

SLOVENSKÁ SPOLOČNOSŤ
VŠEOBECNÉHO PRAKTICKÉHO LEKÁRSTVA SSVPL



43. ZBORNÍK ABSTRAKTOV výročná konferencia SSVPL

13.–15. október 2022

Grand Hotel Bellevue **Horný Smokovec**

www.ssvpl.sk

www.idl.sk

OBSAH

BLOK VENÓZNE OCHORENIA

1. AKTUÁLNA SITUÁCIA V AMBULANCIÍ VŠEOBECNÉHO LEKÁRA – SKRÍNING CHVO • *Michal JENČO* 6

BLOK SLOVENSKEJ PSYCHIATRICKEJ SPOLOČNOSTI SLS

2. DETEKTÍVKA V PSYCHIATRII – SPOLUPRÁCA JE KLÚČOVÁ • *Silvia ŽOFČÁKOVÁ* 6
3. SUPERDIALNICA ČREVO-MOZOG: ČO BY SME MALI MY A NAŠI PACIENTI O NEJ VEDIET? • *Jozef DRAGAŠEK* 7
4. NA SEXE ZÁLEŽÍ: AKO SPRÁVNE VYBERAŤ ANTIDEPRESÍVUM? • *Zuzana VANČOVÁ* 7

BLOK VARIA

5. AKTUÁLNI POSTUPY - PROFYLAXE A LÉČBA DNY • *Petr NĚMEC* 8
6. ACEKLOFENAK V LIEČBE REUMATICKÝCH OCHORENÍ – ÚČINNÝ A BEZPEČNÝ • *Roman STANČÍK* 9
7. SÚČASNÉ TRENDY LIEČBY OBEZITY V AMBULANCIÍ VŠEOBECNÉHO LEKÁRA PRE DOSPELÝCH • *Tibor VARGA* 9

BLOK PRAKTICKÉ ASPEKTY MANAŽMENTU JEDINCOV ŽIJÚCICH S OBEZITOU

8. PRÍTOMNOSŤ A BUDÚCNOSŤ FARMAKOLOGICKEJ LIEČBY OBEZITY • *Lubomíra FÁBRYOVÁ* 10
9. PSYCHIATRICKÉ ASPEKTY BARIATRICKÝCH/METABOLICKÝCH OPERÁCIÍ • *Kamila IVANOVÁ* 11

BLOK KRÁTKE INTERVENIE A TERAPEUTICKÁ EDUKÁCIA PACIENTOV V OBEZITE

10. KRÁTKE INTERVENIE, MOTIVAČNÝ ROZHOVOR A TERAPEUTICKÁ EDUKÁCIA PACIENTOV S OBEZITOU V PRIMÁRNEJ ZDRAVOTNICKEJ STAROSTLIVOSTI • *Hana VRABCOVÁ* 13

BLOK VARIA

11. VYUŽÍVANÍM TELEMEDICÍNY V PRIMÁRNEJ PÉČI V DOBĚ PANDEMIE COVID-19 PERSPEKTIVOU PACIENTŮ • *Karolína DOBIÁŠOVÁ*, 14
12. ENVIRONMENTÁLNE ZNEČISTENIE VYBRANÝCH LOKALÍT SLOVENSKA • *Tatiana KIMÁKOVÁ* 15

BLOK NEFARMAKOLOGICKÝ PRÍSTUP V PREVENCIÍ A LIEČBE CHRONICKÝCH NEPRENOSNÝCH OCHORENÍ

13. OBEZITA A DIABETES VO VZŤAHU K ČREVNÉMU MIKROBIÓMU • *Adela PENESOVÁ* 16
14. EXISTUJE PREPOJENIE MEDZI VÝŽIVOU, ZDRAVÍM A UDRŽATELNOSŤOU? • *Jana BABJAKOVÁ* 17

BLOK: B12 DEFICIENCIA V PRAXI – ČO SME MOŽNO NEVEDELI?

15. NEDOSTATOK VITAMÍNU B12 V PRAXI - ČO SME MOŽNO NEVEDELI? • *Ivica LAZÚROVÁ* 18



43. výročná konferencia SSVPL 13. – 15.10.2022

ZBORNÍK ABSTRAKTOV

recenzenti:

Prof. MUDr. Mária Belovičová, PhD.

PhDr. Zuzana Gavalierová

MUDr. Peter Makara, MPH

Vydal © I.D.L. Company s.r.o., Bratislava, 2022

ISBN 978-80-974283-3-4

BLOK: NOVÁ ÉRA V LIEČBE OBEZITY V NAŠEJ PRAXI

16. LIRAGLUTID V LIEČBE OBEZITY · *Miroslava LÖRINCOVÁ* 19

BLOK: OCHORENIA ŠTÍTNEJ ŽLAZY

17. AKÉ SÚ MOŽNOSTI VL V STAROSTLIVOSTI O PACIENTOV S HYPOTYREÓZOU? LIMITY A VÝZVY · *Adriana ŠIMKOVÁ* 20

BLOK: PNEUMOLÓGIE A FTIZEOLÓGIE

18. PROBLEMATIKA TUBERKULÓZY V KRAJINÁCH EURÓPSKEJ ÚNIE A NA SLOVENSKU AKTUÁLNE · *Ivan SOLOVIČ* 21

BLOK: PRIMÁRNA PREVENCIA ZHUBNÝCH NÁDOROV PROBIOTIKÁ A ZHUBNÉ NÁDORY

19. ÚLOHA ČREVNEJ MIKROBIOTY A PROBIOTÍK PRI PREVENCI ZHUBNÝCH NÁDOROV · *Peter MINÁRIK* 26
20. STAROSTLIVOSŤ O ČREVNÚ MIKROBIOTU: TIPY NA UDRŽIAVANIE A POSILŇOVANIE ZDRAVÉHO INTESTINÁLNEHO MIKROBIÓMU · *Adela PENESOVÁ* 27
21. AKO SI VYBRAŤ KVALITNÝ PROBIOTICKÝ PRÍPRAVOK · *Daniela MINÁRIKOVÁ* 28

BLOK: ONKOLOGICKÉ SKRÍNINGOVÉ PROGRAMY

22. ONKOLOGICKÉ SKRÍNINGOVÉ PROGRAMY NA SLOVENSKU – AKTUALIZÁCIA SÚČASNÉHO STAVU · *Jana TRAUTENBERGER RICOVÁ* 29
23. SKRÍNING KOLOREKTÁLNEHO KARCINÓMU – ZAOŠTRENÉ NA RIZIKOVÚ POPULÁCIU · *Andrej ORSÁGH* 30
24. SKRÍNING RAKOVINY PRSNÍKA. VIACERÉ ASPEKTY JEHO FUNGOVANIA · *Alena KÁLLAYOVÁ* 31
25. EFEKT SKRÍNINGU KOLOREKTÁLNEHO KARCINÓMU V AMBULANCI VŠEOBECNÉHO LEKÁRA V KROMPACHOCH · *Beáta BLAHOVÁ* 31

BLOK: DERMATOLÓGIA

26. TERAPIA CICLOSPORINOM A V DERMATOLÓGII – PREHLADY V TERAPII PSORIÁZY, ATOPICKEJ DERMATITÍDY, ALERGICKEJ VASKULITÍDY A INÝCH DERMATÓZ · *Hana ZELENKOVÁ* 32
27. PULVERIZÁCIA A JEJ VYUŽITIE V DERMATOLÓGII · *Lenka ZEHEROVÁ* 33
28. PARAZITÓZY A PARAZITOFÓBIE V DERMATOLÓGII · *Hana ZELENKOVÁ* 34

BLOK: PREČO JE ADHERENCIA K FARMAKOTERAPII DÔLEŽITÁ?

29. TRAJA PRE JEDNÉHO. PACIENT S HYPERTENZIOM V OBKLOPENÍ LEKÁRA, POISŤOVNE A NEMEDICÍNSKEHO EDUKÁTORA. SPOLOČNE NA CESTE ZA LEPŠOU ADHERENCIOM · *Roman MUŽIK* 34
30. LIEČBA ARTÉRIOVEJ HYPERTENZIE U STARŠÍCH PACIENTOV (BENEFITY A ŠPECIFIKÁ LIEČBY) · *Katarína BEŇOVÁ* 35

BLOK: ANGIOLOGICKÝ BLOK

31. RENÁLNA SYMPATIKOVÁ DENERVÁCIA U PACIENTA S ARTÉRIOVOU HYPERTENZIOM V PRAXI · *Juraj MAĎARIČ* 36
32. ANGIOLOGICKÉ VYŠETRENIE, INDIKÁCIA – URGENTNÁ A ELEKTÍVNA · *Miroslav ŠIRILA* 38
33. URČENIE ETIOLÓGIE VENÓZNEHO TROMBOEMBOLIZMU – KLÚČ K EFEKTÍVNEJ LIEČBE · *Katarína DOSTÁLOVÁ* 39

**BLOK: OČKOVANIE V KONTEXTE OCHRANY ZDRAVIA – MEDICÍNSKE A PRÁVNE ASPEKTY**

34. OČKOVAŤ SA OPLATÍ · *Alexandra BRAŽINOVÁ* 41
35. LETOM PRESKRIPČNÝM SVETOM · *Peter KOVÁČ* 42
36. BIOETICKÉ OTÁZKY K TÉME POVINNÉHO OČKOVANIA · *Andrea ERDŐSOVÁ* 42

BLOK: VARIA

37. ANEURYZMA BRUŠNEJ AORTY: SKRÍNING, LIEČBA A NÁSLEDNÝ MANAŽMENT · *Lukáš VINCZE* 43
38. CEFPROZIL V LIEČBE TONZILOFARYNGITÍD A NIEKOTRÝCH RESPIRAČNÝCH OCHORENÍ · *Karol KRALINSKÝ* 44
39. KOMUNIKÁCIA S PACIENTOM V PREDDIALÝZE. AKÉ INFORMÁCIE PACIENTOM PODÁVAME? · *Eva KOVÁČOVÁ* 45

BLOK: FIBRILÁCIA PREDSIENÍ A NOVÉ TRENDY V SRDCOVOM ZLYHÁVANÍ

40. SRDCOVÉ ZLYHÁVANIE · *Ján MURÍN* 45
41. SYNKOPA, DIAGNOSTICKÝ PRÍNOS EKG · *Zuzana MAČUDOVÁ* 46

BLOK: TRADIČNÁ ČÍNSKA MEDICÍNA

42. DIETETIKA Z POHLADU TRADIČNEJ ČÍNSKEJ MEDICÍNY A JEJ UPLATNENIE V SÚČASNEJ DOBE · *Zuzana SEMANOVÁ* 47

BLOK: AKTUÁLNE POKROKY V PREVENCI A LIEČBE INFEKČNÝCH OCHORENÍ

43. VÝZNAM OČKOVANIA PROTI COVIDU-19 V SÚČASNOSTI · *Zuzana KRIŠŤŮFKOVÁ* 47

SESTERSKÁ SEKCIA

II. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK VŠZASP SV. ALŽBETY, BRATISLAVA

44. SIGNIFIKANTNÉ PREDIKCIE FLUKTUÁCIE SESTIER · *Mária POPOVIČOVÁ* 49
45. POSTOJE SESTIER K OCHRANE VLASTNÉHO ZDRAVIA · *Viera IVANKOVÁ* 50
46. SOCIÁLNY PRACOVNÍK – SÚČASŤ TÍMU V ZDRAVOTNÍCKOM ZARIADENÍ · *Daniela BARKASI* 51
47. VPLYV SOCIÁLNEJ REHABILITÁCIE NA SEBETAČNOSŤ U ĽUDÍ S ŤAŽKÝM ZDRAVOTNÝM POSTIHNUŤÍM · *Katarína ŠUPOLOVÁ* 52
48. MEDIKÁČNÉ POCHYBENIE A LIEKY RIZIKOVÉ K ZÁMENE · *Tatiana HUDÁKOVÁ* 53

III. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK

49. DIABETICKÁ NOHA A JEJ NEGATÍVNY VPLYV NA KVALITU ŽIVOTA · *Katarína DOSTÁLOVÁ* 55
50. KOMPRESÍVNA LIEČBA – KEDY ÁNO, KEDY NIE · *Katarína DOSTÁLOVÁ* 56

WORKSHOPY

51. KOMUNITNÉ POHYBOVÉ AKTIVITY A TELEMEDICÍNA – HĽADÁME NOVÉ RIEŠENIA STARÝCH PROBLÉMOV · *Katarína DOSTÁLOVÁ* 60



BLOK: VENÓZNE OCHORENIA

ABSTRAKT Č. 1

AKTUÁLNA SITUÁCIA V AMBULANCIÍ VŠEOBECNÉHO LEKÁRA – SKRÍNING CHVO

MUDr. Michal JENČO

LEKNOMED, s. r. o.

Teoretické základy prednášky: Skrining výskytu klinických znakov a symptómov u pacientov, ktorí počas sledovaného obdobia boli vyšetrení v našej ambulancii. Zameranie sa na vnímanie ochorenia samotnými pacientami a spôsob liečby.

Cieľ prednášky: Zistiť stav výskytu CHVO (chronické venózne ochorenie) u pacientov v ambulancii všeobecného lekára a porovnanie výsledkov s publikovanými údajmi

Jadro a základné výsledky prednášky: Väčšina výsledkov skriningu je porovnateľná s publikovanými údajmi.

Záver: Ukázalo sa, že pacienti nepovažujú chronické venózne ochorenie za závažné a tak pristupujú aj k liečbe. Uchylujú sa k liečbe mimo doporučení, ktorá dostatočne nechráni pred progresiou ochorenia, v mylnej domnienke, že je to lacnejšie a dostatočne účinné. Analýzou sa ukázalo, že náhradná liečba je finančne minimálne tak nákladná ako liečba podľa doporučení.

Kľúčové slová: chronické venózne ochorenie, skrining, ambulancia všeobecného lekárstva

BLOK SLOVENSKEJ PSYCHIATRICKÉJ SPOLOČNOSTI SLS

ABSTRAKT Č. 2

DETEKTÍVKA V PSYCHIATRII – SPOLUPRÁCA JE KLÚČOVÁ

MUDr. Silvia ŽOFČÁKOVÁ

Psychiatrická ambulancia, Univerzitná nemocnica- Nemocnica sv. Michala, a.s, pracovisko Košice

V prezentovaných kazuistikách zo súdnoznaleckej činnosti psychiatra chcem poukázať na význam spolupráce jednotlivých zdravotníckych odborov, kedy zdravotná dokumentácia pomôže znalcovi pri objasňovaní vážnych, mnohokrát komplikovaných, aj keď na oko pôsobiacich banálnych súdnych prípadov.

Pre forenzné posudzovanie duševných porúch nestačí len údaj o duševnej poruche v anamnéze posudzovaného, posúdenie by malo byť individuálne so zameraním na celkovú anamnézu, vývoj ochorenia a osobnosť vyšetrovaného. Samotná duševná porucha v súčasnosti neznamená automaticky priznanie nepríčetnosti.

Kľúčové slová: kazuistiky, súdnoznalecká činnosť, psychiater

ABSTRAKT Č. 3

SUPERDIALNICA ČREVO-MOZOG: ČO BY SME MALI MY A NAŠI PACIENTI O NEJ VEDIET?

Mgr. MUDr. Jozef DRAGAŠEK, PhD., MHA, MUDr. Zuzana VANČOVÁ, PhD.

I. psychiatrická klinika UPJŠ a UNLP Košice

Signalizácia medzi črevným mikrobiómom a mozgom predstavuje obojsmerný komunikačný kanál. Túto interakciu pritom ovplyvňuje viacero faktorov, ako je kondícia imunitného systému, chemokíny a cytokíny, metabolické dráhy a metabolické produkty, stresové hormóny i neurotransmitery. Predstavuje rozsiahlu dynamickú matrix orgánov a orgánových systémov GIT, imunitného systému a autonómneho nervového systému. Pre normálny vývoj mozgu je potrebná správna kolonizácia nepatogénnych baktérií v čreve. Narušenie symbiózy mikrobiómu môže viesť k zvýrazneniu porúch nálad a iných duševných porúch vrátane schizofrénie, bipolárnej poruchy či autizmu. Rovnako aj prebiotiká majú podobný účinok na duševné zdravie a kogníciu. Časť spomínanej signalizácie sa realizuje pomocou

postbiotík, teda zlúčenín metabolizmu produkovaných probiotickými mikróbami s biologickým a imunomodulačným účinkom. Na druhej strane, pozitívna modulácia črevného mikrobiómu má preukázateľné pozitívny vplyv na duševné zdravie a dokáže zmierňovať niektoré symptómy depresie, úzkosti a kognitívneho deficitu. Podstatné je registrovať aj vplyv psychofarmák vo vzťahu ku kompozícii črevného mikrobiómu. V prednáške budú prezentované prehľadné informácie a praktické rady týkajúce sa stratégie ovplyvňujúcich mikrobióm vo vzťahu k duševnému zdraviu v rozsahu záujmu pacientov všeobecných ambulancií.

Kľúčové slová: črevný mikrobióm, mozog, postbiotiká, duševné zdravie

ABSTRAKT Č. 4

NA SEXE ZÁLEŽI: AKO SPRÁVNE VYBERAŤ ANTIDEPRESÍVUM?

MUDr. Zuzana VANČOVÁ, PhD., MUDr. Mgr. Jozef DRAGAŠEK, PhD., MHA,

I. psychiatrická klinika UPJŠ a UNLP Košice

Pri liečbe viacerými antidepressívami môžeme ako nežiaduci účinok pozorovať sexuálnu dysfunkciu (SD). V tomto príspevku budú popísané typy SD aj zaujímavosti z jej histórie. Medzi antidepressíva s vyšším potenciálom indukovať

SD patria tricyklické antidepressíva, selektívne inhibitory spätného vychytávania serotonínu (SSRI) a inhibitory spätného vychytávania serotonínu a noradrenalinu (SNRI). Čo sa týka schopnosti indukcie SD, najviac rizikový z SSRI

sa v klinickej praxi javí byť paroxetín, podľa niektorých štúdií aj citalopram a sertralín. V príspevku budú uvedené aj príklady antidepresív s nižším potenciálom indukovať SD (agomelatin, bupropion, moklobemid, trazodon, mirtazapín, v nižších dávkach aj vortioxetín) a s nimi

spojená možnosť prevencie resp. manažmentu SD.

Kľúčové slová: antidepresíva, sexuálna dysfunkcia

BLOK: VARIA

ABSTRAKT Č. 5

AKTUÁLNI POSTUPY – PROFYLAXE A LÉČBA DNY

prof. MUDr. Petr NĚMEC, Ph.D.

Rvmatologická ambulance, II. interní klinika, FN u sv. Anny v Brně a Lékařská fakulta Masarykovy univerzity

Dna je závažné metabolické onemocnění, které vyvíjí jako odpověď organismu na depozici krystalů natrium urátu v různých tkáních zejména v pohybovém aparátu a v ledvinách. Jejím nejvýznamnějším rizikovým faktorem je hyperurikémie. Prevalence hyperurikémie a dny ve vyspělých zemích narůstá. I přes znalost patogeneze a klinického obrazu onemocnění nebývá dna diagnostikována správně a včas, léčba onemocnění není často správně indikována a vedena, což může vyústit v poškození struktury a funkce pohybového aparátu, ledvin a k významnému nárůstu morbidity a mortality. Profylaxe a léčba dny by vždy měla zahrnovat edukaci pacientů, dietní a režimová opatření, monitoring a léčbu komorbidit, racionalizaci přidružené farmakoterapie, dlouhodobou farmakologickou léčbu a profylaxi dny a léčbu jejich akutních projevů. Farmakoterapii dny je nutné zvažovat již od první manifestace onemocnění. Hypourikémická léčba by měla směřovat k dosažení a dlouhodobému udržení konkrétních cílů. Urikémie je snadno

měřitelným parametrem a hlavním rizikovým faktorem dny, proto hlavním cílem léčby by mělo být dosažení a dlouhodobé udržení urikémie < 360 $\mu\text{mol/l}$. Zdá se, že zahájení hypourikémické léčby již v průběhu dnového záchvatu je bezpečné a z pohledu adherence pacienta k léčbě efektivnější. Její zahájení však může být doprovázeno rozvojem opakovaných dnových záchvatů zejména během prvních 8 týdnů léčby. Mnohá randomizovaná klinická hodnocení prokázala, že současná profylaktická léčba kolchicinem, případně NSA, po dobu minimálně prvních 3 – 6 měsíců hypourikémické léčby, významně snižuje riziko relapsu onemocnění. Použití kolchicinu má stále své pevné místo v dlouhodobé léčbě dny i v léčbě jejich akutních projevů.

Kľúčové slová: dna, profylaxe, léčba, kolchicin



ABSTRAKT Č. 6

ACEKLOFENAK V LIEČBE REUMATICKÝCH OCHORENÍ – ÚČINNÝ A BEZPEČNÝ

MUDr. Roman STANČÍK, PhD.

Výskumný Ústav reumatických chorôb, Piešťany

Pojem reumatické ochorenia zahŕňa široké spektrum chorôb pohybového aparátu rôznej etiológie. Ich spoločným menovateľom je bolesťivosť a znížená funkčná schopnosť. V liečbe týchto ochorení majú nezastupiteľné miesto nesteroidové antiflogistiká. Ich výhodou je kombinácia analgetického a protizápalového účinku. Súčasne však pri ich indikácii treba brať na zreteľ aj ich bezpečnostný profil,

najmä riziko gastrointestinálnych komplikácií. Prednáška zahŕňa aj porovnanie účinnosti resp. bezpečnosti niektorých v klinickej praxi bežne používaných nesteroidných antiflogistiká.

Kľúčové slová: aceklofenak, reumatické ochorenia, nesteroidové antiflogistiká, analgetický a protizápalový účinok

ABSTRAKT Č. 7

SÚČASNÉ TRENDY LIEČBY OBEZITY V AMBULANCI VŠEOBECNÉHO LEKÁRA PRE DOSPELÝCH

MUDr. Tibor VARGA ml., PhD., LL.M., MBA, Msc.

PRAKTLEK- MUDr. VARGA T., s. r. o. - ambulancia VLD, INTERNÉ - MUDr. VARGOVÁ T., s. r. o. - interná amb.

Obezita je metabolické ochorenie, ktoré predstavuje pandémiu tretieho tisícročia. Zároveň u obéznych pacientov pozorujeme omnoho vyšší výskyt kardiovaskulárnych, metabolických, onkologických a respiračných ochorení než u populácie s normálnou telesnou hmotnosťou. Napriek tomu diagnosticko-terapeutický manažment obézneho pacienta sa na Slovensku realizuje iba vo vybraných obezitologických centrách. Aby sme účinne zabránili tomuto nepriaznivému epidemiologickému trendu, je nutné manažment obezity posunúť „čím bližšie“ ku pacientovi – na úroveň všeobecného lekára pre dospelých. Základným pilierom liečby obezity sú správne definované režimové opatrenia (diéta, pohybový režim). Detailnejšie poznanie patofyziológie obezity viedlo k rozvoju nových

liečiv, ktoré účinkujú priamo na úrovni centrálného nervového systému. Tieto lieky dokázali v klinických štúdiách signifikantne redukovať telesnú hmotnosť a preukázať aj zlepšenie jednotlivých komorbidít. Z nich v súčasnosti sú na slovenskom trhu k dispozícii 2 preparáty – fixná kombinácia naltrexon/bupropión SR a liraglutid. Našou prácou chceme pripomenúť všeobecným lekárom nevyhnutnosť liečby obezity a zároveň prezentovať naše bohaté, viacročné skúsenosti s liečbou fixnou kombináciou naltrexon/bupropión SR aj formou kazuistik.

