



SK SaPA

Slovenská komora sestier
a pôrodných asistentiek

41. výročná konferencia SSVPL

14. – 17. október 2020

www.ssvpl.sk a www.idl.sk

**ZBORNÍK
ABSTRAKTOV**

OBSAH

| | | |
|----|---|----|
| 1 | AKÉ NAJVÝZNAMNEJŠIE ZMENY SA UDIALI V PRÁVNEJ ÚPRAVE • I. HUMENÍK, P. MAKARA | 6 |
| 2 | AKTUALIZOVANÉ ODPORÚČANIA PRE LIEČBU VERTEBROGÉNNYCH BOLESTÍ • M. GROFÍK | 6 |
| 3 | NAJVHODNEJŠIE NSA DO PRAXE VŠEOBECNÉHO LEKÁRA. ČO ROZHODUJE? • A. ŠIMKOVÁ | 6 |
| 4 | KOLKO ROKOV MAJÚ VAŠE ARTÉRIE? • I. MAJERČÁK | 8 |
| 5 | NOVÁ FARMAKOTERAPIE OBEZITY V ORDINACI LÉKAŘE • P. ŠRÁMKOVÁ | 10 |
| 6 | DŮLEŽITOST PSYCHOLOGICKÉHO PŘÍSTUPU K ÚSPĚŠNÉ TERAPII OBEZITY • I. MÁLKOVÁ | 11 |
| 7 | PRAKTICKÁ APLIKACE KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍHO PŘÍSTUPU V KURZECH A ON-LINE AKTIVITÁCH STOBŮ • M. PÁVEK, H. PÁVKOVÁ-MÁLKOVÁ | 12 |
| 8 | ULCERE CRURIS U OBĚZNYCH PACIENTOV • H. ZELENKOVA | 14 |
| 9 | ERYSIPELAS CRURIS A OBEZITA • M. SAKALIKOVÁ | 14 |
| 10 | LYMFEDÉM ALEBO OBEZITA? • L. ZEHEROVÁ | 15 |
| 11 | TECHNICKÉ PROBLÉMY KOMPRESIE U OBĚZNYCH PACIENTOV • L. ZEHEROVÁ | 15 |
| 12 | ...A TO STE EŠTE NEVIDELI • H. ZELENKOVA | 15 |
| 13 | MOTIVAČNO-SANKČNÉ MECHANIZMY V PRIMÁRNEJ PREVENCII NÁDOROVÝCH OCHORENÍ • Z. KATRENIÁKOVÁ, I. NAGYOVÁ | 16 |
| 14 | PRIPRAVENOSŤ NA ZMENU V MANAŽMENTE TELESNEJ HMOTNOSTI • D. MINÁRIKOVÁ, P. MINÁRIK | 17 |
| 15 | POSTAVENIE TELEMEDICÍNY A DIŠTANČNÉHO PORADENSTVA V PROCESE KOMPLEXNÉHO MANAŽMENTU OBEZITY. REÁLNE MOŽNOSTI PRE LEKÁROV PRIMÁRNEHO KONTAKTU • P. MINÁRIK, D. MINÁRIKOVÁ | 18 |
| 16 | TRANSPLANTÁCIA OBLIČKY – ZÁKLADNÉ PRINCÍPY A SÚVISLOSTI • Z. Žilinská | 19 |
| 17 | DARCOVSTVO ORGÁNOV - MEDICÍNSKE, LEGISLATÍVNE A ETICKÉ ASPEKTY • M. CHRASTINA | 20 |
| 18 | TRANSPLANTÁCIA OBLIČKY OD ŽIVÉHO DARCU • I. DEDINSKÁ, T. BALTISOVÁ, L. BEŇA, E. LACKOVÁ, Z. ŽILINSKÁ | 20 |
| 19 | TRANSPLANTÁCIA OBLIČKY A VŠEOBECNÝ LEKÁR - POHĽAD Z OBOCH STRÁN • L. BEŇA, T. BALTISOVÁ, I. GALČA, P. MAKARA | 21 |
| 20 | NEBOJTE SA RIEŠIŤ PROBLÉM HEMOROIDOV VČAS S UNIKÁTNYM PRODUKTM OD SLOVENSKEHO VÝROBCU – RECTOVENAL ACUTE • S. OSTROVSKÁ | 22 |
| 21 | NEŽIADÚCE ÚČINKY PSYCHIATRICKÝCH LIEČIV • Š. SOTÁK | 23 |
| 22 | OD ZLOZVYKOV K DOBRÝM ZVYKOM: VALTRICOM - NOVÁ FIXNÁ TROJKOMBINÁCIA ANTIHYPERTENZÍV • J. ŠTEVLIK | 24 |
| 23 | GUAJFENESIN V AMBULANCII VŠEOBECNÉHO LEKÁRA • I. MARTULIAK | 26 |

41. výročná konferencia SSVPL 2020

zborník abstraktov

recenzenti:

Doc. MUDr. Mária Belovičová, PhD. mim. prof.

MUDr. Peter Makara, MPH

Doc. PhDr. Mária Popovičová, PhD.

| | | | | | |
|----|---|----|----|--|----|
| 24 | PPI V RUKÁCH PRAKTICKÉHO LEKÁRA ALEBO 3xK (KTORÝ, KEDY? KOL'KO) • S. DRAŽILOVÁ | 27 | 49 | PRVÁ FÁZA SKRÍNINGU KOLOREKTÁLNEHO KARCINÓMU NA SLOVENSKU • I. KUŤAKOVÁ | 60 |
| 25 | PREČO JE DÔLEŽITÉ MERAŤ SRDCOVÚ FREKVENCIU SÚČASNE S MERANÍM TLAKU KRVÍ • A. VACHULOVÁ | 28 | 50 | SÚČASNÝ SKRÍNING KOLOREKTÁLNEHO KARCINÓMU NA SLOVENSKU A ÚLOHA VLD • J. TRAUTENBERGER RICOVÁ | 60 |
| 26 | SÚ VŠETKY BETABLOKÁTORY ROVNAKÉ? • L. ONDRŮŠEK | 29 | 51 | PNEUMOKOKOVÉ ZÁPALY PĽÚC - STÁLA HROZBA A MOŽNOSTI ICH PREVENČIE • I. SOLOVIČ, CSc. | 62 |
| 28 | AKO OVPLYVNIL COVID-19 PACIENTOV S GASTROENTEROLOGICKÝMI PROBLÉMAMI • B. PEKÁRKOVÁ | 31 | 52 | PROJEKT POTRAVINÁRSKEJ KOMORY SLOVENSKA „ZDRAVÝ TANIER -VYZNAJTE SA V POTRAVINÁCH A ŽITE ZDRAVŠIE“ • P. MINÁRIK, D. MINÁRIKOVÁ | 64 |
| 29 | ŽIVOT PACIENTA V SPRÁVNOM RYTMJE AJ PO PANDÉMII COVID-19 • A. VACHULOVÁ | 32 | 53 | KTORÉ RIZIKOVÉ FAKTORY SÚ SPOLOČNÉ PRE KARDIOVASKULÁRNE A ONKOLOGICKÉ CHOROBY? • A. PENESOVÁ, J. BABJAKOVÁ | 65 |
| 30 | HEPARÍNY S NÍZKOU MOLEKULOVOU HMOTNOSŤOU V PREVENČII A LIEČBE VENÓZNEHO TROMBOEMBOLIZMU - KEDY? KOMU? AKO DLHO? • K. DOSTÁLOVÁ, L. KUKUČKOVÁ, K. GAZDÍKOVÁ, Š. MORICOVÁ | 33 | 54 | VPLYVY CIRKADIÁNNYCH RYTMOV NA ZDRAVIE • J. BABJAKOVÁ, A. PENESOVÁ, M. SEDLIAK | 66 |
| 31 | ROZHODOVANIE O FORME INVAZÍVNEJ LIEČBY U PACIENTOV S CHRONICKÝM VENÓZNYM OCHORENÍM • Š. PATAKY, P. PEDOWSKI | 37 | 55 | OCHORENIA A ÚRAZY RAMENNÉHO KLBU • P. KLEIN | 68 |
| 32 | KOMPRESÍVNA TERAPIA V LIEČBE CHRONICKEJ VENÓZNEJ A LYMFATICKEJ INSUFICIENCIE • D. KMECOVÁ, J. KMEC, M. RAŠIOVÁ | 40 | 56 | SESTRA A PÔRODNÁ ASISTENTKA V 21. STOROČÍ • I. DRAHOŇOVÁ | 71 |
| 33 | DIABETES MELLITUS TYP 3. NUTRACEUTICKÉ PRÍSTUPY V LIEČBE INZULÍNOVEJ REZISTENCIE MOZGU • M. KOLÍSEK | 44 | 57 | VPLYV OBEZITY NA VZNIK ONKOLOGICKÝCH OCHORENÍ GITU • M. BELOVIČOVÁ, M. POPOVIČOVÁ, V. IVANKOVÁ | 72 |
| 34 | DIABETICKÁ POLYNEUROPATIA - DIAGNOSTIKA A LIEČBA • M. GROFÍK | 44 | 58 | ÚLOHA SESTRY V MANAŽMENTE PACIENTA S OBEZITOU • V. IVANKOVÁ, M. BELOVIČOVÁ, J. ŠULCOVÁ, T. HUDÁKOVÁ | 73 |
| 35 | DIFERENCIÁLNA DIAGNOSTIKA POLYNEUROPATÍI • M. TURČANOVÁ KOPRUŠÁKOVÁ | 45 | 59 | ÚSKALIA OŠETROVATELSKÉHO PRÍSTUPU K EXTRÉMNE OBÉZNEMU PACIENTOVI • T. HUDÁKOVÁ, M. POPOVIČOVÁ, V. IVANKOVÁ, J. ŠULCOVÁ | 74 |
| 36 | PREVENČIA A LIEČBA HYPERTENZIE U SENIOROV • V. KOSMÁLOVÁ | 46 | 60 | VZÁJOMNÉ VZŤAHY MEDZI DIABEZITOU A CHOROBAMI PEČENE • M. BELOVIČOVÁ, J. KAŇUCH, P. MATULA | 74 |
| 37 | PREVENČIA A LIEČBA DYSLIPIDÉMIE U SENIOROV • J. LIETAVA | 47 | 61 | VPLYV ŽIVOTOSPRÁVY NA VZNIK RECIDÍVY AKÚTNEHO KORONÁRNEHO SYNDRÓMU • J. ŠULCOVÁ, A. MURGOVÁ, V. IVANKOVÁ, T. HUDÁKOVÁ | 75 |
| 38 | VEK NIE JE IBA ČÍSLO • O. SUKEL, M. SNOPKOVÁ | 48 | 62 | SESTRY V PANDÉMII COVID-19 • V. IVANKOVÁ, M. BELOVIČOVÁ | 76 |
| 39 | KLINICKÝ PRÍNOS ESENCIÁLNYCH FOSFOLIPIDOV PRI LIEČBE NEALKOHOLOVEJ TUKOVEJ CHOROBY PEČENE A IMUNOKOMPETENTNÉ VLASTNOSTI PEČENE • P. MINÁRIK, D. MINÁRIKOVÁ | 50 | 63 | JE ZDRAVOTNÁ GRAMOTNOSŤ NAŠICH PACIENTOV VYHOVUJÚCA? • I. KLOBUŠOVSKÁ-BALÁŽOVÁ, M. BELOVIČOVÁ, P. MATULA | 78 |
| 40 | MÝTY A FAKTY O HISTAMÍNOVEJ INTOLERANCI • J. OROSOVÁ | 51 | 64 | ŠKOLSKÁ SESTRA A VÝZNAM JEJ PÔSOBENIA V ŠKOLE • M. POPOVIČOVÁ | 79 |
| 41 | POTREBA A MOŽNOSTI TERAPIE NEDOSTATKU VITAMÍNU D • E. JANEKOVÁ, J. BABJAKOVÁ | 51 | 65 | MERANIE ABI V PREVENČII AMPUTÁCIE DOLNÝCH KONČATÍN • D. HAJNALOVÁ, I. STOLIČNÁ, K. DOSTÁLOVÁ, L. KUKUČKOVÁ, Š. MORICOVÁ, K. GAZDÍKOVÁ | 80 |
| 42 | FIXNÁ KOMBINÁCIA PARACETAMOL-IBUPROFEN V LIEČBE BOLESTI • I. MARTULIAK | 53 | 66 | VENÓZNY TROMBOEMBOLIZMUS A HORMONÁLNA ANTIKONCEPCIA • K. DOSTÁLOVÁ, I. STOLIČNÁ, D. HAJNALOVÁ, L. KUKUČKOVÁ, Š. MORICOVÁ, K. GAZDÍKOVÁ | 83 |
| 43 | MÔŽU DÁTA ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE POMÔCŤ PRI ROZHODOVANÍ V LIEČBE ARTÉRIOVEJ HYPERTENZIE? • R. MUŽÍK, H. TULEJOVÁ, T. SZALAY, P. IŠTOKOVIČOVÁ, K. HALUŠŤOKOVÁ | 53 | 67 | ODVRÁTITELNÉ ÚMRTIA, ÚLOHA VŠEOBECNÉHO LEKÁRA PRE DOSPELÝCH • A. FATHI, Z. MAČUDOVÁ, Z. GAVALIEROVÁ | 86 |
| 44 | ZLYHANIE OBLIČIEK? MÁTE NA VÝBER! • E. KOVÁČOVÁ | 55 | 68 | ČINNOSŤ A VÍZIE SEKcie AMBULANTNÝCH SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK SKSAPA • Z. GAVALIEROVÁ, P. SEKULOVÁ, A. MLYNARČIKOVÁ, R. SURANOVSKÁ, D. RICHNÁKOVÁ | 87 |
| 45 | DEPRESÍVNA PORUCHA: AKO VON Z BLUDNÉHO KRUHU? • M. VIRČÍK | 56 | | | |
| 46 | POSUDZOVANIE NUTRIČNÉHO STAVU A NUTRIČNÁ INTERVENČIA AKO SÚČASŤ KOMPLEXNEJ STAROSTLIVOSTI O PACIENTA V AMBULANCI VPL • S. BACHLEDOVÁ | 58 | | | |
| 47 | POPULAČNÉ ONKOLOGICKÉ SKRÍNINGOVÉ PROGRAMY • M. REČKOVÁ | 59 | | | |
| 48 | SKRÍNING KOLOREKTÁLNEHO KARCINÓMU - AKÉ MÁME V SÚČASNOSTI MOŽNOSTI? • A. ORSÁGH | 59 | | | |

ROZDIEL MEDZI TÝM ČO „MUSÍM“ A ČO „MÔŽEM“ (zmeny v legislatíve a ohrozenia v praxi VLD)

ABSTRAKT Č. 1

AKÉ NAJVÝZNAMNEJŠIE ZMENY SA UDIALI V PRÁVNEJ ÚPRAVE

JUDr. IVAN HUMENÍK, PhD.¹, MUDr. PETER MAKARA, MPH²

¹ h&h PARTNERS advokátska kancelária s.r.o. (hhpartners.eu, medipravnik.sk)

² SSVPL - prezident

Súhrn: Pandémia zamiešala aj kartami právnych predpisov zdravotníctva, čoho výsledkom je viacero noviniek týkajúcich sa aj VLD. Ale ako hovoria múdri ľudia, každá kríza predstavuje súčasne aj príležitosť. V priebehu posledných mesiacoch sme spoločne so SSVPL v rámci niekoľkých správnych konaní otestovali, ako sú právne predpisy čítané a interpretované zo strany VÚC a pokúsili sme sa pri niektorých témach spoločne nastaviť mantinely toho, čo všeobecný lekár musí a čo nemusí.

V rámci tohoto bloku si teľgraficky prejdeme aké najvýznamnejšie zmeny sa udiali v právnej úprave zdravotnej starostlivosti za posledných 12

mesiacov a na čo by si mali VLD dať pozor. Taktiež si ukážeme **niekoľko kazuistik z prípadov všeobecných lekárov**, kde SSVPL za asistencie h&h PARTNERS (hhpartners.eu, medipravnik.sk) podalo lekárom pomocnú ruku v ich „konflikte s vrchnosťou“ a budeme diskutovať, ako sa takýmto situáciám v rámci vašej ambulancie vyhnúť.

Kľúčové slová: zmeny v legislatíve, právne predpisy v zdravotníctve, kazuistiky

AKO SPRÁVNE PRISTUPOVAŤ K LIEČBE VERTEBROGÉNNYCH OCHORENÍ?

ABSTRAKT Č. 2

AKTUALIZOVANÉ ODPORÚČANIA PRE LIEČBU VERTEBROGÉNNYCH BOLESTÍ

MUDr. MILAN GROFÍK, PhD.

Neurologická klinika JLF UK a UNM Martin

Súhrn: Vertebrogénny algický syndróm je jedným z najčastejších dôvodov pre vyhľadanie zdravotníckej pomoci či už v ambulanciách praktických lekárov alebo u rôznych špecialistov. Vo väčšine

prípadov ide o nešpecifickú, jednoduchú bolesť chrbta. Liečba vertebrogénneho algického syndrómu je komplexná a zahŕňa invazívne postupy, systémovú a lokálnu farmakoterapiu a pohybovú

edukáciu. V roku 2019 boli publikované aktualizované slovenské odporúčania pre liečbu bolesti chrbta (66. metodický list racionálnej farmakoterapie pod názvom Racionálna farmakoterapia vertebrogénnych bolestí). V rámci systémovej farmakoterapie sa uprednostňujú nesteroidné analgetiká, keďže okrem analgetického efektu majú aj požadovaný protizápalový účinok. Táto liečba je však limitovaná závažnými gastrointestinálnymi a kardiovaskulárnymi nežiadúcimi účinkami. Vzhľadom na to Európska lieková agentúra, ŠUKL a viaceré odborné spoločnosti upozorňujú na potrebu podávania bezpečných NSA, a to v čo najkratšom čase a najnižších dávkach. Za kardiovaskulárne najbezpečnejší liek z okruhu NSA sa v súčasnosti považuje naproxen.

Požiadavku minimalizácie celkovej dávky NSA možno splniť kombináciou NSA s inými analgetikami a vhodne zvolenou lokálnou a systémovou adjuvantnou terapiou. Dôležitou súčasťou terapeutickú úvahy je odlišenie somatickej (prevažne akútnej) a neuropatickej (prevažne chronickej) vertebrogénnej bolesti. Kým v liečbe akútnej bolesti sú NSA veľmi účinné, v prípade chronickej bolesti sú uprednostňované analgetiká (nie typu NSA) s dobrým bezpečnostným profilom a adekvátna liečba neuropatickej bolesti.

Kľúčové slová: vertebrogénny algický syndróm, naproxen, nežiaduce účinky, liečba akútnej a chronickej bolesti

ABSTRAKT Č. 3

NAJVHODNEJŠIE NSA DO PRAXE VŠEOBECNÉHO LEKÁRA. ČO ROZHODUJE ?

MUDr. ADRIANA ŠIMKOVÁ, PhD.

Pracovisko: Duo medical s.r.o., s.r.o., Hollého 2, Pezinok

Súhrn: Nesteroidné antiflogistiká (NSA) patria do skupiny neopiátových analgetík. Sú liekom voľby predovšetkým v I stupni analgetického rebríka. Ako jediné okrem CNS účinkujú aj v periférnych tkanivách, z čoho vyplývajú aj ich klinické indikácie preferujúce ich použitie. Vhodné NSA pre pacienta treba voľiť s ohľadom na terapeutický prínos a možnými rizikami liečby.

Problémom v praxi býva voľba NSA u rizikových pacientov. V práci sa zameriavame najmä na pacientov s kardiovaskulárnym (KV) rizikom alebo KV ochoreniami. Vzhľadom na mechanizmus účinku, sú liekom voľby u týchto pacientov neselektívne NSA alebo COX 1 selektívne NSA. Nežiaduce účinky z možného rizika na KV systém u COX 2 inhibítorov odôvodňujeme dynamickou nerovnováhou účinku tromboxánu a prostacyklínu. To má za následok

zvýšenie rizika ischémie nielen v srdci, ale i v mozgu.

Prezentovaná práca ponúka praktický algoritmus pre podávanie NSA. Zameriavame sa predovšetkým na molekulu naproxenu, ktorého používanie u pacientov so zvýšeným KV rizikovým profilom je podmienené viacerými štúdiami. Ako vhodné gastroprotektívum do kombinácie je odporúčaný ezomeprazol. Prezentácia končí odporúčaniami, resp. upozoreniami do praxe, oboznamuje o zásadách užívania NSA, ktoré eliminujú nežiaduce účinky vyplývajúce nielen zo skupinového efektu NSA, ale aj s ohľadom ku kardiovaskulárnemu alebo gastrointestinálnemu riziku.

Kľúčové slová: nesteroidné antiflogistiká, neopiátové analgetiká, naproxen, nežiaduce účinky

VIEME AKO ZABEZPEČIŤ SPRÁVNE FUNGOVANIE KVS SYSTÉMU?

ABSTRAKT Č. 4

KOLKO ROKOV MAJÚ VAŠE ARTÉRIE ?

MUDr. IVAN MAJERČÁK

I. Interná klinika LF UPJŠ a UNLP Košice, Centrum pre liečbu obezity LF UPJŠ Košice, STOB Slovensko

Súhrn: Kardiovaskulárne ochorenia (KVO) sú najčastejšou príčinou úmrtí na Slovensku. Prevažná väčšina týchto úmrtí je spôsobená rôznymi formami ischemickej choroby srdca a cievnymi mozgovými príhodami na aterosklerotickom podklade. Príčinou je nedostatočná kontrola rizikových faktorov, ktoré spôsobujú kardiovaskulárne ochorenia: fajčenie, nedostatok fyzickej aktivity, nadváha a obezita, vysoký krvný tlak, nadmerný príjem soli, vysoká hladina kyseliny močovej a hypercholesterolémia. Je dokázaná lineárna kontinuálna korelácia medzi kardiovaskulárnym rizikom a celkovou koncentráciou cholesterolu v sére. Cholesterol spolu s ďalšími rizikovými faktormi ešte v predklinickom štádiu aterosklerózy spôsobuje zvýšenú tuhosť artérií.

Zníženie hladiny LDL-cholesterolu pod 3,0 mmol/l by sme mali dosiahnuť podľa dnes platných odporúčaní aj u mladých zdravých ľudí, inak ateroskleróza začína už v mladom veku. Artériograficky stanovená rýchlosť pulzovej vlny aorty porovnáva kalendárny a „arteriálny“ vek. Zníženú elasticitu artérií môžeme zachytiť už u mladých inak zdravých jedincov. Štúdiá PDAY (*Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth*) autopticky sledovala rozsah, prevalenciu a topografiu aterosklero-

tických lézií u celkovo 2876 pacientov s úmrtím vo veku 15 až 34 rokov, ktorí nemali kardiovaskulárne ochorenie ako príčinu úmrtia. Vo veku 25-29 rokov malo fibrózný plak v koronárnej artérii 39,4 % mladých mužov a 21,4 % mladých žien, vo veku 30-34 rokov to bolo 51,2 % u mužov a 32,2 % u žien.

Primárna prevencia má priamy vplyv na množstvo odvrátených úmrtí. U mladšej generácie primárna prevencia aterosklerózy okrem zmeny životného štýlu zahŕňa aj funkčné potraviny, doplnky výživy a nutraceutiká. Štúdiá ASCEND sledovala efekt omega-3 nenasýtených mastných kyselín u 15 480 diabetikov bez zjavného KVO v priemere 7,4 roka. Nebol zaznamenaný významný rozdiel vo výskyte závažných kardiovaskulárných príhod voči placebo, ktorým bol olivový olej. V rámci povedomia o zdravom životnom štýle, cieľových hladinách cholesterolu a elasticite artérií môžeme odporučiť aj nutraceutiká, ktoré majú medicínu dôkazov.

Kľúčové slová: kardiovaskulárne ochorenia, aterosklerotické lézie, znížená elasticita artérií, povedomie o zdravom životnom štýle

Nový liek na chronickú žilovú nedostatočnosť

Rp ✓

Devenal 500 mg, 180 tbl.
Mikronizované flavonoidy 500 mg
(450 mg hesperidín, 50 mg diozmín)



Od
29,99 €



Jedinečná cena

Skrátená informácia o lieku Devenal 500 mg filmom obalené tablety:

Liečivo: Každá tableta obsahuje 500 mg mikronizovaných flavonoidov, obsahujúcich 450 mg diozmínu a 50 mg ďalších flavonoidov vyjadrených ako hesperidín. Indikácie: Liečba chronickej venózneho insuficiencie dolných končatín s nasledujúcimi funkčnými symptómami: pocit ťažkých nôh a opuch, bolesť, nočné kŕče dolných končatín. Symptomatická liečba akútnej hemoroidálnej epizódy. Dávkovanie a spôsob podávania: Chronická venózna insuficiencia: 1 tableta dvakrát denne (na obed a večer). Akútna hemoroidálna epizóda: v priebehu prvých 4 dní liečby je denná dávka 6 tabliet, t.j. 3 tablety dvakrát denne. V priebehu nasledujúcich 3 dní je odporúčaná denná dávka 4 tablety, t.j. 2 tablety dvakrát denne. Udržiavacia liečba: 1 tableta dvakrát denne. V tejto indikácii je Devenal určený iba pre krátkodobú liečbu. Tablety sa majú užívať s jedlom. Liek je určený na liečbu dospelých pacientov starších ako 18 rokov. Pre špeciálne skupiny populácie nie je potrebná úprava dávkovania. Kontraindikácie: Precitlivosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní: Podávanie tohto lieku na symptomatickú liečbu akútnej hemoroidálnej epizódy nenahrádza inú špecifickú liečbu patologických ochorení konečníka. Ak symptómy počas krátkodobej liečby (15 dní) neustúpia, odporúča sa proktologické vyšetrenie a liečba by sa mala prehodnotiť. Liekové a iné interakcie: Nie sú známe. Fertilita, gravidita a laktácia: Nie sú dostupné žiadne klinické údaje o vplyve Devenalu na fertilitu. Ako preventívne opatrenie sa odporúča vyhnúť sa používaniu Devenalu počas gravidity a dojčenia. Nežiaduce účinky: Časté: hnačka, zlé trávenie, nevoľnosť, vracanie. Menej časté: kolitída (zápal hrubého čreva). Zriedkavé: bolesť hlavy, nepokoj, závrat (pocit točenia hlavy), vyrážka, svrbenie, urtikária (žihľavka). Neznáme: bolesť brucha, opuch (opuch tváre, pier a očných viečok), výnimočne angioedém (rýchly opuch tkanív, ako tváre, pier, jazyka alebo hrdla, čo môže spôsobiť ťažkosti pri dýchaní). Predávkovanie: Neboli hlásené žiadne prípady. Špeciálne upozornenia na uchovávanie: Tento liek nevyžaduje žiadne zvláštne podmienky na uchovávanie. Druh obalu a obsah balenia: 60 alebo 180 filmom obalených tabliet. Farmakoterapeutická skupina: liečivá stabilizujúce kapiláry, bioflavonoidy, diozmín, kombinácie, ATC kód: C05CA53 Držiteľ rozhodnutia o registrácii: Green-Swan Pharmaceuticals CR, a.s., Pod Višňovkou 27/1662, 140 00 Praha 4, Česká republika. Registračné číslo: 85/0232/19-S. Dátum revízie textu: 06/2020. Zatriedenie lieku podľa spôsobu výdaja: Výdaj lieku nie je viazaný na lekársky predpis. Určené pre odbornú verejnosť. Pred predpísaním lieku sa oboznámte s úplným znením Súhrnu charakteristických vlastností lieku uvedenom na stránke SÚKL, alebo na stránke devenal.sk. Dátum vypracovania materiálu: 12. 10. 2020.

KOMPLEXNÍ PŘÍSTUP K TERAPII OBEZITY V ČESKÉ REPUBLICE

ABSTRAKT Č. 5

NOVÁ FARMAKOTERAPIE OBEZITY V ORDINACI LÉKAŘE

MUDr. PETRA ŠRÁMKOVÁ, PhD.

OB klinika Praha

Súhrn: Obezita je celoživotní, progredující závažné onemocnění s možnými mnohočetnými komplikacemi. Léčba vyžaduje multidisciplinární přístup a zároveň musí být zacentrována na pacientovu aktivní spoluúčast. Základem dlouhodobé a efektivní léčby jsou vždy režimová opatření -dieta a fyzická aktivita, provázené psychoterapeutickou a motivační podporou spolu s léčbou antiobezitiky, a u indikovaných bariatrickou chirurgií. Regulace tělesné hmotnosti je výsledkem komplexní interakce genetické dispozice, tukové tkáně, procesu resorpce živin ovlivněným mikrobiomem zažívacího traktu, mírou fyzické aktivity, bazální termogenese a životního prostředí. Centrum kontroly regulace se nachází v hypotalamu. Dlouhodobé ovlivnění hypotalamického centra změnou signálů vedoucím k navození fyziologického pocitu sytosti je jednou z cest léčby. Mysimba -kombinace naltrexon/bupropion 8mg/90mg s prodlouženým uvolňováním. Pokles tělesné hmotnosti je dán schopností bupropionu stimulovat neurony POMC/CART (proopiomelanokortin/regulovaná transkripce kokainu a amfetaminu) a naltrexonu v blokování opioidového receptoru stejného neuronu na úrovni nucleus arcuatus. Dle studií COR v různých modifikacích s více než 4700 pacienty, došlo k významnému snížení výchozí tělesné hmotnosti (-6,4% vs. -1,2%; $p < 0,01$), zlepšení markerů kardiometabolického rizika, kvality života a kontroly chuti k jídlu. Ve větvi COR-BMOD, s intenzivní behaviorální modifikací, pacienti zhubli (-9,3 % vs. -5,1 %; $p < 0,001$) a 80,4 % pacientů snížilo svou výchozí hmotnost o více než 5%. Nejčastějšími nežádoucími účinky vedoucí k přerušení léčby kombinací je nauzea, bolesti hlavy, závratě

a zvracení, tyto však často bývají přechodné a dají se zvládnout pomalejší počáteční titrací. Saxenda - liraglutid v dávce 3,0 mg 1x denně v subkutánní injekci. Účinek GLP-1 analoga je jak centrální - zvýšení pocitu sytosti, snížení hladu a chuti na další jídlo, tak periferní - zpomalování vyprazdňování žaludku, snížené vylučování žaludečních šťáv; oba účinky vedou ke snížení energetického příjmu. Pozitivní efekt na glukózový metabolismus a pokles TK je dalším z benefitů. Z klinických studií je dokládána průměrná redukce hmotnosti nediabetiků 9,2 %, u diabetiků 6,0 % původní hmotnosti. Pokud rozdělíme pacienty ve 4. týdnů léčby na ty s rychlým efektem (pokles o více než 4 % vstupní hmotnosti) a ty s pomalým efektem (pokles nejvýše o 2 % vstupní hmotnosti), je snížení váhy u rychlých respondentů za rok léčby markantnější: 11,5 % oproti 9,3 %. Ve skupině s rychlou odpovědí na léčbu zredukuje více než 10 % hmotnosti polovina pacientů. V roční studii Waddena (2018) s intenzivní behaviorální terapií dosáhli průměrné redukce váhy 11,8 %. Nejčastějším nežádoucím účinkem je nauzea (až 40 %), zvracení (16 %), průjem 21 % a snížení chuti k jídlu (11 %) - i když poslední hodnotíme spíše pozitivně. Nauzea bývá přechodná a přichází mezi 4. a 8. týdnem léčby. Kardiovaskulární bezpečnost liraglutidu potvrzuje studie LEADER, kdy dávka 1,8 mg snížila o 13% riziko rozvoje úmrtí z kardiovaskulárních příčin, nefatálního IM nebo nefatální ischemické CMP. Podmínkou účinné léčby je změna životního stylu - redukční dieta, pohybová aktivita a změna chování. Pouze dlouhodobá terapie však vede k udržení snížené hmotnosti. Se znalostí předpokládané míry redukce hmotnosti se vhodnými pacienty jeví ti

s vyšší nadváhou až po obezitu 2. stupně. Vlastní, bohaté, 4/2leté zkušenosti jsou velmi dobré. Je třeba čas věnovat vysvětlení podání, titrace a případných nežádoucích účinků, spolu s edukací k redukční dietě a pohybu. Dále nutné zdůraznit pacientovi

reální očekávání. Vzhledem k ceně léků je možná i léčba intermitentní.

Klíčové slova: moderní farmakoterapie obezity, změna životního stylu, multidisciplinární přístup

ABSTRAKT Č. 6

DŮLEŽITOST PSYCHOLOGICKÉHO PŘÍSTUPU K ÚSPĚŠNÉ TERAPII OBEZITY

PhDr. IVA MÁLKOVÁ

STOB (Stop obezitě), Praha

Souhrn: Úvod: Obezita přináší problémy jak pro zdraví jednotlivce, tak i ekonomické problémy pro celou společnost. Vedle odborných přístupů k terapii obezity bohužel mnoho lidí podléhá laickým nabídkám nereseriových podnikatelů. To vede často ke střídání etap nesmyslné redukce váhy s etapou nekontroly a přejídání se, což se negativně odráží jak na tělesném, tak psychickém stavu. I při odborném vedení se často zanedbává psychologický přístup, který přispívá nejen k úspěchu při redukci hmotnosti, ale i při udržení hmotnostních úbytků.

Cíl: Společnost STOB (Stop Obezitě) vytváří již 30 let programy, které vedou lidi k dlouhodobé změně stravovacích a pohybových návyků. Cílem intervence není jen edukace, ale také převedení teoretických poznatků do praktického života.

Metodika: Pro trvalou redukci váhy zejména pro pacienty s nadváhou nebo mírným stupněm obezity se ukazuje jako jeden z neefektivnějších přístupů kognitivně-behaviorální terapie (KBT) a nově všímavost (mindfulness), zejména mindful eating (všímané jedení).

Při terapii obezity se u „chronických dietářů“ nestačí zabývat pouze množstvím přijaté energie a kvalitou jídelníčku, ale je třeba rozebrat příčiny tzv. jídla navíc. Je třeba se zabývat nejen tím, co pacient jí, ale také proč jí a jak jí. Spouštěčem k jídlu navíc bývá toxické prostředí a pak vlastní napodmiňované návyky, při nichž jídlo navíc oproti plánu provokují nevhodné myšlenky a emoce. Pacient se učí tyto

podněty zvládat vhodnějším způsobem než jídlem. Metodika vytvořená STOBem se uplatňuje v mnoha oblastech, zejména ve skupinových kurzech rozumného hubnutí. STOB nabízí pomoc i „dálkově“ prostřednictvím tištěných materiálů. Dalším krokem v rozvoji metod, které při malých nákladech ovlivňují velký počet hubnoucích, je vývoj internetových programů.

Závěr: Společnost STOB vytvořila programy pro redukci a udržení váhových úbytků vycházející z kognitivně-behaviorální psychoterapie a v průběhu 30 let ovlivnila desítky tisíc obézních jak v kurzech snižování nadváhy, tak pomocí tištěných materiálů a webových aplikací.

Klíčová slova: kognitivně-behaviorální terapie (KBT), mindfulness (všímanost), STOB (Stop Obezitě)

PRAKTICKÁ APLIKACE KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍHO PŘÍSTUPU V KURZECH A ON-LINE AKTIVITÁCH STOBU

MARTIN PÁVEK, HANA PÁVKOVÁ-MÁLKOVÁ

STOB (Stop obezitě), Praha

Úvod: Prevalence obezity celosvětově roste a přináší tak těžce řešitelné problémy jak pro zdraví jednotlivce, společnosti, tak i problémy ekonomické. Pokud se podaří ve společnosti snížit počet lidí s obezitou, ušetří to nejen velké finanční prostředky, ale také mnoho času lékařům. Ač je obezita rizikovým faktorem vzniku celé řady onemocnění, lékaři většinou řeší až následně vzniklá onemocnění a na řešení prvotního problému - obezity - není dostatek času. Pro tyto situace lze využít vhodných nástrojů a poradit pacientovi, jak může problém s obezitou efektivně řešit.

