

Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva SSVPL
Slovenská spoločnosť praktickej obezitológie (SSPO)

Program a Zborník abstraktov

11. ročník

Dni praktickej obezitológie a metabolického syndrómu

4. – 5. 4. 2025, Bardejovské Kúpele

13 KREDITOV



Viac info na:
www.idl.sk, www.ssvpl.sk



Príhovor

Milé Kolegyne a Kolegovia!

Prichádza nám jar a s ňou už tradične aj konferencia „*Dni praktickej obezitológie a metabolického syndrómu*“. Tento ročník je pre konferenciu prelomový - ide o **11. ročník** podujatia, čiže vstupujeme už do 2. desaťročia jej existencie.

Uskutoční sa 4.-5.04.2025 v priestoroch kongresového hotela Alexander v krásnom prostredí Bardejovských Kúpeľov.

Nosnou témou podujatia pre tento rok je „Mikrobiota a metabolický syndróm“. Veľa optimizmu prináša tento rok aj odvážna myšlienka konferencie, že „máme už možnosti ako zastaviť epidémiu obezity“.

Konferencia sa tradične nesie v interdisciplinárnom duchu. Budeme mať možnosť vypočuť si skvelých prednášateľov zo Slovenska, Českej republiky a Poľska. Odznejú prednášky typu „State of the art“. Tento rok opäť odznie tzv. Kajabova prednáška. Ujal sa jej významný odborník na výživu, pán Doc. MUDr. Pavel Kohout, PhD. z Internej kliniky 3. LFUK a Fakultnej Thomayerovej nemocnice v Prahe.

Ďakujeme veľmi pekne všetkým prednášajúcim, ktorí svojimi kvalitnými odbornými prednáškami prispievajú k bohatému odbornému programu podujatia.

Ďakujeme zároveň všetkým sponzorom a podporovateľom konferencie za ich ústretovosť a pomoc pri jej organizácii.

Novinkou na konferencii bude možnosť odskúšať si moderné ultrasonografické prístroje v rámci workshopu a prihlásiť sa na akadémiu sonografie Dr. Vojtecha Alexandra, ktorá sa uskutoční v Kežmarku.

V mene Slovenskej spoločnosti všeobecného praktického lekárstva (SSVPL), Slovenskej spoločnosti praktickej obezitológie (SSPO), Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek (SKSaPA) a Slovenskej komory medicínsko-technických pracovníkov Vás čo najsrdečnejšie pozývame na konferenciu.

S priateľským pozdravom

MUDr. Peter Makara, MPH

prezident SSVPL

prof. MUDr. Mária Belovičová, PhD.

predseda SSPO

URSOSAN®

urzodeoxycholová kyselina

VYŠŠIA SILA 400 mg

KYSELINY URZODEOXYCHOLOVEJ



pre lepšiu compliance pacienta

SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU: URSOSAN 400 mg filmom obalené tablety

Zloženie: Každá filmom obalená tableta obsahuje 400 mg kyseliny urzodeoxychovej. **Indikácie:** Na rozpustenie cholesterolových žlčových kameňov v žlčníku. Žlčové kamene sa nespújú na röntgenových snímkach zobrazovať ako tieň a nespújú mať v priemere viac ako 15 mm. Napriek žlčovým kameňom musí byť žlčník funkčný. Na symptomatickú liečbu primárnej biliárnej cholangitídy (PBC), za predpokladu neprítomnosti dekompenzovanej cirhózy pečene. **Pediatričná populácia:** Hepatobiliárna porucha súvisiaca s cystickou fibrózou u detí vo veku od 6 rokov a mladších ako 18 rokov. **Kontraindikácie:** URSOSAN sa nemá používať u pacientov s precitlivosťou na žlčové kyseliny alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok; akútnym zápalom žlčníka a žlčových ciest; oklúziou žlčových ciest; častými epizódami žlčníkovej koliky; kalcifikovanými žlčovými kameňmi; zhoršenou kontraktilitou žlčníka. **Pediatričná populácia:** neúspešná portoenterostómia alebo neobnovenie správneho prietoku žlče u detí s biliárnou atreziou. **Nežiaduce účinky:** riedka stolica alebo hnačka, bolesť v pravej hornej časti brucha (u pacientov s primárnou biliárnou cholangitídou). **Interakcie:** URSOSAN sa nemá podávať súčasne s cholestyramínom, kolestipolom alebo antacidami s obsahom hydroxidu hlinitého a/alebo smektitu (oxidu hlinitého), pretože môžu znížiť absorpciu UDCA. URSOSAN môže ovplyvniť absorpciu cyklosporínu z čreva. Interakcie boli ďalej pozorované s: ciprofloxacínom, rosuvastatínom, nitrendipínom, dapsónom a klofibrátom. **Upozornenie:** Počas prvých troch mesiacov liečby má lekár každé 4 týždne sledovať parametre pečenej funkcie AST, ALT a GGT a následne každé 3 mesiace. Pacienti, ktorí užívajú URSOSAN na rozpustenie žlčových kameňov, majú používať účinnú nehormonálnu antikoncepciu. Ak sa vyskytne hnačka, dávka sa musí znížiť a v prípadoch pretrvávajúcej hnačky sa má liečba ukončiť. **Dávkovanie:** URSOSAN je vhodný pre pacientov s telesnou hmotnosťou 47 kg a viac. Filmom obalené tablety sa majú užívať pravidelne, nerozžuté a majú sa zapíť tekutinou. **Na rozpustenie cholesterolových žlčových kameňov:** Približne 10 mg/kg/deň, večer pred spaním. **Na symptomatickú liečbu primárnej biliárnej cholangitídy (PBC):** Denná dávka závisí od telesnej hmotnosti a pohybuje od 12 do 16 mg/kg/deň (t.j. od 2 do 4 filmom obalených tabliet). Počas prvých 3 mesiacov liečby sa má URSOSAN užívať v rozdeľovaných dávkach v priebehu dňa nepretržite. U pacientov s PBC sa v zriedkavých prípadoch môžu klinické príznaky na začiatku liečby zhoršiť. V takom prípade sa má dávka URSOSANU znížiť na 1/2 tablety. Liečba má postupne pokračovať (zvyšovanie dennej dávky o 1/2 filmom obalenej tablety týždenne), až kým sa opäť nedosiahne dávka, ktorá bola naplánovaná v príslušnom pláne dávkovania. Deti s cystickou fibrózou (od 6 do 18 rokov) 20 mg/kg/deň v 2-3 samostatných dávkach, s ďalším zvyšovaním dávky na 30 mg/kg/deň, ak je to potrebné. **Balenie:** 10 až 100 filmom obalených tabliet (na trn nemusia byť uvedené všetky veľkosti balenia). Pred predpísaním lieku si pozorne prečítajte Súhrn charakteristických vlastností lieku. **Dátum poslednej revízie textu:** 08/2022. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** PRO.MED.CS Praha a.s., Telčská 377/1, Michle, 140 00 Praha 4, Česká republika.

PRO.MED.CS Praha a.s.

Obchodné zastúpenie SK: PROM.MEDIC.SK spol. s r.o., Galvaniho 15/B, 821 04 Bratislava
<https://sk.promedcs.com/sk>

PRO.MED.CS
Praha a.s.

11. ročník

Dni praktickej obezitológie a metabolického syndrómu

Kongres určený pre lekárov, sestry, fyzioterapeutov, verejných zdravotníkov,
vedeckých pracovníkov, asistentov výživy a medicínsko-technických pracovníkov.

NOSNÉ TÉMY PODUJATIA

Mikrobiota a metabolický syndróm

Poruchy trávenia u pacientov s obezitou

Cievne komplikácie obezity

Výživa ako prevencia metabolického syndrómu

Dermatologická problematika u obéznych pacientov

Verejné zdravotníctvo a boj s pandémiou obezity

Ošetrovateľstvo a obezita

Varia

VEDECKÝ, ORGANIZAČNÝ VÝBOR A SEKRETARIÁT KONGRESU

Prezident konferencie

MUDr. Peter Makara, MPH

Prezident SSVPL

Organizačný výbor

Prof. MUDr. Mária Belovičová, PhD.

MUDr. Peter Makara, MPH

MUDr. Ľubomír Molčan, MSc.

Prof. MUDr. PhDr. Peter Kalanin, PhD.

MUDr. Ján Kaňuch

Vedecký sekretár

Prof. MUDr. Mária Belovičová, PhD.

Vedecký výbor konferencie

Prof. MUDr. Mária Belovičová, PhD.

Prof. Dr. hab.n.med. Jaroslaw Drobniak, PhD. (Wroclaw)

Doc. MUDr. Ľubomíra Fábryová, PhD. MPH

Prof. MUDr. Ľudovít Gašpar, CSc.

Prof. MUDr. Katarína Gazdíková, PhD. MHAD

Prof. Ing. Nadežda Jankelová, PhD. MPH

Prof. MUDr. PhDr. Peter Kalanin, PhD.

Doc. MUDr. Pavel Kohout, PhD. (Praha)

MUDr. Peter Makara, MPH

MUDr. Ľubomír Molčan, MSc.

Doc. MUDr. Štefánia Moricová, PhD. MPH – prorektor SZU Bratislava

Dr. hab.n.med. Piotr Pobrotyn, PhD.

Doc. MUDr. Martin Studenčan, PhD. FESC

Prim. MUDr. Hana Zelenková, PhD. MPH

ÚČASTNÍCKE POPLATKY

	Úhrada do 14. 3. 2025	Úhrada do 28. 3. 2025	Úhrada po 28. 3. 2025 a na mieste
Lekár - člen SSVPL a SSPO	45 EUR	50 EUR	60 EUR
Lekár - Nečlen SSVPL a SSPO	55 EUR	60 EUR	70 EUR
Sestra – člen SKSaPA	30 EUR	35 EUR	45 EUR
Sestra – nečlen SKSaPA	45 EUR	55 EUR	65 EUR
Medicínsko-technický pracovník	40 EUR	45 EUR	55 EUR
Verejný zdravotník	40 EUR	45 EUR	55 EUR
Vedecký pracovník	40 EUR	45 EUR	55 EUR
Asistent výživy	40 EUR	45 EUR	55 EUR
Iná	60 EUR	65 EUR	75 EUR

Spôsob platby:

Platba kartou on-line na účet I.D.L. Company, s r.o. pri registrácii na podujatie. Ak ste sa už registrovali a zaškrtnú možnosť úhrady prevodom, uhradte na nižšie uvedený účet.

IBAN: SK40 0900 0000 0051 8190 0982

SWIFT: GIBASKBX

Variabilný symbol: 0405042025
Špecifický symbol: číslo v SLK, popr.
inej príslušnej
komory

Sprava pre príjemcu: meno a priezvisko

V prípade záujmu o vystavenie faktúry zašlite požiadavku najneskôr do 5 dní od realizácie úhrady na: ekonom@idl.sk
Účastnícky poplatok je nevratný.
Poplatok za zmenu účastníka 10,- Eur

Organizačné zabezpečenie

I.D.L. Company s.r.o.
Kontaktná osoba:
Marcela Idlbeková
E-mail: idl@idl.sk
Mobil: +421 918 569 890
www.idl.sk



DÔLEŽITÉ TERMÍNY

- 3. 2. 2025** - posledný termín na elektronické zaslanie abstraktov
- 17. 2. 2025** - oznámenie autorovi o prijatí/neprijatí abstraktu
- 14. 3. 2025** - posledný termín úhrady včasného účastníckeho poplatku
- 21. 3. 2025** - posledný termín na zaslanie objednávky na ubytovanie
- 24. 3. 2025** - uverejnenie definitívneho programu na www.idl.sk

VŠEOBECNÉ INFORMÁCIE

Miesto konania:

Kongresový hotel Alexander, Bardejovské Kúpele

Prihlášky k aktívnej účasti:

Abstrakty a postery je možné prihlásiť elektronicky vyplnením online formuláru dostupného na webovej stránke www.idl.sk v záložke **Registrácia aktívna účasť**. Štruktúrovaný abstrakt bez tabuľkovej prílohy (cieľ, metódy, výsledky, záver do 300 slov, veľkosť písma 12

Vedecký výbor si vyhradzuje právo rozhodnúť o zaradení práce do kategórie (prednáška, poster), pričom autor má právo vyznačiť svoju preferenciu. Všetky príspevky – prednášky je potrebné pripraviť vo formáte ppt.

Abstraktová zóna bude prístupná do 3.2.2025

Registrácia pasívna účasť:

Registrácia je možná cez registračný formulár v záložke Registrácia na podujatie

Účastnícky poplatok zahŕňa:

kongresovú vISAčku, kongresové materiály, pridelenie kreditov, vstup na odborný program podujatia, vstup na výstavu firiem

*Ako členovia sú akceptovaní iba tí, ktorí sú registrovaní v členskej databáze jednotlivých komôr a majú uhradený členský poplatok na rok 2025

Ubytovanie:

Ubytovanie pre účastníkov podujatia zabezpečuje I.D.L. Company s.r.o. Svoje požiadavky zasielajte na e-mail: idl@idl.sk

Potvrdenie o účasti:

Potvrdenie o účasti bude posielané priamo na jednotlivé komory.

Defevix®

266 µg monohydrátu kalcifediolu

O KROK V PRED V LIEČBE / PREVENCI NEDOSTATKU VITAMÍNU D¹

JEDENKRÁT MESAČNE
RIEŠENIE PRE MNOHÝCH PACIENTOV^{1, 4}

 JEDNODUCHÉ
DÁVKOVANIE¹

 RÝCHLEJŠIA
ODPOVEĎ²

 ÚČINNÁ
LIEČBA^{1, 2}

 PREDVÍDATEĽNÉ
VÝSLEDKY³



Novinka 

Indikácie lieku Defevix®

- Liečbu nedostatku vitamínu D (t. j. hladiny 25(OH)D < 25 nmol/l) u dospelých.¹
- Prevenciu nedostatku vitamínu D u dospelých s identifikovanými rizikami, ako sú pacienti s malabsorpčným syndrómom, poruchou minerálov a kostí pri chronickej obličkovej chorobe (chronic kidney disease mineral and bone disorder, CKD-MBD) alebo inými identifikovanými rizikami.¹
- Ako adjuvans na špecifickú liečbu osteoporózy u pacientov s nedostatkom vitamínu D alebo s rizikom nedostatku vitamínu D.¹

Skrátená informácia o lieku Defevix®

Názov a zloženie: Defevix 266 mikrogramov mäkké kapsuly s monohydrátom kalcifediolu. **Indikácie:** Liečba nedostatku vitamínu D (t. j. hladiny 25(OH)D < 25 nmol/l) u dospelých. Prevencia nedostatku vitamínu D u dospelých s identifikovanými rizikami, ako sú pacienti s malabsorpčným syndrómom, poruchou minerálov a kostí pri chronickej obličkovej chorobe (CKD-MBD) alebo inými identifikovanými rizikami. Ako adjuvans na špecifickú liečbu osteoporózy u pacientov s nedostatkom vitamínu D alebo s rizikom nedostatku vitamínu D. **Dávkovanie:** Jedna kapsula jedenkrát mesačne. U niektorých pacientov sú potrebné vyššie dávky, maximálna dávka jedna kapsula týždenne. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo alebo pomocné látky, hyperkalcémia (vápnik v sére > 2,6 mmol/l) alebo hyperkalciúria, kalciová litiáza, hypervitaminóza D. **Gravidita a laktácia:** Neužívajte tento liek počas gravidity a počas dojčenia. **Čas použiteľnosti:** 4 roky. **Balenie:** 5 kapsúl. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Berlin-Chemie AG, Berlín, Nemecko. **Spôsob výdaja lieku:** na lekársky predpis. Liek na vnútorné použitie. **Pred predpísaním lieku, oboznámte sa prosím, s informáciou o lieku v Súhrne charakteristických vlastností lieku.** Tento materiál je určený pre odbornú verejnosť. **Posledná revízia textu:** 11/2023. **Dátum prípravy materiálu:** 02 / 2025.

Referencie: 1. Defevix® SPC 11/2023. 2. Perez-Castrillon JL a kol. : J Bone Miner Res. október 2021;36(10):1967-1978. 3. Perez-Castrillon JL a kol. : Nutrients. 5. máj 2022;14(9):1943. 4. Amrein K a kol. : Eur J Clin Nutr. november 2020;74(11):1498-1513.

Opis a dizajn štúdie ref. č. 2: Ročná, randomizovaná, dvojito zaslepená, kontrolovaná, multicentrická, medzinárodná klinická štúdia superiority, fázy III-IV. Cieľ: posúdiť účinnosť a bezpečnosť kalcifediolu 0,266 mg mäkkých kapsúl u žien po menopauze s deficitom vitamínu D v porovnaní s cholekalciferolom. Pacienti: n=303. Pacienti s východiskovými hladinami 25(OH)D v sére <20 ng/ml boli randomizovaní v pomere 1:1:1 na kalcifediol 0,266 mg/ mesačne počas 12 mesiacov (skupina A1), kalcifediol 0,266 mg/ mesačne počas 4 mesiacov, po ktorých nasledovalo placebo počas 8 mesiacov (skupina A2) a cholekalciferol 25 000 IU/ mesačne počas 12 mesiacov (skupina B). Primárny cieľový ukazovateľ: percento pacientov so sérovými hladinami 25-hydroxyvitamínu D (25(OH)D) nad 30 ng/ml po 4 mesiacoch. Výsledky: V 4. mesiaci 35,0 % žien po menopauze liečených kalcifediolom a 8,2 % žien liečených cholekalciferolom dosiahlo sérové hladiny 25(OH)D nad 30 ng/ml (p < 0,0001). V žiadnej zo skúmaných skupín neboli hlásené žiadne relevantné bezpečnostné problémy s bezpečnosťou súvisiace s liečbou.

Zastúpenie v SR: Berlin-Chemie/A.Menarini Distribution Slovakia s.r.o., Galvaniho 17/B, 821 04 Bratislava,

tel.: 02 / 544 30 730, e-mail: slovackia@berlin-chemie.com

Kód materiálu: SK-DEF-1-2025_MFLOW

 BERLIN-CHEMIE
MENARINI



BLOK SSPO: 8:30 – 11:00

Predsedníctvo: Mária Belovičová, Peter Kalanin

Lipoproteín a, obezita a metabolický syndróm
P. Kalanin (Košice)

Črevná mikrobiota a metabolický syndróm.
J. Ficik (Ružomberok)

Jak rozumieť roľu mikrobioty v MASLD ?
J. Drobnik, P. Pobrotyn (Wrocław)

Hypovitaminóza D u pacientov s obezitou a aktuálne možnosti jej riešenia
M. Belovičová (Bardejovské Kúpele, Bratislava)

prednáška podporená spoločnosťou Berlin-Chemie

Paradox obezity v geriatrickej populácii: Ochranný efekt alebo riziko?
M. Slováčiková, S. Moricová, K. Gazdíková, K. Dostálová (Bratislava)

Metabolický syndróm u geriatrickej populácie: diagnostika, manažment
M. Slováčiková, S. Moricová, K. Dostálová, K. Gazdíková (Bratislava)

GIT komplikácie u pacienta s obezitou
V. Polakovičová (Bratislava)

Rewolucja w chorobie refluksowej czyli jak poprawić efektywność leczenia GERD.
J. Drobnik, P. Pobrotyn, D. Lewera (Wrocław)

Chirurgická liečba obezity - naše skúsenosti.
M. Múdry, T. Vasilenko, I. Liberko (Košice)

PRESTÁVKA

SYMPÓZIUM PODPORENÉ SPOLOČNOSŤOU SANOFI: 11:15 – 11:45

Použitie esenciálnych fosfolipidov v liečbe pacientov s obezitou.
M. Belovičová (Bardejovské Kúpele, Bratislava)

KARDIOLOGICKÝ BLOK - VÚSCH KOŠICE: 11:45 – 13:15

Predsedníctvo: Ján Kaňuch, Marta Jakubová, Radoslav Maxian

Aktuálne možnosti invazívnej liečby pacientov s ischemickou chorobou srdca.
R. Maxian, M. Studenčan (Košice)

Obezita a dyslipidémia u pacientov po AKS - stačí redukcia hmotnosti alebo je nevyhnutná hypolipidemická liečba?
M. Jakubová (Košice)

Je potrebné genetické vyšetrenie u športujúcej populácie?
R. Funtal', M. Jakubová, R. Hrešková, P. Horváth, M. Studenčan (Košice)

Pacient s obezitou a HFpEF: ako vieme zasiahnuť?