Kľúčové slová: liečba obezity, ambulancia VL, naltrexon/bupropión, liraglutid

**BLOK: PRAKTICKÉ ASPEKTY MANAŽMENTU
JEDINCOV ŽIJÚCICH S OBEZITOU**

ABSTRAKT Č. 8

PRÍTOMNOSŤ A BUDÚCNOŠŤ FARMAKOLOGICKEJ LIEČBY OBEZITY*doc. MUDr. Ľubomíra FÁBRYOVÁ, Ph.D., MPH^{1,2,3}*¹MetabolKLINIK s.r.o, Ambulancia pre diabetológiu, poruchy látkovej premeny a výživy, Bratislava, Slovenská republika²Biomedicínske centrum SAV, Bratislava, Slovenská republika³Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Inštitút prevencie a intervencie, Bratislava, Slovenská republika

Obezita je celosvetovo považovaná za globálnu epidémiu/pandémiu s rozsiahlymi zdravotnými a socioekonomickými dôsledkami, preto si vyžaduje komplexný preventívny, diagnostický, terapeutický a najmä dlhodobo kontrolovaný postup zameraný na konkrétneho jedinca, ale súčasne si vyžaduje aj celospoločenský preventívny prístup.

Veľmi malé percento pacientov s obezitou dostáva reálnu pomoc pri manažmente obezity a ešte dôležitejšom manažmente udržania už zredukovanej hmotnosti (diétne a režimové opatrenia, kognitívno-behaviorálna terapia, farmakoterapia antiobezitikami, bariatrická/metabolická chirurgia).

Farmakoterapia antiobezitikami je dôležitou súčasťou komplexného manažmentu jedinca s obezitou. Ideálne antiobezitikum je také, ktoré účinne dosahuje redukciu hmotnosti, vedie k udržaniu zredukovanej hmotnosti, zabezpečuje dlhodobú bezpečnosť a redukciu chronických ochorení súvisiacich s obezitou.

Dôležitou súčasťou manažmentu jedincov žijúcich s obezitou sa okrem na Slovensku dostupných antiobezitik (orlistat, naltrexón SR/bupropión SR) stávajú agonisty receptorov GLP-1 (glukagónu podobného peptidu-1) - momentálne liraglutid 3,0 mg.

Pri pohľade na výsledky klinických skúšaní je zrejmé, že personalizovaná liečba pacientov s obezitou bude v klinickej praxi smerovať k zavedeniu semaglutidu (či už v injekčnej alebo perorálnej forme).

Ďalšiu nádej v obezitológii vzbudzuje amylin - neuroendokrinný peptid pochádzajúci z beta buniek pankreasu, ovplyvňujúci pocit sýtosti. Modifikovaný amylin vo forme cagrilintidu má dlhší polčas. Zatiaľ máme k dispozícii výsledky 2. fázy klinického skúšania, v ktorej cagrilintid v dávke 4,5 mg viedol k vyššej redukcii hmotnosti ako liraglutid 3.0 mg. Keďže amylin účinkuje v inej časti mozgu ako GLP-1, v prípade kombinácie s GLP-1RA očakávame vyšší pokles hmotnosti, čo sa aj potvrdilo v 1. fáze klinického skúšania kombinácie cagrilintidu a semaglutidu 2.4 mg.

Ďalšou možnosťou je kombinácia dvoch inkretinových hormónov - twinkretinov (GLP-1 a GIP), ktorú nájdeme v tirzepatide. Začiatkom júna 2022 bol tirzepatid schválený FDA na liečbu diabetikov 2. typu na základe výsledkov klinického programu SURPASS. Napriek tomu, že ešte stále čakáme na schválenie jeho indikácie v liečbe obezity, výsledky klinického programu SURMOUNT vyzerajú veľmi sľubne. V štúdiu SURMOUNT-1 liečba duálnym agonistom



viedla k zníženiu hmotnosti až o 23 %, viac ako 60 % pacientov dosiahlo cieľ úbytku hmotnosti -20 %. Pokiaľ ide o výskyt nežiaducich udalostí podľa dostupnej literatúry sa zdá, že neexistujú žiadne významné rozdiely medzi duálnymi a mono-agonistami. Prvé údaje naznačujú, že tirzepatid môže viesť k významnejšej redukcii kardiovaskulárneho rizika ako momentálne najsilnejší GLP-1 RA - semaglutid.

Do úvahy prichádzajú aj kombinácie multifunkčných peptidov, okrem duálnych aj trojnásobné (možno aj štvornásobné) agonisty, ktoré

reprezentujú viac ako jednu farmakologickú aktivitu. Možnosti kombinácie ďalších peptidov s GLP-1 zahŕňajú glukagón (GCG), glukózodependentný inzulínotropný peptid (GIP), cholecystokinín B (CCKB) a peptid podobný glukagónu 2 (GLP-2). Výskum je najďalej pri duálnych agonistoch GLP-1 - GIP a GLP-1 - GCG.

Kľúčové slová: obezita, farmakologická liečba

ABSTRAKT Č. 9

PSYCHIATRICKÉ ASPEKTY BARIATRICKÝCH/METABOLICKÝCH OPERÁCIÍ*MUDr. Kamila IVANOVÁ**FNSP Trnava, Psychiatrické oddelenie*

Bariatrická/metabolická chirurgia je stále relatívne nová, aj keď čoraz častejšie využívaná medicínska disciplína so 60-ročnou históriou, ktorá posledné roky i na Slovensku zažíva obrovský rozmach a rieši problematiku morbidnej obezity chirurgickými prostriedkami. Táto metóda je určená pre pacientov, v prípade ktorých iné konzervatívne zdravotnícke výkony pri riešení obezity zlyhali. Obezita sa v súčasnosti dominantne vo vyspelých krajinách stala jedným z najzávažnejších a najrýchlejšie rastúcich ochorení. Početné štúdie poukazujú na to, že jej výskyt/vznik sa presúva do nižších vekových skupín, a i preto predstavuje novú alarmujúcu problematiku, ktorá si nevyhnutne vyžaduje nové riešenia.

Obezita predstavuje významný medicínsky i socioekonomický problém. Je chybou, že je u nás ešte stále skôr vnímaná ako „estetický“ problém a otázka životného štýlu, nie ako ochorenie, ktoré treba včas liečiť. V roku 2008 nastalo vo svete vyrovnanie v počte obéznych

a podvyživených ľudí. V USA je obéznych viac ako 30 % populácie. V Európe sa obezita vyskytuje u cca 20 % mužov a 25 % žien. V Slovenskej republike v skupine od 18 do 64 rokov trpí obezitou 25,6 % a nadváhou 36,2 % populácie. Prevalencia obezity sa v mnohých európskych krajinách od roku 1980 viac ako strojnásobila a tento nárast je okrem iného sprevádzaný i nárastom ostatných chronických neprenosných ochorení. Neprenosné ochorenia, ako napríklad kardiovaskulárne, onkologické, chronické respiračné ochorenia a cukrovka patria medzi hlavné príčiny invalidizácie a predčasného úmrtia v Európskej únii a predstavujú značné spoločenské a hospodárske náklady.

Somatické komorbidity obezity sú už v súčasnosti dobre zmapované, jej vzťah k duševnému zdraviu je oblasťou menej preskúmanou a povedomie o problematike je i vo vlastných medicínskych kruhoch nepostačujúce. V posledných niekoľkých desaťročiach sa však postupne zhromažďujú dôkazy o súvislosti medzi


**BLOK: KRÁTKE INTERVENCIE A TERAPEUTICKÁ
EDUKÁCIA PACIENTOV V OBEZITE**

ABSTRAKT Č. 10

rôznymi psychickými poruchami a obezitou, vrátane možných neurobiologických vzťahov. Bariatrická chirurgia je aktuálne bez pochyb najúčinnnejšou metódou liečby ťažkej obezity (BMI \geq 35) a jej komorbidít. Okrem jej pozitívneho vplyvu na duševné zdravie pacientov však pribúdajú i dôkazy o možných nepriaznivých dôsledkoch. Štandardné postupy, indikačné kritériá, technické a personálne podmienky s dôrazom na multidisciplinárny prístup k danej problematike už boli definované a implementujú sa do každodennej praxe. U nás je najčastejšie vykonávaná tzv. rukávová resekcija žalúdka, nazývaná aj tubulizácia žalúdka (anglicky sleeve gastrectomy), pri ktorej dochádza k nezvratnému odstráneniu približne 80 % žalúdka. Zaraďuje sa medzi tzv. reštrikčné metódy, keďže princípom operácie je reštrikcia príjmu potravy pasážou žalúdka. Bolo opísaných viac ako 30 gastrointestinálnych hormónov a ich význam v kontexte zdravia a zmien po zákroku sú predmetom mnohých štúdií.

Boli dokázané súvislosti medzi bariatrickými zákrokmi a závažnými neurologickými a mozgovými postihnutiami a hypovitaminózami. Empirické dáta poukazujú na vysokú prevalenciu psychických porúch medzi kandidátmi na bariatrické operácie. Štúdie z niekoľkých krajín ukazujú, že približne 40 až 70 % všetkých pacientov má aspoň jednu psychiatrickú diagnózu. Identifikácia týchto porúch zlepšuje kvalitu perioperačného manažmentu a pomáha predpovedať proces chudnutia a compliance pacientov po samotnom zákroku. Z hľadiska manažmentu sa ukázalo, že včasná identifikácia a zvládnutie psychických problémov pomáha optimalizovať výsledky liečby.

Cieľom prezentácie je poskytnúť stručný prehľad problematiky obezity, diskutovať o rizikových faktoroch vzniku obezity i o možnom psychologickom profile obézneho pacienta zaujímajúceho sa o bariatrickú chirurgiu. Hlavný

dôraz kladiem na psychiatrické a psychologické aspekty bariatrických operácií so zameraním sa na úlohu psychiatra v predoperačnom i pooperačnom procese. Vychádzam z výsledkov zahraničných štúdií, odborných publikácií, kazuistik a z vlastných pozorovaní z praxe.

Kľúčové slová: bariatrická/metabolická chirurgia, psychiatrické a psychologické aspekty, obezita

**KRÁTKE INTERVENCIE, MOTIVAČNÝ ROZHOVOR A TERAPEUTICKÁ
EDUKÁCIA PACIENTOV S OBEZITOU V PRIMÁRNEJ ZDRAVOTNÍCKEJ
STAROSTLIVOSTI**

RNDr. JUDr. Hana VRABCOVÁ¹, prof. MUDr. Mariana Mrázová, PhD. MHA²,
Mgr. Iveta GONDÁŠOVÁ³

¹SKLON, Hygeia Pharm, s. r. o., Centrum výživy a zdravia, Bratislava

²VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava, IPI inštitút, Bratislava

³RÚVZ, Zvolen

Obezita je hlavným rizikovým faktorom mnohých chronických ochorení a rôzne druhy zásahov môžu pomôcť jedincom v ich zdravotnom správaní a udržaní hmotnosti. Dva základné metodické postupy, založené na vedeckých dôkazoch účinnosti, sú známe ako krátke intervencie a motivačný rozhovor.

Krátke intervencie sú definované praktické postupy, ktoré vedú k identifikácii rizikového správania, zisteniu problémov a motivujú jedinca k aktívnej náprave. Prebiehajú formou motivačného rozhovoru medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom. Majú nízke náklady, ľahkú dostupnosť a efektivitu a ich metodika sa uplatňuje pri rôznych odporúčaných zmenách životného štýlu, ako je nadváha, obezita, nevhodná výživa, nedostatočná telesná aktivita, stres.

Motivácia vytvára jeden zo základných parametrov procesu chudnutia a dodržiavania liečby. Je to dlhodobý proces a motivačný rozhovor pomáha hodnotiť a posilňovať motiváciu pacienta v jeho rozhovore s terapeutom.

V roku 1998 Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) vypracovala dokument, ktorý definuje Terapeutickú edukáciu pacientov (TEP), špecifikuje techniky na edukáciu a popisuje obsah

a štruktúru niektorých vzdelávacích programov pre pacientov trpiacich chronickými ochoreniami. Účelom TEP je vyškoliť pacienta tak, aby získal alebo si udržal zručnosti, ktoré potrebuje na to, aby čo najlepšie zvládol svoj život s chronickým ochorením vrátane obezity.

Kľúčové slová: obezita, krátke intervencie, motivačný rozhovor, WHO, terapeutická edukácia pacientov

VYUŽÍVÁNÍ TELEMEDICÍNY V PRIMÁRNÍ PÉČI V DOBĚ PANDEMIE COVID-19 PERSPEKTIVOU PACIENTŮ

PhDr. Karolína DOBIÁŠOVÁ, PhD. MUDr. Mgr. Jolana TĚŠINOVÁ, PhD.

1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Ústav veřejného zdravotnictví a medicínského práva

Pandemie COVID-19 si vyžádala dočasné omezení přímého poskytování zdravotních služeb. Praktičtí lékaři v České republice, podobně jako v jiných zemích, byli nuceni přejít na distanční způsob komunikace s pacienty, který byl v jejich praxích do té doby využíván velmi omezeně. Česká republika patří, i přes přijetí zákona o elektronizaci zdravotnictví, stále mezi země s nižší mírou digitalizace zdravotnických procesů. Realizovaný výzkum měl za cíl zjistit zkušenosti pacientů s poskytováním zdravotní péče praktickými lékaři (PL a PLDD) distanční formou s využíváním informačně-komunikačních technologií (ICT) v době COVID-19 a identifikovat motivační postoje, bariéry a přínosy distanční medicíny v primární péči perspektivou pacientů.

Studie využívá smíšený výzkumný design, kombinaci kvalitativního a kvantitativního výzkumného přístupu sekvenčně QUAL-QUAN. V první fázi bylo zrealizováno 25 rozhovorů s pacienty, kteří v období od března 2020 do března 2021 čerpali zdravotní primární péči poskytovanou praktickými lékaři (PL nebo PLDD) distanční formou za využití ICT. Navazující dotazníkové šetření mezi pacienty, kteří jsou členy patientských organizací proběhlo v období duben–červen 2021 a zapojilo se 620 respondentů z 65 patientských organizací, přičemž 347 respondentů mělo osobní zkušenost s využitím ICT při komunikaci s lékařem.

Ukázalo se, že distanční péče probíhala zejména prostřednictvím telefonické a emailové

komunikace, aniž by byl využit potenciál ICT v plném rozsahu. Absence systémového nastavení této formy zdravotní péče, stejně jako využívání ICT a implementování telemedicíny do primární péče až v době pandemie, bez předchozí adaptace na nový způsob komunikace, generuje řadu nových problémů ve vztahu pacient–lékař. V některých případech vede neregulované používání telemedicíny k nerovnosti v přístupu ke zdravotní péči. Ukázalo se také, že přetrvávající paternalismus významně ovlivňuje distanční komunikaci mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty. Absence právních regulací a standardů pro tuto oblast zdravotních služeb je tak významnou bariérou většího rozvoje distanční péče v praxích praktických lékařů obecně.

Klíčové slová: telemedicina, primární péče, pandemie COVID-19

ENVIRONMENTÁLNE ZNEČISTENIE VYBRANÝCH LOKALÍT SLOVENSKA

Prof. MUDr. Tatiana KIMÁKOVÁ, PhD.

Ústav verejného zdravotníctva a hygieny, Lekárska fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Šrobárova 2, 041 80 Košice

Svetová zdravotnícka organizácia v roku 1948 zadefinovala zdravie ako stav úplnej telesnej, duševnej a sociálnej pohody jedinca, nielen neprítomnosť choroby alebo postihnutia. Samotná definícia hovorí, že na zdraví človeka sa podieľa mnoho rôznych vnútorných aj vonkajších faktorov. Medzi jedných z najdôležitejších ovplyvňujúcich determinantov zdravia okrem životného štýlu (výživa, aktívny pohyb, správna hmotnosť, nefajčenie atď.) patrí i životné prostredie.

Znečistené životné prostredie vytvára nepriaznivé životné podmienky, ktoré negatívne ovplyvňujú zdravie človeka. Prudký rozvoj modernej spoločnosti spojený s vysokými nárokmi jednotlivcov mal za následok vysokú produkciu škodlivých látok. Znečistenie životného prostredia sa môže prejavovať poruchami metabolizmu, produkciou chemických stresových látok, zmenou hladín hormónov, poruchami reprodukcie, porušenou orientáciou a pri extrémnej záťaži až smrťou. Na znečistenie životného prostredia veľmi citlivo reagujú chorí, oslabení alebo slabí jedinci. U človeka je potrebné chrániť predovšetkým plod, novorodenca a matku počas gravidity. V tejto práci sa zaoberáme vybranými záťažovými faktormi životného prostredia, aktuálnym stavom životného prostredia na Slovensku a prezentujeme najviac znečistené regióny na území Slovenskej republiky.

Klíčové slová: životné prostredie, zdravie, záťažové faktory, znečistené regióny.

OBEZITA A DIABETES VO VZŤAHU K ČREVNÉMU MIKROBIÓMU

doc. MUDr. Adela PENESOVÁ, PhD.¹, Mgr. Libuša KUBÁŇOVÁ^{2,3}, Mgr. Ivan HRIC²,
Mgr. Simona UGRAYOVÁ², MUDr. Jana BABJAKOVÁ, PhD. MPH⁴, Mgr. A. HAVRANOVÁ¹,
Mgr. Žofia RÁDIKOVÁ¹, doc. RNDr. Viktor BIELIK, PhD.²

¹Ústav klinického a translačného výskumu, Biomedicínske centrum, Slovenská Akadémia Vied, Bratislava

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

³Oddelenie mikrobiológie a virológie, Prírodovedecká fakulta, Univerzita Komenského, Bratislava

⁴Ústav hygieny, lekárska fakulta UK, Bratislava

Obezita aj diabetes mellitus 2. typu (DM2) sú charakterizované nepriaznivými zmenami črevnej mikrobioty, zápalom a narušením črevnej bariéry. Modifikácia črevnej mikrobioty spôsobená nutričnými faktormi vedie k dysregulácii a zmenám sekrécie črevných mikrobiálnych metabolitov, čo spúšťa rôzne potenciálne mechanizmy vedúce k inzulinovej rezistencii (IR), dyslipidémii a DM2. Viaceré štúdie ukázali, že probiotiká napr. tradičné fermentované mliečne produkty (jogurt, kefir, bryndza), môžu zlepšiť glykemickú kontrolu u pacientov s diabetom 2. typu, zlepšiť lipidový profil či upraviť tlak krvi. Pozitívne účinky baktérií mliečného kvasenia (LAB) na štruktúru a moduláciu črevnej mikrobioty a metabolizmu sú dobre známe. Suplementácia probiotikami môže zvýšiť počet baktérií produkujúcich masné kyseliny s krátkym reťazcom (SCFA, napr. Phascolarctobacterium a Butyricimonas). Zároveň to vedie k zníženiu baktérií - producentov lipopolysacharidov (LPS) čím sa môže znížiť subklinický zápalový proces spôsobený LPS. Probiotiká redukovávajú množstvo oportúnnych patogénov a tým aj ich produkciu metabolitov ako je proaterosklerotický trimetylaminoxid. Probiotiká môžu tiež

inhibovať hromadenie tuku, znižovať cholesterol, triglyceridy, zápal a inzulinovú rezistenciu a regulovať neuropeptidy a gastrointestinálne peptidy. Preto intervencie zamerané na zníženie telesnej hmotnosti s probiotikami majú priaznivé účinky na zloženie črevnej mikrobioty a odvodené metabolity.

Kľúčové slová: obezita, diabetes, inzulinová rezistencia, dyslipidémia, črevný mikrobióm

Výskum bol podporený grantmi: APVV 17-0099; VEGA 2/0129/20, ITMS: 313011V344 Dlhodobý strategický výskum prevencie, intervencie a mechanizmov obezity

EXISTUJE PREPOJENIE MEDZI VÝŽIVOU, ZDRAVÍM A UDRŽATEĽNOSŤOU?

MUDr. Jana BABJAKOVÁ, PhD. MPH^{1,3}, doc. MUDr. Adela Penesová, PhD.^{2,3},
prof. MUDr. Ľubica Argalášová, PhD. MPH¹

¹Ústav hygieny, Lekárska fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave

²Ústav klinického a translačného výskumu, Biomedicínske centrum, Slovenská Akadémia Vied, Bratislava

³Slovenská asociácia pre výživu a prevenciu, Biomedicínske centrum, Slovenská Akadémia Vied, Bratislava

Ciele výskumu a zamerania verejno-zdravotníckej politiky v oblasti výživy ľudí sa postupom času menili, aby mohli riešiť nové problémy verejného zdravotníctva súvisiaceho s výživou a so stravovaním populácie na celom svete. V rozvinutých krajinách sa zacieľenie výskumu postupne presunulo od sledovania deficitu jednotlivých živín k prevencii chronických metabolických ochorení, zatiaľ čo v iných geografických oblastiach zostáva dominantné analyzovanie faktorov podvýživy. **Počet ľudí trpiacich podvýživou**, ako aj tých, ktorí si **nemôžu dovoliť zdravú výživu**, stále stúpa. Tento vzostupný trend platí aj pre prevalenciu **chronických neprenosných chorôb** súvisiacich s výživou a pre tzv. **choroby z dvojitého zaťaženia** (Double burden diseases, čo je definované Svetovou zdravotníckou organizáciou ako koexistencia podvýživy spolu s nadváhou/obezitou alebo neprenosnými chorobami súvisiacimi s výživou). Tieto stavy boli zintenzívnené pandemiou COVID-19 a predstavujú hlavné rizikové faktory chorobnosti a úmrtnosti súvisiacej aj s ochorením COVID-19.

Implementácia účinných stratégií na riešenie cieľov zabezpečenia adekvátnej výživy pre populáciu zostáva bezpodmienečne nevyhnutná v krátkom časovom horizonte a integrácia **udržateľnosti** ako dodatočného faktora do rovnice je čoraz naliehavejšou potrebou riešenia environmentálnych a socioekonomických aspektov. Neudržateľná výroba potravín má veľký globálny dopad na životné prostredie. Okrem toho

súčasný trendy v oblasti spracovania, dopravy a spotreby potravín spolu s predpokladaným rastom populácie v nadchádzajúcich desaťročiach ešte viac zhoršujú hrozby pre našu planétu a sťažujú globálnu potravinovú bezpečnosť. Preto **zdraviu prospešné stravovanie s prevahou rastlinnej zložky, s minimálnym zastúpením vysoko priemyselne spracovaných potravín** (bohatých na soľ, jednoduché cukry, saturované tuky, transformy masných kyselín), ktoré je spoločensky prijateľné, cenovo dostupné a flexibilné, pokiaľ ide o individuálne potreby a preferencie, by malo byť prijateľné aj v rámci hraníc udržateľnosti. Na nedávno prebiehajúcej EU konferencii o udržateľnosti (EFSA, EU, „ONE – Health, Environment, Society – Conference 2022“) sa taktiež zdôrazňovala potreba transformácie potravinového systému z dôvodu zabezpečenia celkovej udržateľnosti. Nastávajúca transformácia potravinových systémov by mala podporiť zmenu vzorcov spotreby potravín aj výživových zvyklostí a naopak. Nakoľko bez pričinenia každého jednotlivca v spoločnosti, ale aj bez komplexných a integrujúcich opatrení hrozí, že svet nesplní OSN ciele trvalo udržateľného rozvoja (SDGs) či Parížskej dohody a naši nasledovníci zdedia planétu, ktorá bude ťažko narušená a veľká časť obyvateľstva bude **čoraz viac trpieť chorobami, ktorým by sa dalo predísť zdraviu prospešnou a pritom environmentálne prijateľnou výživou („win-win“ efekt).**



Kľúčové slová: výživa, zdravie, podvýživa, chronické neprenosné choroby, udržateľnosť

Táto práca bola čiastočne podporená grantom KEGA 015UK-4/2022 Inovácia výučby v oblasti ochrany a podpory zdravia s dôrazom na e-vzdelávanie a implementáciu multimediálnych technológií.