Cíl: Společnost STOB již 30 let poskytuje programy určené lidem s nadváhou a nižším stupněm obezity, které jim pomáhají ve změně návyků a redukci hmotnosti. Cílem je poskytnout lidem s nadváhou a obezitou nejen teoretické znalosti, ale především je naučit, jak je převést trvale do praktického života.

Metodika: Základem programů STOB je kognitivně-behaviorální terapie (KBT), která je aplikována v kurzech, v knihách a dalších tištěných pomůckách, i v online nástrojích, jejichž využívání v poslední době narůstá.

Nejefektivnějším programem STOBu jsou **skupinové kurzy zdravého hubnutí**, kdy dochází k přímé interakci s lektorem i ostatními účastníky, a zvyšuje se tak motivace a v procesu hubnutí pacient spíše vydrží. První polovina kurzu je zaměřena především na edukaci v oblasti výživy a pohybu. Klienti se naučí si tvořivě sestavit jídelníček, který je vyvážený a energeticky přiměřený z potravin, které mají rádi. Druhá polovina kurzu se věnuje tématům, jež lze shrnout pod módní pojem „hubnutí je v hlavě“. Společně s lektorem pracují na změně svého chování, myšlení a emocí, které vedou k přejídání, a taky se naučí vypořádat se s náročnými životními situacemi jinak než jídlem. Díky příjemné otevřené atmosféře mohou sdílet své zkušenosti a úspěchy s lidmi, kteří mají stejný cíl.

STOB připravuje i online programy vycházející z KBT (ICBT - Internet cognitive behavioural therapy). Bylo prokázáno, že i tento přístup je při změně návyků efektivní, kdy se za relativně nízké náklady ovlivní velké množství hubnoucích. Efektivita se zvyšuje, pokud je součástí programu zpětná vazba za plnění úkolů. Mezi úspěšné programy STOBu patří projekt Prožij rok zdravě a Výzva 52. Projektů se zúčastnilo 85 tisíc uživatelů a projekty získaly ocenění Evropskou asociací EASO (European Association for the Study of Obesity) jako nejlepší edukační projekty pro laickou veřejnost.

Online programy jsou efektivní i při sestavování jídelníčku. STOB vyvinul program **Sebekoučink**, který je velkým pomocníkem nejen pro pacienty, ale i pro lékaře či nutriční terapeutky. Ti díky němu mohou snadno a rychle zhodnotit jídelníček pacienta a ve vzájemné spolupráci pracovat na tvorbě jídelníčku, který je nutričně vyvážený a zároveň pacientovi vyhovuje a může ho dodržovat dlouhodobě.

Základními pilíři metodiky STOBu jsou kromě výživy i pohyb a psychika. Proto se i program Sebekoučink nezabývá jen výživou, ale skládá se ze tří složek, které tyto oblasti pokrývají – Jídloučink, Fitkoučink a Psychokoučink. Pacient získává zpětnou vazbu za své tvořené návyky pomocí semaforů. Díky Sebekoučinku se podařilo zhubnout již více jak 130 000 kg.

Závěr: Programy společnosti STOB poskytují komplexní přístup k terapii obezity, díky kterému už zhubnulo mnoho tisíc lidí, kteří si zlepšili kvalitu života. Mohou efektivně pomáhat i lékařům, kteří mají na pacienta jen omezený čas, což jim neumožňuje naplno problém obezity s pacientem řešit.

Klíčová slova: Stop Obezitě (STOB), program Sebekoučink, skupinové kurzy hubnutí, ICBT (internet-based Cognitive behavioural therapy)

BRONCHO-VAXOM®

ZVYŠUJE PŘIPRAVENOST IMUNITNÉHO SYSTÉMU VAŠICH PACIENTŮV
NA OCHRANU PŘED OPAKUJÍCIMI SA INFEKCIAMI DÝCHACÍCH CIEST¹⁻⁶

TERAZ JE TEN SPRÁVNÝ ČAS PRIPRAVIŤ ICH IMUNITNÝ SYSTÉM!



OBRÁZOK JE ILUSTRÁČNÝ, A NEPREDSTAVUJE REÁLNYCH PACIENTOV.

- 1 BRONCHO-VAXOM® Swiss Summary of Product Characteristics.
- 2 Rossi GA, et al. European Respiratory & Pulmonary Diseases. 2019;5(1):17-23.
- 3 Kearney SC, et al. Ann Allergy Asthma Immunol. 2015;114(5):364-369.
- 4 Parola C, et al. PLoS One. 2013;8(12):e82867 [pre-clinical data].
- 5 Pasquali C, et al. Front Med (Lausanne). 2014;1:41 [pre-clinical data].
- 6 Dang AT, et al. Sci Rep. 2017;7:43844 [pre-clinical data].

SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU: NÁZOV: BRONCHO-VAXOM pre dospelých, BRONCHO-VAXOM pre deti.
Liečivo: Zmes bakteriálneho lyzátu (*Haemophilus influenzae*, *Streptococcus (Diplococcus) pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae* ssp. *pneumoniae* a ssp. *ozaena*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* a *sanguinis (viridans)*, *Moraxella catarrhalis*): 7 mg (dospelí) a 3,5 mg (deti).
Indikácie: Profylaxia rekurentných infekcií dýchacích ciest u dospelých a detí starších ako 6 mesiacov. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Preventívna liečba: 1 tvrdá kapsula (vrecko) denne na lačno po dobu 10 po sebe nasledujúcich dní v troch po sebe idúcich mesiacoch. Profylaktická liečba sa môže začať počas akútnej fázy infekcie dýchacích ciest, v kombinácii s inými liečbami. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. Deti mladšie ako 6 mesiacov. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** Používanie BRONCHO-VAXOM na prevenciu vzniku pneumónie sa neodporúča, pretože nie sú k dispozícii žiadne údaje z klinických štúdií, ktoré takýto účinok preukazujú. **Fertilita, gravidita a laktácia:** Ako preventívne opatrenie je vhodné vyhnúť sa používaniu lieku počas gravidity. Počas dojčenia sa má liek podávať obozretno. Neboľ preukázaný účinok lieku na fertilitu. **Nežiaduce účinky:** Liek je obvykle dobre znášaný. Ako časté nežiaduce účinky sa môžu objaviť bolesti hlavy, kašeľ, diareja, abdominálna bolesť, vyrážka. Pri výskyte nežiaducich účinkov je potrebné sa poradiť s lekárom. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii - OM PHARMA S.A., Amadora - Lisabon, Portugalsko, Registračné číslo:** Broncho-Vaxom pre dospelých, 7 mg, cps dur: 59/0053/845; Broncho-Vaxom pre deti, 3,5 mg, cps dur: 59/0052/845; BRONCHO-VAXOM pre deti, 3,5 mg pvl por: 59/0507/065. **Datum revízie textu:** Január 2020. Uplné znenie Súhrnu charakteristických vlastností lieku je dostupné na: www.suki.sk. Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis a je hradený zo zdrojov verejného zdravotného poistenia. Blížišie informácie získate na adrese: OM Pharma SA/Vifor Pharma, Rue du Bois-du-Lan 22, P.O.Box 88, 1217 Meyrin 2/Genève/SWITZERLAND, www.viforpharma.com

VIFOR
PHARMA

Benela
staráme sa o vašu imunitu
Súbežná 7, 811 04 Bratislava

DERMATOLOGICKÝ BLOK

ABSTRAKT Č. 8

ULCERE CRURIS U OBÉZNYCH PACIENTOV

Zelenkova Hana, M.D., Ph.D., MBA

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

Abstrakt: Obezita sa vo vyspelých krajinách sveta stala výrazným problémom 20 a 21 storočia a jej liečba je nielen medicínskym, ale najmä ekonomickým problémom. Dermatológ sa v svojej praxi stretáva s veľkým množstvom pacientov, u ktorých sa v dôsledku kombinácie obezity s inými zdravotnými problémami vytvárajú kožné zmeny typu ťažkých dermatopidermatitíd, recidivujúcich erysipelov, kvasinkových infekcií, ale najmä ulcerácií dolných končatín. Pre nadváhu majú pacienti problémy sami si defekty ošetrovať a sú zväčša odkázaní na pomoc príbuzných, ošetrovateľov alebo ADOS. Pri

liečbe je nevyhnutná správna edukácia pre adekvátne ošetrovanie, rovnako ako aj výber prípravkov na oplachy, debridement, vlastný ošetrovací materiál a kompresívnu terapiu. U mnohých pacientov pre komorbiditu (diabetes, hypertonia a pod) je problémom aj výrazná lieková polypragmázia a najmä neúmerne a nadmerné užívanie antibiotík, ktoré sú v mnohých prípadoch celkom zbytočné. Mimoriadne dôležitá je aj diferenciálna diagnostika etiológie ulcerácií dolných končatín. Usmernenie pacienta a následná spolupráca sa odvíja aj od štádia a rozsahu prejavov.

ABSTRAKT Č. 9

ERYSIPELAS CRURIS A OBEZITA

Marcela Sakalíková Mgr.

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

Abstrakt: Ruža je akútna streptokoková infekcia kože a v menšom rozsahu aj podkožného tkaniva spojená s celkovými príznakmi zápalu. Erysipelás je charakterizovaný náhlym začiatkom. Ochorenie začína prudkým vzostupom teploty až na 40 °C spojeným s celkovou schvátanosťou, zimnicou a triaškou, bolesťou hlavy, nauzeou až zvracaním. K celkovým príznakom patrí aj unavenosť a nechutenstvo. Až v priebehu nasledujúcich hodín až 1 dňa sa objavia prejavy na koži. Erytém býva ohnivočervený, ostro ohraničený, bolestivý na dotyk a vystupuje nad povrch okolitej kože. Penicilín stále ostáva liekom prvej voľby u nekomplikovaného priebehu erysipelu. Mnohokrát sú pacienti s ružou extrémne obézni a bežné dávkovanie antibiotika, navyše podaného

perorálne, je nedostatočné. Erysipelás nezanecháva imunitu, môže recidivovať až 50x. Klasickou profylaxiou je podávanie benzatinbenzylpenicilínu (Pendepon, Retarpen) 1,2 mil.-2,4 mil. I.U. i.m. každé 3-4 týždne. V praxi zohráva nezastupiteľnú rolu pri riešení hlavnej príčiny recidivujúcich erysipelov forma plášťových obštrikov- Hylase. Kľúčové slová: erysipelás, obezita, liečba, profylaxia, Hylase

ABSTRAKT Č. 10

LYMFEDÉM ALEBO OBEZITA?

Lenka Zeherová

Sanare spol. s.r.o., Dermatovenerologické odd. sanatórneho typu Svidník

Abstrakt: Neexistuje pravidlo, podľa ktorého môže vzniknúť lymfedém. Je to dané spojením sa viacerých faktorov a je to individuálne. Každý jedinec má rozdielnu lymfatickú sústavu a schopnosť prispôbiť sa daným podmienkam. Medzi najčastejšie príčiny môžeme zaradiť operácie, nádory, rádioterapiu, kedy môže dôjsť k zníženej transportnej kapacity lymfy. Pri poškodení lymfatických ciest a uzlín sa začína hromadiť lymfatická tekutina v medzibunkovom priestore. Zároveň sa zvyšuje objem bielko-

vín v lymfe obsiahnutých, začína sa tvoriť opuch. Obezita je nadmerné patologické množstvo tuku v organizme, ktoré poškodzuje zdravie. Slovenský projekt MONIKA v roku 2002 zistil 57,4% výskyt nadhmotnosti a obezity na vzorke 6867 ľudí vo veku 15-64 rokov. Viac než 26% žien trpí obezitou (BMI 30 a viac) a 35% nadváhou (BMI 25-30), u mužov to predstavuje 17%, respektíve 48%. Ktorá z týchto diagnóz je „lepšia“?

ABSTRAKT Č. 11

TECHNICKÉ PROBLÉMY KOMPRESIE U OBÉZNYCH PACIENTOV

Lenka Zeherová

Sanare spol. s.r.o., Dermatovenerologické oddelenie sanatórneho typu Svidník

Abstrakt: Technické problémy kompresie u obéznych pacientov Lenka Zeherová, DiS DOST Svidník. Kompresná terapia pomáha pri prevencii i liečbe chronického ochorenia žilového systému, lymfedému a ochoreniach pohybového aparátu. U obéznych pacientov je problematické nielen nakladať

bandáže, ale aj kompresiu zafigovať tak, aby neškázala a neškrtla končatinu v záhyboch. Dôležitá je preto nielen edukácia pacienta, ale aj rodinných príslušníkov, ktorí sú nápomocní pri aplikácii kompresie v domácom prostredí.

ABSTRAKT Č. 12

....A TO STE EŠTE NEVIDELI

Zelenkova Hana, M.D., Ph.D., MBA

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

Abstrakt: Niektorí pacienti si z obezity a jej komplikácií alebo estetických „zmien“ dokázali vytvoriť aj úspešný biznis. To platí nielen pre dospelých pacientov ale už aj pre deti. Je preto celkom logické, že obezita sa stala námetom pre mnohých humo-

ristov, fotografov aj filmových tvorcov. Malý prehľad je aj predmetom dnešnej prednášky.

VPLYV SPRÁVANIA NA ŽIVOTNÝ ŠTÝL A RIZIKÁ NÁDOROVÝCH CHORÔB

ABSTRAKT Č. 13

MOTIVAČNO-SANKČNÉ MECHANIZMY V PRIMÁRNEJ PREVENCIÍ NÁDOROVÝCH OCHORENÍ

MUDr. ZUZANA KATRENIÁKOVÁ, PhD.

Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav sociálnej a behaviorálnej medicíny | Slovenská asociácia verejného zdravia | Tr. SNP 1, Košice 040 01 | e-mail: zuzana.katreniakova@upjs.sk

Mgr. IVETA NAGYOVÁ, PhD.

Univerzita P. J. Šafárika v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav sociálnej a behaviorálnej medicíny | Slovenská asociácia verejného zdravia | Tr. SNP 1, Košice 040 01 | e-mail: iveta.nagyova@upjs.sk

Súhrn: Onkologická diagnóza je v primárnej zdravotnej starostlivosti pomerne častou udalosťou. Všeobecný lekár pre dospelých s 2 000 pacientmi (UK) zaznamená asi 6-8 nových prípadov nádorového ochorenia ročne, čo je počet podobný ako pri diabetes mellitus a dvakrát častejší ako pri náhlej cievnnej mozgovej príhode.

Vstupnou bránou k včasnému predchádzaniu a zníženiu rizika vzniku nádorových ochorení sú periodické preventívne prehliadky. Koncom roka 2018 bol na Slovensku uskutočnený online prieskum o motivácii zamestnancov k účasti na preventívnych prehliadkach (n = 2 312). Respondenti uviedli, že určitú mieru podpory očakávajú aj od samotných poskytovateľov – najmä od všeobecného lekára (40.0 %) alebo sestry v ambulancii (11.0 %), prípadne od zdravotnej poisťovne (21.0 %). Na druhej strane ich limituje dlhá čakacia doba (58.0 %), ak nemajú možnosť objednať sa na preventívnu prehliadku vopred (22.0 %), alebo ak majú čakať na vyšetrenie spolu s chorými pacientami (31.0 %). Podobné zistenia prináša aj systematický prehľad štúdií zameraných na správanie dospeléj populácie a zdravotníckych pracovníkov súvisiace s účasťou na NHS preventívnych prehliadkach (UK). Predchádzať najčastejším rizikovým faktorom nádorových ochorení je tiež možné využívaním krátkych behaviorálnych intervencií realizovaných v ambulancii všeobecného lekára. Na dôkazoch založená metó-

da veľmi krátkeho poradenstva (Very Brief Advice, VBA) má tri prvky - 3P/3A (Pýtaj sa/Ask, Porad/Advice a Ponúkni pomoc/Act). Je široko používaná pri odvykaní od fajčenia, ale je možné ju aplikovať aj v oblasti konzumácie alkoholu alebo fyzickej aktivity.

S narastajúcou dôležitosťou primárnej prevencie, včasnej diagnostiky a liečby, následnej starostlivosti ako aj starostlivosti na konci života, sa donedávna okrajovo vnímaná úloha primárnej zdravotnej starostlivosti pri detekcii a manažmente nádorových ochorení, významne mení. Osvojenie si a využívanie na dôkazoch založených nefarmakologických intervencií by malo byť v ambulancii všeobecného lekára neoddeliteľnou súčasťou holistického prístupu a starostlivosti zameranej na pacienta. (Grantová podpora: APVV-15-0719; EK CHAFAEA HP-PJ-2018, N. 8266676).

Kľúčové slová: primárna prevencia, preventívne prehliadky, behaviorálne intervencie, rizikové faktory

PRIPRAVENOSŤ NA ZMENU V MANAŽMENTE TELESNEJ HMOTNOSTI

Doc. PharmDr. DANIELA MINÁRIKOVÁ, PhD., MSc.¹, Doc. MUDr. Minárik Peter, PhD., MSc.²

¹Univerzita Komenského v Bratislave, Farmaceutická fakulta, Katedra organizácie a riadenia farmácie Odbojárov 10, Bratislava 832 32 | e-mail: minarikova@fpharm.uniba.sk

²Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety | Biomedicínske centrum SAV | Onkologický ústav sv. Alžbety | Slovenská poľnohospodárska univerzita v Nitre | Ľubovníková 59, 841 07 Bratislava | e-mail: peterminarik57@gmail.com

Súhrn: Spôsob života a správanie ľudí sú významné determinanty zdravia, ktoré prostredníctvom nadvahy a obezity vedú k vzniku mnohých chronických chorôb, vrátane kardiovaskulárnych ochorení, diabetu 2. typu a rakoviny. Manažment zdravej telesnej hmotnosti si vyžaduje zmeny správania ľudí pri príjme potravy a pri vykonávaní fyzickej aktivity. To zahŕňa odstránenie rizikového správania a uskutočnenie zmien, ktoré vedú k dosiahnutiu a udržaniu zdravej telesnej hmotnosti, a tým aj k prevencii chronických chorôb. Pripravenosť na zmenu a osobná motivácia jednotlivca je v manažmente telesnej hmotnosti nevyhnutná jednak na začiatku redukcie telesnej hmotnosti, ale najmä pri udržaní optimálnej telesnej hmotnosti, keďže veľká časť pacientov napriek počiatočnému úspechu si túto hmotnosť nedokáže dlhodobo zachovať.

Ako súčasť manažmentu zdravej telesnej hmotnosti sa preto odporúča posúdiť motiváciu a pripravenosť pacientov na zmenu (readiness to change, RTC) ich správania a životného štýlu. Transteoretický model (TTM) patrí k najznámejším modelom zmeny správania a bol vyvinutý v 80-ych rokoch 20. storočia autormi Prochaska a DiClemente. Model vníma zmenu správania ako komplexný špirálový proces, ktorý prebieha piatimi štádiami (pre-kontemplácia, kontemplácia, príprava, akcia, zotrvanie) a je sprevádzaný možnými relapsami (regresia z vyššieho štádia zmeny na nižšie). Aj keď bol model pôvodne navrhnutý na odvykanie od fajčenia a používa sa pri liečbe závislostí, dá sa aplikovať aj pri inom, so zdravím súvisiacim správaním, vrátane správania sa pri príjme potravy a pri vykonávaní fyzickej aktivity.

Výskumy poukazujú na to, že prístup a terapia, ktoré nezohľadňujú jednotlivé štádia zmeny správania, môžu pôsobiť kontraproduktívne a viesť až k odmietaniu akejkoľvek požadovanej zmeny správania. Naopak, intervencie prispôbené jednotlivým štádiám zmeny správania zvyšujú šance na ukončenie nežiaduceho správania, na predchádzanie prípadným relapsom a na dosiahnutie trvalého a zdraviu prospešného správania ľudí.

Manažment telesnej hmotnosti založený na zmene správania a návykov pacientov preto nevyhnutne vyžaduje posúdiť ich pripravenosť na zmenu a následne voliť vhodnú intervenciu a terapeutický prístup. Štúdie ukázali, že posúdenie bez objektívnych spôsobov a len na základe vlastných skúseností či rozhovoru s pacientmi, býva často nesprávne a nadhodnotené, čo vedie k neúspechu a strate motivácie pacientov. V praxi všeobecného praktického lekára, ako aj iných odborníkov zaoberajúcich sa manažmentom telesnej hmotnosti, je preto vhodné používať jednoduché algoritmy, umožňujúce rýchlu a jednoduchú identifikáciu pacientovej pripravenosti na zmenu správania a na jej základe poskytnúť vhodnú liečbu alebo intervenciu na kontrolu telesnej hmotnosti.

Kľúčové slová: manažment hmotnosti, pripravenosť na zmenu, transteoretický model

ABSTRAKT Č. 15

POSTAVENIE TELEMEDICÍNY A DIŠTANČNÉHO PORADENSTVA V PROCESE KOMPLEXNÉHO MANAŽMENTU OBEZITY. REÁLNE MOŽNOSTI PRE LEKÁROV PRIMÁRNEHO KONTAKTU

Doc. MUDr. PETER MINÁRIK, PhD., MSc.¹, Doc. PharmDr. DANIELA MINÁRIKOVÁ, PhD., MSc.²

¹ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety | Biomedicínske centrum SAV | Onkologický ústav sv. Alžbety | Slovenská poľnohospodárska univerzita v Nitre | Lubovníková 59, 841 07 Bratislava | e-mail: peterminarik57@gmail.com

² Univerzita Komenského v Bratislave, Farmaceutická fakulta, Katedra organizácie a riadenia farmácie | Odbojárov 10, Bratislava 832 32 | e-mail: minarikova@fpharm.uniba.sk

Súhrn: V súčasnosti existuje veľká potreba intervenčných programov zameraných na podporu znižovania a dlhodobej kontroly nadmernej telesnej hmotnosti u obéznych jedincov. Skúsenosti posledných rokov potvrdili, že online behaviorálne redukčné programy poskytované formou dištančného poradenstva sú rovnako účinné ako prezenčné redukčné intervencie. Ako veľmi účinné pri znižovaní a kontrole telesnej hmotnosti, nutričnom poradenstve a podpore pohybovej aktivity, sa ukázali online intervencie v kombinácii so zainteresovaním ošetrovujúcich lekárov primárneho kontaktu. Ideálnym príkladom je eventualita, keď praktický všeobecný

lekár, ktorý má o takéto intervencie záujem a má pre to aj časové možnosti, je nielen priamo zainteresovaný, ale aj sám osobne využíva dostupné prostriedky intervenčnej telemedicíny pre obéznych pacientov, ktorých má vo svojej zdravotnej starostlivosti. Niekoľko odborne zdokumentovaných príkladov takýchto úspešných intervenčných programov zo zahraničia bude predmetom prednášky.

Kľúčové slová: dištančný manažment obezity, online, telemedicína, praktický všeobecný lekár, primárny kontakt

DARCOVSKÝ A TRANSPLANTAČNÝ PROGRAM

ABSTRAKT Č. 16

TRANSPLANTÁCIA OBLIČKY – ZÁKLADNÉ PRINCÍPY A SÚVISLOSTI

Doc. MUDr. ZUZANA Žilinská, PhD., MPH, MHA

Urologická klinika s Centrom pre transplantácie obličiek, Univerzitná nemocnica Bratislava a Lekárska fakulta Univerzity Komenského v Bratislave

Súhrn: Transplantácia obličky je prvou úspešnou orgánovou transplantáciou, na základe ktorej vyrástol celý multidisciplinárny odbor transplantológie. Prvá transplantácia obličky na Slovensku bola urobená v r. 1972 v Bratislave pod vedením prof. Zvaru. Od r. 1988 sa obličky transplantujú aj v Košiciach, nasledované Banskou Bystricou (1991) a Martinom (2003).

Transplantácia obličky je liečebnou metódou voľby pre pacientov s ochorením obličiek v ich konečnom štádiu. Prináša zlepšenie stavu pacientov, úpravu vnútorného prostredia, obnovu endokrínnej funkcie obličky, zlepšuje kvalitu života a život predlžuje. Transplantácia vracia pacienta do spoločenského, rodinného aj pracovného života. Výrazné zlepšenie krátkodobého a strednodobého prežívania urobili transplantáciu obličky nákladovo efektívnejšou liečbou v porovnaní s dialýzou. Je určená pre každého pacienta, ktorý splňa zdravotné a psychosociálne podmienky pre zaručenie bezpečného výsledku liečby transplantáciou.

Dostupnosť liečby transplantáciou obličky je limitovaná najmä dostupnosťou vhodných orgánov na transplantáciu. Okrem mŕtvych darcov je možné odobrať obličku aj od živého darcu. Podmienkou je veľmi dobrý zdravotný stav darcu a spriaznenosť s príjemcom. Výhodou je možnosť preemptívnej transplantácie, v prípade HLA alebo ABO inkompatibility výmenný program obličiek medzi viacerými nezhodnými párami. Tento postup však vyžaduje kvalitné laboratórne, organizačné a tímové zázemie. Prínosom je zavedenie imunoadsorpcie v transplantáčnych centrách s perspektívou ABO inkompatibilných transplantácií obličiek u defino-

vanej skupiny pacientov. Ďalšou možnosťou rozšírenia poolu darcov obličiek je rozširovanie kritérií darcov a zavedenie programu DCD (darcovia so zastavenou srdcovou činnosťou).

V posledných rokoch sa vďaka aplikácii nových mechanizmov do praxe (napr. platba za identifikáciu darcu, odborné usmernenie o koordinátoroch, zvýšenie platby za odber orgánov v DRG, kampaň Sedem životov) darí zvyšovať počty darcov a orgánových transplantácií na Slovensku, najmä transplantácií obličiek a pečeni. Rok 2019 bol historicky najúspešnejším čo do počtu orgánových transplantácií (spolu 259, z toho 197 obličiek) na Slovensku.

Kľúčové slová: transplantácia obličiek, preemptívna transplantácia, dostupnosť, imunoadsorpcia

ABSTRAKT Č. 17

DARCOVSTVO ORGÁNOV - MEDICÍNSKE, LEGISLATÍVNE A ETICKÉ ASPEKTY*MUDr. MARTIN CHRASTINA, PhD., CETC**Urologická klinika s centrom pre transplantácie obličiek, Univerzitná nemocnica Bratislava a Lekárska Fakulta Univerzity Komenského*

Súhrn: Napriek všeobecne akceptovanej a dlhodobu etablovanej liečebnej procedúre - transplantácii orgánov - je nielen laická, no aj odborná lekárska verejnosť stále kriticky málo erudovaná o mandatórnej požiadavke takejto liečby - darcovstve orgánov.

Hoci na strane lekárov identifikujúcich darcu stojí v našej krajine zákon a tiež všetky relevantné cirkvi, v prípade výskytu takejto udalosti je samotný lekár často konfrontovaný s otázkou, ktorú doposiaľ neriešil a nezriedka ostáva zaskočený. Príčina uvedeného je mnohoraká a rozhodne nie obmedzená na SR.

Prednáška má osloviť Vás, lekárov prvého kontaktu, ktorí pacientov - potencionálnych darcov aj ich príbuzných poznáte často osobne dekády.

Akiste osvetou na fóre tejto kvality prispějeme - prednáškou samotnou, ale aj diskusiou na ňu nadväzujúcou - k väčšej otvorenosti danej, extrémne dôležitej problematiky, nakoľko bez darcov skutočne nie je možná ani jedna transplantácia.

Kľúčové slová: transplantácia obličiek, darcovstvo orgánov, medicínske, legislatívne a etické aspekty

ABSTRAKT Č. 18

TRANSPLANTÁCIA OBLIČKY OD ŽIVÉHO DARCU*Doc. MUDr. IVANA DEDINSKÁ¹, MUDr. TATIANA BALTISOVÁ, PhD.², MUDr. ĽUBOSLAV BEŇA, PhD., CETC.², MUDr. EVA LACKOVÁ, PhD.³, Doc. MUDr. ZUZANA ŽILINSKÁ, PhD., MPH, MHA⁴**¹Chirurgická klinika a Transplantačné centrum, Univerzitná nemocnica Martin a Jesseniova Lekárska Fakulta Univerzity Komenského**²Transplantačné centrum, Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice**³II. Interná klinika SZU, FNsPF.D.Roosevelta, Banská Bystrica**⁴Urologická klinika s centrom pre transplantácie obličiek, Univerzitná nemocnica Bratislava a Lekárska Fakulta Univerzity Komenského*

Súhrn: Transplantácia od žijúceho darcu je vopred plánovaná a starostlivo pripravený operačný výkon a je neoddeliteľnou súčasťou transplantačnej praxe. Darca i príjemca sú ešte pred zákrokom dôkladne vyšetrení. Odber i transplantácia prebiehajú takmer súčasne a teda doba studenej ischémie je veľmi krátka a transplantovaná oblička preto väčšinou začína fungovať bezprostredne po transplantácii. Transplantácia obličky od živého darcu je momentálne jedinou možnosťou vyhnúť sa dialyzačnému programu pre pacienta s chronickou chorobou obličiek, kedy je možné transplantáciu vykonať tzv.

preemptívne. V prípade, že príjemca nemá možnosť transplantácie obličky od živého darcu, musí byť zaradený do chronického dialyzačného programu a následne do čakacej listiny.

Živým darcom obličky môže byť príbuzný príjemcu (rodič, dieťa, brat, sestra...) alebo nepríbuzný (partner, emočne spriaznený darca). Pred samotnou transplantáciou je však nutné komplexné zhodnotenie zdravotného stavu potenciálneho darcu, vysvetlenie všetkých možných rizík darovania obličky ako aj zistenie motivácie pre darcovstvo. Vyšetrenie darcu by malo byť minimálne 1x reali-

zované v neprítomnosti príjemcu. Najdôležitejším predpokladom darovania obličky je dobrovoľnosť, z čoho vyplýva aj právo potenciálneho darcu kedykoľvek svoje rozhodnutie darovať obličku zmeniť a od darovania odstúpiť.

Okrem protokolárnych vyšetrení darcu, ktorých výsledkom je jednoznačné stanovisko ohľadne možnosti darovania obličky, sú samozrejme nutné vyšetrenia, ktoré posúdia kompatibilitu darcu s príjemcom. V prípade transplantácie obličky hovoríme o krvnospupinovej kompatibilitate a HLA kompatibilitate. Program párových výmen je riešením v prípade

inkompatibility. Vtedy je možnosť zaradiť inkompatibilný pár do programu párových výmen. S prípadnou realizáciou krížovej transplantácie u dvoch resp. viacerých párov (tzv. reťazová transplantácia) a to buď v jednom transplantačnom centre alebo medzi dvoma centrami (na Slovensku už bola takáto transplantácia zrealizovaná medzi Transplantačným centrom v Košiciach a Martine).

Kľúčové slová: transplantácia obličky, živý darca, preemptívna transplantácia, reťazová transplantácia

ABSTRAKT Č. 19

TRANSPLANTÁCIA OBLIČKY A VŠEOBECNÝ LEKÁR - POHĽAD Z OBOCH STRÁN*MUDr. ĽUBOSLAV BEŇA, PhD., CETC.1, MUDr. TATIANA BALTISOVÁ, PhD.1, MUDr. IGOR GALA, PhD.1, MUDr. PETER MAKARA, MPH.r2**1Transplantačné centrum, Univerzitná nemocnica L. Pasteura Košice**2Ambulancia všeobecného praktického lekára, Snina*

Súhrn: Darcovsko - transplantačný program je komplexný multidisciplinárny proces, pri ktorom je vo viacerých momentoch konfrontovaný všeobecný praktický lekár (VPL). Z tohto aspektu je veľmi dôležitá jeho adekvátna informovanosť a správne nastavenie komunikácie, ktoré v konečnom dôsledku budú prospešné pre transplantovaných pacientov.

V časti darcovského celého procesu sú to kontakty lekárov transplantačného centra (TC) s VPL ohľadom anamnézy potenciálneho orgánového darcu (POD), kontakty príbuzných POD s lekárom ohľadom principiálneho názoru na darovanie orgánov, rovnako tiež vyšetrovací proces pri posudzovaní vhodnosti a pri príprave živého darcu na darovanie obličky na transplantáciu. Nakoniec živý darca po odbere obličky síce ostáva v dispenzárnej starostlivosti TC, ostáva však tiež v ambulancii VPL.

V časti transplantačnej je to najprv vyšetovanie pacienta pred zaradením pacienta na čakaciu listinu na transplantáciu a počas jeho pobytu na tejto listine (v spolupráci s lekármi TC, lekármi dialyzač-

ných pracovísk a príslušnými špecialistami) a následne po transplantácii ošetrovanie a sledovanie pacienta z aspektu rôznych akútnych ochorení či chronických komorbidít a skriningových onkologických vyšetrení. Transplantovaný pacient je síce v dispenzárnej starostlivosti TC, kvalifikovaná profesionálna spolupráca aj s VPL je však veľmi žiaduca.

V rámci našich odborných spoločností (Slovenská transplantologická spoločnosť a Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva) chceme vytvoriť platformu pre spoluprácu v tejto oblasti.

Kľúčové slová: darcovsko-transplantačný program, všeobecný praktický lekár, platforma pre spoluprácu

VARIA

ABSTRAKT Č. 20

NEBOJTE SA RIEŠIŤ PROBLÉM HEMOROIDOV VČAS S UNIKÁTNYM PRODUKTOM OD SLOVENSKEHO VÝROBCU – RECTOVENAL ACUTE

MUDr. SOŇA OSTROVSKÁ

Pracovisko: NZZ, Liščie údolie 57, Bratislava

Súhrn: Hemoroidy sú normálne anatomické štruktúry, vytvárajúce akési „vankúšiky“, ktoré utesňujú análny kanál a hemoroidálne ochorenie je definované ako symptomatické zväčšenie a abnormálne zdurené týchto „vankúšikov“. Samotné ochorenie sa vyskytuje výhradne v ľudskej populácii. Prvé zmienky o hemoroidoch objavujeme už v záznamoch starovekého Egypta, neskôr v časoch Ľudovíta IX. či za vlády Napoleona. Hemoroidy teda nemôžeme apriori nazývať civilizáčnym ochorením dnešnej doby, lebo obezita, málo pohybu, pitie alkoholu, nevyvážená strava, nedostatočná hygiena boli súčasťou všetkých doteraz známych civilizácií. Hemoroidy zasahujú do všetkých úrovní života pacienta. Okrem fyzických problémov sa spájajú s psychickou záťažou, akousi stigmou, ktorá neumožňuje pacientovi prežívať plnohodnotný každodenný život. Nastupuje akýsi „začarovaný kruh“, kedy pacient svoje symptómy ignoruje, ale samotné ochorenie si zhoršuje a častokrát sa do ambulancie lekára dostáva v štádiu ochorenia, kedy je toto sprevádzané veľkými bolesťami a krvácaním. Vtedy je už ale odkázaný na chirurgickú intervenciu, dlhodobú rekonvalescenciu, ako fyzickú tak psychickú.

V minulosti sa hemoroidy „liečili“ niekedy až barbarskými metódami, princípami pokus - omyl. Na rozdiel od predchádzajúcich období, máme vďaka modernej medicíne k dispozícii množstvo efektívnych postupov ako redukovať, liečiť a minimalizovať postupné zhoršovanie ochorenia.

Klasická medicína má dnes vďaka inovatívnemu prístupu PharmDr. Jána Tomascheka, výskumníka spoločnosti VULM k dispozícii nový, výhradne prírodný produkt, Rectovenal Acute. Jeho zloženie na báze kombinácie troch účinných látok vplyva na ošetrovanie a udržiavanie hemoroidov v stave pokoja. Aj náročný pacient, ktorý sa snaží žiť v súlade s moderným prístupom minimalizácie chemických prípravkov, ocení unikátne, prírodné zloženie tohto produktu. Biomedicínsky výskum účinnosti liečby hemoroidálneho ochorenia potvrdil účinnosť tohto prípravku na sledovanej vzorke pacientov s úspešnosťou 55% zníženia počtu hemoroidálnych atakov a v 52% znížením doby trvania atakov. Aplikácia produktu Rectovenal Acute urýchlila pocit subjektívneho zlepšenia stavu až u 60% pacientov.