R. Hrešková, M. Jakubová, M. Studenčan (Košice)

Zmena životného štýlu môže byť u kardiakov rovnako účinná ako moderná medikácia.

P. Horváth (Košice)

Centrum preventívnej a športovej kardiológie – úloha sestry

A. Szilassyová, B. Kleinová (Košice)

OBED: 13:15 – 14:00

SLÁVNOSTNÉ OTVORENIE KONFERENCIE STATE OF THE ART LECTURES:

14:00 – 15:30

Mikrobiota a metabolický syndrom

P. Kohout (Praha)

Kajabova prednáška

Intertrigo, kvasinkové infekcie a iné súvislosti s metabolickým syndrómom

H. Zelenková (Svidník)

PRESTÁVKA

MIKROBIOTA A JEJ VPLYV NA GIT - POHĽAD SPOZA HRANÍC:

15:45 – 16:30

Predsedníctvo: Peter Pekarovič, Pavel Kohout, Jan Šenkyřík

MAŠH a mikrobiota

M. Šenkyřík (Brno)

Působení žlučových kyselin na střevní mikrobiotu

P. Kohout (Praha)

MÁME UŽ MOŽNOSTI AKO ZASTAVIŤ EPIDÉMIU OBEZITY:

16:35 – 17:35

Sympóziu podorené spoločnosťou Eli Lilly Slovakia s.r.o

Predsedníctvo: Ivan Majerčák

Vieme sa správne pýtať?

I. Majerčák (Košice)

Komplikácie obezity z pohľadu kardiológa

T. Bolek (Martin)

Ako riešim obezitu v mojej klinickej praxi ja

M. Lörincová (Banská Bystrica)

DERMATOLOGICKÝ BLOK:

17:40 – 19:15

Predsedníctvo: Hana Zelenková, Ľubomír Molčan

Eczema herpeticatum - herpeticum, nie je varicella ani impetigo

H. Zelenková (Svidník)

UŽ DOSTUPNÉ V SR NA LIEČBU OBEZITY

MOUNJARO PRINÁŠA VÝZNAMNÉ ZNÍŽENIE TELESNEJ HMOTNOSTI^{1,2}



Prvý a jediný liek, ktorý aktivuje receptory pre **GIP aj GLP-1** a tým ovplyvňuje patofyziológiu obezity.¹



Mounjaro 5 mg **preukázalo v priemere 16%** (16,1 kg) úbytok hmotnosti **v 72 týždni**.^{1*}



Pacienti užívajúci Mounjaro 15 mg **významne znížili svoju telesnú hmotnosť** – v priemere o 23,6 kg (22,5 %).^{1*}



Zlepšenie preukázané pri kľúčových kardiometabolických rizikových faktoroch vrátane **krvného tlaku, obvodu pásu, triglyceridov, HDL cholesterolu a LDL cholesterolu**.^{2†, #}

REGULÁCIA HMOTNOSTI

Indikácia¹:

Regulácia hmotnosti

Mounjaro je indikované ako doplnok nízkokalorickej diéty a zvýšenej fyzickej aktivity na reguláciu hmotnosti vrátane znižovania a udržiavania hmotnosti u dospelých s počiatočným indexom hmotnosti (BMI) s hodnotou

- $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (obezita) alebo
- $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ až $< 30 \text{ kg/m}^2$ (nadváha) pri výskyte najmenej jednej komorbidity súvisiacej s hmotnosťou (napr. hypertenzia, dyslipidémia, obštrukčné spánkové apnoe, kardiovaskulárne ochorenie, prediabetes alebo diabetes mellitus 2.typu).

Vysvetlivky a poznámky:

BMI = index telesnej hmotnosti; GIP = glukózo-dependntný inzulínotropný polypeptid; GLP-1=glukagónu podobný peptid-1; HDL = lipoproteín s vysokou hustotou; LDL = lipoproteín s nízkou hustotou.

¹Zlepšenie kardiometabolických parametrov nie je registrovanou indikáciou pre použitie lieku Mounjaro. Kardiometabolické parametre boli sekundárnym cieľovým parametrom klinickej štúdie SURMOUNT-1.² Všetci účastníci podstúpili intervenciu v oblasti životného štýlu vrátane diéty so zníženým obsahom kalórií a zvýšenej fyzickej aktivity.¹

^{*}Odhad účinnosti, analýza MMRM, populácia mITT (súbor analýzy účinnosti).²

[†]Odhad účinnosti pre jednotlivé dávky nebol prispôbený pre multipllicitu, s výnimkou obvodu pásu 10 mg a 15 mg.² Testované u dospelých s obezitou (BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$) alebo s nadváhou (BMI $\geq 27 \text{ kg/m}^2$) a aspoň 1 komplikáciou súvisiacou s hmotnosťou, s výnimkou diabetu 2. typu.

Referencie:

1. SPC Mounjaro. 2. Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, et al. Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity. N Engl J Med. 2022;387(3):205-216. doi:10.1056/NEJMoa2206038.

▼ Tento liek je predmetom ďalšieho monitorovania. To umožní rýchle získanie nových informácií o bezpečnosti.

Od zdravotníckych pracovníkov sa vyžaduje, aby hlásili akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie.

Informácie o tom, ako hlásiť nežiaduce reakcie, nájdete v SPC v časti 4.8.

Pred predpisovaním sa, prosím, zoznámte s úplným znením súhrnu charakteristických vlastností lieku, ktorý získate na adrese: Eli Lilly Slovakia s.r.o., Svätoplukova II. 18892/2 A, 821 08 Bratislava - mestská časť Ružinov, tel: +421 2 2066 3111

Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis a liek Mounjaro nie je hradený z verejného zdravotného poistenia.

Tento materiál je určený výhradne pracovníkom v zdravotníctve.

Dátum schválenia materiálu: 01/2025

Eli Lilly Slovakia s.r.o., Svätoplukova II. 18892/2 A,
Bratislava - mestská časť Ružinov 821 08, tel.: +421 2 2066 3111

PP-TR-SK-0043

Pre zobrazenie
SPC si, prosím,
naskenujte QR kód.



Dermatomykózy v praxi

E. Janočo Telepunová (Svidník)

Vredy predkolenia u pacientov s lymfedémom

L. Zeherová (Svidník)

Algoritmus liečenia kožných prejavov metabolického syndrómu u rizikových pacientov.

V. Luna (Svidník)

Onychomykózy u diabetikov

V. Hromohová (Svidník)

Rok 2024 ...a máme čo sme (ne)chceli...

H. Zelenková (Svidník)

DISKUSNÝ VEČER 20:00

5. 4. 2025 - SOBOTA

BLOK VARIA:

8:30 – 9:30

Predsedníctvo: Ľudovít Gašpar, Peter Kalanin

Metabolické a imunologické účinky beta glukánov, praktické skúsenosti

A. Doboly, J. Jakubík, D. Bakoš, Z. Dobolyová, (Trnava, Natures)

Niezbédne kierunki zmian w zakresie zasad funkcjonowania i finansowania rynku usług szpitalnych oraz ambulatoryjnych w zakresie specjalistki i POZ.

P. Pobrotyn, J. Drobnik (Wrocław)

Dyslipoproteinémia a HDL

S. Oravec, Ľ. Gašpar, E. Ambrózy, J. Bulas (Bratislava)

ANGIOLOGICKÝ BLOK :

9:30 – 11:00

Predsedníctvo: Katarína Dostálová, Ľubomír Molčan

Artériová hypertenzia a riziko CMP

Ľ. Gašpar (Bratislava)

Prevenia diabetickej nohy - z pohľadu komunitnej medicíny

K. Dostálová, A. Shaparets, V. Rybanská, M. Smatana, M. Slováčiková, K. Gazdíková (Bratislava)

Liečba lymfedému

A. Džupina, A. Džupina jr. (Bardejov, Bratislava)

Chronické venózne ochorenie a obezita

E. Ambrózy (Bratislava)

Rekomendácie kluczem i podstawowym narzędziem w pracy lekarza POZ - przewlekła choroba żylna w świetle nowych rekomendacji.

J. Drobnik, P. Pobrotyn, R. Susło (Wrocław)

PRESTÁVKA

MULTIDISCIPLINÁRNY PRÍSTUP V MANAŽMENTE PACIENTA S (PRE)OBEZITOU:

11:05 – 12:30

SYMPÓZIUM SLOVENSKEJ OBEZITOLOGICKEJ ASOCIÁCIE:

Predsedníctvo: Ľubomíra Fábryová, Peter Minárik, Peter Pekarovič

Dokážeme moderným komplexným manažmentom u jedincov s obezitou ovplyvniť kardiovaskulárne riziko?

L. Fábryová (Bratislava)

Psychiatrické indikácie a kontraindikácie nastavovania moderných preparátov na liečbu obezity

K. Ivanová (Trnava)

Vyšuje obezita riziko karcinómov horného GIT(u) a infekcie Helicobacter pylori?

P. Minárik (Bratislava)

Vplyv úpravy životného štýlu na kognitívne funkcie u sedavých dospelých s obezitou

L. Slobodová (Bratislava)

Výživové doplnky pri redukcii hmotnosti: účinnosť a bezpečnosť

D. Mináriková (Bratislava)

BLOK SSVPL:

12:35 – 14:00

Predsedníctvo: Ľubomír Molčan, Peter Marko

Moje skúsenosti s liečbou obezity u pacientov vo výlučnej starostlivosti VL

P. Marko (Veľká Lomnica)

Zdravotné účinky konzumácie kávy vo svetle najnovších poznatkov

P. Marko (Veľká Lomnica)

Pohyb je liekom na obezitu

M. Kokinda, M. Fečík (Prešov, Košice)

Konieczność odwrócenia piramidy świadczeń w aspekcie zwiększenia dostępności usług dla pacjentów oraz optymalizacji wydatków publicznych na funkcjonowanie opieki zdrowotnej.

P. Pobrotyn, J. Drobnik (Wrocław)

4. 4. 2025 - PIATOK

17:30 – 19:30

5. 4. 2025 - SOBOTA

9:00 – 11:00

**KONGRESOVÁ
SÁLA II - PRÍZEMIE**

AKADÉMIA SONOGRAFIE Dr. VOJTECHA ALEXANDRA KEŽMAROK:

Predsedníctvo: Ján Kaňuch, Peter Marko

Praktická ukážka abdominálnej sonografie a vyhľadávania aneuryzmy abdominálnej aorty pre všeobecných lekárov a ostatných lekárov so záujmom o realizáciu USG vyšetrení vo svojej praxi

Počet obmedzený. Prihlasovanie záujemcov pri registrácii

ZÁVER KONFERENCIE

ESSENTIALE®

PODPORUJE REGENERÁCIU PEČENE BUNKU PO BUNKE¹

Významná úľava od príznakov dosiahnutá po 6 mesiacoch doplnkovej liečby ESSENTIALE® 6

1 KAPSULA S VYSOKOU KONCENTRÁCIOU
ESENCIÁLNYCH FOSFOLIPIDOV^{1,2}

3-KRÁT DENNE 1 KAPSULA

ODPORUČANÁ DĹŽKA LIEČBY:
ASPOŇ 1 - 3 MESAČE¹

3 mechanizmy podpory funkcie pečeneých buniek¹

1. Urýchlenie obnovy
2. Zlepšenie funkcie
3. Podpora regenerácie

Hepatoprotektívum, u ktorého sa v klinických štúdiách preukázalo zníženie steatózy pečene u > 2 600 pacientov⁴⁻¹⁰

Lieky značky Essentiale sú jediné voľnopredajné lieky s obsahom esenciálnych fosfolipidov na Slovensku^{1,3}



Skrátená informácia o liekoch

Essentiale 300 mg, tvrdé kapsuly

Essentiale forte 600 mg, tvrdé kapsuly

Zloženie: Essentiale 300 mg: Jedna tvrdá kapsula obsahuje 300 mg esenciálnych fosfolipidov (phospholipida sojajae praeparata), Essentiale forte 600 mg: Jedna tvrdá kapsula obsahuje 600 mg esenciálnych fosfolipidov (phospholipida sojajae praeparata). **Farmakoterapeutická skupina:** Liečivá na žilcové cesty a pečien, hepatoprotektíva, lipotropné liečivá. **ATC kód:** A05BA10 – fosfolipidy. **Indikácie:** Liek na ochorenia pečene. Používa sa na zlepšenie subjektívnych zdravotných ťažkostí, ako je nedostatok chuti do jedla, pocit tlaku v pravej časti epigastria ako dôsledok toxicko-nutričného poškodenia pečene a pri hepatitíde. Liek je indikovaný dospelým, dospievajúcim a deťom od 12 r. (s hmotnosťou približne 43 kg). **Dávkovanie a spôsob podávania:** Essentiale 300 mg: 3-krát denne 2 kapsuly, Essentiale forte 600 mg: 3-krát denne 1 kapsula. Essentiale 300 mg, Essentiale forte 600 mg: Liek sa nemá podávať deťom vo veku do 12 r. Kapsuly sa užívajú celé, nerozhrýzané, počas jedla a zapíjajú sa dostatočným množstvom tekutiny (napr. pohár vody). Odporúčaná dĺžka užívania by mala byť najmenej 1–3 mesiace. Neexistujú žiadne obmedzenia na dĺžku užívania. Trvanie liečby môže tiež určiť individuálne lekár na základe zdrav. stavu pac. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivá alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok lieku. Alergia na sóju alebo arašidy. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** Liek obsahuje olej zo sójových bôbov, môže preto vyvolať ťažké alerg. reakcie. Užívanie tohto lieku nekompenzuje konzumáciu škodlivých látok poškodzujúcich pečien (napr. alkohol). Adjuvantná liečba chron. hepatitíd fosfolipidmi zo sójových bôbov je opodstatnená iba vtedy, ak sa počas liečby prejaví zlepšenie zdrav. stavu. Nemá sa podávať deťom vo veku do 12 r. Obsahuje <1 mmol sodíka (23 mg) v 1 kapsule, t. j. v podstate zanedbateľné množstvo sodíka. Obsahuje 10 mg etanolu (alkohol) 96% (v/w) v 1 kapsule Essentiale 300 mg, resp. 20 mg etanolu (alkohol) 96% (v/w) v 1 kapsule Essentiale forte 600 mg. Malé množstvo alkoholu nemá žiadny pozorovateľný vplyv. **Liekové a iné interakcie:** Nemožno vylúčiť interakcie s antikoagulantami. Z tohto dôvodu môže byť potrebné upraviť dávky antikoagulantov. **Fertilita, gravidita a laktácia:** Užívanie počas gravidity sa bez dohľadu lekára neodporúča. Užívanie počas dojčenia sa neodporúča. **Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje:** Liek nemá žiadny vplyv na schopnosť viesť vozidlá a obsluhovať stroje. **Nežiaduce účinky:** Menej časté: zažívacie ťažkosti (mäkká stolica, hnačka). Ostatné nežiaduce účinky sú uvedené v SPC. **Dostupné balenie:** Essentiale 300 mg: 90 alebo 100 kapsúl. Na trh nemusia byť uvedené všetky veľkosti balenia. Essentiale forte 600 mg: 30 kapsúl. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Opella Healthcare Slovakia s.r.o., Einsteinova 24, 851 01 Bratislava, Slovenská republika. **Pred predpísaním alebo vydaním lieku pacientom sa oboznámte s úplným znením Súhru charakteristických vlastností lieku. Výdaj lieku nie je viazaný na lekárske predpis. Dátum poslednej revízie textu:** September 2023.

REFERENCIE:

1. SPC lieku Essentiale 300 mg a Essentiale forte 600 mg, tvrdé kapsuly [online]. ŠÚKL [cit. 01-08-2024]: www.sukl.sk. 2. Lichtenborg C, et al. Lipids. 2020;55:271-278. 3. ŠÚKL [cit. 01-08-2024]: www.sukl.sk. 4. Wu Y, J Tradit Chin Med HNU. 2009;29:41-42. 5. Sun C, et al. Clin Focus. 2008;23(17):1272-1273. 6. Dajani AIM, et al. Arab J Gastroenterol. 2015;16(3-4):99-104. 7. Li Z. Inner Mongol J Tradit Chin Med. 2013;31:10-11. 8. Yin D & Kong L. Med J Q Ilu. 2000;15:277-278. 9. Maev IV, et al. BMJ Open Gastroenterol. 2020;7(1):e000341. 10. Gonciarz Z, et al. Med Chir Digest. 1988;17:61-85

Určené pre odbornú verejnosť.

MAT-SK-2400216 - 1.0 - Dátum vypracovania: 08/2024

Opella.

Einsteinova 24, 851 01 Bratislava
Slovenská republika

Tel: (+421) 233 100 100
E-mail: recepcia@sanofi.com

Zborník abstraktov



Zborník abstraktov
Dni praktickej obezitológie a metabolického syndrómu
Máme už možnosti, ako zastaviť epidému obezity

ISBN: 978-80-69061-08-8

Recenzenti zborníka abstraktov v abecednom poradí:
prof. MUDr. M. Belovičová, PhD.
MUDr. Peter Makara MPH.