BLOK: B12 DEFICIENCIA V PRAXI – ČO SME MOŽNO NEVEDELI?

ABSTRAKT Č. 15

NEDOSTATOK VITAMÍNU B12 V PRAXI – ČO SME MOŽNO NEVEDELI?

prof. MUDr. Ivica LAZÚROVÁ, DrSc. FRCP

I. Interná klinika UPJŠ LF a UNLP

Vitamíny sú nízko molekulárne látky nevyhnutné pre život. V ľudskom organizme plnia vitamíny funkciu katalyzátorov biochemických reakcií. Podieľajú sa na metabolizme bielkovín, tukov a cukrov. Existuje 13 základných typov vitamínov. Až na pár výnimiek nie je ľudský organizmus schopný vitamíny vyrobiť a musí ich získať zo stravy.

S ťažkou formou avitaminózy so špecifickými príznakmi (napríklad choroba beri-beri, pelagra, skorbut) sa u nás stretávame mimoriadne zriedkavo. Ľahšie formy sa však v našej populácii vyskytujú mimoriadne zriedkavo.

Vitamín B12 (kobalamín) je kolektívny názov pre niekoľko zlúčenín. V centre porfyrínového skeletu sa nachádza kobalt. Vitamín B12 plní množstvo biologických funkcií. Zohráva dôležitú úlohu v krvotvorbe, je nevyhnutný pre vývoj centrálnej nervovej sústavy, podieľa sa na tvorbe nukleových kyselín, pôsobí anabolicky a má ešte mnoho ďalších účinkov.

Asi najznámejším faktom je, že nedostatok vitamínu B12 u dospelých spôsobuje makrocytárnu anémiu, postihuje predné a zadné povrazce, do ktorých sú zoskupené miechové

dráhy, postihuje periférne nervy a spôsobuje demenciu či depresiu.

Vitamín B12 je zásadný. Ľudské telo ho netvorí, preto je potrebné jeho zásoby dopĺňať. Štandardne pomocou výživy. Vitamín B12 nájdeme výhradne v potravinách živočíšneho pôvodu. V rastlinnej strave nájdeme iba stopový obsah vitamínu B12 v potravinách fermentovaných pomocou baktérií (napríklad v kyslej kapuste).

ALE: Vysoký obsah vitamínu B12 nemusí nevyhnutne znamenať, že je biologicky dostupný. Biologickú dostupnosť ovplyvňuje aj príprava jedál! (10 – 15 % vitamínu B12 sa tepelnou úpravou môže rozložiť.) Vstrebávanie vitamínu B12 prebieha dvoma spôsobmi. Pasívny transport cez difúziu začína v jejune, podľa množstva dostupného vitamínu B12. Čím vyššia dávka, tým silnejšia je difúzia. Aktívny transport v distálnej časti ilea spočíva v uvoľnení vitamínu B12 z vnútorného faktoru (IF). Vitamín B12 je absorbovaný cez špecifické receptory kobalamínu v bunkách črevnej sliznice. Predpokladom dostatočnej saturácie vitamínom B12 je: dostatok žalúdočných kyselín, dostatočný príjem vitamínu B12 (najmä v mäse), dostatočná

produkcia bielkovinového vnútorného faktoru (IF), nenarušené vstrebávanie v tenkom čreve (hlavne v jejune), vitamín B12 by v čreve nemal byť spotrebovaný inak (baktérie, zriedkavo parazity ako napríklad pásomnica). Nedostatok vitamínu B12 vnímame u osôb vo veku 60 rokov a viac, u pacientov s diabetes mellitus, ktorí užívajú metformín, s chorobou tráviaceho traktu (pankreas, Crohnova choroba, chronická gastritída, užívanie PPI, vegánstvo), u alkoholikov...

Nedostatok vitamínu B12 sa lieči jeho náhradou. Štandardná parenterálna liečba má v súčasnosti na Slovenskom trhu perorálnu alternatívu.

Positívne výsledky perorálneho užívania dokumentujú štúdiá: pacienti s pernicióznou anémiou a poruchou vstrebávania vitamínu B12 užívali perorálny kyanokobalamín v dávke 500 alebo 1000 µg/deň po dobu 60 mesiacov. Štúdiá hlásila úspešnosť udržiavacej liečby nedostatku vitamínu B12 s perorálne užívaným kyanokobalamínom v dávke 1000 µg/deň bez nežiaducich účinkov. Autori štúdií uviedli, že vstrebávanie perorálne užívaného kobalamínu je zabezpečené aj pri absencii IF.

Kľúčové slová: nedostatok vitamínu B12, substitúcia

BLOK: NOVÁ ÉRA V LIEČBE OBEZITY V NAŠEJ PRAXI

ABSTRAKT Č. 16

LIRAGLUTID V LIEČBE OBEZITY

MUDr. Miroslava Lörincová

Ambulancia všeobecného lekára, Banská Bystrica

Liraglutid 3,0 mg je antiobezitikum indikované na liečbu obezity u dospelých aj u adolescentov vo veku od 12 rokov (1), odporúčané v medzinárodných a slovenských terapeutických odporúčaní vrátane štandardného diagnostického a terapeutického postupu pre komplexný manažment nadhmotnosti/obezity u dospelých (2).

V najväčšom klinickom skúšaní z programu SCALE, SCALE Obesity and pre-diabetes (3) a v jeho 3-ročnej extenzii (4) liraglutid preukázal 9,2% priemerný pokles telesnej hmotnosti po 56 týždňoch liečby u completers skupiny, kategorický úbytok hmotnosti $\geq 5\%$, $\geq 10\%$ a $\geq 15\%$ dosiahlo 63,2%, 33,1% a 14,4%

pacientov. Pacienti si udržali pokles telesnej hmotnosti v priebehu 3 rokov liečby. Ďalšie kardiometabolické prínosy: priemerné zmenšenie obvodu pásu o 8,2 cm, zníženie krvného tlaku a v priebehu 3 rokov zníženie rizika rozvoja DM2T o 80%. Liraglutid má potvrdený dlhodobý bezpečnostný profil aj na základe 3-ročných údajov (SCALE Obesity and pre-diabetes). Medzi veľmi časté nežiaduce reakcie u dospelých patrili nausea, následne vracanie, hnačka a zápcha. Liraglutid má tiež preukázaný kardiovaskulárny prínos v štúdiu typu CVOT s názvom LEADER (5). Navrhovaný mechanizmus kardiovaskulárneho prínosu je zmena progresie aterosklerotického vaskulárneho ochorenia.



Predstavím pomôcku pre všeobecných praktických lekárov pred začatím liečby Liraglutid 3,0 mg vydanú SSVPL a SOA (6) s praktickými odporúčaniami pre výber vhodného typu pacienta, pre zlepšenie adherencie k liečbe a manažment nežiaducich udalostí.

Kľúčové slová: obezita, GLP-1 RA, antiobezitická, kardiovaskulárny prínos

Literatúra

1. SmPC Saxenda, www.ema.europa.eu

BLOK: OCHORENIA ŠTÍTNEJ ŽLAZY

ABSTRAKT Č. 17

AKÉ SÚ MOŽNOSTI VL V STAROSTLIVOSTI O PACIENTOV S HYPOTYREÓZOU? LIMITY A VÝZVY

MUDr. Adriana ŠIMKOVÁ, PhD.

Ambulancia všeobecného lekára Pezínok

Hypotyreóza je ochorenie, ktoré je veľmi dobre skrínovateľné. Častejšie postihuje ženy a maskuje sa príznakmi, ktoré sú rovnaké aj pri iných ochoreniach. Práve úlohou všeobecného lekára (VL) je v diferenciálno-diagnostickom procese je myslieť, že môže ísť práve o dané ochorenie. Rola všeobecného lekára sa už posúva z roviny skríningu do možnosti aj ďalšieho manažmentu podľa aktuálne platného štandardu s názvom *Štandardný diagnostický a terapeutický postup o pacienta s hypotyreózou* (platný od 1. 5. 2020) a je zverejnený na webovej stránke štandardných postupov. Ako to bude vyzeráť v praxi? VL vykonáva ďalší manažment v starostlivosti o pacienta bez kardiálnej komorbidity a zároveň bez iného endokrinného ochorenia. Tyreoideálne parametre (TSH, fT4)

2. Fábryová L et al. Štandardný diagnostický a terapeutický postup na komplexný manažment nadhmotnosti/ obezity v dospelom veku, 2021
3. Pi-Sunyer X, et al. A Randomized, Controlled Trial of 3.0 mg of Liraglutide in Weight Management. *N Engl J Med.* 2015 Jul 2;373(1):11–22.
4. le Roux CW, et al. 3 years of liraglutide versus placebo for type 2 diabetes risk reduction and weight management in individuals with prediabetes: a randomised, double-blind trial. *Lancet.* 2017 Apr 8;389(10077):1399–1409.
5. Marso SP, et al. Liraglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med.* 2016 Jul 28;375(4):311–22.
6. Pomôcka pred začatím liečby Liraglutid 3,0 mg u dospelých, <https://ssvpl.sk/pomocka-pred-zacatim-liecbu-liraglutidom-u-dospelych/>, citované 8. 9. 2022

po nastavení na substitučnú liečbu kontroluje v 6 – 12 mesačných intervaloch. V prípade nálezu odchýlky v laboratórnych parametroch alebo ak sa pri sonografickom vyšetrení zistia uzly v ŠŽ pacienta (u pacientov s autoimunitnou tyreoiditídou sa má USG krku realizovať raz za 3 roky), odosiela VL do ambulancie špecialistu – endokrinológa. Laboratórne parametre (TSH, fT4, aTPO) môžu byť indikované a uhradené laboratóriu na kód VL (ZP UNION a VŠZP), revízie pravidlá ZP Dôvera sú nastavené na úhradu za vyšetrenie TSH.

Kľúčové slová: hypotyreóza, všeobecný lekár, štandardný diagnostický a terapeutický postup

PROBLEMATIKA TUBERKULÓZY V KRAJINÁCH EURÓPSKEJ ÚNIE A NA SLOVENSKU AKTUÁLNE

doc. MUDr. Ivan SOLOVIČ, PhD., PhDr. Jana ŠVECOVÁ, MBA.

NUTPCH a HCH Vyšné Hágy, Národný register tuberkulózy NCZI

Tuberkulóza /TB/ je celosvetovo druhou hlavnou príčinou úmrtí na infekčný agens po COVID-19, stále zostáva hlavnou príčinou smrti ľudí s infekciou HIV a hlavnou príčinou smrti v dôsledku infekcií rezistentných na antimikrobiálne látky (1).

Tuberkulóza aj COVID-19 postihujú predovšetkým pľúca, hoci tuberkulózu spôsobujú baktérie a COVID-19 vírusy. Tuberkulóza sa vyskytuje vo všetkých krajinách na svete a môže postihnúť kohokoľvek, hoci vieme, že existuje skupina krajín s vysokým zaťažením tuberkulózu, kde je riziko vzniku tuberkulózy oveľa vyššie (2). Tiež by sme mali mať na pamäti, že viac ako štvrtina svetovej populácie je infikovaná mykobaktériami. A keď sme uprostred pandémie COVID-19, tieto riziká sa zvyšujú (1).

Zbližovanie epidémie tuberkulózy s pandemicou krízou COVID-19 je príčinou významných zlyhaní v poskytovaní služieb a starostlivosti o ľudí s tuberkulózu, ako aj finančných obmedzení. Výsledkom je, že menej ľudí má prístup k diagnostike a liečbe a viac ľudí minulý rok ochorelo a zomrelo na tuberkulózu celosvetovo – nie však na Slovensku. Prvýkrát za viac ako 15 rokov môžeme vidieť nárast úmrtí na tuberkulózu vo svete. V rokoch 2019 až 2020 sa celosvetový počet úmrtí na tuberkulózu (vrátane úmrtí medzi ľuďmi nakazenými HIV) zvýšil z 1,4 milióna na 1,5 milióna, čím sa zvrátil pokrok na úroveň z roku 2017. Ide o prvý ročný nárast počtu ľudí zomierajúcich na tuberkulózu od

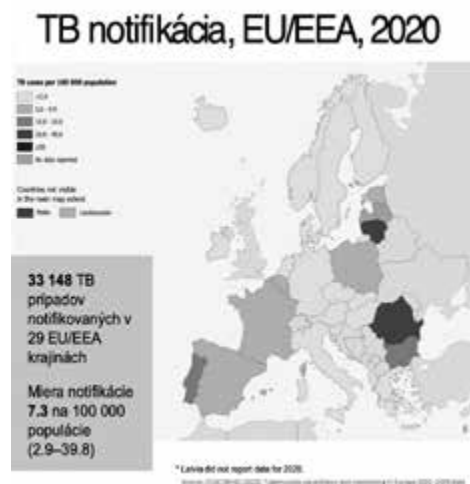
roku 2005 a pripisuje sa nepriaznivému vplyvu pandémie COVID-19. Celkovo namiesto cieľového miľníka 35 % zníženia počtu úmrtí na tuberkulózu medzi rokmi 2015 a 2020 došlo len k zníženiu o 9,2 % (1).

Boj proti TB si dnes vyžaduje boj proti HIV, antimikrobiálnej rezistencii, chudobe a podvýžive a COVID19. Prepojenia medzi tuberkulózu a COVIDom môžu mať pozitívne aj negatívne stránky, odborníci na tuberkulózu sa vďaka svojim znalostiam a zručnostiam v oblasti pľúcnych chorôb výrazne podieľajú v boji s pandemiou. Klinická a imunopatologická interakcia medzi týmito dvoma ochoreniami COVID-19/ TB ešte nie je úplne pochopená. Prvá pilotná štúdia Global Tuberculosis Network (GTN) na 49 pacientoch koinfikovaných TBC/COVID-19 z ôsmich krajín bola publikovaná v roku 2020 naznačuje, že hoci sú príznaky a symptómy do značnej miery rovnaké, TBC je často diagnostikovaná súbežne alebo po COVID-19 a že duálna infekcia môže byť spojená so zvýšenou mierou úmrtnosti (3).

Kombinácia COVID-19 a TB prispieva ku klinickej zložitosti v manažmente pacientov (napr. potreba doplnkového kyslíka, invazívna alebo neinvazívna ventilácia a špecializovaný personál), čo výrazne ovplyvňuje zdravotnícke služby. Vplyv COVID-19 na dlhodobé pľúcne následky u pacientov s tuberkulózu, potreba pľúcnej rehabilitácie ešte nie je dostatočne preskúmaný. Keďže pacienti hlásili podobné symptómy,

odporúča sa, aby zdravotnícke služby vždy, keď je to možné, vykonali u pacientov testovanie na obe ochorenia - formou rýchleho molekulárneho testovania na TB a COVID-19 (4). Kliniky vhodné je liečiť oba stavy čo najskôr podľa medzinárodných odporúčaní. V neposlednom rade nám skúsenosti získané počas pandémie COVID-19 umožnia lepšie využívať telemedicínske intervencie. Vo väčšine prípadov sa liečba tuberkulózy nelíši u ľudí s alebo bez infekcie COVID-19. Skúsenosti so spoločnou liečbou infekcie COVID-19 a TB sú stále obmedzené. K pozastaveniu liečby tuberkulózy u pacientov s COVID-19 by malo dochádzať výnimočne. Preventívna liečba tuberkulózy, liečba tuberkulózy citlivej alebo rezistentnej na lieky by mali pokračovať bez prerušenia, pretože je dôležité chrániť zdravie pacienta. Je veľmi dôležité, aby ľudia, ktorí potrebujú liečbu, pokračovali v liečbe počas pandémie, aj keď sa infikujú COVID-19, aby zvýšili šance na vyliečenie a znížili ďalšie šírenie infekcie tuberkulózy a rozvoj rezistencie na lieky. Riziko úmrtia u pacientov s tuberkulózou sa v prípade vynechania liečby blíži k 50%, preto je nevyhnutné, aby aj počas pandémie COVID-19 nedošlo k narušeniu poskytovania zdravotníckej starostlivosti u pacientov s tuberkulózou (4).

Obr. 1 Notifikácia tuberkulózy v krajinách Európskej únie a Európskeho hospodárskeho priestoru (5).



V krajinách Európskej únie bolo notifikovaných 33 148 prípadov tuberkulózy v roku 2020. Notifikácia bola 7,3 na 100 000 obyvateľov (2,9-39,8) /obr. 1/. V týchto krajinách sledujeme kontinuálny pokles medzi rokmi 2011 – 2020 o 49 % prípadov. Muži dominujú vo všetkých vekových skupinách nad 14 rokov. V roku 2020 bolo evidovaných 1218 TB prípadov u detí pod 15 rokov, čo predstavuje 3,8 % zo všetkých prípadov TB (0 – 22,9 %). Notifikácia – teda počet novozistených prípadov a recidív spolu je 1,5 na 100 000 detskej populácie (0 – 10,1). Závažné sú údaje o počte osôb nie v danej krajine narodených, kde sa sleduje nárast medzi rokmi 2011 a 2020 z 20,4 % na 33 % z celkového počtu notifikovaných prípadov. Multirezistentná tuberkulóza v krajinách EU/EEA v roku 2020 – celkovo to bolo 649 prípadov, čo predstavuje 4,6 % zo všetkých prípadov s dostupnými testami citlivosti. V roku 2020 bolo v 19 EU/EEA krajinách notifikovaných 515 HIV-pozitívnych TB prípadov. 71,8 % zo všetkých prípadov za rok 2019 malo úspešne ukončenú liečbu po 12 mesiacoch

(3,7 – 100 %). Slovensko je po Islande na druhom mieste v úspešnosti liečby v rámci krajín EU/EEA (5).

V dnešnej dobe je situácia na Slovensku stabilizovaná. V roku 2021 bolo do Národného registra TBC vo Vyšných Hájoch nahlásených 137 prípadov, notifikácia bola 2,51/100 000. V 120 prípadoch išlo o pľúcne formy, v 17 prípadoch o mimopľúcne formy tuberkulózy. Najrizikovejšou skupinou bolo rómske etnikum, ktoré sa podieľalo na výskyte tuberkulózy 54% – celkovo to bolo 77 prípadov. 7 pacientov malo koinfekciu TBC/COVID19 a 3 pacienti TBC/HIV koinfekciu. Cudzcincov s tuberkulózou sme v roku 2021 mali evidovaných 7 prípadov, išlo o 2 osoby z Ukrajiny, 2 osoby z Nepálu, 1 osoba bola z Azerbajdžanu, 1 osoba z Chorvátky a 1 osoba z Rumunska.

Podľa geografického rozloženia v Slovenskej republike sú najhoršími oblasťami s najvyšším výskytom tohto ochorenia oblasti východného Slovenska (Prešovský kraj 7,14/100 000 obyv. a Košický kraj – 4,49/100 000 obyv.) /obr. 2/. Najnižší výskyt zaznamenávame v Trenčianskom kraji – 0,68/100 000 obyvateľov (6). Na území Slovenska k 31. 8. 2022 sme mali evidovaných 12 osôb, ukrajinskí utečenci, ktorí sú v iniciálnej alebo pokračovacej fáze liečby – len jedna osoba však má status dočasného útočiska na Slovensku, ostatné osoby boli alebo sú v tranzite. Po poskytnutí základnej zdravotnej starostlivosti opúšťajú Slovensko. Zároveň boli vyšetrené 4 deti, ako kontakt od týchto pacientov, ani u jedného nebola tuberkulóza potvrdená.

Počet prípadov TBC nahlásených do NRT v r. 2021 podľa veku a pohlavia

	muži		ženy		spolu	
	počet	na 100 000 obyvateľov	počet	na 100 000 obyvateľov	počet	na 100 000 obyvateľov
0-4	6	3,97	9	6,24	15	5,08
5-9	9	6,02	6	4,23	15	5,14
10-14	8	5,53	3	2,17	11	3,89
15-19	6	4,50	8	6,33	14	5,39
20-24	2	1,40	3	2,20	5	1,79
25-29	4	2,31	5	3,01	9	2,65
30-34	5	2,45	1	0,51	6	1,51
35-39	5	2,25	0	0,00	5	1,16
40-44	6	2,58	0	0,00	6	1,33
45-49	4	1,86	2	0,97	6	1,42
50-54	5	2,86	3	1,73	8	2,30
55-59	6	3,44	3	1,65	9	2,53
60-64	7	4,18	3	1,62	10	2,84
65-69	4	2,62	2	1,08	6	1,78
70-74	4	3,73	0	0,00	4	1,56
75-79	2	3,36	3	2,99	5	3,13
80-84	0	0,00	1	1,43	1	0,96
>84	0	0,00	2	3,51	2	2,51
Slovensko	83	3,12	54	1,94	137	2,52
Deti 0 – 14 r.	23	5,16	18	4,24	41	4,71
Deti 0 – 19 r.	29	5,01	26	4,72	55	4,87

Počet prípadov TBC nahlásených do NRT v r. 2021 podľa krajov

	muži		ženy		Spolu	
	počet	na 100 000 obyvateľov	počet	na 100 000 obyvateľov	počet	na 100 000 obyvateľov
bratislavský	7	2,02	4	1,07	11	1,52
trnavský	6	2,16	3	1,04	9	1,59
trenčiansky	4	1,41	0	0,00	4	0,69
nitranský	3	0,91	5	1,44	8	1,18
žilinský	2	0,59	3	0,86	5	0,72
banskobystrický	5	1,65	0	0,00	5	0,80
prešovský	35	8,75	24	5,88	59	7,30
košický	21	5,50	15	3,75	36	4,61
Slovensko	83	3,12	54	1,94	137	2,52

Počet prípadov pľúcnej a mimopľúcnej formy TBC nahlásených do NRT v r. 2021 podľa veku

	pľúcne			mimopľúcne			spolu		
	počet	na 100 tis. obyvateľov	z toho recidíva	počet	na 100 tis. obyvateľov	z toho recidíva	počet	na 100 tis. obyvateľov	z toho recidíva
0-4	13	4,40	0	2	0,68	0	15	5,08	0
5-9	15	5,14	1	0	0,00	0	15	5,14	1
10-14	8	2,83	0	3	1,06	0	11	3,89	0
15-19	11	4,24	0	3	1,16	0	14	5,39	0
20-24	5	1,79	0	0	0,00	0	5	1,79	0
25-29	8	2,36	1	1	0,29	0	9	2,65	1
30-34	6	1,51	2	0	0,00	0	6	1,51	2
35-39	5	1,16	2	0	0,00	0	5	1,16	2
40-44	4	0,89	1	2	0,44	0	6	1,33	1
45-49	4	0,95	0	2	0,47	0	6	1,42	0
50-54	8	2,30	0	0	0,00	1	8	2,30	1
55-59	8	2,25	2	1	0,28	0	9	2,53	2
60-64	8	2,27	1	2	0,57	0	10	2,84	1
65-69	6	1,78	0	0	0,00	0	6	1,78	0
70-74	4	1,56	1	0	0,00	0	4	1,56	1
75-79	5	3,13	0	0	0,00	0	5	3,13	0
80-84	1	0,96	0	0	0,00	0	1	0,96	0
>84	1	1,25	0	1	1,25	0	2	2,51	0
Slovensko	120	2,21	11	17	0,31	1	137	2,52	12
Deti 0-14 r.	36	4,14	1	5	0,57	0	41	4,71	1
Deti 0-19 r.	47	4,16	1	8	0,71	0	55	4,87	1

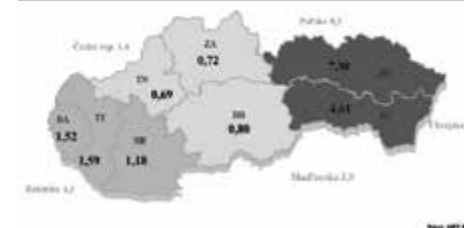
Počet prípadov pľúcnej a mimopľúcnej formy TBC nahlásených do NRT v r. 2021 podľa krajov

	pľúcne			mimopľúcne			spolu		
	počet	na 100 tis. obyvateľov	z toho recidíva	počet	na 100 tis. obyvateľov	z toho recidíva	počet	na 100 tis. obyvateľov	z toho recidíva
bratislavský	11	1,52	2	0	0,00	0	11	1,52	2
trnavský	8	1,41	0	1	0,18	0	9	1,59	0
trenčiansky	3	0,52	0	1	0,17	0	4	0,69	0
nitranský	8	1,18	1	0	0,00	0	8	1,18	1
žilinský	1	0,14	0	4	0,58	0	5	0,72	0
banskobystrický	5	0,80	0	0	0,00	0	5	0,80	0
prešovský	51	6,31	5	8	0,99	0	59	7,30	5
košický	33	4,22	3	3	0,38	1	36	4,61	4
Slovensko	120	2,21	11	17	0,31	1	137	2,52	12

Počet hlásených prípadov u cudzincov: 7 (z toho 2 z Ukrajiny).