Psychické zlepšenie stavu, dopĺňajúce fyzické zlepšenie stavu pacienta, je primárnou snahou nás lekárov. Vďaka produktu Rectovenal Acute dokážeme rýchlo a účinne vrátiť našich pacientov do bežného života. Samozrejme, jednorazovým zlepšením stavu intervencia lekára nekončí. Kombinácia úpravy životného štýlu, stravy, zvýšenie fyzickej aktivity a používanie produktu Rectovenal Acute aj po odznení akútneho stavu, dáva pacientovi možnosť vyhnúť sa chirurgickému zákroku a relapsu ochorenia.

Kľúčové slová: hemoroidy, Rectovenal Acute, zlepšenie kvality života

ABSTRAKT Č. 21

NEŽIADÚCE ÚČINKY PSYCHIATRICKÝCH LIEČIV

MUDr. ŠTEFAN SOTÁK

KATOS MED s. r. o., Humenné

Súhrn: V súčasnosti stúpa výskyt psychických porúch a ochorení, najmä depresii a akútnych a chronických psychóz. Moderná psychiatria má k dispozícii celú plejádu antidepresív a antipsychotík. Tieto liečivá však môžu mať mnoho nežiaducich účinkov, napr. neurologického a internistického charakteru. Niektoré z nich môžu potenciálne viesť až k smrti pacienta. Medzi nežiaduce účinky patrí hyperprolaktinémia, anticholinergné nežiaduce účinky, agranulocytóza, poruchy srdcového rytmu, kardiotoxici-

ta, SIADH, hepatopatia, infarkt myokardu, krvácanie, redukcia kostného tkaniva, obličkové poškodenie, gynekomastia, tzv. antimuskarínový efekt, syndróm z prerušenia liečby antidepresívami, sérotonínový syndróm, syndróm odňatia benzodiazepínov, sexuálna dysfunkcia a synkopy.

Kľúčové slová: psychické poruchy, psychiatrické liečivá, nežiaduce účinky

ZMENIŤ ČI NEZMENIŤ PRAX NAŠU KAŽDODENNÚ? TO JE OTÁZKA!

ABSTRAKT Č. 22

OD ZLOZVYKOV K DOBRÝM ZVYKOM: VALTRICOM - NOVÁ FIXNÁ TROJKOMBINÁCIA ANTIHYPERTENZÍV

MUDr. JÁN ŠTEVLIK

V. interná klinika LF UK a UN Bratislava, 826 06 Bratislava, e-mail: stevlik@ru.unb.sk

Súhrn: Najnovšie odporúčania ESC pre manažment arteriovej hypertenzie 1 (ďalej Odporúčania 2018) boli podmienené tak novými poznatkami o epidemiológii, patofyziológii a rizikách spojených s arteriovou hypertenziou, ako aj pretrvávaním nedostatočnej kontroly hypertenzie naprieč Európou. Podľa Odporúčaní 2018 patria medzi hlavne „zlozvyky“, ktoré sú príčinou nedostatočnej kontroly krvného tlaku (TK) a nedosahovanie cieľového TK nasledovné:

1. Inercia lekára v zmysle neschopnosti adekvátnej „up-titrácie“ liečby. Mnoho pacientov zostáva na monoterapii a/alebo suboptimálnych dávkach medikamentov aj pri nevyhovujúcich hodnotách TK. 2
2. Nedostatočné využívanie kombinovanej liečby. Primárna hypertenzia je multifaktorálne ochorenie, a preto sú na zníženie TK potrebné u väčšiny pacientov s hypertenziou kombinácie liekov pôsobiacich na rôzne mechanizmy podporujúce vznik a udržiavanie vysokého TK.
3. Zložitosť súčasných liečebných stratégií. Dodržiavanie liečby je negatívne ovplyvnené komplexnosťou predpísaného liečebného režimu (počtom a frekvenciou užívania medikamentov počas dňa). Kým pri užívaní 1 tabletky (tbl.) jedenkrát denne bola „non-adherencia“ <10%, tak pri užívaní ≥ 5 tabliet bola >50%. 3

Z toho vyplýva, že najúčinnjšou stratégiou liečby na zlepšenie kontroly TK je taká, ktorá:

1. používa kombinovanú liečbu u väčšiny pa-

2. cientov;
2. využíva fixné kombinácie s cieľom zlepšiť adhérenciu k liečbe a to už ako iniciálny tup u väčšiny pacientov.

Tento postup by sa mal stať „dobrým zvykom“. Odporúčania 2018 vyzývajú k začatiu liečby fixnou dvojkombináciou (F2K) a už v nasledujúcom kroku použitie 3 liekov z rôznych skupín antihypertenzív a to najlepšie v jednej tablete (fixná trojkombinácia /F3K/). Základom dvoj- a trojkombinácie zostávajú blokátory systému renín-angiotenzín-aldosterón (RAAS), t.j. inhibitory angiotenzín konvertujúceho enzýmu (ACEi) a blokátory receptorov pre angiotenzín (ARB alebo „sartany“). Ďalšími molekulami do fixných kombinácií sú diuretiká a blokátory kalciového kanála (BKK). Napriek tomu, že sartany predstavujú triedu antihypertenzív s najlepšou adhérenciou, je fixných kombinácií s využitím santonov podstatne menej ako FK s ACEi. Kým F3K s ACEi je v klinickej praxi už dlhšie dostupná, nebola doteraz takáto F3K so sartanom dostupná. Situácia sa našťastie zmenila od 1. marca, odkedy je k dispozícii prvá takáto FK, ktorá spája v sebe 3 molekuly, ktoré sa osvedčili v liečbe hypertenzie, t.j. valsartan, amlodipín a hydrochlorotiazid (HCT). Pre pacienta ponúka výhodu v zmysle zlepšenie adhérencie, kým pre lekára zlepšenie kontroly hypertenzie a jednoduchšie dosahovanie cieľového TK, čo sú všetko „nedostatkové položky“ v liečbe hypertenzie. Tieto pozitíva, spojené s predpokladaným rýchlejšim dosiahnutím kontroly TK a potenciálom nižších vedľajších účinkov, sú garantom naplnenia hlavného cieľa klinikov, ktorým je zníženie kardio- a cerebrovas-

kulárnej morbidity a mortality pacientov s doteraz nekontrolovanou hypertenziou.

Kľúčové slová: arteriová hypertenzia, fixná trojkombinácia, adhérenca k liečbe

Použitá literatúra:

1. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018;39(33):3021-3104. doi:10.1093/eurheartj/ehy339
2. Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. JAMA - J Am Med Assoc. 2013;310(9):959-968. doi:10.1001/jama.2013.184182
3. Gupta P, Patel P, Štrauch B, et al. Biochemical Screening for Nonadherence Is Associated with Blood Pressure Reduction and Improvement in Adherence. Hypertension. 2017;70(5):1042-1048. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.117.09631

ZAÚJÍMAVOSTI Z AMBULANCIE VŠEOBECNÉHO LEKÁRA

ABSTRAKT Č. 23

GUAJFENESIN V AMBULANCI VŠEOBECNÉHO LEKÁRA

Doc. MUDr. IGOR MARTULIAK, PhD.

Algeziologická klinika SZU FNsP F.D. Roosevelta Banská Bystrica, imartuliak@nspbb.sk

Súhrn: Adjuvantné lieky sú skupina liekov, ktoré sú používané v liečbe bolesti, ale nepatria do farmakologickej skupiny analgetík a primárne sú určené pre liečbu iného ochorenia (depresia, epilepsia, osteoporóza a pod.). Podávané sú buď samostatne ako lieky prvej voľby, alebo častejšie v kombinácii s analgetikami - ako doplnok pri základnej analgeticko-medikácii alebo s inými adjuvanciami. Často riešia príčinu vzniku bolesti.

Adjuvanciá delíme na:

1. koanalgetiká - ide o široké spektrum rôznych skupín prevažne psychofarmák, ktoré modulujú vnímanie bolesti (nocicepciu) a
2. pomocné liečivá, modulujúce nežiaduce účinky liečby - predovšetkým laxatíva, antiemetiká a gastroprotektíva.

Medzi najčastejšie adjuvanciá, používané v liečbe bolesti, patria anxiolytiká.

Anxiolytiká sú lieky znižujúce úzkosť, napätie a strach. Majú tiež rôzne silno vyjadrené účinky myorelaxačné (centrálne znižujú napätie kostrových svalov) a antikonvulzívne. Využívame tiež ich účinok sedatívny, hypnotický a amnestický. Chemicky sa jedná zväčša o benzodiazepíny. V súčasnosti používame aj novšie, nebenzodiazepínové anxiolytiká, ako napr. guajfenesin.

Guaifenesin (Guajacuran) je centrálny myorelaxans, anxiolytikum a expektorans, odvodený od propándiolu, chemicky glyceryléter guaiaco-

lu z dreveniny Guajak liečivý (*Guaiacum officinale*). Blokuje prenos nervových impulzov na úrovni interneurónov v subkortikálnych oblastiach mozgu, mozgového kmeňa a miechy. Potencuje analgetické pôsobenie NSA (ibuprofénu, nimesulidu, celecoxibu) a paracetamolu facilitáciou ich absorpcie z tráviaceho traktu. Potencuje iné centrálny tlmiace látky, ako alkohol, opioidy, anestetiká. Magnézium zosilňuje jeho pôsobenie.

Guaifenesin má rôzne klinické účinky:

- **centrálne myorelaxačné:** tlmí kŕče a napätie kostrového svalstva.
- **anxiolytické:** znižuje psychické a emočné napätie s pocitom úzkosti, potláča tiež psychickú komponentu bolesti
- **expektorálne:** zvyšuje objem hlienu a znižuje jeho viskozitu, čo uľahčuje vykašliavanie
- popisovaný je aj účinok na rast neuritov, antikonvulzívny a urikozurický efekt.

Podáva sa dospelým zvyčajne 3 x denne 1 tabletu, výnimočne 2 - 5 x denne 2 tablety, deťom vo veku 6 - 12 rokov 1 - 2-krát denne 1 tableta denne. Možno ho podávať aj intravenózne až do dávky 1 - 2 g, najčastejšie v infúznej liečbe vertebrogénnych myofasciálnych ochorení v kombinácii napr. s tetra-kaínom a metamizolom.

Kľúčové slová: adjuvantné lieky, Guajfenesin, anxiolytiká

PPI V RUKÁCH PRAKTICKÉHO LEKÁRA ALEBO 3XK (KTORÝ, KEDY? KOLKO)

MUDr. SYLVIA DRAŽILOVÁ, PhD.

Nemocnica Poprad a.s.

Súhrn: Inhibitory protónovej pumpy (PPI) predstavujú jednu z najčastejšie predpisovaných liekov v Európe. Ich zavedenie do klinickej praxe pred približne tridsiatimi rokmi zlepšilo naše terapeutické možnosti pri liečbe s kyselinou asociovaných ochorení pre ich dobre definovaný účinok a bezpečnosť. Výsledkom je aj zásadné zníženie počtu operačných výkonov na tomto poli. So stúpajúcou preskripciou pribúdajú informácie o ich možných nežiadúcich účinkoch, ako je zvýšený výskyt zlomenín, hypomagneziémia, deficit vitamínu B12, akútna tubulointericiálna nefritída, zvýšený výskyt črevných infekcií vrátane klostrídiovej kolitídy, pneumónií a zvýšený výskyt spontánnej bakteriovej peritonitídy u pacientov s cirhózou pečene. Fenomén rastúcej preskripcie PPI a často neodôvodneného dlhodobého užívania PPI na celom svete rozvíril otázky o tom, ako sa majú správne predpisovať.

KEDY? Hlavné indikácie na užívanie PPI sú: liečba gastroezofageálneho refluxu a jeho komplikácií, liečba peptických vredov, eradikácia infekcie *H. pylori*, prídavná liečba spolu s terapeutickou endoskopiou pri gastrointestinálnom krvácaní z horného GITu a liečba Zollinger- Ellisonovho syndrómu. V závislosti od povahy ochorenia sú PPI predpisované krátkodobo (4-8 týždňov) alebo dlhodobo (viac ako 8 týždňov).

V dôsledku intenzívneho rozvoja intervenčnej aj neintervenčnej kardiológie, rozširujúcich sa indikácií pre antikoagulačnú a antiagregačnú liečbu vrátane triple-liečby a stále rozšíreného užívania nesteroidových antiflogistík v liečbe bolesti a zápalu stúpa počet pacientov ohrozených gastrointestinálnymi komplikáciami. Potrebné je preto identifikáciu rizikových faktorov správne vyselektovať skupinu pacientov indikovaných na dlhodobú gastroprotektívnu PPI, na druhej strane táto nie je ru-

tinne indikovaná u všetkých pacientov užívajúcich uvedenú medikáciu.

Ďalšou skupinou pacientov s nesprávne indikovaným dlhodobým nadužívaním PPI sú pacienti s funkčnou dyspepsiou.

KTORÝ? PPI inhibitory majú spoločný mechanizmus účinku: nezvratnou inhibíciou H⁺-K⁺-ATP-ázy ovplyvňujú ako bazálnu tak jedlom stimulovanú sekreciu HCl. Sú metabolizované výlučne systémom cytochrómu P450 v pečeni, väčšinou cez CYP2C19. Medzi jednotlivými molekulami predsa len existujú isté rozdiely, ktoré prioritizujú tú - ktorú molekulu v závislosti od indikácie a konkomitantnej liečby.

PPI majú porovnateľný efekt. Ten vďaka ireverzibilnej inhibícii protónovej pumpy pretrváva 24 hodín a umožňuje vo väčšine indikácií ich podávanie v jednej dennej dávke. **Esomeprazol** je čistý S-enantiomér omeprazolu. Je priamo aktívnou izomerickou formou, čo mu dáva výhodnejšie farmakokinetické a farmakodynamické vlastnosti. Niektoré štúdie poukázali na lepšiu účinnosť esomeprazolu (hojenie ezofagitídy a úlava symptómov) v porovnaní s omeprazolom u pacientov s erozívnu GERD. Rovnako je v súčasnosti **esomeprazol preferovaným PPI v rámci eradikačnej liečby infekcie *Helicobacter pylori*.**

PPI sa líšia v **nástupe účinku.** Najrýchlejší nástup účinku má rabeprazol. Omeprazol, lanzoprazol a esomeprazol sú aktivované počas 20-40 minút, pantoprazol v priebehu 90 minút. Nástup účinku má význam pri jednorazovom podaní liečiva napr. pri liečbe refluxu stratégiou on demand.

Liekové interakcie sú závažným, v dennej praxi podceňovaným problémom u pacientov s polypragmáciou. V súvislosti s PPI treba myslieť na dve skutočnosti: 1. PPI znižujú biologickú dostupnosť liekov, ktoré vyžadujú pre absorpciu kyslí

žalúdočný obsah. Toto je class efekt celej skupiny PPI. 2. Afinita jednotlivých PPI ku kľúčovému izoenzýmu CYP2C19 je rozličná. Vysokú afinitu k tomuto cytochrómu má omeprazol, naopak nízku pantoprazol. Závažný je potenciálny negatívny efekt omeprazolu na účinok klopidogrelu. Preto by u pacientov užívajúcich klopidogrel mal byť preferovaný pantoprazol. Podobne je to pri warfaríne, kde omeprazol a esomeprazol zvyšujú jeho vstrebávanie.

KOLKO? Užívanie správnej dávky PPI je dôležité pre

zachovanie pomeru medzi liečebným účinkom a nežiadúcimi účinkami. PPI sú považované za v zásade terapeuticky zameniteľné, pri ich zámene je však nutné rešpektovať ich ekvipotenciu. **Terapeuticky ekvipotentné sú dávky: omeprazol 20 mg, lansoprazol 30 mg, pantoprazol 40 mg, esomeprazol 40 mg a rabeprazol 20 mg denne.**

Kľúčové slová: inhibitory protónovej pumpy, indikácie, liekové interakcie

ABSTRAKT Č. 25

PREČO JE DÔLEŽITÉ MERAŤ SRDCOVÚ FREKVENCIU SÚČASNE S MERANÍM TLAKU KRVI

MUDr. ANNA VACHULOVÁ, PhD.

NÚSCH a.s. Bratislava

Súhrn: Srdcová frekvencia je životne dôležitým ukazovateľom, ktorý sa na škodu mnohých príliš často ignoruje. Začiatkom 20. stor. sa preukázal vzťah medzi srdcovou frekvenciou a smrťou. Pokojová srdcová frekvencia je prepojená s každým krokom kardiovaskulárneho kontinua, od subklinického rizika a zmeny cieľového orgánu po zjavné klinické riziko a poškodenie cieľového orgánu a náhlu alebo nenáhlu smrť.

Zvýšená pokojová srdcová frekvencia, dokonca aj pod úrovňou uznávanou ako tachykardia, je markerom aktivácie sympatikového nervového systému a spája sa s hyperinzulinémiou, inzulínovou rezistenciou, zápalom, endotelálnou dysfunkciou, zvýšeným krvným tlakom a budúcim rizikom hypertenzie, ako aj zníženou hladinou HDL cholesterolu a zvýšenými triglyceridmi. Tieto abnormality sú zdokumentované u mladých rizikových osôb ešte pred zjavným rizikom a klinickým ochorením. Okrem toho je zvýšená srdcová frekvencia prepojená s kardiovaskulárnou remodeláciou, aterosklerózou, koronárnou chorobou srdca, zlyhaním srdca a náhlou smrťou. Súvislosti pozorované pri zvýšenej srdcovej frekvencii existujú aj pri aktivácii

sympatiku. I keď súvislosť existuje, štúdie dokumentujú nezávislé prispievanie zvýšenej srdcovej frekvencie a aktivácie sympatikového nervového systému ku kontinuu kardiovaskulárnych ochorení. Zníženie tonusu sympatikového nervového systému a srdcovej frekvencie spomaľuje cestu od subklinického rizika a choroby až po klinické poškodenie cieľového orgánu a smrť. Srdcová frekvencia je teda životne dôležitým ukazovateľom, ktorý môžu lekári využiť na signalizovanie liečebných možností prerušenia kontinua kardiovaskulárnych ochorení, ktoré sú hlavnou príčinou úmrtí na celom svete.

Kľúčové slová: srdcová frekvencia, sympatikový nervový systém, continuum kardiovaskulárnych ochorení

"SÚ VŠETKY BETABLOKÁTORY ROVNAKÉ ?"

MUDr. LUBOMÍR ONDRÚŠEK

Ambulancia vnútorného lekárstva, Konštantínova 17, 080 01 Prešov

Súhrn: Hypertenzia je celosvetovým rizikovým faktorom číslo 1 pri predčasnej mortalite. Výskyt diastolickej hypertenzie (HT) u mladších osôb a osôb v strednom veku úzko súvisí s obezitou. Centrálna obezita je spojená so zvýšením aktivity sympatikového nervového systému (SNS), kde dochádza k zvýšeniu plazmatickej hladiny noradrenalínu ako aj adrenalínu. Vysoké hladiny plazmatického noradrenalínu sa nezávisle od tlaku krvi (TK) spájajú s výrazným zvýšením rizika pri všetkých príčinách predčasnej smrti (vysoká úroveň hustoty beta-receptorov v lymfocytoch predpovedá infarkt myokardu). Vysoké pokojové srdcové frekvencie tiež silne predikujú predčasné koronárne a kardiovaskulárne príhody. Antihypertenzíva, ktoré zvyšujú SNS, t.j. tiazidové diuretiká, dihydropyridínové blokátory vápnika a blokátory receptorov angiotenzínu (ARB), neznižujú (a môžu zvyšovať) riziko kardiovaskulárnych príhod v strednom veku. Metaanalýza, ktorá zohľadňuje vek, ukazuje, že BB sú vysoko účinné pri znižovaní rizika kombinovanej výslednej smrti/cievnej mozgovej príhody/infarktu myokardu u osôb mladších ako 60 rokov. Táto výhoda BB je obmedzená na nefajčiarov pri neselektívnych a slabo se-

lektívnych BB (vysoko beta-1 selektívny bisoprolol tu môže poskytovať dôležitú výhodu). BB sú minimálne rovnako účinné ako ACE-I (štúdia UKPDS) a sú významne lepšie (po 20 rokoch sledovania) pri znižovaní rizika všetkých príčin úmrtí. Za povšimnutie stojí aj to, že BB zvrátili koronárny aterosklerotický proces a znížili riziko prerhnutia plaku.

Vysoko beta-1 selektívny bisoprolol znížil u hypertonikov v strednom veku tlak krvi účinnejšie ako blokátory vápnika, diuretiká, alfa-blokátory, ACE-I a ARB. Bisoprolol 1. znižuje tlak krvi (vrátane centrálneho tlaku krvi), najmä u fajčiarov, účinnejšie ako mierne selektívny atenolol 2. Je prinajmenšom rovnako účinný ako ACE-I pri zvrátení ľavej ventrikulárnej hypertrofie 3. Je relatívne bezpečný (vs. atenolol) pri reverzibilnom ochorení dýchacích ciest 4. Nespôsobuje metabolické poruchy (hladina cukru v krvi, HbA-1 a lipidy) 5. Nevyvoláva u mužov sexuálnu dysfunkciu.

Kľúčové slová: artériová hypertenzia, beta-1 selektívny bisoprolol, výhody používania

ŽIVOT PACIENTA V SPRÁVNOM RYTME AJ PO PANDÉMII COVID-19

MUDr. ANNA VACHULOVÁ, PhD.

Oddelenie arytmií a kardiostimulácie, Kardiologická klinika NÚSCH, a.s, Bratislava

Súhrn: Fibrilácia predsiení (FP) je najčastejšia pretrvávajúca arytmia, s ktorou sa stretávajú všetci lekári. FP postihuje 1-2% dospelých populácie, ale prevalencia FP neustále významne narastá, výskyt FP v Európe má charakter kardiovaskulárnej epidémie.

Pacienti s FP majú zníženú kvalitu života nielen v dôsledku klinických prejavov arytmie, ale je to v dôsledku tromboembolických komplikácií FP, najmä cievej mozgovej príhody. S cieľom správneho manažmentu FP je nutná včasná diagnostika FP a následne správna liečba pacienta s FP. Manažment pacientov s FP si vyžaduje integrovaný prístup. Je potrebná spolupráca nielen medzi lekárom a pacientom, ale vzhľadom na početné komorbidity i medzi jednotlivými lekármi. Praktický lekár môže byť prvým lekárom, ktorý FP zdiagnoštuje. Je preto potrebné cielene pátrať po FP nielen u starších pacientov s viacerými rizikovými faktormi, ale je nutné zamerať pozornosť aj na mladších pacientov, u ktorých je rizikový profil z hľadiska FP zdanlivo nízky, ale aj táto skupina pacientov má často závažné rizikové faktory FP (najmä obezita v kombinácii s arteriálnou hypertenziou). Je potrebné týchto ľudí čím skôr podchytiť, ovplyvniť ich rizikové faktory a tým predísť komplikáciám, znížiť náklady na liečbu v budúcnosti a zlepšiť ich prežívanie.

Napriek pokroku v intervenčnej liečbe arytmií ostáva farmakologická liečba stále základom liečby arytmií. Indikáciu pre podávanie antiarytmik sú v bežnej klinickej praxi predovšetkým liečba a prevencia symptomatických tachyarytmických porúch srdcového rytmu ako aj nepravidelnosť srdcovej činnosti v dôsledku predsieňovej a komorovej ektopie (t.j. prítomnosť extrasystol). Pri indikácii liečby antiarytmikami je povinnosťou každého indikujúceho lekára vyhodnotiť o aký typ arytmie sa jedná, symptómy pacienta a profil pacienta, či má pacient prítomné alebo neprítomné štrukturálne ochorenie

srdca, samozrejme je nutné poznať a liečiť konkomitantné ochorenia pacienta. Pri voľbe antiarytmika je potrebné poznať mechanizmus účinku danej molekuly. Napriek veľkému rozvoju ablačnej liečby FP, majú antiarytmiká stále dominantné miesto v manažmente tejto arytmie. Propafenón je najčastejšie používané antiarytmikum v našej krajine a okolitých krajinách. Propafenón je indikovaný pri širokom spektre supraventrikulárnych arytmií u pacientov bez štrukturálneho poškodenia srdca alebo s minimálnym štrukturálnym poškodením srdca. Propafenón je výrazne účinný pri obnove sínusového rytmu pri FP a v prevencii recidív tejto arytmie, jeho účinnosť je 65-75%.

Záver: Pre správny manažment arytmií je potrebné arytmiu včasne a exaktne diagnostikovať, optimálne na základe 12- zvodového EKG a poznať profil pacienta, event. štrukturálne ochorenie srdca. Liečba antiarytmikami musí byť účinná a bezpečná.

Kľúčové slová: fibrilácia predsiení, antiarytmiká, propafenón

ANGIOLOGICKÝ BLOK**HEPARÍNY S NÍZKOU MOLEKULOVOU HMOTNOSŤOU V PREVENCII A LIEČBE VENÓZNEHO TROMBOEMBOLIZMU - KEDY? KOMU? AKO DLHO?**

MUDr. KATARÍNA DOSTÁLOVÁ, PhD., MPH¹, MUDr. LUCIA KUKUČKOVÁ²,
Doc. MUDr. KATARÍNA GAZDÍKOVÁ, PhD., MPH, mim. prof.¹,
Doc. MUDr. ŠTEFÁNIA MORICOVÁ, PhD., MPH, mim. prof.¹,

¹ Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

² Nemocnica akademika L. Déreza, Univerzitná nemocnica Bratislava

Súhrn: Venóznym tromboembolizmus (VTE) je stálym diagnostickým a terapeutickým problémom s neakceptovateľne vysokou mortalitou. Súčasný prístup k diagnostike, prevencii a liečbe VTE môžeme charakterizovať nasledovne:

1. Postup pri diagnostike, prevencii a liečbe sa značne zjednodušil.
2. Prestalo sa trvať na pripútaní pacienta s VTE na lôžko bez výnimky (práve naopak, zistilo sa, že imobilizácia je významný rizikovým faktorom).
2. Zistilo sa, že bolesť a opuch pri mobilizácii pacienta s kompresnými pančuchami ustupuje rýchlejšie než pri pacientovom zaľahnutí na lôžko.
3. Rozvoj liečebných modalít prispel k individuálnemu prístupu k pacientovi (LMWH, nové perorálne antikoagulanty - NOAK) a k zníženiu úmrtnosti aj u vysoko rizikových pacientov (napr. onkologickí pacienti, gravidné ženy) a k zmierneniu dlhodobých následkov (potrombotický syndróm, chronická tromboembolická pľúcna hypertenzia).
4. Využívanie ambulantnej formy liečby.
5. Úspešnosť farmakologickej liečby spôsobila, že VTE sa z ochorenia prevažne chirurgického charakteru stal záležitosťou internistických disciplín.
6. Internistické disciplíny tým dostali priestor na identifikáciu rizikových faktorov VTE u daného konkrétneho pacienta, čo je nevyhnutné pre určenie ďalšieho postupu, výberu farmakologickej liečby na mieru a rozhodovaní o dĺžke liečby.

7. Rozširovanie kompetencií a preskripčných možností umožňuje všeobecným lekárom efektívne a zodpovedne participovať na manažmente VTE.

LMWH boli zavedené do praxe koncom 70-tych a začiatkom 80-tych rokov 20. storočia v snahe využiť ich predvídateľnejší profil antikoagulačnej aktivity na rozdiel od nefrakcionovaného heparínu. Samotný heparín bol objavený McLeanom v roku 1916. Je to glykozaminoglykan všade prítomný v žilných bunkách. Heparín vykazuje antikoagulačné vlastnosti nepriamo väzbou s antitrombínom III (AT) a uľahčovaním následného inhibičného účinku AT na trombín a aktivovaný faktor X (faktor Xa), zvyšuje fibrinolýzu, znižuje inhibitor aktivátora plazminogénu (PAI), zvyšuje inhibitor tkanivového faktora a tým inhibuje tkanivový faktor a vonkajší koagulačný systém.

LMWH sa široko využívajú na profylaxiu a liečbu venózneho tromboembolického ochorenia (VTE). LMWH sú mukopolysacharidy s priemerne 15 monosacharidovými jednotkami. Nefrakcionovaný heparín je výsledok purifikácie zo zvieracieho tkaniva, najčastejšie z črevnej mukózy prasiat a následne sa LMWH získava synteticky chemickou alebo enzymatickou depolymerizáciou.

Vlastnosti LMWH v závislosti od počtu sacharidových jednotiek:

| generikum | Molekulová hmotnosť (Da) | anti-Xa :anti-IIa | eliminačný polčas (hod.) | biologická dostupnosť |
|------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------|
| Dalteparín | 2 000-9 000 | 2,7 : 1 | 3-5 | 87 % |
| Enoxaparín | 3 800-5 000 | 3,8 : 1 | 4,5 | 92 % |
| Nadroparín | 5 000 | 3,5 : 1 | 3,7 | 88 % |

Klinické situácie, kde možno využiť aplikáciu LMWH:

| |
|--|
| Profylaxia VTE pri akútnom alebo elektívnom prijatí do nemocnice |
| Liečba VTE (hlbkovej žilovej trombózy, povrchovej tromboflebitídy, ľahších foriem pľúcnej embólie) |
| Profylaxia VTE u stredne a vysoko rizikových skupín (chirurgických, ortopedických a interných pacientov) |
| Prevenčia a liečba VTE v tehotenstve |
| V liečbe a prevencii cievnych uzáverov u onkologických pacientov |
| Liečba STEMI (u tých, ktorí podstupujú perkutánnu koronárnu intervenciu, aj u tých, ktorí ju nepodstupujú) |
| Nestabilná angína pectoris |
| V profylaxii a liečbe VTE u pacientov s kardiálnym zlyhávaním |
| Po koronárnych angioplastikách, akútne tepnové uzávěry - špecifickou blokáciou receptorov hladkých svalových vlákien (SMC receptor) bráni ich proliferácii |
| Prevenčia zrážania krvi v mimotelových obehoch |
| V oblasti transplantácie orgánov |
| Ishemická CMP |
| VTE v cerebrálnej oblasti |
| VTE v splanchnickej oblasti |
| Diseminovaná intravaskulárna koagulopatia, antifosfolipidový syndróm |

Niektoré ďalšie účinky LMWH:

| |
|--------------------|
| antioxidačný |
| cytoprotektívny |
| proteolytický |
| antiproliferatívny |
| antitumorózny |
| imunomodulačný |

Výhody LMWH oproti iným antikoagulanciám:

| |
|---|
| Preferenčne aXa aktivita |
| Vyššia biologická dostupnosť pri s. c. podaní |
| Dlhší efekt pri pomalšej renálnej eliminácii |
| Vyšší pomer účinnosť : riziko |
| Znížená antigenicita |
| Nižšie riziko trombocytopenie |
| Nižšie riziko osteoporózy |
| Dlhšia a predvídateľnejšia aktivita |
| Možnosť ambulantného podávania |
| Nevýžaduje pravidelnú kontrolu účinnosti liečby |
| Znížený výskyt krvácajúcich komplikácií |
| Neobmedzuje pacienta v diétnom režime |
| Nie je ovplyvnená konkomitantnou medikáciou |

Nevýhody LMWH:

| |
|--|
| Vyššia cena |
| Nutnosť parenterálneho podávania |
| Nie úplná neutralizácia anti-faktora Xa protamínom |
| Vyššie riziko kumulácie pri renálnej insuficiencii |

Potenciálne vedľajšie účinky LMWH:

| |
|---|
| Závažné krvácanie |
| Trombocytopenia |
| Reakcie v mieste vpichu, ako sú sčervenanie, podráždenie a tvorba hematómov |
| Heparínom indukovaná osteoporóza je výsledkom nepomeru medzi zvýšenou kostnou resorpciou a zníženou tvorbou kosti |
| Zvýšenie hepatálnych enzýmov |
| Hypoaldosteronizmus |
| Heparínom indukovaná trombocytopenia (HIT) |

Kontraindikácie podávania LMWH:

| |
|---|
| Trauma s pokračujúcim a nekontrolovaným krvácaním |
| Zavedený epidurálny katéter |
| Nekorigovaná závažná koagulopatia |
| Vredová choroba gastroduodena |
| Nedávne intrakraniálne krvácanie |
| Závažná arteriálna hypertenzia |
| Nedávna operácia oka alebo nervového systému |
| Závažná renálna insuficiencia |
| Závažná hepatálna insuficiencia |

Laboratórna kontrola účinnosti LMWH formou stanovenia aXa aktivity je vhodná v niektorých prípadoch (pacienti s hmotnosťou nad 100 kg a pod 50 kg, pacienti s poruchou obličkových funkcií, pacienti s vysokým rizikom krvácania alebo trombózy, pacienti dlhodobého liečenia a tehotné ženy).

Stanovenie anti-Xa aktivity:

| |
|--|
| Indikovať vyšetrenie môžu všetci špecialisti |
| Čas odberu: na vrchole hladiny 3 - 4h po injekcii LMWH |
| Odporúčané hladiny heparínu: <ul style="list-style-type: none"> · antitrombotická profylaxia: 0,2 – 0,4 IU/ml · antikoagulačná liečba: 0,5 – 1,2 IU/ml |

Okolnosti predisponujúce pre ambulantnú liečbu hlbkovej žilovej trombózy:

| |
|---|
| stabilný klinický nález (väčšinou distálne lokalizovaný nález pod kolenom) |
| neprítomnosť klinických znakov svedčiacich pre pľúcnu embóliu |
| mobilný, nie polymorbidný pacient, pacient s normálnymi vitálnymi funkciami |
| nízke riziko krvácania |
| neprítomnosť pokročilej renálnej insuficiencie |
| zabezpečenie aplikácie LMWH (samotným pacientom, dochádzajúcim zdravotníckym personálom či dennou návštevou pacienta v ambulancii lekára) |
| zabezpečenie potrebných inštrukcií pre pacienta ohľadne s. c. podávania heparínu písomnou formou (leták a pod.) |
| v prípade následného pokračovania v liečbe warfarínom zabezpečenie laboratórneho monitoringu a nastavenia na optimálnu terapeutickú dávku |
| zabezpečenie spôsobu možnosti stálej komunikácie pacienta s lekárom v prípade objavenia sa krvácania či iných komplikácií (napr. telefonický kontakt) |
| zabezpečenie vhodných elastických obväzov a pančúch pre pacienta |

Absolútne kontraindikácie ambulantnej liečby VTE:

| |
|---|
| vysoké riziko krvácania (aktívny gastroduodenálny vred, nedávne mozgové krvácanie, hematúria) |
| renálna insuficiencia (klírens kreatinínu < 30 ml/min) |
| závažná hepatálna insuficiencia |
| pľúcna embólia |
| trombocytopenia Tro < 75 G/l |
| anémia HB < 70 g/l |
| vysoká iliofemorálna trombóza |
| phlegmasia coerulea |

Relatívnou kontraindikáciou ambulantnej liečby je excesívna obezita nad 120 kg kvôli nutnosti použitia vyššej dávky LMWH s možným väčším rizikom krvácania.

VTE prebieha až v 80 % prípadov asymptomaticky a viac ako 70 % prípadov fatálnej pľúcnej embólie sa zistí až pri pitve. Prevencia VTE u **internistických pacientov** je založená kombináciou farmakologických a mechanických opatrení. Z hľadiska VTE sú rizikové akútne interné ochorenia (ako je napríklad sepsa, náhla cievna mozgová príhoda, infarkt myokardu, šok), tak aj zhoršenie chronicky prebiehajúcich ochorení (respiračných, kardiálnych, črevných a obličkových).

Podľa charakteru operácie, veku pacienta a prítomnosti ostatných rizikových faktorov (malignita, preknaný VTE v minulosti) sa **chirurgickí pacienti** rozdeľujú do rizikových skupín.

| Stupeň rizika | Charakter operácie, vek pacienta, ďalšie rizikové faktory |
|----------------|--|
| Nízke riziko | Malý operačný výkon Internistický pacient - mobilný |
| Stredné riziko | Väčšina chirurgických, gynekologických a urologických operácií, Internistický pacient - imobilný Stredné riziko VTE s vysokým rizikom krvácania |
| Vysoké riziko | Artroplastika kolenného alebo bedrového kĺbu Zlomenina stehennej kosti Veľká trauma, spinálna lézia Vysoké riziko VTE s vysokým rizikom krvácania |

U všetkých pacientov je nutné dodržiavať v perioperačnom období všeobecné princípy prevencie. V **perioperačnom období** je nutné myslieť na dostatočnú hydratáciu. V čase nemožného perorálneho príjmu je nutná suplementácia tekutín parenterálne. V nefarmakologickej prevencii využívame metódy mechanickej trombopropylaxie: 1. včasnú mobilizáciu a rehabilitáciu, 2. kompresívne elastické obvinadlá, 3. kompresívne elastické pančuchy,

4. elektrickú stimuláciu svalov počas operácie, 5. intermitentnú externú stimuláciu lýtok a stehien pneumatickými vakmi. V dávkovaní je nutné sa riadiť súhrnom charakteristických vlastností LMWH.