Viac info na:
www.idl.sk, www.ssvpl.sk



Obsah

DOC. MUDR. PAVEL KOHOUT, PHD.....	17
PRIM. MUDR. HANA ZELENKOVÁ, PHD. MBA.....	18
ČREVNÁ MIKROBIOTA A METABOLICKÝ SYNDRÓM	20
HOW TO UNDERSTAND THE ROLE OF MICROBIOTA IN MASLD ?	21
PARADOX OBEZITY V GERIATRICKEJ POPULÁCI: OCHRANNÝ EFEKT ALEBO RIZIKO ?.....	22
METABOLICKÝ SYNDROM U GERIATRICKEJ POPULÁCIE: DIAGNOSTIKA, MANAŽMENT	23
GIT KOMPLIKÁCIE U PACIENTA S OBEZITOU	24
THE GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE REVOLUTION OR HOW TO IMPROVE THE EFFECTIVENESS OF GERD TREATMENT	24
OBEZITA A DYSLIPIDÉMIA U PACIENTOV PO AKS. STAČÍ REDUKCIA HMOTNOSTI ALEBO JE NEVYHNUTNÁ HYPOLIPIDEMICKÁ LIEČBA?	25
JE POTREBNÉ GENETICKÉ VYŠETRENIE U ŠPORTUJÚCEJ POPULÁCIE ?	26
PACIENT S OBEZITOU A HFPEF: AKO VIEME ZASIAHNUŤ?	27
CENTRUM PREVENTÍVNEJ A ŠPORTOVEJ KARDIOLÓGIE A ÚLOHA SESTRY.....	28
MIKROBIOTA A METABOLICKÝ SYNDROM.....	30
INTERTRIGO, KVASINKOVÉ INFEKcie A INÉ SÚVISLOSTI S METABOLICKÝM SYNDRÓMOM.....	31
MASH A MIKROBIOTA	31
PŮSOBNÍ ŽLUČOVÝCH KYSELIN NA STŘEVNÍ MIKROBIOTU.....	32
VIEME SA SPRÁVNE PÝTAŤ ?	33
AKO RIEŠIM OBEZITU V MOJEJ KLINICKEJ PRAXI JA	34
ECZEMA HERPETICATUM - HERPETICUM NIE JE VARICELLA ANI IMPETIGO	35
ALGORITMUS LIEČBY KOŽNÝCH PREJAVOV METABOLICKÉHO SYNDRÓMU U RIZIKOVÝCH PACIENTOV	36
ROK 2024 ..A MÁME ČO SME (NE)CHCELI.....	37

METABOLICKÉ A IMUNOLOGICKÉ ÚČINKY BETA GLUKÁNOV, PRAKTICKÉ SKÚSENOSTI.....	37
NECESSARY DIRECTIONS OF CHANGES IN THE PRINCIPLES OF FUNCTIONING AND FINANCING OF THE HOSPITAL SERVICES MARKET, OUTPATIENT SPECIALIST CARE, AND PRIMARY HEALTH CARE - EXPERIENCES FROM THE POLISH MEDICAL SERVICES MARKET.	38
DYSLIPOPROTEINÉMIA A HDL	39
ARTÉRIOVÁ HYPERTENZIA A RIZIKO CIEVNYCH MOZGOVÝCH PRÍHOD	40
PREVENCIA DIABETICKEJ NOHY – Z POHĽADU KOMUNITNEJ MEDICÍNY.....	41
RECOMMENDATIONS AS A KEY AND BASIC TOOL IN THE WORK OF A PRIMARY CARE PHYSICIAN - CHRONIC VENOUS DISEASE IN THE LIGHT OF NEW RECOMMENDATIONS	42
DOKÁŽEME MODERNÝM KOMPLEXNÝM MANAŽMENTOM U JEDINCOV S OBEZITOU OVPLYVNIŤ KARDIOVASKULÁRNE RIZIKO?.....	44
PSYCHIATRICKÉ INDIKÁCIE A KONTRAINDIKÁCIE NASTAVOVANIA MODERNÝCH PREPARÁTOV NA LIEČBU OBEZITY	45
ZVYŠUJE OBEZITA RIZIKO KARCINÓMOV HORNÉHO GIT(U) A INFEKcie HELICOBACTER PYLORI?	46
VPLYV KOMPLEXNEJ ÚPRAVY ŽIVOTNÉHO ŠTÝLU NA KOGNITÍVNE FUNKCIE U SEDAVÝCH DOSPELÝCH S OBEZITOU	48
VÝŽIVOVÉ DOPLNKY PRI REDUKCII HMOTNOSTI: ÚČINNOSŤ A BEZPEČNOSŤ	49
MOJE SKÚSENOSTI S LIEČBOU OBEZITY U PACIENTOV VO VÝLUČNEJ STAROSTLIVOSTI VL	50
ZDRAVOTNÉ ÚČINKY KONZUMÁCIE KÁVY V SVETLE NAJNOVŠÍCH POZNATKOV.....	51
THE NEED TO REVERSE THE PYRAMID OF BENEFITS IN TERMS OF INCREASING THE AVAILABILITY OF SERVICES FOR PATIENTS AND OPTIMIZING PUBLIC SPENDING ON THE HEALTHCARE SYSTEM IN POLAND	52

doc. MUDr. Pavel Kohout, PhD.



Nar.: 1. července 1962

Vzdělání:

Pregraduální: Gymnázium Praha 3, Sladkovského - maturita 1980
Fakulta všeobecného lékařství Univerzity Karlovy – promoce 1986

Postgraduální: Atestace z vnitřního lékařství I. st. 1989, II. st. 1993
Atestace gastroenterologie - 1995
Obhájil titul PhD – 1998
Habilitován na docenta vnitřního lékařství – 2003
Atestace KVIMP 2013

Zaměstnání: Chirurgické oddělení NsP Kolín – 1986
Vojenská základní služba – 1986-1987
Interní oddělení NsP Náchod – 1987-1992
Klinika gerontologická a metabolická FN Hradec Králové, 1992-2002
Lékařská fakulta LF UK Hradec Králové – 1999-2004
II.interní klinika a Centrum výživy
Fakultní Thomayerovy nemocnice – 2002-dosud
I.lékařská fakulta FVL UK v Praze – 2002-dosud
Technická univerzita v Liberci – 2006-2014
Jihočeská Univerzita České Budějovice – 2013 - dosud

Na interním oddělení NsP Náchod jako sekundář, na gerontologické a metabolické klinice FN Hradec Králové jako sekundář a následně jako patrový asistent a vedoucí oddělení, na II.interní klinice FTN Praha jako vedoucí jednotky intenzivní péče II.interní kliniky a jako Vedoucí Centra výživy FTN (Vedoucí

nutričního týmu a hlavní dietolog).
Působím jako docent vnitřního lékařství na Oddělení zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci, docent vnitřního lékařství na biologické fakultě Jihočeské Univerzity v Českých Budějovicích.

Členství v odborných společnostech a redakčních radách

Společnost klinické výživy a intenzivní metabolické péče – místopředseda
Pracovní skupina pro celiakii ČGS ČLS JEP– předseda
Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP
Česká internistická společnost ČLS JEP
Společnost pro výživu
Společnost pro probiotika a prebiotika - člen výboru
Člen Evropské společnosti parenterální a enterální výživy (ESPEN)
Člen Evropské organizace pro Crohnovu chorobu a kolitidu (ECCO)
Člen Akreditační a atestační komise MZČR pro KVIMP

Hlavní organizátor 29 ročníků Symposia o morfologii a funkci střeva 1994 – 2023
Hlavní organizátor sympozií Dietní výživa Společnosti pro výživu, 2001-2011
Vedoucí kursů klinické výživy – od roku 2006 – 2012, 2015

Publikace: Autor 7 monografií a 15 knížek pro pacienty v edici Dieta, autor

265 přednášek a posterů, 195 jako první autor, 45 zahraničních, 62 článků, 41 jako 1. autor, 7 zahraničních

Hlavní řešitel 4 grantů (3x IGA Ministerstva zdravotnictví ČR a 1 pro Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR), spoluřešitel 7 grantů.

Prim. MUDr. Hana Zelenková, PhD. MBA

V roku 1973 ukončila štúdium na Univerzite Jana Evangelisty Purkyně v Brno (dnes Masarykova Univerzita). Atestácie z odboru dermatovenerológie - Univerzita Komenského Bratislava - 1976 – I.st. 1981 - II.st. 1986 - Ph.D. (Epidemiológia mykotických ochorení nechtov), MBA 2017.

V roku 1980 sa stala v SR v tom čase a doposiaľ zaznamenanou najmladšou primárkou Dermatovenerologického oddelenia NsP Svidník, kde pôsobila do r. 2000. V roku 2000 založila a je primárkou a majiteľkou neštátneho súkromného zariadenia - Súkromnej Dermatovenerologickej kliniky sanatórneho typu, Private Dept. of Dermatovenerology - DOST Svidník, kde odborne pôsobí a vychováva aj mladých dermatológov. Má certifikát ESCAD a školí na pracovisku dermatológov z celého sveta.

Na svojom konte má vyše 580 domácich a 450 publikácií v zahraničí, 620 prednášok doma, 520 v zahraničí. Autorka publikácie Karboxyterapia, ktorá vyšla prvýkrát v roku 2015 a prepracované vydanie v roku 2019 v doposiaľ 5 jazykoch - slovenčine, angličtine, ruštine, poľštine, nemčine. Autorka kapitol v mnohých svetových atlasoch a publikáciách. Posledné publikácie Atlas of Dermatology, Dermatopathology and Venerology,



Springer Nature Svitzerland 2022, (eitors Bruce Smoller, Nooshin Bagherani), diel II, hlava Cosmetology in dermatology, p. 1-52 ako aj v publikácii Drogovoz C.M et all.: Karboxyterapia, mechanizmy, efekty, primenenie, Titul Charkov 2019, s. 192.

Je pravidelným pozvaným prednášajúcim na významných medzinárodných kongresoch po celom svete. Oblasť prednáškovej a publikačnej činnosti je zameraná na estetickú dermatológiu, karboxyterapiu, využívanie ichtamolu a kyseliny glycyrrhizinovej v lokálnej terapii, liečbu psoriázy, atopickej dermatitídy, mykóz nechtov a chronických ulcerácií kože. Posledných 9 rokov pracuje s aplikáciou kmeňových buniek v dermatológii a estetickej dermatológii. Realizovala viac ako 90 klinických štúdií farmaceutík, liečebných metód a biologickej liečby, ktoré boli publikované v renomovaných zahraničných časopisoch.

Je koordinátorom mnohých multicitrických medzinárodných štúdií, medzinárodným školiteľom v estetickej dermatológii – karboxyterapia, aplikácii PRP, výplne, botox, mikroneedling, liečba chronických ulcerácií DK. Je dlho-

ročným organizátorom rôznych školení a kongresov, kultúrnych akcií v rámci SR, okresu, mesta.

Bola zaradená do publikácie Významní svetoví dermatovenerológovia 2004; Zlatá plaketa SLS 2009; Woman of the Year in Medicine and Healthcare – American Bibliographical Institute 2009, opakované vyznamenania za rozvoj mesta a okresu, vyznamenanie Wroclavskej Univerzity, Poľskej Spoločnosti pre dermatológiu, estetickú dermatológiu, Japonskej spoločnosti pre plastickú chirurgiu, Vyznamenanie Brazílskej dermatovenerologickej spoločnosti, Vyznamenanie Tureckej spoločnosti estetických chirurgov a dermatológov; Čestný člen Kubánskej dermatovenerologickej spoločnosti, Čestný člen Bieloruskej dermatovenerologickej spoločnosti, Vyznamenanie Českej spoločnosti pre hojenie rán za významný prínos v problematike 2025.

Profil osobnosti bol publikovaný v životopisnej encyklopédii významných žien a mužov Slovenska a Českej republiky „Who is Who; Oxford Encyklopedia; Členka redakčnej rady: Helios, Journal of Cosmetic Dermatology; Dermatologia estetyczna; DERMA 3rd Millennium; Dermatologia Kliniczna; Acta dermatovenerologica Albanica, Cosmetic Dermatology.

Iné spoločenské aktivity: prezidentka okresnej organizácie Červeného kríža 2003-2004; členka ústredného výboru ČK; prezidentka a organizátorka medzinárodnej súťaže Červeného kríža - FACE 2006; zakladateľka a do roku 2019 (kedy sa vzdala pre zdravotné problémy funkcie) aj prezidentka Slovenskej spoločnosti estetickej dermatológie a kozmetiky - SSEDK; 20 rokov prezidentka každoročného medzinárodného kongresu Dermaparty (1999- 2019); viceprezidentka Európskej

spoločnosti pre estetickú dermatológiu a kozmetiku (ESCAD) neskôr prezidentka Európskej spoločnosti pre estetickú dermatológiu a kozmetiku (ESCAD) 2007-2010.

Členka cestovateľov Klubu Hanzelky a Zikmunda; členka kategorizačnej komisie pre zdravotnícke pomôcky MZd SR do r. 2013. Zakladateľka odborného časopisu DERMA 3. tisícročia 2000; recenzentka mnohých odborných domácich a zahraničných publikácií aj prác PhD.

Zakladateľka oddielu šermu v TJ Tartan Prešov 1977, Spoluautorka dermakozmetických prípravkov s obsahom lchtamolu a kyseliny glycirhyzinovej, patentovaná metóda rejuvenačnej techniky – Nutripeel ABH; nové terapeutické postupy v karboxyterapii.

Jazykové znalosti: česky, slovensky, rusky, anglicky, francúzsky, nemecky, poľsky.

Práca v médiách (rozhlas, televízia, tlač). Matka troch detí (Mgr. Mária 1973, Ing. Roland 1974, MUDr. Júlia 1976) a troch vnúčat (Júlia a Matúš 2008, Kristína 2014).

Oblasť záujmov: cestovanie, šoférovanie, filmy, záhrada, hudba - westernová a vážna, detektívky, medzi zvieratami preferuje psov.

Za významné okamihy v živote považuje narodenie detí a vnúčat; funkciu prezidentky ESCADu (ako historicky prvá žena).

Recept na spokojný život: brať aj vážne situácie s humorom, radosť z práce; láska k dermatológii a pacientom.

ČREVNÁ MIKROBIOTA A METABOLICKÝ SYNDRÓM*MUDr. Jozef Ficik, MPH**Ústav klinickej mikrobiológie, Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok - FN*

Črevná mikrobiota ako komplexné spoločenstvo mikroorganizmov v tráviacom trakte, zohráva kľúčovú úlohu v trávení, imunite a metabolizme človeka. Jej zloženie a funkcia sú úzko spojené s rozvojom metabolického syndrómu ako aj rôznych iných ochorení. Vývoj črevnej mikrobioty začína už v intrauterinnom období a pokračuje počas detstva, pričom je ovplyvnený rôznymi faktormi, ako sú spôsob pôrodu, výživa a prostredie. Zdravá a vyvážená mikrobiota je dôležitá pre správny vývoj imunitného systému a celkové zdravie dieťaťa. Dojčenie podporuje rast bifidobaktérií, ktoré majú pozitívny vplyv na zdravie dieťaťa.

Črevná mikrobiota sa podieľa na metabolizme sacharidov, tukov a ďalších látok. Zmeny v zložení a funkcii mikrobioty môžu ovplyvniť energetickú rovnováhu a viesť k obezite, inzulínovej rezistencii a ďalším metabolickým poruchám. Fermentáciou nestráviteľných sacharidov produkujú črevné baktérie masťné kyseliny s krátkym reťazcom, ako kyselinu octovú, propiónovú a maslovú. Tieto kyseliny majú množstvo pozitívnych účinkov na zdravie, vrátane zlepšenia inzulínovej rezistencie, regulácie metabolizmu glukózy, podpory imunitného systému a ochrany pred zápalom.

Nežiaduce zmeny v zložení mikrobioty (dysbióza) môžu viesť k zvýšenej prie-

puštenosti čriev, čo umožňuje baktériám a ich produktom prenikať do krvného obehu a vyvolávať zápal. Chronický zápal je jedným z kľúčových faktorov prispievajúcich k rozvoju metabolického syndrómu. Faktory, ktoré prispievajú k dysbióze, sú rôzne: od stravy a životného štýlu až po genetiku a prostredie. Črevná mikrobiota môže ovplyvňovať expresiu génov aj bez zmeny samotnej DNA sekvencie prostredníctvom epigenetických zmien (metylácia DNA, modifikácie histónov či regulácia mikroRNA). Dysbióza tak môže ovplyvňovať gény súvisiace s obezitou, cukrovkou a inými ochoreniami.

Vzťah medzi mikrobiotou a metabolickým syndrómom nie je stále úplne pochopený, ale výsledky štúdií naznačujú, že strava a životný štýl spolu s ďalšími faktormi zohrávajú kľúčovú úlohu v modulácii črevnej mikrobioty a v prevencii alebo rozvoji metabolického syndrómu. Lepšie pochopenie týchto mechanizmov by mohlo viesť k vývoju nových stratégií prevencie a liečby metabolického syndrómu, napríklad prostredníctvom úpravy zloženia mikrobioty pomocou diétnych intervencií, probiotík a prebiotík.

Kľúčové slová: črevná mikrobiota, metabolický syndróm, masťné kyseliny s krátkym reťazcom, dysbióza

HOW TO UNDERSTAND THE ROLE OF MICROBIOTA IN MASLD ?

Easier diagnosis of metabolic fatty liver disease (MASLD) in primary care

Prof. dr hab. n med. Jarosław Drobnik¹, Dr.hab. n.med. Piotr Pobrotyn²

¹*Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Medical University of Piastów Śląskich in Wrocław*

²*Remedial specialistic Clinic „Pulsantis Sp z o.o“*

The regulation of body weight and metabolic disorders (diet, exercise, probiotics, drugs) can have a significant impact on the course of liver damage. Recent studies have shown that **microbiota disorders** are also an **important element of the etiopathogenesis of MASLD**. The **gut microbiome** is a new **diagnostic tool for the diagnosis and assessment of MASLD**, as well as an effective therapeutic **target in MASLD therapy**. The composition of the **microbiota differs between healthy, obese and metabolically abnormal individuals**.

Abnormal microbiota together with metabolic features **impair the function of the intestinal barrier**. **Bacterial translocation promotes endotoxemia and liver fibrosis**. It may happen that the **change in the microbiota may be earlier than inflammation** (overweight, obesity). **MASLD is accompanied by dysbiosis**, which **changes the level of UDCA and changes the composition of bile acids**. **UDCA**, produced by the gut microbiome in vivo, can also **rebuild the intestinal mi-**

crobiota in a beneficial way. **Exogenous UDCA has the potential to regulate the intestinal microbiota** and restore **homeostasis in the intestine**. **Ursodeoxycholic acid** may be a **beneficial preparation** not only **reducing the concentration of liver enzymes** but also acting causally by **reducing intestinal microbiota disorders**.

Confirmation of hepatic steatosis is the biggest problem in diagnosing MASLD in Primary Care. The most common reason is an **accidental ultrasound examination**, which detects increased liver echogenicity. In the search for solutions, while not recommending broad screening imaging tests, we propose the **use of several fatty liver indexes**. In any patient showing features of metabolic syndrome or being already treated, the **risk of MASLD can be easily calculated**, using for example the **indexes available on the website owatrobie.pl**.

Key words: MASLD, gut microbiome, dysbiosis, UDCA, website owantrobie.pl

PARADOX OBEZITY V GERIATRICKEJ POPULÁCIÍ: OCHRANNÝ EFEKT ALEBO RIZIKO ?

MUDr. Martina Slováčiková, MPH^{1,2}, Doc. MUDr. Štefánia Moricová, PhD. MPH^{1,3}, prof. MUDr. Katarína Gazdíková, PhD. MHA MPH⁴, MUDr. K. Dostálová, PhD. MPH^{1,2}

¹ Oddelenie dlhodobó chorých, UNB Kramáre, Limbová 5, 831 01 Bratislava

² Katedra posudkového lekárstva, LF SZU, Limbová 12, 833 03 Bratislava

³ Fakulta verejného zdravotníctva SZU, Limbová 12, 833 03 Bratislava

⁴ Katedra všeobecného lekárstva LF SZU, Limbová 12, 833 03 Bratislava

Paradox obezity u starších dospelých je jav, ktorý naznačuje, že v niektorých prípadoch nadváha a obezita môžu byť spojené s lepšími klinickými výsledkami a nižšou mortalitou než u osôb s normálnou hmotnosťou alebo podváhou. Tento paradox bol pozorovaný v súvislosti s niektorými chronickými ochoreniami a je spojený s viacerými faktormi, ktoré ovplyvňujú zdravie starších ľudí. U starších dospelých môže obezita poskytovať „cenné energetické rezervy“ v prípade choroby alebo iných stresových a záťažových situáciách. Nízka hodnota Body mass indexu (BMI) spojená so sarkopéniou naopak zvyšuje zraniteľnosť voči zraneniam, infekciám a vedie k celkovému zhoršeniu zdravia a strate sebastačnosti. Obezita v kombinácii so zachovanou svalovou hmotou môže predstavovať ochranný faktor a zlepšuje celkovú funkčnosť jedinca. Niektoré štúdie naznačujú, že určité formy obezity môžu byť spojené s nižšou mierou zápalových markerov, čo môže znižovať riziko vzniku zápalových ochorení, ktoré sú častejšie u starších ľudí. Nadváha alebo obezita, s lepšou funkčnosťou a výkonnosťou, môže prispieť aj k lepšiemu psychickému stavu starších ľudí tým, že znižuje pocity sociálnej izolácie, čo môže mať pozitívny vplyv na celkové zdravie.

Niektoré štúdie ukazujú, že u starších pacientov s obezitou môže byť metabolický profil (napr. inzulínová rezistencia) lepšie zvládnutý než u starších pacientov s normálnou hmotnosťou. Obezita poskytuje ochranu pred stratou svalovej hmoty a znižuje riziko sarkopéniou, ktorá je silne spojená so zvýšeným rizikom nielen srdcových ochorení. U pacientov s chronic-

kým ochorením obličiek (CKD) bola obezita spojená s nižšou celkovou mortalitou a nižším výskytom kardiovaskulárnych komplikácií. Metabolický syndróm je často sprevádzaný vyššou hmotnosťou a distribúciou tuku v oblasti brucha. Avšak, paradoxne, u niektorých jedincov môže nadváha a obezita znižovať riziko vzniku niektorých metabolických porúch, ako je inzulínová rezistencia a dyslipidémia.

