovec



Bližšie informácie a registrácia:
www.idl.sk

www.ssvpl.sk