Vo **všeobecnej a laparoskopickej chirurgii** sa LMWH podávajú v prvej dávke 2 hodiny pred operáciou u pacientov so stredným rizikom a 12 hodín u pacientov s vysokým rizikom. Ďalej sa pokračuje v prevencii podávaním LMWH raz denne. Dĺžka podávania je zvyčajne 7 - 10 dní. U pacientov s vysokým rizikom (napr. veľké operácie pre malignitu, s anamnézou preknaného VTE) sa predlžuje profylaxia na 28 dní po operácii. Časový harmonogram sa mení v prípade **regionálnej anestézy (spinálnej, epidurálnej)**. LMWH sa v tomto prípade podávajú nie menej ako 18 hodín, ak je podávaný raz denne alebo 12 hodín, ak je podávaný dvakrát denne. Ďalej najskôr 4 hodiny po zavedení epidurálneho katétra. Ak je **artroskopický výkon** rutinný, nekomplikovaný, u pacientov bez ďalších rizikových faktorov postačuje aj včasná mobilizácia. Ak je výkon komplikovanejší a použije sa turniket alebo pri výskyte iných rizikových faktorov je nutné použiť LMWH. LMWH sa podávajú 2 - 4 hodiny pred plánovaným operačným zákrokom. Ďalej sa v ich podávaní pokračuje 5 - 7 dní po operácii v závislosti od charakteru operačného výkonu a nevyhnutnej dĺžky imobilizácie pacienta.

Aloplastika bedra, aloplastika kolena či operácia zlomeniny bedra si podľa viacerých autorov vyžaduje dlhšie trvanie podávania trombopropylaxie počas 5 týždňov. **Polytraumatizovaní** pacienti bez trombopropylaxie sú zaťažení rizikom VTE viac ako 50 %. U tých poranených, ktorí prežijú prvý deň, je pľúcna embólia na treťom mieste ako príčina úmrtia. Dĺžka profylaktického podávania je zvyčajne 7 - 10 dní, pri veľmi vysokom riziku VTE (veľké operácie, pacienti s anamnézou VTE alebo trombofilným stavom) je indikovaná predĺžená profylaxia LMWH, optimálne až 28 dní po operácii. Aplikácia LMWH v domácom prostredí predpokladá dôkladnú edukáciu o aplikácii pacienta či jeho príbuzných (obr.č.1). V edukácii môžeme využiť edukačnú inter-

netovú stránku www.cievy.sk vytvorenú v rámci Národného programu prevencie ochorení srdca a ciev.



Obr.č.1: Edukácia pacienta o aplikácii LMWH

Za prevenciu VTE u chirurgického pacienta je zodpovedný ošetrujúci chirurg, ktorý po stratifikácii zaradi pacienta do rizikovej skupiny, čo určí spôsob a rozsah prevencie.

Úlohou všeobecného lekára pri predoperačnom vyšetrení je upozorniť na prítomnosť konkrétnych rizikových faktorov u svojho pacienta, ktorého anamnézu pozná v takom rozsahu ako nikto iný.

ROZHODOVANIE O FORME INVAZÍVNEJ LIEČBY U PACIENTOV S CHRONICKÝM VENÓZNYM OCHORENÍM

MUDr. ŠTEFAN PATAKY, MUDr. PIOTR PEDOWSKI

Cerebrovaskulárne oddelenie - Klinika radiológie a zobrazovacích metód, Univerzitná nemocnica Louisa Pasteura, Košice

Súhrn: Chronické venózne ochorenie (CHVO) patrí medzi najčastejšie chronické ochorenia. Postihuje v rôznej miere viac ako polovicu dospelaj populácie vďaka sedavému spôsobu života. Prevalencia žien potvrdzuje vplyv estrogénov. Ide o chronické ochorenie, prakticky doživotné, progresívne. Jeho výskyt aj závažnosť stúpa s vekom. Približne 10 - 15 % pacientov trpí pokročilými štádiami, z toho približne 1 - 3 % chronickým ulcusom cruris. Pod chronickou venóznou insuficienciou (CHVI) rozumieme žilové choroby spojené s hypertenziou v povrchovom žilovom systéme.

Ultrazvukové vyšetrenie zohráva kľúčovú úlohu pri rozhodovaní medzi konzervatívnou a invazívnou liečbou (Obr.č.1). Pomáha upresniť anatomický rozsah postihnutia. Je bezpodmienečne nutné pred každou invazívnou intervenciou na žilovom systéme. Rovnako je neoddeliteľnou súčasťou invazívneho zákroku na každom modernom pracovisku zabezpečujúcom zákroky na žilovom systéme dolných končatín. Sonografické vyšetrenie minimalizuje riziko neúspešnosti zákroku ako aj recidívu varixov.



Obr.č.1: Ultrazvukové vyšetrenie v angiologickej ambulancii

Historicky bola liečba kŕčových žíl doménou chirurgie a operácia predstavovala v minulosti prakticky jediné možné invazívne riešenie. V súčasnej modernej ére medicíny majú miniinvazívne perkutánne zákroky prioritu v liečbe CHVI. Takmer nahradili otvorené operačné zákroky. Cieľom terapie je ovplyvniť zvýšený venózný tlak, teda odstrániť, resp. znížiť venóznou hypertenziu v povrchovom žilovom systéme. Jej princípom je odstránenie refluxných miest.

Sklerotizácia je najjednoduchšia invazívna metóda liečby varixov. Ide o chemickú abláciu varikóznej žily i.v. podaním sklerotizačnej látky. Cieľom sklerotizácie je chemické poškodenie endotelu a príľahlej časti žilovej steny. Po úspešnej sklerotizácii dochádza k transformácii žily na fibrózný pruh. Sklerotizáciu môžeme realizovať pomocou sklerotizačnej látky vo forme roztoku, ktorú aplikujeme do patologicky zmenených povrchových žíl s diametrom do 2 mm. **Sklerotizácia roztokom sa využíva predovšetkým v estetickí flebológii na odstránenie teleangiektázií, prípadne retikulárnych varixov menšieho rozsahu.** Posledné roky sa v praxi udomácnila sklerotizácia pomocou peny. Ide o miniinvazívnu techniku, pri ktorej sa do patologicky zmenených povrchových žíl s diametrom nad 2

mm aplikuje sklerotizačná pena. Výhodou tejto formy sklerotizácie je možnosť sklerotizačnú látku distribuovať do výrazne väčšieho rozsahu varixov, tým intenzifikovať tak estetický ako aj terapeutický dosah zákroku. **Sklerotizáciu penou odporúčame v prvom rade pacientom s recidívny kŕčovými žilami po predchádzajúcej chirurgickej alebo katérovej ablácii varixov, prípadne u pacientov, u ktorých katérová ablácia nie je indikovaná alebo realizovateľná.**

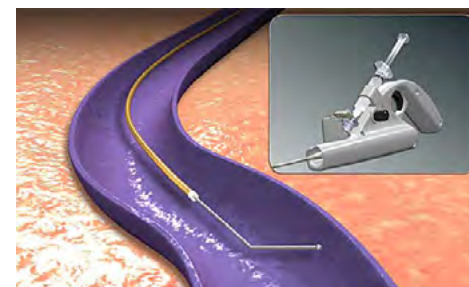
Dominantné postavenie v liečbe CHVI majú **metódy katérovej ablácie varixov.** Pacienti s CHVI a USG nálezom kmeňovej nedostatočnosti VSM alebo VSP sú indikovaní ku katérovej ablácii insuficientného úseku hlavných povrchových žíl.

Rozlišujeme 3 veľké skupiny katérových metód používaných v liečbe kŕčových žíl: termálne metódy ablácie, mechanicko-chemickú abláciu a uzavretie hlavných vetiev insuficientných povrchových žíl špeciálnym adhezívom (lepidlom). Pacientov k jednotlivým katérovým zákrokom indikujeme na základe klinického vyšetrenia, USG mappingu, a preferencii pacienta. Konečné rozhodnutie, ktorá špeciálna metóda sa u ktorého pacienta použije, prinášame po dôkladnom poučení a vždy len s plným súhlasom pacienta.

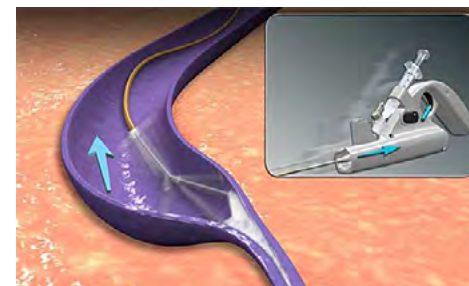
K termálnym metódam ablácie patrí **radiofrekvenčná a laserová ablácia.** Pri termálnych ablčných metódach sa katéter cez malý kožný otvor a pomocou špeciálneho zavádzacieho systému zavedie do cieľenej povrchovej žily, následne pôsobením tepelnej energie dochádza k zahrievaniu žilovej steny, ktorá sa následkom tepla zmršťuje a postupne dochádza k úplnému uzáveru povrchovej žily. Po zákroku sa na celú ošetrovanú dolnú končatinu naloží elastická kompresná bandáž, prípadne kompresná pančucha aspoň II. kompresnej triedy.

Najčastejšie používanou netermálnou metódou ablácie varixov je **mechanicko-chemická ablácia (MOCA).** Táto netermálna forma ablácie kombinuje dve metódy pôsobenia: mechanické narušenie žilného endotelu riadeným distálnym hrotom rotujúceho katétra a súčasné rozprásenie sklerosantu z distálneho hrotu katétra počas jeho pohybu v žile.

Výsledkom je bezpečná technika bezbolestná a bez poškodenia vyvolaného tepelnými abláciami (laser, rádiofrekvencie). Mechanicko-chemická ablácia je bezpečná technika bez potreby tumescenčnej anestézie. Použitím tohto typu ablácie sa eliminuje riziko poškodenia periférnych nervov alebo kože, bez rizika vzniku parestézie. Katéter využívaný na mechanicko-chemickú abláciu sa pod vizuálnou kontrolou ultrazvukom zavedie do žily cez vpich, bez potreby tumescenčnej anestézie. Špička katétra je umiestnená do blízkosti saféno-femorálnej junktcie. Aktiváciou poháňacej jednotky katétra dôjde ku rotácii jej hrotu (Obr.č.2). Pri postupnom vyťahovaní katétra a pri súčasnej aplikácii sklerotizačnej látky dochádza k spazmu ošetrovanej žily (Obr.č.3). Po ukončení krátkej procedúry sa na ošetrovanú končatinu naloží elastická kompresná bandáž, prípadne kompresná pančucha a pacient sa môže vrátiť bez obmedzenia ku všetkým bežným aktivitám.



Obr. č. 2: Mechanická abrázia venózneho endotelu rotujúcim hrotom katétra s následným vyvolaním venózneho spazmu



Obr. č. 3: Chemická deštrukcia endotelu sklerotizačnou látkou

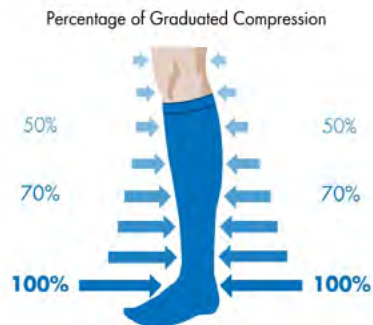
Ďalšou možnosťou uzáveru kŕčových žíl dolných končatín je ich uzavretie **špeciálnym adhezívom (lepidlom),** kedy sa pomocou špeciálneho systému aplikuje adhezívum do postihnutej žily. Na zavedenie sa používa miniatúrny vpich a pod ultrazvukovou kontrolou sa podá malé množstvo chirurgického adhezíva so špecifickým zložením. Adhezívum uzatvorí žilu, krv sa presmeruje do okolitých zdravých žíl a zlepšuje sa tak celková cirkulácia krvi. Zákrok sa robí pri plnom vedomí, je bezbolestný, účinný a časovo nenáročný.

Kľúčové slová: chronická venózna insuficiencia, sonografické vyšetrenie žilového systému, sklerotizácia, radiofrekvenčná ablácia, laserová ablácia, mechanicko-chemická ablácia

ABSTRAKT Č. 32

KOMPRESÍVNA TERAPIA V LIEČBE CHRONICKEJ VENÓZNEJ A LYMFATICKEJ INSUFICIENCIEMUDr. DÁŠA KMECOVÁ, PhD.¹, MUDr. JÚLIUS KMEC, CSc.¹, doc. MUDr. MÁRIA RAŠIOVÁ, PhD.²¹Angiocare, angiologická ambulancia, Košice²Angiologická klinika VÚSCH, Košice

Súhrn: Opuchy dolných končatín (DK) sú jedným z najčastejších symptómov pacienta poukazaného na cieвне vyšetrenie. V rámci diferenciálnej diagnostiky edémov DK je nutné okrem cieвнеj príčiny vylúčiť opuchy DK aj iného pôvodu (kardiálne, nefrotické, opuchy DK pri užívaní niektorých liekov - napr. blokátory kalciových kanálov). V rámci cieвнеj príčiny sa jedná buď o opuchy žilového pôvodu - flebedémy alebo lymfatického pôvodu - lymfedémy, poprípade kombinované - flebolymfedémy. Flebedémy vznikajú na podklade venózneho hypertenzie v povrchovom alebo hlbokom venóznom systéme DK na podklade insuficiencie žilových chlopní. K lymfedémom dochádza na základe mechanickej insuficiencie lymfatického systému buď na základe jeho vývojovej poruchy (primárne lymfedémy) alebo v dôsledku sekundárneho poškodenia lymfatických ciev a lymfatických uzlín (sekundárne lymfedémy - často po prekonanom erysipely, po operáciách, onkologické ochorenia). Medikamentózna liečba vaskulárnej genézy venofarmakami je v klinickej praxi plne etablovaná. Základom úspešnej liečby edémov vaskulárnej genézy je ale aj kompresívna terapia, ktorá je známa už z čias Hippokrata, a ktorá je často nielen zo strany pacienta podceňovaná. Je nutné si uvedomiť, že bez správnej kompresívnej terapie nebudeme v liečbe žilovej a lymfatickej insuficiencie úspešní. Podstatou kompresie je aplikácia graduovaného tlaku s maximálnym 100% účinkom v oblasti členka s jeho postupným znižovaním proximálnym smerom - obrázok č. 1.



Obrázok č. 1 - Graduovaný tlak kompresie

Kompresívna liečba ovplyvňuje cieвный systém komplexne: nahrádza nedostatočnú činnosť **svaľovej pumpy**, **obmedzuje preplňovanie povrchového žilového systému**, **urýchľuje krvný prietok a tým transport odpadových produktov metabolismu**. **Vo venóznom systéme zužuje dilatované vény**, **odstraňuje patologický retrográdnny tok venózneho krvi**, **znižuje venóznou hypertenziu** - a tým zlepšuje venózný návrat v končatine. Účinok kompresie na lymfatický systém sa prejavuje v zlepšení lymfatickej drenáže, čím súčasne dochádza aj k ovplyvneniu kožných zmien - zlepšia sa prejavy lipodermatosklerózy v zmysle **zmäknutia kože a podkožia**. Na aplikáciu vonkajšej kompresie sa používa buď kompresívna bandáž obväzmi (väčšinou v tzv. úvodnej fáze redukcie opuchu) alebo kompresívne pančuchy (následne v tzv. udržiavacej fáze).

Kompresívna bandáž obväzmi - v liečbe opuchov venózneho a lymfatického pôvodu sa používajú krátkočasné obväzy, ktoré majú vysoký pracovný a nízky pokojový tlak (môžu sa ponechať na končatine aj v noci - na rozdiel od dlhotažných

obväzov). Krátky ťah obväzu vytvára pri práci svalov (pri cvičení, bežnej dennej činnosti) vysoký pracovný tlak a výraznou mierou napomáha spätnému návratu extracelulárnej tekutiny. V pokojovej fáze nosenia kompresie krátkočasné obvinnadlo neischemizuje končatinu a pacient toleruje bandáž celú noc. V liečbe lymfedémov sa používa až tzv. viacvrstvová kompresívna terapia, ktorá zahŕňa podkladový tubulárny obväz, vyplnenie nerovnosti aplikáciou tzv. inleji, dostatočnú vrstvu polstrovacieho materiálu na celý rozsah aplikovanej bandáže (napr. Mobiderm) a záverečnú aplikáciu krátkočasného obvinnadiel. Kompresia by nemala byť nikdy ukončená v mieste edému. V opačnom prípade hrozí strangulácia podkožia v mieste ukončenia a riziko presunu a zhoršenia opuchu na mieste bez aplikovanej kompresie. Aplikácia kompresívnej bandáže je znázornená na obr. č. 2 a č. 3.



Obr. č. 2, 3 - Aplikácia kompresívnej bandáže

Kompresívne pančuchy - na základe medzinárodných kritérií sa pančuchy delia do 4 kompresívnych tried - tabuľka č. 1. Rozhodujúcim pre zaradenie do určitej triedy je tlak, ktorý vyvoláva pančucha nad najužším miestom v oblasti členka.

| Kompresívna trieda | Kompresívny tlak (mmHg) |
|--------------------|-------------------------|
| I. (mierna) | 10 – 20 |
| II. (stredná) | 21 – 30 |
| III. (silná) | 31 – 40 |
| IV. (veľmi silná) | > 40 |

Tabuľka č. 1 - Kompresívne triedy kompresívnych pančúch

I. kompresívna trieda - jedná sa o tzv. preventívne kompresívne pančuchy, ktoré nie sú hradené zdravotnou poisťovňou. Používajú sa vo včasných štádiách chronického venózneho ochorenia (C1 štádium CEAP klasifikácie), v gravidite v rámci prevencie vývoja varixov, v prevencii vývoja statických opuchov pri stojavom zamestnaní. V klinickej praxi sa najčastejšie používa **II. kompresívna trieda**, ktorá je hradená zdravotnou poisťovňou. Na trhu je dostupná široká plejáda kompresívnych pančúch (lýtkové, stehenné, celé kompresívne nohavice) v štandardne vyrábaných konfekčných veľkostiach. K určeniu správnej veľkosti kompresívnej pančuchy je nevyhnutné dôsledné a správne zmeranie končatiny. Po zhodnotení všetkých obvodových a dĺžkových mier zvolíme veľkosť pančuchy podľa meraných tabuliek (u jednotlivých friem sa líšia, väčšinou nie je možné použiť rovnakú veľkosť u pančúch rôznych friem). V prípade, že nie je možné z nameraných hodnôt určiť pančuchu v konfekčnej veľkosti, je u niektorých pacientov nutné indikovať predpis kompresívnych pančúch vyrobených priamo na mieru daného pacienta. **III. kompresívna trieda** je indikovaná dominantne v liečbe lymfedémov DK. Kompresívne pančuchy aplikujeme len cez deň. Ak sú opuchom postihnuté aj ploska a palce nohy, je nutné vždy voliť kompresívne pančuchy so zatavorenou špicou. **Správna a opakovaná edukácia pacienta o nutnosti kompresívnej terapie v liečbe opuchov žilového alebo lymfatického pôvodu je základom nášho terapeutického úspechu.** V ambulantnej sfére je potrebné pacientovi názorne ukázať aplikáciu kompresívnej bandáže resp. správneho navliekania kompresívnych pančúch

- v tomto smere sú rezervy aj v radoch zdravotníckych pracovníkov. Kompresívna liečba je limitovaná až kontraindikovaná u pacientov so závažnými stenotizáciami tepien, k čomu sa kompetentne vyjadrí angiológ. Meranie členkových tlakov a stanovenie ABI je v tomto rozhodovaní veľmi prínosné (obr. č. 4).

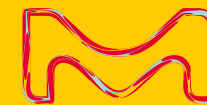
Všeobecný lekár indikuje kompresiu I. kompresnej triedy, následne motivuje, edukuje pacienta o aplikácii kompresie a nutnosti pohybu. V prípade, že angiológ indikuje kompresiu vyššej triedy, víta podporu všeobecného lekára, aby súčinnou motiváciou a edukáciou pacienta zvýšil adhérenciu k tejto forme liečby edémov vasculárneho pôvodu. Správna kompresívna liečba je svojou povahou efektívna, lacná a významne prispieva k zníženiu polypragmázie.

Kľúčové slová: opuchy dolných končatín, chronická venózna a lymfatická insuficiencia, kompresívna bandáž obväzmi, kompresívne pančuchy, všeobecný lekár



Obr. č. 4 Meranie členkových tlakov a stanovenie ABI v angiologickej ambulancii

100 tabletové balenia pre vašich pacientov



CONCOR 5mg
100 tbl.

CONCOR 10mg
100 tbl.

CONCOR COR 5mg
100 tbl.

Pred použitím sa oboznámte s kompletnou informáciou o lieku v SPC dostupnom na www.sukl.sk na adrese spoločnosti Merck. Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis.

*Kategorizácia liekov <http://www.health.gov.sk/?zoznam-kategorizovanych-liekov>
MERCK spol. s r. o., Dvořákovo nábrežie 4, Bratislava, Slovensko
SK/CONCO/0320/0005

Concor
lisinapril

Concor[®] COR
lisinapril

MERCK

DIABETICKÁ NEUROPATIA V AMBULANCIÍ PRAKTICKÉHO LEKÁRA

ABSTRAKT Č. 33

DIABETES MELLITUS TYP 3. NUTRACEUTICKÉ PRÍSTUPY V LIEČBE INZULÍNOVEJ REZISTENCIE MOZGU

Doc. RNDr. MARTIN KOLÍSEK, Dr.rer.nat. (Genet.)

Jesseniova lekárska fakulta UK Martin

Súhrn: Alzheimerova choroba (AD), alebo *diabetes mellitus* typ 3, je najčastejšie diagnostikovaným neurodegeneratívnym ochorením. Skorá forma AD, obvyčajne s hereditárnym pozadím, predstavuje minoritný počet prípadov. Podobne vzácna je aj skorá, sporadická forma AD. Majoritnou formou je starecká (definovaná vekom nad 65 rokov života), sporadická forma AD. Starecká forma AD je zároveň najčastejšie chybné diagnostikovaným neuropsychiatrickým ochorením. Dôvodom je diagnostická obtiažnosť spôsobená prekryvom fenotypológie AD s inými formami demencie, najčastejšie však senilnou demenciou. AD stále patrí medzi nevyliciteľné neurodegeneratívne ochorenia s obmedzenými farmakologickými a fyzikálnymi liečebnými schémami. Najnovšie výskumy ukazujú, že okrem charakteristík neuropsychiatrického ochorenia, AD spĺňa aj mnohé charakteristiky metabolického ochorenia. Molekulárne analýzy poukázali na to, že mozog pacientov s AD je v stave „inzulínovej

rezistencie“, teda fáze perpetuálneho energetického dlhu. Práve toto zistenie viedlo ku klasifikácii AD ako *diabetes mellitus* 3. typu (DM3). Na rozdiel od DM 2. typu má DM3 regionálnu fenotypológiu obmedzenú na CNS. Chronický energetický dlh spôsobený neschopnosťou mozgu adekvátne spracovávať glukózu, prispieva ku patológii AD a progresii ochorenia. Či je „inzulínová rezistencia“ spúšťačom, alebo jedným zo spúšťačov ochorenia zostáva nateraz neobjasnené. Inzulínová rezistencia a na inzulíne-nezávislé formy DM2 sú v súčasnosti považované za zvrátiteľné a vyliečiteľné ochorenie. V liečbe sa používajú jednoduché nutraceutické princípy. V tejto prednáške sa poslucháč dozvie, či aj prípade AD resp. DM3 existujú rozpracované liečebné nutraceutické schémy a ako sa javí ich prínos pre liečbu AD pacientov.

Kľúčové slová: Parkinsonova choroba, diabetes mellitus typ 3, nutraceutické schémy

ABSTRAKT Č. 34

DIABETICKÁ POLYNEUROPATIA - DIAGNOSTIKA A LIEČBA

MUDr. MILAN GROFÍK, PhD.

Neurologická klinika, Jesseniova lekárska fakulta UK a Univerzitná nemocnica Martin

Súhrn: Diabetická polyneuropatia je najčastejšou komplikáciou diabetu. Štatistické údaje potvrdzujú, že v podmienkach SR ide dlhodobo o nedostatocne, resp. neskoro diagnostikované ochorenie, pričom práve včasný terapeutický zásah v skorých

štádiách ochorenia môže spomaliť progresiu polyneuropatie. Diabetická polyneuropatia je najčastejšou príčinou syndrómu diabetickej nohy a tiež časťou príčinou bolesti u diabetikov (bolestivá forma diabetickej polyneuropatie). Klinická diagnostika sa

opiera o subjektívne ťažkosti pacienta a prítomnosť abnormít pri klinickom vyšetrení, hlavne pri vyšetrení citlivosti na dolných končatinách. Z pomocných vyšetrení je vhodné použitie Neurotestu, ktorý býva abnormný už v úvodných štádiách polyneuropatie, a to často aj v čase, kedy je elektromyografické vyšetrenie v norme. Liečba diabetickej neuropatie je postavená na 3 pilieroch -kauzálna, patogenetická a symptomatická liečba. Kauzálnou liečbou rozumieme optimálnu kompenzáciu diabetu, vrátane zmeny životného štýlu s dôrazom na pohybovú

aktivitu. Patogenetickú liečbu predstavuje kyselina alfa-lipoová (thioktová) samotná, ev. v kombinácii s benfotiamínom. Kyselina alfa-lipoová je silným antioxidantom, ktorý zmiernuje škodlivé dopady chronickej hyperglykémie na periférne nervy. Do kategórie symptomatickej liečby patrí liečba neuropatickej bolesti antikonvulzívmi a antidepresívami.

Kľúčové slová: diabetická polyneuropatia, diagnostika, Neurotest, liečba, kyselina alfa-lipoová, benfotiamín

ABSTRAKT Č. 35

DIFERENCIÁLNA DIAGNOSTIKA POLYNEUROPATIÍ

MUDr. MONIKA TURČANOVÁ KOPRUŠÁKOVÁ, PhD.

Neurologická klinika JLF UK a UNM, Martin

Súhrn: Neuropatie predstavujú pomerne rozsiahlu skupinu neurologických ochorení s rozmanitou etiológiou a klinickým priebehom. Medzi charakteristické prejavy postihnúť periférneho nervu patria senzitivné (napr. típnutie, mravčenie, znížená citlivosť), motorické (napr. svalová slabosť), autonómne prejavy (poruchy potenia, strata ochlpenia, trofické kožné zmeny) alebo ich vzájomná kombinácia. Neuropatie možno rozdeliť na základe viacerých kritérií. Z hľadiska etiopatogenézy rozlišujeme primárne (hereditárne, autoimunitne podmienené, idiopatické) alebo sekundárne neuropatie (ako komplikácia iných ochorení, užívania liekov, rôznych toxických vplyvov, nutričného deficitu). Z hľadiska času vzniku ich možno rozdeliť na akútne, subakútne, chronické, podľa priebehu - progredujúce, monofázické, relaps-remitujúce. Na základe lokalizácie a distribúcie rozlišujeme polyneuropatie s typickým priebehom - distálne symetrické formy polyneuropatií (typicky na dolných končatinách, s distribúciou ponožkovitého alebo rukavicového typu) alebo atypické - asymetrické formy s fokálnym resp. multifokálnym postihnutím. Klinické zistenie prítomnosti neuropatie je založené na rozpoznaní príznakov postihnúť motorických,

senzitivných a autonómnych vlákien nervu. Diagnostika pozostáva z odobratia podrobnej anamnézy (osobná, rodinná, lieková, pracovno-sociálna), objektívneho neurologického vyšetrenia pacienta (t.j. zhodnotenie šľachovo-okosticových reflexov, svalovej sily, citlivosti, trofiky v oblasti svalov a kože, vyšetrenie postoja a chôdze). Zlatý štandard v diagnostike polyneuropatií predstavuje elektrofyziologické vyšetrenie vodivosti periférnymi nervami - elektroneurografia/elektromyografia. Pomocou nej možno objektivizovať typ polyneuropatie (motorická, senzitivná, axonálna, demyelinizačná, difúzna alebo multifokálna) ako aj závažnosť a stupeň postihnúť periférnych nervov. Včasný rozpoznanie prítomnosti neuropatie a jej príčiny je kľúčové pre začatie a úspešnosť liečby polyneuropatie.

Kľúčové slová: neuropatia, diferenciálna diagnostika, etiológia

„SRDCE SRDCU“

ABSTRAKT Č. 36

PREVENCIA A LIEČBA HYPERTENZIE U SENIOROV

MUDr. VIERA KOSMÁLOVÁ, PhD.

I. Interná klinika UNB a LFUK nemocnica Staré Mesto, Bratislava

Slovenská liga za prevenciu a liečbu KV chorôb – Srdce srdcu

Úvod: Zlepšenie sociálnej a ekonomickej situácie vo vyspelých krajinách je spojené s nárastom seniorskej populácie. Keďže výskyt artériovej hypertenzie narastá s vekom, incidencia artériovej hypertenzie v tejto skupine obyvateľstva je vysoká - dosahuje až 90 % a u väčšiny chorých je spojená s polymorbiditou.

Seniorský vek predstavuje špecifickú vysokorizikóvu skupinu populácie, ktorá vyžaduje špecifický prístup k liečbe hypertenzie. Najčastejšou formou hypertenzie vyššieho veku je izolovaná systolická hypertenzia (ISH) - u mužov a žien nad 60 rokov je popisovaná jej prevalencia až 60 % z celkového počtu hypertonikov.

Prevencia a liečba hypertenzie seniorov: Už v roku 1989 Európska pracovná skupina pre hypertenziu u starších osôb poukázala na to, že akákoľvek aktívna liečba hypertenzie pomôže znížiť KV komplikácie ISH. Dnes existuje rozsiahla medicína dôkazov na potvrdenie tohto konštatovania. Štúdie ako MRFIT, SHEP, SYST-EUR, SYST-CHINA, INSIGHT, SHELL, STOP 2, ALLHAT, LIFE, SCOPE jednoznačne dokázali, že aktívnou liečbou izolovanej systolickej hypertenzie v staršom veku je možné zabrániť rozsiahlym KV komplikáciám ako aj rozvoju demencie.

Liečba hypertenzie vo vyššom veku má svoje špecifiká. Dôležitou súčasťou farmakologickej liečby je aj liečba nefarmakologická, ktorá zahŕňa okrem iného úpravu životosprávy ako je obmedziť solenie, obmedziť alkohol, nefajčiť. Veľmi prínosným nefarmakologickým prístupom sa javí zlepšenie celkovej fyzickej kondície seniorov. Existujú dôkazy o tom, že pravidelné cvičenie vo vyššom veku vedie k zlepšeniu koordinácie pohybového aparátu, čím sa posil-

ňuje celková fyzická kondícia, obratnosť - tie pôsobia preventabilne na výskyt pádov, znižuje sa početnosť patologických fraktúr a tým zabránime predčasnej invalidizácii pacientov v séniu.

Pred samotným zahájením liečby - u takmer vždy polymorbídneho seniora - je potrebná kompletná farmakologická anamnéza vrátane voľnopredajných liekov, zhodnotenie doterajšej compliance k liečbe, pátrať po možných nežiadúcich účinkoch liečby.

U chorých s veľmi vysokým TK alebo u chorých, ktorí majú hypertenziu dlhší čas, je nutné stanoviť predbežný cieľ a krvný tlak redukovat' opatrne. Podľa ESC/ESH cieľové hodnoty TK u hypertonikov vo vyššom veku sú rovnaké ako v bežnej populácii - teda 130/80 mmHg za podmienky, že je tento tlak dobre tolerovaný.

Krvný tlak meriame v sede aj v stoji na posúdenie ortostatickej hypotenzie. Využívame domáce meranie TK na vyvarovanie sa maskovanej hypertenzie či hypertenzie bieleho pláštia. Myslíme na polypragmáziu - liečime čo najmenším počtom tabliet, uistíme sa, že liečebnému algoritmu senior porozumel, kontaktujeme príbuzných, ak je to nutné.

V priloženej **KAZUISTIKE** je poukázanie na dôležitosť dôsledného vyšetrenia hypertonia v seniorskom veku, využiť všetky možnosti diagnostiky (AMTK, domáce meranie TK, atď.), a následne až potom zhodnotiť a navrhnúť stratégiu liečby.

Záver: Hypertenzia u seniorov predstavuje samostatný medicínsky problém. Seniorský vek so sebou prináša množstvo komorbidít a stratégia prevencie a liečby môže naraziť na veľa úskalí. Na dosiahnutie želaného efektu zníženia krvného tlaku a tým aj celkového KVR je veľakrát potrebná tímová spolupráca

viacerých špecialistov ako aj rodinných príslušníkov.

Kľúčové slová: prevencia hypertenzie, liečba hypertenzie, seniory, polymorbidita

ABSTRAKT Č. 37

PREVENCIA A LIEČBA DYSLIPIDÉMIE U SENIOROV

Doc. MUDr. JÁN LIETAVA, CSc.

Interná ambulancia, II. Interná klinika LF UK a UNB

Súhrn: Kardiovaskulárne ochorenia (KVO) sú každoročne zodpovedné v Európe za smrť 2.2 milióna žien a 1.8 milióna mužov, ale v skupine do 65 rokov zomiera viac mužov. V zásade >80% úmrtí na KVO sú v seniorskom veku nad 65 rokov, do vekovej skupiny nad 85 rokov je už výskyt IM sedemnásobne vyšší. Pokroky v liečbe seniorov zvyšujú prežívanie prvých IM, ale aj počet pacientov, ktorí sú ohrození rekurentnou príhodou.

Primárna aj sekundárna prevencia sa zakladajú na úprave životného štýlu a znížení nepriaznivého vplyvu rizikových faktorov na zdravie. Na základe EBM je zrejme, že ich princípy je potrebné aplikovať v každom veku, zohľadňujúc zdravotný stav pacienta. Prevencia sa zakladá na vylúčení nikotinizmu v akejkoľvek forme, obratu k zdravej výžive so znížením príjmu energie a príklonu k celozrnným produktom, ovociu, zelenine a rybám. Dôležitá sú: pravidelná fyzická aktivita s prvkami vytrvalostného a v menšej miere silového tréningu (samotná ťažká práca alebo nadmerné cvičenie nevedie k priaznivému ovplyvneniu zdravia), úprava BMI do rozmedzia medzi 20-25 a odbúraniu abdominálnej obezity. Každá čo aj parciálna úprava má pozitívny efekt na zdravie a na predpokladanú dĺžku života nezávisle od ostatných rizikových faktorov. Kumulatívny efekt je optimálnym cieľom.

Medikamentózna liečba je založená na stanovení absolútneho rizika podľa tabuliek SCORE alebo odporúčení odborných spoločností pre stratifikáciu rizika u pacientov s existujúcimi kardiometabolickými ochoreniami a klinicky závažnými rizikovými faktormi. Absolútne riziko kontinuálne stúpa so zvyšujúcou sa hladinou celkového cholesterolu s vekom bez ohľa-

du na klinický stav, ale SCORE a odporúčenia boli validizované cestou štúdií do veku 75 rokov.

V staršiej populácii >75 rokov a najmä u žien chýbajú dostatočné poznatky pre cieľnú liečbu, naopak, často protichodné výsledky vedú k terapeutickým rozpakom. Neoverené a zavádzajúce informácie v masmédiách a najmä na internete vedú k zníženiu dôvery seniorov v účelnosť farmaceutickej liečby. Liečba je založená na liečbe statínami a ich kombinácii s ďalšími hypolipidemikami v indikáciách definovaných v európskych a národných odporúčaníach.