Paradox obezity môže byť menej zrejmy v prípadoch, keď obezita ide ruka v ruku s podvýživou, ktorá sa môže objaviť aj u obeznych starších osôb (sarkopénna obezita). Je potrebné ale zdôrazniť, že u rôznych jedincov sa môže paradox obezity prejavovať odlišne v závislosti od genetických predispozícií, životného štýlu a prítomnosti ďalších komorbidít, čo zhoršuje všeobecnú aplikovateľnosť tohto javu.

Záver: Paradox obezity u starších dospelých je komplexný fenomén, ktorý stále vyvoláva množstvo otázok. Hoci nadváha a obezita môžu mať ochranný účinok u starších osôb v niektorých konkrétnych prípadoch, je dôležité posudzovať tento jav individuálne. Je nevyhnutné brať do úvahy celkový zdravotný stav, prítomnosť komorbidít, ako aj riziká spojené s podvýživou a sarkopéniou. V budúcnosti budú potrebné ďalšie výskumy na objasnenie mechanizmov tohto paradoxu a jeho vplyvu na zdravie starších ľudí.

Kľúčové slová: reverzná epidemiológia, paradox obesity, chronické ochorenia, obezita

METABOLICKÝ SYNDROM U GERIATRICKEJ POPULÁCIE: DIAGNOSTIKA, MANAŽMENT

MUDr. Martina Slováčiková, MPH^{1,2}, Doc. MUDr. Štefánia Moricová, PhD. MPH^{1,3}, MUDr. K. Dostálová, PhD. MPH^{1,3}, prof. MUDr. Katarína Gazdíková, PhD. MHA MPH⁴,

¹ Oddelenie dlhodobó chorých, UNB Kramáre, Limbová 5, 831 01 Bratislava

² Katedra posudkového lekárstva, LF SZU, Limbová 12, 833 03 Bratislava

³ Fakulta verejného zdravotníctva SZU, Limbová 12, 833 03 Bratislava

⁴ Katedra všeobecného lekárstva LF SZU, Limbová 12, 833 03 Bratislava

Metabolický syndróm je komplexný klinický stav charakterizovaný súčasným výskytom obezity, hypertenzie, dyslipidémie a inzulínovej rezistencie, pričom v geriatrickej populácii predstavuje významný rizikový faktor pre kardiovaskulárne ochorenia a diabetes mellitus 2. typu. So zvyšujúcim sa vekom sa jeho prevalencia zvyšuje. Diagnostika a manažment sú komplikované v dôsledku prítomnosti viacerých komorbidít, ako sú sarkopénia, osteoporóza, kognitívny deficit a pridružené chronické ochorenia (napr. chronická obštrukčná choroba pľúc, chronické zlyhávanie obličiek a pod). U seniorov je diagnostika náročnejšia z dôvodu fyziologických procesov súvisiacich so starnutím, ako sú redistribúcia tukového tkaniva a znížená svalová hmota. Z tohto dôvodu môžu byť bežne používané diagnostické kritériá menej presné v populácii seniorov. Význam obvodu pása je diskutabilný u krehkých pacientov so sarkopéniou. Hodnotenie postprandiálnej glykémie môže byť lepším indikátorom ako samotná hladina glukózy nalačno. Ortostatická hypotenzia je častá u starších pacientov, preto je potrebné realizovať meranie krvného tlaku v rôznych polohách.

Pri vyhodnocovaní lipidového profilu je potrebné si uvedomiť, že starší pacienti môžu mať paradoxne nižšie hodnoty LDL cholesterolu pri podvýžive, čo môže viesť k nesprávnej interpretácii rizika. Liečba metabolického syndrómu u geriatrickej populácie vyžaduje individualizovaný

a multidisciplinárny prístup s dôrazom na minimalizáciu polyfarmácie a zachovanie kvality života.

Ekonomický aspekt manažmentu metabolického syndrómu je dôležitý vzhľadom na náklady spojené s farmakoterapiou, hospitalizáciou a dlhodobou starostlivosťou. Prevencia a jeho včasná liečba sú nákladovo efektívne, pretože môžu znížiť incidenciu kardiovaskulárnych príhod, hospitalizácií a straty funkčnej nezávislosti.

Intervencie v oblasti životného štýlu majú benefitný vplyv na pomer prínosu k nákladom (cost-effectiveness), pričom farmakologická liečba musí byť personalizovaná, aby sa minimalizovali vedľajšie účinky a interakcie medzi liekmi a aby sa predchádzalo polyfarmácii, ktorá je častou príčinou negatívnej adherencie k liečbe najmä u geriatrickej populácii.

Záver: Manažment metabolického syndrómu u geriatrických pacientov by mal byť zameraný na individualizovaný prístup s dôrazom na kvalitu života, minimalizáciu rizík a ekonomickú udržateľnosť. Multidisciplinárna spolupráca medzi geriatrami, kardiológmi, endokrinológmi a odborníkmi na výživu je nevyhnutná na dosiahnutie optimálnych výsledkov.

Kľúčové slová: metabolický syndróm, geriatrická populácia, komorbidita, lipidový profil, diagnostika

GIT KOMPLIKÁCIE U PACIENTA S OBEZITOU

MUDr. Veronika Polakovičová, PhD. MPH^{1,2}

¹Gastroenterologická klinika SZU a UNB Bratislava

²Gastrocentrum Bajkalská, Bratislava

Obezita je závažné civilizačné ochorenie, ktorého incidencia a prevalencia stále narastá. Má významný vplyv na tráviaci systém a môže viesť k viacerým gastrointestinálnym komplikáciám. Medzi najčastejšie patria Gastroezofageálna refluxná choroba (GERD) spôsobená zvýšeným tlakom v brušnej dutine, čo vedie k spätnému toku žalúdočnej kyseliny do pažeráka a symptómom, ako sú pyróza, regurgitácia, chronický kašeľ. V súčasnosti najčastejším ochorením pečene je tzv. Steatotická choroba pečene asociovaná s metabolickou dysfunkciou (MASLD). Hromadenie tuku v pečeni môže viesť k zápalu, fibróze a v závažných prípadoch až k cirhóze. Obezita zvyšuje hladinu cholesterolu v žlči, čo podporuje tvorbu cholecystolitiázy. Vyšší výskyt Syndróm dráždivého čreva (IBS) u obéznych ľudí vzniká pravdepodobne v dôsledku diétného režimu, zmeny črevného mikrobi-

ómu a zápalových zmien v čreve. Obezita zvyšuje riziko rozvoja viacerých nádorových ochorení, v neposlednom rade kolorektálneho karcinómu. Zmeny v črevnej motilite u pacienta s obezitou môžu viesť k zápche a zvýšenému riziku vzniku divertikulózy. Zároveň môže zhoršovať priebeh nešpecifických zápalových ochorení čriev, ako sú Crohnova choroba a ulcerózna kolitída. Obezita má teda široký vplyv na gastrointestinálne zdravie, a preto je veľmi dôležitá jej prevencia, správna životospráva a v prípade vzniku obezity aj jej správna liečba.

Kľúčové slová: obezita, gastroezofageálna refluxná choroba, steatotická choroba pečene asociovaná s metabolickou dysfunkciou, cholecystolitiáza, syndróm dráždivého čreva, kolorektálny karcinóm, divertikulóza, prevencia, správna životospráva

THE GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE REVOLUTION OR HOW TO IMPROVE THE EFFECTIVENESS OF GERD TREATMENT

New PTMR Recommendations for GERD Treatment in Primary Care in Poland

Prof. dr hab. n med. Jarosław Drobniak¹, Dr.hab.n.med. Piotr Pobrotyn², dr n. o zdr. Dariusz Lewera

¹Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Medical University of Piastów Śląskich in Wrocław

²Remedial specialistic Clinic „Pulsantis Sp z o.o“

³National Key Account w EGORA Sp. z o.o. sp.k.

The Polish Society of Family Medicine (PTMR) has introduced new recommendations for the management of gastroesophageal reflux disease (GERD) in primary care. A key update in the treatment algorithm includes two essential

screening questions for patients: Have you previously taken PPIs? and Do you experience accompanying symptoms like belching or epigastric pain? If both answers are affirmative, combination therapy with itopride and PPIs is recommend-

ed to enhance treatment effectiveness. The role of itopride has been expanded to include both episodic and persistent symptoms as well as maintenance therapy. Another major change in the recommendations concerns withdrawal from chronic PPI therapy, which should be done in three structured steps with the addition of itopride. This approach aims to minimize rebound acid hypersecretion and ensure a smooth transition away from long-term PPI use. The guidelines emphasize the importance of individualized treatment, adjusting therapy based on patient history and symptom profile. The three-step PPI withdrawal protocol reflects the growing awareness of potential risks associated with prolonged PPI use. The PTMR recommendations also highlight updates in gastroscopy protocols, advising temporary discontinuation of PPIs before the procedure. To manage symptoms during this period, barrier

medications and itopride can be considered. The new algorithm provides a more structured and practical approach for family doctors treating GERD patients. By integrating prokinetic therapy into routine GERD management, the new guidelines aim to improve symptom control and treatment adherence. The recommendations focus on early identification of patients requiring combination therapy rather than prolonged monotherapy with PPIs. With these changes, physicians can now tailor GERD treatment more effectively, reducing the risk of unnecessary long-term acid suppression. The updated PTMR guidelines represent a modernized, patient-centered approach, offering clear steps for diagnosis, therapy selection, and safe withdrawal from PPIs.

Key words: gastroesophageal reflux disease (GERD), primary care, PPI, itopride, new recommendations

KARDIOLOGICKÝ BLOK - VÚSCH KOŠICE

OBEZITA A DYSLIPIDÉMIA U PACIENTOV PO AKS. STAČÍ REDUKCIA HMOTNOSTI ALEBO JE NEVYHNUTNÁ HYPOLIPIDEMICKÁ LIEČBA?

MUDr. Marta Jakubová, PhD.^{1,2}

¹Centrum preventívnej a športovej kardiológie

²II. Kardiologická klinika, VÚSCH, a.s.

Obezita a dyslipidémia sú významné rizikové faktory kardiovaskulárnych ochorení, ktoré sa často vyskytujú u pacientov po akútnom koronárnom syndróme (AKS). Tieto stavy nepriaznivo ovplyvňujú prognózu a zvyšujú riziko opakovaných kardiovaskulárnych príhod. Obezita, definovaná ako nadmerné ukladanie telesného tuku, vedie k negatívnym zmenám v lipidovom profile, ako je zvýšenie koncentrácií LDL-cholesterolu a triglyceridov, spolu s poklesom hladiny HDL-cholesterolu. Dyslipidémia,

ktorá sprevádza obezitu, zhoršuje zápalové procesy, zvyšuje oxidačný stres a inzulínovú rezistenciu, čo podporuje rozvoj aterosklerózy a zvyšuje riziko kardiovaskulárnych príhod u pacientov po AKS.

Redukcia telesnej hmotnosti má preukázateľne pozitívny vplyv na lipidový profil a kardiovaskulárne zdravie, avšak nie vždy postačuje na dosiahnutie ideálnych hodnôt lipidov. U pacientov po AKS je preto potrebné riadiť sa aktuálnymi odbornými odporúčaniami. Hypolipide-

mická liečba je nevyhnutná pre prevenciu opakovaných kardiovaskulárnych príhod u pacientov po akútnom koronárnom syndróme. Statíny, považované za najúčinnější lieky na zníženie lipidov, výrazne znižujú hladiny LDL-cholesterolu, zlepšujú endoteliálnu funkciu, a zároveň znižujú zápal a oxidačný stres, čím zlepšujú celkovú prognózu pacientov. Intenzívna statínová liečba má overený pozitívny účinok na zníženie mortality a výskytu kardiovaskulárnych príhod.

V súčasných odporúčaniach EAS/ESC pre manažment dyslipidemií je po prvýkrát uvedený podtitul „modifikácia lipidov na zníženie kardiovaskulárneho rizika“, ktorý reaguje na rozširujúcu sa klinickú problematiku aterosklerózy. U pacientov po AKS, ktorí majú automaticky veľmi vysoké kardiovaskulárne riziko, sa odporúča dosiahnuť čo najnižšie hladiny LDL-cholesterolu. Čím nižšie hodnoty LDL-C dosiahneme a čím skôr, tým lepšie, pretože v tomto období po AKS je možné dosia-

hnuť najväčší terapeutický efekt a zabezpečiť pacientovi maximálny prínos. Odporúča sa intenzívna liečba statínmi (napr. atorvastatín, rosuvastatín) a kontrola lipidového profilu po 4–6 týždňoch od AKS. V prípade, že cieľové hladiny LDL-C nie sú dosiahnuté, je vhodné pridať ezetimib a podľa potreby upraviť dávkovanie alebo pridať ďalšie hypolipidemiká, ako sú inhibítory PCSK9 (evolokumab, alirocumab) alebo inkisiran (siRNA, ktorý inhibuje produkciu PCSK9 v pečeni).

Zvýšené hladiny LDL-cholesterolu predstavujú významný rizikový faktor prispievajúci k rozvoju aterosklerózy. U pacientov po AKS je veľmi zriedkavé dosiahnuť cieľové hladiny LDL-C len pomocou diéty a redukcie hmotnosti. Preto je potrebná aj farmakologická hypolipidemická liečba.

Kľúčové slová: obezita, dyslipidémia, AKS, LDL-cholesterol, nefarmakologická a farmakologická liečba

JE POTREBNÉ GENETICKÉ VYŠETRENIE U ŠPORTUJÚCEJ POPULÁCIE ?

MUDr. Róbert Funtal¹, MUDr. Marta Jakubová, PhD.², MUDr. Radka Hrešková², MUDr. Peter Horváth², doc. MUDr. Martin Studenčan, PhD., FESC²

¹ Centrum preventívnej a športovej kardiológie, Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb

² Centrum preventívnej a športovej kardiológie, II. kardiologická klinika UPIŠ LF a VÚSCH, a.s., Košice

Náhla srdcová smrť (NSS) u športovcov je zriedkavou, no devastujúcou udalosťou, pričom často súvisí s geneticky podmienenými kardiomyopatiami a arytmogénnymi ochoreniami. Medzi hlavné patologické jednotky spojené so zvýšeným rizikom NSS patrí arytmogénna kardiomyopatia pravej komory (ARVC), hypertrofická kardiomyopatia (HCM) a syndróm predĺženého QT intervalu (LQTS), ktorých predispozícia môže byť odhalená genetickou analýzou. S cieľom identifikovať jednotlivcov s vyš-

ším rizikom malígnych arytmií a prevencie NSS implementujeme v Centre preventívnej a športovej kardiológie vyšetrenie panelu génov, ktoré sú asociované so spomenutými kardiologickými ochoreniami.

Hlavným cieľom je doplniť štandardné kardiologické vyšetrenia, ako sú EKG a echokardiografia o moderné genetické metódy, ktoré môžu odhaliť patogénne mutácie ešte pred objavením sa klinických symptómov. Nález niektorých genetických mutácií môže mať zásadný vplyv na

športovú kariéru jednotlivca. Napríklad nosiči patogénnych variantov v génoch spojených s ARVC (napr. PKP2, DSP, DSG2) sú vystavení vyššiemu riziku námahou indukovaných malígnych arytmií a podľa odporúčaní Európskej kardiologickej spoločnosti sú kontraindikovaní pre intenzívnu športovú aktivitu. Podobne mutácie spojené s HCM (MYH7, MYBPC3) môžu viesť k závažnému hypertrofickému fenotypu so zvýšeným rizikom komorových arytmií pri fyzickej záťaži. Pri LQTS (napr. mutácie v KCNQ1, KCNH2, SCN5A) môže byť športová aktivita kontraindikovaná v závislosti od podtypu ochorenia.

Naše skúsenosti s implementáciou genetického testovania v klinickej praxi môžu poskytnúť cenné poznatky o jeho prínose a budúcom smere v preventívnej kardiológii, pričom individuálny prístup k rozhodovaniu o športovej aktivite na základe genetického profilu môže byť kľúčový pre bezpečnosť športovcov.

Kľúčové slová: športujúca populácia, náhla srdcová smrť, arytmogénna kardiomyopatia pravej komory (ARVC), hypertrofická kardiomyopatia (HCM), syndrómy predĺženého QT intervalu (LQTS), genetické testovanie, individuálny prístup

PACIENT S OBEZITOU A HFpEF: AKO VIEME ZASIAHNUŤ?

MUDr. Radka Hrešková, MUDr. Marta Jakubová, PhD., doc. MUDr. Martin Studčan, PhD., FESC

Centrum preventívnej a športovej kardiológie, II. Kardiologická klinika UPJŠ LF a VÚSCH, a.s., Košice

Za posledné štyri desaťročia sa celosvetovo prevalencia obezity viac ako zdvojnásobila. Aktuálne postihuje viac ako miliardu jedincov. Okrem toho je spojená s vysokým rizikom mnohých chronických ochorení, má negatívny vplyv na kvalitu a dĺžku života. Obezita je známym rizikovým faktorom pre rozvoj srdcového zlyhávania (SZ). Asi 60 % chorých so srdcovým zlyhávaním so zachovanou ejekčnou frakciou ľavej komory (HFpEF) má aj

obezitu. Táto forma srdcového zlyhávania má v klinickom obraze viac symptómov SZ, zníženú toleranciu telesnej záťaže, horšiu hemodynamiku a tiež zvýšenú náchylnosť k hospitalizáciám. Tzv. „obezitná forma HFpEF“ je odlišná od formy HFpEF u pacientov, ktorí nemajú obezitu. Zvyšuje metabolické nároky tela a s tým aj spojené požiadavky na kardiovaskulárny systém, riziko aterosklerotickej koronárnej choroby srdca.

Medzi možné patofyziologické cesty rozvoja HFpEF pri obezite patrí:

1. nepriaznivá prestavba myokardu, diastolická dysfunkcia a atriálna myopatia;
2. viscerálna epikardiálna adipozita a intramyokardiálna lipotoxicita;
3. pľúcne vaskulárne ochorenie
4. neurohumorálna aktivácia, retencia sodíka a expanzia objemu plazmy
5. systémový zápal.

Liečba obezity zahŕňa intervencie ako zmenu životného štýlu, medikamentóznou liečbu a bariatrickú chirurgiu. Zníženie hmotnosti by malo byť cieľom liečby iba u obéznych pacientov s HFpEF. Ukázalo

sa, že bariatrická chirurgia u obéznych pacientov s HFpEF zlepšuje symptómy a triedu New York Heart Association (NYHA), znižuje aj počet opakovaných hospitalizácií pre SZ a má za následok reverz-

nú remodeláciu LK. V súčasnosti SGLT2 inhibítory v liečbe HFpEF preukázali kardiovaskulárny (KV) prínos, znížené riziko hospitalizácie pre SZ alebo úmrtia z KV príčin u pacientov s HFpEF, bez ohľadu na prítomnosť obezity. Nedávna klinická štúdia STEP-HFpEF s receptorovým agonistom glukagónu podobného peptidu 1 (GLP-1 RA) semaglutidom 2,5mg denne, odhalila významné zlepšenie symptómov, kvality života a tolerancie cvičenia, spolu so znížením telesnej hmotnosti u pacientov s obezitou a HFpEF.

Očakáva sa, že počet pacientov s HFpEF porastie vzhľadom na predĺženú

dĺžku života a zvyšujúcu sa prevalenciu rizikových faktorov k HFpEF. Práve obezitná forma HFpEF je jedným z najbežnejších a klinicky relevantných fenotypov HFpEF so špecifickými patofyziologickými mechanizmami. Terapie zamerané na redukciu telesnej hmotnosti sú sľubné. Štúdie s GLP-1 RA u obezných pacientov s alebo bez diabetes mellitus 2. typu preukázali ich účinnosť pri úbytku hmotnosti.