Obr. 2. Výskyt tuberkulózy na Slovensku (6).

TBC podľa regiónov Slovenska v roku 2021



Záver

Epidemiologická situácia tuberkulózy vo väčšine krajín s nízkym výskytom TB sa vyznačuje nízkou mierou prenosu v celkovej populácii a príležitostnými ohniskami. Väčšina prípadov aktívnej TB je spôsobená reaktiváciou latentnej tuberkulózy. Vysoká koncentrácia choroby je zaznamenaná v určitých rizikových skupinách (chudobní ľudia, bezdomovci, migranti, väzni, etnické menšiny a osoby žijúce s HIV infekciou alebo s inými chorobami, osoby s nadmerným užívaním alkoholu, drogov závislí a iné marginalizované skupiny). V neposlednom

rade veľkú hrozbu predstavuje cezhraničná migrácia. V čase zvyšujúcej sa migrácie obyvateľstva, nebude TB natrvalo odstránená v akejkoľvek krajine, pokiaľ nebude eliminovaná v celosvetovom meradle (1,5).

Kľúčové slová: tuberkulóza, COVID-19, liečba, situácia v Európskej únii, Slovensko

Literatúra:

- https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
- Solovič, I, Vašáková, M a kol. Tuberkulóza ve faktech a obrazech. Maxdorf Jessenius: Praha, 2019, 405 s. ISBN 978-80-7345-613-9
- Tadolini M, Codecasa LR, Garcia-Garcia J-M, et al. Active tuberculosis, sequelae and COVID-19 co-infection: first cohort of 49 cases. Eur Respir J 2020; 56: 2001398. doi:10.1183/13993003.01398-2020.
- Migliori GB, Thong PM, Alffenaar JW, et al. Gauging the impact of the COVID-19 pandemic on tuberculosis services: a global study. Eur Respir J 2021: 2101786. doi:10.1183/13993003.01786-2021
- <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/tuberculosis-surveillance-and-monitoring-europe-2022-2020-data>
- <https://www.hagy.sk/narodny-register-tbc/analiza-situacie-tbc-na-slovensku/>
- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32503602/>
- <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04327206>


**BLOK: PRIMÁRNA PREVENCIA ZHUBNÝCH NÁDOROV
PROBIOTIKÁ A ZHUBNÉ NÁDORY**

ABSTRAKT Č. 19

ÚLOHA ČREVNEJ MIKROBIOTY A PROBIOTÍK PRI PREVENCIÍ ZHUBNÝCH NÁDOROV

doc. MUDr. Peter MINÁRIK, PhD., Msc.^{1,2,3}, doc. PharmDr. Daniela MINÁRIKOVÁ, PhD., Msc.^{1,4}

¹Inštitút prevencie a intervencie, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave

²Biomedicínske centrum SAV, Bratislava

³Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava

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

Zhubné nádory predstavujú druhú najčastejšiu príčinu úmrtí. Je známa patogenetická účasť mikroorganizmov na viacerých chorobách, vrátane kardiovaskulárnych chorôb a zhubných nádorov. Črevná mikrobiota hrá zásadnú úlohu pri regulácii zdravia a fyziológie hostiteľa. Metabolity črevnej mikrobioty dokážu indukovať imunologické a bunkové procesy vedúce k eliminácii invázií patogénov a dokážu tiež spúšťať imunitné odpovede zamerané na prevenciu viacerých druhov rakoviny. Črevná mikrobiota môže dokonca ovplyvniť účinnosť viacerých chemoterapeutických liekov. Kým komenzálna mikrobiota aktivuje zápalové procesy, ktoré udržiavajú bunkovú a črevnú integritu hostiteľa, črevná dysbióza môže viesť k tumorigenéze a výsledky viacerých štúdií naznačujú, že sa asocjuje približne s 20 % všetkých druhov nádorových chorôb. V posledných rokoch sa vedú odborné diskusie o úlohe črevnej mikrobioty pri prevencii ako aj vzniku onkologických chorôb. Diskutuje sa o špecifických mikroorganizmoch, ktoré môžu prispieť k rozvoju zhubných nádorov, ako aj o osobitných baktériách s probiotickými vlastnosťami, ktoré by bolo možné použiť ako bioterapeutické agens na obnovenie prirodzenej mikrobiálnej populácie a na vyvolanie silnej imunitnej odpovede schopnej eliminovať viaceré zhubné nádory.

Vzťah črevnej mikrobioty a probiotík k zhubným nádorom je predmetom a veľkou výzvou pre súčasný i budúci biomedicínsky výskum.

Kľúčové slová: črevná mikrobiota, probiotiká, zhubné nádory, onkologické choroby

STAROSTLIVOSŤ O ČREVNÚ MIKROBIOTU: TIPY NA UDRŽIAVANIE A POSILŇOVANIE ZDRAVÉHO INTESTINÁLNEHO MIKROBIÓMU

doc. MUDr. Adela PENESOVÁ, PhD.¹, doc. RNDr. Viktor BIELIK, PhD.²

¹ Ústav klinického a translačného výskumu, Biomedicínske centrum, Slovenská Akadémia Vied, Bratislava

² Katedra biologických a lekárskech vied, Fakulta telesnej výchovy a športu, Univerzita Komenského v Bratislave

Viaceré chronické ochorenia, ako napr. obezita, diabetes mellitus (DM) 2. typu, chronické zápalové črevné ochorenia (napr. ulcerózna kolitída) či nádorové ochorenia predovšetkým kolorektálny karcinóm sú charakterizované zmenami črevnej mikroflóry, zápalom a narušením črevnej bariéry. Črevný mikrobióm môže ovplyvniť metabolizmus a potenciálne riziká veľkého spektra ochorení a to zmenou spôsobu, akým reaguje mikrobiota na jednotlivé zložky potravy. Preto sa intenzívne študuje vplyv probiotík a prebiotík na zdravie hostiteľa. Tradičnými a účinnými probiotickými produktmi sú fermentované mliečne produkty, napr. jogurt, kefir alebo fermentovaná zelenina. Viaceré štúdie ukázali, že konzumácia potravín bohatých na probiotiká zlepšujú napr. glykemickú kontrolu u pacientov s DM2. Podobný účinok ukázala aj pravidelná konzumácia bryndze, tradičný fermentovaný ovčí syr. Väčšinu mikrobioty bryndze tvoria baktérie mliečneho kvasenia ako *Lactococcus*, *Streptococcus*, *Lactobacillus* a *Enterococcus*. Pozitívne účinky baktérií mliečneho kvasenia (LAB) na štruktúru a moduláciu črevnej mikroflóry vedú aj k priaznivému vplyvu na metabolizmus, krvné lipidy či zápalové parametre. Začať treba už v rannom detstve, kľúčovým pre vývoj zdravého črevného mikrobiómu je prirodzený (vaginálny) pôrod a pokiaľ možno čo najdlhšie dojčenie. Užívanie ATB by malo byť len ak je to skutočne indikované. Pre posilnenie a udržanie zdravého intestinálneho mikrobiómu je nevyhnutná pravidelná

konzumácia pestrej a vyváženej stravy bohatej na vlákninu (ovocie, zelenina, strukoviny, celozrnné výrobky, orechy a semienka). Naopak obmedziť či vylúčiť treba umelé sladidlá, údeniny, alkohol, spracované a ultra spracované výrobky, ktoré stimulujú rast nezdravých baktérií, ako sú *Enterobacteriaceae* v črevnom mikrobióme. Odporúča sa konzumácia potravín prevažne rastlinného pôvodu.

Kľúčové slová: črevná mikrobiota, probiotiká, prebiotiká

Výskum bol podporený grantmi: APVV 17-0099; APVV 21-0261, VEGA 2/0129/20, ITMS: 313011V344 Dlhodobý strategický výskum prevencie, intervencie a mechanizmov obezity

AKO SI VYBRAŤ KVALITNÝ PROBIOTICKÝ PRÍPRAVOK

doc. PharmDr. Daniela MINÁRIKOVÁ, PhD., Msc.^{1,2} Doc. MUDr. Peter MINÁRIK, PhD., Msc.^{1,3,4}

¹Inštitút prevencie a intervencie, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave

²Katedra organizácie a riadenia farmácie. Farmaceutická fakulta UK, Bratislava

³Biomedicínske centrum SAV, Bratislava

⁴Onkologický ústav sv. Alžbety, Bratislava

Určenie vhodného probiotického prípravku pre pacienta sa môže spájať s dilemou, podľa akých kritérií treba odporučiť správny resp. najvhodnejší probiotický preparát. Viacero autorov sa v posledných rokoch venovalo problematike výberu optimálnych probiotických produktov. Aktuálne prehľady vedeckých prác z posledných rokov potvrdzujú, že účinnosť probiotík závisí od viacerých faktorov, pričom podstatné sú tri základné faktory: 1) špecifickosť liečebného režimu, 2) špecifickosť mikrobiálneho kmeňa a 3) špecifickosť ochorenia. Preferovanou cestou k dosiahnutiu spoľahlivých odporúčaní pre výber a použitie optimálneho probiotika sú randomizované klinické štúdie, a to predovšetkým tie, ktoré starostlivo definujú probiotický kmeň alebo kmene pri ich intervencii, pretože účinnosť probiotík sa zreteľne asocjuje s konkrétnym probiotickým kmeňom. Jednotlivé štúdie skúmajú viacero ďalších faktorov, ktoré by mohli ovplyvniť účinnosť konkrétnych probiotík. Sledované kritériá zahŕňali napríklad rozsah podávaných dávok, formy prípravkov, výrobné procesy, stabilitu, kontrolu kvality, problematiku nesprávneho označovania, bezpečnostné štúdie a otázky súvisiace s registráciou jednotlivých prípravkov. Najvýznamnejšími faktormi sú však charakteristika (jedinečnosť) mikrobiálneho kmeňa a typ (osobitosť) ochorenia, pre ktoré sa probiotikum indikuje.

V recentnej prehľadovej štúdií našli autori dostatok dôkazov o dobrej účinnosti 22 rôznych typov probiotík z 249 hodnotených prác. Silné dôkazy sa našli pre viacero druhov probiotík pri prevencii hnačky spojenej s podávaním antibiotikami, pričom šlo o kmene druhov *Saccharomyces boulardii*, alebo zmes kmeňov z troch bakteriálnych druhov *L. acidophilus*, *L. casei* a *L. rhamnosus*. Silné dôkazy sa takisto našli aj pre štyri typy probiotík určených na prevenciu cestovateľských hnačiek a nekrotizujúcej enterokolitídy, ako aj na prevenciu vedľajších účinkov spojených s eradikačnou liečbou *H. pylori*. Najspoľahlivejšie dôkazy o dobrej účinnosti sa našli pre liečbu akútnej hnačky u detí (59 štúdií), pričom pri 7 typoch probiotík sa potvrdila silná účinnosť. Ďalšie monokomponentné alebo multikomponentné viac-kmeňové zmesi probiotík preukázali silnú účinnosť pri zápalových črevných chorobách a pri syndróme dráždivého čreva.

Výber správneho probiotického prípravku sa riadi podľa viacerých faktorov, predovšetkým však podľa indikácie a charakteru ochorenia, ako aj podľa špecifickej účinnosti probiotického kmeňa (kmeňov) a kvality samotného probiotického produktu.

Kľúčové slová: probiotikum, kmeň, špecifickosť, účinnosť, kvalita, *Lactobacillus*



ONKOLOGICKÉ SKRÍNINGOVÉ PROGRAMY NA SLOVENSKU – AKTUALIZÁCIA SÚČASNÉHO STAVU

MVDr. Jana TRAUTENBERGER RICOVÁ

Národný Onkologický Inštitút, Bratislava

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

Jednou z aktivít napomáhajúcich účinne bojovať proti rakovine je prevencia a včasné odhalenie ochorenia. Skrining, tiež označovaný ako sekundárna prevencia, má za cieľ zníženie mortality na príslušné ochorenie formou vyhľadávania ochorenia v jeho včasnom štádiu, čím sa zvyšuje možnosť kurability s predpokladom menej záťažujúcej liečby a znižuje sa tak okrem mortality aj morbidita. V rámci onkologického skriningu je tiež možnosť záchytu ochorenia v štádiu prekancerózy, teda v preinvazívnom štádiu, ktorého úspešná liečba tak môže úplne zabrániť vzniku invazívneho nádorového ochorenia. V rámci populačných skriningov je tiež dôležité, aby diagnostická metóda bola dostatočne citlivá, bezpečná, bez výraznej záťaže pre účastníkov, ale tiež ekonomicky efektívna. Donedávna na Slovensku prebiehal onkologický skrining iba oportúnne, avšak situácia sa zmenila od roku 2019. Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky (MZ SR) v spolupráci s Národným onkologickým inštitútom (NOI) a odbornými pracovnými skupinami pripravili legislatívne podmienky na zahájenie skriningových programov. Od januára do októbra 2019 bola uskutočnená a neskôr vyhodnotená prvá fáza

organizovaného skriningu kolorektálneho karcinómu, ktorý od septembra 2021 v rovnakej podobe, v druhej fáze, pokračuje ďalej. V septembri 2019 bolo zahájené pozývanie zdravotnými poisťovňami na mamografický skrining karcinómu prsníka, ktorý aj napriek 3-mesačnému prerušeniu v roku 2021 kvôli nepriaznivej epidemickej situácii COVID-19 pokračuje. Skriningový program karcinómu krčka maternice bol takisto zahájený a ženy sú zdravotnými poisťovňami pozývané od júla 2021. Na základe presne stanovených kritérií sú zdravotnými poisťovňami odosielané pozývacie listy tým občanom, ktorí skriningové vyšetrenie v rámci existujúceho systému preventívnych prehľadov v ambulanciách VLD a gynekológov neabsolvujú.

Po vyhodnotení dostupných dát zo zdravotných poisťovní za rok 2021 je potešiteľné, že po zložitom období pandémie COVID-19 v roku 2020/2021 celkový počet skriningových výkonov pri všetkých troch sledovaných onkologických ochoreniach rastie, dosahuje úroveň 35–39%, avšak na základe pozvania od zdravotných poisťovní je účasť na skriningových programoch stále nízka, pohybuje sa len medzi 10–15%. Významné prvé kroky k existencii populačných onkologických skriningov na Slovensku boli uskutočnené. Pre ich úspešný priebeh a dosiahnutie očakávaných výsledkov je však dôležité zabezpečiť dlhodobé financovanie, zvyšovať povedomie o význame skriningu,

zabezpečiť kontinuálne masmediálne aktivity a osvetu, zabezpečiť ďalšie vzdelávanie všetkých zainteresovaných, pravidelné vyhodnocovanie, kontrolu kvality, zaviesť skriningový register s prístupom k dátam pre hodnotenie

skriningov s následnou aktualizáciou skriningových programov.

Kľúčové slová: onkologické skriningové programy, Národný onkologický inštitút, Slovensko

ABSTRAKT Č. 23

SKRÍNING KOLOREKTÁLENHO KARCINÓMU - ZAOSTRENÉ NA RIZIKOVÚ POPULÁCIU

MUDr. Andrej ORSÁGH

Gastroenterologické oddelenie, Národný onkologický ústav Bratislava

Kolorektálny karcinóm (KRCA) sa dlhodobo nachádza na popredných priečkach v incidencii a mortalite nádorových ochorení v Slovenskej republike i celosvetovo.

Dobre definované prekancerózy (najmä adenomatózne polypy) a ich relatívne pomalá progresia do pokročilého karcinómu robia z rakoviny hrubého čreva a konečníka ochorenie vhodné na skrining. Toto podčiarkuje aj fakt, že prekancerózy i včasné štádiá kolorektálneho karcinómu sú dobre liečiteľné. V súčasnosti sú dostupné dostatočne senzitivne a špecifické skriningové testy a stratégie skriningu KRCA sú v mnohých krajinách dobre prepracované. Populačný skrining kolorektálneho karcinómu je určený pre populáciu s bežným rizikom tohto ochorenia, zväčša vo vekovom rozmedzí 50 (45) – 75 rokov. Odporúčaným testom pre populačný skrining je imunochemický test na prítomnosť okultného krvácania do stolice (FIT), ktorý je pri pozitívnom výsledku nasledovaný skriningovou kolonoskopiou. Kolonoskopia môže byť v rámci skriningu vykonaná aj bez predchádzajúceho FIT, vtedy hovoríme o primárnej skriningovej kolonoskopii. Senzitivita pre detekciu kolorektálneho karcinómu, ale najmä adenómov (obzvlášť menších ako 10 mm) je pri

FIT výrazne nižšia v porovnaní s kolonoskopiou. Z tohto dôvodu je v populácii so zvýšeným rizikom kolorektálneho karcinómu odporúčaným skriningovým testom primárna skriningová kolonoskopia (bez predchádzajúceho FIT). Medzi populáciu so zvýšeným rizikom rakoviny hrubého čreva a konečníka sa zaraďujú: pacienti s osobnou alebo rodinnou anamnézou KRCA alebo adenomatózneho polypu hrubého čreva/konečníka, pacienti s IBD, ktorí majú postihnuté hrubé črevo, pacienti po rádioterapii na oblasť brucha a panvy a pacienti s hereditárnymi a polypóznymi syndrómami, ktoré sú asociované so zvýšeným rizikom KRCA.

Rozdiel pri skriningu KRCA v rizikových skupinách je aj vo veku jeho začiatku a ukončenia a tiež v skriningových intervaloch, ktoré sú kratšie.

V príspevku priblížime praktický prístup k skriningu kolorektálneho karcinómu v jednotlivých rizikových skupinách s dôrazom na postavenie a úlohu všeobecných lekárov v tomto procese.

Kľúčové slová: kolorektálny karcinóm, skrining, riziková populácia



ABSTRAKT Č. 24

SKRÍNING RAKOVINY PRSNÍKA. VIACERÉ ASPEKTY JEHO FUNGOVANIA

MUDr. Alena KÁLLAYOVÁ, PhD., MUDr. Zuzana BÁRDYOVÁ, PhD., MPH

Národný onkologický inštitút, Bratislava

Mamografický skrining je štátom garantovaný, dlhodobý, kontrolovaný, štatisticky vyhodnocovaný proces vyhľadávania najčastejších štádií rakoviny u žien vo veku 50–69 rokov bez príznakov tohto ochorenia. Umožňuje minimálne operačné zákroky pri minimálnej liečbe a následne zlepšenie kvality života a prežívania. Odbornou komisiou MZ SR pravidelne preverované skriningové mamografické pracovisko je zárukou zachovania štandardných európskych postupov na pôde Slovenskej republiky. Preverené skriningové mamografické pracovisko oznámi negatívny výsledok skriningovej mamografie účastníčke ihneď a písomne

do troch dní. Zaručuje aj doplnenie sonografie prsníkov, keď je potrebné aj biopsiu podozrivého ložiska. Lekár prevereneho mamografického skriningového pracoviska oznámi účastníčke diagnózu v osobnom pohovore do 15 pracovných dní od mamografie. Súčasťou pohovoru je aj odporúčanie ďalšieho postupu cestou prsníkovej komisie.

Kľúčové slová: mamografický skrining, ciele skriningu, preverené skriningové mamografické pracovisko

ABSTRAKT Č. 25

EFEKT SKRÍNINGU KOLOREKTÁLENHO KARCINÓMU V AMBULANCIÍ VŠEOBECNÉHO LEKÁRA V KROMPACHOCH

MUDr. Beáta BLAHOVÁ, PhD., prof. MUDr. Zuzana KRIŠTÚFKOVÁ, PhD., MPH,

MUDr. Katarína DOSTÁLOVÁ, PhD., MPH.

SZU v Bratislave. Fakulta verejného zdravotníctva

Úvod: Kolorektálny karcinóm je 3. najčastejšie nádorové ochorenie vo svete. V Slovenskej republike bol kolorektálny karcinóm v r. 2018 najčastejšie diagnostikovaným nádorovým ochorením u oboch pohlaví. Obsahom práce je spracovanie problematiky skriningu kolorektálneho karcinómu s možnosťami intervencie na zvýšenie jeho efektivity.

Ciel: Hlavným cieľom bolo zvýšiť účasť osôb na skriningu kolorektálneho karcinómu dvojistou intervenciou vizuálnou aj verbálnou formou (plagát a komunikácia). Vedľajším cieľom bolo

zvýšiť účasť mužov na skriningu a zmapovať vopred stanovené rizikové faktory u účastníkov.

Metodika: Štúdia sa konala v ambulancii všeobecného lekára v Krompachoch. Účastníci boli pacienti vo veku od 40 rokov. Štúdia mala dve fázy, každá z nich trvala 12 mesiacov. Pred intervenciou prichádzali pacienti do ambulancie spontánne. Našou intervenciou bol plagát a osobná komunikácia. Výsledky sme štatisticky spracovali. Na zistenie vzťahu medzi dvomi diskretnými premennými sme použili

chí kvadrát test v kontingenčných tabuľkách. Všetky testy sme robili na hladine významnosti $\alpha = 0,05$. Použili sme štatistický softvér IBM SPSS 28 a voľne šíriteľný softvér OpenEpi.

Výsledky: Z celkového priemerného počtu 1247 kapítovaných osôb nad 40 rokov sa v našej štúdii zúčastnilo skriningu 378 osôb počas 2 rokov výskumu (2020 a 2021). Splnili sme cieľ a zvýšili sme účasť na skriningu: 135 osôb pred intervenciou (10,9%) vs. 243 (19,3%) po intervencii, tento rozdiel bol vysoko štatisticky významný ($p < 0,001$). Zároveň sme zvýšili účasť mužov na skriningu 10,63% vs. 17,82% po intervencii, taktiež vysoko štatisticky významný ($p < 0,001$). Zmapovali sme rizikové faktory vzniku kolorektálneho karcinómu: fajčenie, BMI, prítomnosť onkologického ochorenia

u prvostupňových príbuzných. Počas dvoch rokov sme odhalili 1 karcinóm žľazových ciest, 1 karcinóm rekta, 8 polypov hrubého čreva.