Metaanalýza z projektu Cholesterol Treatment Trialists (28 štúdií, 186 854 pacientov) dokázala, že statínová liečba znížila výskyt závažných KV príhod o 21% (RR 0.79, 95% CI 0.77–0.81) na 1.0 mmol/L redukcie LDL-C (Lancet 2019)

Záver: Pre prevenciu a liečbu dyslipidémie u kardiovaskulárnych pacientov nie sú identifikované žiadne kontraindikácie dané vekom per se. Kontraindikácie pre prevenciu a liečbu sú založené iba na konkrétnom zdravotnom stave konkrétneho pacienta.

Kľúčové slová: prevencia dyslipidémie, terapia dyslipidémie, seniory, kardiovaskulárne ochorenia, primárna a sekundárna prevencia, úprava životného štýlu

BLOK ROZUMNEJ FARMAKOTERAPIE

ABSTRAKT Č. 38

VEK NIE JE IBA ČÍSLO

PharmDr. ONDREJ SUKEL¹, PharmDr. MIROSLAVA SNOPOKOVÁ, PhD.²¹ Slovenská lekárska komora² Slovenská lekárska komora, Farmaceutická fakulta Univerzity Komenského v Bratislave

Úvod: Slovenská lekárska komora vo februári 2020 prezentovala úmysel realizácie osvetového projektu „Vek nie je iba číslo“ zameraného na problematiku farmakoterapie pacientov vo vyššom veku. Cieľom projektu je zistiť podiel potenciálne nevhodných liečiv vyskytujúcich sa u pacientov zaradených podľa vybraných inklúzných kritérií, zistiť možnú mieru viacnásobnej preskripcie liekov/liečiv (duplicity, triplicity) u týchto pacientov, pričom za viacnásobnú preskripciu je považovaná preskripcia toho istého liečiva jedným alebo viacerými lekármi; predpisovanie liekov s rôznymi názvami s rovnakým liečivom; prítomnosť liečiva predpísaného samostatne alebo vo fixnej kombinácii – vždy v potenciálne rovnakom čase užívania.

Metodika projektu: zahŕňa získanie dát z údajov oslovených zdravotných poisťovní, s primárnymi inklúznymi kritériami – vek a súčasné užívanie 5 a viac druhov liekov v priebehu kalendárneho mesiaca. Podľa Beersových a STOPP/START kritérií budú u pacientov identifikované potenciálne nevhodné liečivá, ako aj výskyt liekových interakcií.

Súbor a výsledky: Pilotný projekt zahŕňal 51 klientov domova sociálnych služieb, ktorí užívali priemerne 8,6 liekov, pričom výskyt potenciálne nevhodných liekov bol na úrovni 38,27%. Náklady na jeden potenciálne nevhodný liek predstavovali 10,42 € (poistovňa 7,30 €, pacient 3,12 €)

Záver: Je potrebné zdôrazniť, že uvedené medzinárodne rešpektované kritériá neoznačujú vek za absolútnu kontraindikáciu užívania konkrétneho liečiva; preto sa ustálil pojem „potenciálne nevhodné“ liečivo. Vyšší záujem o posúdenie pomeru prínosu a rizika týchto liečiv predpisujúcimi lekármi v spolu-

práci s (klinickými) farmaceutmi môže viesť k zvýšeniu kvality života populácie ohrozenej vekovej skupiny, k zníženiu nákladov (verejných a súkromných) a k vyššiemu ratingu predpisujúceho lekára.

Kľúčové slová: farmakoterapia vo vyššom veku, potenciálne nevhodné liečivá, polypragmázia, farmaceutická starostlivosť, multidisciplinárna starostlivosť, lekárstvo

Použitá literatúra:

American Geriatrics Society Beers Criteria®, J Am Geriatr Soc 2019, 67(4):674-694

O'Mahony D et al., Age Ageing 2015, 44(2):213-218

Kriška, M. et al.: Riziko liekov v medicínskej praxi, SAP 2000

Očkujte vakcínou PNEUMOVAX 23.

Pacienti s chronickými ochoreniami majú zvýšené riziko pneumokokovej infekcie, pomôžte im ochrániť sa a predchádzať pneumokokovým infekciám.³



PNEUMOVAX 23

(pneumokoková polysacharidová vakcína)

Jediná pneumokoková polysacharidová vakcína indikovaná proti 23 sérotypom.¹

Tieto sérotypy spôsobujú 78,8% invazívnych pneumokokových ochorení v SR.²

4. a 6. najčastejšie sérotypy (22F a 12F) spôsobujúce IPO v SR sú obsiahnuté iba vo vakcine PNEUMOVAX 23.²

Pomôžte ochrániť vašich pacientov, ktorí majú zvýšené riziko pneumokokových infekcií.³

Vakcína PNEUMOVAX 23 sa podáva ako jedna dávka. Intramuskulárna alebo subkutánna injekcia.¹

- Môže sa podávať súbežne s vakcínou proti chrípke za predpokladu, že sa používajú rôzne ihly a rôzne miesta vpichu.
- Revakcinácia sa môže zväziť u osôb so zvýšeným rizikom závažnej pneumokokovej infekcie.¹
- Zdraví dospelí by nemali byť rutinne revakcinovaní.
- Čas a potreba preočkovania by mali vychádzať z oficiálnych odporúčaní.
- Veľmi časté vedľajšie účinky sú horúčka ($\leq 38,8$ °C), reakcie v mieste vpichu (erytém, stvrdnutie, bolesť, citlivosť, opuch, pocit tepla).¹

SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU

PNEUMOVAX 23: injekčný roztok naplnený v injekčnej striekačke; pneumokoková polysacharidová očkovacia látka. Očkovacia látka je číry, bezfarebný roztok. **Kvalitatívne a kvantitatívne zloženie:** 0,5 ml dávka očkovacej látky obsahuje 25 mikrogramov každého z nasledujúcich 23 pneumokokových polysacharidových sérotypov: 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19F, 19A, 20, 22F, 23F, 33F. **Terapeutické indikácie:** Pneumokoková polysacharidová očkovacia látka sa odporúča na aktívnu imunizáciu proti pneumokokovému ochoreniu u detí vo veku od 2 rokov, dospievajúcich a dospelých. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Primárne očkovanie: Dospelí a deti vo veku od 2 rokov alebo staršie – jedna jednorazová dávka 0,5 mililitra formou intramuskulárnej alebo subkutánnej injekcie. Pneumokoková polysacharidová očkovacia látka sa neodporúča používať u detí mladších ako 2 roky, pretože bezpečnosť a účinnosť očkovacej látky neboli stanovené a protilátková odpoveď môže byť slabá. **Osobitné dôležitosti:** Očkovacia látka obsahuje polysacharidové antigény, ktoré môžu spôsobiť alergické reakcie u osôb so zvýšeným rizikom závažnej pneumokokovej infekcie, ktoré dostali pneumokokovú očkovaciu látku pred viac ako piatimi rokmi alebo u tých, u ktorých je známe, že majú rýchly pokles hladín pneumokokových protilátok. U vybraných populácií (napr. asplenickej pacientov), u ktorých je známe vysoké riziko fatálnych pneumokokových infekcií, sa môže zväziť preočkovanie po troch rokoch. Dávka 0,5 ml z jednodávkovej pneumokokovej polysacharidovej očkovacej látky sa má podať intramuskulárnou (i.m.) alebo subkutánnou (s.c.) injekciou. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo (liečivá alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok). **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** Odstaňte použitie očkovacej látky v prípade akéhokoľvek významného febrilného ochorenia, inej aktívnej infekcie alebo v prípade, keď by systémová reakcia predstavovala významné riziko okrem prípadu, keď by toto oddialenie mohlo znamenať väčšie riziko. Ak sa očkovacia látka podá pacientom s imunosupresiou spôsobenou základným ochorením alebo medikamentóznou liečbou (napr. imunosupresívna liečba ako je protinádorová chemoterapia alebo liečba ozarovanimi), očakávaná sérová protilátková odpoveď sa nemusí dosiahnuť po prvej alebo druhej dávke. V dôsledku toho takíto pacienti nemusia byť chránení pred pneumokokovým ochorením tak dobre ako imunokompetentné osoby. Tak ako pri iných očkovacích látkach, očkovanie pneumokokovou polysacharidovou očkovacou látkou nemusí viesť k plnej ochrane u všetkých očkovaných osôb. Tak ako pri iných očkovacích látkach, v prípade výskytu akútnej alergickej reakcie majú byť k dispozícii adekvátne liečebné opatrenia, vrátane adrenalínu, na okamžité použitie. Požadovaná profylaktická liečba antibiotikami proti pneumokokovej infekcii sa po očkovaní proti pneumokokom nemá ukončiť. Pacientov s osobitným zvýšeným rizikom závažnej pneumokokovej infekcie (napr. asplenickej pacientov alebo pacientov, ktorí dostávajú imunosupresívnu liečbu z akéhokoľvek dôvodu) je potrebné poučiť ohľadne novej potreby včasnej injekčnej antimitrobiálnej liečby v prípade závažného, náhleho febrilného ochorenia. Pneumokoková očkovacia látka nemusí byť účinná v prevencii infekcie spôsobenej bazilárnou fraktúrou lebky alebo kontaktom z domácnostného milého s vonkajším prostredím. Táto očkovacia látka obsahuje menej ako 1 mmol (23 mg) sodíka v jednej dávke, t.j. v podstate zanedbateľné množstvo sodíka. **Sledovateľnosť:** Aby sa zlepsila (dôjateľnosť biologického lieku, má sa zrozumiteľne zaznamenať názov a číslo šarže podaného lieku. **Interakcie:** Pneumokoková očkovacia látka sa môže podávať súbežne s očkovacou látkou proti chrípke, pokiaľ sa používajú odlišné ihly a miesta podania injekcie. Súbežné použitie očkovacích látok Pneumovax 23 a ZOSTAVAX viedlo v malom klinickom skúšaní k zníženej imogenite ZOSTAVAXU. Ústaje zozbierané vo veľkej pozorovacej štúdií však nepreukázali zvýšené riziko vzniku herpes zoster po súbežnom podaní týchto dvoch očkovacích látok. **Fertilita, gravidita a laktácia:** Gravidita: Štúdie na zvieratách sú nedostatočné s ohľadom na účinky na reprodukčnú toxicitu. Očkovacia látka sa nemá používať počas gravidity, pokiaľ to nie je jednoznačne potrebné (možný prínos musí prevažovať nad akýmkoľvek možným rizikom pre plod). **Dôjčenie:** Nie je známe, či sa táto očkovacia látka vylučuje do ľudského mlieka. Pri podávaní dojčiacim ženám je potrebné postupovať s opatrnosťou. **Fertilita:** Táto očkovacia látka sa nehodnotila v štúdiách fertility. **Nežiaduce účinky:** Nežiaduce účinky sú priradené do kategórií frekvencie použitím uvedenej konvencie, zo skúsenosti z klinických skúšaní a sledovania po uvedení na trh. **Veľmi časté** ($\geq 1/10$): horúčka ($\leq 38,8$ °C), erytém, indurácia, bolesť, bolestivosť, opuch (to je miesto podania injekcie). **Zriedkavé** ($\leq 1/1000$ až $< 1/10000$): cellulitída v mieste podania injekcie. **Celkové boľ najčastejšie systémovými nežiaducimi udalosťami nasledovne:** asténiavlnava, myalgia a bolesť hlavy. **Symptomatická liečba** viedla k úplnému zotaveniu vo väčšine prípadov. **Čas použiteľnosti a uchovávanie:** 28 mesiacov. Uchovávať v chladničke (2 °C - 8 °C). Neuchovávať v mrazničke. **Balenie:** 0,5 ml roztoku v naplnenej injekčnej striekačke (sklo) s piestovou zátkou (brómbutylový elastomer) a krytom špičky (zoprenbrómbutylopolyzoprenová zmes alebo styren-butadiénová guma) bez injekčnej ihly, 0,5 ml roztoku v naplnenej injekčnej striekačke (sklo) s piestovou zátkou (brómbutylový elastomer) a krytom špičky (zoprenbrómbutylopolyzoprenová zmes alebo styren-butadiénová guma) s 1 samostatnou injekčnou ihlou, 0,5 ml roztoku v naplnenej injekčnej striekačke (sklo) s piestovou zátkou (brómbutylový elastomer) a krytom špičky (zoprenbrómbutylopolyzoprenová zmes alebo styren-butadiénová guma) s 2 samostatnými injekčnými ihlami. **Veľkosť balenia** po 1 alebo 10. Na trh nemusia byť uvedené veľké veľkosti balenia. **Výdaj lieku** viazaný na lekárske predpis. **Pre ďalšie informácie si prosím prečítajte informáciu o produkte.** **DRŽTEĽ ROZHODNUTIA O REGISTRÁCII:** Merck Sharp & Dohme B.V., Waarderweg 39, 2031 BN Haarlem, Holandsko. **REGISTRÁCNE ČÍSLO:** 59/0091/19/S. **DÁTUM REVÍZIE TEXTU:** november 2019.

Literatúra: 1. SPC Pneumovax 23, november 2019. 2. Národné referenčné centrum. Prehľad sérotypov S. Pneumoniae. 2019. 3. Torres A, Blasi F, Dartois N, et al. Which individuals are at increased risk of pneumococcal disease and why? Impact of COPD, asthma, smoking, diabetes, and/or chronic heart disease on community-acquired pneumococcal disease. *Thorax*. 2015;70(10):984-989.



Copyright © 2020 Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, USA. Všetky práva vyhradené. Merck Sharp & Dohme s.r.o., so sídlom Karadžičova 2, 811 09 Bratislava. Tel: +421 2 5828 2010, dpoc_czechslovak@merck.com

Dátum vypracovania: august 2020 Kód materiálu: : SK-PNX-00010



(pneumokoková polysacharidová vakcína)

VARIA

ABSTRAKT Č. 39

KLINICKÝ PRÍNOS ESENCIÁLNYCH FOSFOLIPIDOV PRI LIEČBE NEALKOHOLOVEJ TUKOVEJ CHOROBY PEČENE A IMUNOKOMPETENTNÉ VLASTNOSTI PEČENEDoc. MUDr. Minárik Peter, PhD., MSc.¹, Doc. PharmDr. DANIELA MINÁRIKOVÁ, PhD., MSc.²¹ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety | Biomedicínske centrum SAV | Onkologický ústav sv. Alžbety | Slovenská poľnohospodárska univerzita v Nitre | Lubovníková 59, 841 07 Bratislava | e-mail: peterminarik57@gmail.com² Univerzita Komenského v Bratislave, Farmaceutická fakulta, Katedra organizácie a riadenia farmácie Odbojárův 10, Bratislava 832 32 | e-mail: minarikova@fpharm.uniba.sk

Súhrn: Nealkoholová tuková choroba a tuková choroba pečene (Nonalcoholic fatty liver disease, NAFLD a alkoholová tuková choroba pečene (Alcohol fatty liver disease, AFLD) sú analogickým typom ochorenia. Medzi ich príčiny patrí predovšetkým obezita, diabetes mellitus a konzumácia alkoholu. Všetky uvedené faktory sa radia medzi dôležité problémy v oblasti verejného zdravia. Tuková choroba pečene je aj v súčasnosti medicínskou výzvou, a to najmä vzhľadom na to, že môže mať progresívny priebeh od jednoduchej steatózy až po steatohepatitídu, ba dokonca až po možnú cirhózu pečene s rizikom rozvoja karcinómu pečene. Liečba NAFLD sa v súčasnosti zameriava predovšetkým na riešenie jednotlivých zložiek metabolického syndrómu. Medzi základné univerzálne prístupy patrí diéta a telesná aktivita. Použitie viacerých farmakologických prípravkov v liečbe NAFLD vykazuje sľubný účinok. Netoxické esenciálne fosfolipidy (Essential phospholipids, EPL) sú všeobecne akceptované ako účinné látky pri liečbe pečenej choroby. V nedávnej minulosti sa objavili vedecké práce, ktoré pozitívne zhodnotili klinickú účinnosť a bezpečnosť EPL pri NAFLD.

Pečeň, ako najväčší solídny orgán v ľudskom tele, má okrem mnohých funkcií aj unikátne imunologické úlohy, medzi ktoré patrí indukcia imunologickej tolerancie. Dobre fungujúce imunokom-

petentné štruktúry v pečeni, ktorých súčasťou sú početné imunokompetentné bunky, ako aj humorálne imunologické substancie, musia byť schopné ustrážiť fyziologické zápalové procesy, ktoré prebiehajú v samotnej pečeni a ktoré sú podmienkou udržiavania normálnych funkcií a metabolickej rovnováhy. Na druhej strane musia byť schopné rozpoznať a odstrániť potenciálne nebezpečné cudzorodé substancie, a zabrániť tak vzniku chorobného zápalu, fibrózy a cirhózy pečene. Pečeň sa právom môže zaradiť medzi "imunitné" alebo "imunokompetentné" orgány ľudského tela.

Kľúčové slová: pečeň, nealkoholová tuková choroba pečene - NAFLD, esenciálne fosfolipidy - EPL, imunita, imunokompetentný

MÝTY A FAKTY O HISTAMÍNOVEJ INTOLERANCI

MUDr. JAROSLAVA OROSOVÁ

Ambulancia klinickej imunológie a alergológie, JOCIA s.r.o., Bratislava

Ambulancia klinickej imunológie a alergológie, Nem. sv. Michala, Bratislava

Súhrn: Histamínová intolerancia (HIT) je vo svojej podstate širokým súborom symptómov, spôsobených nerovnováhou medzi prijatým a odbúraným množstvom biogénneho amínu histamínu exogénneho pôvodu v organizme. Väčšina prijatého histamínu pochádza z potravy, zatiaľ čo jeho nedostatok odbúravanie, je spôsobené kvalitatívnou alebo kvantitatívnou poruchou enzýmu diaminoxidázy nachádzajúceho sa v riasinkovom epiteli tenkého čreva.

V posledných rokoch sa vďaka rozvoju možností laboratórnej diagnostiky a zvýšeniu povedomia o HIT čoraz častejšie stretávame so zovšeobecňovaním tohoto pojmu, pripisujúc mu neadekvátne charakteristiky a dôsledky. Je dôležité si uvedomiť, že HIT je zväčša prechodným, menej často trvalým, avšak v oboch prípadoch až sekundárnym javom iného chorobného stavu a väčšina jej pripisovaných

prejavov nie je jej priamym dôsledkom. Preto je úlohou lekára či už prvého kontaktu alebo špecialistu dodržať správny diferenciálno-diagnostický a terapeutický postup, odrážajúci sa od medicíny založenej na dôkazoch.

Faktom zostáva, že HIT negatívne ovplyvňuje kvalitu života pacienta a v prípade potvrdenia diagnózy je potrebné využiť všetky naše liečebné možnosti v rámci úpravy životného štýlu i stravy pacienta, s prípadným využitím farmakoterapie. Vzhľadom k častým psychologickým nastaveniam v zmysle samovzdávania a samoliečby pacientmi pri širokých možnostiach laických fór, je z našej strany popri liečbe nutné i jeho usmernenie v oblasti mýtov a faktov viazaných na túto diagnózu.

Kľúčové slová: histamínová intolerancia, diaminoxidáza, mýty a fakty

ABSTRAKT Č. 41

POTREBA A MOŽNOSTI TERAPIE NEDOSTATKU VITAMÍNU DMUDr. ETELA JANEKOVÁ¹, MUDr. JANA BABJAKOVÁ, PhD. MPH.²¹ InClinic s.r.o., Bratislava² Ústav Hygieny LFUK, Bratislava

Úvod: Úloha vitamínu D v kalciovom metabolizme a kostnej homeostáze je známy, v poslednej dobe sa však popisujú významné účinky na zdravotný stav pri nedostatku vitamínu D. Výskyt nedostatku vitamínu D je hlavne v industrializovaných krajinách. Súvisí s nedostatkom v potrave, s nedostatočným vystavovaním sa slnečnému žiareniu a nedostatok substitúciou rizikových skupín pacientov.

Metóda: V projekte sme analyzovali súbor pacientov, ktorí v priebehu 4 rokov 2013–2017 navštívili

ambulanciu všeobecného lekára z dôvodu realizácie preventívnej prehliadky, na ktorú majú nárok jedenkrát za 2 roky. Výber pacientov bol náhodný, čas realizácie nebol závislý od ročného obdobia, ale rozdiel vyšetřovaného obdobia bol 2 roky a viac, tak ako pacienti prichádzali na preventívnu prehliadku. Vyšetřovali a hodnotili sme 120 pacientov od veku od 20 do 90 rokov. Podrobným dotazníkom sme zisťovali okrem základných osobných údajov (pohlavie, vek) aj spôsob stravovania, miesto stra-

vovania, znalosť obsahu potravín, telesnú aktivitu, pobyt na slnku, spôsob ochrany pred slnečným žiarením, spôsob života v meste alebo na vidieku, pracovné zaradenie, ukončené vzdelanie, konzumáciu alkoholu, subjektívny pocit zdravia, užívanie potravinových doplnkov predpisovaných lekárom, prípadne voľnopredajných. Výsledky sme hodnotili pomocou deskriptívnej štatistiky (početnosti, aritmetické priemery a smerodajné odchýlky) a to použitím opisnej štatistiky a prieskumovej štatistiky. Vzťahy medzi spojitými premennými sme hodnotili Studentovým t-testom. Na zistenie vzájomných asociácií medzi sledovanými faktormi sme použili parciálnu a viacnásobnú lineárnu regresiu, ktorú sme adjustovali na pohlavie a vek. Použili sme tiež chí-kvadrátový test. Ako štatisticky významné sme hodnotili rozdiely pre $p < 0,05$.

Výsledky: V súbore bolo 37,5 % mužov a 62,5 % žien, väčšiu časť súboru tvorili pacienti nad 50 rokov (68,3%). Mužov do 49 rokov bolo 12 (26,1 %), nad 50 rokov 34 (73,9 %), žien do 49 rokov bolo 26 (35 %), žien nad 50 rokov 48 (65 %). Priemerná hodnota vitamínu D dosahovala hodnotu insuficiencie, kedy je hodnota menšia ako 30 ug/l. Utlizáciu vitamínu D v organizme ovplyvňuje okrem stravy aj dostatočný pobyt na slnku, ochrana pred ním (hlavne výška ochranného faktoru), ako aj substitúcia voľnopredajnými (OTC- over the counter) liekmi a substitúcia liekmi predpisovanými lekárom. Z odpovedí pacientov v dotazníku vyplynulo, že

35% trávilo na slnku 2–3 hodiny denne, ochranný krém použilo 57 %, voľnopredajný vitamín D si kupovalo 26 % pacientov a 27% malo kombinovaný prípravok vitamínu D a kalcia predpísaný lekárom. Zaujímavé je, že 5 % pacientov nevedelo, či daný liek vôbec užíva.

Záver: V štvorročnej klinicko-epidemiologickej štúdií sme dospeli pri sledovaní nášho súboru pacientov k nasledovným zisteniam: 35 % pacientov bolo na slnku 2 – 3 hodiny denne, ochranný krém použilo 57 % pacientov, OTC vitamín D a kalcium si kupovalo 26 % a u 27 % predpisoval lieky lekár. Mlieko a mliečne výrobky v súbore konzumovalo denne 52 % opýtaných, ryby denne len 4,2 % respondentov. Hodnoty hladín vitamínu D v sére boli síce v pásme insuficiencie, ale rozdiel medzi prvým a druhým odberom bol priaznivý v zmysle významného zvýšenia hodnoty (23,94 – 26, 53 ug/l), rozdiel priemerných hladín vitamínu D v sére medzi 1. a 2. odberom krvi u žien do 49 rokov bol štatisticky významný. Počas klinicko-epidemiologickej štúdie v trvaní 4 rokov pri zbieraní laboratórnych, a dotazníkových údajov pacienti prejavovali mimoriadny záujem o sledovanú problematiku a sami sa snažili zistiť potrebné údaje o svojom zdravotnom stave, čo vnímame ako pozitívum štúdie.

Kľúčové slová: vitamín D, dotazník, insuficiencia vitamínu D, klinicko-epidemiologická štúdia

| Faktor | Aritm. priemer 1. odber | Smerodajná odchýlka Variabilita | Štandardná odchýlka priemeru | Aritm. priemer 2. odber | Smerodajná odchýlka Variabilita | Štandardná odchýlka priemeru |
|------------------|-------------------------|---------------------------------|------------------------------|-------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| Vitamín D (ug/l) | 23,94 | 10,62 | 0,96 | 26,53 | 10,41 | 0,95 |

VARIA

ABSTRAKT Č. 42

FIXNÁ KOMBINÁCIA PARACETAMOL-IBUPROFEN V LIEČBE BOLESTI

Doc. MUDr. IGOR MARTULIAK, PhD.

Algeziologická klinika SZU FNŠP F.D. Roosevelta Banská Bystrica, imartuliak@nspbb.sk

Súhrn: Nestáva sa často, že na český a slovenský trh prichádza nový liek, určený pre liečbu bolestivých stavov. Jedným z takých je prípravok s fixnou kombináciou dvoch asi najčastejšie a najdlhšie používaných neopioidových analgetík ibuprofenu (v dávke 200 mg) a paracetamolu (v dávke 500 mg).

V klinickej praxi liečby bolesti sme si na výhody fixnej kombinácie analgetík dávno zvykli a preto príchod uvedenej kombinácie vrelo vítam. Obe lieky sú účinné, bezpečné a roky dobre známe. Často ich na prvom stupni analgetického rebríka kombinujeme. Táto kombinácia je určená na liečbu miernej až stredne silnej bolesti u dospelých s dávkovaním 1 tableta 3 x denne a maximálnou dĺžkou užívania 3 dni. Jej maximálna denná dávka nesmie prekročiť ekvivalent 1,2 g ibuprofenu a 3 g paracetamolu, teda 6 tabliet denne. Hlavná výhoda

kombinácie NSA s paracetamolom je synergia ich centrálného analgetického účinku a súčasné protizápalové pôsobenie v periférnych tkanivách, ako predpokladaný nižší výskyt nežiaducich účinkov.

Indikačné spektrum tohto lieku s fixnou kombináciou paracetamol – ibuprofen je skutočne široké. Najlepšie skúsenosti sú napríklad v liečbe bolesti zubov, myoskeletálnych ochorení vrátane osteoartrózy, pooperačnej a poúrazovej bolesti, dysmenorhoe, ale aj nádorovej bolesti. Jeho príchod do klinickej algeziologickej praxe je dobrou správou pre lekárov i ubolených pacientov.

Kľúčové slová: neopioidové analgetiká, kombinácia ibuprofenu a paracetamolu, široké indikačné spektrum

ABSTRAKT Č. 43

MÔŽU DÁTA ZDRAVOTNEJ POISŤOVNE POMÔČŤ PRI ROZHODOVANÍ V LIEČBE ARTÉRIOVEJ HYPERTENZIE?

Ing. Mgr. ROMAN MUŽÍK, PhD.¹, Mgr. HENRIETA TULEJOVÁ, M.S.², MUDr. TOMÁŠ SZALAY, PhD.³, Mgr. PETRA IŠTOKOVIČOVÁ¹, Mgr. KRISTÍNA HALUŠŤOKOVÁ²

¹DÔVERA zdravotná poisťovňa, a. s.

²Advance Healthcare Management Consulting, s. r. o.

³Stredoeurópsky inštitút pre zdravotnú politiku - Health Policy Institute

Úvod: Koncom roka 2018 vydala Európska kardiologická spoločnosť a Európska spoločnosť pre hypertenziu aktualizované Odporúčania pre manažment artériovej hypertenzie (ESC/ESH 2018). Cieľom tohto príspevku je na základe údajov zdravotnej poisťovne priblížiť čitateľovi profil hypertonika, rozdiely

v odbornostiach poskytovateľov poskytujúcich starostlivosť pacientom s artériovou hypertenziou (AH) ako aj súlad ich liečby s Odporúčaniami ESC/ESH 2018.

Metodika: V DÔVERA zdravotnej poisťovni (ZP) bolo v trojročnom období (10/2015-9/2018) iden-

tifikovaných 228 923 hypertonikov. Pre potreby vyhodnocovania farmakoterapie konečný súbor obsahoval len pacientov tých lekárov, ktorí mali vo svojej starostlivosti najmenej 10 hypertonikov (n=224 460). Z toho 130 496 pacientov bolo bez komorbidít meniacich farmakoterapiu - srdcové zlyhávanie, ischemická choroba srdca, fibrilácia predsiení, chronické zlyhanie obličiek a diabetes mellitus (z toho 19 513 bez farmakoterapie) a 93 964 s komorbiditou ovplyvňujúcou algoritmus farmakoterapie. Farmakoterapiu u hypertonikov sme analyzovali počas sledovaného obdobia jedného roka (10/2017 – 09/2018).

Výsledky: Najväčšiemu podielu hypertonikov poskytujú zdravotnú starostlivosť samotní všeobecní lekári (49 %). V 31 % je starostlivosť poskytovaná všeobecným lekárom a súběžne aj iným špecialistom (z toho 16,2 percentuálneho bodu (p.b.) tvoria internisti, 11,8 p.b. kardiológovia, 1,0 p.b. diabetológovia). V 20 % poskytuje zdravotnú starostlivosť v súvislosti AH dominantne špecializovaná ambulancia, pričom 10,4 p.b. tvoria internisti, 6,8 p.b. kardiológovia, 1,4 p.b. diabetológovia a 0,2 p.b. nefrológovia. Podiel starostlivosti jednotlivých lekárov je medzi jednotlivými krajinami rôzny.

Hypertonikov bez farmakoterapie bolo v priemere 11 %, pričom až 90 % z nich bolo bez farmakoterapie dlhšie ako 1 rok (priemerná dĺžka bez farmakoterapie bola 410 dní). U hypertonikov bez komorbidít (n=111 203) bola antihypertenzívna monoterapia predpísaná v 30,3 % (n=33 731), z toho u 11,7 p. b. pacientov išlo o monoterapiu betablokátormi a u 10,5 p. b. o monoterapiu inhibitor angiotenzín konvertujúceho enzýmu (ACEI). Dvojkombináciu si vybralo 35,7 % pacientov (n=39 658), z toho 6,5 % (n=2 601) nemalo predpísané niektoré z odporúčaných liečiv ACEI, blokátory receptora pre angiotenzín (ARB) alebo blokátory kalciových kanálov (BKK). Trojkombináciu si vybralo 22,6 % pacientov (n=25 105), z toho 3,4 % (n=862) nemalo predpísané aspoň dva z odporúčaných liečiv ACEI, ARB, BKK alebo diuretikum. Spironolaktón sa u hypertonikov bez komorbidít, s koronárnou chorobou srdca, diabetes mellitus alebo srdcovým zlyhávaním (n=155 359)

predpisoval relatívne zriedkavo, u 1,3 % liečených hypertonikov (n=2 010). Keď sa už predpisoval, tak zvyčajne nesprávne. Suboptimálna preskripcia spironolaktónu bola v praxi nahrádzaná preskripciou centrálnych antihypertenzív a alfablokátorov. Hypertonikom bez komorbidít sa tieto liečivá predpisovali v 10,1 % prípadov (n=11 172), pričom tieto lieky v dvoj- až štvorkombinácii antihypertenzív užívalo spolu 7,2 % (n=7 996) pacientov. V preskripcii boli významné regionálne, ako aj interindividuálne rozdiely.

Záver: Zistená variabilita a v niektorých prípadoch nesúlad reálnej preskripcie s Odporúčaniami ESC/ESH 2018 poukázali na priestor pre zefektívnenie liečby hypertonikov. Popri potrebe kontinuálneho vzdelávania zdravotníkov angažovaných v manažmente hypertonikov je jedným z možných spôsobov ako to dosiahnuť aj realizácia tzv. programov riadenej zdravotnej starostlivosti. Vo vybraných regiónoch Slovenska takýto program (Dôvera Pomáha hypertonikom) spustila ZP DÔVERA. Program vo svojej úvodnej fáze využíva rôzne nástroje na zvyšovanie informovanosti poskytovateľov zdravotnej starostlivosti, ako aj ich motivácie k poskytovaniu koordinovanej, kvalitnej a efektívnej starostlivosti. Podstatnú úlohu zohráva personalizovaná spätná väzba. Tá zapojeným všeobecným lekárom (n=95) prináša napr. prehľad, akému podielu hypertonikov poskytuje zdravotnú starostlivosť výhradne všeobecný lekár a akému špecialista, resp. obaja súběžne, či prehľad farmakoterapie u pacientov s AH doplnený o zoznam pacientov s farmakoterapiou, ktorá nie je v súlade s Odporúčaniami.

Kľúčové slová: hypertenzia, antihypertenzíva, odporúčania liečby, zdravotná poisťovňa

ZLYHANIE OBLIČIEK? MÁTE NA VÝBER!

Mgr. EVA KOVÁČOVÁ, MBA

BIOHEM, spol. s r.o., Trenčín

Súhrn: Oznámenie, že pacient trpí chronickým ochorením obličiek, môže náhle zmeniť jeho doterajší život: dialýza alebo transplantácia obličiek ovplyvní mnohé stránky jeho života a má veľký dopad na spôsob jeho doterajšieho života. Je dôležité, aby pacient porozumel tomu, čo sa s ním deje, je dôležité pomôcť mu naplánovať si novú etapu života čo najlepšie, aby sa mohol prispôsobiť novej situácii.

Peritoneálna dialýza prešla v priebehu niekoľkých rokov veľkým progresom, ale prechádzaním hemodialyzačných centier do súkromných sektorov zažíva pokles napriek predpokladom, že bude dochádzať ku kvantitatívnemu a kvalitatívnemu rozvoju peritoneálnej dialýzy. Najväčšia a najrýchlejšie rastúca časť dialyzovanej populácie sú starí a krehkí pacienti. Stúpajúci vek je spojený s väčším počtom závažných komorbidít a komplikácií. Aj senior má právo na dostatok informácií a diskusie o možnostiach svojej liečby. Má právo vybrať si dialýzu, ktorá mu poskytne najlepšiu možnú kvalitu zostávajúceho života.

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 predialýze, 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, u seniorov je možná aktívna spoločnosť rodiny. Hodnota poskytovaných informácií a interpersonálneho vzťahu je najvyššia pred a tesne po zahájení dialýzy.

Záver: Peritoneálna dialýza je metóda liečby chronického zlyhania obličiek porovnateľná s hemodialýzou. Väčšie zapojenie pacienta do medicínskych rozhodnutí vedie k lepšiemu liečebnému výsledku a vyššej kvalite života v zmysle psychickej pohody. Mnohé štúdie ukazujú, že včasné odoslanie pacienta k nefrológovi a dobrá informovanosť o všetkých liečebných možnostiach podstatne zvyšujú počet rozhodnutí pacientov pre peritoneálnu dialýzu. Lekári a sestry prvého kontaktu môžu pacientovi pomôcť aktívne sa zapojiť do rozhodovania a zvoliť pre pacienta a jeho rodinu to najlepšie riešenie.

Kľúčové slová: chronické ochorenie obličiek, peritoneálna dialýza, dialýza, transplantácia obličiek

PSYCHIATRICKÝ BLOK

ABSTRAKT Č. 45

DEPRESÍVNA PORUCHA: AKO VON Z BLUDNÉHO KRUGU ?

MUDr. MATÚŠ VIRČÍK

Psychiatrická nemocnica Michalovce

Súhrn: Depresia patrí medzi časté afektívne psychické poruchy, pri ktorých je v popredí klinického obrazu porucha nálady. Na základe epidemiologických štúdií sa medián celoživotnej prevalencie depresie odhaduje vo výške 16,1 % celkovej populácie. Je približne dvojnásobne častejšia u žien ako u mužov. Vyskytuje sa najmenej u 10% pacientov, ktorí navštívia všeobecného lekára a opakovanie depresívnej epizódy sa dá očakávať u 50 - 80 % pacientov. Len približne 20 % pacientov s depresiou je diagnostikovaných a primerane liečených. V európskych krajinách je väčšina pacientov s mentálnymi poruchami v starostlivosti všeobecných lekárov, situácia v SR nie je v tomto smere zmapovaná. V rozvinu-

tých krajinách Európy pacienti s depresiou pätkrát častejšie navštevujú svojho všeobecného lekára v porovnaní so psychiatrom. Približne 40 % pacientov, ktorí spáchajú samovraždu, navštívi svojho všeobecného lekára počas predchádzajúcich štyroch týždňov. Pre komunikáciu s pacientom i medzi odborníkmi a pre rozhodnutie o liečbe a jej vyhodnocovanie je mimoriadne dôležité oboznámenie sa s liečbou, terminológiou i správnu diagnostickou depresie. Práve na túto oblasť je zameraná táto prednáška.