Kľúčové slová: obezitný fenotyp srdcového zlyhávania so zachovanou ejekčnou frakciou ľavej komory, receptorový agonista glukagónu podobného peptidu 1

CENTRUM PREVENTÍVNEJ A ŠPORTOVEJ KARDIOLÓGIE A ÚLOHA SESTRY

Andrea Szilassyová, Bc. Beáta Kleinová

VUSCH, Košice, Funkčná diagnostika - Centrum preventívnej a športovej kardiológie

Kardiológia je odbor, ktorý má k dispozícii veľké spektrum vyšetrovacích metód, ktoré umožňujú hodnotiť rôzne aspekty srdcovej činnosti a zároveň detekovať možné skryté vrodené alebo získané choroby srdca a ciev. Vyšetrovacie metódy v kardiológii delíme na invazívne a neinvazívne. Súčasťou práce v našej ambulancii preventívnej a športovej kardiológie je testovanie športovcov, preventívne prehliadky športovcov a aj bežnej populácie.

Hlavným zameraním ambulancie je využívanie neinvazívnych vyšetrovacích metód. Väčšinu z nich vykonáva práve sestra. Medzi základné vyšetrovacie metódy funkčnej diagnostiky patria: meranie krvného tlaku pomocou tonometra, elektrokardiografia, EKG holter, tlakový holter, bicyklová ergometria, spiroergometria, spirometria a echokardiografia srdca.

Úloha sestry v ambulancii je realizácia a asistencia pri daných vyšetreniach. Vykonáva tiež objednávanie klientov, edukáciu pacientov, obsluhu, údržbu a dezinfekciu prístrojov, monitoring počas jednotlivých vyšetrení. Dodržiava ošetrovateľské procesy, dôkladne vedie dokumentáciu. Snaží sa o vytvorenie vhodných podmienok, dobrej atmosféry, dostatočného časového priestoru pre vykonávanie všetkých vykonávaných vyšetrení na ambulancii.

Cieľom a hlavným zameraním tejto ambulancie je predchádzať tragickým udalostiam na športoviskách. Prevencia náhlej srdcovej smrti zostáva stále v rovine zlepšovania a rozširovania kardiovaskulárneho skriningu v rámci pravidelných športových prehliadok.

Kľúčové slová: prevencia, funkčná diagnostika, kardiológia, intervencie sestry

MIKROBIOTA A METABOLICKÝ SYNDROM

Doc. MUDr. Pavel Kohout, PhD.

Interní klinika 3.LFUK a Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha, Česká republika

Metabolický syndrom (Mets) je soubor rizikových faktorů, které souvisejí s obezitou a inzulinorezistencí. Podle Mezinárodní diabetologické federace (IDF) je definován přítomností abdominální obezity a nejméně dvou z následujících 4 faktorů - zvýšená hladina triacylglycerolů, snížená hladina HDL, hypertenze, porucha glukózové tolerance (prediabetes) nebo diabetes, případně léčba těchto stavů nebo chorob.

Střevní mikrobiota hraje klíčovou roli ve zdraví nebo etiopatogeneze mnohých onemocnění v závislosti na jejím složení. Zdravá střevní mikrobiota (**eubióza**) je spojena s k důležitým součástem střevní bariéry, produkuje množství substrátů, které jsou následně využívány hostitelem (SCFA, vitaminy K a B, a další), zatímco její odlišné složení na podkladě působení různých činitelů, ať už dietních nebo umělejších (léky, xenobiotika apod) se nazývá **dysbióza**.

Na složení střevní mikrobioty se podílí mnoho faktorů, jak genetických, tak zevních, dieta, přítomnost vlákniny v ní, míra zpracování potravin, fyzická aktivita, množství konzumovaných léků a xenobiotik, ale i různá onemocnění a mimo jiné též tělesné složení, obezita nebo diabetes.

Mnohé studie ukazují, že dysbióza může přispívat v rozvoji inzulinové rezistence, především nízká diverzita snížený poměr Bacteroidetes/Firmicutes, případně bakteriální kmeny, které podporují subakutní systémový zánět a inzulinovou rezistenci. Uvádí se dále i vliv na poškození střevní bariéry, metabolismus žlučových kyselin, pleiotropní účinek metabolitů produkovaných mikrobiotou.

Pokud se týká léčby metabolického syndromu pomocí úpravy střevní mikrobioty, byla zkoumána účinnost léčby probiotiky, fekální mikrobiální terapie

Užívání probiotik u pacientů s metabolickým syndromem vedl v některých studiích ke zlepšení BMI, hodnot krevního tlaku, metabolismu glukózy a lipidového profilu. Probiotika ovlivnila také hladiny některých zánětlivých biomarkerů, jako je TNF alfa, IL 6, VEGF. Míra ovlivnění je však klinicky nerelevantní ve srovnání s úpravou životního stylu, fyzickou aktivitou, dietními opatřeními a farmakoterapií.

Klíčové slová: střevní mikrobiota, metabolický syndrom, eubióza, dysbióza, probiotika, fekální mikrobiální terapie, úprava životního stylu

INTERTRIGO, KVASINKOVÉ INFEKČIE A INÉ SÚVISLOSTI S METABOLICKÝM SYNDRÓMOM

Prim. MUDr. Hana Zelenková, PhD, MBA

SANARE spol s r. o., Hrabová 735/10, pracovisko DOST, ul. dr. Pribulu 2, 08901 Svidník

Latinský pôvod termínu „intertrigo“ - inter („medzi“) a terere („trieť“) - ilustruje fyziológiu stavu. Intertrigo - povrchové zápalové zmeny na koži, vznikajú na miestach so zvýšeným tlakom - trením - axily, u žien oblasť pod prsníkmi, prevísajúce bruško, perineum, inguinálny, intergluteálny priestor, medziprstové priestory nôh. Prejavy sú zhoršované vysokými teplotami, vlhkosťou, maceráciou kože, minimálnym vetraním. Intertrigo sa často sekundárne infikuje, najmä kvasinkou *Candida*, ale k patogenéze môžu prispievať aj iné vírusové alebo bakteriálne patogény či metabolické ochorenia napr. diabetes, nadmerná obezita, inkontinencia a pod. Prejavy postihujú všetky vekové kategórie (deti, dospelí, seniori).

Kvasinky - mikroorganizmy, prirodzene sa u človeka vyskytujú na slizniciach (ústa, nos, hrdlo, intímne partie žien a mužov, na koži, v črevách), v najväčšom zastúpení kmeň plesne *Candida*. Za normálnych podmienok žijú v rovnováhe s baktériami a tvoria prirodzenú mikrofóru. Pri narušení fyziologických podmienok

(zmena pH pokožky, vlhkosti, prítomnosť iných látok) môže dôjsť k premoženiu kvasiniek a rozvinie sa kvasinková infekcia s rôznym typom postihu - napríklad zmienené intertrigo. Najčastejšie príčiny kvasinkovej infekcie: oslabená imunita (onkologické ochorenia, aplikácia kortikosteroidov, diabetes a iné), užívanie antibiotík, užívanie hormonálnej antikoncepcie, iné narušenia pH sliznice, nevhodná strava, stres, STD, gravidita, nevhodná spodná bielizeň.

Prejavy výrazne ovplyvňujú kvalitu života pacienta (bolestivosť, svrbenie pálenie, foetor) a jeho celkový životný komfort aj rodinných príslušníkov. Pre terapiu je nevyhnutná správna diferenciálna diagnostika. V prednáške sú demonštrované rôzne typy intertriginóznych postihnutí kože u pestrej skupiny pacientov, spomenutá je krátko diagnostika, prevencia a liečba.

Kľúčové slová: intertrigo, kvasinkové infekcie, metabolický syndróm, diagnostika, liečba

MIKROBIOTA A JEJ VPLYV NA GIT - POHĽAD SPOZA HRANÍC:

MASH A MIKROBIOTA

MUDr. Michal Šenkýřik

Interní gastroenterologická klinika Fakultní nemocnice Brno a Masarykovy univerzity v Brně

Nealkoholická steatohepatitida (NASH, nonalcoholic steatohepatitis) je zápalovou formou (2-6%) nealkoholického ztukovatění jater (NAFLD, nonalcoholic

fatty liver disease), kterou trpí až 25% celosvětové populace. NASH je spojen s horší prognózou těchto pacientů. Od prosince 2023 byla zavedena nová no-

menklatura těchto onemocnění - MASH, resp. MALSD (metabolic dysfunction steatosis liver disease nebo steatohepatitis), která nastává v přítomnosti alespoň jednoho z pěti kardiometabolických faktorů (body mass index BMI, resp. obvod pasu, krevní tlak, sérové hladiny glukosy, triglyceridů a HDL-cholesterolu). Obesita a diabetes mellitus 2. typu (DM2) jsou proto častými komorbiditami této hepatopatie.

Hlavním triggerem onemocnění je systémová insulinová rezistence, aktivující vzestup hladiny volných mastných kyselin v krvi a jejich akumulaci v hepatocytech, jako iniciální fázi MAFLD. Změny v lipidovém metabolismu, mechanismy oxidativního stresu a mitochondriální dysfunkce vedou k poškození hepatocytů. Kruční roli přitom hraje inflamace moderovaná makrofágy s produkcí proinflamatorních cytokinů.

Interakce mezi gastrointestinálním traktem a játry v patogenezi MASH/MAFLD je předmětem narůstajícího vědeckého zájmu v posledních letech. Dysbiota, resp. ztráta bakteriální diverzity, části spojené s obesitou a DM2, vedou k poruše intestinální bariérové funkce střeva s následnou endotoxémií a produkcí mikrobiálních metabolitů (krátké mastné kyseliny a jiné) se systémovým efektem. Diagnosticky je stanovení diverzity mikrobiomu či jeho působků zatím stále na experimentální úrovni. Terapeuticky lze uvažovat o modulaci intestinální střevní flóry, která však musí být systematická a dlouhodobá. Předmětem zájmu jsou probiotika, prebiotika a fekální transplantace. Bariatrická chirurgie může napomoci redukci trigrující obesity a DM2.

Klíčové slová: MASH, mikrobiota, dysbióza, stanovení diverzity mikrobiomu, modulace intestinální střevní flóry, bariatrická chirurgie

PŮSOBNÍ ŽLUČOVÝCH KYSELIN NA STŘEVNÍ MIKROBIOTU

Doc. MUDr. Pavel Kohout, PhD.

Interní klinika 3.LFUK a Fakultní Thomayerova nemocnice, Praha, Česká republika

Střevní mikrobiota hraje klíčovou roli v etiopatogeneze mnohých onemocnění, patří k důležitým součástem střevní bariéry, produkuje množství substrátů, které může využívat lidský organismus (SCFA, vitaminy K a B, a další).

Eubióza je stav střevní mikrobioty, která se nachází u zdravých lidí, v tračníku je dostatečné množství bakterií a ostatních mikrobů, je dostatečná diverzita, jsou zde obsaženy signální bakterie jako známka „zdravé mikrobioty“ jako je *Faecalibacterium Prausnitzii*, *Akkermansia muciphila* a další.

Pokud dojde k poškození střevní mikrobioty, hovoříme o **dysbióze**, může k ní dojít působením diety (dieta západního typu), antibiotik, léků i dalších xenobiotik. Na míře

dysbiózy se však podílejí i další faktory, které nejsou zcela objasněny. Mnohé studie z poslední doby ukazují, že jedním z faktorů, které mají vliv na skladbu střevní mikrobioty, je žluč, resp. žlučové kyseliny v ní obsažené.

Žlučové kyseliny působí na střevní mikrobioty více způsoby, nejenže mají antimikrobiální aktivitu, ale jsou schopny aktivovat signální dráhy hostitele, které udržují střevní homeostázu, například přes receptor FXR. Střevní bakterie se podílí na složení žlučových kyselin ve střevním lumen, pomocí bakteriálních hydroláz transformují primární žlučové kyseliny na sekundární, podle jejich složení pak může dojít k prozánětlivému působení, k vlivu na kancerogenezi v tlustém střevě, může dojít ke zhoršení ochrany proti oportunním infekcím.

Manipulace se složením nebo velikostí poolu žlučových kyselín se proto zdá byť ďalší možnosť k ovplyvneniu dysbiózy a sľubnou stratégiou k liečbe alebo prevencii ochorenia, ktoré s dysbiózou súvisí.

Kľúčové slová: střevní mikrobiota, eubióza, dysbióza, žlučové kyseliny, možnosti ovplyvnenia dysbiózy

MÁME UŽ MOŽNOSTI AKO ZASTAVIŤ EPIDÉMIU OBEZITY:

VIEME SA SPRÁVNE PÝTAŤ ?

MUDr. Ivan Majerčák^{1,2}

¹Medical group Košice s.r.o.

²Centrum pre liečbu obezity LF UPJŠ, Košice

Súhrn : Obezita je chronické, progresujúce, relabujúce systémové metabolické ochorenie charakterizované zvýšenou akumuláciou tuku a jeho nedostatočnou mobilizáciou z tkanív, kde sa ukladá za fyziologických podmienok, so súčasným nárastom hmotnosti v dôsledku energetickej dysbalancie medzi príjmom a výdajom energie. Zdravotné riziko a skrátenie dĺžky života spôsobuje abnormálne a nadmerné ukladanie tuku. Napriek posunu vo vnímaní obezity ako choroby pacient s obezitou a niekedy ani lekár neakceptujú komplexný prístup k liečbe. Zjednodušene na obezitu ako chorobu nazerajú ako na chudnutie. Okrem toho pacient často vníma obezitu ako kompletne vlastnú zodpovednosť. Zmenu prístupu k pacientovi s obezitou prináša Edmontonská klasifikácia obezity EOSS (Edmonton obesity staging system), ktorá nie je selektívne zameraná iba na hmotnosť.

Kardiovaskulárne ochorenia sú hlavnými príčinami úmrtí v Európe aj na svete. Základnými zložkami kardiovaskulárneho zdravia sú pohybová aktivita, stravovací vzorec, absencia fajčenia, primeraná hmotnosť, optimálny lipoproteinogram, hodnota krvného tlaku, hladina glukózy a kvalita spánku. Na celkovej mortalite sa okrem kardiovaskulárnych úmrtí podstatnou mierou podieľajú onkologické ochorenia. EPIC štúdia (*European Prospective*

Investigation into Cancer and Nutrition) v 10-tich európskych štátoch prospektívne skúmala vzťah medzi výživou a rakovinou. Zo vzorky 359 387 sledovaných bolo počas 9,7 ročného sledovania dokumentovaných 14 723 úmrtí. Porovnaním prediktívnej hodnoty indexu telesnej hmotnosti (BMI z angl. body mass index), obvodu pásu a pomeru pás/boky (WHR z angl. Waist to hip ratio) riziko predčasného úmrtia najlepšie predpovedal obvod pásu nasledovaný WHR a BMI.

EOSS, obvod pásu a/alebo pomer pás/výška predstavujú reálnejší uhol pohľadu na obezitu ako chorobu. Diagnostika a klasifikácia podľa BMI často zvädza k nesprávnej fixácii odbornej a laickej verejnosti na hmotnosť v kilogramoch. Samotná redukcia hmotnosti bez komplexného prístupu k liečbe vyčerpáva mentálnu kapacitu pacienta a spôsobuje „Syndróm „falošnej nádeje“, cyklus zlyhania, chybnéj interpretácie a opätovnej snahy. Komplexný prístup a úspešnú liečbu charakterizuje predovšetkým udržanie úbytku tuku, nie samotná redukcia hmotnosti. Multidisciplinárny prístup pozostávajúci z nutričnej konzultácie, cieľene ordinovanej pohybovej aktivity podľa stupňa obezity, psychologickéj intervencie zameranej na zmenu životného štýlu vrátane farmakoterapie a/alebo bariatrie vyžaduje komunikačné zručnosti zdravot-

nického personálu, ktorý pracuje s pacientami s obezitou.

Okrem „búrania“ mýtov spojených s laickým prístupom, kedy je dôležitá komunikácia ako obezitu neliečia rôzne populárne diéty bez medicíny dôkazov, samozvaní „poradcovia výživy“, fitness tréneri odporúčajúci neprimeranú pohybovú aktivitu, „tabletky“, čaje, doplnky výživy alebo pseudolieky, ktoré nie sú viazané na lekársky predpis. Neodborný prístup a neprimeraná komunikácia vedie ku sebaobviňovaniu, prokrastinácii, odporu ku vlastnému telu, prípadne k závažnejším psychickým poruchám. Pacienti s obezitou sa vplyvom nesprávnej

komunikácie o zmenu svojho správania pokúšajú veľmi často neúspešne. Pacient sa obviňuje z nedostatku pevnej vôle, „lenivosti“, často sú za neúspechom aj ne-realistické očakávania o vlastnej zmene. Z psychologického hľadiska sa na zmenu životného štýlu najčastejšie využíva kognitívno-behaviorálna terapia, ktorá má za cieľ eliminovať nevhodné stravovacie a pohybové návyky a naučiť pacienta s obezitou ako nahradiť nevhodné myšlienky a sebaobviňovanie pozitívnym prístupom k novému životnému štýlu.

Kľúčové slová: obezita, manažment zmeny životného štýlu, komunikácia

AKO RIEŠIM OBEZITU V MOJEJ KLINICKEJ PRAXI JA

MUDr. Miroslava Lörincová

Ambulancia všeobecného lekára pre dospelých, Banská Bystrica

O niektorých veciach je ťažké hovoriť otvorene. Najst tie správne slová je ešte ťažšie. Najmä ak ide o citlivú tému, akou obezita jednoznačne je. Nebojme sa o nej hovoriť so svojimi pacientami. Obezita nie je hanba, ale vážny zdravotný problém, ktorý si vyžaduje komplexnú liečbu naprieč všetkými aspektami, bez stigmy a zaujatosti.

Pre všeobecnú populáciu, zdravotníckych pracovníkov a pacientov je dôležité, aby pochopili, že obezita nie je len o estetike, ale aby si uvedomili významné zdravotné riziká spojené s obezitou.

Nedávne štúdie zdôraznili účinnosť nových liekov pri znižovaní hmotnosti a zmiernení ďalších významných rizikových faktorov, ako sú kardiovaskulárne, renálne a metabolické problémy. Liečba obezity teda zahŕňa zlepšenie celkových zdravotných výsledkov.

Napriek silným dôkazom, ktoré podporujú tieto výhody, medzi teóriou a praxou zostáva priepasť.

Hlavným dôvodom je názor, že obezita nie je zdravotný stav, ale skôr osobná voľba. Tento názor je ďalej posilnený obavami z vedľajších účinkov, pochybnosťami o účinnosti týchto liekov, problémami s cenou a dostupnosťou a problémami pri úprave dávkovania. Prekážky pri predpisovaní liekov proti obezite sú často založené viac na predsudkoch a nedostatku vedomostí ako na spoľahlivých dôkazoch.

Je to pravda, že tieto liečby majú vedľajšie účinky, ale ktorý liek nie?

Pred začatím liečby je dôležité s pacientmi prediskutovať možné vedľajšie účinky a prijať stratégie na ich zvládnutie, ako je začiatok s najnižšou možnou dávkou, sledovanie nežiaducich účinkov a úprava dávkovania podľa tolerancie pacienta.

V prednáške budú predstavené 2 kazuistiky liečených pacientov s dosiahnutými výsledkami.

Kľúčové slová: obezita, komunikácia s pacientami, účinná farmakoterapia obezity

DERMATOLOGICKÝ BLOK:

ECZEMA HERPATICUM - HERPATICUM NIE JE VARICELLA ANI IMPETIGO

Prim. MUDr. Hana Zelenková, PhD., MBA

SANARE spol s r. o., Hrabová 735/10, pracovisko DOST, ul. dr. Pribulu 2, 08901 Svidník

Diferenciálna diagnostika v dermatológii je jedným zo základných predpokladov úspešnej terapie. To čo sa lekárovi s inou špecializáciou často javí ako jeden typ ochorenia, erudovaný dermatológ musí presne špecifikovať aj drobné rozdiely, ktoré určujú smer pre ďalšie laboratórne vyšetrenia a následné terapeutické postupy. Nie častou a správne diagnostikovanou jednotkou je eczema herpeticum - herpeticum (EH).