Záver: Intervenčnými metódami sa nám podarilo zvýšiť účasť na skriningu kolorektálneho karcinómu, zároveň zvýšiť aj účasť u mužov. Zmapovaním rizikových faktorov sme zistili osoby so zvýšeným rizikom, ktoré môžeme pozvať na selektívny skrining. Zvýšená komunikácia a informovanosť má vplyv na adhérenciu ku skriningu.

Kľúčové slová: kolorektálny karcinóm, intervencia, skrining kolorektálneho karcinómu, rizikové faktory, pohlavie, kolonoskopia

ABSTRAKT Č. 26

TERAPIA CICLOSPORINOM A V DERMATOLÓGII - PREHLADY V TERAPII PSORIÁZY, ATOPICKEJ DERMATITÍDY, ALERGICKEJ VASKULITÍDY A INÝCH DERMATÓZ

MUDr. Hana ZELENKOVÁ, PhD., MBA

DOST Svidník

Cyclosporin A, imunosupresívum, cyklický polypeptid produkovaný plesňou *Tolypocladium*. Indikácie: orgánové transplantácie (obličky, pečeň, srdce, pľúca, pankreas, koža), transplantácie kostnej drene, autoimúnne ochorenia, vybrané dermatózy, vrátane dermatomyozitídy a urtikarie. Indikačná škála sa stále výraznejšie rozširuje. Pre väčšinu indikácií je odporúčaný ako p. o. forma. Transplantovaní pacienti - vyžaduje sa rutinné monitorovanie hladín CyA v krvi. Netransplantačné indikácie

- monitorovanie hladín CyA má iba obmedzený význam, ale nevyhnutné sledovanie hladín kreatinínu a urey. Cyclosporin A v dermatológii - liečebné indikácie rozdelené na tri skupiny: I. skupina - dermatózy s využitím maximálne efektívnej terapie, CyA je mimoriadne účinný liek prvej voľby. II. skupina - dermatózy s možnosťou nasadenia iného systémového alternatívneho lieku podľa voľby terapeuta, Cy A je stále najlepším variantom. III. skupina - ostatné dermatózy (individuálne zváženie terapie je



v priamej súvislosti s ďalším predpokladaným vývojom ochorenia a možnými relapsami), neustále sa rozširuje, predpoklad, že aj v budúcnosti bude najpočetnejšia (Chron. urticaria, vitiligo). Nastavenie na liečbu CyA v I - III línii vyžaduje erudíciu a skúsenosť. U pacientov s rozsiahlymi prípadmi závažných dermatóz po nastavení na liečbu CyA dochádza nielen k zlepšeniu lokálneho nálezu, ale k radikálnej

zmene životného štýlu a zlepšeniu kvality života. Opodstatnenosť podávania musí byť na základe EVIDENCE BASED MEDICINE!!!

Kľúčové slová: cyklosporin A, indikácie, dermatológia

ABSTRAKT Č. 27

PULVERIZÁCIA A JEJ VYUŽITIE V DERMATOLÓGII

Lenka ZEHEROVÁ dipl. sestra

DOST Svidník

Možnosti použitia termálnych vôd sú prakticky bez vekového obmedzenia - malé deti až starší jedinci, niektoré termálne vody preukázateľne pôsobia proti voľným radikálom, majú anti-aging efekt, akcelerujú regeneráciu, je možné ich využívanie v intervalovej terapii suchých dermatóz alebo stavoch po popálení. V tomto smere je mimoriadne zaujímavý koncept pulverizácie, uplatňovaný vo francúzskych kúpeľoch. Okrem kúpeľov v klasických vaniach, je voda z centrálného prameňa rozvážaná do jednotlivých miestností, kde sa potom tryskami a pod tlakom vo forme drobných mikrokvapiek (aerosolu - vodného prachu) podľa potreby aplikuje na celé telo (sprchové kúty), končatiny (špeciálne vaničky) obličaj (obličajová maska), alebo iné najviac postihnuté partie kože. Tento systém pozitívneho ovplyvnenia dermatóz má dlhoročnú tradíciu s výbornými výsledkami. Pre domáce použitie potom pacienti používajú spreje. Na Slovensku nebol doposiaľ tento koncept využívaný. Vznikla preto potreba realizovať výrobu zdravotníckej pomôcky, ktorá by spĺňala podmienky pulverizácie - disperzné a jemné rozprašovanie vody

na pokožku pacienta, bola mobilná a použiteľná v kúpeľoch zameraných na kožné ochorenia a rovnako aj na dermatologických oddeleniach nemocníc, v dermatologických stacionároch alebo iných pracoviskách využívajúcich balneoterapiu. Výrobu prístroja PUL1 realizovala firma MEDEXIM, spol. s r. o., Piešťany. Testovanie a overenie prístroja v praxi má viac ako 8-ročnú tradíciu. V prednáške sú predkladané výsledky používania pulverizátora, ktorý si získal mimoriadnu obľubu medzi pacientmi a je oceňovaný nielen dermatológmi.

Kľúčové slová: pulverizácia, dermatológia, pulverizátor

PARAZITÓZY A PARAZITOFÓBIE V DERMATOLÓGIÍ

MUDr. Hana ZELENKOVÁ, PhD., MBA

SANARE spol s r.o., pracovisko - DOST SAvidník

Parazitárne formy života sprevádzajú planétu Zem a s ňou homo sapiens od počiatku vývoja. Odborných publikácií na túto tému je napísaných nespočetné množstvo a stále sa objavujú nové a nové poznatky. Z pohľadu ľudskej kože, ako najviditeľnejšieho a najkrajšieho ľudského orgánu, sú prejavy buď podceňované alebo naopak preceňované. Na našom pracovisku sa s prejavmi stretávame denne, ale čoraz väčším problémom sa (z pohľadu najmä mladých kolegov) stáva diferenciálna diagnostika. Či

už v zmysle podceňovania alebo preceňovania prejavov. Neadekvátna liečba lokálna alebo systémová, môže viesť často ku komplikáciách a psychickým problémom pacienta. Takisto problémom je často reinfekcia od domáceho miláčika – psa. Sú prezentované zaujímavé prípady postihnutia rôznych lokalít kože.

Kľúčové slová: parazitózy, parazitofóbie, ka-
zuistiky

BLOK: PREČO JE ADHERENCIA K FARMAKOTERAPII DÔLEŽITÁ?**TRAJA PRE JEDNÉHO. PACIENT S HYPERTENZIOU V OBKĽOPENÍ LEKÁRA, POIŠTOVNE A NEMEDICÍNSKEHO EDUKÁTORA. SPOLOČNE NA CESTE ZA LEPŠOU ADHERENCIU**Ing. Mgr. Roman Mužík, PhD.¹, MUDr. Adriana Šimková, PhD.², Eva Košútová³¹ DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.² Duo medical, s. r. o., Pezinok³ DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.

Adherencia k farmakoterapii je jedným zo základných predpokladov úspešnej liečby hypertenzie. V rámci sympózia analyzujeme adherenciu pacienta troma rozličnými pohľadmi: na základe skúseností lekára z ambulantnej praxe, na základe dát zdravotnej poisťovne Dôvera a prostredníctvom intervencie zo strany nemedicínskeho edukátora. Kazuistiky z lekárskej ambulancie ukazujú rozdiely v prístupe

pacientov k svojmu ochoreniu a v ich disciplíne. Časť pacientov dodržiava liečebný režim podozriavo, naopak časť svojmu ochoreniu neprikladá dôležitosť. Špecifickou skupinou sú pacienti, ktorí vykazujú snahu dodržiavať liečebný režim, ale napriek tomu dochádza k častým porušeniam pokynov lekára.

Podľa dát zdravotnej poisťovne Dôvera farmakologickú liečbu hypertenzie začína ročne až



takmer 25 tisíc poistencov. Hlbšia analýza dát u týchto poistencov poukazuje na skutočnosť, že 33 % z nich už v minulosti bolo liečených na hypertenziu. Ukončenie farmakologickej liečby lekárom je u tak vysokého percenta pacientov nepravdepodobné, preto sa dá predpokladať, že časť pacientov vysadila liečbu samovoľne. Podľa odporúčaní ESC/ESH 2018 využívanie fixných kombinácií preukázateľne zvyšuje adherenciu pacienta k liečbe. Zdravotná poisťovňa pomocou kritérií kvality môže motivovať lekárov k využívaniu fixných kombinácií a zvyšovaniu adherencie.

Za účelom lepšieho pochopenia artériovej hypertenzie, dôležitosti adherencie k jej liečbe, jednak na úrovni farmakoterapie, ale

hlavne zmeny životného štýlu, spustila zdravotná poisťovňa Dôvera bezplatné telefonické poradenstvo. Pacienti môžu získať rady ohľadom vyváženého stravovania, potreby pohybu a udržiavania vhodnej telesnej hmotnosti. Poradenstvo je zamerané aj na osvojenie si návykov vedúcich k lepšej adherencii. Adherencia je dôležitý faktor v snahe o dosiahnutie dobre kompenzovanej hypertenzie. Vzájomnou spoluprácou lekára, edukátora a poisťovne je možné dosiahnuť synergický efekt a zvýšiť kvalitu starostlivosti o pacientov s hypertenziou.

Kľúčová slová: hypertenzia, adherencia, partnerstvo, lekár, zdravotná poisťovňa, edukátor

LIEČBA ARTÉRIOVEJ HYPERTENZIE U STARŠÍCH PACIENTOV (BENEFITY A ŠPECIFIKÁ LIEČBY)

MUDr. Katarína BEŇOVÁ, PhD., MUDr. Jana KASENČÁKOVÁ

FNsP J.A.Reimana Prešov, Odd. geriatricie

Artérová hypertenzia (AH) je najčastejším kardiovaskulárnym (KV) ochorením a zároveň je rizikovým faktorom pre ďalšie kardiovaskulárne ochorenia, svojou vysokou prevalenciou predstavuje závažný zdravotný problém. Až 50 % liečených hypertenikov nedosahuje dlhodobé cieľové hodnoty tlaku krvi (TK), s tým súvisí pretrvávanie endotelovej dysfunkcie, zvyšovanie tuhosti ciev a poškodenie cieľových orgánov. AH je signifikantne asociovaná so zvýšenou cerebrovaskulárnou morbiditou a mortalitou, s výskytom koronárnej choroby srdca (KCHS), srdcových arytmií, chronického srdcového zlyhávania (CHSZ), renálnej insuficencie.

Cieľom liečby AH je nielen dosiahnutie cieľových hodnôt TK, ale aj zabránenie vzniku

orgánového poškodenia. Antihypertenzná liečba je indikovaná aj v najvyšších vekových kategóriách. Dôkazy o benefite účinku antihypertenznej liečby aj u seniorov ≥ 80 rokov boli prvýkrát publikované v Odporúčaníach ESC/ESH pre liečbu hypertenzie z roku 2013 (závery štúdie HYVET). Liečba hypertenzie u starších osôb znižuje oproti iným vekovým skupinám najvýraznejšie absolútny počet KV príhod. U pacientov vyššieho veku v dobrej kondícii (≥ 65 rokov ale nie ≥ 80 rokov) sa odporúča medikamentózna antihypertenzná liečba ak je sTK v 1. stupni hypertenzie (140 – 159 mmHg), u pacientov ≥ 80 rokov sú pre začatie liečby prahové hodnoty sTK ≥ 160 mmHg (trieda odporúčaní I, úroveň dôkazu A). Liečbou sa odporúča dosiahnuť cieľovú hodnotu sTK 130 – 139 mmHg, cieľové

hodnoty dTK sú 70 – 79 mmHg. U pacientov ≥ 80 rokov, u fragilných pacientov a u pacientov s 1st. AH sa v iniciálnej liečbe odporúča monoterapia, u pacientov s 2. stupňom hypertenzie je možné zvážiť dvojkombináciu aj v iniciálnej liečbe. Pri voľbe vhodnej liečby je potrebné zohľadniť výsledky multicentrických štúdií, celkový zdravotný stav, pridružené ochorenia, krehkosť, riziko interakcií. Z liekových skupín sa odporúčajú všetky antihypertenzné lieky, preferované môžu byť BKK, thiazidom podobné diuretika (indapamid, chlortalidon), ACEI/ARB. Pri dvojkombinácii sa preferujú ACEI/ARB + BKK alebo ACEI/ARB + diuretikum. V druhom kroku sa odporúča trojkombinácia ACEI/ARB + BKK + diuretikum, v treťom kroku sa k trojkombinácii môže pridať spironolakaton alebo alfablokátor alebo betablokátor (BB). BB u starších pacientov majú nižšiu účinnosť v znížení TK a v prevencii CMP, odporúčajú sa v sekundárnej prevencii KCHS u pacientov s hypertenziou po IM a pri CHSZ v kombinácii s ACEI/ARB (trieda odporúčaní I, úroveň dôkazu A).

Špecifickým rysom staršej populácie je častá polymorbidita, polypragmázia, a s tým

súvisiace riziko výskytu liekových interakcií. V tejto súvislosti treba spomenúť hlavne farmakokinetické interakcie medzi KV liekmi (BB, amiodaron) a medzi psychofarmakmi na úrovni izoenzýmu CYP2D6. Niektoré antidepresíva (fluoxetín, paroxetín) sú silné inhibitory uvedeného izoenzýmu (s následným vzostupom koncentrácie BB alebo antiarytmík) a s rizikom zvýšeného výskytu bradykardie alebo átrioventrikulárnej blokády.

V liečbe AH u seniorov treba zohľadniť celkový zdravotný stav (krehkosť), väčšiu vulnerabilitu organizmu, interindividuálnu variabilitu, kognitívne funkcie.

Závažným rizikom liečby AH u seniorov môže byť hypoperfúzia obličiek, ortostatická hypotenzia, závraty, pády. V liečbe AH u starších osôb sa odporúča používanie nižších dávok antihypertenzív, pomalé navyšovanie antihypertenzív, sledovanie tolerancie liečby a pátranie po možných nežiaducich účinkoch liečby.

Kľúčové slová: artériová hypertenzia, seniori, benefity a špecifiká liečby

ABSTRAKT Č. 31

RENÁLNA SYMPATIKOVÁ DENERVÁCIA U PACIENTA S ARTÉRIOVOU HYPERTENZIOU V PRAXI

doc. MUDr. Juraj MAĎARIČ, PhD., MPH, MUDr. Ľubomír FLAK, PhD.

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

Približne polovica pacientov s artériovou hypertenziou nedosahuje odporúčané hodnoty krvného tlaku a asi 10-20% hypertonikov

má ťažkú formu ochorenia, ktorá nereaguje na farmakologickú liečbu.



Renálna sympatiková denervácia (RDN) je minimálne invazívny intervenčný výkon, ktorého cieľom je pomocou aplikovanej rádiových energie regulovať nadmernú aktivitu tzv. sympatikových nervových vlákien prebiehajúcich v adventícii renálnych artérií a vedúcich komunikáciu medzi mozgom a obličkami, ktoré zohrávajú dôležitú úlohu pri regulácii krvného tlaku (Obr. 1).

Renálna sympatiková denervácia – klinické indikácie

Rezistentná artériová hypertenzia:

- ambulantný TK ≥160mmHg resp. ≥150mmHg u pacientov s DM (priemer z 3 návštev)
- priemer sTK z 24 ambulatného monitorovania tlaku krvi - AMTK ≥135mmHg (denné hodnoty)
- napriek liečbe ≥3 antihypertenzívami vrátane diuretika v optimálnych dávkach pri dobrej compliance pacienta a nezlepšení kontroly TK po pridaní spironolaktónu
- eGFR > 45 ml/min/1.73 m²

A zároveň:

- Vylúčenie sekundárnej formy AH
- Vylúčenie nedostatočne spolupracujúcich pacientov (non-compliance)
- Vylúčenie HT bieleho pláštá pomocou amb. 24 hod. monitoringu TK (AMTK)
- Vhodná anatómia renálnych artérií podľa CTAG

Pri použití moderných typov katétrov a správnej technike realizácie je RDN bezpečnou metódou na dosiahnutie klinicky významného poklesu tlaku krvi, čo potvrdili i výsledky analýzy nášho súboru 43 pacientov liečených RDN 3 typmi katétrov v rokoch 2012–2016 (od 1. generácie, po moderný Symplicity Spyral katéter 3. generácie). Po 6-tich mesiacoch od RDN bol

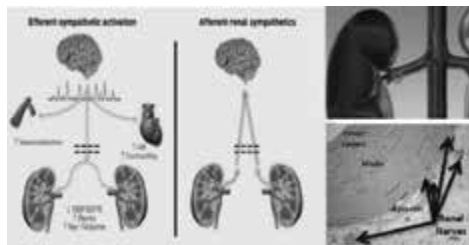
zistený signifikantný pokles priemerného 24-hod ambulatného systolického tlaku krvi (ABPM sTK) zo 167 na 156 mmHg (p=0.007) a 24-hod ABPM diastolického TK z 94 na 90 mmHg (p=0.007). Najvýznamnejší pokles tlaku krvi bol dosiahnutý pri použití Symplicity Spyral katétra (ABPM sTK-28 mmHg). Pri použití katétra Symplicity Spyral až 90% pacientov boli respondéri t.j. došlo u nich k poklesu TK o viac ako 10 mmHg. Po 6-tich mesiacoch bola z dôvodu symptomatického poklesu tlaku krvi redukovaná antihypertenzívna liečba u 20 zo 43 pacientov (47%).

Základom liečby AH stále ostáva úprava životného štýlu a farmakologická liečba. RDN by podľa našich skúseností, ako aj podľa realizovaných randomizovaných štúdií mohla byť prínosná u rizikovej skupiny pacientov s rezistentnou AH, ale aj u hypertonikov netolerujúcich či alergických na viaceré antihypertenzíva, či v zlepšení adherencie k liečbe pri redukcii počtu antihypertenzív po RDN.

Morbidity a mortalita následkom ischemického postihnutia orgánov kontinuálne rastie so zvyšujúcou sa hodnotou tlaku krvi. Mortalita na cerebrovaskulárne a koronárne ochorenie klesá už pri znížení systolického tlaku o 10 mmHg a diastolického o 5 mmHg už po pár rokoch liečby.

Všeobecní lekári môžu v liečbe hypertenzie zvoliť široké spektrum antihypertenzív, ktoré im umožňujú dosiahnuť efektívnu liečbu u väčšiny hypertonikov (Šimková, 2015). **Ak napriek vyťaženej liečbe u spolupracujúceho pacienta sa nedarí dosiahnuť optimálne hodnoty a vylúči sa sekundárna hypertenzia, je nutné myslieť na rezistentnú hypertenziu, ktorú je možné riešiť pomocou renálnej sympatikovej denervácie na špecializovanom angiológickom pracovisku.**

Obr. 1: Renálna sympatíková denervácia



Kľúčové slová: rezistentná hypertenzia, renálna sympatíková denervácia

Literatúra:

Šimková, A.: Artériová hypertenzia in: Masár, O. a kol.: Kompendium všeobecného praktického lekára pre medikov, LF UK, 2015

ABSTRAKT Č. 32

ANGIOLOGICKÉ VYŠETRENIE, INDIKÁCIA - URGENTNÁ A ELEKTÍVNA

MUDr. Miroslav ŠIRILA

Angiologická ambulancia ASM, Trenčín

Cievna ambulancia patrí medzi špecializované ambulancie zaoberajúce sa diagnostikou a liečbou pacientov s ochorením žíl, tepien a lymfatických ciev.

Vyšetrenie pozostáva z klinického vyšetrenia a pomocných vyšetrení. Nosnou vyšetrovacou metódou v špecializovanej angiologickej ambulancii je farebná duplexná ultrasonografia.

Obr. MUDr. Miroslav Širila v angiologickej ambulancii



Na základe vlastných skúseností uvažujeme o správnej indikácii a načasovaní vyšetrenia v angiologickej ambulancii. Cieľom je pomôcť pacientovi a zabrániť poškodeniu zdravia pacienta.

Najčastejšie ochorenia žíl, s ktorými prichádza pacient na cievnu ambulanciu, sú varixy

a žilová trombóza. Zatiaľ čo vyšetrenie pacienta s varikóznym ochorením považujeme za elektívne, vyšetrenie zamerané na vylúčenie trombózy je vyšetrenie akútne. Má byť realizované najneskôr do 48 hodín od vyslovenia podozrenia všeobecným lekárom. Dovtedy má byť pacient liečený ako by trombózu mal (LMWH v terapeutickú dávku). Vyšetrenie, ktoré by malo predchádzať indikácii k akútne sonografickému vyšetreniu ciev, je vyšetrenie hladiny D-diméru. Má vysokú negatívnu prediktívnu hodnotu, vylučuje prítomnosť trombózy do úrovne 98%.

Najčastejšie ochorenia arteriálneho systému, s ktorým prichádzajú pacienti do angiologickej ambulancie, sú rôzne formy periférneho artériového ochorenia (akútne, chronické či aneurymatické ochorenie tepien). K akútnej indikácii na vyšetrenie – okamžitej – patrí akútne končatinové ischémia (AKI) a symptomatická aneurizma tepien. AKI sa prejavuje päťou ľahko rozpoznateľných príznakov – strata pulzácie, chlad, bolesť, parestézia až porucha hybnosti a bledosť. Rovnako spĺňa kritéria na okamžité vyšetrenie symptomatická aneurizma tepien. Jej prejavy sú závislé na lokalizácii

a vývoji ochorenia – ruptúra a krvácanie, disekcia alebo trombotizácia a oklúzia tepny.

Klinické vyšetrenie lekárom prvého kontaktu a následná správna a včasná indikácia angiologického vyšetrenia pomáha znížiť riziko poškodenia zdravia pacienta. Vzájomná súhra všeobecného lekára a špecialistu angiológa

v riešení vaskulárnych ochorení je mimoriadne dôležitá.

Kľúčové slová: indikácia, žilová trombóza, akútne končatinové ischémia, symptomatická aneurizma tepny.

ABSTRAKT Č. 33

URČENIE ETIOLÓGIE VENÓZNEHO TROMBOEMBOLIZMU – KĽÚČ K EFEKTÍVNEJ LIEČBE

MUDr. Katarína DOSTÁLOVÁ, PhD., MPH, Mgr. Mária BARTUŠOVÁ, PhD.,

prof. MUDr. Eva HORVÁTHOVÁ, PhD., MPH,

doc. MUDr. Štefánia MORICOVÁ, PhD., MPH, *mim.prof.*

Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

V roku 1856 sformuloval Rudolf Virchow tri základné príčiny, ktoré sa rôznou mierou podieľajú na rozvoji arteriálnej a venózneho tromboembolizmu, a ktoré sa dodnes označujú ako **Virchowova triáda**: 1. hyperkoagulačný stav, 2. stáza krvi, 3. poškodenie cievnej steny.

Vznik venózneho tromboembolizmu je multifaktoriálnym procesom, na rozvoji ktorého sa spolupodieľajú dočasné, získané či prostredím determinované riziká a vrodené predispozície. Ich vplyvom nastáva nerovnováha medzi prokoagulačnými, antikoagulačnými a fibrinolytickými procesmi v organizme. Výsledná interakcia medzi pôsobením vrodených predispozícií a rizikovými faktormi vonkajšieho prostredia je kľúčová pre pochopenie, prečo určitý jedinec je postihnutý tromboembóziou v danom čase.

Primárne hyperkoagulačné stavy sa zvyknú označovať aj ako: laboratorne, genetické, hereditárne, vrodené faktory a figuruje aj pod názvom trombofilné stavy.

Sekundárne hyperkoagulačné stavy môžeme v literatúre identifikovať ako: získané faktory, spúšťajúce faktory, faktory podmienené

prostredím, environmentálne, klinické rizikové faktory.

Žilová trombóza sa môže prejavovať ako flebotrombóza (hlbková žilová trombóza), tromboflebitída (trombóza povrchových žíl) a pľúcna embólia. Priebeh flebotrombózy závisí od rôznych faktorov a jeho vývoj môže byť rôzny: trombus sa spontánne rozpustí, rozšíri sa ďalej v žilovom systéme, môže embolizovať do pľúcneho riečiska, môže rekanalizovať (v rozličnej miere a rôzne dlho – kompletne, čiastočne alebo vôbec nie), môže recidivovať.

V liečbe sa uplatnia farmakologické (antikoagulačná liečba, trombolýza) a nefarmakologické (endovaskulárna a chirurgická liečba) postupy ako aj režimové opatrenia. V rámci antikoagulačnej liečby sa používajú parenterálne podávané heparíny, väčšinou heparíny s nízkou molekulovou hmotnosťou (LMWH – low molecular weight heparin), menej klasický nefrakcionovaný heparín (UFH – unfractionated heparin) alebo pentasacharid (fondaparinux) a následne perorálna liečba s antagonistami vitamínu K (VKA), pričom najčastejšie sa v Slovenskej



republike používa warfarín a nové perorálne antikoagulantia: priame inhibítory faktoru IIa. (dabigatranetexilát) alebo Xa (apixaban, edoxaban, rivaroxaban), či niektoré nové glykozaminoglykánové deriváty (sulodexin). Asociácia infekcie COVID-19 a trombózy pritiahol pozornosť širokej vedeckej komunity ako aj medicínskej praxe za posledné roky. Na základe skúsenosti môžeme konštatovať:

Charakteristika súčasného prístupu k diagnostike a liečbe žilovej trombózy
Internistické disciplíny sa zaslúžili aj o rozvoj precíznej identifikácie rizikových faktorov VTE. Správne stanovenie rizikových faktorov u každého pacienta individuálne určuje ďalší postup, výber farmakologickej liečby a jej trvanie.
Postup pri diagnostike a liečbe sa zjednodušil
Úspešnosť farmakologickej liečby spôsobila, že VTE sa z ochorenia prevažne chirurgického charakteru stal záležitosťou internistických disciplín
Dochádza k čoraz širšiemu využívaniu ambulantnej liečby
Koniec trvania na pripútaní pacienta s VTE na lôžko bez výnimky
Rozvoj rôznych liečebných modalít prispel k zníženiu úmrtnosti aj u vysoko rizikových pacientov a k zmierneniu dlhodobých následkov
Bolesť a opuch pri mobilizácii pacienta s kompresnými pančuchami ustupuje skôr než pri pacientovom zaľahnutí na lôžko
Nové perorálne antikoagulantia prinášajú ďalšie možnosti v individuálnom prístupe k pacientovi a možnosti ušit liečbu na mieru

Základné ciele liečby hlbkovej žilovej trombózy sú:

1. zabránenie ďalšiemu rastu trombu a jeho následné rozpustenie,
2. zníženie rizika pľúcnej embolizácie,
3. prevencia vzniku potrombotického syndrómu (Štvrtinová, 2018)

Pacienta po troch mesiacoch liečby stratifikujeme: Posudzujeme, či ide o vyprovokovanú hlbkovú žilovú trombózu (úraz, hospitalizácia, naloženie sadrovej dlahy a pod.). Zvažujeme vek pacienta, riziko pádu, komorbidné ochorenia (zlyhávanie hepatálne, renálne, kardiálne, nádorové ochorenie, závažné metabolické ochorenie, cievna mozgová príhoda, anémia, hypokoagulačný stav), ostatná liečba potrebná u pacienta. Je nutné využiť prvé tri mesiace liečby, aby sme napríklad vylúčili dovtedy nepoznanú malignitu.

Uvážlivý výber antikoagulantia zohľadňuje posúdenie prínosu (zabránenie progresie a recidívy trombózy) a rizika (najmä krvácanie). Pri uvažovaní o výbere farmakologickej liečby rešpektujeme indikácie jednotlivých liečiv, dôkazy o účinnosti v špecifických situáciách. Zohľadňujeme charakteristiku chorého (komorbidity, komorbiditná liečba, compliance či preferencie pacienta, dávkach, renálne a pečeneňové funkcie a pod. Liečbu doslova šijeme na mieru. U pacienta s vyprovokovanou trombózou spravidla stačí liečba v priebehu 3 mesiacov. U pacienta s nevyprovokovanou zvažujeme skôr predĺženú liečbu. Pri recidivujúcej hlbkovej žilovej trombózy rovnako preferujeme predĺženú liečbu.

Ak je pacient s flebotrombózou hospitalizovaný snažíme sa v rámci konziliárnej činnosti angiológa motivovať kliniky a oddelenia na realizáciu dostupného onkoskríningu a vylúčenie vrodených trombofilných stavov pri oprávnenej suspekcií. S výsledkami sa všeobecný lekár oboznamuje v prepúšťacej správe z nemocnice.

Ak pacienta liečime v angiologickej ambulancii, dostáva priestor dokompletizovanie onkoskríningu inak zahrnutého v preventívnej prehliadke. Ak sa pacient z rôznych dôvodov preventívnej prehliadky nezúčastnil počas predchádzajúcich dvoch rokov, zdôrazníme

túto skutočnosť v jeho edukácii, aby sme pacienta správne usmernili aj do budúcnosti a aby sme podporili autoritu všeobecného lekára.

Kľúčové slová: venózne tromboembolizmus, antikoagulačná liečba, angiológ

BLOK: OČKOVANIE V KONTEXTE OCHRANY ZDRAVIA – MEDICÍNSKE A PRÁVNE ASPEKTY

ABSTRAKT Č. 34

OČKOVÁŤ SA OPLATÍ

prof. MUDr. Alexandra BRAŽINOVÁ, PhD. MPH.

Ústav epidemiológie, Lekárska fakulta Univerzity Komenského v Bratislave

Vakcíny sú zodpovedné za podstatné zníženie úmrtnosti a patria medzi najviac nákladovo efektívne zdravotné intervencie. V skutočnosti nie sú to samotné vakcíny, ktoré zachraňujú životy, ale vakcinácia.

Merať dopad vakcinačných programov na chorobnosť a úmrtnosť nie je vždy možné. Na odhad dopadu a generovanie predikcií do budúcnosti sa preto používa matematické modelovanie. V roku 2021 zverejnila v časopise *The Lancet* svoje zistenia veľká matematická modelová štúdia, realizovaná pracovnou skupinou Vaccine Impact Modeling Consortium. Táto štúdia prezentuje odhad dopadu očkovania proti hepatitíde B, *Haemophilus influenzae* typ B, japonskej encefalitíde, osýpkam, *Neisseria meningitidis* séro skupiny A, *Streptococcus pneumoniae*, rotavírusovým infekciám, rubeole a žltej zimnici. Väčšina týchto očkovaní je zahrnutá aj v našom Národnom imunizačnom programe.

Očkovanie proti sledovaným 10 ochoreniam za obdobie 2000–2019 zabránilo 37 miliónom úmrtí, najmä v krajinách s nízkym a stredným príjmom. Z očkovania najviac benefitujú deti

do 5 rokov, bez neho by bola úmrtnosť v tejto najmladšej vekovej skupine o 45% vyššia. Deti narodené v roku 2019 majú vďaka očkovaniu perspektívu o 72% nižšej mortality na sledované ochorenia.

Očkovanie má okrem priameho protektívneho účinku u zaočkovaných aj nepriamy dopad, a to jednak ochranu neočkovaných spôsobenú kolektívnou imunitou, jednak redukciu sekundárnych infekcií a antimikrobiálnej rezistencie. Napriek nespornému dokázanému účinku vakcináciu mnohí ľudia naďalej vo všetkých krajinách sveta zomierajú na vakcínami preventabilné ochorenia. V dôsledku pandémie Covid-19 boli mnohé imunizačné schémy narušené.

Kľúčové slová: vakcinácia, preventabilné ochorenia, Národný imunizačný program

LETOM PRESKRIPČNÝM SVETOM

doc. JUDr. MUDr. Peter KOVÁČ, PhD. et PhD.

Katedra trestného práva a kriminológie Právnickej fakulty Trnavskej Univerzity

Predpisovanie, výdaj a podávanie humánných liekov je pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti každodenná a rutinná činnosť. Táto rutinná činnosť je upravená viacerými právnymi predpismi, ktoré sa v duchu najlepších (a aj najhorších) tradícií slovenskej legislatívy veľmi často menia. Logickým dôsledkom sú situácie, v ktorých sa dostávajú osoby oprávnené lieky

predpisovať do konfliktu a pacient sa stáva obeťou. Aj najlepšie mienené zmeny legislatívy totiž môžu fungovať v duchu Murphyho zákona, podľa ktorého každá zmena vedie k horšiemu. Autor sa v prednáške zamýšľa nad riešením aktuálnej situácie s preskripciou.

Kľúčové slová: predpis liekov, právne predpisy

BIOETICKÉ OTÁZKY K TÉME POVINNÉHO OČKOVANIA

doc. JUDr. Andrea ERDŐSOVÁ, PhD.

Fakulta práva Paneurópskej VŠ, Bratislava

„Je povinná vakcinácia nielen proti detským preventabilným ochoreniam, ale napríklad aj proti Covid-19 v súlade s právom? Je eticky prijateľné tento zásah do fyzickej integrity pacienta postaviť na povinnosti vynucovať ho a možno akceptovať výhradu voči povinnému očkovaniu postavenú na slobode jednotlivca či na náboženských dôvodoch alebo výhrade svedomia?

Počas pandémie ochorenia Covid-19 akoby sa znovu prebudilo akési memento mori, ten spiaci zápas o ľudský život a zdravie a to nastoluje mnohé etické dilemy.

Povinné očkovanie pochopiteľne zasahuje do práva na súkromný život chránený článkom 8 Európskeho dohovoru o ľudských právach, takže príslušné orgány budú musieť preukázať, že zásah je oprávnený, sleduje legitímny cieľ a je zároveň proporcionálny. Zaujímavé je preto analyzovať *východiská, ktorými sa spravoval*

štrasburský Veľký senát v dlho očakávanom rozhodnutí vo veci **Vavříčka a ostatní v. Česká republika**¹, ktoré bolo prijaté 8. 4. 2021. Ide o prelomové rozhodnutie pre všetky členské štáty Rady Európy v otázkach legislatívy, ako aj budúcej rozhodovacej praxe súdov, pokiaľ pôjde o povinné očkovanie nielen detí, ale aj dospelých populácie. Prijatie do materskej škôlky podmienené zaočkovaním dieťaťa znamenalo podľa sťažovateľov porušenie hneď niekoľkých práv a slobôd priznaných Dohovorom – predovšetkým práva na súkromný a rodinný život, slobody myslenia, svedomia a viery a práva na vzdelanie.

Vo svojom rozhodnutí z **8. 4. 2021 ESLP pomerom hlasov 16 ku 1 rozhodol, že v danom prípade nedošlo k porušeniu článku 8 Dohovoru** (právo na súkromný a rodinný život) a povinné očkovanie ako nedobrovolný medicínsky zákrok predstavuje zásah do fyzickej integrity, avšak



spôsob, akým ho nastavuje stratégia Českej republiky, naplnilo individuálny cieľ ochrany zdravia, ako aj práv a slobôd iných. Vakcinácia totiž chráni nielen tých, ktorí ju podstúpia, ale aj tých, ktorí z rôznych dôvodov nemôžu byť očkovaní (kontraindikácie) a musia sa spoľahnúť na kolektívnu imunitu. Rozsah širokej voľnej úvahy štátu bol v danom prípade optimálny. Súd sa pritom oprel aj o skutočnosť, že Česká republika postupovala podľa odporučení lekárskeho autorít, ktoré zohľadnili naliehavú spoločenskú potrebu ochrániť individuálne a verejné zdravie v spoločnosti a zabrániť poklesu úrovne

preočkovanosťi populácie. Konečne ESLP spomenul aj najlepšie záujmy detí, ktoré musia byť vždy zohľadnené a každé dieťa účinne chránené pred vážnym ochorením.“

¹ **Vavříčka v. Česká republika**, sťažnosť č. 47621/13 a päť ďalších sťažností: **Novotná v. Česká republika** (č. 3867/14); **Horných v. Česká republika** (č. 73094/14); **Brožík v. Česká republika** (č. 19306/15); **Dubský v. Česká republika** (č. 19298/15); **Roleček v. Česká republika** (č. 43883/15), rozhodnutie z 8. apríla 2021

ANEURYZMA BRUŠNEJ AORTY: SKRÍNING, LIEČBA A NÁSLEDNÝ MANAŽMENT

MUDr. Lukáš VINCZE¹, MUDr. Petr VAŘEJKA, CSc.², doc. MUDr. Juraj MAĎARIČ, PhD. MPH²¹ Oddelenie intervenčnej angiológie NÚSCH, a. s.² Oddelenie kardiológie a angiológie NÚSCH, a. s.

Aneuryzma brušnej aorty (AAA) je lokalizované rozšírenie brušnej aorty, ktoré je vo väčšine prípadov klinicky nemé. S nárastom diametra však stúpa aj 5-ročné riziko fatálnej ruptúry AAA až na 30–90%. Rizikové faktory sú mužské pohlavie, nikotinizmus, arteriálna hypertenzia a pozitívna rodinná anamnéza. Prevalencia u mužov nad 50 rokov je 4–8%. V našej práci by sme radi predstavili možnosti jednoduchého skríningu AAA, ukážku najmodernejšej liečby a najmä následný manažment, s ktorými sa môže lekár v ambulancii všeobecného lekára stretnúť a bol v posledných rokoch viackrát aktualizovaný.

Kľúčové slová: aneuryzma brušnej aorty, skrínung, liečba, následný manažment

CEFPROZIL V LIEČBE TONZILOFARYNGITÍD A NIEKTORÝCH RESPIRAČNÝCH OCHORENÍ

prof. MUDr. Karol KRALINSKÝ, PhD.

II. DK SZU DFNSP a FZ SZU Banská Bystrica

Úvod/Cieľ príspevku: Cefprozil je perorálne semisyntetické širokospektrálne antibiotikum dostupné v dvoch formách – tablety a suspenzia. Je účinné na liečbu respiračného traktu u detí a dospelých, infekcie kože či nezávažné zápaly močových ciest a akútne cystitídy. Farmakokinetika cefprozilu u detí (vo veku od 6 mesiacov do 12 rokov) bola porovnateľná s farmakokinetikou u dospelých. (SPC Cefzil, apríl 2014; Nicolau D.P. et al., Antimicrob Agents Chemother. 2000 May; 44(5): 1291–1295)

Výsledky: Spomedzi cefalosporínov vyniká cefprozil svojou vysokou až 95% rezorpciou z gastrointestinálneho traktu, ktorá pozitívne ovplyvňuje zachovanie a obnovenie mikrobiómu čreva v priebehu liečby a v období po jej ukončení. (Nováková E. et al., Revue medicíny v praxi, 16/2018/4, s.14–15) Vysoká účinnosť cefprozilu (98%) na eradikáciu beta hemolytického streptokoka skupiny A u pacientov s tonzilofaryngitídou bola porovnávaná s účinnosťou klaritromycínu a penicilínu V. Cefprozil porovnávaný v otvorenej štúdiu u detí (2–16r.) s klaritromycínom, amoxicilín/ klavulanátom a penicilínom G nemal inhibičný vplyv na alfa-hemolytických streptokokov, ktoré sú súčasťou normálnej faryngeálnej flóry pred a po liečbe antibiotikom, čo má priaznivý vplyv na zníženie incidencie opakovaných infektov. Cefprozil v štúdiách preukázal porovnateľnú klinickú účinnosť a bezpečnosť, najmä však vyššiu účinnosť na eradikáciu beta hemolytických streptokokov a zároveň neovplyvňoval normálnu flóru nosohltana. (Kafetzis D. et al, Intetnational J of Antimicrobial Agents 2004;

23: 67–71; Yildirim I. et all, Turk J Pediatr 2008; 50: 120–125) Porovnateľná účinnosť bola preukázaná aj v režime 5 dní cefprozil vs. 10 dní klaritromycín v liečbe akútnej exacerbácie chronickej bronchitídy u dospelých pacientov pri nižšom výskyte nežiadúcich účinkov ATB liečby. (Carthy JM. et all, Ann Allergy Asthma Immunol 2001;87:327–334) Záver: Cefprozil je betalaktámové antibiotikum, ktoré má ako cefalosporín II. generácie širokospektrálny vysoký účinok na bežné patogény spôsobujúce respiračné ochorenia, má nižší výskyt nežiadúcich účinkov, zachováva bežnú mikroflóru krku a znižuje výskyt reinfektov.

TAKE HOME MESSAGE FOR GPS:

- Biologická dostupnosť cefprozilu je až 95 %
- Cefprozil má porovnateľnú účinnosť na liečbu respiračných infekcií horných aj dolných dýchacích ciest u detí aj u dospelých v porovnaní s inými, bežne používanými ATB pri nižšom výskyte nežiadúcich účinkov a zachovaní normálnej flóry nosohltana
- Cefprozil je vysoko účinné ATB na liečbu baktériových komunitných infekcií vyvolaných patogénmi, ktoré ich najčastejšie spôsobujú (Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes, Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae a Moraxella catarrhalis)
- Účinný je aj v liečbe infekcií kože a kožných štruktúr a taktiež pri nekomplikovaných infekciách močových ciest vrátane akútnej cystitídy
- V indikovaných prípadoch je možné jeho použitie počas gravidity a laktácie



Kľúčové slová: cefprozil, tonzilofaryngitídy, respiračné infekcie, mikrobióm

KOMUNIKÁCIA S PACIENTOM V PREDDIALÝZE. AKÉ INFORMÁCIE PACIENTOM PODÁVAME?

Mgr. Eva KOVÁČOVÁ, MBA

BIOHEM, spol. s r. o., Trenčín

Peritoneálna dialýza prešla v priebehu niekoľkých rokov veľkým progresom, ale prechádzaním hemodialyzačných centier do súkromných sektorov zažíva veľký pokles napriek predpokladom, že bude dochádzať ku kvantitatívnemu a kvalitatívnemu rozvoju peritoneálnej dialýzy. Dlhšie prežívanie pacientov, hlavne v prvých rokoch liečby a lepšie zachovanie reziduálnej funkcie obličiek je dôvodom k tomu, aby bola peritoneálna dialýza ponúkaná v pozitívnom zmysle každému pacientovi v preddialýze, pokiaľ nemá žiadnu kontraindikáciu na liečbu peritoneálnou dialýzou. Úspešnosť a účinnosť liečby neposudzujeme iba podľa doby prežitého

života, ale hlavne podľa jeho kvality. Súčasťou kvality života je spokojnosť pacienta so starostlivosťou poskytovanou pri liečbe. Rozhodnutie pre peritoneálnu dialýzu znamená, že pacient je aktívnejší v liečbe a prijíma za ňu väčšiu zodpovednosť. Hodnota poskytovaných informácií a interpersonálneho vzťahu je najvyššia pred a tesne po zahájení dialýzy. Hlavnou otázkou je, či pacienti majú dostatok informácií o možnostiach liečby a či majú možnosť podieľať sa na výbere metódy liečby.

Kľúčové slová: preddialýza, komunikácia, peritoneálna dialýza, kvalita života

BLOK: FIBRILÁCIA PREDSIENÍ A NOVÉ TRENDY V SRDCOVOM ZLYHÁVANÍ

SRDCOVÉ ZLYHÁVANIE

prof. MUDr. Ján MURÍN, CSc.

I.interná klinika LFUK a UN Bratislava

V posledných troch dekádach zažívame dve veľké epidémie, diabetizu a srdcové zlyhávanie (SZ). Asi polovica pacientov so SZ trpí diabetom, ale nielen diabetológ, ale aj internista,

kardiológ a všeobecný lekár, i geriatry majú pomôcť s vyhľadávaním nielen (pre)diabetikov, ale i chorých so SZ.



DIETETIKA Z POHLADU TRADIČNEJ ČÍNSKEJ MEDICÍNY A JEJ UPLATNENIE V SÚČASNEJ DOBE

MUDr. Zuzana SEMANOVÁ, PhD.

Endokrinologická ambulancia Košice

Pohľad tradičnej medicíny na stravu je v porovnaní so striktnými odporúčaniami západnej medicíny diametrálne odlišný. Strava ako súčasť komplexnej starostlivosti o zdravie má predísť vzniku chorôb. Keď už choroba vznikla, strava má pomôcť zvládnuť ochorenie, ev. aj vedľajšie účinky liečby prostriedkami západnej medicíny. Pri výbere potravín sa zohľadňuje predovšetkým konštitúcia pacienta, prídružené ochorenia, ročné obdobie, ale aj vlastnosti potravín a spôsob ich úpravy. Každá potravina má svoju termickú správanie, ktoré je dané prirodzenou vlastnosťou danej potraviny

a spôsobom tepelnej úpravy. Prirodzená vlastnosť potraviny môže byť neutrálna, teplá, horúca, svieža a studená. Spôsoby tepelnej úpravy sú zohrievajúce, neutrálne a ochladzujúce. Okrem týchto aspektov sa v dieteke podľa princípov TČM zohľadňuje aj chuť potravín. Poznáme päť základných (kyslá, horká, sladká, pikantná, slaná) a dve doplnkové chute (fádna a zvieravá). Každá chuť má svoj špecifický účinok.

Kľúčové slová: tradičná čínska medicína, dijeta, uplatnenie v súčasnosti

SYNKOPA, DIAGNOSTICKÝ PRÍNOS EKG

MUDr. Zuzana MAČUDOVÁ¹, MUDr. Ahmadullah FATHI²

¹VLD Poprad, ²VLD Svit

EKG prístroj je neodmysliteľnou súčasťou materiálno-technického vybavenia ambulancie všeobecného lekára pre dospelých (VLD). Používanie EKG sa čoraz viac z preventívnej roviny posúva do roviny diagnostickej aj vďaka úhradám výkonov zo zdravotných poisťovní. Aj túto metódu treba vnímať ako pomocné diagnostické vyšetrenie a prínos EKG netreba podceňovať ani preceňovať. Autori prezentácie upozorňujú na EKG zmeny, ktoré môžu uľahčiť alebo napomôcť pri diferenciálnej diagnostike synkopy.

Kľúčové slová: Ambulancia VLD, EKG prístroj, synkopa, pomocné diagnostické vyšetrenie

VÝZNAM OČKOVANIA PROTI COVIDU-19 V SÚČASNOSTI

prof. MUDr. Zuzana KRIŠŤÚFKOVÁ, PhD. MPH

Fakulta verejného zdravotníctva, SZU, Bratislava

COVID-19 je ochorenie spôsobené vírusom SARS-CoV-2, ktorý sa objavil koncom roka 2019. Išlo o nový vírus pre človeka, veľmi rýchlo sa rozšíril po celom svete a spôsobil pandémiu, ktorú SZO vyhlásila v marci 2020 a ktorá ešte stále trvá. Vírus SARS-CoV-2 je RNA

vírus, ktorý sa časom mení, s potenciálom vytvárať nové varianty a ovplyvňovať tak priebeh pandémie. U novovzniknutých variantov je dôležité sledovať zvýšenie prenosnosti vírusu, zvýšenie jeho virulencie, či vírus spôsobuje ochorenia s ťažším klinickým priebehom

alebo či dochádza k zníženiu účinnosti verejno-zdravotných a sociálnych opatrení, dostupnej diagnostiky, vakcín a liekov. Na Slovensku bolo potvrdených a evidovaných viac ako 1,8 mil. prípadov ochorenia a viac ako 20 tisíc úmrtí. Od vzniku pandémie ochorenie nadmerne zaťažuje nielen obyvateľstvo zdravotnými dopadmi, ale aj zdravotné systémy, ekonomiku a hospodárstvo štátu. Značnú záťaž predstavujú aj nepriame dopady ochorenia COVID-19 na mentálne zdravie a kvalitu života v súvislosti s post-covidovým syndrómom. Riziko závažných ochorení a hospitalizácií sa zvyšuje s vekom a rizikovými faktormi. Celosvetovo viac ako 50% hospitalizovaných tvorili osoby vo veku 65 a viac rokov. Multisystémový zápalový syndróm je závažná zápalová porucha, ktorá sa môže vyskytnúť 2-6 týždňov po infekcii COVID-19. V 90% postihuje minimálne 4 systémy, v 37% dochádza k šokovým stavom, u 17% vznikne myokarditída a 1,4% prípadov končí úmrtím.

Priebeh pandémie podstatne zmenilo očkovanie proti COVID-19. Odhaduje sa, že očkovaním sa už počas prvého roka predišlo približne 19,8 miliónom úmrtí. Komunity s vysokou zaočkovanosťou mali o 80% menej úmrtí na COVID-19. Nepotvrdili sa dlhodobé vedľajšie účinky očkovania, ani genocída, ani depopulácia. Neočkovaní dosiahli presvedčivú väčšinu v nemocniciach. Očkovanie je stále najúčinnější opatrenie, ktorým sa dá predísť ťažkému priebehu ochorenia, hospitalizácii a úmrtiu na COVID-19. Preto sa naďalej odporúča podať základné očkovanie (2 dávky) tým, ktorí doteraz neboli vôbec očkovaní, a tým, ktorí už majú základné očkovanie, sa odporúča podať posilňujúcu dávku.

Vzhľadom na nepredvídateľnosť ďalšieho vývoja pandémie je potrebné chrániť zdravie zvyšovaním počtu očkovaných, sledovať vlastnosti novovzniknutých variantov vírusu, byť

pripravený na zhoršenie situácie a poučiť sa zo skúseností, ktoré sme získali za ostatné 2 roky.

Kľúčové slová: očkovanie, COVID-19



SESTERSKÁ SEKCIA

II. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK VŠZASP SV. ALŽBETY BRATISLAVA

ABSTRAKT Č. 44

SIGNIFIKANTNÉ PREDIKCIE FLUKTUÁCIE SESTIER

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

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave

Úvod: Podmienkou pracovnej stabilizácie zamestnancov je komplexné riešenie všetkých faktorov ovplyvňujúcich fluktuáciu. Fluktuácia môže byť následkom nízkej miery pracovnej spokojnosti. Profesia sestry je náročným povoláním. Sestry sú častokrát vystavované mnohým stresujúcim a nepriaznivým faktorom, čo môže ovplyvňovať ich spokojnosť s prácou. Pracovná spokojnosť výrazne ovplyvňuje zotrvanie sestier na aktuálnom pracovisku, fluktuáciu, produktivitu a absenciu sestier v práci.

Súbor a cieľ výskumu: Vzhľadom na to cieľom nášho výskumu bolo zistiť najdôležitejšie prediktory fluktuácie sestier. Taktiež sme zisťovali závislosť medzi jednotlivými príčinami a úvahami sestier o zmene zamestnania a zmapovali sme faktory, ktoré súvisia s fluktuáciou sestier. Do výskumného súboru boli zaradené sestry pracujúce v rôznych zdravotníckych zariadeniach.

Metódy: K vyhodnoteniu údajov sme použili metódy deskriptívnej a induktívnej štatistiky prostredníctvom tabuľkového kalkulátora Microsoft Excel a štatistického programu SPSS 26.

Na overenie hypotéz sme použili výpočet Spearmanovho koeficientu, na hladine významnosti 0,05.

Výsledky: Výsledky výskumu poukazujú, že fluktuácia narastá spolu s neuspokojivým

finančným ohodnotením práce sestier a stúpa, ak klesá spokojnosť s pracovnými podmienkami a taktiež spokojnosť s technickým a materiálnym vybavením pracoviska.

Záver: Práca sestry patrí medzi jedno z najnáročnejších povolání. Je dôležité si uvedomiť, že sestry „milujú“ svoju prácu, to čo robia. Vybrali si svoje povolanie, pretože sa chcú starať o pacientov, aby im pomohli zlepšiť svoje zdravie. Avšak často z mnohých dôvodov nie sú v práci spokojné. Ak manažment zdravotníckeho zariadenia sa bude snažiť odstrániť tieto nedostatky, zvýši sa spokojnosť sestier a tým sa zníži fluktuácia sestier a riziko vzniku syndrómu vyhorenia.

Kľúčové slová: prediktory, fluktuácia, sestra, zdravotnícke zariadenie

POSTOJE SESTIER K OCHRANE VLASTNÉHO ZDRAVIA

PhDr. Viera IVANKOVÁ^{1,2}, prof. MUDr. Mária BELOVIČOVÁ, PhD.^{3,4}

¹VŠZaSP Sv. Alžbety, Bratislava – študent doktorandského štúdia

²NsP Michalovce

³VŠZaSP Sv. Alžbety, Bratislava – pedagóg

⁴Interná ambulancia so zameraním na diagnostiku a liečbu chorôb pečene, Remedium, s. r. o.

Sestry predstavujú významnú profesijnú skupinu v oblasti zdravotníctva. Povolanie sestier považujeme za poslanie, pretože pomáhajú chorým, podieľajú sa na záchrane životov a prispievajú k zdraviu iných. Práca sestry je náročná, pretože vyžaduje fyzickú vytrvalosť, emocionálnu inteligenciu, duševnú jasnosť. Zahŕňa tiež niekoľko rizikových faktorov. Niektorým z týchto faktorov, ako je zdvíhanie pacientov, práca na zmeny a práca s infekčnými pacientmi a ich telesnými tekutinami, sa nedá úplne vyhnúť. Požiadavky na prácu môžu viesť k zdravotným problémom, ako sú bolesti krížov, kožné problémy a problémy duševného zdravia. Práve sestry, vykonávajúce namáhavú a častokrát aj psychicky náročnú prácu pri starostlivosti o zdravie iných, zabúdajú na starostlivosť o vlastné zdravie. Časová zaneprázdnenosť či únava z pracovných zmien sú často dôvodom odsúvania návštevy lekára a vynechávania preventívnych prehliadok, čoho dôsledkom je návšteva lekára až po prejavení symptómov ochorenia.

Výskumy sa zvyčajne zameriavajú na iné rizikové faktory ovplyvňujúce zdravie sestier ako na konkrétny vzorec správania profesionálnych ošetrovateľských pracovníkov pri úrazoch a chorobách. Väčšine z týchto rizikových faktorov sa nedá vyhnúť, zatiaľ čo vzorec správania ošetrovateľského profesionála možno modulovať a meniť prostredníctvom vzdelávania a dialógu. Náš prieskum poukázal na to, že 62% sestier hodnotí svoj zdravotný stav ako dobrý

alebo veľmi dobrý. Samopreskripciu praktizuje viac ako polovica opýtaných sestier (52%), pravidelné preventívne prehliadky zanedbáva 38% sestier a zdravotné problémy počas vykonávania práce ignoruje 27% sestier. Pokiaľ ide o vzorec správania v sestrskej profesii, samopreskripcia môže byť predmetom obáv z niekoľkých dôvodov.

Samoliečba môže viesť k oneskorenej diagnóze a liečbe, dokonca k zhoršeniu choroby z dôvodu nedostatku objektivity a profesionálneho odstupu. Mnohé choroby si okrem liekov vyžadujú aj ďalšie sledovanie, najmä duševné choroby a chronické choroby, ktoré sú hlavnými problémami sestier. Samopredpisovanie liekov môže byť indikátorom toho, že sestra zanedbáva svoje zdravie. Sestry sa musia snažiť vyvážiť požiadavky na pracovisku a ich osobný život, aby si udržali svoje psychické a fyzické zdravie najmä praktizovaním psychohygieny, venovaním sa koníčkum, dodržiavaním spánkového a pitného režimu, či zdravým stravovaním.

Kľúčové slová: sestra, ošetrovateľská prax, rizikové faktory, samoliečba, prevencia

ABSTRACT

Nurses represent an important professional group in the field of healthcare. We consider the profession of nurses a mission because they help the sick, participate in saving lives and contribute to the health of others. The work of a nurse is demanding because it



requires physical endurance, emotional intelligence, mental clarity. It also includes several risk factors. Some of these factors, such as lifting patients, shift work and working with infectious patients and their body fluids, cannot be completely avoided. The demands of the job can lead to health problems such as lower back pain, skin problems and mental health problems. It is the nurses, performing strenuous and often psychologically demanding work in caring for the health of others, who forget to care for their own health. Busy time or fatigue from work shifts are often the reason for postponing a visit to the doctor and skipping preventive examinations, which results in a visit to the doctor only after the symptoms of the disease appear. Researches usually focus on other risk factors affecting the health of nurses than on the specific behavior pattern of professional nursing workers in case of injuries and diseases. Most of these risk factors cannot be avoided, while the behavior pattern of the nursing professional can be modulated and changed through education and dialogue. Our survey showed that 62% of nurses rate their health status as good or very good.

Self-prescription is practiced by more than half of the interviewed nurses (52%), regular preventive examinations are neglected by 38% of nurses, and health problems during work are ignored by 27% of nurses. When it comes to the pattern of behavior in the nursing profession, self-prescription can be a concern for several reasons. Self-medication can lead to delayed diagnosis and treatment, even worsening of the disease due to lack of objectivity and professional distance. In addition to medication, many diseases require further monitoring, especially mental illnesses and chronic diseases, which are the main problems of nurses. Self-prescribing medication can be an indicator that the nurse is neglecting her health. Nurses must try to balance the demands of the workplace and their personal life in order to maintain their mental and physical health, especially by practicing psychohygiene, engaging in hobbies, following a sleeping and drinking regime, or eating healthy.

Keywords: Nurse. Nursing practice. Risk factors. Self-medication. Prevention.

SOCIÁLNY PRACOVNÍK – SÚČASŤ TÍMU V ZDRAVOTNÍCKOM ZARIADENÍ

doc. RNDr. Mgr. Daniela BARKASI, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava, Inštitút bl. Metoda Dominika Trčku Michalovce

Úvod: V zdravotníckom zariadení je veľmi dôležité poskytovať kvalitnú zdravotnú starostlivosť. Významné miesto multidisciplinárneho tímu v zdravotníckom zariadení by mal zohrávať aj sociálny pracovník. Práve na jeho pôsobenie poukazujeme v našom príspevku.

Cieľ: Cieľom nášho príspevku bolo poukázať na význam pozície sociálneho pracovníka

v zdravotníckom zariadení pri porovnaní nemocnice so sociálnym pracovníkom a nemocnice, kde sociálny pracovník nepôsobí.

Metódy: Použili sme kvantitatívnu stratégiu výskumu. Výskumnú vzorku tvorili zdravotnícki pracovníci štyroch nemocničných zariadení na území SR o počte 95 pracovníkov. Nástrojom bol dotazník vlastnej konštrukcie. Za účelom



spracovania dát sme využili štatistickú metódu Pearsonov Chí-kvadrát test nezávislosti pri zvolenej hladine významnosti alfa 0,05.

Výsledky: Zistili sme, že miera poskytovania sociálnej starostlivosti zo strany zdravotníckeho personálu je vyššia v nemocnici, kde nepôsobí sociálny pracovník. Túto úlohu má však zastávať profesionál, ktorý má na to kvalifikačne predpoklady. Ak tieto činnosti vykonávajú zdravotnícki pracovníci, tak to značne vplyva na rozsah ich práce, čas, znalosti a kvalitu poskytovanej ako zdravotnej tak i sociálnej starostlivosti.

Záver: Dôležitosť a potreba sociálnych pracovníkov v zdravotníckych zariadeniach je v dnešnej spoločnosti nevyhnutná. Nemožno mať taktiež pochyby o tom, že tento druh práce je vhodné vykonávať len profesionálom, ktorý nato má dostatočné teoretické odborné vedomosti, praktické skúsenosti a osobnostné predpoklady.

Kľúčové slova: zdravotnícke zariadenie, sociálny pracovník, sociálny problém

ABSTRAKT Č. 47

VPLYV SOCIÁLNEJ REHABILITÁCIE NA SEBESTAČNOSŤ U ĽUDÍ S ŤAŽKÝM ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM

MUDr. Katarína ŠUPOLOVÁ¹, doc. RNDr. Mgr. Daniela BARKASI, PhD.²

¹ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety - doktorand

² Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Inštitút bl. Metoda Dominika Trčka Michalovce

Úvod: Telesné postihnutie ovplyvňuje fyzickú aj psychickú oblasť jedinca. Dochádza k obmedzeniam v bežných denných činnostiach, poklesu sebestačnosti. To sa následne odráža aj v emocionálnej oblasti a oblasti sociálnych vzťahov. To je zvýraznené pri získanom telesnom postihnutí, kedy dochádza k náhlejšiemu životnej zmene a výraznejšiemu prežívaniu v postihnutých oblastiach života.

Súbor a metódy: V našom príspevku sa zaoberáme vplyvom sociálnej rehabilitácie na sebestačnosť u vybraných skupín ľudí s ťažkým zdravotným postihnutím. náš súbor tvorili pacienti po cievnej mozgovej príhode s následnou hemiparézou až hemiparézoplégiou a pacienti po amputácii dolných končatín. Boli to pacienti NRC Kováčová, ktorí boli odliečení v priebehu mesiacov júl-august 2022. Pacienti absolvovali komplexnú rehabilitačnú liečbu, ktorej

súčasťou je aj sociálna rehabilitácia a sociálne poradenstvo. Sebestačnosť v bežných denných aktivitách sa trénuje počas celého pobytu pomocou liečebnej výchovy k sebestačnosti, ktorá využíva metódy sociálnej rehabilitácie. **Výsledky:** Na základe nášho výskumu dochádza k zlepšeniu sebestačnosti v bežných denných aktivitách u pacientov v oboch skupinách. To je výraznejšie najmä u pacientov po cievnych mozgových príhodách s následnou hemiparézou.

Záver: Ťažkým zdravotným postihnutím dochádza k výraznej životnej zmene a následkom v oblasti fyzickej aj psychickej. Spoločným úsilím vybraných metód rehabilitácie a sociálnej práce sa zlepšuje sebestačnosť a tiež socializácia jedinca.

Kľúčové slová: ťažké zdravotné postihnutie, cievna mozgová príhoda, amputácia dolných

končatín, sebestačnosť, sociálna rehabilitácia, socializácia

ABSTRAKT Č. 48

MEDIKAČNÉ POCHYBENIE A LIEKY RIZIKOVÉ K ZÁMENE

PhDr. Tatiana HUDÁKOVÁ, MPH^{1,2,3}, doc. PhDr. Mária POPOVIČOVÁ, PhD, MBA, mim. Prof.⁴

¹ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv Alžbety v Bratislave – doctorand

² NsP Trebišov, a. s., OAMIS

³ Stredná zdravotnícka škola Michalovce

⁴ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv Alžbety v Bratislave – pedagóg

Úvod: Medikačné pochybenie je definované ako udalosť, ktorá vďaka nevhodnému podaniu medikácie môže spôsobiť alebo môže viesť k poškodeniu pacienta. Táto udalosť je najčastejšie výsledkom ľudského pochybenia, v dôsledku nedbalosti, nedostatku kvalifikácie, nepozornosti, ale je tiež daná počtom príležitostí, pri ktorých môže k zlyhaniu dôjsť. Medikačné pochybenie predstavuje jeden z indikátorov poskytovania kvalitnej a bezpečnej ošetrovateľskej starostlivosti.

Ciel: Cieľom príspevku je poukázať na problematiku medikačného pochybenia v kontexte bezpečnosti pacienta z pohľadu sestry.

Metodika: Príspevok predkladá sumarizáciu dostupných informácií v problematike medikačného pochybenia, na príkladoch deklaruje najčastejšie lieky, ktoré sú rizikové z hľadiska zámeny v praxi sestier. Príspevok má charakter literárneho prehľadu.

Výsledky: Medikačný omyl, medikačná chyba alebo medikačné pochybenie predstavuje závažný a naliehavý problém najmä z hľadiska bezpečnosti pacienta. Liekové chyby môžu byť klasifikované z rôznych hľadísk. Na základe príčiny, ktorá chybu spôsobila, môžeme hovoriť o: vynechaní podania liečiva, podanie chybnej dávky, aplikácia nenaordinovaného lieku, nesprávne zvolená lieková forma, nesprávny čas

aplikácie alebo nesprávna cesta podania liečiva. V kontexte s medikačným pochybením sa popisujú aj rizikové lieky k zámene, ktoré sú typické tým, že majú podobný názov alebo ide o rôzne lieky s podobným obalom, či ten istý liek rôzneho objemu, rôznej dávky. V súčasnosti sa pozornosť venuje najmä obmedzovaniu prípravy liekov na oddelení a zaisteniu liekov pripravených k podaniu /RTU – z ang. ready to use/. Ide najmä o koncentrované lieky, ktoré sú dodávané v nosnom roztoku, v koncentrácii umožňujúcej priame podanie do žily. Touto problematikou sa zaoberá aj Svetová zdravotnícka organizácia v spolupráci s Joint Commission International, ktoré vydali smernicu Patient Safety Solutions zameranú na bezpečnosť pri manipulácii s koncentrovanými roztokmi elektrolytov. Ide o medzinárodné štandardy obsahujúce aj štandard pri manipulácii s liekmi s vyššou mierou rizika. Na základe teoretických poznatkov a našich skúseností z praxe navrhujeme odporúčania smerujúce k zníženiu medikačných omylov pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti:

- Obmedzenie závislosti na ľudskej pamäti: štandardizácia dokumentácie, jej prehľadnosť, úplnosť,

- čitateľnosť, automatické pripomienkovanie (zápisky z vizít), pravidlo „dvakrát meraj a raz rež.“
- Obmedzenie závislosti na opatrnosti: identifikácia pacienta (posteľ, identifikačný náramok...),
- označovanie striekačiek (napr. pri anestézii podľa Helsinskej deklarácie).
- Kvalitný tréning personálu: štandardizované zaškolenie nového personálu, pravidelné dopĺňanie vedomostí u stálych zamestnancov, udržiavanie povedomia o rizikových liekoch.
- Identifikovanie liekov rizikových k zámene v ZZ
- Minimalizácia prípravy liečiv sestrou (napr. koncentrované lieky preferovať dodávané v nosnom roztoku, tzv. ready to use - pripravené k podaniu)
- Rizikové lieky: oddelené skladovanie, každý liek má svoje miesto, označenie lieku o výstražný štítok
- zváženie iného lieku z danej skupiny, ktoré nesie nižšie riziko.
- Zjednodušenie procesov – čím viac krokov, tým viac chýb.
- Možnosť detekcie a nápravy pochybenia: promptná náprava, správna a efektívna reakcia, existencia plánu, ak zlyhá prevencia, viesť pracovníkov k zodpovednosti – priznanie si chyby bez trestu
- Personálne možnosti eliminácie rizika: dostatok kvalitne zaškoleného personálu

Záver: Zvýšenie bezpečnosti procesu podávania liečiv môže byť dosiahnuté elimináciou rizikových faktorov a poskytnutím stratégií na zachytenie chýb a zmiernenie ich následkov. Každá stratégia prevencie chýb musí brať do úvahy celý rad faktorov súvisiacich so zdravotníckym personálom, pacientmi a organizačnými systémami. Zaisťiť poskytovanie bezpečnej starostlivosti je jednou z priorit zdravotníctva

na všetkých úrovniach. Snahou zdravotníkov by malo byť poskytovanie takej starostlivosti, kde sa riziko chýb eliminuje na čo najnižšiu úroveň.

ZOZNAM BIBLIOGRAFIE

- BAČOVÁ, J. et al 2013. Bezpečnejší intravenózní terapia – liečiva pripravená k podaniu. In: Sestra. Roč. XII, 2013, č. 1-2, s.20-22. ISSN 1335-9444
- KAPIAS, P. 2013. Koncentrované elektrolyty. In: Braun noviny. Praha: B.Braun, Medical, s. r. o., 2013. s. 14-15. ISSN 1801-0342
- ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M. 2008. Řízení rizik ve zdravotnickém zařízení. Praha, Grada, 2008. 200 s. ISBN 978-80-247-2616-8



III. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK

ABSTRAKT Č. 49

DIABETICKÁ NOHA A JEJ NEGATÍVNY VPLYV NA KVALITU ŽIVOTA

MUDr. Katarína DOSTÁLOVÁ, PhD., MPH, Mgr. Daniela HAJNALOVÁ, Mgr. Ingrid STOLIČNÁ, Mgr. Mária BARTUŠOVÁ, PhD., doc. MUDr. Štefánia MORICOVÁ, PhD., MPH, mim.prof.

Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava a UNB

Diabetes je chronické ochorenie s trvalou poruchou premeny glukózy, ktorá vedie k zvýšeným hladinám glykémie. Rizikovými faktormi pre vznik diabetickej nohy sú diabetická neuropatia, diabetická angiopatia, diabetická osteoartropatia, infekčné komplikácie a ich kombinácie.

Podľa prítomnosti rizikových faktorov rozoznávame **diabetickú nohu neuropatickú, ischemickú a neuroischemickú**.

Neuropatická diabetická noha má za následok poškodenie nervov dolných končatín, vyskytuje sa u 50% všetkých diabetikov. Jej prejavmi sú pocity mravenčenia palcov a predkolení (pocit ohňa a ponožkovité bolesti), pálenie, ktoré sa zhoršujú v klude a v nočných hodinách. Pacienti netolerujú prikrytie končatín perinou, úlavu im často prináša pohyb alebo priložený studený obklad. Častým príznakom je porucha potivosti kože, čím sa koža stáva suchou a praská. Ragády (praskliny) sú vstupnou bránou pre infekcie a zápaly kože. Neuropatia má za následok stratu citlivosti, pacient nevníma bolestivé a tepelné podnety, čo je riziko pre vznik diabetickej nohy.

Angiopatická diabetická noha je postihnutie ciev dolných končatín u diabetika či už ako mikroangiopatia alebo makroangiopatia. Prítomnosť periférneho arteriálneho ochorenia (PAO) ovplyvňuje prognózu diabetickeho vretu a je hlavným rizikovým faktorom budúcej amputácie dolnej končatiny.

Riziko narastá s vekom, dĺžkou trvania cukrovky a stupňom jej závažnosti. Pacienti s PAO sú ohrození aj IM a NCMP. Prejavmi sú chladné nedokrvené nohy, klaudikačné bolesti. Tento príznak nedostatočného dokrvania končatín môže maskovať diabetická neuropatia, čím pacient nemusí pociťovať bolesť končatín a vôbec prvým príznakom môže byť až diabetický vred, gangréna či deštrukcia kosti s rizikom sepsy, ktorá vyústi do amputácie. **Diagnostika pri angiopatickej diabetickej nohe je tzv. meranie členkových tlakov pomocou dopplerovského vyšetrenia, stanovenie členkovo ramenného indexu (ankle-brachial index, angl. skratka ABI).** Stanovenie ABI je súčasťou preventívnej prehliadky v ambulancii všeobecného lekára. Niekedy však prítomnosť mediokalcinózy môže toto vyšetrenie skresliť, preto je dôležité zrealizovať aj iné vyšetrenia napr. meranie prstových tlakov, sonografia, CT, MR angiografia. Liečba je konzervatívna – antiagreganciami, hypolipidemiká a farmaká na zlepšenie prekrvenia dolných končatín alebo invazívna – spriechodnenie zúženej tepny pomocou katétra, vystuženie cievy stentom či našitie cievnej náhrady.

Celková prevencia diabetickej nohy zahŕňa:

dôsledné dodržiavanie diabetickej diéty
denné pohybové aktivity (chôdza aspoň hodinu), v prípade napr. kĺbových ťažkostí ako alternatíva môže byť tréning na rotopéde

absolútny zákaz fajčenia
dôsledná liečba arteriálnej hypertenzie

Pri lokálnej prevencii je dôležité dodržiavať nasledovné zásady:

nikdy nechodiť bosí (ani doma)
nosiť vhodnú obuv – mäkkú, koženú, pohodlnú, dostatočne širokú a hlbokú, najlepšie šnurovaciu a s podpätkom 1–2 cm, obuv nenosiť nikdy naboso a pred každým obutím si treba topánky skontrolovať, či tam nie je cudzí predmet
nosiť vlnené alebo bavlnené ponožky
nohy si denne umývať v teplej vode, vyhýbať sa horúcej vode, nepoužívať mydlá a prípravky s alkoholom
po kúpaní si nohy vždy vysušiť mäkkým uterákom (dbať na priestor medzi prstami), kožu na nohách natrieť masným krémom, aby koža nebola suchá, ale vláčna
byť opatrný pri strihaní nechtov. Pedikúru je najlepšie zveriť do rúk profesionálnej pedikérky, ktorú treba upozorniť na prítomnosť diabetu. Taktiež aj odstraňovanie kurieho oka a rôznych zatvrdlín na koži patria do rúk odborníka
vhodné sú aj jemné masáže
vyvarovať sa zraneniam a popáleninám na dolných končatinách

všimáť si a liečiť zápal a plesňové ochorenia
denne si prezrieť nohy (aj pomocou zrkadielka) a presvedčiť sa, či na nich nie sú poranenia. V prípade zhoršenia zraku, je nutné, aby nohy kontrolovali príbuzní či opatrovatelia minimálne raz týždenne
pri objavení sa nehojacej rany treba vyhľadať čo najskôr lekára.

Prevalencia diabetes mellitus je vysoká – 333 miliónov ľudí na svete trpí týmto ochorením. Ročne sa realizuje približne každých 33 sekúnd amputačný výkon kvôli diabetickej nohe. V SR je 8000 diabetikov s komplikáciou diabetickej nohy a vykonáva sa 4 000 amputácií dolných končatín ročne.

Cieľom snaženia všeobecného praktického lekára, diabetológa, angiológa, neurológa a ostatných je, aby sa z nohy diabetika nestala diabetickej noha. Dôsledným dodržaním prevencie predídeme amputácii, ktorá mimoriadne znižuje kvalitu života pacienta a aj jeho blízkych.

Kľúčové slová: diabetes mellitus, diabetickej noha

V etiológii sa uplatňuje genetická predispozícia ako aj faktory vonkajšieho prostredia: vyšší vek, obezita, opakované gravidity, práca postojácky, sedavý spôsob života, nosenie sťahujúceho šatstva, nevhodná obuv, napr. vysoké opätky. Kŕčové žily môžu vzniknúť sekundárne, v dôsledku prekonaných trombóz v žilovom systéme.

Klinický obraz chronického žilového ochorenia: Metličky – drobné pavúčikové cievy modro-fialovej farby. Retikulárne varixy – do priemeru 4 mm. Kmeňové varixy – v povodí veľkých povrchových žíl: v. saphena magna alebo v. saphena parva.

V pokročilejších štádiách sa pridáva opuch predkolenia. V tomto štádiu veľmi často vyhľadajú pacienti všeobecného lekára, ktorý realizuje diferenciálnu diagnostiku edémového stavu. Následne sa objavia ďalšie znaky žilovej nedostatočnosti: hyperpigmentácie, fibrotizácia, ekzém a najzávažnejšia forma postihnutia – vred predkolenia.

Kŕčové žily sa prejavujú bolesťou dolných končatín. Niekedy už počas dňa pri státi, najčastejšie však navečer a v noci. Bolesť býva tupá, páľčivá. Pacienti pociťujú napätie v lýtkach, únavu, ťažobu, pocit horúčavy, svrbenia kože, kŕče najmä v noci. Typická je pokojová bolesť pri statickej námahe (dlhé státie, sedenie), pocit ťažkých nôh. Chôdza prináša úľavu. Ťažkosti sa zväzňujú pri hormonálnych zmenách (napr. pri menštruácii) a v teple (letné obdobie). Opuch býva najčastejšie v oblasti členkov, v pokročilejších štádiách celých lýtok, k večeru sa zväzňuje. Opuch obvykle počas noci, do rána ustúpi alebo v pokročilých štádiách sa zvykne len zmierniť.

Najčastejšie komplikácie sú zápal povrchových žíl – povrchová tromboflebitída. Ďalšou komplikáciou býva krvácanie z kŕčových žíl pri poranení kože.

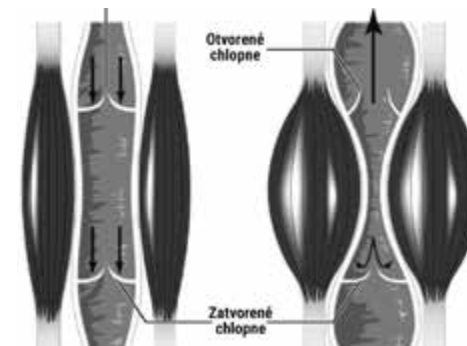
V liečbe chronického venózneho ochorenia využívame nasledovné modalities, ktoré si vyžadujú trpezlivosť a opakovanú edukáciu pacienta:

1. Pohybový režim
2. Kompresívna liečba
3. Farmakologická liečba – venofarmaká
4. Odstránenie kŕčových žíl (sleroterapia, laseroterapia, rádiorekvenčná ablácia či chirurgická liečba)
5. Starostlivosť o kožu dolných končatín

Kompresívna liečba predstavuje základ v prevencii aj liečbe chronického venózneho ochorenia.

Princípom kompresívnej liečby je kompenzácia nedostatočnosti svalovej pumpy lýtkových svalov ako aj plantárnej pumpy. Takisto zabraňuje preplňovaniu povrchového venózneho systému. Dôležitým mechanizmom účinku je zrýchlenie krvného prietoku v končatine, čo prispieva k transportu odpadových produktov metabolizmu. Tým sa zamedzuje ich hromadeniu v spojivovom tkanive, a tak progresii chronického venózneho ochorenia.

Obř. č. 1: Princíp svalovej pumpy



ABSTRAKT Č. 50

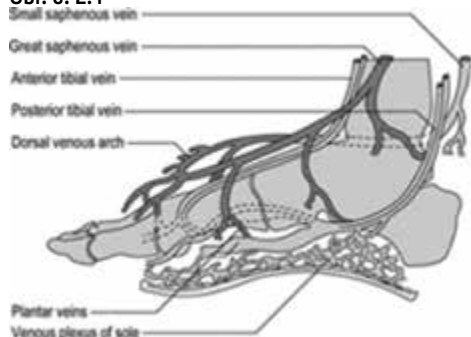
KOMPRESÍVNA LIEČBA – KEDY ÁNO, KEDY NIE

MUDr. Katarína DOSTÁLOVÁ, PhD., MPH, Mgr. Daniela HAJNALOVÁ, prof. MUDr. Eva HORVÁTHOVÁ, PhD., MPH, doc. MUDr. Štefánia MORICOVÁ, PhD., MPH, mim.prof. Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava a UNB

Chronické venózne ochorenie (CHVO) je pojem, ktorý zahŕňa všetky ochorenia či anomálie žilového systému s chronickým priebehom.

Varixy sa vyskytujú asi u 60% populácie. Postihujú najmä dolné končatiny. Výskyt u žien je častejší, v pomere k mužom 2:1.

Obr. č. 2: P



Princíp plantárnej pumpy lýtkových svalov a úloha žilových chlopní <https://plasticsurgerykey.com/anatomy/> <https://www.drainastim.cz/sk/drainastim-uvod/>

Kompresívna liečba sa aplikuje formou naloženia krátkočasných obvinadiel. Obvinadlá uprednostňujeme hlavne na začiatku terapie a pri výrazných edémoch. Po stabilizácii stavu prechádzame na kompresívne pančuchy, ktorými udržiavame dosiahnutý výsledok. Sú pacienti, ktorí preferujú používanie obvinadiel dlhodobo. V prípade vredov predkolenia sa obvykle neodporúčajú kompresívne pančuchy, ale preferujeme práve obvinadlá, ktoré by mal aplikovať skúsený zdravotnícky personál, následne edukovať pacienta či jeho blízkych.

Prevažne sa však na chronické použitie používajú kompresívne pančuchy (podkolenky, stehnové pančuchy alebo pančuchové nohavice), ktoré sú vyrábané v 4 kompresívnych triedach. I. kompresívna trieda s najnižším účinným tlakom je voľno predajná – pančuchy si dajú voľne kúpiť v predajniach zdravotníckych potrieb, II.–IV. kompresívna trieda je na lekárske predpis, je hradená v rôznej miere zdravotnou poisťovňou. Rozdelenie kompresívnych pančúch podľa kompresívneho tlaku podľa príslušných noriem:

Kompresívna trieda	Kompresívny tlak (mm Hg)	Indikácia
I. (mierna)	18 – 21	prevencia flebotrombózy, statické edémy, gravidita, metličky a retikulárne varixy CEAP triedy - C0, C1
II. (stredná)	23 – 32	po operácii a sklerotizácii varixov varixy a CEAP – C2, C3, C4
III. (silná)	34 – 46	CEAP – C4, C5 Lymfédém
IV. (veľmi silná)	nad 49	Lymfédém

Kompresívna terapia zmiernuje pocit únavy, bolesti, svalové kŕče v dolných končatinách, obmedzuje tvorbu edému a rozšírenie kŕčovných žíl, zabraňuje tvorbe vredov predkolenia. Ovplyvňuje nielen žilový a lymfatický systém (zvyšujú venózne a lymfatický odtok z končatiny), ale nepriamo aj tepnový systém (zlepšujú tepnový prítok, a tak aj perfúziu končatiny). Aby sa dosiahol želaný efekt, je potrebné nielen vybrať správny typ a veľkosť kompresívnej pančuchy (odmeraním obvodov končatiny), ale aj správne pančuchu alebo obvaz priložiť. Najvyšší tlak musí byť v oblasti členka a proximálnym smerom sa tlak zmiernuje.

Kompresívne pančuchy sa navliekajú ráno ešte na posteli po prebudení (venózne systém je vďaka horizontálnej polohe vyprázdnený) a nosia sa počas dňa. V úvode liečby, v najťažších štádiách istý čas aplikujeme aj v noci. Slovensku hradia zdravotné poisťovne kompresívne pančuchy triedy II – IV, pričom sa môžu predpisovať dvakrát do roka. Je nevyhnutné používať iba tie zdravotné kompresívne pančuchy, ktoré aktuálne spĺňajú normu, o čom svedčí certifikácia uvedená na obale). Podľa aktuálneho stavu pacienta volíme aj formu zhotovenia, napr. s prímiesou strieborných vlákien či s bavlnou.

Ak je u pacienta výrazná stranová asymetria končatín či iné najmä tvarové a veľkostné zvláštnosti, pristupujeme k predpisu pančúch na mieru. Zhotovenie istý čas trvá, preto dotedy aplikujeme kompresívne obvinadlá.

Kontraindikáciou kompresívnej liečby je lymfangitída a infekčná celulitída. Rovnako kontraindikáciou je závažné periférne artériové ochorenie tepien dolných končatín. Relatívnou kontraindikáciou kompresívnej liečby je nedostatočne liečené srdcové zlyhávanie. Zvýšenie venózneho návratu (vdaka kompresii končatiny) môže vyvolať akútnu kardiálnu dekompenzáciu. Medzi relatívne kontraindikácie rovnako patria aj rôzne kožné ochorenia alebo ťažké reumatické choroby rúk či bedrových kĺbov, znemožňujúce pacientovi samostatne aplikovať kompresívnu pančuchu. V takýchto prípadoch obmedzenej pohyblivosti kĺbov ruky je nevyhnutné zabezpečiť asistenciu inej osoby a predpisujeme špeciálne navliekacie pomôcky. Vo všetkých štádiách CHVO edukujeme pacienta o dodržiavaní cievného režimu:

1.	redukovať čo najviac statickú záťaž
2.	nesedieť s prekříženými nohami, pri sedení, pri dlhom sedení si zaraďovať pravidelné prestávky spojené s chôdzou
3.	po príchode domov z práce, ktorá je spojená so statickou záťažou, vykladať dolné končatiny do zvýšenej polohy
4.	v teplom prostredí nohy pravidelne ochladzovať
5.	denne cvičiť cievnú gymnastiku
6.	preferovať pohybové aktivity spojené s pohybom v členkovom kĺbe, pri ktorých sa zapája do činnosti žilovo svalová pumpa lýtok
7.	udržiavať si optimálnu váhu, dostatkom vlákniny a dostatkom tekutín predchádzať zápche (Valsalvov manéver)
8.	nenosiť tesné a skrtiace oblečenie, nosiť obuv s podpätkami do 3-4 cm

9.	nutná je vhodná pedikúra (ak si to stav vyžaduje, tak profesionálna)
10.	predchádzať aj drobným úrazom kože na nohách, natierať kožu nôh denne masťným krémom, poradiť sa s kožným lekárom
11.	nosiť pravidelne kompresívne pančuchy – naložiť ich ráno, na večer sňať

Cieľom liečby CHVO je zmiernenie subjektívnych príznakov a zabránenie progresii ochorenia, hlavne najťažšej formy – vredov predkolenia.

Kľúčové slová: chronické venózne ochorenie, kompresívna liečba, kontraindikácie kompresívnej liečby

Workshop

ABSTRAKT Č. 51

KOMUNITNÉ POHYBOVÁ AKTIVITY A TELEMEDICÍNA – HLADÁME NOVÉ RIŠENIA STARÝCH PROBLÉMOV

MUDr. Katarína DOSTÁLOVÁ, PhD., MPH¹, Mgr Lukáš Novotný²MUDr. Allan Böhm, PhD, MBA, FESC, FJCS³¹ Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava² AC ecom, Topoľníky³ Premedix Clinic, Bratislava

I. Komunita ako booster primárnej prevencie

Komunita je spoločenstvo ľudí s rôznymi vlastnosťami, ktorí vytvárajú sociálne vzťahy, zdieľajú spoločné záujmy, hodnoty a ciele. Záujem o zdravý životný štýl, zdravé stravovanie, prevencie stresu a aktívnej účasti na skriningových programoch, spoločné pohybové aktivity je dobrým východiskom pre tvorbu komunity. Komunita neformálneho alebo viac či menej formálneho charakteru môže prostredníctvom svojich členov alebo svojich mienkotvorných lídrov osloviť miestne či regionálne orgány za prosbou o pomoc a podporu.

Obr. Komunitné aktivity ako dôležitý sociálny determinant zdravia (Dahlgren, Whitehead, 1991)



Komunitné aktivity predstavujú flexibilný a zároveň efektívny spôsob realizácie primárnej prevencie v jej každodennej podobe. Prepájajú na jednej strane úlohu v zodpovednosti za zdravie celej spoločnosti a na druhej strane s individuálnou zodpovednosťou za zdravie každého jednotlivca. Umožňujú využitie skúseností starešinov a invencie odborníkov na zdravý životný štýl, ktorí vedú ušit zdravé aktivity na mieru členov komunity s využitím daností konkrétneho prostredia.

Komunitné aktivity založené na spoločnom úsilí jej členov o zdravý životný štýl sú pre ich členov prospešné z hľadiska upevňovania fyzickej a psychickej odolnosti. Vďaka profesionálnemu vedeniu a dlhodobým vzťahom poskytujú svojim členom zázemie, ktoré má potenciál skvalitniť život jednotlivých členov komunity a zmierniť záťaž najmä na primárnu starostlivosť. Telemedicína ponúka nové možnosti ako usmerniť pacientov v ich pohybových aktivitách v komunite a ušit im liečbu na mieru. Napr. obdobie pandémie Covid-19 si vyžiadalo kreatívny prístup v komunitných aktivitách. Komunita, ktorú spája dominantne pohybová aktivita formou nordic walkingu, sa ukázala ako najvýhodnejšia z hľadiska kontinuity počas pandémie Covid-19. Použitie palíc pri relatívne svižnom pohybe si vyžaduje bezpečnú

vzdialenosť. Aktivita prebieha vonku, čo je v súlade aj s epidemickými opatreniami.

II. Inovácie nordic walking – nové možnosti rehabilitácie

Počiatky nordic walking (NW) sa datujú do 30-tich rokov minulého storočia, kedy ho začali využívať pri letnej príprave fínski bežeckí lyžiari. V roku 1966 prvýkrát NW uplatnila na hodine telesnej výchovy žiakov základnej školy pedagógička Leena Jääskeläinen. Od roku 1996 sa začali vyrábať prvé palice vhodné pre NW, ktoré sa líšia od bežkárskych a trekíngových palíc tzv. uškom, čo umožňuje uvoľnenie stisku ruky v zapažení.

Zapojenie svalov horných končatín vedie k zvýšenému energetickému výdaju, zlepšeniu telesnej kondície, rovnováhy, sily a rýchlosti chôdze. Štúdie ukázali, že **NW zvyšuje príjem kyslíka v priemere o 23%, zvyšuje energetický výdaj o 22%, zvyšuje srdcovú frekvenciu o 16% v porovnaní s chôdzou bez palíc na treadmille**. Randomizovaná klinická štúdia potvrdila, že NW významne ($P < 0,001$) zlepšil toleranciu záťaže pri konštantnej záťaži ako aj predĺženie klaudikačnej vzdialenosti meranej na treadmille u pacientov s periférnym artériovým ochorením.

S odstupom takmer 100 rokov dochádza k vývoju e-paličiek (e-poles-med) na základe spolupráce talianskych a medzinárodných univerzít. Nová nízko nákladová digitálna technológia premieňa paličky – rehabilitačné pomôcky na analytické nástroje tým, že umožňuje zdieľanie dát medzi pacientom a lekárom či fyzioterapeutom.



Táto modalita nefarmakologického pôsobenia má mnohostranné využitie u pacientov s chronickými chorobami (tab.):

Chronický problém	Príklad
Flebologické ochorenie	Chronické venózne ochorenie
Kardiovaskulárne ochorenia	Hypertenzia
Ortopedická rehabilitácia	Artroplastika bedrového kĺbu a kolena
Neurologická rehabilitácia	Parkinsonova choroba
Pooperačná rehabilitácia	Stav po mastektómii
Zotavenie z následkov infekčných ochorení	Po Covid-19
Narušenie rovnováhy	Prevenia rizika pádov
Metabolické ochorenia	Diabetes mellitus

E-paličky zaznamenávajú priebeh pohybovej aktivity v prítomnosti aj neprítomnosti terapeuta, čo podporuje autonómne postavenia pacienta v oblasti bezpečnosti. Rehabilitácia chôdze pomocou e-paličiek umožňuje vyhodnotiť rozdiely medzi pravou a ľavou rukou, čo je dôležitá informácia pre ďalšie usmernenie rehabilitácie. Tieto údaje sú dostupné nielen na smartfónoch ale aj cez webový portál, čo operátorom umožňuje mať prehľad relácií vykonaných používateľom na PC. Cloudové spracovanie umožňuje prezerat údaje získané aj na diaľku, z viacerých zariadení a na akomkoľvek mieste.

Technológia e-paličiek umožňuje analýzu aktivít pacienta na diaľku, a tak pomáha zlepšiť motiváciu pacientov, vytvoriť skupiny pacientov a postupovať efektívne v rehabilitácii, čo zlepšuje kvalitu života.

III. Inteligentné monitorovanie na Slovensku pomocou telemedicíny a umelej inteligencie

Z praxe vieme, že prvý mesiac po prepustení z nemocnice pre infarkt myokardu alebo pre kardiálne zlyhávajúce je mimoriadne náročné ako pre pacienta, tak pre jeho blízkych a vyžaduje pozorné sledovanie vitálnych funkcií a promptné reakcie v liečbe. **Cieľom je, na jednej strane, predísť zhoršeniu stavu a rehospitalizácii, a na druhej strane, aby sme zlepšili kvalitu života a umožnili čo najaktívnejšie začlenenie pacienta do života rodiny a komunity.**

Riešením tohto závažného problému sa javí inteligentné monitorovanie. Ide o „state of the art službu“ kombinujúca telemedicínu a umelú inteligenciu, ktorú sme na Slovensku spustili pre pacientov v domácej starostlivosti ako prví na svete. Je určená pre vysoko rizikových pacientov s kardiovaskulárnymi (v budúcnosti aj inými) ochoreniami ako napr. chronické kardiálne zlyhávajúce s opakovanými hospitalizáciami, prípadne stav po infarkte myokardu alebo po operácii srdca. Monitorovanie trvá zvyčajne mesiac – najčastejšie prvý mesiac po prepustení z nemocnice.

Pacient zaradený do tohto programu dostane sadu telemetrických zariadení – tlakomer, EKG monitor (monitoruje aj dychovú frekvenciu a fyzickú aktivitu), pulzný oxymeter, teplomer a váhu. Po absolvovaní jednoduchej inštrukčnej pomôcky pacienta, prípadne aj príbuzných či opatrovateľov, začne s meraním 2-3x denne (hmotnosť sačí raz denne), EKG monitor nosí kontinuálne podľa individuálneho odporúčania (väčšinou 7 dní). Monitorované vitálne funkcie

sa zaznamenávajú na lekársku platformu, kde sú analyzované algoritmom umelej inteligencie, ktorý dokáže predvídať akútne zhoršenie zdravotného stavu už 24 hodín predtým než nastane.

V prípade, že algoritmus vyhodnotí vysoké riziko, lekár je upozornený – dostane „alert“. Následne skontroluje merané parametre, aby vylúčil nesprávne meranie. V prípade potreby pacientovi zavolá a rozhodne, či je nutná intervencia na diaľku – zmena liečby, režimu apod., resp. či pacientov stav si vyžaduje akútne vyšetrenie prostredníctvom ambulantly prípadne prostredníctvom centrálneho príjmu nemocnice.

Lekár zároveň podľa potreby (cca raz za 2 týždne) odsleduje vitálne parametre a upraví, prípadne zmení liečbu. Monitorovanie trvá zvyčajne mesiac (najčastejšie prvý mesiac po prepustení z nemocnice kvôli infarktu myokardu resp. hospitalizácii kvôli kardiálnemu zlyhávaniu).

Inteligentné monitorovanie je aktuálne vrcholom digitálnej medicíny aplikovanej v klinickej praxi a jeho opodstatnenie ukáže širšia implementácia v každodennom živote.

Sada telemetrických zariadení pre inteligentné monitorovanie – tlakomer, EKG monitor (monitoruje aj dychovú frekvenciu a fyzickú aktivitu), pulzný oxymeter, teplomer a váhu



Kľúčové slová: komunita, primárna prevencia, nordic walking, telemedicína, inteligentné monitorovanie



43. výročná konferencia SSVPL 13.–15. október 2022
ZBORNÍK ABSTRAKTOV



Vydal © I.D.L. Company s.r.o., Bratislava, 2022
ISBN 978-80-974283-3-4