Kľúčové slová: depresia, všeobecní lekári, komunikácia s pacientom

Širokospektrálne kombinované baktericídne antibiotikum penicilínového typu²⁻⁶

Široká ponuka síl a liekových foriem pre pacientov s rôznymi potrebami¹

Jediný vo svojej skupine aj vo forme prášku rozpustného vo vode¹



AMOKSIKLAV®
Amoxicilín a kyselina klavulanová

SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU

Názov lieku: Amoksilav 375mg, Amoksilav 625mg a Amoksilav 2x 1000mg filmom obalené tablety; Amoksilav 156,25mg/5ml, Amoksilav 312,5mg/5ml a Amoksilav 2x 457mg/5ml prášok na perorálnu suspenziu; Amoksilav 1000 mg granulát na perorálnu suspenziu. **Zloženie:** Amoksilav 375mg, Amoksilav 625mg a Amoksilav 2x 1000mg: každá filmom obalená tableta obsahuje 250/500/875 mg amoxicilínu vo forme trihydrátu amoxicilínu a 125 mg kyseliny klavulanovej vo forme káliumklavulanátu. Amoksilav 156,25 mg/5 ml, Amoksilav 312,5 mg/5 ml a Amoksilav 2x 457 mg/5 ml: každých 5 ml perorálnej suspenzie obsahuje 125/250/400 mg amoxicilínu vo forme trihydrátu amoxicilínu a 31,25/ 62,5/ 57 mg kyseliny klavulanovej vo forme káliumklavulanátu. Amoksilav 1000 mg granulát na perorálnu suspenziu: Každé vrecko obsahuje 1004,5 mg trihydrátu amoxicilínu, čo zodpovedá 875 mg amoxicilínu a 148,9 mg káliumklavulanátu, čo zodpovedá 125 mg kyseliny klavulanovej. **Lieková forma:** Amoksilav 375mg, Amoksilav 625mg a Amoksilav 2x 1000mg: filmom obalená tableta, Amoksilav 156,25 mg/5 ml, Amoksilav 312,5 mg/5 ml a Amoksilav 2x 457 mg/5 ml: prášok na perorálnu suspenziu. **Farmakoterapeutická skupina:** Antibiotiká na systémové použitie, kombinácie penicilínov vrátane inhibitorov betalaktamáz; ATC kód: J01CR02. **Terapeutické indikácie*:** Akútna bakteriálna sinusitída (adekvátne diagnostikovaná); akútna otitis media (neplatí pre Amoksilav 375 mg); akútne exacerbácie chronickej bronchitídy (adekvátne diagnostikované) (neplatí pre Amoksilav 375 mg); pneumónia získaná v komunitě (neplatí pre Amoksilav 375 mg); cystitída; pyelonefritída; infekcie kože a mäkkých tkanív, najmä celulitída, pohryznutie zvieratom, ťažké dentálne abscesy so šíriacou sa celulitídou; infekcie kostí a kĺbov, najmä osteomyelitída (neplatí pre Amoksilav 375 mg). **Dávkovanie a spôsob podávania*:** Dávky sú vyjadrené obsah amoxicilínu/kyseliny klavulanovej. Amoksilav 375mg a Amoksilav 625mg: **Dospelí a deti** ≥ 40 kg: Jedna 375 mg tableta trikrát denne alebo jedna tableta 625 mg (500 mg/125 mg dávka) trikrát denne. **Deti < 40 kg:** Amoksilav 375 mg sa neodporúča podávať deťom < 40 kg. **Deti vo veku 6 rokov a mladšie** sa uprednostňuje liečiť práškom alebo granulátom na perorálnu suspenziu. **Amoksilav 625 mg:** 20 mg/kg/5 ml/5 mg/kg/5 ml/15 mg/kg/5 ml/rozdelených do 3 dávok. **Amoksilav 2x 1000mg:** Dospelí a deti s telesnou hmotnosťou ≥ 40 kg: štandardná dávka: (pre všetky indikácie) 875 mg/125 mg dvakrát denne, vyššie dávky – (najmä pri infekciách otitis media, sinusitída, infekcie dolných dýchacích ciest a infekcie močových ciest): 875 mg/125 mg trikrát denne. **Deti < 40 kg:** 25 mg/3,6 mg/kg/5 ml/45 mg/6,4 mg/kg/5 ml/rozdelených do dvoch dávok, pri niektorých infekciách (ako sú otitis media, sinusitída, infekcie dolných dýchacích ciest) je možné zväčšiť dávku až do 70 mg/10 mg/kg/5 ml/rozdelených do 2 dávok. Amoksilav 156,25mg/5ml, Amoksilav 312,5mg/5ml: **Dospelí a deti** ≥ 40 kg: Jedna 500 mg/125 mg dávka trikrát denne. **Deti < 40 kg:** 20mg/5 mg/kg/5 ml/45 mg/15 mg/kg/5 ml/rozdelených do 3 dávok. Amoksilav 2x 457mg/5ml: **Dospelí a deti** ≥ 40 kg: štandardná dávka: (pre všetky indikácie) 875 mg/125 mg dvakrát denne, vyššie dávky – (najmä pri infekciách otitis media, sinusitída, infekcie dolných dýchacích ciest a infekcie močových ciest): 875 mg/125 mg trikrát denne. **Deti < 40 kg:** 25 mg/3,6 mg/kg/5 ml/45 mg/6,4 mg/kg/5 ml/rozdelených do dvoch dávok, pri niektorých infekciách (otitis media, sinusitída a infekcie dolných dýchacích ciest) sa môže zväčšiť použitie až 70 mg/10 mg/kg/5 ml/rozdelených do 2 dávok. Amoksilav 1000 mg granulát na perorálnu suspenziu: **Dospelí a deti** ≥ 40 kg: štandardná dávka (pri všetkých indikáciách): 875 mg/125 mg dvakrát denne, vyššia dávka (najmä pri

infekciách otitis media, sinusitída, infekcie dolných dýchacích ciest a infekcie močových ciest): 875 mg/125 mg trikrát denne. **Deti < 40 kg:** 25 mg/3,6 mg/kg/5 ml/45 mg/6,4 mg/kg/5 ml/rozdelených do 2 dávok, pri niektorých infekciách (otitis media, sinusitída a infekcie dolných dýchacích ciest) je možné zväčšiť dávku až do 70 mg/10 mg/kg/5 ml/rozdelených do 2 rozdelení dávok. Liek sa podáva na začiatku jedla. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečbu, na ktorúkoľvek z penicilínov alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok uvedených v. Súhrne charakteristických vlastností lieku. Závažná náhla reakcia z precitlivosti (napr. anafylaxia) na iné betalaktámové liečivo (napr. cefalosporín, karbapeném alebo monobaktám) v anamnéze. Hepatitída/porucha funkcie pečene spôsobená amoxicilínom/kyselinou klavulanovou v anamnéze. **Osobitné upozornenia*:** Pred začatím liečby amoxicilínom/kyselinou klavulanovou sa má zostaviť podrobná anamnéza týkajúca sa predchádzajúcich reakcií z precitlivosti na penicilín, cefalosporín alebo iné betalaktámové liečivo. Ak sa vyskytne alergická reakcia, liečba amoxicilínom/kyselinou klavulanovou sa musí ukončiť a začať vhodná alternatívna liečba. Hlásili sa závažné a občas smrteľné reakcie z precitlivosti (vrátane anafylaktoidných a závažných kožných nežiaducich reakcií), a väčšou pravdepodobnosťou výskytu u osôb z precitlivosti na penicilín v anamnéze a u atopických osôb. Počas dlhodobej liečby sa odporúča pravidelné vyhodnocovanie funkcie orgánových systémov, vrátane renálnej, hepatickej a hematopoietickej funkcie. Liek obsahuje sodík a draslík. Amoksilav 156,25mg/5ml, Amoksilav 312,5mg/5ml a Amoksilav 2x 457mg/5ml prášok na perorálnu suspenziu obsahuje benzot, mantol. Amoksilav 1000 mg granulát na perorálnu suspenziu obsahuje aspartám (dvojitý fenylalanín). **Liekové interakcie:** Perorálne antikoagulanty, metotrexát, probenecid, moftetilmofenolát. **Dávkovanie a spôsob podávania*:** Dávky sú vyjadrené obsah amoxicilínu/kyseliny klavulanovej. Amoksilav 375mg a Amoksilav 625mg: **Dospelí a deti** ≥ 40 kg: Jedna 375 mg tableta trikrát denne alebo jedna tableta 625 mg (500 mg/125 mg dávka) trikrát denne. **Deti < 40 kg:** Amoksilav 375 mg sa neodporúča podávať deťom < 40 kg. **Deti vo veku 6 rokov a mladšie** sa uprednostňuje liečiť práškom alebo granulátom na perorálnu suspenziu. **Amoksilav 625 mg:** 20 mg/kg/5 ml/5 mg/kg/5 ml/15 mg/kg/5 ml/rozdelených do 3 dávok. **Amoksilav 2x 1000mg:** Dospelí a deti s telesnou hmotnosťou ≥ 40 kg: štandardná dávka: (pre všetky indikácie) 875 mg/125 mg dvakrát denne, vyššie dávky – (najmä pri infekciách otitis media, sinusitída, infekcie dolných dýchacích ciest a infekcie močových ciest): 875 mg/125 mg trikrát denne. **Deti < 40 kg:** 25 mg/3,6 mg/kg/5 ml/45 mg/6,4 mg/kg/5 ml/rozdelených do dvoch dávok, pri niektorých infekciách (ako sú otitis media, sinusitída, infekcie dolných dýchacích ciest) je možné zväčšiť použitie až 70 mg/10 mg/kg/5 ml/rozdelených do 2 dávok. Amoksilav 156,25mg/5ml, Amoksilav 312,5mg/5ml: **Dospelí a deti** ≥ 40 kg: Jedna 500 mg/125 mg dávka trikrát denne. **Deti < 40 kg:** 20mg/5 mg/kg/5 ml/45 mg/15 mg/kg/5 ml/rozdelených do 3 dávok. Amoksilav 2x 457mg/5ml: **Dospelí a deti** ≥ 40 kg: štandardná dávka: (pre všetky indikácie) 875 mg/125 mg dvakrát denne, vyššie dávky – (najmä pri infekciách otitis media, sinusitída, infekcie dolných dýchacích ciest a infekcie močových ciest): 875 mg/125 mg trikrát denne. **Deti < 40 kg:** 25 mg/3,6 mg/kg/5 ml/45 mg/6,4 mg/kg/5 ml/rozdelených do dvoch dávok, pri niektorých infekciách (otitis media, sinusitída a infekcie dolných dýchacích ciest) sa môže zväčšiť použitie až 70 mg/10 mg/kg/5 ml/rozdelených do 2 dávok. Amoksilav 1000 mg granulát na perorálnu suspenziu: **Dospelí a deti** ≥ 40 kg: štandardná dávka (pri všetkých indikáciách): 875 mg/125 mg dvakrát denne, vyššia dávka (najmä pri

Informácia je určená pre odbornú verejnosť. Liek je viazaný na lekárske predpis.

(pre predpisovanie lieku si pozorne prečítajte Súhrn charakteristických vlastností lieku (SmPC), ktorý získate na adrese: SANDOZ d.d. – organizačná zložka, Žitkova 22B, 811 02 Bratislava alebo prostredníctvom obchodného zástupcu držiteľa. Dátum prípravy materiálu: október 2020, číslo materiálu: 87906_10_2020_SC Dátum expirácie materiálu: december 2020 Referencie: 1. <https://www.mzsr.sk/Clanok3125mg5ml>, marec 2020 2. SmPC Amoksilav 1000mg granulát na perorálnu suspenziu, november 2018 3. SmPC Amoksilav 156,25mg/5ml/312,5mg/5ml, marec 2020 4. SmPC Amoksilav 2x457mg/5ml, marec 2020 5. SmPC Amoksilav 2x1000mg granulát na perorálnu suspenziu: 11/2018

AKO MÔŽE VÝŽIVA ZACHRÁNIŤ ŽIVOT

ABSTRAKT Č. 46

POSUDZOVANIE NUTRIČNÉHO STAVU A NUTRIČNÁ INTERVENCIA AKO SÚČASŤ KOMPLEXNEJ STAROSTLIVOSTI O PACIENTA V AMBULANCIÍ VPL

MUDr. STANISLAVA BACHLEDOVÁ

Garmedic s.r.o., Košice, 0908 266863

Súhrn: Jedlo ako základná biologická potreba, jedlo ako liek, kto je ohrozený malnutríciou, komplikácie malnutrie na bunkovej a fyzickej úrovni, sarkopénia a jej súvislosti, budovanie funkčnej svalovej hmoty/ znižovanie jej straty (medicína dôkazov). Indikačné kritéria pre predpis orálnej nutričnej podpory pre VLD.

Kľúčové slová: malnutricia, sarkopénia a ich dôsledky, budovanie svalovej hmoty, indikácia ONP v ambulancii VLD

POPULAČNÉ ONKOLOGICKÉ SKRÍNINGOVÉ PROGRAMY

ABSTRAKT Č. 47

POPULAČNÉ ONKOLOGICKÉ SKRÍNINGOVÉ PROGRAMY

MUDr. MÁRIA REČKOVÁ, PhD.

Národný onkologický inštitút, Klenova 1, 833 10 Bratislava, email: maria.reckova@noisk.sk

Súhrn: Preventívne a skrínigové opatrenia majú kľúčový význam v starostlivosti o ľudské zdravie. Skrínig v onkológii, tiež označovaný ako sekundárna prevencia, má za cieľ vyhľadávanie nádorového ochorenia v jeho včasnom štádiu s cieľom zvýšenia potenciálu jeho kurability a zníženia morbidity a mortality. Cieľom skrínigu je tiež záchyt ochorenia v štádiu prekancerózy, teda v preinvazívnom štádiu, ktorého liečba zabráni vzniku invazívneho nádorového ochorenia. Predpokladom pre skrínig je existencia skrínigového testu s dostatočnou senzitivitou a špecificitou, jeho nenáročnosť v rámci populačného uplatnenia a z klinického hľadiska je dôležitým predpokladom dôkaz, že včasný záchyt príslušného onkologického ochorenia zlepšuje jeho prognózu. Už v roku 2003 Európska komisia odporúčala svojim členským štátom zavedenie populačných skrínigových programov pre karcinóm prsníka, karcinóm krčka maternice a kolorektálny karcinóm na základe existencie dôkazu, že

celoplošným organizovaným, štátom kontrolovaným a monitorovaným skrínigovým procesom je možné znížiť mortalitu a v určitých prípadoch aj incidenciu na vybrané onkologické ochorenia a tiež redukovať finančné náklady vynakladané na zdravotnú starostlivosť. Onkologický skrínig na Slovensku prebiehal donedávna iba oportúnne, ale situácia sa od roku 2019, kedy bola uskutočnená prvá fáza skrínigu kolorektálneho karcinómu, zahájené pozývajúce zdravotnými poisťovňami na mamografický skrínig karcinómu prsníka a intenzívne pripravovaný skrínigový program karcinómu krčka maternice. V prezentácii budú diskutované dôležité aspekty organizovaných onkologických skrínigových programov a ich aktuálna situácia na Slovensku.

Kľúčové slová: preventívne opatrenia, skrínigové opatrenia, onkologický skrínig, situácia na Slovensku

ABSTRAKT Č. 48

SKRÍNING KOLOREKTÁLNEHO KARCINÓMU - AKÉ MÁME V SÚČASNOSTI MOŽNOSTI ?

MUDr. ANDREJ ORSÁGH

Gastroenterologické oddelenie, Národný onkologický ústav Bratislava

Súhrn: Kolorektálny karcinóm sa celosvetovo umiestňuje na popredných miestach v incidencii a mortalite nádorových ochorení. Slovenská republika je podľa údajov International Agency for Research on Cancer druhá v incidencii i mortalite z európskych krajín a tretia celosvetovo, preto by

včasný vyhľadávanie tohto ochorenia mala byť jednou z našich zdravotníckych priorit.

Rakovina hrubého čreva a konečníka je ochorenie na skrínig ideálne. Má dobre známe prekancerózy, väčšina kolorektálnych karcinómov vzniká sekvenciou adenóm - karcinóm. Progresia prekan-

cerózných i včasných rakovinových lézií je relatívne pomalá a teda ochorenie má dlhé asymptomatické obdobie. Zároveň sú prekancerózy i včasné štádiá kolorektálneho karcinómu dobre liečiteľné a máme dostupné dostatočne senzitivné a špecifické testy na odhalenie týchto štádií. Navyše, ak sa toto ochorenie nezachytí včas, má závažné zdravotné, ekonomické a spoločenské dopady.

V príspevku priblížime jednotlivé skrínigové

modality, od neinvazívnych až po minimálne invazívne, ich výhody/nevýhody a aktuálne postavenie v celom skrínigovom procese. Zaoberať sa budeme i organizáciou skrínigu kolorektálneho karcinómu v Slovenskej republike a niektorých ďalších európskych krajinách.

Kľúčové slová: kolorektálny karcinóm, skrínig, organizácia skrínigu

tálneho karcinómu, kde nezastupiteľnú úlohu hrá VLD vďaka jeho skúsenostiam, priamej interakcii s pacientmi a možnej identifikácii ľudí s bežným rizikom, ale hlavne ľudí so zvýšeným rizikom vzniku kolorektálneho karcinómu. V prezentácii bude diskutovaná problematika skrínigu kolorektálneho karcinómu a jeho súčasný stav.

Kľúčové slová: kolorektálny karcinóm, skrínig, všeobecný lekár pre dospelých

ABSTRAKT Č. 49

PRVÁ FÁZA SKRÍNINGU KOLOREKTÁLNEHO KARCINÓMU NA SLOVENSKU

MUDr. ĽUDMILA KUŤAKOVÁ

Pracovisko: Národný onkologický inštitút, Klenová 1, Bratislava

Súhrn: Cieľom práce je analýza dát týkajúcich sa prvej fázy populačného (pozývacieho) skrínigu kolorektálneho karcinómu. Dáta na vyhodnotenie poskytli zdravotné poisťovne. Zamerali sme sa na vyhodnotenie účasti na testoch na okultné krvácanie v stolici (TOKS) a skrínigových kolonoskopických vyšetreniach a taktiež

na výsledky skrínigových vyšetrení. Porovnávali sme rozdiely medzi pohlaviami, vekovými kategóriami a jednotlivými krajinami SR.

Kľúčové slová: skrínig kolorektálneho karcinómu, Slovensko

ABSTRAKT Č. 50

SÚČASNÝ SKRÍNING KOLOREKTÁLNEHO KARCINÓMU NA SLOVENSKU A ÚLOHA VLD

MVDr. JANA TRAUTENBERGER RICOVÁ

Národný onkologický inštitút, Klenova 1, 833 10 Bratislava, jana.ricova@noisk.sk

Súhrn: Dôležitosť skrínigu kolorektálneho karcinómu vyplýva z pretrvávajúcej vysokej incidencie a mortality tohto ochorenia. O tomto skrínigu sa začalo uvažovať už v roku 1998, pričom jeho cieľom bolo znižovanie incidencie a mortality na túto malignitu. Po štyroch rokoch sa v spolupráci so všeobecnými lekármi pre dospelých (VLD) rozbehol tzv. oportúnny skrínig aj na Slovensku. Tento však ani po pár rokoch nedosiahol očakávaný výsledok, keďže Slovensko je stále na čele v rebríčku výskytu

tohto ochorenia. Na základe zistených poznatkov sa v roku 2019 začala prvá fáza tzv. celoplošného pozývacieho skrínigu, do ktorého bola zapojená reprezentatívna vzorka rizikovej skupiny ľudí vo veku od 50-74 rokov. Ako skrínigová metóda bol použitý štandardný imunochemický test na zisťovanie okultného krvácania do stolice TOKS, ktorý bol priložený k pozvánke na skrínig. Po skúsenostiach a vyhodnotení prvej fázy bude na jeseň 2020 pokračovať celoplošný pozývaci skrínig kolorek-

PANDÉMIA COVID-19 A OČKOVANIE

ABSTRAKT Č. 51

PNEUMOKOKOVÉ ZÁPALY PLŮC - STÁLA HROZBA A MOŽNOSTI ICH PREVENČIE

Doc. MUDr. IVAN SOLOVIČ, CSc.

NÚTPCH a HCH Vyšné Hágy

Súhrn: Na pneumónie umiera ročne 3 - 5 miliónov ľudí. K pneumónii dochádza častejšie v detstve do 5 rokov, menej často v dospelosti. Výskyt spolu s úmrtnosťou opäť stúpa vo veku nad 50 rokov. Rizikovou populáciou sú osoby s chronickými chorobami, fajčiar, závislí od alkoholu, drogovu závislí a staršie osoby v sociálnych zariadeniach. Najčastejší výskyt pneumónií je v zimných mesiacoch. Predpokladá sa, že hospitalizáciu vyžaduje asi 20 - 30 % všetkých prípadov pneumónií. Podľa štatistiky WHO sú pneumónie tretou najčastejšou príčinou úmrtnosti, ktorá je najvyššia v rozvojových štátoch. Typická komunitná pneumónia je často spôsobená *Streptococcus pneumoniae*, pričom príčinou atypickej pneumónie sú väčšinou vírus chrípky, mycoplasma, chlamydia, legionella a adenovírus. Hlavným diferencujúcim faktorom medzi typickou a atypickou pneumóniou je vek pacienta, typická pneumónia postihuje prevažne starších dospelých a zároveň veľmi mladých pacientov. Presný podiel *Streptococcus pneumoniae* na všetkých v komunite získaných pneumóniách je veľmi variabilný v závislosti od regiónu. Na základe administratívnych dát a dát získaných vlastným retrospektívnym prieskumom pri predpokladanom zastúpení *S. pneumoniae* okolo 30 % medzi všetkými pneumóniami sme stanovili odhad celkovej záťaže vrátane nákladov na pneumokokové ochorenia na Slovensku. Odhadujeme, že celkovo 5 935 prípadov všetkých pneumokokových ochorení na Slovensku za rok vedie k 400 úmrtiam a vytvára tak priame medicínske náklady vo výške 3 miliónov eur za rok. Nepriame náklady v dôsledku pracovnej neschopnosti odhadujeme na cca 1 milión eur. Hlavným zdrojom tej-

to záťaže je kvôli svojej relatívne vysokej incidencii v komunite získaná pneumónia spôsobená pneumokokom. V dôsledku systematicky neúplného hlásenia prípadov do administratívnych databáz je možné predpokladať, že skutočné čísla môžu byť vyššie.

Kľúčové slová: pneumokokové zápal pľúc, typická pneumónia, atypická pneumónia

Ochrana pred pneumokokovými ochoreniami začína vo vašej ambulancii.

Pri očkovaní proti chrípke nezabudnite očkovať aj proti pneumokokovým ochoreniam. Najviac ohrození sú starší pacienti a chronicky chorí.^{2,3}

Je čas na očkovanie. Urobte prvý krok k záchrane životov!

Prevenar 13 je plne hrazený pre rizikové skupiny vrátane všetkých osôb nad 59 rokov.¹

Tak ako každá očkovacia látka, ani Prevenar 13 nemusi 100% chrániť všetky očkované osoby pred invazívnymi ochoreniami a pneumóniami spôsobenými kmeňmi *Streptococcus pneumoniae*, ktoré vakcína obsahuje a nechráni pred tými neobsiahnutými vo vakcíne ani inými mikroorganizmami.

Referencie: 1. Indikačné obmedzenie Prevenar 13. 2. Súhrn charakteristických vlastností lieku Prevenar 13. 3. Supporting Active Ageing Through Immunisation Partnership 2013, Adult vaccination: a key component of healthy aging.

SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU – Prevenar 13 injekčná suspenzia – Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13-valentná, adsorbovaná). Jedna 0,5 ml dávka obsahuje: pneumokokový polysacharid sérotyp 1* (2,2 µg), 3* (2,2 µg), 4* (2,2 µg), 6A* (2,2 µg), 6B* (4,4 µg), 7F* (2,2 µg), 9V* (2,2 µg), 14* (2,2 µg), 18C* (2,2 µg), 19A* (2,2 µg), 19F* (2,2 µg), 23F* (2,2 µg). Konjugovaný s CRM197 nosičovým proteínom, adsorbovaný na fostorecnan hliníky. **Indikácie:** Aktívna imunizácia ako prevencia invazívnych ochorení, pneumónie a akútneho otitis media spôsobených *Streptococcus pneumoniae* u dojčiat, detí a dospievajúcich vo veku od 6 týždňov do 17 rokov. Aktívna imunizácia ako prevencia invazívnych ochorení a pneumónie spôsobených *Streptococcus pneumoniae* u dospelých vo veku od 18 rokov a starších. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Vakcinačné schémy pre Prevenar 13 majú byť založené na oficiálnych odporúčaniach. Dojčatá a deti vo veku od 6 týždňov do 5 rokov: Odporúča sa, aby deti, ktoré dostanú prvú dávku Prevenaru 13, dokončili celý očkovací program s Prevenarom 13. Dojčatá vo veku 6 týždňov – 6 mesiacov: **Trojdávková základná schéma:** Odporúčaná imunizačná schéma obsahuje štyri dávky, každú po 0,5 ml. Základné dávkovanie pre dojčatá obsahuje tri dávky, prvá dávka sa obyčajne podáva v 2. mesiaci veku s intervalom minimálne 1 mesiac medzi dávkami. Prvá dávka môže byť podaná už v 6. týždni veku. Štvrtá (posilňovacia) dávka sa odporúča medzi 11. a 15. mesiacom veku. **Dvojdávková základná schéma:** V prípade, že sa Prevenar 13 podáva ako súčasť bežného očkovacieho programu dojčiat, schéma môže pozostávať z troch dávok, každá po 0,5 ml. Prvá dávka sa má podať od veku 2 mesiacov, druhá o 2 mesiace neskôr. Tretia (posilňovacia) dávka sa odporúča medzi 11. a 15. mesiacom veku. U predčasne narodených detí odporúčaná imunizačná schéma pozostáva zo štyroch dávok po 0,5 ml. Neočkované dojčatá a deti vo veku >7 mesiacov: Dojčatá vo veku 7 - 11 mesiacov: Dve dávky, každá po 0,5 ml, s intervalom najmenej 1 mesiac medzi jednotlivými dávkami. Tretia dávka je odporúčaná v druhom roku života. Deti vo veku 12 - 23 mesiacov: Dve dávky, každá po 0,5 ml s intervalom najmenej 2 mesiace medzi jednotlivými dávkami. Pediatrická populácia vo veku 2 - 17 rokov: Jedna 0,5 ml dávka. Dospelí vo veku od 18 rokov a starší: Jedna jednorazová dávka. Potreba preočkovania ďalšou dávkou Prevenaru 13 nebola stanovená. Ak sa považuje za vhodné podanie 23-valentnej pneumokokovej polysacharidovej vakcíny, bez ohľadu na predchádzajúci stav očkovania proti pneumokokom, ako prvú sa má podať Prevenar 13. Vakcína sa má podať intramuskulárnou injekciou. U dojčiat je preferovaným miestom anterolaterálna oblasť stehna (m. vastus lateralis) alebo deltovej sval hornej končatiny u detí a dospelých. **Kontraindikácie:** Prečlivosť na liečbu alebo ktorúkoľvek z pomocných látok alebo na differický toxoid. Ako u všetkých vakcín, podanie Prevenaru 13 sa má u osôb trpiacich akútnym horúčkovitým ochorením odložiť na neskôr. Avšak výsledky malej infekcie, akou je nádcha, nemá byť dôvodom na odklad očkovania. **Špeciálne upozornenie:** Prevenar 13 sa nesmie podávať intravaskulárne. Táto vakcína sa nemá podávať ako intramuskulárna injekcia osobám s trombocytopeniou alebo inou poruchou koagulácie krvi, u ktorých je kontraindikované intramuskulárne injekčné podanie, ale môže sa podať subkutánne, ak potenciálny prospech jednoznačne prevyší riziká. Prevenar 13 chráni len proti sérotypom *Streptococcus pneumoniae*, ktoré sú obsiahnuté vo vakcíne a nechráni proti ostatným mikroorganizmom vyvolávajúcim invazívne ochorenia, pneumóniu alebo otitis media. Tak ako u každej vakcíny, Prevenar 13 nemusí chrániť pred pneumokokovým ochorením všetky osoby, ktorým bol podaný. **Špeciálne populácie:** Osoby so základnými ochoreniami s náchylnosťou na invazívne pneumokokové ochorenia vrátane osôb predtým očkovaných jednou alebo viacerými dávkami 23-valentnej pneumokokovej polysacharidovej vakcíny, môžu dostať minimálne jednu dávku vakcíny Prevenar 13. U osôb s transplantáciou krvotvorných kmeňových buniek obsahuje odporúčaná imunizačná schéma štyri dávky Prevenaru 13, každú po 0,5 ml. Štvrtá (posilňovacia) dávka sa odporúča 6 mesiacov po tretej dávke. **Nežiaduce účinky:** Medzi najčastejšie udávanými nežiaducimi účinkami u detí vo veku 6 týždňov až 5 rokov bola reakcia v mieste podania, horúčka, podráždenosť, znížená chuť do jedla a ospalosť a/alebo nespavosť, u pediatrickej populácie vo veku 6 až 17 rokov bola znížená chuť do jedla, podráždenosť, erytém v mieste očkovania; zdureníe/opuch alebo bolesť/zvýšená citlivosť; ospalivosť; nekválny spánok, zvýšená citlivosť v mieste očkovania (vrátane zhoršenia pohyblivosti) a u dospelých vo veku 18 rokov a starších bola znížená chuť do jedla, bolesť hlavy, hnačka, vracanie, vyrážka, zimnica, únava, erytém v mieste vpichu, zatrdnutie/opuch a bolesť/citlivosť v mieste vpichu, obmedzenie pohybu v ramene, artralgia, myalgia. **Interakcie:** Dojčatá a deti vo veku od 6 týždňov do 5 rokov: Prevenar 13 môže byť podaný súčasne s ktorýmkoľvek z nasledujúcich očkovacích antigénov podávaných buď vo forme monovalentnej alebo kombinovanej vakcíny: záškrť, tetanus, acelulárna alebo celulárna vakcína proti čiernemu kašľu, *Haemophilus influenzae* typ b, inaktivovaná detská obna, hepatitída B, meningokoková séroskupina C, ospýšky, mumps, ružienka, ovčie kiahne a rotavírusová vakcína. Prevenar 13 možno tiež podávať súčasne s konjugovanou očkovacou látkou obsahujúcou tetanový toxoid a meningokokové polysacharidové séroskupiny A, C, W a Y deťom vo veku 12 až 23 mesiacov, ktoré už boli adekvátne imunizované Prevenarom 13. Dospelí vo veku 50 rokov a starší: Prevenar 13 sa môže podávať súčasne so sezónnou trivalentnou (TIV) a kvadrivalentnou (QIV) inaktivovanou vakcínou proti chrípke (TIV). Odlišné injekčné vakcíny sa majú vždy podať na rôzne miesta. **Predávkovanie:** Nie je pravdepodobné, nakoľko je k dispozícii v naplnených injekčných striekačkách. **Fertilita, gravidita a laktácia:** Nie sú dostupné údaje o používaní Prevenaru 13 u gravidných žien. Nie je známe, či sa Prevenar 13 vylučuje do materského mlieka. **Doplňujúce schopnosti viesť vozidlo a obsluhovať stroje:** Prevenar 13 nemá žiadny alebo má zanedbateľný vplyv na schopnosť viesť vozidlo a obsluhovať stroje. **Uchovávanie:** Uchovávať v chladničke (2 °C – 8 °C). Neuchovávať v mrazničke. Prevenar 13 je stabilný štýri dni pri teplote do 25 °C. Na konci tejto doby sa musí Prevenar 13 použiť alebo zlikvidovať. Tieto údaje sú určené ako pomôcka pre zdravotníckych pracovníkov v prípade dočasných teplotných zmien. Informácia je určená pre odbornú verejnosť. **Výdaj lieku je v súlade s lekárskej predpis.** Pred podaním lieku sa zoznáme s úplným znením aktuálneho súhrnu charakteristických vlastností lieku (SPC). **Dátum aktualizovania skrátenej informácie o lieku: April 2020. Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Pfizer Europe MA EBG, Boulevard de la Plaine 17, 1050 Bruxelles, Belgicko. **Miestny zástupca držiteľa rozhodnutia o registrácii:** Pfizer Luxembourg SARL, o.z., tel.: +421 2 3355 5500. **Upravené podľa SPC schváleného Európskou agentúrou pre lieky (EMA) dňa 28.02.2020.**



Pfizer LUXEMBOURG SARL, o.z., Pribinova 25, 811 09 Bratislava, Tel.: +421 2 33 55 55 00, www.pfizer.sk
PP-PNA-SVK-0092, Dátum schválenia: august 2020

Prevenar 13
Pneumokoková polysacharidová konjugovaná vakcína (13-valentná, adsorbovaná)

SLOVENSKÁ ASOCIÁCIA PRE VÝŽIVU A PREVENCIU

ABSTRAKT Č. 52

PROJEKT POTRAVINÁRSKEJ KOMORY SLOVENSKA „ZDRAVÝ TANIER -VYZNAJTE SA V POTRAVINÁCH A ŽITE ZDRAVŠIE“

Doc. MUDr. Minárik Peter, PhD., MSc.¹, Doc. PharmDr. DANIELA MINÁRIKOVÁ, PhD., MSc.²¹ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety | Biomedicínske centrum SAV | Onkologický ústav sv. Alžbety | Slovenská poľnohospodárska univerzita v Nitre | Ľubovníková 59, 841 07 Bratislava | e-mail: peterminarik57@gmail.com² Univerzita Komenského v Bratislave, Farmaceutická fakulta, Katedra organizácie a riadenia farmácie Odbojárov 10, Bratislava 832 32 | e-mail: minarikova@fpharm.uniba.sk

Súhrn: Už mnoho rokov sa v záujme šírenia osvedčenej a zdravej, vyváženom a pestrom stravovaní na celom svete používajú Odporúčania zdravej výživy - „Dietary Guidelines“. Odporúčania mienkotvorných zdravotníckych inštitúcií tvorí vždy tím špecialistov, ktorých členmi sú vedci, nutriční špecialisti, klinickí i verejní zdravotníci. Oficiálne odporúčania sa opierajú o relevantné výsledky vedy a výskumu a sú určené predovšetkým pre širokú a odbornú verejnosť. Návodov a pokynov sú zamerané na zdravú populáciu detí, mládeže, dospelých i seniorov. Niektoré odporúčania sa netýkajú výlučne len stravovania a výživy, ale zahŕňajú aj návody pre správnu aplikáciu pohybovej aktivity, prípadne aj rady o iných aspektoch životného štýlu. Cieľom týchto odporúčaní je podpora zdravia jedincov i celej populácie, a to prostredníctvom zníženia nutrične podmienených rizikových faktorov chronických neinfekčných ochorení, ktoré majú vplyv na chorobnosť, kvalitu života, ako aj na celkovú i špecifickú úmrtnosť. Prvé oficiálne výživové odporúčania sa objavili už v 90. rokoch minulého storočia a odvtedy sa niekoľkokrát aktualizovali. Ako príklad môžeme uviesť USA, kde sa oficiálne výživové odporúčania Ministerstva pôdohospodárstva Spojených štátov amerických (US Department of Agriculture Dietary Guidelines for Americans, <https://www.dietaryguidelines.gov/>) aktualizujú každých 5 rokov a súčasne sú platné na roky 2015-2020.