Prejavy na koži a slizniciach s mimoriadne pestrým obrazom patria k tým najfrekvencovanejším. Základnou schopnosťou vírusov je prežívať u človeka v latentnom štádiu a schopnosť reaktivovať sa. Z pohľadu ľudskej patológie sú významné vírusy herpes simplex 1 a 2 (HSV) a vírus varicella-zoster (VZV). Staršie označovanie bolo pre HSV-1 herpes simplex labialis a HSV-2 herpes simplex genitalis. Dnešná presná hranica už nie je tak striktná. HSV je pantropný a fakultatívne neurotropný vírus, ktorý môže postihovať nielen kožu a sliznice, ale je preukázané, že postihuje tiež oko, CNS a ďalšie vnútorné orgány. Rovnako vírus môže infikovať fétus a byť príčinou ťažkých kongenitálnych malformácií.

K infekciám HSV-1 dochádza medzi 1. a 5. rokom života, vzostup infekcie HSV-2 je v rozmedzí medzi 15. Až 30. rokom života (súvisí so sexuálnou aktivitou).

Primoinfekcie HSV sa objavujú zväčša po 4. mesiaci života, keď pominie ochrana materskými protilátkami proti HSV (tie prenikajú transplacentárne). Uvádza sa, že v 99 % prípadov sú všetky formy primoinfekcie asymptomatické, manifestné sú vo forme gingivostomatitis herpeticum, primoinfekcie herpes genitalis, primoinfekcie priamou inokuláciou HSV do kože a primoinfekcie u novorodenca krátko po narodení.

Eczema herpeticum (rovnako nazývaný Kaposiho variceliformná erupcia) je závažnou primoinfekciou HSV u osôb s oslabenou imunitou - napr. atopický ekzém, Morbus Darier, u jedincov s dlhodobou podávanými kortikosteroidmi a imunosupresívami. Závažné pre pacienta je to, že kožné prejavy sú generalizované s celkovou alteráciou stavu (bolesti hlavy, vysoké teploty okolo 40 °C, únava, malátnosť). Prejavy majú dramaticky rýchly priebeh - pluzgieriky sa rýchlo kalia, praskajú, vznikajú rozsiahle hemoragické erózie, najmä s typickým postihnutím tváre, krku, s prechodom na ruky a trup. Priebeh môže byť komplikovaný bronchopneumóniou a meningoencefalitidou. Problémom je, že eczema herpeticum môže mať recidivujúci charakter. V terapii v prodromálnom štádiu sú možné lokálne antivirotiká, systémovo je na prvom mieste systémová aplikácia acykloviru.

Varicella a pásový opar (herpes zoster) sú vyvolané rovnakým vírusom - varicella zoster vírus (VZV). Po zhojení prejavov varicelly však VZV v organizme pretrvávajú v latentnom stave v senzorických nervových gangliách. Pri reaktivácii VZV vzniká obraz herpes zoster. Epidemiologickým zdrojom nákazy je chorý s varicellou alebo vzáčne s prejavmi herpes zoster. Nepriamy prenos je málo významný, inkubačná doba varicelly je najčastejšie 14–16 dní. Pričom chorý je zdrojom infekcie - je nákazlivý od posledného dňa inkubácie až do zmeny všetkých polymorfných prejavov (makula, papula, pustula) na krusty. Hojenie prejavov varicelly je zväčša bez jaziev, ad integrum.

Diferenciálna diagnostika je založená na klinickej morfológii. Ale môže byť nie špecialistom - dermatológom, eczema

herpeticatum zamenená u pacientov atopikov s komplikáciou infekcie coxsackie. Okrem toho môžu spôsobovať diferenciálne diagnostické rozpaky bakteriálne superinfekcie a tak napodobňovať EH. To najmä v prípade závažných generalizovaných prejavov atopickej dermatitídy u malých pacientov s intenzívnymi exkoriovanými papulami, ktoré môžu napodobňovať erozívne nezoskupené vezikuly. V prípade bakteriálnej infekcie typu impetiga je samozrejماً terapia lokálna a systémovo podávané antibiotiká.

V prezentácii sú akcentované diferenciálne diagnostické prejavy u malých pacientov a adolescentov.

Kľúčové slová: eczema herpeticatum, varicella, impetigo, diferenciálna diagnostika, liečba

ALGORITMUS LIEČBY KOŽNÝCH PREJAVOV METABOLICKÉHO SYNDRÓMU U RIZIKOVÝCH PACIENTOV

MUDr. Viktoria Luna

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

Metabolický syndróm je komplexný súbor metabolických porúch, ktorý zahŕňa obezitu, kožné prejavy, inzulínovú rezistenciu, dyslipidémiu a hypertenziu. Tieto faktory zvyšujú riziko kardiovaskulárnych ochorení a cukrovky 2. typu. Liečba kožných prejavov metabolického syndrómu je komplexný a náročný proces. Diagnostika a diferenciálna je mimoriadne dôležitá a zahŕňa hodnotenie pestrých kožných prejavov s následným liečebným algoritmom. Ten okrem základného lokálneho ošetrovania zahŕňa návrh na úpravu stravy,

suplementáciu a farmakoterapiu - individuálne stanovenú pre každého pacienta. Pravidelné laboratórne kontroly sú samozrejmosťou. V prezentácii je poukázané na invazívne a neinvazívne liečebné metódy u niektorých typov ochorení metabolického syndrómu (ulcus cruris rôznej etiológie) a najmä personalizovaný prístup k liečbe.

Kľúčové slová: metabolický syndróm, kožné prejavy, algoritmus liečby, personalizovaný prístup k liečbe

ROK 2024 ..A MÁME ČO SME (NE)CHCELI...**Prim. MUDr. Hana Zelenková, PhD., MBA***SANARE spol s r. o., Hrabová 735/10, pracovisko DOST, ul. dr. Pribulu 2, 08901 Svidník*

Teda nie že by bol rok 2024 pokojný - udalosti sa valili nebývalým tempom: horúce leto a čudnú jeseň už ani nespomínam, ale voľby v Amerike, konsolidácia v SR, vyhrážky o bombových útokoch na školy... A stále tu máme bežné denné

starosti: deti, ženy, muži, naši domáci miláčikovia, alkohol, doktori pod drobnohľadom, rôzne povolania atď, atď.... tak sa na to trocha pozrime. Lebo s úsmevom ide všetko lepšie.....

BLOK VARIA:**METABOLICKÉ A IMUNOLOGICKÉ ÚČINKY BETA GLUKÁNOV, PRAKTICKÉ SKÚSENOSTI****Ing. Adrián Doboly¹, Mgr. Juraj Jakubík, PhD.¹, Dr.hc. Prof. Ing. Dušan Bakoš, DrSc², MUDr. Zuzana Dobolyová²**¹ *Natures s.r.o. Trnava*² *Fakulta chemickej a potravinárskej technológie STU v Bratislave,*

Beta glukány sú sumárnym pojmom pre heterogénnu skupinu polysacharidov, ktoré sú v prírode prakticky všadeprítomné. Tvoria ich rôzne rastliny, huby a baktérie. Z rozmanitosti ich zdrojov a účelov ich tvorby vyplývajú rozdiely v ich chemickej štruktúre, ktorá vedie k rozdielnym fyzikálnym vlastnostiam a v ostatnom rade k širokému diapazónu ich účinkov na ľudský organizmus. Keďže sú všetky tieto polysacharidy častokrát sumárne nazývané iba beta glukánmi bez zadefinovania ich pôvodu, chemickej štruktúry a čistoty, rôzne a niekedy i protichodné účinky prinášajú zmätok v laickej i odbornej verejnosti.

Cieľom prednášky je predstaviť stručný prehľad beta glukánov a ich metabolických a imunologických účinkov na ľudský organizmus. Preberieme základné mechanizmy metabolických a imunologických účinkov, aspekty vplývajúce na kvalitu a biologickú dostupnosť komerčne dostupných preparátov a tiež skúsenosti a výsledky klinických štúdií a pozorovaní beta-1,3/1,6-D-glukánu z hľivy ustricovitej od spoločnosti Natures.

Kľúčové slová: beta glukány, zdroje, chemická štruktúra, účinky, klinické štúdie

NECESSARY DIRECTIONS OF CHANGES IN THE PRINCIPLES OF FUNCTIONING AND FINANCING OF THE HOSPITAL SERVICES MARKET, OUTPATIENT SPECIALIST CARE, AND PRIMARY HEALTH CARE - EXPERIENCES FROM THE POLISH MEDICAL SERVICES MARKET.

Dr. hab. n.med. Piotr Pobrotyn, PhD., Prof. Dr. hab.n. med. Jarosław Drobnik, M.D.

¹Remedial specialistic Clinic „Pulsantis Sp z o.o“

²Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Wrocław Medical University

In Poland, there is a historically developed oversupply of hospital services, both in terms of the number of hospitals and the number of beds in individual specialist departments. This oversupply primarily concerns short-term specialist restorative medicine, while there is a significant deficit of long-term care beds. The changing landscape of medical technology and the successive advances in medical knowledge cannot be fully utilized to improve and optimize the health-care system. The mechanisms designed to adapt the hospital market to current possibilities are largely hindered by legal regulations and the habits of the stakeholders, including service providers and beneficiaries.

Currently, given the limited financial resources available to the public payer in Poland, it seems essential that services previously performed in hospital settings, but which can now be carried out in outpatient settings, be moved to the outpatient specialist care and primary health care market. There is also a need to modify hospital contracts and introduce the possibility of a wide range of services performed as part of one-day procedures.

It should also be noted that demographic changes in the structure of Polish society significantly affect the need to alter access to hospital beds. On one hand, the continually decreasing number of deliveries necessitates the reconstruction, or more precisely, the reduction in

the number of maternity and neonatology beds. On the other hand, the aging population requires increased access to comprehensive geriatric support. The challenge of transformation in this area and market adaptation is exacerbated by legal acts that do not keep up with these changes. In this regard, a key issue is the requirement for hospitals in Poland to have four basic departments in order to function within the system of basic hospital security, which ensures the financing of the facility. Hospitals that wish to transform their departments into one-day units, relinquishing areas of activity where there is no demand, currently have no means of maintaining contracts with the National Health Fund (NFZ), which is the public health payer in Poland. It is also not possible to change a contract from a short-term restorative medicine department to a long-term care department.

At present, the key aspect in Poland is the reform of legislative regulations for this area so that, through negotiations, hospital facilities can provide services that align with the health needs of the Polish population. The profitability of services financed for both the hospital and outpatient markets is also an important factor. As long as hospital services are financed at a rate many times higher than outpatient services—despite the fact that they can be performed in specialist outpatient care—there will continue to be an excess of hospitalizations. This excess will

not be due to medical necessity, but rather the desire to generate higher revenue, and thus greater income for the facility.

The Polish healthcare system has recently undergone changes aimed at addressing this issue, although the pace of these reforms does not appear to be satisfactory. A good example of positive change is the increase in the pricing of cataract treatments and the possibility of performing these procedures in both one-day units and outpatient settings. The 3-4 day hospital stays observed a few years ago and the long queues for these services have been significantly reduced in Poland. Another example of positive change is the development of specialist outpatient care and the proper pricing of procedures for carpal tunnel syndrome treatment, or more broadly, hand surgery.

An intensive discussion is currently underway in Poland regarding changes to legal regulations that would enable the adaptation of technology, forms, and the scope of services provided to patients in response to the dynamically changing healthcare market, particularly medical technology and knowledge.

The key element is the introduction of provisions that would allow hospitals to qualify for the basic hospital security system when they have one leading department in their structure, enabling them to transform others and negotiate an appropriate contract with the National Health Fund. This could include contracts for one-day wards or long-term care wards. In parallel, an open and transparent discussion is taking place about financing and increasing the availability of various specialist services outside the hospital market. This concerns both changes in the primary healthcare market, where so-called coordinated treatment models have been introduced through entrusted budgets or a range of tests in the form of "40 plus" packages. The discussion also addresses the realization of pricing on the outpatient specialist care market, so that services historically performed in hospitals, but which do not require hospital settings, can be provided outside these facilities. The goal of these efforts is to optimize public spending on healthcare while improving the availability of care and reducing wait times for patients.

Key words: financing of the hospital services market, outpatient specialist care and primary health care

DYSLIPOPROTEINÉMIA A HDL

Prof. MUDr. Stanislav Oravec, CSc., Prof. MUDr. Ľudovít Gašpar, PhD., MUDr. Ewald Ambrózy, PhD., Doc. MUDr. Jozef Bulas, CSc.

I. Interná klinika UNB a LFUK, Bratislava

Lipoproteíny predstavujú transportný systém lipidov v organizme, pričom lipidy zohrávajú kľúčovú biologickú funkciu pri obnove tkanív, bunkových membrán, tvorbe steroidných hormónov, dodávke energie organizmu a regulácii intermediárneho systému.

Chylomikóny, VLDL, IDL, LDL triedy sú charakterizované ako aterogénne, HDL triede sa pripisuje ateroprotektívna úloha pred vznikom a rozvojom aterosklerotických zmien v cievach.

HDL je silne heterogénna lipoproteínová trieda a možno v nej

identifikovať až 10 subfrakcií HDL: veľké (large) HDL 1-3, intermediárne (intermediate) HDL 4-7, malé (small) HDL 8-10.

Pri neaterogénnom lipoproteínovom profile Fenotype A, u zdravých normolipemikov sa potvrdila vysoká koncentrácia protektívnych HDL 1-7 subfrakcií a nízka koncentrácia HDL 8-10 subfrakcií, tzv. malých (small) HDL.

Naopak, pri ochoreniach kardiovaskulárneho systému (artériová hypertenzia, ICHS, ICHDK) s aterogénnym lipoproteínovým profilom Fenotypom B,

popri vysokej koncentrácii aterogénnych subfrakcií LDL (mdLDL), sú vo vysokej koncentrácii prítomné small HDL.

Naše zistenie ponúka indície, že nie celá HDL lipoproteínová trieda je atero- protektívna, ale prítomnosť vysokého zastúpenia small HDL v lipoproteínovom spektre pacientov s kardiovaskulárnym ochorením, zvyšuje ich aterogénne riziko a predstavuje vysoké reziduálne riziko pre týchto pacientov.

Kľúčové slová: dyslipoproteinémia, HDL, subfrakcie, fenotypy

ANGIOLOGICKÝ BLOK:

ARTÉRIOVÁ HYPERTENZIA A RIZIKO CIEVNYCH MOZGOVÝCH PRÍHOD

Prof. MUDr. Ľudovít Gašpar, CSc.^{1,2}, MUDr. Veronika Vestenická, PhD.³, Prof. MUDr. Stanislav Oravec, CSc., MUDr. Ewald Ambrózy, PhD.

¹ *Fakulta zdravotníckych vied, Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave*

² *I. interná klinika LF UK a UN Bratislava*

³ *I. neurologická klinika LF UK a UN Bratislava*

Úvod: Cievne mozgové príhody (CMP) sú veľmi častou príčinou morbidity a mortality, pričom u osôb po prekonanej CMP je významný i faktor následného dlhodobého neurologického deficitu vo väčšom alebo menšom rozsahu. Početné klinické i epidemiologické štúdie potvrdili, že zvýšené hodnoty systémového krvného tlaku patria medzi hlavné rizikové faktory ischemických i hemoragických CMP. Arteriálna hypertenzia sa na vzniku CMP podieľa viacerými mechanizmami, ktoré pôsobia komplexne, či už vo forme štrukturálnych cievnych zmien alebo cerebrálnej autoregulácie (endotelová dysfunkcia, hypertenzívna vaskulopatia, lipohyalinóza, fibrinoidná nekróza a ďalšie). Tieto komplexné zmeny podmieňujú v rôznom rozsahu ako zvýšenú vaskulárnu fragilitu, tak i stenookluzívne zmeny ciev,

ktoré sa potom patognomicky podieľajú na vzniku CMP.

Cieľ práce: Retrospektívnu analýzu súboru pacientov s akútnou CMP poukázať na artériovú hypertenziu ako hlavný ovplyvniteľný rizikový faktor.

Materiál a metodika: Do štúdie bolo konzekutívne zaradených 218 pacientov s akútnou CMP (145 mužov a 73 žien). Priemerný vek súboru bol 70,8 rokov. Zobrazovacími vyšetreniami sa ischemická CMP potvrdila u 182 členov súboru (83,5 %) a hemoragická u 36 členov súboru (16,5 %).

Výsledky: Arteriálnu hypertenziu sme zistili u 199 členov súboru, čo predstavuje 91,3 %. V skupine s hemoragickou CMP sme artériovú hypertenziu zistili u 31 členov (86,1 %).

Záver: Naša práca poukazuje na nevyhnutnosť zlepšenia efektívneho ma-

nažmentu artériovej hypertenzie ako najčastejšieho ovplyvniteľného rizikového faktora CMP. Vzhľadom na súvislosť medzi artériovou hypertenziou a CMP je dôležitá dôsledná diagnostika artériovej hypertenzie a jej efektívna liečba. Pre redukciu incidencie a prevalencie CMP je nevyhnutná medziodborová spolupráca. Dôraz treba klásť na problematiku pre-

vencie, optimalizáciu manažmentu akútnej fázy CMP, efektívnu sekundárnu profylaxiu a rehabilitáciu.

Kľúčové slová: artériová hypertenzia, cievna mozgová príhoda, rizikový faktor, prevencia, optimalizácia manažmentu, sekundárna profylaxia, rehabilitácie

PREVENIA DIABETICKEJ NOHY – Z POHĽADU KOMUNITNEJ MEDICÍNY

MUDr. Katarína Dostálová, PhD., MPH¹, A. Shaparets^{1,2},

Mgr. Veronika Lane Rybanská, D.Phil.², MSc. Martin Smatana^{1,2}

¹ Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave

² Inštitút zdravotníckych analýz Ministerstva zdravotníctva SR

Úvod: Syndróm diabetickej nohy (SDN) je definovaný ako ochorenie nôh u pacienta so súčasným alebo predtým diagnostikovaným diabetes mellitus (DM), ktorý zahŕňa jeden alebo viacero z nasledujúcich stavov: periférna neuropatia, ochorenie periférnych artérií, infekcia, ulcerácia, neuroosteopropatia, gangréna alebo amputácia. Na analýzu tejto komplikácie u pacientov s DM použil Ústav zdravotníckych analýz v spolupráci so Slovenskou zdravotníckou univerzitou dve relevantné diagnózy: gangréna (R02) a chronický vred dolnej končatiny (L97). Celkový počet ochorení má klesajúcu tendenciu, v roku 2023 bolo zaznamenaných 5 983 prípadov (84,1 % prípadov chronického vredu dolnej končatiny a 15,9 % prípadov gangrény) oproti 6 450 v roku 2018.

Sociálno-demografické faktory a možnosti kompenzácie prostredníctvom úsilia komunity. Mnohé vedecké štúdie dokazujú, že v procese diabetickej ulcerácie nohy sú dôležité nielen klinické premenné, ale aj sociodemografické faktory: 1. pokročilý vek, 2. nepriaznivý socioekonomický stav, 3. sedavý spôsob

života a 4. dlhšie trvanie DM. Komunita je skupina ľudí s rôznymi charakteristikami, ktorí sú prepojení sociálnymi väzbami, zdieľajú spoločné perspektívy a zapájajú sa do spoločnej činnosti v danom prostredí. Komunita môže pacienta v danom prostredí podporovať a pomáhať mu: 1. dodržiavaním diéty, 2. pohybovou aktivitou, 3. starostlivosťou o dolné končatiny, ako aj 4. dodržiavaním liečby. Pacientske združenia môžu zohrať dôležitú úlohu pri usmerňovaní pacienta a rodiny.

Záver: Skrining diabetu je súčasťou bežnej klinickej praxe, avšak jeho komplikácia SDN je stav dlhodobý a niekedy ťažko zvládnuteľný. Úroveň vedomostí, inovácie v liečbe a pokrok dosiahnutý v kvalite diabetologickej starostlivosti sú sľubné, avšak môžu byť ťažšie dostupné pre pacientov s nepriaznivými sociálnymi charakteristikami. Komunita má potenciál byť účinným sprostredkovateľom medzi medicínou založenou na dôkazoch a diabetikmi v reálnej praxi.