Na podporu nutričnej osvedčenej a zdravej, vyváženom a pestrom stravovaní na celom svete používajú Odporúčania zdravej výživy - „Dietary Guidelines“. Odporúčania mienkotvorných zdravotníckych inštitúcií tvorí vždy tím špecialistov, ktorých členmi sú vedci, nutriční špecialisti, klinickí i verejní zdravotníci. Oficiálne odporúčania sa opierajú o relevantné výsledky vedy a výskumu a sú určené predovšetkým pre širokú a odbornú verejnosť. Návodov a pokynov sú zamerané na zdravú populáciu detí, mládeže, dospelých i seniorov. Niektoré odporúčania sa netýkajú výlučne len stravovania a výživy, ale zahŕňajú aj návody pre správnu aplikáciu pohybovej aktivity, prípadne aj rady o iných aspektoch životného štýlu. Cieľom týchto odporúčaní je podpora zdravia jedincov i celej populácie, a to prostredníctvom zníženia nutrične podmienených rizikových faktorov chronických neinfekčných ochorení, ktoré majú vplyv na chorobnosť, kvalitu života, ako aj na celkovú i špecifickú úmrtnosť. Prvé oficiálne výživové odporúčania sa objavili už v 90. rokoch minulého storočia a odvtedy sa niekoľkokrát aktualizovali. Ako príklad môžeme uviesť USA, kde sa oficiálne výživové odporúčania Ministerstva pôdohospodárstva Spojených štátov amerických (US Department of Agriculture Dietary Guidelines for Americans, <https://www.dietaryguidelines.gov/>) aktualizujú každých 5 rokov a súčasne sú platné na roky 2015-2020.

Na podporu nutričnej osvedčenej a zdravej, vyváženom a pestrom stravovaní na celom svete používajú Odporúčania zdravej výživy - „Dietary Guidelines“. Odporúčania mienkotvorných zdravotníckych inštitúcií tvorí vždy tím špecialistov, ktorých členmi sú vedci, nutriční špecialisti, klinickí i verejní zdravotníci. Oficiálne odporúčania sa opierajú o relevantné výsledky vedy a výskumu a sú určené predovšetkým pre širokú a odbornú verejnosť. Návodov a pokynov sú zamerané na zdravú populáciu detí, mládeže, dospelých i seniorov. Niektoré odporúčania sa netýkajú výlučne len stravovania a výživy, ale zahŕňajú aj návody pre správnu aplikáciu pohybovej aktivity, prípadne aj rady o iných aspektoch životného štýlu. Cieľom týchto odporúčaní je podpora zdravia jedincov i celej populácie, a to prostredníctvom zníženia nutrične podmienených rizikových faktorov chronických neinfekčných ochorení, ktoré majú vplyv na chorobnosť, kvalitu života, ako aj na celkovú i špecifickú úmrtnosť. Prvé oficiálne výživové odporúčania sa objavili už v 90. rokoch minulého storočia a odvtedy sa niekoľkokrát aktualizovali. Ako príklad môžeme uviesť USA, kde sa oficiálne výživové odporúčania Ministerstva pôdohospodárstva Spojených štátov amerických (US Department of Agriculture Dietary Guidelines for Americans, <https://www.dietaryguidelines.gov/>) aktualizujú každých 5 rokov a súčasne sú platné na roky 2015-2020.

Kľúčové slová: odporúčania zdravej výživy, zdravý tanier, pyramída zdravej výživy

ABSTRAKT Č. 53

KTORÉ RIZIKOVÉ FAKTORY SÚ SPOLOČNÉ PRE KARDIOVASKULÁRNE A ONKOLOGICKÉ CHOROBY?

MUDr. ADELA PENESOVÁ, PhD.^{1,2}, MUDr. JANA BABJAKOVÁ, PhD. MPH^{2,3}¹ Ústav klinického a translačného výskumu, Biomedicínske centrum, Slovenská Akadémia Vied, Bratislava² Slovenská asociácia pre výživu a prevenciu³ Ústav hygieny, Lekárska fakulta, Univerzita Komenského, Bratislava

Súhrn: Kardiovaskulárne choroby na Slovensku zodpovedajú približne za 45% morbiditu a mortality, onkologické prispievajú k morbidite a mortalite 23%. Podľa údajov Štatistického úradu Slovenskej republiky (ŠÚSR) a Národného centra pre zdravotnícke informácie (NCZI) v slovenskej populácii tiež dominujú chronické neprenosné choroby a v príčinách úmrtnosti tvoria viac ako 95 %. Ide najmä o choroby srdcovocievneho systému, a (KVS), diabetes mellitus a nádorové ochorenia. Odhaduje sa, že približne polovicu všetkých úmrtí na Slovensku možno pripísať rizikovým faktorom správania. Tento podiel výrazne presahuje priemer EÚ.

Nezdravý životný štýl (fajčenie, dyslipidémia, obezita, fyzická inaktivita a sedavý spôsob života, nesprávne zloženie stravy, najmä nedostatočná konzumácia ovocia a zeleniny, nadmerný príjem alkoholu, nesprávny manažment stresu, nedostatok spánku a pod.) sa na ich vzniku podieľa v prípade KVS ochorení cca až 70% a v prípade onkologických ochorení 40%. Pre zdravie slovenských občanov predstavuje hrozbu dlhodobou vysokou spotrebou tabaku a rastúce miery nadváhy a obezity u detí.

Fajčenie významne zvyšuje riziko anginy pectoris, fajčiari majú dvojnásobne vyššie riziko infarktu myokardu a srdcového zlyhania, 3x vyššie riziko NCMP, 5x vyššie riziko periférnej obliterujúcej artériovej choroby dolných končatín. Fajčenie predstavuje zvýšené riziko nielen karcinómu pľúc, ale aj rakoviny úst, hlavy a krku, karcinómu žalúdka, pankreasu, kolorektálneho a hepatocelulárneho kar-

cinómu, karcinómu močového mechúra a obličiek, myeloidnej leukémie.

Na Slovensku je spotreba alkoholu 12,5 l čistého alkoholu/osobu za rok vo veku nad 15 rokov, čo predstavuje dvojnásobok svetového priemeru. Alkohol je hlavnou príčinou viac než 200 ochorení a poškodení orgánov (CNS, gastrointestinálneho (alkoholová choroba pečene ALD a pod.), onkologických (hepatocelulárneho a kolorektálneho karcinómu, karcinómu prsníka, pažeráka, pankreasu a pod.), predčasnej pracovnej neschopnosti a úmrtnosti. Neexistuje taký orgán v tele, na ktorý by alkohol nemal škodlivý účinok alkohol poškodzuje aj KVS a prispieva k vzniku koronárnej choroby srdca, fibrilácie predsiení a kardiomyopatie a zvyšuje krvný tlak. Preto neexistuje bezpečná dávka alkoholu.

The Global BURDEN study ukázala, že z dietetických faktorov k KVS morbidite najviac prispieva nedostatočná konzumácia celozrnných výrobkov (20%), orechov a semienok (16%), ovocia (12%), morských rýb bohatých na omega 3 matné kyseliny (11%) a naopak riziko zvyšuje nadmerná konzumácia soli (12%). Obezita predstavuje riziko viac ako 12 onkologických ochorení a 2-3 násobne zvýšené riziko chorôb KVS. Fyzicky neaktívni ľudia majú 2x vyššiu pravdepodobnosť ochorieť na choroby KVS ako fyzicky aktívni. Mnohé rizikové faktory sú pritom spoločné a preventabilné.

Kľúčové slová: kardiovaskulárne choroby, onkologické choroby, rizikové faktory, fajčenie, alkohol

Podporené grantom APVV 17-0099; VEGA 2/0129/20, VEGA 2/0072/18

ABSTRAKT Č. 54

VPLYVY CIRKADIÁNNYCH RYTMOV NA ZDRAVIE

MUDr. JANA BABJAKOVÁ, PhD. MPH¹, MUDr. ADELA PENESOVÁ, PhD.²,
Doc. Mgr. MILAN SEDLIAK, PhD.²

¹ Ústav hygieny, Lekárska fakulta, Univerzita Komenského v Bratislave, Bratislava

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

³ Katedra biologických a lekárskeho vied, Fakulta telesnej výchovy a športu, Univerzita Komenského v Bratislave, Bratislava

Súhrn: Cirkadiánne rytmy sú cyklické endogénne procesy, ktoré sa vyskytujú s periodicitou približne 24 hodín (23,27 - 24,64 hodín). Za objasnenie molekulárnych mechanizmov vnútorných cirkadiánnych hodín bola udelená Nobelova cena za medicínu v roku 2017 a získali ju traja americkí vedci (Jeffrey Hall, Michel Rosbach a Michael Young), ktorí objavili molekulárne mechanizmy ovládajúce cirkadiánne rytmy. V každom orgáne sú poloautonómne hodiny a zložitý systém vnútorných hodín riadi nielen niektoré zo špecifických vzorcov ľudského správania (príjem potravy, cyklus spania a bdenia), ale aj vnútornú fyziológiu človeka (teplotu tela, krvný tlak, produkcia hormónov, procesy trávenie a imunitná aktivita). Celkové zdravie závisí od synchronizácie všetkých týchto hodín. Vďaka slnečnému žiareniu, hlavne modrému spektru, sú cirkadiánne rytmy denne upravené na 24 hodín. Ak však slnko vyjde v inom čase (napr. po/počas letu cez časové pásma) alebo ak dochádza uprostred noci k vystaveniu jasnému svetlu (napr. práca na smeny), môžu tieto zmeny cyklus vytlačiť zo synchronizácie a vyvolať nepríjemné pocity rôzneho druhu až dočasné zhoršenie niektorých životne dôležitých funkcií. Expozícia svetlu je synchronizačným výkyvným tlakom hlavne pre centrálné hodiny v hypotalame. Periférne hodiny viacerých orgánov reguluje významne aj príjem potravy. Aj keď epidemiologické štúdie naznačujú súvislosť medzi frekvenciou a časom konzumácie stravy na jednej strane a rizikom ochorení

na druhej strane, experimentálne štúdie preukazujú často protichodné výsledky. Okrem frekvencie a načasovania jedla sa musia brať do úvahy aj ďalšie faktory, napr. konzumácia raňajok, distribúcia denného príjmu energie, nočné stravovanie, dĺžka neprijímania stravy. Pravidelný spôsob stravovania vrátane príjmu väčšieho podielu energie na začiatku dňa, zníženej frekvencie konzumácie potravy (t.j. 2–3 jedál/deň) a pravidelné obdobia nejedenia, môžu poskytovať fyziologické prínosy, ako je napríklad zníženie zápalovej aktivity, zvýšená odolnosť voči stresu, autofágia, zlepšený cirkadiánny rytmus ba i pozitívna modulácia črevnej mikrobioty. Existujú viaceré cirkadiánne fázové markery a jeden z nich je známy alebo cirkadiánna preferencia, ktorá odráža preferovanú dennú dobu jednotlivca pre cyklus aktivity/odpočinku. Jednotlivci s neskorým chronotypom vykazujú nižšie dodržiavanie pravidiel zdravej výživy, oneskorené načasovanie jedla, zvyk vynechávať raňajky, majú nižšiu spotrebu ovocia a zeleniny a vyššiu preferenciu sladkého jedla a nápojov. Pribúda aj dôkazov poukazujúcich na súvislosť medzi načasovaním príjmu potravy a obezitou u ľudí, čo vyvoláva diskusiu, či otázka kedy prijímať potravu nie je rovnako dôležitá ako otázka, čo jesť a koľko jesť. Vo viacerých štúdiách sa hmotnosť participantov pri izokalorickom režime menila podľa podmienok v danej skupine, v akej dennej dobe účastníci prijímali denné jedlo. Významne viac svoju hmotnosť zredukovali participanti v ranej sku-

pine, pričom úbytok hmotnosti bol zaznamenaný pri konzumácii rovnakého množstva kalórií, preto je koncept chronobiológie (časovania jedla - doby, kedy prijímať potravu) taký dôležitý. Na základe novej definície obezity ako chronobiologického ochorenia predstavuje neobvyklé alebo oneskorené načasovanie jedla cirkadiánu chronodisrupciu (stav, v ktorom sa centrálna a periférna hodiny desynchronizované), ktorá vedie k poruchám metabolizmu. Správne načasovanie konzumácie jedla sa javí ako nový potenciálny cieľ v stratégiách kontroly hmotnosti a terapeutické stratégie by mali tento rizikový, resp. možný protektívny faktor brať do úvahy pri prevencii nadváhy, obezity a v manažmente diabetu 2. typu. Podľa záverov mnohých štúdií chronodisrupcia hrá dôležitú úlohu v rôznych patologických podmienkach a stavoch, od poruchy nálady až po predčasné starnutie, neurologické poruchy, ba i rakovinu. Chronoprevenia (plánovanie časových zmien zásahov do životného štýlu, ako je príjem potravy, fyzická aktivita, doba spánku a iné) sa v budúcnosti môže významne využívať v prevencii chronických neprenosných chorôb.

Kľúčové slová: cirkadiánne rytmy, chronobiológia, chronodisrupcia, chronoprevenia

„NA SLOVÍČKO S ORTOPÉDMI“ – MODEROVANÁ DISKUSIA

ABSTRAKT Č. 55

OCHORENIA A ÚRAZY RAMENNÉHO KLĽBU

MUDr. Peter Klein, MBA

Ortopedická a osteologická ambulancia, Prešov

Súhrn: Horná končatina má pri existencii a živote človeka nezastupiteľný význam. Výskumy hovoria, že práca vykonávaná rukou priniesla nebyvalý rozvoj mozgu a tým umožnila vývoj človeka na homo sapiens sapiens.

ANATÓMIA Ramenný kĺb je kĺb s najväčším rozsahom pohybu v ľudskom tele a zároveň je schopný veľkej sily. Pozostáva z kostí, svalov, šliach, väzov, je výborne cievne a nervovo zásobený. Kostí ramenného kĺbu - kľúčna kosť, lopatka a ramenná kosť, ktoré spolu artikulujú v niekoľkých kĺboch. Akromioklavikulárny kĺb, ktorý je umiestnený medzi distálnou časťou klavikuly a akromionom. Glenohumerálny kĺb - medzi lopatkou (jej časťou glenoidom) a proximálnym humerom. V tomto sklbení je umožnený veľký rozsah pohybu aj z dôvodu nepomeru veľkosti jamky, ktorá je malá a plytká a hlavou, ktorá je guľovitá. Na zväčšenie stability okraj glenoidu je rozšírený labrom. Kĺbne puzdro a stabilizačné väzy (glenohumerálne ligamentá) upínajú sa na kostný okraj glenoidu. Kĺbne puzdro zvnútra je pokryté tenkou synoviálnou výstelkou produkujúcou synoviálnu tekutinu. Ramenný kĺb je jediný veľký kĺb, cez ktorý prechádzajú svaly tvoriac rotátorovú manžetu - pomáhajú stabilizovať samotný kĺb a zabezpečujú rotačné pohyby a šľacha dlhej hlavy bicepsu, ktorá okrem stabilizácie zabezpečuje flexiu.

Bohaté nervovo-cievne zásobenie umožňuje kontrolovať pohyb, zabezpečovať výživu, citlivosť a metabolickú aktivitu tkanív ramena. Hyalínna chrupavka, ktorá pokrýva povrch kostí v kĺbe, je zrkadlovo hladká a vyživovaná zo synoviálnej tekutiny, čím môže znášať veľké zaťaženie bez poškodenia jej výživy.

Ak má byť kĺb ramenný funkčný, musia byť všetky štruktúry anatomicky správne a plne funkčné. **K OCHORENIU** dochádza z rôznych príčin a zjednodušene ich rozdelíme na úrazové a neúrazové. Úrazom dochádza k poškodeniu **tvrdých častí** - kosti-zlomeniny otvorené zatvorené, úplné neúplné, intra či extraartikulárne, s posunom i bez posunu ... **mäkkých častí** - svaly a šľachy (ruptúry rotátorovej manžety, dlhej šľachy bicepsu, väzy..), kĺbne puzdro a labrum (luxácie AC kĺbu, glenohumerálneho kĺbu, sternoklavikulárneho kĺbu..). Neúrazové majú viacero príčin: **degeneratívne** (glenohumerálna arthróza, AC arthróza, impigment syndróm, syndrom šľachy bicepsu...), **zápalové** (omarthritis, reumatoidná artritída, infekčná artritída, bursitis subacromialis calcarea...), **nádorové** (juvenilné cysty, exostózy...), **neurologické** (Scapula alata - paréza n.thoracicus longus, referred pain-prenesná bolesť z C chrčtice, algoneurodystrofia..), **cievne** (aseptická nekróza hlavy humeru - m.Haas..), **metabolické** (kryštálové artropatie, diabetická...) **vrodené** (Sprengelova deformita, Kleidocraniálna dysostóza, Vrodená pseudoartroza klavikuly..)

Hlavným **PRÍZNAKOM** je bolesť v ramene, ktorá je predovšetkým bolesťou mäkkých častí, a to šľachy, kĺbového puzdra a synovie. Medzi ostatné príznaky patria opuch, zmena farby kože, deformita, obmedzenie pohybu, strata sily, trpnutie, strata citlivosti, zvukové fenomény v ramene, vyžarovanie a prenesenie bolesti.

DIAGNOSTIKA. Anamnéza, klinické vyšetrenie - pohľad, pohmat, poklop, špeciálne testy, biochemický skrining, zobrazovacie vyšetrenia - neinvasívne so zameraním na mäkké štruktúry (ako svaly,

väzy, šľachy, burzy: USG, MRI) na „tvrdé“ štruktúry (Rtg, CT, gamagrafia, PET), invazívne: artrografia, artroskopia. Nasleduje stanovenie diagnózy a liečebného postupu, eventuálne posúdenie pre poistovní.

LIEČBA. Režimové opatrenia, polohovanie, repozícia, fixácia, ortéza, medikácia celková, lokálna, intraartikulárna (aplikácia kortikoidov, kyseliny hyaluronovej, kolagénu, PRP obohatenej plazmy...), operačná liečba (artrotómie, artroskopické výkony, osteosyntézy, totálne náhrady, ablácie...) a pooperačná starostlivosť, reedukácia, rehabilitácia - fyzikálna liečba, cvičenie alebo špecifická pre poranenia muskuloskeletálneho systému všeobecne komplexná napríklad pri pomliaždeninách - RICE (rest-kľud, ice - chladenie, compression - bandáž, elevation- zdvihnutie).

Zásadným ostáva rozhodnutie, kedy je potrebné konzultovať ortopéda? Manažment pacienta je

stále v rukách praktika v spolupráci so špecialistom ohľadom úplnej diagnostiky, postupu liečby a návratu do pracovnej činnosti či posudzovaním následkov ochorenia pre potreby sociálnej poisťovne a komerčných poisťovní. Ortopéd je tu vždy, ak praktík potrebuje radu či pomoc, vykonávateľom invazívnej diagnostiky či liečby a jej pooperačným dosledovaním.

PREVENCIA. Aby človek predišiel problémom, je potrebná starostlivosť o správny vývoj od narodenia, adekvátna záťaž s rozvojom svalstva a sily, vytvorenie pracovných návykov a pohybových reťazcov s následným udržiavaním rozsahu pohybov a utužovaní pohybových reťazcov, prevencia úrazov a vyhýbanie sa preťažovaniu a nadmernej námahe.

Kľúčové slová: ramenný kĺb, ochorenia a úrazy, liečba, ortopéd

SESTERSKÁ SEKCIA**I. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK**

ABSTRAKT Č. 56

SESTRA A PÔRODNÁ ASISTENTKA V 21. STOROČÍ*PhDr. IVETA DRAHOŇOVÁ, MPH**členka Rady Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek, Bratislava
Personálny úrad Ozbrojených síl Slovenskej republiky, Liptovský Mikuláš*

Súhrn: Príspevok sa venuje problematike sestier pracujúcich v Slovenskej republike v 21. storočí, ktoré vykonávajú regulované povolanie sestera. Popisuje teoretické východiská z oblasti registrovania sestier podľa platnej legislatívy, regulovaného povolania – sestera, hodnotenia sústavného vzdelávania. Poukazuje na kľúčové problémy sestier v súčasnosti. V teoretickej rovine informuje o celosvetovom projekte Nursing now, do ktorého sa zapojila aj Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek pri príležitosti 200. výročia narodenia priekopníčky moderného ošetrovateľstva Florence Nidhtingale. Ako dôvod účasti na kampani uvádza hlavne kritickú situáciu s nedostatkom sestier a pôrodných asistentiek, ako aj malý záujem o výkon sesterského povolania a povolania pôrodnej asistentky na Slovensku.

Kľúčové slová: sestra, pôrodná asistentka, Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, regulované povolanie – sestra, hodnotenie sústavného vzdelávania, projekt Nursing now

II. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK

ABSTRAKT Č. 57

VPLV OBEZITY NA VZNIK ONKOLOGICKÝCH OCHORENÍ GITU

Doc. MUDr. MÁRIA BELOVIČOVÁ, PhD. *mim. prof.*^{1,2,3}, Doc. PhDr. MÁRIA POPOVIČOVÁ, PhD.⁴,
PhDr. VIERA IVANKOVÁ^{5,6}

¹ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, pracovisko Michalovce

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

³ Slovenská spoločnosť praktickej obezitológie, Bardejov

⁴ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava, Detašované pracovisko bl. Metoda Dominika Trčku Michalovce

⁵ NsP Š. Kukurú Michalovce a. s.

⁶ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety (VŠZaSP) – študent doktorandského štúdia

Súhrn: Obezita je definovaná ako zvýšená telesná hmotnosť zapríčinená nadmerným hromadením tuku.

Nezdravý životný štýl: fajčenie, nevhodná výživa, nadmerný kalorický príjem, konzumácia alkoholu či fyzická inaktivita významne ovplyvňujú zdravie jedinca i celej spoločnosti. 50% nádorových a viac ako 40% kardiovaskulárnych ochorení sa pripisuje faktorom životného štýlu. Na Slovensku nádorové ochorenia predstavujú druhú príčinu úmrtnosti s podielom okolo 22%.

Obezita je hlavným rizikovým faktorom pre vznik malígnych aj nemalígnych ochorení gastrointestinálneho traktu.

Existuje prísna asociácia medzi BMI a **Barretovým pažerákom**. Je zároveň nezávislým rizikovým faktorom pre **adenokarcinóm v oblasti kardia žalúdka**. U pacientov s Barretovým pažerákom je obezita asociovaná s progresiou do **adenokarcinómu pažeráka**; vyššia hladina leptínu a nižšia hladina adiponektínu sa považujú za markery progresie do adenokarcinómu. Obezita môže napr. urýchliť H. pylori indukovanú karcinogézu žalúdka.

Kolorektálny karcinóm (KRK): je 3. najčastejšia malignita po karcinóme pľúc a prsníka. Najčastejšia príčina mortality pri KRK je spôsobená vzdialenými metastázami. Incidencia KRK je častejšia u pacientov s obezitou, diagnostikuje sa často až v pokročilejšom štádiu. Tumorigenéza a progresia choroby

sú spojené s chronickou inflamáciou viscerálneho tuku. U obéznych pacientov pozorujeme horšiu odpoveď na chemoterapiu a skrátené prežívanie. Početné štúdie demonštrovali pozitívny efekt zmeny životného štýlu na zlepšenie prežívania pacienta.

Adenokarcinóm pankreasu: obezita zvyšuje potenciálne riziko vzniku karcinómu pankreasu. Toto riziko je spojené aj s diabetom 2. typu.

Žilčové cesty: predpokladá sa, že adenokarcinóm žlčníka a cholangiokarcinóm majú spojitosť s obezitou.

Hepatocelulárny karcinóm (HCC): obezita zvyšuje riziko hepatocelulárneho karcinómu (odds ratio 2.22 pre BMI > 35 kg/m²). Diabetes a obezita urýchľujú rozvoj HCC u pacientov s NASH a ukládanie železa sa môže stať prídavným karcinogénnym rizikom. Tieto faktory môžu spôsobiť vznik HCC nezávisle od prítomnosti pokročilej fibrózy alebo cirhózy. 40% pacientov s NAFLD (nealkoholovou tukovou chorobou pečene) nemajú cirhózu v čase stanovení diagnózy HCC. Podľa analýzy 2863 prípadov NAFLD spojených s HCC len 64% pacientov malo cirhózu a 18% malo jednoduché stukovatenie pečene bez steatohepatitídy. Racionálne stravovanie a pravidelná fyzická aktivita môžu mať pozitívny vplyv na redukciu vzniku HCC.

Záver: Svetové inštitúcie uvádzajú, že nádorové ochorenia sú preventabilné a vyzývajú k intenzívnej protinádorovej prevencii. V rámci prevencie treba

poukázať na chutnú, ale nezdravú tradičnú výživu, obezitu, nedostatočnú fyzickú aktivitu, tabakizmus, závislosť na alkohole a ďalšie faktory. V neposlednej miere zohráva negatívnu úlohu pri vzniku onkologických ochorení aj nízka zdravotná gramotnosť obyvateľstva ohľadne onkologických ochorení. Osveta ohľadne onkologických ochorení je rovnako

dôležitá ako skríning včasných foriem rakoviny a vyhládavanie potenciálne malígnych útvarov (prekanceróz). Obidve formy prevencie sa navzájom podporujú a ani jedna nemá prednosť pred druhou.

Kľúčové slová: obezita, onkologické ochorenia GITu, protinádorová prevencia, rizikové faktory

ABSTRAKT Č. 58

ÚLOHA SESTRY V MANAŽMENTE PACIENTA S OBEZITOU

PhDr. VIERA IVANKOVÁ^{1,2}, Doc. MUDr. MÁRIA BELOVIČOVÁ, PhD. *mim. prof.*^{3,4},
PhDr. JANA ŠULCOVÁ^{2,5}, PhDr. TATIANA HUDÁKOVÁ^{2,6}

¹ NsP Š. Kukurú Michalovce a. s.

² Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety (VŠZaSP) - študent doktorandského štúdia

³ Interná ambulancia so zameraním na diagnostiku a liečbu chorôb pečene - Remedium, s. r. o.

⁴ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety (VŠZaSP) Bratislava, pracovisko Michalovce

⁵ NsP J. A. Reimana Prešov

⁶ NsP Trebišov a. s.

Súhrn: Obezita je globálny problém nezávislý od veku. Počet obéznych jedincov v súčasnosti dosahuje celosvetové epidemické rozmery. Obézni pacienti majú často komorbidné stavy vrátane arteriovej hypertenzie, srdcového zlyhania, obštrukčného spánkového apnoe a problémov s pohyblivosťou. Problémy starostlivosti o obéznych pacientov sa objavujú vo všetkých prostrediach zdravotnej starostlivosti. Keď obézny pacient potrebuje ošetrovateľskú starostlivosť, fyzická veľkosť môže skomplikovať aj tie najnákladnejšie zásahy bez ohľadu na nastavenie praxe. Cieľom príspevku je poukázať na manažment ošetrovateľskej starostlivosti o obézneho pacienta a úlohy sestry pri predvídaní problémov súvisiacich s obezitou, ako sú respiračné komplikácie, ťažkosti s absorpciou liečiva, intravenóznym prístupom, sebestačnosťou pacienta, hygienickou starostlivosťou, starostlivosťou o kožu, nechty a rany, problémy s vyprázdňovaním, výživou obézneho pacienta a výzvy v oblasti mobility. Predvídanie týchto problémov a rozvoj zručností pri ich riešení sú dôležitou súčasťou úlohy sestry. Sestry majú základné kompetencie, ktoré im umožňujú bezpečne

a efektívne ošetrovať obéznych pacientov.

Kľúčové slová: obézny pacient, komplikácie, ošetrovateľská starostlivosť, úlohy sestry

ABSTRAKT Č. 59

ÚSKALIA OŠETROVATEĽSKÉHO PRÍSTUPU K EXTRÉMNE OBÉZNEMU PACIENTOVI

PhDr. TATIANA HUDÁKOVÁ^{1,2}, doc. PhDr. MÁRIA POPOVIČOVÁ, PhD.³, PhDr. VIERKA IVANKOVÁ^{2,4},
PhDr. JANA ŠULCOVÁ^{2,5}

¹ NsP Trebišov a.s.

² Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety (VŠZaSP) – študent doktorandského štúdia

³ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety (VŠZaSP) Bratislava, pracovisko Michalovce

⁴ NsP Š.Kukuru Michalovce a.s.

⁵ FNŠP J. A. Reimana Prešov

Súhrn: Cieľom príspevku je poukázať na náročnosť a limity poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti u pacienta s extrémnou obezitou. Na základe kazuistiky pacienta s extrémnou obezitou predkladáme problémové oblasti starostlivosti a poukazujeme na nutnosť venovania sa problematike prístupu k extrémne obéznym pacientom v kontexte ošetrovateľstva. Venujeme sa oblastiam sebaopater, hygienickej starostlivosti, vyprázdňovaniu, odberom krvi, zaisteniu dýchacích ciest, transportu pacienta

a výžive pacienta s extrémnou obezitou. Na základe skúseností s ošetrovaním pacientov s extrémnou obezitou navrhujeme pre súčasné ošetrovateľstvo výstupy pre prax a zdôrazňujeme význam a potrebu venovania sa problematike špecifik ošetrovania pacientov s extrémnou obezitou.

Kľúčové slová: ošetrovateľská starostlivosť, extrémna obezita, kazuistika

ABSTRAKT Č. 60

VZÁJOMNÉ VZŤAHY MEDZI DIABEZITOU A CHOROBAMI PEČENE

Doc. MUDr. MÁRIA BELOVIČOVÁ, PhD. *mim. prof.* 1,2,3 MUDr. JÁN KAŇUCH4, Doc. RNDr. PAVEL MATULA, CSc. 5,6

¹ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, pracovisko Michalovce

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

³ Slovenská spoločnosť praktickej obezitológie, Bardejov

⁴ Ambulancia všeobecného praktického lekára, Raslavice

⁵ Klinika rádioterapie a onkológie, Východoslovenský onkologický ústav, Košice

⁶ Externý pedagóg VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava

Súhrn: Diabetes mellitus patrí medzi medicínsky závažné a vysoko nákladové chronické ochorenia. V dôsledku akútnych a chronických komplikácií sa významnou mierou podieľa na úmrtnosti, chorobnosti a zhoršovaní kvality života pacientov. NAFLD je najčastejšou chorobou pečene v hospodársky rozvinutých krajinách. Prevalencia sa pohybuje v rozmedzí 17 - 46% v závislosti od diagnostických

postupov, etnickej príslušnosti, veku, pohlavia. Prevalencia NAFLD stúpa s vekom, pretože pacienti vo vyššom veku majú viac rizikových faktorov metabolického syndrómu. Vo všeobecnosti sa usudzuje, že progresia NAFLD do steatohepatitídy, resp. fibrózy vyplýva skôr z pridružených ochorení a dlhých ich trvania ako z veku samotného. Rizikovými faktormi pre rozvoj NAFLD sú: obezita, diabetes mellitus

(DM) 2. typu, hypertriglyceridémia.

Cieľ práce a metodika: Zistiť prítomnosť fibrózy pečene u pacientov s nadváhou alebo obezitou a u pacientov s DM2. typu, ktorí navštívili Internú ambulanciu v Bardejovských Kúpeľoch v rokoch 2017 a 2018 za účelom diferenciálnej diagnostiky chorôb pečene. Každému pacientovi s nadváhou alebo obezitou a u pacientov s DM2. typu sme realizovali okrem štandardných odberov zameraných na diferenciálnu diagnostiku chorôb pečene, USG abdomenu aj vyšetrenie tranzientnou elastografiou.

Výsledky: V našej ambulancii bolo z celkového počtu 751 prvo vyšetrených pacientov (v priebehu rokov 2017 a 2018) diagnostikovaných 309 pacientov s nealkoholovou tukovou chorobou pečene. Korelačnou a regresnou analýzou sme overili vplyv nadváhy pacientov (cez hodnoty body mass indexu BMI) na stupeň fibrózy pečene. Vzťah prítomnosti/nepítomnosti DM2T v závislosti od BMI je štatisticky významný ($p=0,032$). Pri zistení závažného stupňa fibrózy (F2 a vyšší stupeň) bola zahájená komplexná liečba a meranie stupňa fibrózy sme uskutočnili po 1 roku. Nastalo štatisticky významné

zníženie stupňa fibrózy pečene v obidvoch skupinách pacientov (bez a s DM2T) po 1 roku komplexnej liečby. ($p=0,001$).

Záver: V rámci komplexnej liečby NAFLD je potrebná úprava stravovania, korekcia glykémie a pokles hmotnosti v prípade nadváhy/obezity. Je dokázané, že redukcia hmotnosti o 10% počas 6-12 mesiacov vedie u jedincov s NASH k zlepšeniu inzulínovej rezistencie a histologického nálezu v pečeni. Zníženie hmotnosti o 4-14% vedie k štatisticky významnému zníženiu triglyceridov v pečeni a to o 35-81%. Miera ich zníženia je závislá od veľkosti redukcie hmotnosti. Potrebná je samozrejme aj pravidelná fyzická aktivita, ktorá podporí úsilie o redukciu hmotnosti a pomôže pri jej udržaní. Vďaka vysokej prevalencii NAFLD u pacientov s DM 2. typu by pacienti mohli profitovať zo skriningu fibrózy pečene prostredníctvom tranzientnej elastografie.

Kľúčové slová: NAFLD - nealkoholová tuková choroba pečene, NASH – Nealkoholová steatohepatitída, DM - diabetes mellitus 2. typu, obezita, tranzientná elastografia

ABSTRAKT Č. 61

VPLYV ŽIVOTOSPRÁVY NA VZNIK RECIDÍVY AKÚTNEHO KORONÁRNEHO SYNDRÓMU

PhDr. JANA ŠULCOVÁ^{1,2}, Doc. PhDr. ANNA MURGOVÁ, PhD.³, PhDr. VIERKA IVANKOVÁ^{2,4},
PhDr. TATIANA HUDÁKOVÁ^{2,5}

¹ FNŠP J. A. Reimana Prešov

² Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety (VŠZaSP) - študent doktorandského štúdia

³ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety (VŠZaSP) Bratislava, pracovisko Michalovce

⁴ NsP Š.Kukuru Michalovce a.s.

⁵ NsP Trebišov a.s.

Súhrn: Predkladaný príspevok popisuje kazuistiku pacienta s recidívou akútneho koronárneho syndrómu (AKS). Ischemická choroba srdca a poškodenie srdcových ciev patria medzi ochorenia, ktoré sa vyznačujú dlhodobým, často celoživotným priebehom. Viaceré analýzy ukazujú, že za pokles mortality na kardiovaskulárne ochorenia (KVO) má viac

ako 50% podiel úprava životného štýlu a rizikových faktorov a 40% podiel pripadá na vylepšené terapeutické postupy. Napriek všetkým úspechom v diagnostike a liečbe KVO a AKS zostávajú tieto ochorenia stále najčastejšou príčinou morbidoty a mortality. Významné zníženie úmrtnosti sa v súčasnosti nedá pripísať výraznému zlepšeniu životného štýlu, ale

naopak možnostiam farmakologickým, invazívnej a chirurgickej liečbe. Cieľom práce je poukázať na potrebu komplexnej preventívnej starostlivosti o pacienta s prekonaným AKS, ktorý zostal vo vysokom riziku recidívy a po nedodržaní odporúčaných opatrení došlo k recidíve AKS. Pozornosť akcentujeme na životný štýl, ktorý je obvykle založený na

dlhodobých vzorcoch správania, udržiavané v sociálnom prostredí a úlohy sestry v preventívnych činnostiach, pri výchove k zdraviu a edukácii.

Kľúčové slová: akútne koronárny syndróm, životospráva, životný štýl, recidíva, výchova k zdraviu

ABSTRAKT Č. 62

SESTRY V PANDÉMII COVID-19

PhDr. VIERA IVANKOVÁ^{1,2}, Doc. MUDr. MÁRIA BELOVIČOVÁ, PhD. *mim. prof.*^{3,4}

¹ NsP Š. Kukuřička Michalovce a.s.

² Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety (VŠZaSP) – študent doktorandského štúdia

³ Interná ambulancia so zameraním na diagnostiku a liečbu chorôb pečene - Remedium, s. r. o.

⁴ Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety (VŠZaSP) Bratislava, pracovisko Michalovce

Súhrn: V decembri 2019 sa vo Wu-Chane v Číne objavil ničivý koronavírus, dnes známy ako COVID-19, ktorý spôsoboval masové choroby v celej krajine. Keď sa rozšíril takmer do všetkých krajín sveta, Svetová zdravotnícka organizácia 12. marca 2020 vyhlásila prepuknutie koronavírusu za pandémiu, kde každý má úlohu v aktívnom predchádzaní ďalšiemu šíreniu vírusu a hľadani spôsobov, ako chrániť tých, ktorí sú najviac ohrození. Sestry zohrávajú kľúčovú úlohu pri zvládaní zdravotnej krízy, pretože sú dôležitým spojením medzi pacientom a zvyškom tímu zdravotnej starostlivosti. Sú so svojimi pacientmi po celú dobu svojej zmeny a na základe hodnotenia a kritického myslenia si môžu všimnúť zmeny u svojich pacientov, ktoré by mohli naznačovať, že sa zhoršujú alebo sa zlepšujú. Dokážu určiť ľudskú odpoveď na zdravotný problém. Sestry odovzdávajú svoje hodnotiace zistenia poskytovateľom, sú schopné určiť, či je potrebné zahájiť respiračnú terapiu, sú schopné posúdiť reakciu pacienta na liečebné postupy a edukujú pacientov spolu so zabezpečením počúvania alebo upokojujúceho dotyku. Je dôležité, aby boli vyškolené a mali znalosti a zručnosti, aby mohli reagovať či už sa o niekoho starajú v prvej línii počas pandémie alebo v nemocnici. Sú schopné vidieť, čo funguje, ako aj veci, ktoré sa dajú

robiť inak, aby poskytovali efektívnejšiu starostlivosť a ponúkajú návrhy na zlepšenie. Jednou z prvých vecí je dostatok a správne používanie OOP (osobné ochranné prostriedky) pri práci. Sestry implementujú ďalšie stratégie, ktoré im pomáhajú chrániť sa pred rizikami, vrátane zmiernenia fyzickej záťaže ochranných prostriedkov, fyzickej izolácie a ostražitosťi v súvislosti s postupmi kontroly infekcie.

Kľúčové slová: pandémia Covid-19, osobné ochranné prostriedky, prevencia rizika, postupy kontroly infekcie, starostlivosť o pacientov, úloha sestier

Benfogamma® 300

Patogenetická liečba vaskulárnych komplikácií diabetu



- 300 mg benfotiamínu v jednej filmom obalenej tablete
- rozpustnosť benfotiamínu v tukoch oproti tiamínu prináša:



- 5-krát vyššiu inkorporáciu do svalu¹
- 25-krát vyššiu inkorporáciu do mozgu¹
- 10 – 40 % lepšiu inkorporáciu do pečene a obličiek¹

Skrátená informácia o lieku: Benfogamma® 300.

Liečivo a lieková forma: Filmom obalená tableta s deliacou ryhou obsahuje 300 mg benfotiamínu (derivát vitamínu B1 rozpustný v tukoch). **Terapeutické indikácie:** Liečba a prevencia klinických stavov spôsobených nedostatkom vitamínu B1, ak tieto stavy nie je možné upraviť diétnymi opatreniami. Klinicky diagnostikovaný nedostatok vitamínu B1 sa môže vyskytnúť pri: nedostatočnej výžive a malnutrii (napr. beri-beri), dlhobodej parenterálnej výžive, hladovaní, hemodialýze, malabsorpcii, chronickom alkoholizme (alkoholová toxická kardiomyopatia, Wernickeho encefalopatia, Korsakovov syndróm), pri zvýšenej potrebe (napr. tehotenstvo a dojčenie). Liečba neuropatií a kardiovaskulárnych ochorení vyvolaných nedostatkom vitamínu B1. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Pokiaľ nie je predpísané inak, zvyčajná dávka je 1 filmom obalená tableta raz denne. Filmom obalené tablety sa majú prehltnúť celé s dostatočným množstvom tekutiny. Dĺžka liečby závisí od terapeutickú odpovede. Pri liečbe neuropatií sa spočiatku užíva Benfogamma 300 aspoň 3 týždne. Následná udržiavacia liečba sa riadi podľa terapeutickú odpovede. V prípade chýbajúcej alebo nedostatočnej terapeutickú odpovede sa má liečba prerušiť. **Kontraindikácie:** Precitlivenosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** Žiadne. **Fertilita, gravidita a laktácia:** Odporúčaná denná dávka vitamínu B1 počas gravidity a laktácie je 1,4 – 1,6 mg. Počas gravidity a laktácie sa môže táto dávka prekročiť len vtedy, ak sa u pacientky dokáže deficit vitamínu B1, pretože dodnes nebola preukázaná bezpečnosť vyšších dávok, ako je odporúčaná denná dávka. Vitamín B1 prechádza do materského mlieka. **Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje:** Žiadne špeciálne opatrenia. **Nežiaduce účinky:** Pozri Súhrn charakteristických vlastností lieku Benfogamma® 300. **Druh obalu a obsah balenia:** PVC/PVDC/Al blister. Originálne balenie obsahuje 10, 30, 60 a 100 filmom obalených tabliet. Na trh nemusia byť uvedené všetky veľkosti balenia. **Registračné číslo:** 86/0089/11-S. **Dátum revízie textu:** 10/2017 **Spôsob výdaja:** Na lekársky predpis.

Pred predpísaním lieku si prečítajte, prosím, Súhrn charakteristických vlastností lieku, ktorý získate na www.sukl.sk.

Literatúra: 1. The EFSA Journal 2008; 864: 13-31.

Wörwag Pharma GmbH & Co. KG, P. O. BOX 194, 830 00 Bratislava 3, tel. 02/4488 9920, info@woerwagpharma.sk, www.woerwagpharma.sk

III. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK

ABSTRAKT Č. 63

JE ZDRAVOTNÁ GRAMOTNOSŤ NAŠICH PACIENTOV VYHOVUJÚCA?

Mgr. IVANA KLOBUŠOVSKÁ-BALÁŽOVÁ, PhD.¹, Doc. MUDr. MÁRIA BELOVIČOVÁ, PhD. *mim. prof.*^{2,3,4},
Doc. MUDr. PAVEL MATULA, CSc.^{5,6}

¹ Regionálny úrad verejného zdravotníctva Bardejov

² Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, pracovisko Michalovce

³ Interná ambulancia so zameraním na diagnostiku a liečbu chorôb pečene, Remedium s r.o.

⁴ Slovenská spoločnosť praktickej obezitológie, Bardejov

⁵ Klinika rádioterapie a onkológie, Východoslovenský onkologický ústav, Košice

⁶ Externý pedagóg VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava

Súhrn: Cieľom výskumu bolo získať informácie o zdravotnom uvedomení obyvateľstva ohľadne najčastejších chorôb pečene, rizikových faktoroch chronických chorôb pečene a zdravom životnom štýle. Porovnať situáciu zdravotného uvedomenia o chronických chorobách pečene v západnej a východnej časti Slovenska prostredníctvom dotazníka vlastnej konštrukcie.

Dotazník pozostával z 30 otázok, bol anonymný, otázky sa týkali demografických údajov a údajov vzťahujúcich sa na vedomosti ohľadne chorôb pečene. Pri realizácii výskumu nám pomohlo 400 respondentov, z toho bolo 145 mužov a 255 žien. 200 respondentov pochádzalo zo západného Slovenska a 200 respondentov z východného Slovenska. Mali sme 100% návratnosť dotazníka. Cieľovou skupinou respondentov boli pacienti z ambulancií z Východného a Západného.

Prvých šesť položiek dotazníka sa zaoberalo údajmi ako sú: vek, pohlavie, výška, hmotnosť, ukončené vzdelanie a bydlisko. Najväčšiu skupinu respondentov tvorila veková kategória do 50 rokov, najmenej zastúpená bola veková kategória nad 81 rokov. Zistovali sme aj najvyššie dosiahnuté vzdelanie. Najviac respondentov (43,3%) malo ukončenú strednú školu s maturitou a najmenej (5,3%) mali ukončenú základnú školu.

Na základe hypotéz, ktoré sme si overovali prostredníctvom nášho dotazníka, konštatujeme

žiaľ nedostatočnú informovanosť verejnosti na Východnom Slovensku ohľadne chronických chorôb pečene. Môže to súvisieť s viacerými faktormi: vyšším zastúpením rómskeho obyvateľstva v porovnaní s regiónmi na západnom Slovensku, strachom z vyšetrenia a možného zistenia choroby pečene a možno aj ľahostajnosťou ku svojmu zdravotnému stavu. Ďalším faktorom môže byť strach zo straty zamestnania, potreby dlhodobej práceneschopnosti v prípade zistenia závažného poškodenia pečene, nedostatočné vykonávanie skríningu prostredníctvom ambulancií všeobecných praktických lekárov.

Preto je zrejmé, že treba klásť dôraz na prevenciu a skrínung chronických hepatitíd pomocou preventívnych, ale aj aktívnych skrínungových programov. Dôležité je zintenzívnenie spolupráce pracovníkov verejného zdravotníctva so všeobecnými lekármi, hepatológmi, gastroenterológmi, infektológmi, internistami a ďalšími stranami, ktorých sa to týka. Dôležitú úlohu zohráva práve praktický lekár, ktorý by mal v indikovaných prípadoch realizovať skrínungové vyšetrenia za účelom včasného zachytenia chronických chorôb pečene.

Kľúčové slová: zdravotná gramotnosť, zdravotné uvedomenie, choroby pečene, dotazník, interdisciplinárna spolupráca

ŠKOLSKÁ SESTRA A VÝZNAM JEJ PÔSOBENIA V ŠKOLE

Doc. PhDr. MÁRIA POPOVIČOVÁ, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

Dotazované pracovisko bl. Metoda Dominika Trčku Michalovce

Súhrn: Úvod: V súčasnosti sa epilepsia považuje za najčastejšie neurologické ochorenie, ktoré zásadným spôsobom ovplyvňuje kvalitu života každého človeka, ktorý je postihnutý týmto ochorením. Aj napriek tomu, že sa jedná o pomerne závažné ochorenie, úroveň vedomostí bežnej populácie o tomto ochorení je na nízkej úrovni.

Súbor a cieľ výskumu: Vzhľadom k tomu sme náš výskum zamerali na zmapovanie vedomostnej úrovne žiakov na vybranej základnej škole pred a po edukácii zameranej na chronické ochorenie epilepsia. Nášho výskumu sa zúčastnilo 58 žiakov základnej školy.

Metódy: K vyhodnoteniu vedomostí žiakov o epilepsii sme použili neštandardizovaný dotazník vlastnej konštrukcie, ktorý obsahoval vždy iba jednu správnu odpoveď. Edukácia prebiehala vo forme prezentácie, videa a praktickej ukážky. Za pomoci komparácie sme porovnávali úroveň vedomostí žiakov pred a po edukácii.

Výsledky: Z výskumu nám vyplýva, že úroveň vedomostí žiakov o epilepsii pred edukáciou bola výrazne nižšia ako po edukácii. Žiaci nemali dostatočné vedomosti týkajúce sa poskytnutia prvej pomoci a prevencie epilepsie. Po edukácii sa úroveň vedomostí žiakov o epilepsii výrazne zvýšila a to aj v oblastiach, ktoré sa týkali poskytnutia prvej pomoci a prevencie epilepsie.

Záver: Preto je potrebné si uvedomiť, že žiakov so zdravotným znevýhodnením alebo s rôznymi chronickými zdravotnými problémami pribúda. Tomuto súčasnému trendu sa školy nevedia dostatočne prispôsobiť. Takýmto spôsobom vzniká problém, na ktorý školy nevedia reagovať, pretože učitelia nemajú potrebné kompetencie na rôzne zdravotné úkony. Pre učiteľov je praktické zvládanie náhlych zmien zdravotného stavu ich žiakov problematické.

Vzhľadom na to by pôsobenie sestry na základnej škole bolo veľkým prínosom a to či už pri edukácii žiakov alebo aplikácii liečiv na základe indikácie lekára.

Kľúčové slová: epilepsia, vedomosti, žiaci, škola, sestra, edukácia

ABSTRAKT Č. 64

ABSTRAKT Č. 65

MERANIE ABI V PREVENCIÍ AMPUTÁCIE DOLNÝCH KONČATÍN

Mgr. DANIELA HAJNALOVÁ¹, Mgr. INGRID STOLIČNÁ¹, MUDr. KATARÍNA DOSTÁLOVÁ, PhD., MPH²,
MUDr. LUCIA KUKUČKOVÁ³, Doc. MUDr. ŠTEFÁNIA MORICOVÁ, PhD., MPH, mim.prof.²,
Doc. MUDr. KATARÍNA GAZDÍKOVÁ, PhD., MPH, mim.prof.²

¹ *Nemocnica akademika L. Déreza, Univerzitná nemocnica Bratislava*

² *Fakulta verejného zdravotníctva, Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava*

³ *Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva, Bratislava*

Súhrn: Periférne artériové ochorenie (PAO) zahŕňa obliterujúce ochorenia končatinových artérií, ale aj iných tepnových rievčísk, s výnimkou tepien, ktoré vedú krv priamo do alebo zo srdca. PAO znižuje kvalitu života, môže viesť k amputácii končatiny. PAO končatinových artérií predstavuje „vaskulárnu časť“ kardio-vaskulárnych ochorení. Výskyt PAO sa pohybuje medzi 5-10% u populácie nad 60 rokov. Viac ako 90% obliterácií je spôsobených aterosklerotickým procesom a najčastejšie sa prejavuje ako ischemická choroba dolných končatín. Ateroskleróza je systémové ochorenie, preto je zrejme, že prítomnosť PAO tak zvyšuje riziko vzniku infarktu myokardu, cievnej mozgovej príhody a náhlej smrti. Dôsledným manažmentom rizikových faktorov sa u predisponovaných pacientov dá týmto náhlym udalostiam predchádzať. Častejšie sa stretávame s pomalým postupným zhoršovaním perfúzie končatín, čo môže vyústiť do najzávažnejšej formy, keď je pacient ohrozený amputáciou a predčasným úmrtím - kritická končatinová ischemia.

V rámci diagnostiky je prvoradá anamnéza a klinické vyšetrenie. U pacientov s kritickou končatinovou ischemiou sú typické klaudikačné bolesti, ktoré vznikajú pri chôdzi po určitej vzdialenosti po rovine, o niečo skôr po ceste do kopca alebo do schodov. Pri vývoji kritickej končatinovej ischemie dochádza k postupnému skracovaniu klaudikačnej vzdialenosti až na niekoľko metrov. Pacient nevychádza z bytu, nevybaví si potrebné pochôdzky. Spravidla je to pacient, ktorý sa stráca z dohľadu ako všeobecného lekára, tak špecialistov, najmä ak nemá dostatočné sociálne zázemie. Klinické vyšetrenie pacien-

ta nadväzuje na odobratú anamnézu. Vyšetrujeme ideálne pri izbovej teplote za denného svetla (ak nejde o akútny prípad v noci). Pri aspexii hodnotíme farbu kože, jej trofiku, prípadnú redukciu kožných adnex, prítomnosť trofických defektov, nekrózu, event. po vstupe infekcie gangrénu. Všimame si trofické defekty z nedostatočného prekrvenia lokalizované ventrálne alebo laterálne a na predilekčných miestach chronického tlaku. Následne palpujeme periférne artérie: a. femoralis v inguine, a. poplitea v podkolennej jamke a na nohách a. dorsalis pedis (ADP), a. tibialis posterior (ATP) a a. fibularis (AF). Nasleduje auskultácia šelestov nad veľkými tepnami. U pacientov s klaudikáciami na verifikáciu môžeme využiť funkčné polohové a námahové testy. Prítomnosť alebo neprítomnosť PAO zisťujeme meraním členko-ramenného indexu (angl. ankle-brachial index - ABI). Členko-ramenný index (ABI = ankle-brachial index) je pomer systolického tlaku na členku k systolickému tlaku na ramene:

$$ABI = \frac{\text{systolický tlak na periférnej tepne dolnej končatiny}}{\text{vyšší systolický tlak na hornej končatine}}$$

| | |
|--------|-----------------------------------|
| Vpravo | RABI - right ankle-brachial index |
| Vľavo | LABI - left ankle-brachial index |

Vyšetrenie svojou nenáročnosťou, senzitivitou a špecifitou spĺňa kritéria skríningovej metódy podľa Svetovej zdravotníckej organizácie a v zhode

s týmto sa využíva v rámci preventívnej prehliadky všeobecného lekára v Slovenskej republike. Pomer členkového a ramenného tlaku krvi, ABI, spoľahlivo potvrdí alebo vylúči postihnutie ciev končatín. Hodnota ABI < 0,9 potvrdzuje diagnózu PAO a zároveň deteguje PAO u asymptomatických pacientov. Patologicky znížená hodnota ABI potvrdzuje vaskulárnu etiológiu bolestí dolných končatín a umožňuje posúdenie závažnosti ochorenia. Klinicky rozlišujeme 4 štádiá, ktoré v roku 1954 definoval francúzsky chirurg René Fontaine:

| Štádium | Klinický obraz |
|---------|--|
| I | Asymptomatické |
| Ila | mierna klaudikácia (> 200 m) |
| IIb | stredná až ťažká klaudikácia (< 200 m) |
| IIc | závažná klaudikácia (< 50 m) |
| III | ischemická pokojová bolesť |
| IVa | ulcerácie/gangréna - ohraničená |
| IVb | ulcerácie/gangréna - neohraničená |



Meranie ABI na Klinike chirurgie

Pokiaľ sa perfúzia u pacienta s kritickou končatinovou ischemiou nezlepší, počas nasledujúcich 6-12 mesiacov vedie k vysokej amputácii končatiny. Stav pacienta s kritickou končatinovou ischemiou si

vyžaduje spravidla riešenie formou hospitalizácie, počas ktorej sa podáva analgetická liečba quantum satis (často až na úrovni opioidov).

Pri rozhodovaní o možnostiach ako aj spôsobu revascularizácie sa vykonávajú zobrazovacie vyšetrenia. Vyššie cievne pracoviisko rozhoduje, či a akým spôsobom sa pristúpi k revascularizačnému výkonu, či kombinácii revascularizačných výkonov. Veľmi dôležité je interné predoperačné posúdenie pacienta. Pri tomto môže byť významne nápomocný všeobecný lekár, ktorý má v dokumentácii uložené záznamy o prebehnutých preventívnych prehliadkach, vyšetreniach špecialistov, prípadne dokumentáciu o prebehnutých hospitalizáciách pacienta. Dôležité je aj vyšetrenie a posúdenie ostatných rievčísk (USG karotíd, funkciu obličiek - USG, KVP, EKG, ECHOKg). Pacienti s PAO sú v predoperačnom posudzovaní špecifickí nemožnosťou realizovania záťažových testov (napr. bicyklovej ergometrie). Všeobecní lekári majú kompetenciu realizovať interné predoperačné vyšetrenia u nekomplikovaných pacientov. Tieto skúsenosti môžu využiť pri odosielaní pacienta s kritickou končatinovou ischemiou na hospitalizáciu, kedy môžu vyjadriť svoj odborný názor na schopnosť daného pacienta podstúpiť revascularizačný výkon formou rádiointervencie či bypasovej chirurgie.

Hodnotenie výsledku ABI si vyžaduje kritický náhľad všeobecného praktického lekára v kontexte anamnézy a klinického vyšetrenia:

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

Všeobecný praktický lekár má veľkú zodpovednosť v následnom manažmente rizikových faktorov aterosklerózy (dôsledné sledovanie a liečba arteriálnej hypertenzie, hyperlipoproteinémie, diabetu mellitu, ovplyvnenie hmotnosti pacienta a motivácia pacienta v jeho pohybových aktivitách). Od tohto závisí, či výsledok revaskularizačného zákroku bude mať dlhotrvajúci klinický úspech, predĺženie života a zlepšenie jeho kvality.

Cielom intenzívnej spolupráce všeobecného praktického lekára a vaskulárnych špecialistov je správny manažment akútnej aj kritickej končatinovej ischémie, prevencia amputácie končatiny ako aj fatálnych kardio-vaskulárnych príhod.

Kľúčové slová: periférne artériové ochorenie, kritická končatinová ischémia, akútna končatinová ischémia, všeobecný praktický lekár, ABI vyšetrenie

Použitá literatúra:

1. ŠTVRTINOVÁ, V. et al.: Choroby ciev, SAP 2008, s.879
2. KARETOVÁ, D., STANĚK, F.: Angiologie pro praxi. Madorf, Jessenius, Praha 2001, 311s

VENÓZNY TROMBOEMBOLIZMUS A HORMONÁLNA ANTIKONCEPCIA

MUDr. Katarína Dostálová, PhD., MPH¹, Mgr. Ingrid Stoličná², Mgr. Daniela Hajnalová², MUDr. Lucia Kukučková³, Doc. MUDr. Štefánia Moricová, PhD., MPH, mim.prof.¹, Doc. MUDr. Katarína Gazdíková, PhD., MPH, mim.prof.¹

¹ Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

² Nemocnica akademika L. Déreza, Univerzitná nemocnica Bratislava

³ Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva, Bratislava

Antikonцепcia patrí medzi základné prostriedky plánovaného rodičovstva a je považovaná za primárnu prevenciu nechceného tehotenstva a zároveň je prevenciou interrupcií. Prvý vedecký dôkaz o blokovaní ovulácie gestagénom sa objavil už v roku 1937. Ako prvá perorálna antikoncepcia (oral contraception - OC) bol schválený v roku 1960 Enovid®.

Pri užívaní OC sa v rôznej miere vyskytujú nežiaduce účinky: bolesť hlavy, napätie v prsiach, nervozita, náladovosť a zvýšenie hmotnosti. Vzácnymi komplikáciami sú migrény, zmeny libida, kožné zmeny, emočná labilita a neznášanlivosť kontaktných šošoviek.

Ako zriedkavejšie komplikácie, avšak potenciálne život ohrozujúce sú: venózne tromboembolizmus (VTE), arteriálna trombóza, arteriálna hypertenzia. Prvý prípad VTE v súvislosti s užívaním OC zaznamenal v roku 1961 praktický lekár Dr. Jordan u 40-ročnej zdravotnej sestry s plúcnou embóliou hneď v úvode liečby endometriózy preparátom s obsahom 100 µg mestranolu a noretynodrelu. Hoci sa toto riziko zmenšuje pri aplikácii malých dávok peroralnej antikoncepcie, stále zostávajú OC hlavnou príčinou VTE u mladých žien.

Vplyv OC na hemokoaguláciu je komplexný, mení sa takmer 15 hemokoagulačných parametrov. Niektoré zmeny koagulácií zvyšujú, iné pôsobia opačne. Po zhodnotení všetkých uvedených pro a protikoagulačných účinkov u žien užívajúcich OC nakoniec prevláda sklon k hyperkoagulácii. Prokoagulačný účinok kontraceptív je reverzibilný a trvá počas užívania OC, s postupným vymiznutím do troch mesiacov po vysadení.

Svetová zdravotnícka organizácia v roku 1996 po prvýkrát publikovala Zdravotné kritéria pre užívanie antikoncepcie. Cieľom je opierať sa pri poskytovaní antikoncepcie o vedecké poznatky, zlepšovať kvalitu antikoncepcie tak, aby sa ženy zbytočne nevyučovali z možnosti vybrať si antikoncepciu a zamedziť tomu, aby antikoncepcia poškodila zdravie. Tieto zásady výberu antikoncepcie sa pravidelne obnovujú v súlade s aktuálnym vedeckým poznáním.

| WHO-1 | WHO-2 | WHO-3 | WHO-4 |
|--|---|--|--|
| ihneď po ukončení tehotnosti v 1. a 2. trimestri | po pôrode ≥ 21 dni u nedojčiacich žien | po pôrode < 21 dni u nedojčiacich žien | dojčiace ženy |
| Nedojčiaca žena ≥ 21 dní po pôrode | | Nedojčiaca žena < 21 dní po pôrode | |
| | Dojčenie > 6 týždňov od pôrodu | Dojčenie ≥ 6 týždňov < 6 mesiacov od pôrodu | Dojčenie < 6 týždňov od pôrodu |
| vek < 40 rokov | vek > 40 rokov | | |
| | Obezita $BMI \geq 30$ kg/m ² | | |
| | < 35 rokov a fajčenie | ≥ 35 rokov a fajčenie > 15 cigariet | ≥ 35 rokov a fajčenie ≥ 15 cigariet |
| malý operačný výkon bez imobilizácie | veľký operačný výkon bez dlhšej imobilizácie | | veľký operačný výkon s dlhšou imobilizáciou |
| varixy | povrchová tromboflebitída, rodinná anamnéza VTE u prvostupňového príbuzného | | anamnéza VTE alebo súčasný VTE VTE na antikoagulačnej th |
| | anamnéza hypertenzie v tehotnosti, ale súčasný TK je normálny a je kontrolovaný | hypertenzia so systolou 140 – 159 alebo diastolou 90 – 99 anamnéza hypertenzie vrátane preeklampsie | hypertenzia so systolou ≥ 160 alebo diastolou > 100 |
| | Známa HLP | Známa HLP | |

Vysvetlivky: WHO-1 – neobmedzené použitie OC, WHO-2 – výhody OC prevyšujú teoretické a dokázateľné riziká, WHO-3 – teoretické a dokázateľné riziká obvykle prevyšujú výhody OC, WHO-4 – užívanie OC je spojené s neprijateľným zdravotným rizikom, ICHS – ischemická choroba srdca, CMP – cievná mozgová príhoda

| WHO-1 | WHO-2 | WHO-3 | WHO-4 |
|-------|--------------------------------|--|--|
| | | Viac rizikových faktorov pre arteriálne kardiovaskulárne choroby: vyšší vek, fajčenie, hypertenzia, diabetes | Viac rizikových faktorov pre arteriálne kardiovaskulárne choroby: vyšší vek, fajčenie, hypertenzia, diabetes |
| | | | trombofilný stav (FV Leiden, mutácia protrombínu, deficit PC, PS a AT, APS) |
| | Nekomplikovaná chlopňová chyba | | Komplikovaná chlopňová chyba (plúcna hypertenzia, FP, subakútna endokarditída) |

| | | | |
|----------------------------|--|----------------------------------|---|
| Nemigrenózne bolesti hlavy | Migréna bez aury < 35 rokov | Migréna bez aury ≥ 35 rokov | anamnéza alebo prítomnosť ICHS alebo CMP, migréna s aurou |
| | SLE so závažnou trombocytopeniou a imunopresivnou th | | SLE s pozit AP protilatky |

Vysvetlivky: WHO-1 – neobmedzené použitie OC, WHO-2 – výhody OC prevyšujú teoretické a dokázateľné riziká, WHO-3 – teoretické a dokázateľné riziká obvykle prevyšujú výhody OC, WHO-4 – užívanie OC je spojené s neprijateľným zdravotným rizikom, ICHS – ischemická choroba srdca, CMP – cievná mozgová príhoda

Výskyt VTE u užívateľiek OC:

- Súčasná užívateľka OC majú nízke relatívne riziko vzniku VTE (2 – 4-násobné)
- Riziko VTE je najvyššie počas prvého roku užívania, následne sa znižuje, pretrváva však až do vysadenia OC.
- Po vynechaní OC sa riziko VTE rýchlo zníži na úroveň rizika žien, ktoré OC neužívajú
- Odporúča sa ukončiť užívanie OC 4 – 6 týždňov pred plánovaným veľkým operačným výkonom, ktorý bude trvať > 1 hod. a je spojený s dlhšou imobilizáciou.
- U žien, ktoré užívajú OC s obsahom menej ako 50 μ g etinylestradiolu, riziko vzniku VTE nezávisí od dávky estrogénu.
- Absolútne riziko vzniku VTE, spojené s OC, stúpa s vekom pacientky (> 35 rokov) a s prídavnými rizikovými faktormi: obezita, imobilizácia a s prítomnosťou niektorého z trombofilných stavov.
- Zvýšené riziko vzniku VTE počas užívania OC je nižšie ako riziko vzniku VTE počas tehotnosti a šesťnedelia.

Zisťované skutočnosti pred nasadením OC z pohľadu rizika VTE:

- Dôkladná znalosť rodinnej anamnézy a osobnej anamnézy VTE
- Posúdenie rizikových faktorov VTE – vek, BMI, známa trombofília, imobilizácia, varixy

Poučenie o riziku VTE pri predpise OC:

- Príznaky VTE
- Nutnosť vyhľadať odbornú pomoc pri prvých príznakoch VTE
- Obozretnosť v prípade objavenia sa ďalšieho rizikového faktora VTE počas užívania OC: imobilizácia, hospitalizácia, trauma apod.

OC predpisuje a typ vyberá vždy gynekológ, ktorý je plne zodpovedný aj za zváženie rizikových faktorov VTE. V prípade potreby gynekológ konzultuje ďalších špecialistov (všeobecný lekár, internista, angiológ, hematológ, hepatológ, nefrológ a i.).
Starostlivé zváženie rizikových faktorov VTE pri predpise OC či kontraindikácii OC prispieva k bezpečnosti antikoncepcie.

V Bratislave, 12.6.2020

MUDr.Katarína Dostálová, PhD., MPH

World Health Organization. *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*. 3rd ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2004.

IV. BLOK ODBORNÝCH PREDNÁŠOK

ABSTRAKT Č. 67

ODVRÁTITELNÉ ÚMRTIA, ÚLOHA VŠEOBECNÉHO LEKÁRA PRE DOSPELÝCH

MUDr. AHMADULLAH FATHI^{1,2}, MUDr. ZUZANA MAČUDOVÁ³, PhDr. ZUZANA GAVALIEROVÁ^{1,2}¹Ambulancia VLD, Mierová 1, Svit,²Ambulancia VLD, Trojičné námestie, Šuňava³Ambulancia VLD, Tatranská 265/25, Veľká Lomnica

Súhrn: Jednou z dôležitých činností sestry v ambulancii všeobecného lekára pre dospelých (VLD) by mala byť edukácia. Predpokladá sa, že edukovaný pacient bude mať: lepšiu compliance (súlady s odporúčaniami), adhérenciu (mieru, v akej konanie pacienta v procese liečby zodpovedá pokynom lekára), perzistenciu (vytrvalosť) k liečbe, redukované množstvo komplikácií a menej časté hospitalizácie. Odborná verejnosť má snahu zakomponovať sestru do liečebno – preventívnej starostlivosti, pretože v tom vidí zvyšovanie kvality, predovšetkým v primárnej sfére, kde sa počíta s preventívnou edukáciou ohľadne odvrátiteľných rizík chorôb obehovej sústavy (CHOS). Už pri zavedení e- zdravia sme si boli vedomí toho, že dochádza k zmene organizácie práce ako i k manažmentu pacienta v ambulancii VLD. Covidová kríza pôsobila ako katalyzátor, hlavne v oblasti telemedicíny, telekonzultácií a telepreskripcie. Sféru primárneho kontaktu čakajú nové výzvy a úlohy. Bolo by na škodu veci, keby sme v ambulanciách nenašli priestor pre edukáciu pacienta ohľadne artériovej hypertenzie, fajčenia tabaku, dyslipidémie, nadhmotnosti/obezity, diabetu mellitu, nedostatočnej konzumácie ovocia a zeleniny, nedostatočnej pohybovej aktivity a rizikovej konzumácie alkoholu. Autori chcú poukázať aké nezastupiteľné miesto má edukácia pri zmene vnímania a správania sa u jednotlivcov, rodín či komunit pri podpore, udržiavaní zdravia a predchádzaní chorôb. V prezentácii predstavia odbornú publikáciu Odvrátiteľné riziká chorôb obehovej sústavy, edukácia sestrou, ktorá pojednáva o zefektívnení

procesu edukácie tak, aby sa znížila jeho náročnosť a bol využiteľný v ambulantnej sfére. Základnými atribútmi edukácie v ambulantnej zdravotnej starostlivosti by mali byť štruktúrovanosť a ľahká realizovateľnosť. Kompetentní zdravotnícki pracovníci majú mnohokrát problém správne osloviť pacienta k edukácii alebo použiť vhodné argumenty na zmenu jeho postoja. V publikácii sú vypracované edukačné listy a dotazníky potrebné k edukačnej praxi, pre jednoduchšie nadviazanie kontaktu s pacientom a rýchle získanie relevantných informácií o pacientovi. Každá kapitola je vypracovaná z teoretického a praktického hľadiska. V praktickej časti sú názorne uvedené príklady rozhovoru lekár – pacient a sestra – pacient. Voľba čo najvhodnejších postupov pri edukácii pacienta s cieľom dosiahnuť trvalú zmenu v jeho správaní (odnaučenie sa od problémového správania), predstavuje závažný problém v každodennej praxi. Medzi úspešné stratégie patrí Transteoretický model (TTM), ktorý je využívaný v praktickej časti publikácie.

Kľúčové slová: ambulancia všeobecného lekára pre dospelých, edukácia, edukačný proces, choroby obehovej sústavy, odvrátiteľné riziká, transteoretický model

ČINNOSŤ A VÍZIE SEKcie AMBULANTNÝCH SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK SKSAPA

PhDr. ZUZANA GAVALIEROVÁ^{1,2}, Mgr. PETRA SEKULOVÁ³, Bc. ANTÓNIA MLYNARČÍKOVÁ⁴, RENÁTA SURANOVSKÁ⁵, PhDr. DAGMAR RICHNÁKOVÁ⁶¹Ambulancia VLD, Mierová 1, Svit,²Ambulancia VLD, Trojičné námestie, Šuňava³LSPP s.r.o. SNV, Spišská Nová ves⁴Svet zdravia, Spišská Nová Ves⁵PULSE gynecologia, s.r.o. Poprad⁶TeamPrevent Sante s.r.o., Bratislava

Súhrn: Povolanie sestry a pôrodnej asistentky (SaPA) patrí k regulovaným povolaniam s povinnosťou registrácie v príslušnej komore. Na Slovensku registráciu zastrešuje Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek (SK SaPA). Za účelom združovania členov komory pre uspokojovanie profesionálnych a odborných záujmov SaPA vo vzťahu k jednotlivým odborom ošetrovateľstva vznikli odborné sekcie. Sú poradným orgánom Rady komory slúžiacim na presadzovanie profesionálnych a odborných záujmov tých členov komory, ktorí sú v rámci odbornej sekcie organizovaní. Sekcia ambulantlych SaPA predstavuje heterogénnu skupinu, pretože ambulantly zdravotná starostlivosť sa skladá z mnohých odborov. Aj keď sa rôznorodosť ambulantnej sféry na prvý pohľad zdá ako nevýhoda našej sekcie, chceme čerpať práve z tejto odborej heterogenity, čo sa odráža vo vízii našej novej koncepcie. Členovia odbornej sekcie môžu získať širší prehľad o problémoch, s ktorými sa v praxi dotýkajú okrajovo na rôznych odborných podujatiach, ktoré organizuje naša sekcia. Nikdy predtým nebolo také dôležité diskutovať o interdisciplinárnych témach ako teraz, kedy sa naprieč celým spektrom odborov v ambulantnej sfére vedie aktívne diskusia o rozšírení kompetencií sestier a ich vzdelania. Hlavnou víziou našej sekcie je zabezpečiť jej fungovanie, zohľadniť všetky aspekty práce SaPA, prispôbiť sa meniacemu prostrediu pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti, zabezpečiť tok informácií k členom, sledovať dianie v legislatíve a následné odborné usmernenia

implementovať do každodennej praxe, smerovať úsilie k tomu, aby sekcia predstavovala orgán, ktorý efektívne plní svoje úlohy, má dobré meno a dobrý kredit- smerom k SK SaPA, partnerom, ako aj dovnútra k členom.

Kľúčové slová: ambulantly sféra, odborná sekcia, pôrodná asistentka, regulované povolanie, sekcia ambulantlych sestier a pôrodných asistentiek, sestra

ABSTRAKT Č. 68

— VYDANIE ZBORNÍKA ABSTRAKTOV PODPOILI: —