Kľúčové slová: diabetes mellitus, syndróm diabetickej nohy, komunita, sociálno-demografické faktory

RECOMMENDATIONS AS A KEY AND BASIC TOOL IN THE WORK OF A PRIMARY CARE PHYSICIAN - CHRONIC VENOUS DISEASE IN THE LIGHT OF NEW RECOMMENDATIONS

Clinical practice recommendations for the diagnosis and management of the Chronic Venous Disease for Primary Care Physicians in collaboration with The Polish Society of Family Medicine, Polish Society of Phlebology and Polish Society of Angiology

Prof. dr hab. n.med. Jarosław Drobnik¹, Dr.hab. n.med. Piotr Pobrotyn², dr n.med. Robert Susło

¹Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Medical University of Piastów Śląskich in Wrocław

²Remedial specialistic Clinic „Pulsantis Sp z o.o“

³Faculty of Health Sciences, Medical University of Piastów Śląskich in Wrocław

Chronic Venous Disease (CVD) is a growing social problem that, according to research, affects about half of the adult population in our region. Most patients visit primary care physicians at various (usually early) stages of the disease. To help General Practitioners in diagnosis and treatment of CVD, at their daily practice, the Polish Family Medicine Society in cooperation with the Polish Phlebology Society and the Polish Angiology Society has prepared document presenting the most important aspects of CVD diagnosis, prevention, and treatment in a concise and accessible way. The aim of the document is to make it easier for primary care physicians to decide in what situations patients should be referred to a specialist on an urgent basis, in order to help them as soon as possible, and when to refer patients on a planned basis, in order to provide them in-depth diagnostics.

It was also intended to draw the attention of the medical community to the fact that symptoms indicating CVD, reported by patients, should not be treated only from the perspective of a cosmetic defect, but as a disease with potentially serious health consequences such as thrombosis (related to varicose veins – 6x; oedema – 3x, ulcers 3x). Skin changes are advanced stage of CVD. They result from venous circulation disorders trans-

ferred to the microcirculation. Untreated skin lesions predispose to the development of venous ulcers that are difficult to heal. The recurrence of venous ulcers is of up to 70%. Suspecting a diagnosis of CVD it should be remembered that the disease has an inflammatory basis and rich symptomatology. None of the earlier symptoms of the disease should be ignored. Patients should be made aware that the disease will progress and accompany them throughout their lives.

Risk factors to consider when interviewing a patient suspected of having CVD should be obesity increasing venous hypertension leads to damage of valves and vein walls. Obesity as a chronic inflammation leads also to endothelial dysfunction and is related to 5x increased risk of deep vein thrombosis in people under 40. Other important risk factors there are low physical activity, standing or static work position and history of deep vein thrombosis (even asymptomatic).

To achieve a therapeutical success different approaches of CVD treatment should be used in combination: compression therapy, exercises, drainage and pharmacotherapy. Properly functioning calf muscles are the most important mechanism influencing the return of venous blood to the heart. Therefore

running, walking, swimming, cycling are recommended. Lack of exercise affecting muscle trophism correlates with the severity of CVD. Compression stockings should completely cover the affected area of the limb but in patients with symptoms along the entire course of the great saphenous vein, knee socks should not be recommended. The patient should be advised to sleep with legs raised by about 30 cm above the level of the heart (postural drainage), as well as periodic rest during the day with limbs raised above the level of the heart is recommended.

The goals of pharmacological treatment are to improve venous emptying, to affect the vessel walls and interstitial tissue, to restore metabolic balance (acidosis and oxidation), to reduce thrombotic readiness in the venous system and to reduce the destruction of venous endothelial cells. The choice of pharmacotherapy should be adjusted to the symptoms, comorbidities and usually increased risk of thrombosis. Phlebotonic (venoactive) drugs act through various mechanisms,

sometimes significantly different ones. There is no class effect. The only venoactive drug that has a proven antithrombotic effect is a sulodexide. Due to its pleiotropic mode of action (endothelial glycocalyx restoration, anti-inflammatory mode of action, normalization of blood viscosity parameters) sulodexide is especially worth considering for patients suffering CVD with concomitant diabetes or obesity due to both diseases present permanent tissue inflammation and increased risk of thrombosis. What is worth mentioning sulodexide acts protectively on both the venous and arterial systems and on microcirculation.

To support interviewing it has been prepared a short questionnaire that the patient can fill out before the doctor's visit.

Key words: chronic venous disease, primary care physician, recommendations, symptoms, risk factors, compression therapy, exercises, drainage and pharmacotherapy

DOKÁŽEME MODERNÝM KOMPLEXNÝM MANAŽMENTOM U JEDINCŮV S OBEZITOU OVPLYVNÍŤ KARDIOVASKULÁRNE RIZIKO?

Doc. MUDr. Ľubomíra Fábryová, PhD. MPH ^{1,2,3,4}

¹Fakulta ošetrovateľstva a zdravotníckych odborných štúdií, Klinická a fyziologická výživa, Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava, Slovenská republika

²Biomedicínske centrum Slovenskej Akadémie Vied, Bratislava, Slovenská Republika

³MetabolKLINIK sro, Ambulancia pre diabetológiu, poruchy látkovej premeny a výživy, MED PED centrum, Bratislava. Slovenská republika

⁴Inštitút prevencie a intervencie, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava, Slovenská Republika

Miera obezity sa alarmujúco zvyšuje. Je veľmi dobre známe, že obezita jednak zhoršuje tradičné kardiovaskulárne (KV) rizikové faktory, ale je tiež aj nezávislým KV rizikovým faktorom, čo následne nepriamo zvyšuje KV riziko. Mechanizmy, ktoré vedú k rozvoju KV ochorení, sú mnohobočetné a nie úplne pochopené. Dôkazy však spájajú obezitu a chronický subklinický zápal, ktorý uľahčuje rozvoj aterosklerózu podmieneného kardiovaskulárneho ochorenia (AS KVO). Na každé zvýšenie indexu telesnej hmotnosti (BMI) o 5 jednotiek nad 25 kg/m² sa vaskulárna mortalita zvyšuje o 41 % a celková úmrtnosť sa zvyšuje o 29 %. Podľa organizácie Global Burden of Disease - Obesity zvýšenie BMI malo v roku 2015 na svedomí 4 milióny úmrtí, pričom viac ako dve tretiny boli spôsobené práve KVO.

Redukcia hmotnosti je spojená s významnými zdravotnými benefitmi, výraznejší úbytok hmotnosti vedie k výraznejším kardiometabolickým benefitom. Nové antiobezitická na báze inkretínov zahŕňajú agonisty receptora glukagónu podobného peptidu-1 (GLP-1 RA; liraglutid a semaglutid) alebo kombinácie GLP-1 RA a gastrického inhibičného polypeptidu (GIP) - tirzepatid. V rámci programov klinického skúšania sa samozrejmosťou sta-

lo aj skúmanie kardiovaskulárneho prínosu u pacientov s obezitou.

Efekt GLP-1 RA sa pôvodne preukázal v kardiovaskulárnych štúdiách zameraných na redukciu KV rizika u pacientov s diabetes mellitus 2. typu (DM2T). Ako trieda znižujú KV riziko asi o 14 % (redukcia infarktu myokardu (IM) a cievnej mozgovej príhody (CMP)). GLP-1 RA okrem výraznej redukcie glykémie, glykovaného hemoglobínu (HbA1c) viedli aj k extraglykemickým účinkom, ako je redukcia krvného tlaku, redukcia hmotnosti v závislosti od dávky, redukcia obvodu pása aj ďalších kardiometabolických rizikových faktorov, vrátane markerov chronického subklinického zápalu. Štúdie SCALE a STEP ako také viedli k schváleniu vyšších dávok liraglutidu 3 mg a semaglutidu 2,4 mg pri liečbe jedincov s obezitou. Štúdia SELECT hodnotila KV účinky semaglutidu 2,4 mg oproti placebo u 17 604 pacientov s (pre)obezitou s KV ochorením, ale bez DM2T. Primárny KV koncový ukazovateľ zložený z KV smrti, nefatálneho IM alebo nefatálnej CMP sa znížil o 20 % pri použití semaglutidu v porovnaní s placebo. Semaglutid tiež viedol k redukcii viacerých kardiometabolických rizikových faktorov vrátane krvného tlaku, C-reaktívneho proteínu (CRP), HbA1c, hladín lipidov

a obvodu pásu. Dôležitým obmedzením štúdie SELECT je, že do nej boli zahrnutí pacienti s už existujúcim KV ochorením a teda efekt semaglutidu na primárnu prevenciu KV príhod u osôb s (pre)obezitou ešte nebol preukázaný.

Tirzepatid je duálny GIP/GLP-1RA (GIP - gastrointestinálny inhibičný polypeptid) schválený na chronickú liečbu obezity na základe dôkazov z klinického programu SURMOUNT. V štúdii SURMOUNT-1, ktorá hodnotila použitie tirzepatidu v porovnaní s placebom u 2 539 dospelých s obezitou bez DM2T mala polovica účastníkov v skupinách s 10 mg (50 %); a 15 mg (57 %) tirzepatidu zníženie telesnej hmotnosti o $\geq 20\%$ v porovnaní s 3 % na liečbe placebom.

Nedávne pozorovania preukázali významne väčší úbytok hmotnosti pri použití tirzepatidu v porovnaní so semaglutidom u pacientov s (pre)obezitou (bez ohľadu na prítomnosť DM2T). V roku 2027 očakávame výsledky kardiovaskulárnej štúdie SURMOUNT-MMO.

Pokiaľ chceme predísť rozvoju KV ochorenia u pacientov s (pre)obezitou, musíme si uvedomiť, že intervencia musí byť včasná, razantná a dlhodobá.

Kľúčové slová: obezita, komplexný manažment, kardiovaskulárne riziko, GLP-1 RA, liraglutid, semaglutid, tirzepatid

PSYCHIATRICKÉ INDIKÁCIE A KONTRAINDIKÁCIE NASTAVOVANIA MODERNÝCH PREPARÁTOV NA LIEČBU OBEZITY

MUDr. Kamila Ivanová, MPH

¹ *Fakultná nemocnica Trnava*

² *Biomedicínske centrum SAV Bratislava/Centrum pohybovej aktivity*

Celosvetovo narastajúca prevalencia obezity prináša so sebou inovatívne liečebné postupy vrátane farmák, ktoré sa zameriavajú na rôzne fyziologické dráhy nášho tela a tým prispievajú k úspešnému úbytku hmotnosti a zlepšeniu somatického stavu. Duševné zdravie, nemenej významná zložka celkového well-beingu, býva ale opomínané. Publikované štúdie a metaanalýzy prinášajú ohľadom problematiky moderných preparátov na liečbu obezity v súvislosti s duševným zdravím miestami i výrazne protichodné výsledky, a tým obavy z možných rizík, celkového benefitu a bezpečnosti (napr. porúch spánku, úzkostných a depresívnych porúch, samovražedných myšlienok). Cieľom našej práce je zamerať sa

na moderné antiobezitika s dôrazom na mechanizmus ich účinku, celkovú efektivitu a kriticky posúdiť aj ich "psychiatrickú" bezpečnosť. Dôraz kladieme na potrebu skríningu už existujúcich duševných porúch pred začiatkom samotnej terapie, priebežného monitorovania duševného stavu i počas liečby a teda multidisciplinárnu spoluprácu. Len prostredníctvom zdieľania najnovších poznatkov dosiahneme zlepšenie kvality starostlivosti o pacientov žijúcich s obezitou, ktorá má byť nielen účinná, ale aj bezpečná.

Kľúčové slová: obezita, farmakoterapia, psychiatrické indikácie a kontraindikácie, skrínig duševných porúch, multidisciplinárna spolupráca

ZVYŠUJE OBEZITA RIZIKO KARCINÓMOV HORNÉHO GIT(u) A INFEKIE HELICOBACTER PYLORI?

Doc. MUDr. MSc. Peter Minárik, PhD.

Biomedicínske centrum SAV

Karcinóm pažeráka (KP) je ôsmym najčastejším zhubným nádorovým ochorením na svete. V roku 2012 sa zaznamenalo približne 456 000 nových prípadov KP na celom svete, čo predstavovalo tri percentá všetkých nových prípadov rakoviny. KP je šiestou najčastejšou príčinou úmrtia na zhubné nádory. Muži majú dvakrát vyššiu pravdepodobnosť vzniku KP ako ženy. Približne 80 percent prípadov sa vyskytuje v menej rozvinutých krajinách. KP sa väčšinou objaví až v pokročilom štádiu, čo prispieva k jeho zlej prognóze. KP sa delí na dva hlavné typy: skvamocelulárny karcinóm, ktorý sa vyskytuje v hornej časti pažeráka, a adenokarcinóm, ktorý sa vyvíja na rozhraní pažeráka a žalúdka. Celosvetovo je skvamocelulárny karcinóm najčastejším typom KP (tvorí 88 % všetkých prípadov), avšak podiel adenokarcinómov sa dramaticky zvyšuje v ekonomicky vyspelých krajinách!

Medzi vedecky potvrdené príčiny KP patria: (a) fajčenie je príčinou oboch typov rakoviny pažeráka, (b) konzumácia alkoholu zvyšuje riziko oboch typov KP, (c) infekcia ľudským papiloma vírusom (HPV) je príčinou skvamocelulárneho KP, (d) gastroezofageálny reflux (GER), pri ktorom žalúdočná kyselina poškodzuje sliznicu dolnej časti pažeráka a môže spôsobiť adenokarcinóm pažeráka, (e) achalázia pažeráka je vzácne dedičné ochorenie, ktoré takisto zvyšuje riziko adenokarcinómu pažeráka, (f) nadhmotnosť a obezita: existujú presvedčivé dôkazy o tom, že nadhmotnosť a obezita zvyšujú riziko adenokarcinómu pažeráka bez ohľadu na to, či sa hodnotia podľa BMI alebo podľa obvodu pásu. Predpokladá sa, že GER je spôsobený zvýšeným vnútrobrušným tlakom. GER zvyšuje riziko vzniku Barrettovho pažeráka, ktorý je prekancerózou a predchodcom adenokarcinómu

pažeráka. Obezita zvyšuje žalúdočno-pažerákový tlakový gradient, čím uľahčuje vznik GER. Okrem toho obezita zvyšuje riziko vzniku KP aj pri absencii refluxu. Viscerálna obezita sa silne asocjuje s rizikom vzniku Barrettovho pažeráka, a to nezávisle od BMI. Viscerálna obezita však zvyšuje riziko vzniku adenokarcinómu pažeráka aj u osôb bez Barrettovho pažeráka. Obezita teda prispieva k vzniku KP okrem zvýšeného intraabdominálneho tlaku aj ďalšími mechanizmami. Obezita sa pokladá za presvedčivú príčinu adenokarcinómu pažeráka.

Karcinóm žalúdka (KŽ) je piatym najčastejším zhubným nádorovým ochorením na svete. V roku 2012 bolo na celom svete zaznamenaných približne 952 000 nových prípadov KŽ, čo predstavuje sedem percent všetkých nových prípadov rakoviny. Pravdepodobnosť vzniku rakoviny žalúdka je u mužov dvakrát vyššia ako u žien a častejšie sa vyskytuje u starších dospelých. KŽ je treťou najčastejšou príčinou úmrtia na rakovinu. Príznaky sa často objavujú až v neskorom štádiu, čo prispieva k zlej prognóze. Existujú presvedčivé dôkazy, že nadhmotnosť a obezita zvyšujú aj riziko karcinómu žalúdka (KŽ).

Obezita spôsobuje zvýšenie intraabdominálneho tlaku, čo podporuje vznik GER. GER vedie k vzniku nielen prekancerózneho Barrettovho pažeráka a adenokarcinómu pažeráka, ale takisto zvyšuje aj riziko vzniku karcinómu kardie žalúdka. Predpokladá sa však, že obezita zvyšuje nádorové riziko aj prostredníctvom iniciácie chronického zápalu nízkého stupňa tým, že dysfunkčné adipocyty tvoria a vylučujú proinflatórne faktory, ako

je napríklad tumor nekrotizujúci faktor (TNF)-alfa, interleukín (IL)-6 a C-reaktívny proteín (CRP). Pri obezite sú navyše zvýšené hladiny inzulínu, leptínu a dochádza k dysregulácii endogénnych hormónov vrátane pohlavných steroidov a inzulínu, čo má za následok zvyšovanie proliferácie buniek a sťaženie apoptózy. Všetky uvedené faktory podporujú rast nádorových buniek – vrátane adenokarcinómu pažeráka a karcinómu kardie žalúdka. Existujú presvedčivé dôkazy o tom, že nadhmotnosť a obezita zvyšujú riziko vzniku karcinómu kardie žalúdka.

Helicobacter pylori (HP) je jednou z najčastejších infekcií postihujúcich sliznicu žalúdka. HP infekcia súvisí s antrálnou gastritídou, peptickými ulkusi a podporuje vznik karcinómu žalúdka. *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) je bičíkatá gramnegatívna baktéria. Údaje zo 73 krajín z rokov 2000 - 2017 ukázali, že celková prevalencia infekcie HP bola 44,3 %, pričom bola vyššia v rozvojových krajinách než v ekonomicky rozvinutých krajinách (50,8 % oproti 34,7 %). Podľa výsledkov recentných výskumov infekcia HP úzko súvisí s viacerými ochoreniami mimo tráviaceho traktu, vrátane diabetes mellitus (DM) a nealkoholickej tukovej choroby pečene (NAFLD).

Obezita predstavuje nadmerné hromadenie telesného tuku v organizme. OB sa pokladá za chronické metabolické ochorenie, ktoré je hlavnou súčasťou metabolického syndrómu. Medzi ochorenia spôsobené OB patria diabetes mellitus typ 2 (DM2), hypertenzia, obštrukčné spánkové apnoe a infarkt myokardu. OB

sa významne zvyšuje riziko minimálne 13 zhubných nádorov. V priebehu posledných 50 rokov sa výskyt obezity celosvetovo zvýšil a dosiahol pandemické rozmery. Z epidemiologických dát vyplýva, že celková prevalencia globálnej centrálnej obezity sa v priebehu posledných rokov zvýšila, a to predovšetkým prevalencia obezity u mladých jedincov a u mužov. V mnohých krajinách sa preto obezita ako dôležitému verejno-zdravotníckemu problému venuje náležitá pozornosť. Liečba OB a najmä liečba komorbidít OB radikálne zvyšuje finančné a personálne zaťaženie systému zdravotnej starostlivosti.

Vzťah infekcie HP k BMI a OB. Autori viacerých štúdií v posledných rokoch sledovali aj súvislosti medzi infekciou HP, BMI a OB. Viacero prác, ktoré sledovali vzťah HP k BMI a OB potvrdilo významnú úlohu BMI pri infekcii HP. Výsledky mnohých nezávislých štúdií potvrdili fakt, že jedinci s OB vykazujú vyššiu prevalenciu HP ako jedinci s primeraným BMI (BMI < 25,00 kg/m²). Z najnovšej systematickej prehľadovej štúdie vyplýva, že abdominálna - viscerálna obezita sa pozitívne asocjuje s infekciou HP, a to najmä u osôb vo veku ≤ 50 rokov. Naša prednáška sa bude detailnejšie venovať vzťahu medzi BMI a OB k infekcii a prevalencii HP, ako aj potenciálnym patogenetickým mechanizmom tohto vzťahu.

Kľúčové slová: obezita, karcinóm horného GITu, infekcia *Helicobacter pylori*

VPLYV KOMPLEXNEJ ÚPRAVY ŽIVOTNÉHO ŠTÝLU NA KOGNITÍVNE FUNKCIE U SEDAVÝCH DOSPELÝCH S OBEZITOU

Bc. Mgr. Lucia Slobodová, PhD.¹, MSc. Petronela Forišek Paulová^{2,3}, Mgr. Oksana Mytial^{2,4}, MSc. Morteza Motahari Rad, PhD.¹, Mgr. Amiri Ali, PhD.², Mgr. Emília Varečková³, Mgr. Jana Kubičková³, Patrik Konrád dipl.fyz.², Mgr. Petra Dubajová¹, Mgr. Viera Litváková¹, Doc., MUDr. MSc. Peter Minárik, PhD.³, Mgr. Jozef Ukropec, DrSc.², Prof. MUDr. Barbara Ukropcová, PhD.^{2,3}

¹ Centrum výskumu pohybovej aktivity, Biomedicínske centrum Slovenskej akadémie vied, Bratislava

² Oddelenie výskumu porúch metabolizmu, Ústav experimentálnej endokrinológie, Biomedicínske centrum Slovenskej akadémie vied, Bratislava

³ Centrum pre manažment obezity, Biomedicínske centrum Slovenskej akadémie vied, Bratislava

⁴ Ústav patologickej fyziológie, Lekárska fakulta Univerzity Komenského, Bratislava, Slovensko

Úvod: Fyzická inaktivita, ktorá patrí medzi rizikové faktory vzniku obezity, prispieva významnou mierou aj k zrýchleniu procesu starnutia a s tým spojeným poklesom kognitívneho výkonu, predovšetkým pozornosti, pamäti a exekutívnych funkcií. Obezita vytvára patofyziologické podmienky, ktoré vedú okrem iného aj k štrukturálnym zmenám a zníženej plasticite mozgu, čo sa v kognitívnom výkone prejavuje zhoršením exekutívnych funkcií a pamäti. V našej štúdii sme skúmali hypotézu, že komplexná intervencia v oblasti životného štýlu, zahŕňajúca pravidelné cvičenie pod vedením trénera, výživové poradenstvo a kognitívno-behaviorálny koučing, môže viesť k priaznivým zmenám v zložení tela, fyzickej výkonnosti a kognitívnych funkcií.

Metódy: Dobrovoľníci (M=18/Ž=27; vek=35,7±6,0 rokov) absolvovali komplexnú fenotypizáciu pred a po absolvovaní 3-mesačnej intervencie v oblasti úpravy životného štýlu. Zloženie tela sme stanovili pomocou bioimpedancie (OMRON BF511, Japonsko). Motorické funkcie a svalová sila boli posudzované pomocou testov: preferovaná a maximálna rýchlosť chôdze na 10m, sila chrbta a nôh a sila úchopu dynamometriou, sila bicepsu bicipsovým zdvihom/30s

a testom vstávania zo stoličky (5xStS) sila dolných končatín. Kognitívne funkcie boli hodnotené štandardizovanými testami: pamäťový test učenia (AVLT), test kódovania symbolov (DSST) a test cesty A a B (TMT-A/B). Účastníci boli náhodne rozdelení do intervenčnej a kontrolnej skupiny. Intervencia zahŕňala aeróbne-silový tréning (3x1 hod. týždenne) pod dohľadom profesionálneho trénera, výživové poradenstvo 1-krát za týždeň a kognitívno-behaviorálny koučing každé dva týždne.

Výsledky: Intervencia v oblasti úpravy životného štýlu viedla k úprave telesnej hmotnosti (107,1±16,6 kg vs. 98,1±16,4 kg, p<0,001) a priaznivej zmene zloženia tela (svalová hmota: 26,9±3,9% vs. 29,19±4,9%; tuková hmota: 41,2±7,4% vs. 36,6±8,9% a viscerálny tuk: 12,5±4,3 vs. 10,6±3,8; všetky p<0,001). V kontrolnej skupine sme nezaznamenali zmenu hmotnosti tela (102,9±13,2 kg vs. 102,0±12,0 kg, p=0,43) a množstva viscerálneho tuku (11,6±4,3 vs. 11,3±3,3, p=0,64), avšak zaznamenali sme mierne zmeny v telesnom zložení (svalová hmota: 31,6±10,6% vs. 33,4±10,7%, p=0,02; tuková hmota: 38,1±10,6% vs. 35,0±11,4%, p=0,03). Pravidelné cvičenie zvýšilo silu svalov chrbta a nôh (102,0±34,6 kg vs. 116,9±33,3 kg, p=0,004) a maximálnu

rýchlosť chôdze ($2,38 \pm 0,6$ m/s vs. $2,61$ m/s, $p < 0,001$), s trendom k zvýšeniu preferovanej rýchlosti chôdze ($1,3 \pm 0,3$ m/s vs. $1,4 \pm 0,2$ m/s, $p = 0,06$). V kontrolnej skupine neboli pozorované žiadne zmeny v sile svalov chrbta a nôh ($95,8 \pm 39,9$ kg vs. $106,7 \pm 35,4$ kg, $p = 0,20$), či v rýchlosti chôdze ($p > 0,05$). Na úrovni kognitívnych funkcií sa v intervenčnej skupine zlepšila pracovná pamäť a psychomotorické tempo (DSST, $p = 0,004$), ako aj rýchlosť spracovania informácií (TMT-A, $p = 0,02$; TMT-B, $p = 0,007$). Napriek významnému zvýšeniu skóre v DSST ($p = 0,002$) nebola v kontrolnej skupine pozorovaná zmena v rýchlosti spracovania informácií (TMT-A, $p = 0,2$; TMT-B, $p = 0,7$). Pri porovnaní rozdielov v čase pre TMT-A a TMT-B medzi skupinami mala kontrolná skupina po 3 mesiacoch významne dlhší čas

v prechode medzi dvoma myšlienkovými procesmi (kognitívna flexibilita) ($p < 0,05$).

Záver: Relatívne krátka, 3-mesačná, komplexná intervencia v oblasti životného štýlu, ktorá zahŕňala pravidelný aeróbne-silový tréning spojený s výživovým poradenstvom a KBT koučingom viedla k úprave telesnej hmotnosti, zlepšeniu fyzickej zdatnosti a zlepšeniu kognitívnej výkonnosti u pacientov s obezitou. Pravidelné cvičenie by preto malo byť neoddeliteľnou súčasťou komplexného manažmentu obezity.

Grantová podpora: APVV 20/0466, APVV 23/0604, ADDIT-CE Horizon Europe 101087124, VEGA 2/0076/22, VEGA 2/0161/24

VÝŽIVOVÉ DOPLNKY PRI REDUKCII HMOTNOSTI: ÚČINNOSŤ A BEZPEČNOSŤ

Doc. PharmDr. Daniela Mináriková, PhD. MSc.MPH

Farmaceutická fakulta UK v Bratislave

Výživové doplnky (VD) predstavujú osobitnú skupinu potravín a obsahujú koncentrované množstvá vitamínov, minerálnych látok a iných povolených látok s fyziologickým účinkom. Užívaním výživových doplnkov je možné doplniť ich prirodzený príjem, ak to nie je možné dosiahnuť konzumáciou vyváženej a pestrej stravy. Výživovým doplnkom sa nesmie prisudzovať schopnosť prevencie, liečby alebo vyliečenia ľudských chorôb alebo sa odvolávať na takéto schopnosti. Zároveň pri ich označovaní, ponuke a reklame sa nesmie uvádzať žiadna informácia, ktorá tvrdí alebo vzbudzuje dojem, že vyvážená a rozmanitá strava vo všeobecnosti neposkytuje primerané množstvo živín. Pri výživových doplnkoch sa môžu uvádzať povolené zdravotné tvrdenia o ich možnom zdravotnom alebo výživovom prínose, ak sú schválené Európskym úradom pre bezpečnosť potravín EFSA.

Napriek tomu, že žiadne usmernenia pre manažment (pre)obezity neobsahujú odporúčanie užívať VD ako spôsobu liečby (pre)obezity, u laickej verejnosti sú neustále v obľube v snahe o schudnutie či udržanie si hmotnostnej redukcie. VD, ktoré sa s týmto zámerom používajú, majú variabilné zloženie a ich potenciálny účinok môže zahŕňať vplyv na vstrebávanie živín (VD s obsahom extraktov zo zeleného čaju, ženšenu, chitosana, B-glukánov, psyllia, guarovej gummy, agaru, inulínu), vplyv na reguláciu chuti do jedla (VD s obsahom spiruliny, horkého pomaranča, guarany), vplyv na reguláciu energetickeho výdaja (VD s obsahom kapsaicínu, kurkumínu, L-karnitínu), vplyv na metabolizmus tukov (VD s obsahom pyruvátu, resveratrolu, sladkého drievka, CLA), vplyv na vstrebávanie sacharidov (VD s obsahom chrómu, kyseliny lipoovej). Viaceré systematické prehľady sa zaoberajú

rajú hodnotením štúdií, ktoré prezentujú efekt aktívnych látok vo VD na telesnú hmotnosť alebo telesné zloženie. Konštatujú, že niektoré zložky VD môžu vykazovať nejaký anti-obezitogénny efekt bez významných nežiaducich účinkov, avšak žiadne nie sú schopné vyvolať klinicky relevantný úbytok telesnej hmotnosti.

Pri posúdení klinického efektu VD, napriek množstvu štúdií, je tu stále nedostatok kvalitných randomizovaných kontrolovaných štúdií, ktoré by preukázali dostatočné, konzistentné a kvalitné dôkazy. U väčšiny publikovaných štúdií existujú závažné metodologické nezrovnalosti (malé veľkosti vzoriek, krátke sledovanie, rôzne dávky, rôzne zloženie a zlý dizajn štúdie) a značné riziko skreslenia. Aj keď sú VD vo všeobecnosti bezpečné, ich užívanie môže byť spojené s nežiadúcimi účinkami. V prezentácii sa ako zdroj takýchto informácií odporúča napr. National Institute of Health, USA. Všetky VD na chudnutie môžu navyše interagovať

s inými liekmi a negatívne ovplyvňovať ich účinok. Mnohé bioaktívne zložky VD zostávajú neznáme, necharakterizované alebo nie sú dostatočne testované vo vzájomnej kombinácii s liekmi, čo môže posunúť rovnováhu medzi ich rizikom a prínosom v neprospech ich používania. Ich užívanie, vzhľadom na celkový profil rizika a prínosu, je vhodné konzultovať so zdravotníkom. Profesionáli, ale najmä laická verejnosť by mala porozumieť, že VD na chudnutie v žiadnom prípade nie sú náhradou ani súčasťou farmakoterapie obezity. Po individuálnom posúdení risk/benefit VD na chudnutie, môžu byť potenciálnym doplnkom pri úprave životného štýlu u nerizikových pacientov s nadhmotnosťou. Jednoznačné vedecké dôkazy o účinnosti a možných vedľajších účinkoch VD na chudnutie v klinickej praxi zostávajú stále nedostatočné.

Kľúčové slová: výživové doplnky, redukcia hmotnosti, prehľad

BLOK SSVPL:

MOJE SKÚSENOSTI S LIEČBOU OBEZITY U PACIENTOV VO VÝLUČNEJ STAROSTLIVOSTI VL

MUDr. Peter Marko, MPH

Ambulancia všeobecného praktického lekára, Veľká Lomnica

Terapiu obezity vo výlučnej starostlivosti VLD hradia zdravotné poisťovne od 1.6.2022. Týmto momentom sme zahájili komplexnú starostlivosť o obéznych pacientov, počínajúc celotelovou analýzou prístrojom InBody, cez široké spektrum biochemických vyšetrení, končiac odporúčaniami zmeny stravovania a životného štýlu. Súčasťou našej terapeutickej stratégie vo Veľkej Lomnici sa stalo taktiež odosielanie pacientov k nutričnej terapeutke do Nutrivit Poprad. Zmenu stravovacích návykov v prípade potreby doplníme farmakoterapiou perorálne a najnovšie injekčne aplikovanými analógmi glukagónu.

Udržateľnosť dosiahnutých výsledkov redukcie hmotnosti je pozoruhodne dobrá, bez typického jojo efektu.

Liečba obezity vyžaduje dlhodobý a individuálny prístup. Všeobecný lekár hrá kľúčovú úlohu v diagnostike, liečbe a podpore pacienta, pričom môže spolupracovať s ďalšími odborníkmi na dosiahnutie čo najlepších výsledkov. O skúsenosti sa podelíme v našej prezentácii a ozrejmime úskalía úspešnej intervencie predovšetkým v marginalizovanej komunite.

Kľúčové slová: obezita, liečba, ambulancia VL, komplexná starostlivosť, marginalizovaná komunita

ZDRAVOTNÉ ÚČINKY KONZUMÁCIE KÁVY V SVETLE NAJNOVŠÍCH POZNATKOV

MUDr. Peter Marko, MPH

Ambulancia všeobecného praktického lekára, Veľká Lomnica

Konzumácia kávy je dlhodobou predmetom výskumu a jej účinky na zdravie sú komplexné a mnohostranné. Najnovšie štúdie naznačujú, že mierna až stredne vysoká konzumácia kávy (3-5 šálok denne) môže mať viacero pozitívnych účinkov na zdravie, no zároveň môže byť spojená s určitými rizikami, najmä pri nadmernej konzumácii alebo u citlivých jedincov. Významnými konzumentami kávy sú lekári, sestry a ostatní zdravotníci, pričom nároky na kvalitu významne vzrástli, čo potvrdzuje existencia až 300 ručných pražiarní, pôsobiacich v súčasnosti na území Slovenskej republiky.

Antioxidačné účinky. Káva obsahuje vysoké množstvo antioxidantov, ako sú polyfenoly a hydroxycinámové kyseliny, ktoré pomáhajú neutralizovať voľné radikály a redukovať oxidačný stres. To môže prispievať k ochrane pred chronickými ochoreniami.

Zníženie rizika niektorých chronických ochorení. Diabetes mellitus 2. typu. Niekoľko štúdií ukázalo, že pravidelná konzumácia kávy môže znížiť riziko vzniku diabetu 2. typu o 23-50%. Príčinou môže byť zlepšenie citlivosti na inzulín a metabolických procesov.

Kardiovaskulárne ochorenia. Mierna konzumácia kávy (3-5 šálok denne) môže znížiť riziko kardiovaskulárnych ochorení, vrátane infarktu myokardu a mozgovej mŕtvice. Káva môže zlepšiť endotelálnu funkciu a znížiť zápal.

Neurodegeneratívne ochorenia. Káva môže chrániť pred Alzheimerovou

a Parkinsonovou chorobou vďaka obsahu kofeínu a antioxidantov, ktoré podporujú mozgovú činnosť a chránia neuróny.

Zlepšenie kognitívnych funkcií. Kofeín v káve môže zlepšiť koncentráciu, pamäť a celkovú mentálnu výkonnosť. Tieto účinky sú však individuálne a môžu byť ovplyvnené toleranciou na kofeín.

Podpora metabolizmu a chudnutia. Kofeín môže zvýšiť metabolickú rýchlosť a podporiť oxidáciu tukov, čo môže prispievať k chudnutiu alebo udržiavaniu hmotnosti.

Ochrana pečene. Káva môže znížiť riziko ochorenia pečene, ako je cirhóza, nealkoholová tuková choroba pečene a hepatocelulárny karcinóm. Antioxidanty v káve môžu chrániť pečene bunky pred poškodením.

Zníženie rizika depresie a zlepšenie nálady. Niektoré štúdie naznačujú, že konzumácia kávy môže znížiť riziko depresie a zlepšiť psychickú pohodu vďaka stimulačnému účinku kofeínu.

Káva, pri miernej konzumácii, môže byť súčasťou zdravého životného štýlu a prinášať viacero zdravotných benefitov. Je však dôležité prispôbiť jej konzumáciu individuálnym potrebám a vyhnúť sa nadmernému príjmu kofeínu. V prípade pochybností je vhodné konzultovať s lekárom alebo nutričným odborníkom.

Kľúčové slová: káva, pleiotropné pozitívne účinky, zdravý životný štýl

THE NEED TO REVERSE THE PYRAMID OF BENEFITS IN TERMS OF INCREASING THE AVAILABILITY OF SERVICES FOR PATIENTS AND OPTIMIZING PUBLIC SPENDING ON THE HEALTHCARE SYSTEM IN POLAND

Currently, in Poland, we observe excessive expenditure on hospital services by the public payer, the National Health Fund (NFZ), when compared to the amounts allocated to primary health care and outpatient specialist care.

Dr. hab. n.med. Piotr Pobrotyn, PhD., Prof. Dr. hab.n. med. Jarosław Drobnik, M.D.

¹ Remedial specialistic Clinic „Pulsantis Sp z o.o“

² Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Wrocław Medical University

The need to adapt to the needs of Polish patients, as well as current medical knowledge, is reflected in the continuous expansion of the competences of service providers in outpatient care. Another key goal is to expand the range of services provided by family doctors or primary health care clinics.

The pyramid of benefits should primarily address the competences and adequate financing of family medicine, both in terms of treatment and broadly understood prevention. The constant expansion of family doctors' competences, supported by specialists in outpatient care, is the direction of change currently taking place in Poland. Many services, particularly diagnostics and basic medical treatments, can now be provided on an outpatient basis. Historically, patients stays in hospitals for procedures such as gastroscopy, colonoscopy, arthroscopy, or a basic set of laboratory tests should no longer be necessary and should be phased out from hospital services.

A key foundation for increasing patient access to services is changing the habits of service recipients, as well as granting financial and substantive competences for open treatment. This includes enabling a wide range of services to be provided by family doctors or specialists in outpatient care, which may even include performing certain surgical procedures. Naturally, this requires a price catalogue

that reflects the services provided, appropriately valuing their profitability, which the National Health Fund should cover. In this respect, beyond the cost-based method, a demand-supply model can also be used for setting prices, especially for highly sought-after services where long waiting lists exist, and the healthcare system provides a low supply of services. This mechanism has already been applied in the area of heart and vascular diseases, where making the pricing of services more attractive has stimulated large technological and qualification investments.

To reverse the pyramid of benefits, meaning to ensure that primary healthcare clinics and broadly defined outpatient treatment play a key role in the healthcare system, it is necessary to also reorganize the surplus hospital services market. This restructuring faces major challenges due to the dispersed system of hospital ownership in Poland. It is difficult to imagine a simple mechanism for closing hospital facilities, which is why consultations and discussions are ongoing in Poland about the need to consolidate hospitals to optimize their organizational and economic structure, mainly by reducing fixed operational costs. The model currently under discussion assumes a key role for primary healthcare facilities, the financing of which expands the possibilities not only to include family medicine but also to provide support from family doctors in the basic catalog of services

in the so-called coordinated care model. Currently, coordinated care exists in cardiology, endocrinology, diabetology, pulmonology, and nephrology, and work is underway to expand this catalog. On the other hand, there is an increasing discussion about the need to change the principles of financing the outpatient specialist market. On one hand, solutions are being introduced to force service providers to increase the number of first-time patients. One such solution is reducing the price per point by 80% if the service provider fails to meet the national median of first-time patients. Providers will have several months to achieve this goal. On the other hand, work is ongoing to change the pricing system for outpatient specialist care and to expand the list of possible surgical procedures that can be performed in an outpatient setting.

The unsatisfactory pace of these changes is mainly limited by the need to restructure the hospital market, which must inevitably occur. The current shape of hospitals must change significantly. Therefore, in public debates and legal proposals, there are calls for the consol-

idation of facilities and allowing them to flexibly adapt both the scope and type of services. Consolidated hospitals should combine similar areas of their operations, such as two surgical departments into one, while the infrastructure freed up in this way should be repurposed for other uses, such as establishing long-term care units, one-day care units, or departments operating Monday through Friday without the need for emergency cover. All these actions aim to reduce excess financial expenditure on the hospital market and redirect the freed-up funds to increase access to services and improve spending on prevention in primary healthcare and outpatient specialist care. Another necessary complementary element is the creation of an adequate base of long-term care beds to match the structure of Polish society.

Key words: pyramid of benefits, availability of services, optimizing of public spending, healthcare system, Poland, primary health care and outpatient specialist care

11. ročník

**Dni praktickej obezitológie
a metabolického syndrómu**

11. ročník

**Dni praktickej obezitológie
a metabolického syndrómu**

ĎAKUJEME PARTNEROM KONGRESU

Generálny partner:



Hlavný partner:

Opella.

Vystavovatelia:



Podujatie podporili:

