

## SLOVO NA ÚVOD

### TAKTO PRED TROMA ROKMI



Anka Žitná Lučaiová  
novinárka a moderátorka

Vláda premiéra Matoviča nakúpila 35 miliónov antigénových kovid testov za 140 miliónov eur. Malá chybička krásy bola v tom, že to neboli testy určené na samotestovanie doma, ale testy určené pre testovanie v MOM-kách či nemocniciach. Objavili sa aj otázky, načo nám bolo toľko testov, keď do toho momentu sme na Slovensku použili 14,2 milióna testov. Napríklad Nemecko plánovalo mať mesačnú spotrebu 30–45 mil. AG testov.

A teraz nič o úlohe konzília odborníkov. Vedecké kapacity štyri dni rokovali za okrúhlym stolom s premiérom Matovičom a riešili stratégiu samotestovania. V realite to (podľa informácií od insiderov) vyzeralo tak, že ich dusil za stolom a nepustil z miestnosti, až kým neurobili to, čo chcel. Mimochodom, tie testy sa vyskladňovali už v čase, keď sa ešte oficiálne konzílium radilo o ich zaobstaraní. Na toto pandemické šialenstvo a rozhadzovanie stoviek miliónov na nezmyselné testovacie manévry, na vylietanie peňazí zo štátnej kasy na nákupy testov, neskôr vakcín (za ktoré teraz platíme druhýkrát, lebo ich po expirácii treba zlikvidovať), na milióny určené na štátne lotérie či odmeny za očkovanie netreba zabúdať. Rovnako tak netreba zabudnúť na 20 tisíc obetí, ktoré doplatili na takéto "riadenie" pandémie. Ľudia, čo to majú na svedomí, by sa mali zodpovedať a niešť trestnoprávne dôsledky svojho konania. Odvolať hlavného hygienika naozaj nestačí.

# Laboratórna medicína

## Trendom je zvyšovanie odbornosti a efektivity



Laboratórna medicína je už niekoľko desaťročí dôležitou súčasťou poskytovania kvalitnej a efektívnej zdravotnej starostlivosti.

Pokračovanie str. 2

## PARTNERI NOVÍN



Jordánske kráľovstvo ponúka pokoj a toleranciu



strana 13

Čo brzdí prácu v nemocnici?



MUDr. Ján Šulaj, PhD.  
špecialista na mozgovú neurochirurgiu o súčasnom zdravotníctve.

strana 3

Diagnostika karcinómu prostaty

Aktuálna pozícia inovatívneho krvného testu Giasay® PROSTATE v diagnostike karcinómu prostaty.

strana 6

INZERCIA

# Axonlab

connecting ideas

Švajčiarska spoločnosť Axon Lab dodáva diagnostické vybavenie pre nemocnice, lekárske ambulancie, laboratória a výskumné pracoviská.

Podrobnejšie informácie nájdete na:  
[www.axonlab.sk](http://www.axonlab.sk)

Na Vaše otázky radi zodpovieme na:  
[info@axonlab.sk](mailto:info@axonlab.sk)  
alebo telefonicky na  
0905845076 / 0903621112

## Exdia TRF plus

Špičkové vybavenie so širokým portfóliom testov pre Vašu ordináciu

- Výsledky testov do 5–15 minút (podľa typu testu)
- Výsledky z plnej/kapilárnej krvi, sterov a ďalších biologických materiálov bez predchádzajúcej úpravy vzorky
- Pamäť na 10 000 výsledkov + zabudovaná tlačiareň
- Interná batéria s výdržou 90 min. + sieťové napájanie
- Výsledok v 3 krokoch
- Skladovanie všetkých testov pri izbovej teplote



### PARAMETRE

- CRP
- iFOB
- D-dimer
- Troponin
- NTproBNP
- Strep A
- Covid Ag
- SOB 3 v 1 (Troponin, D-dimer, NTproBNP)
- PCT

## Urilyzer® 100

Analyzátor pre rýchlu diagnostiku moču

- Výsledok počas 1 minúty
- Jednoduché, čisté a bezpečné meranie
- Plne automatická analýza
- Zabudovaná tlačiareň
- Možnosť prepojenia s Urilyzerom Cell



### PARAMETRE

#### Combi Screen 11 parametrov

- Kyselina askorbová
- Bilirubin
- Krv
- Glukóza
- Ketony
- Leukocyty

- Nitrity
- pH
- Bielkovina
- Špecifická hmotnosť
- Urobilinogen

#### Combi Screen 2 parametrov

- Mikroalbumin
- Creatinin

# Laboratórná medicína

Prudký rozvoj výpočtovej techniky a vedy sa podpísal pod jej intenzívny progres hlavne v 21. storočí. Moderné diagnostické metódy umožňujú skoršiu identifikáciu ochorení, cielenejšiu liečbu a spoľahlivejšie monitorovanie stavu pacientov. Za posledné roky došlo v laboratórnej medicíne k významným technologickým zmenám a investíciám do inovácií; tie umožnili priniesť aj na slovenský trh špičkové diagnostické technológie a vyšetrovať nové parametre.

Laboratórná medicína sa zaoberá laboratórnymi analýzami telesných tekutín, buniek, tkanív, interpretáciou laboratórných nálezov v zdraví a chorobe, poskytuje vyšetrenia rôznych biologických materiálov pre účely skríningu, diagnostiky, monitorovania priebehu ochorenia a efektu liečby a pre účely prognostické.

## Odbory laboratórnej medicíny

Laboratórná medicína v sebe zahŕňa veľké množstvo laboratórných metód a postupov s cieľom dosiahnutia čo najspoľahlivejšieho nálezu. Zastrešuje základné odbory: klinická biochémia, hematológia a transfuziológia, klinická imunológia a alergológia, klinická mikrobiológia a klinická genetika. Biochémia je interdisciplinárna veda, skúmajúca chemické látky a chemické deje v živých organizmoch - zaoberá sa laboratórnymi analýzami telesných tekutín, buniek, tkanív a interpretáciou laboratórných nálezov v zdraví a chorobe. Hematológia sa zaoberá fyziologickými funkciami krvi a jej patológiou a hematologické vyšetrenia sa delia na dve hlavné skupiny: numerickú cytológiu a cytomorfológiu a hemostazeológiu, ktorá sa venuje diagnostike a liečbe porúch zrážania krvi.

Imunológia ako dynamicky sa rozvíjajúca časť laboratórnej diagnostiky sa zaoberá imunitným systémom človeka - klasická alergológia sa zaoberá vyšetrovaním alergií, diagnostika autoimunitných ochorení sa zameriava na poskytnutie komplexných špecializovaných laboratórných vyšetrení v oblasti diagnostiky imunopatologických ochorení, primárnych a sekundárnych imunodeficiencií a autoimunitných ochorení.

Mikrobiológia skúma jednobunkové mikroorganizmy (najmä baktérie, huby, kvasinky a plesne), nebunkové organizmy (vírusy) a subvírové patogény (prióny a viroidy), ich život, vlastnosti a činnosti - mikrobiológia študuje štruktúru, metabolizmus, biochemické procesy, patogenézu, nástroje patogenity a virulencie, citlivosť na antibiotiká ako aj mechanizmy obranných reakcií ľudského organizmu voči mikroorganizmom. Genetika sa zaoberá dedičnosťou a premenlivosťou - sleduje variabilitu, rozdielnosť a prenos druhových a dedičných znakov medzi rodičmi a potomkami aj medzi potomkami navzájom, genetické vyšetrenia sa realizujú napríklad pri vrodených

chybách alebo chorobách s dedičnou predispozíciou v rodine.

## Medicínske laboratóriá

K základným požiadavkám na medicínske laboratóriá patria komplexnosť a rozsah služieb, vysoká kvalita vyšetrení, rýchlosť dodania výsledku a možnosť konzultácie. Nemocničné laboratóriá vykonávajú základné biochemické a hematologické vyšetrenia, podobne ako aj poliklinické laboratóriá, naproti tomu centrálné laboratóriá sú vysokošpecializované, spájajú viaceré odbory laboratórnej medicíny a ich nespornou výhodou je komplexnosť služieb a skúsenosti. Prínosom centralizácie je vyšetrenie na jednom mieste, komplexná diagnostika, vyššia spoľahlivosť a dostupnosť aj špeciálnych vyšetrení, nové metódy a zavádzané vyšetrenia, ekonomická efektívnosť. Rýchlosť a kvalita diagnostiky vedie k nasadeniu včasnej a optimálnej liečby. Laboratóriá musia byť dostatočne flexibilné a otvorené novým metódam a požiadavkám, všetky úkony musia byť realizované kvalitne, efektívne a ekonomicky, aby vyhovovali požiadavkám poisťovní a akreditačných orgánov. Vývoj v oblasti imunológie a molekulárnej biológie umožnil realizáciu radu rýchlych a priamych vyšetrení, v ktorých hrá kvalita rozhodujúcu úlohu. V tejto súvislosti narastá význam správneho zberu, spracovania a transportu biologického materiálu.

## Ciele vyšetrenia

Pri odberoch materiálu je dôležité dodržiavať zásady - pacient pred odberom nesmie prijímať potravu, môže piť čistú vodu pri dodržaní pitného režimu, ranný odber medzi šiestou až ôsmou hodinou, pacient by nemal byť fyzicky ani duševne vyčerpaný. Transport materiálu do laboratória musí byť rýchly, šetrný a pri adekvátnej teplote.

Cieľom laboratórneho vyšetrenia je získanie analyticky spoľahlivého a porovnateľného výsledku, spresnenie klinického nálezu. Využitie laboratórných vyšetrení vedie k potvrdeniu alebo vylúčeniu pracovnej diagnózy, monitorovaniu priebehu ochorenia a odpovede na liečbu, k odhadu rizika ochorenia. Ak je aspoň jedna kladná odpoveď na otázky, či výsledok vyšetrenia ovplyvní pracovnú diagnózu, priebeh a spôsob liečby, odhad pacientovej prognózy, potom je vyšetrenie indikované.

Z hľadiska naliehavosti sa laboratórne vyšetrenia rozdeľujú na urgentné (pri ohrození života, pri náhlej zmene zdravotného sta-

vu, pri radikálnej zmene liečebného postupu, pred naliehavým chirurgickým výkonom) a na plánované (potvrdenie pracovnej diagnózy, určenie spôsobu liečby a sledovanie jej účinnosti, skrínung, výskumné ciele).

## Súčasný stav a vývoj laboratórnej medicíny

Krajiny Európskej únie, kde laboratórná medicína existuje ako polyvalentný medicínsky odbor od začiatku vývoja laboratórnej diagnostiky, sú Rakúsko, Nemecko, Švajčiarsko, v škandinávskych krajinách existujú formy medzi polyvalenciou a monovalenciou, Slovensko patrí ku krajinám so silnou monovalentnou históriou. V roku 1990 po otvorení hraníc sa naši odborníci na návšteve vo Viedenskom magistráte oboznámili s tým, že laboratórná diagnostika sa dá robiť inak, ako to bolo u nás zaužívané; nasledovala séria sympózií, ktoré viedli k poznatku, že laboratórnej diagnostike ale i celému slovenskému zdravotníctvu chýba prehľadný a efektívny systém financovania, ktorý by reflektoval realitu.

„V období rokov 1994–1997 sme vypracovali Katalóg laboratórných vyšetrení a cien, ktorý sa používa dodnes. V spolupráci s Európskou federáciou laboratórnej medicíny sme v roku 2018 vypracovali projekt „Holandského skórovacieho systému“ na základe porovnávacej štúdie financovania laboratórnej diagnostiky v krajinách EÚ.

Na vyžiadanie Európskej federácie pre laboratórnú medicínu a klinickú biochémiu sme v roku 2019 prezentovali naše skúsenosti na medzinárodnom webinári EFLM. Ďalší vývoj a výsledky sme postupne publikovali v monografiách: *Základy racionálnej klinicko-biochemickej diagnostiky (1998)*, *Racionálna indikácia laboratórných parametrov (2015)*, *Základy laboratórnej diagnostiky vo vnútornom lekárstve (2021)* a *Basics of Laboratory Diagnostics in Internal Medicine (2023)*, informoval nás prednosta Ústavu chémie, klinickej biochémie a laboratórnej medicíny LF SZU Bratislava profesor MUDr. RNDr. Gustáv Kováč, CSc., MBA.

V období rokov 2000–2015 sa v oblasti manažmentu zamerala pozornosť na integráciu a konsolidáciu laboratórnej diagnostiky; Oddelenie klinickej biochémie NsP akademika L. Déreya v Bratislave sa transformovalo na Klinikum biochémie a neskôr Klinikum laboratórnej medicíny. Na základe úspešnej realizácie projektov „Kli-



FOTO: freeBk

niky biochémie“ a „Kliniky laboratórnej medicíny“ bol na žiadosť MZ SR v roku 2019 vypracovaný „Projekt referenčného laboratória“ ako spoločného pracoviska MZ SR, SZU a bratislavskej univerzitnej nemocnice ako vývojovej, monitorovacej a vzdelávacej inštitúcie, s ktorého realizáciu sa aj začalo, ale od volieb 2020 stagnuje.

„Ústav chémie, klinickej biochémie a laboratórnej medicíny LF SZU zabezpečuje každý rok výučbu chémie, biochémie a laboratórnej medicíny pre 200 študentov denného štúdia v odboroch všeobecné lekárstvo, stomatológia v slovenčine i angličtine na lekárskej fakulte, 125 študentov v odboroch ošetrovateľstvo, pôrodná asistancia, urgentná zdravotná starostlivosť, klinická výživa, dentálna hygiena, pre 100 študentov špecializačného štúdia v odboroch klinická biochémia, laboratórne a diagnostické metódy v klinickej biochémi, laboratórná medicína - lekár, laboratórná medicína - laboratórny diagnostik. V rokoch 2018–2023 bolo za účelom skvalitnenia pedagogického procesu publikovaných 7 monografií - Biochémia pre študentov všeobecného lekárstva, Laboratórná medicína pre študentov všeobecného lekárstva a Základy laboratórnej diagnostiky vo vnútornom lekárstve (všetky v slovenčine a angličtine) a Laboratórná medicína (pre študentov špecializačného štúdia),“ pripomenul profesor Kováč.

## Pohľad praktického lekára

Laboratórne vyšetrenia sú pomocné vyšetrovacie metódy a teda majú pomáhať lekárovi, aby sa vedel správne a rýchlo rozhodnúť, ako postupovať pri liečbe pacienta.

„Potrebujeme najmä rýchle a čo najpresnejšie a spoľahlivé testy. V závislosti od ťažkostí respektíve choroby ich využívam najčastejšie vtedy, ak sa neviem rozhodnúť ako postupovať prípadne ak z nejakého dôvodu liečba nezabere. Nedokážem odhadnúť, v akom percente prípadov potrebujem SVALZ-ovú pomoc, ale určite je to menšina prípadov.

Celkom iste je veľkým komfortom, ak môže byť pacient vyšetrený rýchlo, bezpečne a kvalitne priamo u mňa. Mám na mysli POCT metódy (Point of Care Testing, laboratórne testovanie vykonávané v blízkosti pacienta zdravotníckymi pracovníkmi, ktorí však nie sú laboratórnym personálom), kde už existuje široká škála testov, ktoré

všeobecný lekár dokáže zrealizovať na svojej ambulancii. Okrem známeho CRP vyšetrenia, či glykémie dokážem vyšetriť Troponín, NT-proBNP, INR, IL-6, Procalcitonin. Je možné vyšetrovať aj mikroalbuminúriu či glykovaný hemoglobín. Ako bonus k preventívnej prehliadke som vyšetruval u mojich pacientov napríklad aj hladiny vitamínu D a titre protilátok na COVID-19,“ informoval nás lekár zo všeobecnej ambulancie pre dospelých v Námestove MUDr. Rastislav Zanolit.

Ako dodal, na Slovensku je viacero firiem, ponúkajúcich POCT analyzáto, ktoré väčšina lekárov začala používať najmä kvôli vyšetrovaniu okultného krvácania v stolici a teraz už aj kvôli CRP vyšetreniam, ktoré sú zdravotnými poisťovňami hradené. Podľa doterajších skúseností je využívanie týchto prístrojov v ambulanciách praktických lekárov prínosom pre obe strany.

## SSLM

Aktivity, skúsenosti a medzinárodné kontakty viedli v roku 2002 k vypracovaniu stanov Slovenskej spoločnosti pre laboratórnú medicínu (SSLM), v ktorých boli zadané názov, sídlo, orgány, členstvo a ciele spoločnosti. Tá každoročne organizuje konferencie s medzinárodnou účasťou odborníkov z európskych krajín a USA, čo prispieva ku skutočnosti, že odbor laboratórná medicína je formou aj obsahom porovnateľný s vyspelými krajinami. Za uplynulé obdobie sme u nás vychovali viac ako sto špecialistov laboratórnej medicíny - lekárov, laboratórných diagnostikov, laborantov s vysokoškolským vzdelaním prvého a druhého stupňa a vzniklo viacero pracovísk s polyvalentným charakterom. Posledné tri výročné konferencie zorganizovala SSLM v spolupráci s Katedrou všeobecného lekárstva LF SZU, jej prednostkou a v súčasnosti aj prodekanou LF SZU profesorkou MUDr. Katarínou Gazdíkovej, PhD., ako aj so Spoločnosťou všeobecného lekárstva. Dôvodom je pokus riešiť spoločné problémy - nedostatok lekárov, sestier, laborantov a nárast požiadaviek - spojenými silami. Riešením je polyvalencia, ktorá zachováva kvalitu a zvyšuje efektívnosť. Všeobecné lekárstvo a laboratórná medicína veľmi úzko súvisia a pri svojom fungovaní sa dopĺňajú.

# Čo brzdí prácu v nemocnici?

**Ako mladý lekár ste nastúpili do nemocnice v roku 1986. Vtedy ste asi nepočúvali o zadlženosti nemocníc alebo nadmernom vykazovaní či hláseniach. Ako ste vnímali prácu vtedy?**

Najskôr som nastúpil na plastickú chirurgiu, čo nebolo pre mňa to pravé, a až potom som prešiel na klasickú chirurgiu. Po polroku a roku vojny som začal slúžiť. V tej dobe jeden lekár stihol prijať, zadekurzovať, vybaviť, prepustiť aj tridsať pacientov. Jediná chyba sa mohla stať, že sa vložil kopirák naopak a musel sa celý chorobopis prepisovať, alebo sa nepáčil primárovi, roztrhal ho a museli sme ho napísať znovu. V Bystrici bola v tej dobe nová a moderná nemocnica. Bolo tu jedno z prvých cétéčiek, o ktorom sme v škole počuli, ale nikdy sme ho nevideli. Najpozoruhodnejšia stáž za socializmu bola pre nás stáž v kuchyni, ale všetky ostatné mali zmysel.

**Mal vtedy lekár viac času na pacienta ako dnes?**

Keď som nastúpil, bolo nepomerne viac klinickej práce s pacientom. Absolvovali sme stáž, napríklad aj na patológii, čo bolo nesmierne dôležité pre chirurgický odbor. Nie nadarmo bolo v pitevni na stene heslo, že mŕtvi učia živých. Dnes to neexistuje. Sú školenia o podávaní krvi, o bezpečnosti práce, sú cirkulácie na mnohých oddeleniach, ale na patológii nebol nikto. Tá pomaly prestala existovať v takej podobe, kde jej súčasťou bola aj pitevňa. Po revolúcii v roku 1989 si všetci mysleli, ako to dobre pôjde. Pribudli poisťovne a rôzne úrady a s nimi aj povinnosti voči nim. Začali sa vyrábať hlásenia a neskôr kódy. Počítače to mali zjednodušiť. Vznikli zdravotnícke systémy a začali sa kumulovať hlásenia, dáta a kódy. Času na vyšetrenie bolo čoraz menej.

**Začalo sa hovoriť o zadlžovaní nemocníc.**

Ako plynul čas zistili sme, že nemocnice sa stále viac a viac zadlžujú. Podľa mňa nie sú nemocnice zadlžené, len sa dáva na oprávnené náklady menej peňazí, ako je potrebné. Spoločnosti je vždy jednoduchšie povedať, že nemocnica vytvorila dlh, ako to, že sme nedali peniaze na pokrytie zdravotnej starostlivosti, ktorá je na takej úrovni, aká sa vo svete zvyčajne poskytuje. Prečo vytvára nemocnica dlh? Že sú vysoké platy alebo odmeny v štátnych nemocniciach? Majú ich porovnateľné so súkromnými? Je to vo výkonoch a v ich počtoch? Urobí lekár v štátnej nemocnici menej ako v súkromnej? Do istej miery je to o čase mixe pacientov, ktorých nemocnica ošetruje. Je to aj pre drahú techniku, ako je MR, CT, angiografia alebo technika

na operačných sálach a intenzívnych lôžkach, na ktorej obnovu sa nevytvárajú fondy. Keď sa kúpi drahý prístroj, mnohí si myslia, že tam bude sto rokov, ale ten raz treba vymeniť, peniaze nie sú a vzniká dlh. Keďže vzniká dlh, chcú, aby nemocnica zdôvodnila svoje oprávnené náklady. Aby to urobili, vymysleli systém DRG. Ten je síce dobrý, ale jeho realizácia závisí na tom, ako je nastavený. Výšku cien neurčujú nemocnice a nezodpovedá nákladovej cene. Tá sa určuje od celkovej sumy peňazí, ktorá je zdravotníctvu určená. Keď sú náklady napríklad milión a do systému vložíme len sedemstotisíc, tak zvyšok bude dlh. Práve tento rozdiel dnes tvorí dlh. Môžeme tú kopu peňazí prehadzovať, akokoľvek chceme, to čo sme nedali, bude chýbať.

**Žeby pribúdalo papierovanie?**

Napríklad, len pri operácii jednoduchej platničky musí lekár vyplniť sedem až deväť kódov a pri prepúšťaní pribudnú ďalšie kódy. Pritom musíte zväziť ešte zadanie ďalších chorôb, ako napr. hypertenzia, ICHS alebo cukrovka, ktoré zásadne menia papierovú cenu hospitalizačného prípadu. Aj poradie a chlievik, do ktorého vkladáte údaje, je dôležitý. Je to nezmyselná práca, ktorá lekára zťažuje, a preto dokáže dnes už adekvátne vybaviť miesto 10-30 pacientov len 3-5 pacientov. Z osem a pol hodiny pracovného času na pacienta ostane podstatne menej, ako to bolo v minulosti. Administratíva zaberie často aj polovicu pracovného času.

**V čom považujete administratívu za zbytočne zťažujúcu?**

Kedysi, keď pacient ležal na JIS-ke a lekár skonštatoval, že jeho stav je uspokojivý, nevyžaduje si JIS-kovú starostlivosť, tak to oznámil sestre a pacient bol vyložený na izbu tej istej kliniky/oddelenia. Nepotreboval sa o tom rozpisovať. Dnes potrebuje minimálne pätnásť minút tukuania do počítača: najprv ho z JIS-ky prepustí v systéme, potom ho v ňom nájde znova a prijme na oddelenie. Znovu vypíše kódy, na oddelení mu nájde dekurzy, znova vypíše celú liečbu, akú mal a popíše epikrízu. K tomu pribudne množstvo ochrany údajov a informovaných súhlasov. Na jednej klinike ich môže byť do tridsať rôznych typov, ktoré pacienta skôr vystrašia, čo všetko sa mu môže pri tej operácii stať. Keď ho pošlú na CT, potrebuje ďalší informovaný súhlas, hoci už bol na ňom x-krát v živote a na MR ho potrebuje znova a iné. Vyzerá to tak, že bude potrebovať informovaný súhlas aj na prejedanie po chodbe, lebo tam môže spadnúť. Tieto veci sa dôsledne kontrolujú. Nekontroluje sa, koľko ľudí človek vyliečil,

**MUDr. Ján Šulaj, PhD. je špecialistom na mozgovú neurochirurgiu. Položili sme mu niekoľko otázok, dotýkajúcich sa problémov v súčasnom zdravotníctve.**



alebo akú ďalšiu starostlivosť vyžadujú. Kontroluje sa, čo má na papieroch, či má informované súhlasy, či všetko správne zakódoval. S takýmto, z medicínskeho hľadiska nepodstatnými vecami, sa zaoberá množstvo inštitúcií. Napríklad aj úrad pre dohľad. Ten má vo svojej náplni aj kontrolu zdravotných poisťovní a ich financovanie. Nikdy som nepočul závery takéhoto druhu kontroly.

**Mám pocit, že sa z lekára stáva čoraz viac úradník.**

Každá inštitúcia má svoje predstavy o práci zdravotníckych zariadení, lekárov a sestier. Počnúc ministerstvom, cez Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou, Národné centrum zdravotníckych informácií, poisťovne, VÚC a končiac manažmentom nemocníc. Nehovorím, že majú len zlé plány a predstavy ako riadiť zdravotníctvo, ale všetky požiadavky, ktoré majú, napokon skončia len a len na stole výkonného doktora alebo sestry. Títo potom vypisujú všetky im uvedené a prikázané konštrukcie. Musia vypísať hlásenia, kódy, nepreberné množstvo žiadostí, vykázat zdravotnícky materiál, ktorý použili. Na každej klinike je casemanager, ktorý kódy a lieky spisuje u každého pacienta, aby boli jasné nákladové ceny a prehľadné hospodárenie. Tie sa však nemocnici aj tak nepreplatia v plnom rozsahu a výsledkom je stále dlh. Posledným príkladom je návrh poisťovní vypisovať kúpeľný návrh elektronicky. Pre nás to znamená, že na ambulancii pribudne tlačiareň so skenerom, aby sa mohli skenovať správy od internistov a iných špecialistov, podkladať ich do kúpeľného návrhu aj s prepúšťacou správou a až tak odoslať. Niekedy nám oznámia, že v skene nenašli napríklad močový sediment a návrh sa zamieta. Práca sa musí zopakovať. Predtým lekár popísal svoj výkon, kedy operoval, čo tam

spravil, v ako stave sa predtým pacient nachádzal. Podľa toho poisťovňa nemocnicu hodnotí. Tam vlastne ušetrí svojich úradníkov, lebo väčšinu práce vykoná lekár prípadne sestra, ktorí pracujú s pacientom. Podobne po novom sa upravilo určite potrebné onkohlásenie. Vyžaduje sa totiž aj priloženie prepúšťacej správy. Predtým som ho vypisoval bezprostredne po operačnom výkone, kedy som mal všetko v čerstvej pamäti. Dnes? Pri obtiažnom administratívnom prepúšťaní pacienta pribudne ešte povinnosť vyplnenia a odoslania onkohlásenia. Dost veľký luxus pre štát, keď lekár/sestra robia úradnícku prácu za plat lekára/sestry.

**Hovorí sa o preťažených urgentných príjmoch.**

Keď som začal slúžiť, na urgent prišlo 150 ľudí. To bola zlá služba. Dnes ich tam príde aj do 400. Vari je trikrát viac ľudí v republike ako predtým? Úrazov, tumorov, infekčných ochorení, chirurgických brúch a internistických ochorení je približne rovnaké množstvo. Prečo je na urgente toľko ľudí? Pretože doktori sú zamestnaní úradníckou prácou na počítači, aj vďaka čomu sa mnohí rozhodli zariadiť si život inak a zo systému odišli, napr. do súkromia či za hranice. Tým pádom vyšetrenie dlhšie trvá. Špecialistov pomaly nieta. Keď má pacient čakať, že sa dostane raz za trištvrte roka k lekárovi, radšej zaplatí päť eur, príde na urgent, vyšetria ho a slúžiaci lekár sa ide roztrhať. Aj on musí všetko zapísať, nakódovať a nahlásiť. Lekárovi prácu komplikuje administratívna záťaž jednotlivých medicínskych úkonov, na ktoré treba informovaný súhlas, zložito sa prekladajú pacienti, zložito sa vykazuje zdravotná starostlivosť, kódujú vedľajšie ochorenia, ktoré menia charakter a cenu jednotlivých prípadov. Stačí sa pomýliť, prehodiť nejaký

kód a už to môže byť rozdiel tisícov eur. Pre nemocnicu to má význam, musí na to dozeráť, lebo tak je nastavený systém, ale na druhej strane nie je dobré, aby bol výkonný lekár takto administratívne zatažený.

**Hovorí sa, že je málo lekárov. Vyrieši to doplnenie stavov?**

Keď sa doplnia ich stavy, vec to nevyrieši. Pribudnú ďalšie kódy, hlásenia a ďalšie povinnosti. Viac lekárov znamená aj to, že sa menej dostanú k odbornej práci, nebudú dostatočne erudovaní ani vyoperovaní, nebudú mať také skúsenosti. Skôr by pomohlo, keby boli odľahčení od administratívnej práce. Švajčiarski doktori chodia na stáže do Nemecka alebo Ameriky, kde je veľa pacientov a rovnakých výkonov a môžu sa metodiku a techniku naučiť veľmi rýchlo. Je potom rýchlo skúsený a práca ho baví. Keď robí zaujímavú prácu, potom ju robí rád aj v nadčasoch. Ak má robiť prevažne administratívu, to mohol študovať skôr spoločenské vedy.

**V čom vidíte riešenie problémov v zdravotníctve?**

Základom riešenia je podľa môjho názoru fakt, či štát vie nájsť finančné prostriedky do zdravotníctva tak, aby vedel vyrovnáť všetky oprávnené nákladové ceny, ktoré zdravotníctvo nageneruje. Podľa môjho názoru to pri dnešnom stave hospodárstva nedokáže. V takom prípade, ak nechceme ísť výrazne dole s úrovňou poskytovania zdravotnej starostlivosti, musíme pripustiť kumuláciu dlhu. Ako ho riešiť je vecou inej vedy, ako je medicína. Ak by v celej republike existovali len súkromné nemocnice, tak by si mohli povedať, že tie činnosti, ktoré sa im finančne neoplatia, nebudú robiť. Keby k tomu súkromné spoločnosti vlastnili aj poisťovňu, lekárne, distribútorov, potom by sa mohli rozhodnúť



# Príbeh dvoch pacientov z Podunajských Biskupíc

## O STATOČNOSTI a VĎAČNOSTI

Dva roky po nociach som spolu s profesorom Karolom Virsíkom písal jeho životopisný román ODCHÁDZAM S HIPPOKRATOM, ktorý vyšiel vo vydavateľstve Nebojsa. Ako publicista a spisovateľ to považujem za veľké šťastie. Vďaka tvorivým večerom pri poháriku červeného vína. Temer deväťdesiatnik profesor ho nazýval „mliekom starcov“. Pri práci na románe som mal tú česť prežiť život vzácneho človeka, ktorý sa narodil za cisára pána, doštudoval na prelome rozpadu Benešovej ČSR a vzniku samostatnej Slovenskej republiky. Ako lekára ho poslali s Rýchlou divíziou na Východný front.

Riešil epidémiu tuberkulózy u vysokoškolákov v Bratislave a skúsenosti z nej využil pri likvidácii tohto ochorenia na Slovensku. Tešil sa zo vzniku druhej samostatnej Slovenskej republiky a trpel, keď minister zdravotníctva Rudolf Zajac zničil jeho celoživotné dielo Národný ústav tuberkulózy a respiračných chorôb, ktorý vybudoval z polorozpadnutého kláštora a vytvoril tam jednu z najlepších slovenských nemocníc. V nej liečil v politicky neprajných časoch aj ďalšieho výnimočne cenného a dobrého človeka, tajne vysväteného biskupa Jána Chryzostoma Korca, ktorý by sa 22. januára 2024 dožil storočnice.

Vo Virsíkovskej nemocnici sa udial príbeh dvoch pacientov. Jedným bol otec niekdajšieho generálneho tajomníka strany Alexandra Dubčeka. Starý pán trpel chronickou bronchopulmonálnou chorobou, pri ktorej sa z času na čas jeho zdravotný stav prudko zhoršil, stúpili mu teploty a začal vykašľávať hustý zelenožltý hlien. On, ako nomenklatúrny káder, samozrejme, patrilo do starostlivosti Štátneho sanatória. Keď však nastalo pri jeho chorobe krízové obdobie, trval na tom, aby ho odviezli na pneumologické oddelenie do Podunajských Biskupíc ku Karolovi Virsíkovovi.

Ako presvedčenému komunistovi mu neprekážalo ani to, že sa o ňom vedelo, že bol známy svojím vzťahom ku katolíckej viere. Zašlo to až tak ďaleko, že trval na tom, aby mu injekcie pichal len on. Pritom zdôrazňoval: „Karol, ty si veriaci! Ty chodíš do kostola. Ty mi zle neurobiš.“

Karol Virsík ho umiestňoval na izolačku, ktorú obsadzovali len vtedy, keď dostali pacienta s podozrením na krajne nebezpečnú infekčnú chorobu. Okrem starého Dubčeka v nej nebýval nik, až v júli roku 1968 tam direktor ukryl iného vzácneho človeka. Izbový lekár mu počas vizity oznámil, že prijal pacienta Jána Korca, ktorého hospitalizáciu odporučili

z oddelenia na Cukrovej ulici číslo 2. Keď si Virsík vyžiadal röntgenový snímok zistil, že rozpadový proces postihol pravý horný lalok. Prekvapilo ho, prečo pacienta s takýmto nálezom prijali na obyčajné pneumologické oddelenie. Keď sa opýtal lekára: „Ako sa to dostalo sem? Tam je diera, to je predsa tuberkulóza?!“ - ten neodpovedal.

Doktor Virsík usúdil, že sa to stalo pre nedostatok miest. Po vizite mu asistent dôverne oznámil, že pacient Ján Korec je síce toho času robotníkom, no súčasne je to tajne vysvätený rímskokatolícky biskup, ktorého nedávno prepustili z osemročného väzenia. Virsíkovovi bolo jasné, že takýto pacient bude pod dohľadom Štátnej bezpečnosti, ktorá ústavu môže spôsobiť nemalé problémy. Biskup Korec bol na izbe s tromi ďalšími pacientmi. Bolo zrejmé, že za ním budú chodiť aj návštevy, ktoré vyvolajú nežiaducu pozornosť eštablíkov. Pacient Korec potreboval pokoj. Virsík ho dal hneď preložiť na Dubčekovu izolačku. O pár dní sa potvrdilo, že to bolo veľmi správne rozhodnutie. Korca prišiel navštíviť Virsíkov dobrý známy, trnavský biskup Ambróz Lazík a o tom, čo obaja biskupi pohovorili na izolačke, sa tým pádom nedozvedel nik.

### Korec napriek tomu neušiel pozornosti ŠtB

Po čase zavolali riaditeľa podunajskobiskupickej nemocnice k povereníkovi pre zdravotníctvo. Mal priniesť chorobopisy všetkých cirkevných hodnostárov liečených v ústave. Zhora mu totiž oznámili, že sa tam pod zámenkou choroby ukrývajú rôzni cirkevní hodnostári. Virsíkovovi bolo jasné, že súdruhom z ústredného výboru ide najmä o tajného biskupa Korca. Od primára si vyžiadal chorobopisy všetkých farárov, ktorí sú hospitalizovaní v ústave. Mal tam ešte dvoch rabínov po prostatektómii, evanjelického farára s tuberku-



Ján Chryzostom Korec (1924–2015) a prof. MUDr. Karol Virsík DrSc. (1915–2009).

lózou a rádovú sestru s rozpadovým procesom pľúc. Chorobopisy poukladal tak, aby bol ten Korcov celkom naspodku a odovzdal ich povereníkovi.

Ten nechápavo prezrel prvé tri a rozčúlene sa opýtal: „Čo sú to za chorobopisy?“

Virsík odvetil, že sú to tie, ktoré mu kázal priniesť. Povereník hodil kôpku papierov na stôl. Zalistoval v nich. Na spodný sa ani nepozrel. Len mávol rukou a poslal podunajskobiskupského direktora preč.

Na tejto samotke absolvoval lekár s otcom biskupom veľa rozhovorov. Raz sa však prudko zhoršil stav Štefana Dubčeka. Direktor Virsík vedel, že ho musí uložiť na jeho samotku. Promptne presťahoval tajného biskupa do malej miestnosti pri riaditeľskej kancelárii, ktorú dal dočasne zariadiť ako nemocničnú izbu. Tak sa stalo, že sa neďaleko seba liečili otec vysokého stranického funkcionára a tajne vysvätený biskup. Eštablíci predsa len nejakú zistili, že sa Korec vyskytuje vo Virsíkovskej nemocnici a poslali za riaditeľom svojho človeka.

„Pacient je nesmierne infekčný a ak nechcete mať v budúcnosti zdravotné problémy, bolo by lepšie, keby ste sa k nemu nepribližovali,“ vyprevadil ho Karol Virsík.

### Kardinálovo vyznanie

Kardinál Korec nám o pobyte vo Virsíkovskej nemocnici napísal list, ktorý sme zaradili do knihy: „Uprostred júla 1968, po mojom návrate z väzenia, ste ma prijali s pozitívnym nálezom TBC pľúc. Zverili ste ma do starostlivosti MUDr. Štefana Litomerického.“

Dali ste mi malú izbičku, sprostredkovali ste niektoré stretnutia so štátnymi činiteľmi, ktorí súhlasili s obnovou nášho života pod vedením Alexandra Dubčeka a v priateľskom postoji voči mne ste zotrvali pevne aj po 21. auguste 1968. Uprostred liečby tuberkulózy ste mi umožnili operáciu.

S Vaším súhlasom ma okrem iných viackrát navštívil vtedajší

trnavský biskup Dr. Ambróz Lazík a ja som sa mohol u vás liečiť až do konca januára 1969, pričom som začal študovať literatúru pre svoju terajšiu KNIŽNICU VIERY. Keď bolo potrebné prijať do nemocnice otca Alexandra Dubčeka a vhodné ponúknuť mu moju izbičku, dali ste pre mňa zriadiť izbu v jednej z kancelárií. To sa dialo v čase, keď bolo naozaj riskantné venovať pozornosť tajne vysvätenému biskupovi, bývalému väzňovi, ktorý nebol v milosti úradov. Obdivoval som a obdivujem stále Vašu odvahu a pevnosť a ďakujem Vám za ne.“

### Virsíkovi ako prvému ukázal najcennejšie dary

Po čase sa podarilo pľúcny nález Jána Korca stabilizovať a Virsík ho mohol poslať na doľiečenie v liečebni Štôla vo Vyšných Hágoch. Keď sa biskup Ján Korec vyliečil z tuberkulózy, štátne orgány mu povolili vycestovať do Vatikánu. Pravdepodobne dúfali, že sa odtiaľ už nevráti. Ján Korec ich sklamal. Napriek utrpeniu a režimu, ktorý sa k nemu správal nepriateľsky, ostal verný svojmu národu. Z Ríma sa vrátil s informáciou, že ho pápež potvrdil v jeho biskupskej hodnosti. Na hranicu prišiel po biskupa Korca autom jeho priateľ herec činohry Slovenského národného divadla Gustáv Valach.

Na biskupovu prosbu ho odviezol domov k profesorovi Karolovi Virsíkovovi, ktorý mi o tejto návšteve povedal: „Mal som tú česť byť jedným z prvých ľudí, čo videl instgnie biskupskej hodnosti, ktoré dostal od Svätého Otca.“

Po rokoch kardinál Ján Chryzostom Korec v jednej zo svojich kníh napísal, že v Podunajských Biskupiciach našiel oázu pokoja. Ostala mi v pamäti myšlienka, ktorú vyslovil, keď sme ho s profesorom Virsíkom, v rámci práci na románe, navštívili v roku 2004 na nitrianskom hrade: „Slováci sú jedným z najstarších slovanských národov v Európe. Žiaľ, nie je to cítiť v našom národnom povedomí.“

Kým vyspelé európske národy investujú do budovania historického povedomia doma i vo svete veľké peniaze, podpredseda slovenskej vlády hovorí o zrušení ministerstva kultúry. Asi nečítal dielo potomka slovenských emigrantov Michaela Novaka, ktorý už v roku 1972 predpovedal, že: „etniká budú hrať čoraz dôležitejšiu rolu v svetovej politike.“ Jeho slová platili vtedy, teraz a budú platiť v budúcich rokoch.“

### Tragický koniec Dubčeka

Do života druhého Virsíkovho pacienta Štefana Dubčeka kruto zasiahli udalosti z okupácie Československa vojskami Sovietskeho zväzu, Maďarska, Poľska, Bulharska a Nemeckej demokratickej republiky. Presvedčený komunista ťažko niesol, že jeho syna odviekli do Moskvy a neskôr nasledoval jeho politický pád.

Starý pán zomrel na salmoneľózu, ktorou sa za podozrivých okolností nakazil v Prahe. Podozrivých preto, lebo sa šírili reči, že ho tam zámerné otrávil. Keď ho v kritickom stave transportovali do Štátneho sanatória, kričal, že chce aby ho odviezli k Virsíkovovi do Podunajských Biskupíc.

Jeho prosbu nesplnili. Štefan Dubček zomrel v Štátnom sanatóriu 31. mája 1969. Bol presvedčený komunista. Patrilo však ľuďom, ktorí neznášali konflikty. Ak už k nejakým došlo, snažil sa obrúsiť ich ostré hrany.

Profesor Virsík v knihe zdôraznil: „Kardinál Korec prešiel peklom väzenia, útrapami sledovačiek a vyšetrovaní. Napriek tomu som nepostrehol, že by v jeho srdci ostala túžba po pomste. Dvaja prominentní obyvatelia nemocničnej samotky sa nikdy nestretli, hoci viem, že by si mali čo povedať.“

To je môj príbeh jedného lekára a dvoch prominentných obyvateľov z nemocničnej samotky.



# Aktuálna pozícia inovatívneho krvného testu Giasay® PROSTATE v diagnostike karcinómu prostaty – odporúčanie odbornej pracovnej skupiny

MUDr. Boris Kollárik, FEBU<sup>1</sup>; MUDr. Vladimír Baláž, PhD.<sup>2</sup>; MUDr. Michal Chovanec, PhD.<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Oddelenie urológie, Nemocnica Bory – Penta Hospitals, Bratislava

<sup>2</sup>II. Urologická klinika SZU FNsP F. D. Roosevelta, Banská Bystrica

<sup>3</sup>Oddelenie klinickej onkológie, Národný onkologický ústav, Bratislava

<sup>4</sup>II. Onkologická klinika LF UK, Bratislava

## Úvod

Karcinóm prostaty (CaP) je druhým najčastejšie diagnostikovaným karcinómom u mužov. Incidencia CaP sa pritom bude ďalej zvyšovať – od 1,41 milióna prípadov celosvetovo v roku 2020 až po 2,43 milióna v roku 2040. Rovnaký trend sa predpokladá aj pre mortalitu, kedy sa v rovnakom období očakáva nárast z 375 000 na 740 000 úmrtí.<sup>(1)</sup> Celkový prostatický špecifický antigén (tPSA) v krvi ako marker nie je veľmi presný – nádorová špecifita je nízka a jeho zvýšené hodnoty korelujú aj s benignými patológiami či početnými rutinnými aktivitami.<sup>(2)</sup> V dôsledku vyššie spomínaného sa v praxi využíva hodnotenie dynamických parametrov, a to stanovenie voľnej frakcie (f-PSA), p2PSA, či stanovenie pomeru f/tPSA. Ani jeden z uvedených parametrov však neumožňuje presné odlišenie nádoru od benigných nálezov, najmä pri nízkych hladinách markeru.<sup>(3-6)</sup> Preto snaha vyvíjať diagnosticky presnejšie biomarkery CaP, aj vzhľadom na rastúcu populačnú záťaž CaP, je dôležitá.

## Glykány a glykoprolifácia pri diagnostike karcinómu prostaty

Glykány sú komplexné a vetvené sacharidy konjugované s proteínmi (N- a O-glykoproteíny či proteoglykány) a lipidmi (glykosfingolipidy). V porovnaní s nukleovými kyselinami a peptidmi majú vyšší kombinatorický potenciál, a teda môžu dobre slúžiť na kódovanie biologickej informácie. Zároveň sú zodpovedné za mnohé bunkové deje. Zmeny glykánových štruktúr sú typickým znakom nádorovej bunky v dôsledku zmeny expresie glykán-modifikačných enzýmov a fragmentácie Golgiho aparátu.<sup>(7-12)</sup> Zatiaľ čo súčasná laboratórna diagnostika prostaty využíva imunoanalytické stanovenie kalikreínov, ako tPSA (cPSA + fPSA), f/tPSA (%), PHI index (kombinácia tPSA, fPSA a p2PSA) či 4k Score® (kombinácia tPSA, fPSA, iPSA a hk2), glykoprolifácia kombinuje tkanivovú špecifitu vyššie uvedených markerov s nádorovou špecifitou zmien glykánov.<sup>(13,14)</sup>

Technológia od slovenskej spoločnosti Glycanostics je založená na analýze glykánov kovalentne viazaných na molekulu fPSA v štandardnom ELISA formáte s kolorimetrickým detekčným princípom (patent PCT/EP2019/057386) – Obr. 1.<sup>(15)</sup>

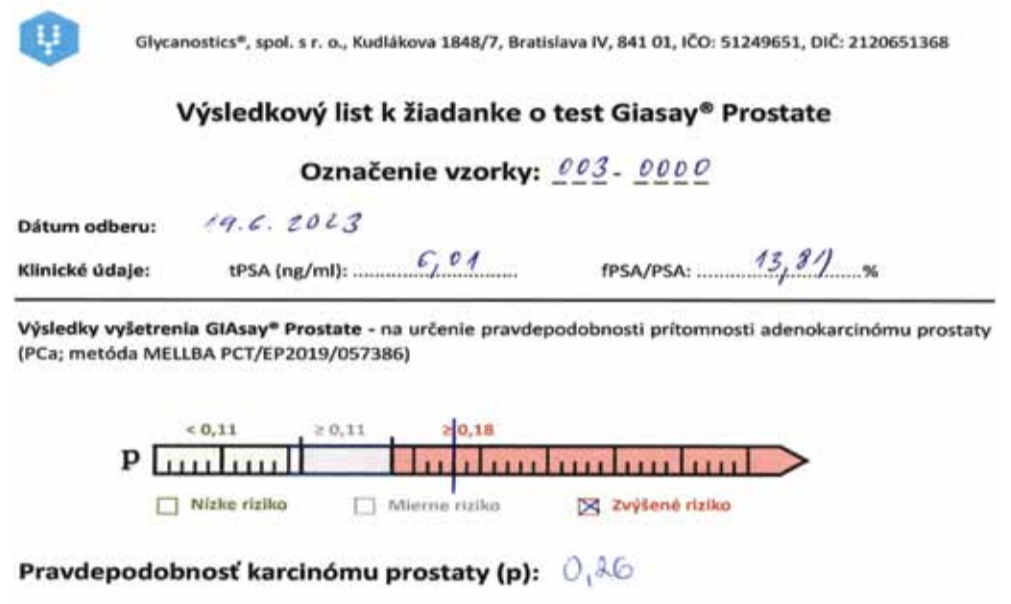
Test využíva krvné sérum, je rýchly, reprodukovateľný a dosahuje vysokú presnosť najmä v šedej zóne (tPSA = 2 až 10 ng/ml). Výsledok vychádza z rovnice, ktorá využíva 2 merané biomarkery. Jeho presnosť ešte zvyšuje aj prídanie hodnôt celkového a voľného PSA do tejto rovnice. Výsledkom testu je jedno číslo, ktoré lekárovi povie, akú ma pacient pravdepodobnosť, že má benigný stav (napr. prostatitída, hyperplázia) alebo či je tam pravdepodobnosť skorého, prípadne neskorého štádia karcinómu prostaty – Obr. 2.<sup>(13,14,16)</sup>

## Validácia testu Giasay® PROSTATE

V dvoch predklinických validačných štúdiách analýzou 140 vzoriek bol preukázaný potenciál glykozylačných zmien vo voľnom prostatickom špecifickom antigéne (fPSA) spresniť diagnózu CaP v porovnaní s fPSA % a PHI testami. Test Giasay® PROSTATE má potenciál byť použitý na diagnostiku tak skorého štádia CaP, ako aj vysokostupňovej intraepiteliálnej neoplázie prostaty, môže byť dokonca použitý pri rozpoznaní kastračne rezistentnej formy CaP.<sup>(17,18)</sup>

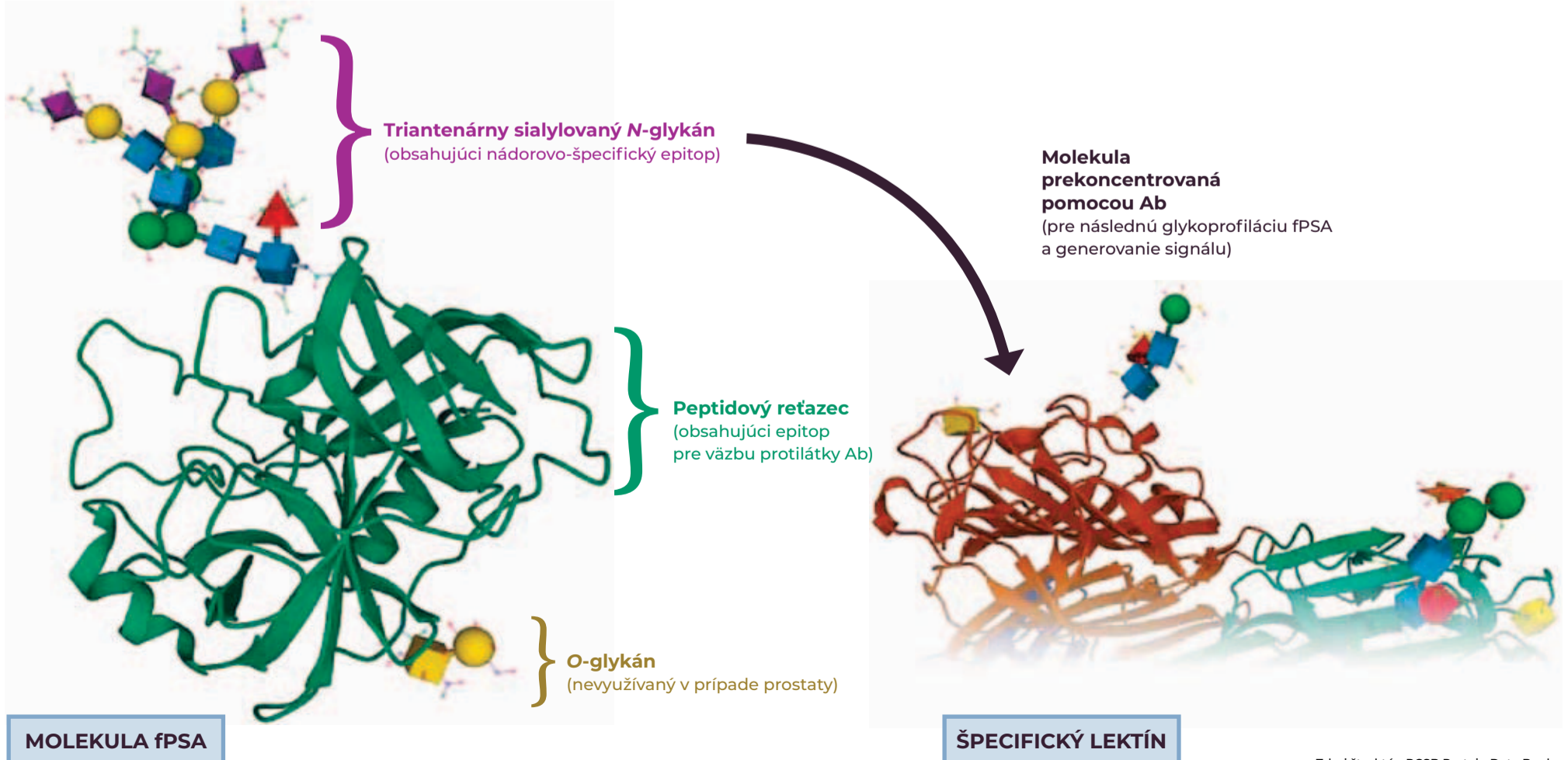
V poslednej klinickej validácii boli analyzované vzorky sér mužov zo 4 krajín (Slovensko, Česká republika, Rakúsko a Nemecko) s cieľom zistiť, či je možné test použiť na CaP diagnostiku a monitorovanie účinnosti terapie. Štúdia bola zameraná na porovnanie klinických parametrov testu so sérologickými testami (tPSA, fPSA % a PHI). Analyzované boli 2 kohorty (CaP a BPH) so sérologickými hladinami tPSA

Obrázok 2 – Výsledkový list anonymizovaného pacienta k žiadanke o test Giasay® PROSTATE.

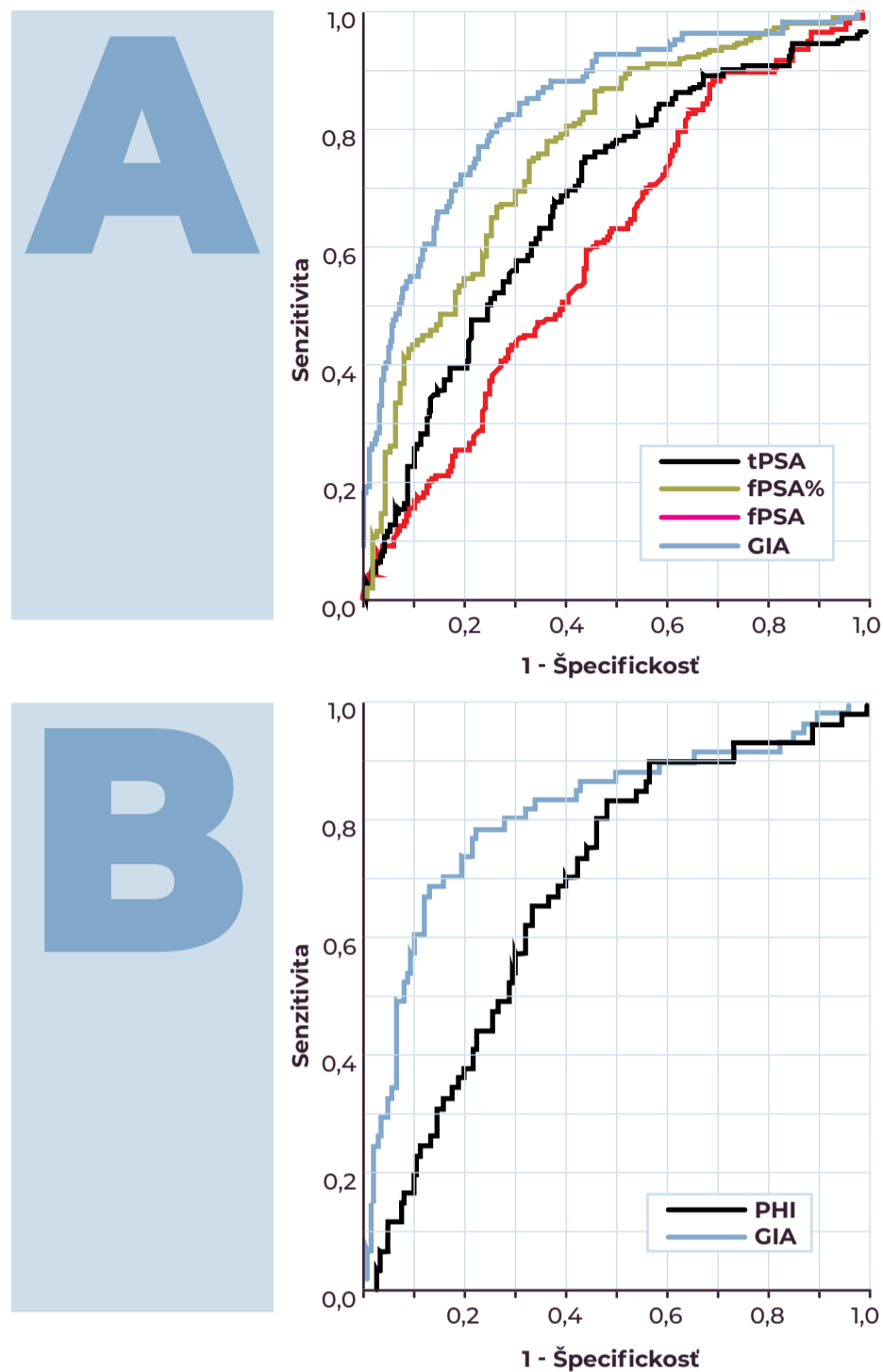


v šedej zóne, pričom kohorty boli podobné vekom a hladinou tPSA. Analýza vzoriek sér 392 benigných a 109 CaP pacientov bola uskutočnená vo forme ROC krivky s AUC 0,84 pre test Giasay® PROSTATE (Obr. 3 A). Pri 95 % špecifite bola senzitivita 40,4 %, zatiaľ čo pri 95 % senzitive bola špecifita 38,0 %. Na porovnanie, tPSA poskytol AUC 0,68. Pri 95 % špecifite bola senzitivita 11,9 %, zatiaľ čo pri 95 % senzitive bola špecifita 4,8 %. Analýza fPSA % odhalila AUC 0,76. Pri 95 % špecifite bola senzitivita 25,3 %, zatiaľ čo pri 95 % senzitive bola špecifita 22,9 %. PHI test kombinuje analýzu hladín tPSA, fPSA a -2proPSA. Vykonané bolo priame porovnanie diagnostickej presnosti testov PHI a Giasay® PROSTATE s použitím podskupiny vzoriek, pre ktoré bola nameraná hodnota PHI (celkovo 215 vzoriek séra). Hodnota AUC bola 0,69 pre PHI test a 0,81 pre Giasay® PROSTATE test (Obr. 3 B). Podrobná analýza pri 80 % senzitive odhalila, že nasledujúce percentá biopsií mohli byť identifikované ako negatívne (odvrátené) pre nasledujúce testy: tPSA 21 % biopsií, fPSA % 52 % biopsií, PHI 54 % biopsií a GIA 73 % biopsií (Obr. 4).<sup>(19)</sup>

Obrázok 1 – Princíp glykoprolifácie fPSA (vľavo, kód 3QUM) ako tkanivovo-špecifického markera CaP pomocou glykán-rozpoznávajúcich lektínov (vpravo, kód WFA lektínu 5KXB). fPSA nesie štandardne komplexný typ N-glykán na Asn-69, pričom môže byť aj O-glykozylovaný – podobne ako PAP a MUC1.



**Obrázok 3** – ROC analýza zobrazujúca krivky tPSA (čierna čiara), fPSA (červená čiara), fPSA % (okrová čiara) a GIA testu (modrá čiara) pre prípady diagnostiky PCa (celkom 501 vzoriek) (A). Priame porovnanie ROC analýzy pre PHI (čierna čiara) a GIA (modrá čiara) pre prípad PCa diagnostiky analýzou 215 vzoriek séra (B).

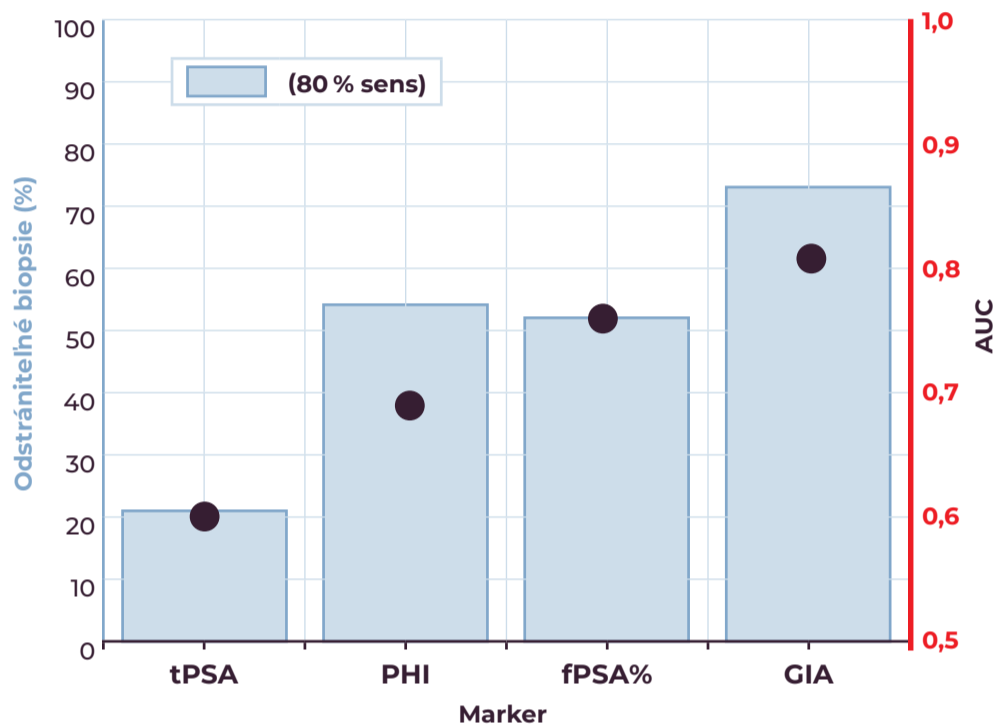


**Odporúčanie odbornej pracovnej skupiny**

Giasay® PROSTATE je inovatívny test na zistenie pravdepodobnosti prítomnosti karcinómu prostaty z krvi. Táto podporná diagnostická metóda sa podľa výsledkov iniciálnych štúdií javí byť presnejšia ako dosiaľ využívané krvné testy. V prípade validácie výsledkov má v budúcnosti potenciál v znížení počtu nepotrebných biopsií. Pre zaradenie testu do štandardnej diagnostickej praxe, hradenej z verejného zdravotného poistenia, je potrebné získať ďalšie konfirmačné dáta z prospektívnych štúdií porovnávajúcich test Giasay® PROSTATE so štandardným postupom. Predovšetkým kombinovanie analýzy s MRI by mohlo mať mimoriadnu klinickú hodnotu a napomôcť k potvrdeniu pozície, kde v diagnostickom postupe karcinómu prostaty by mal byť test zaradený. Výhodou glykánov je priama nádorová špecifita, a preto sú veľmi zaujímavé aj výsledky sledovania účinnosti liečby, nakoľko v praxi sa široko využívajú aj metódy pri ktorých ostáva prostata v tele pacienta (rádioterapia, ablačné techniky), čím je zachovaná istá fyziologická produkcia PSA. V monitorovaní týchto pacientov by test glykánov mohol nájsť zaujímavé klinické uplatnenie.

Aktuálne dostupné dáta plne postačujú pre používanie testu Giasay® PROSTATE v režime samoplatby. **Je možnosťou pre pacientov, ktorí majú záujem o informáciu o riziku karcinómu prostaty v porovnaní s komerčne používanými krvnými markermi.**

**Obrázok 4** – Percento negatívnych (odstrániteľných) biopsií (modré stĺpce) vypočítané s 80% senzitivitou pre všetky štyri biomarkery PCa (tPSA, fPSA, PHI test a GIA test) z klinickej validačnej štúdie vykonanej s použitím 215 vzoriek séra, pre ktoré boli hodnoty PHI k dispozícii. Negatívne (odstrániteľné) biopsie boli vypočítané ako pomer správne identifikovaných benigných pacientov z celej kohorty BPH.



**Referencie:** 1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: Cancer J Clin. 2021;71(3):209–49. 2. Ablin RJ, Piana R (2014) The great prostate hoax: How big medicine hijacked the PSA test and caused a public health disaster. St. Martin's Press. 3. Catalona WJ, Smith DS, Wolfert RL, et al. Evaluation of percentage of free serum prostate-specific antigen to improve specificity of prostate cancer screening. JAMA. 1995;274:1214–1220. 4. Smith DS, Catalona WJ, Keetch DW. Comparison of percent free PSA and PSA density as method to enhance the specificity of PSA screening. J. Urol. 1995;155:422A. 5. Oesterling JE, Jacobsen SJ, Klee GG, et al. Free complexed and total serum prostate-specific antigen: the establishment of appropriate reference ranges for their concentrations and ratios. J. Urol. 1995;155:1090–1095. 6. Lazzeri M, Haese A, de la Taille A, et al. Serum isoform [-2] proPSA derivatives significantly improve prediction of prostate cancer at initial biopsy in a total PSA range of 2–10 ng/ml: a multicentric European study. Eur Urol 2013; 63(6): 986–994. 7. Nyalwidhe JO, Betesh LR, Powers TW, Jones EE, White KY, Burch TC, et al. Increased bisecting N-acetylglucosamine and decreased branched chain glycans of N-linked glycoproteins in expressed prostatic secretions associated with prostate cancer progression. Proteom Clin Appl. 2013;7(9-10):677–89. 8. Petrosyan A. Onco-Golgi: is fragmentation a gate to cancer progression? Biochem Mol Biol J. 2015;1(1):16. 9. Bui S, Mejia I, Diaz B, Wang Y. Adaptation of the Golgi apparatus in cancer cell invasion and metastasis. Front Cell Develop Biol. 2021;9:806482. 10. Zhang X. Alterations of golgi structural proteins and glycosylation defects in cancer. Front Cell Develop Biol. 2021;9:665289. 11. Liu L, Doray B, Kornfeld S. Recycling of Golgi glycosyltransferases requires direct binding to coatamer. Proc Natl Acad Sci USA. 2018;115(36):8984–9. 12. Tu L, Banfield DK. Localization of Golgi-resident glycosyltransferases. Cell Mol Life Sci. 2010;67:29–41. 13. Bertok T, Bertokova A, Hroncekova S, Chocholova E, Svecova N, Lorencova L, Kasak P, Tkac J (2021) Novel prostate cancer biomarkers: Aetiology, clinical performance and sensing applications. Chemosensors 9 (8):205. 14. Tkac J, Bertok T, Hires M, Jane E, Lorencova L, Kasak P (2019) Glycomics of prostate cancer: updates. Expert Review of Proteomics 16 (1):65–76. 15. Chen Z., Gulzar Z., St. Hill C. et al. Increased expression of GCNT1 is associated with altered O-glycosylation of PSA, PAP, and MUC1 in human prostate cancers. The Prostate. Vol. 74, Issue10 (1059–1067). 16. Glycanostics. Data on file, dostupné na vyžiadanie. 17. Bertok T, Jane E, Bertokova A, Lorencova L, Zvara P, Smolkova B, et al. Validating fPSA glycoprofile as a prostate cancer biomarker to avoid unnecessary biopsies and re-biopsies. Cancers. 2020;12(10):2988. 18. Bertokova A, Bertok T, Jane E, et al. Detection of N, N-diacetylglucosamine (LacdiNAc) containing free prostate-specific antigen for early stage prostate cancer diagnostics and for identification of castration-resistant prostate cancer patients. Biorg Med Chem. 2021;39:116156. 19. Tkac J, Pinkeova A, Tomikova A, Bertokova A, Fabinyova E, Bartova R, Jane E, Hroncekova S, Sievert K-D, Sokol R (2023) Glycoprofiling of proteins as prostate cancer biomarkers: a multinational population study. bioRxiv:2023.2006.2027.546717.

INZERCIJA

# Giasay® jeden test stačí

Pre mužov vo veku 45 a viac rokov, ktorí majú hodnoty tPSA 2 - 10 ng/ml.<sup>1-8</sup>

Odporučte svojim pacientom inovatívny test Giasay® PROSTATE\*, laboratórne vyšetrenie krvi s najvyššou presnosťou hodnotenia rizika karcinómu prostaty, overené stovkami pacientov v rámci Európskej únie vrátane Slovenska. <sup>\*\*1-8</sup>



\* Test Giasay® PROSTATE ako prvý a jediný využíva pri diagnostike karcinómu prostaty metódu stanovenia prítomnosti nádorovo špecifických glykánov na molekule prostatického špecifického antigénu (fPSA). Jedná sa o mimoriadne presné pomocné vyšetrenie.

\*\* Test Giasay® PROSTATE dosahuje hodnotu AUC vyššie ako v súčasnosti používané kalikreínové testy (vrátane PHI). Hodnota AUC počas všetkých validácií na počte 501 pacientov neklesla pod 0,82, tzn. test spoľahlivo zachytí 82 zo 100 prípadov karcinómu prostaty.

**Referencie:** 1. Bertok T et al. Chemosensors 2021, 9, 205. 2. Glycanostics. Data on file, dostupné na vyžiadanie. 3. Bertokova A et al. Bioorganic & Medicinal Chemistry 39 (2021) 116156. 4. Bertok T et al. Glycoconjugate Journal 2020 Dec;37(6):703–711. 5. Bertok T et al. Cancers 2020, 12(10), 2988. 6. Bertok T Biosens Bioelectron. 2019 Apr 15; 131: 24–29. 7. Tkac J et al Interface Focus. 2019 Apr 6; 9(2): 20180077. 8. Tkac J et al. Expert Rev Proteomics. 2019 January 01; 16(1): 65–76.



Glycanostics s.r.o.  
Kudláčkova 7, 841 01 Bratislava  
www.glycanostics.com



# VŠEOBECNÉ LEKÁRSTVO

## Aktuálne trendy v liečbe depresíí

Doc. MUDr. Lubica Forgáčová, PhD.

Psychiatrická klinika SZU a UNB, Nemocnica Ružinov

### Úvod

Depresia je jedno z najhorších psychických ochorení, pri ktorom dochádza k vystupňovaniu normálneho smútku do patických rozmerov. Patická depresívna nálada svojou hĺbkou prekračuje bežnú skúsenosť ľudí, má mimoriadne silný vplyv na celú psychiku chorého a charakterizuje všetky prejavy jeho osobnosti. Za jadrový príznak depresie sa považuje anhedónia, strata schopnosti tešiť sa. Je takmer vždy prítomná aspoň v určitej miere. Veľmi nebezpečné sú sebapoškodzujúce a samovražedné sklony (15 % riziko suicídia). Príznaky depresívnej epizódy (veľkej depresie) tak ako ich vymedzuje klasifikácia MKCH-10 (1992) sú uvedené v Tab.1.

Diagnózu depresie možno spoľahlivo určiť vtedy, ak je väčšina príznakov depresie prítomná nepretržite najmenej 14 dní. Podľa závažnosti sa depresie delia na ľahké, stredne ťažké, ťažké a psychotické formy (s bludmi a halucináciami). V praxi sa podľa ďalších charakteristík rozlišujú rôzne podtypy, napríklad depresia sezónna, perimenopauzálna a postmenopauzálna, popôrodná, juvenilná, atypická, melancholická, perzistujúca (dystýmia). Depresívna epizóda trvá niekoľko týždňov alebo mesiacov a môže sa v priebehu života viackrát opakovať (rekurentná depresia). Epidemiologické prieskumy z rôznych krajín sveta ukazujú, že počet prípadov depresie postupne narastá. Podľa údajov WHO (2021) depresia postihuje viac ako 280 miliónov ľudí na celom svete (približne 4,4 % populácie) a je jednou z najčastejších porúch duševného zdravia. Zastáva sa názor, že k nárastu depresie prispieva široké spektrum nepriaznivých životných udalostí, ktoré prináša novodobý konzumný životný štýl, existenčné problémy a nízka odolnosť populácie voči frustrácii. Nedávne udalosti súvisiace s pandemiou COVID-19 ukázali, že v prvom roku pandémie vzrástla celosvetová prevalencia úzkosti a depresie vo všetkých vekových skupinách (vrátane detí) o 25 % (WHO, 2022).

Etiológia depresie je multifaktoriálna, doposiaľ nie je úplne objasnená. Úlohu hrajú genetické a environmentálne rizikové faktory. Vrodená náchylnosť sa môže mobilizovať vonkajšími príčinami (stres, životné udalosti), ktoré vytvára sociálne prostredie. V kontexte s účinkami stresu dochádza k štrukturálnym, funkčným a molekulárnym zmenám vo viacerých oblastiach mozgu, ktoré riadia emočné prejavy človeka a regulujú zmeny nálady. V tejto súvislosti boli sformulované viaceré hypotézy (monoamínová, neuroplastická, glutamátová), ktoré prispeli k porozumeniu mechanizmu účinku antidepresív a stimulovali ich vývoj.

Depresia často koexistuje s rôznymi somatickými ochoreniami, vrátane kardiovaskulárnymi (napr. hypertenzia, ischemická choroba srdca), respiračnými (napr. chronická obštrukčná choroba pľúc), endokrinnými (napr. hypotyreóza, Cushingova choroba), rôznych infekcií (napr. tuberkulóza, AIDS) a metabolických syndrómov (napr. cukrovka). Ukazuje sa, že komorbidity sú najkritickejším faktorom ovplyvňujúcim ekonomickú záťaž depresie, preto je potrebné brať ich pri liečbe depresie do úvahy.

### Depresia je liečiteľná psychická porucha

Neliečená depresia predlžuje utrpenie, podmieňuje dlhodobú práceneschopnosť a zvyšuje riziko samovražedného konania. Ľahšie formy depresie možno ovplyvniť pomocou vhodnej psychoterapeutickej metódy (napr. kognitívne - behaviorálna alebo interpersonálna psychoterapia). V liečbe ostatných foriem depresie hrajú kľúčovú úlohu antidepresíva, optimálne v kombinácii s psychoterapeutickými prístupmi. V súčasnosti existuje široké spektrum účinných antidepresív (Tab.2), väčšina z nich je dostupná aj v SR.

Monoterapia sa odporúča ako počiatočná liečba, zatiaľ čo kombinácia antidepresív, resp. augmentácia sa môže zväziť v prípade ak monoterapia zlyhala. V augmentácii terapeutické odpovede môžu byť potenciálne užitočné rôzne farmaká, napríklad hypnotiká, lítium, benzodiazepíny, modafinil, niektoré atypické antipsychotiká (kvetiapín), tyreoidálne hormóny (T3/T4).

Antidepresívna liečba depresie má svoje pevné pravidlá, delí sa na tri etapy. Akútna liečba trvá spravidla 6-8 týždňov. Odpoveď na liečbu možno očakávať najskôr po 2-3 týždňoch. Cieľom akútnej liečby je dosiahnutie remisie. Pokračovacia liečba, zvyčajne trvá 6-8 mesiacov, je potrebná pre pacientov s prvou epizódou depresie. Udržiavacia liečba (dlhodobá, profylaktická), môže trvať niekoľko rokov, je určená pre pacientov s rekurentnou depresiou. Cieľom pokračovacej a udržiavacej liečby je zabrániť relapsu. Dávkovanie antidepresíva je rovnaké počas akútnej aj dlhodobej liečby, pri ukončení liečby sa vysadzuje postupne.

Tabuľka 1 – Príznaky depresívnej epizódy (MKCH-10, 1992).

<b>TYPICKÉ PRÍZNAKY</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- depresívna skleslá nálada</li><li>- zníženie energie a aktivity/agitovanosť</li><li>- neschopnosť tešiť sa (anhedónia)</li><li>- strata záujmov</li><li>- zvýšená naviteľnosť</li></ul>
<b>ĎALŠIE OBVYKLÉ PRÍZNAKY</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- zhoršené sústredenie a pozornosť</li><li>- znížené sebavedomie a sebadôvera</li><li>- pocity viny a bezcennosti (autoakuzácie)</li><li>- myšlienky o sebapoškodení a o samovražde</li><li>- pesimistický pohľad do budúcnosti</li><li>- zlyhávanie v sociálnej oblasti a v práci</li></ul>
<b>TELESNÉ PRÍZNAKY</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- nechutenstvo, chudnutie</li><li>- pokles libida</li><li>- algické a vegetatívne syndrómy</li><li>- tinitus, pruritus</li><li>- poruchy spánku</li></ul>



Tabuľka 2 – Prehľad antidepresív.

NÁZOV SKUPINY Hlavný mechanizmus účinku	GENERICKÝ NÁZOV
Inhibítory monoaminoxidázy (MAOI), reverzibilný inhibítory monoaminoxidázy A (RIMA)	selegilín, moklobemid
Tricyklické (TCA), tetracyklické, heterocyklické antidepresíva, selektívne ovplyvňujú monoamíny	amitriptylín, imipramín, desipramín, dosulepín, klomipramín, maprotilín
Inhibítory spätného vychytávania sérotonínu SSRI	escitalopram, citalopram, paroxetín, fluoxetín, fluvoxamín, sertralín
Inhibítory spätného vychytávania sérotonínu a norepinefrínu (SNRI)	venlafaxín, duloxetín, desvenlafaxín, milnacipran, levomilnacipran,
Sérotonínový antagonist a inhibítory spätného vychytávania sérotonínu (SARI)	nefazodón, trazodón
Inhibítory spätného vychytávania norepinefrínu (NRI)	reboxetín, viloxazín
Inhibítory spätného vychytávania noradrenalínu a dopamínu (NDRI)	bupropión
Noradrenergické a špecificky sérotonínergické antidepresíva (NaSSA)	mirtazapín
Stimulácia spätného vychytávania sérotonínu (SRS)	tianeptín
Sérotonínový modulátor a stimulátor (SMS)	vortioxetín
Melatonínový agonista a selektívny sérotonínový antagonist MaSSA	agomelatín



Súčasný vedecký zdroj dostatočne dokumentujú účinnosť a bezpečnosť antidepresív. Napríklad, podľa metaanalýzy z roku 2018, ktorá sa venovala vyhodnoteniu klinickej účinnosti 21 antidepresív (522 kontrolovaných klinických štúdií, zahŕňajúcich 116 477 účastníkov) sa ukázalo, že všetky skúmané antidepresíva boli v liečbe veľkej depresie dospelých účinnejšie ako placebo (Cipriani a spol., 2018). Tieto a mnohé ďalšie výsledky majú dopad na tvorbu terapeutických usmernení založených na dôkazoch, ktoré publikujú svetové psychiatrické inštitúcie a národné psychiatrické spoločnosti. Aj na Slovensku máme k dispozícii metodický list a diagnosticko-liečebný štandard, ktorý bol schválený Komisiou MZ SR v máji 2020. Oba dokumenty ponúkajú podrobný návod na výber vhodného antidepresíva pre rôzne typy depresie.

#### Nové trendy antidepresívnej liečby

Monoamínová hypotéza, sformulovaná približne pred 50 rokmi, predpokladá, že u pacientov s depresiou dochádza k poklesu koncentrácií sérotonínu, noradrenalinu a dopamínu v mozgu. Súčasný (tradičný) antidepresíva preferenčne ovplyvňujú neurotransmisiu uvedených mediátorov. Klinicky sa pozitívne zmeny neurotransmisie prejavujú v priebehu 2–3 týždňov ústupom depresívnej symptomatiky.

Neurobiologický výskum ostatných rokov však ukazuje, že patogenéza depresie je komplexná, zahŕňa aj zmeny intracelulárnej signalizácie a procesov spojených s neurogenézou. Nastal posun od monoamínovej k neuroplastickej hypotéze depresie so zameraním na glutamát a jeho neurotoxicke účinky spojené s poškodením mozgových funkcií. Štúdie priniesli presvedčivé dôkazy o tom, že glutamátový neurotransmiterový systém je relevantným cieľom pre vývoj nových, rýchlo pôsobiacich „non-monoamínových“ antidepresív. Medzi tieto látky patrí ketamín (*r-ketamín* a *s-ketamín*), ktorý moduluje glutamátovú neurotransmisiu a podmieňujú rýchlu synaptogenézu (Liu a spol., 2017, McIntyre a spol., 2020). Okrem antidepresívneho účinku má rýchlejší nástup terapeutickú odpoveď, čo v liečbe depresie predstavu-

je zásadný prínos. Esketamín (*nosová roztoková aerodisperzia*) je určený len pre pacientov rezistentných na inú liečbu. Ketamín vo forme infúzie možno v SR podávať len na základe špeciálnej žiadosti, ktorú schvaľuje MZ SR („liek na výnimku“). V liečbe popôrodnej depresie (v etiopatogenéze hrajú hormóny významnú úlohu) sa klinicky skúša nové antidepresívum brexanolón, analóg alopregnanolónu (v USA sa stal prvým liekom, ktorý bol schválený inštitúciou FDA na liečbu popôrodnej depresie) (Yoon a spol., 2022).

Otvárajú sa aj ďalšie sľubné farmakologické ciele. V rôznych etapách predklinického a klinického skúšania sú napr. lanicemín (*antagonista glutamátových NMDA receptorov*), seltorexant (*antagonista orexínových receptorov*), modulatory opioidového systému, modulatory mikrogliie, anticytokíny a mnohé ďalšie (Stachowicz, Sowa-Kučma, 2022).

Z nových biologických terapeutických metód prichádza do úvahy transkraniálna magnetická stimulácia (TMS), podľa údajov z literatúry je účinná v liečbe rezistentnej depresie. Na Slovensku už jestvujú pracoviská, kde pacientom túto liečbu aplikujú. Rovnako stimulácia nervus vagus (VNS) je určená na liečbu rezistentnej depresie, fototerapia (*liečba svetlom*) je vhodná pre pacientov so sezónnou (zimnou) depresiou. Uvedené metódy majú určené presné aplikačné parametre, svoje indikácie, kontraindikácie a možné nežiaduce účinky.

Na záver je potrebné spomenúť telemedicínu (*manažment pacienta na diaľku*). Zahŕňa telefóny, webové stránky, videokonferencie a aplikácie, ktoré umožňujú intervenčné služby na diaľku. Tradičná psychoterapia (*face to face*) nemusí byť dostupná pre každého pacienta. Ukazuje sa, že intervencie telemedicíny účinne znižujú príznaky depresie a úzkosti. Na ďalšie skúmanie terapeutického potenciálu sú však potrebné kontrolované štúdie.

Literatúra na vyžiadanie u autora

## Benefity modernej liečby hemoroidov

MUDr. Pavel Ištók, MBA  
Chirurgické centrum Proktovena

**HEMOROIDY, LUDOVO NAZÝVANÉ „ZLATÁ ŽILA“, SÚ VELMI ČASTÝM OCHORENÍM. VYSKYTUJÚ SA U MUŽOV AJ ŽIEN A PODĽA ODBORNÝCH ŠTÚDIÍ ICH JE ICH VÝSKYT VIAC AKO 85% POPULÁCIE. POKIAĽ SA HEMOROIDY DOSTANÚ DO VYŠŠIEHO ŠTÁDIA, ZAČNÚ BYŤ NIELEN NEPRÍJEMNÉ, ALE AJ BOLESTIVÉ A OBJAVUJE SA KRVÁCANIE. TENTO ČLÁNOK MÁ ZA ÚLOHU VYSVETLIŤ, ČO JE ZLATÁ ŽILA, PREČO DOCHÁDZA K ZHORŠENIU PRÍZNAKOV V LETE, AKÉ SÚ NÁSLEDKY NE-LIEČENIA A, HLAVNE, POUKÁZAŤ NA SÚČASNÉ NOVÉ MOŽNOSTI BEZ-BOLESTNÉHO RIEŠENIA BEZ HOSPITALIZÁCIE.**

Pacientom s ochoreniami konečníka napadá množstvo otázok. Mám len zlatú žilu - hemoroidy, alebo mám už niečo závažnejšie? Pokiaľ sa potvrdí nález hemoroidov, tak nám napadajú otázky ako: Prečo a kedy vznikajú? Dajú sa liečiť? Je nevyhnutná operácia, ak ich chceme odstrániť? Na akého lekára sa obrátiť?

Hemoroidy - zlatú žilu riešia chirurgovia v nemocniciach alebo ambulanciách a proktológia. Sú to chirurgovia, ktorí sa špecializujú na ochorenia konečníka a majú viacej skúseností a iné prístrojové vybavenie ako bežní všeobecní chirurgovia.

#### Čo sú vlastne hemoroidy?

Je to ochorenia análneho kanála, kde hemoroid je tkanivo konečníka, ktoré obsahuje cievy, nervy a zvierajúce. V prvých štádiách sa žila hemoroidu vtiahne naspäť a pokiaľ sa nelieči, postupne dochádza k väčšiemu vyklenovaniu a žila ostane fixovaná navonok z konečníka. Anatomicky sa hemoroidy vyskytujú v análnom kanáli, ktorý má dĺžku 5 centimetrov. V tejto hĺbke nachádzame vnútorné hemoroidy a análny kanál potom pokračuje do vlastného konečníka do výšky 15 cm a potom už nasleduje hrubé črevo. Rozoznávame vonkajšie a vnútorné hemoroidy. Vonkajšie hemoroidy sa vyskytujú častejšie a zbadáme ich tak, že v konečníku - presnejšie v análnom kanáli, si nahmatáme hrčku alebo vo vyšších štádiách pozoruje prolaps sliznice s uzlíkom zlatej žily, ktorá sa dá zatlačiť naspäť.

#### AKÉ SÚ PRÍZNAKY, PODĽA KTORÝCH ZISTÍME, ŽE ASI MÁME ZLATÚ ŽILU A AKO SA PREJAVUJE?

Na začiatku ochorenia sa prejavuje veľmi neurčito, a to ako neurčité pocity v konečníku, tlak v konečníku pobolievanie, pocit vlhkého konečníka. Pozorujeme aj svrbenie spojené s ekzémom, pocit vychádzania útvaru z konečníka, krvácanie. Na začiatku diagnostiky treba odlišiť iné ochorenia konečníka, ako sú polypy konečníka a análneho kanála, fistuly, condylomy, previsy a aj zhubné ochorenia. Pacienti prichádzajú s tým, že si nahmatali hrčku v oblasti konečníka, čo je akútne štádium trombotizácie a často pacient pozoruje po stolici krvácanie z konečníka - jasnočervenú krv.

**Špeciálnou kategóriou sú hemoroidy u tehotných žien, ktoré sa objavujú hlavne v druhej polovici gravidity.** U tehotných žien vznikajú hemoroidy kvôli zvýšenému tlaku v panvovej oblasti a po pôrode sa často samy upravujú, ale často ostávajú po hemoroidoch previsy. Žila sa síce vstrebe a hemoroid zanikne, ale sliznica ostane na tom mieste natiahnutá a ostane visieť, trčí von z konečníka.

#### Moderná terapia hemoroidov

V moderných centrách, špecializujúcich sa na ochorenia konečníka, zákroky vykonávame bez hospitalizácie a pacient je schopný po zákroku sám nastúpiť do auta a bez bolesti odšoférovať domov. 80 % pacientov po zákroku je do 5 dní v práci. Pokiaľ je jasné, že sa jedná o príznaky zlatej žily - hemoroidov, v prvom rade treba zistiť, v akom stave a v akom štádiu je zlatá žila. Či je prvého, druhého, tretieho alebo štvrtého stupňa, či je prolaps hemoroidov, či sú k tomu pridružené iné diagnózy, ako napríklad polypy, ktoré sú so zlatou žilou často spojené.

Základom diagnostiky je rektoskopia, čo je bezbolestné vyšetrenie, v polohe na ľavom boku za použitia najmodernejších diagnostických prístrojov s dodaním záveru z histologického vyšetrenia. Hĺbka do 5 cm sa dá vyšetriť len rektoskopicky u chirurga proktológa a nenahrádza ju kolonoskopické vyšetrenie u gastroenterológa. Treba zdôrazniť, že kolonoskopické vyšetrenie nenahrádza rektoskopiou. Prvých 5 cm je dôležitých a práve oblasť análneho kanála je viditeľná len rektoskopom. Moderné pracoviská používajú na rektoskopiou prievitný plastový jednorazový rektoskop. Jednorazový rektoskop sa mení u každého pacienta za nový. Na rektoskopiou netre-

ba hladovať a stačí len lokálna príprava, kde sa aplikuje špeciálna klyzma. Pri vyšetrení môžeme eventuálne aj ošetriť hemoroidy do štádia II Baronovou ligatúrou. Pri vyšších štádiách je úspešnosť liečby 60 %. Po vyšetrení pacient odchádza domov alebo do práce a nepociťuje bolesti.

#### Rozoznávame 4 štádiá ochorenia podľa príznakov:

- 1. štádium** je charakterizované nebolestivým krvácaním, jasnočervenej krvi na povrchu s pocitom tupých bolestí konečníka. Tieto hemoroidy voľným okom nevidíme a vidíme ich len pri rektoskopickom vyšetrení.
- 2. štádium** je, ak pri tlaku na konečník pri stolici alebo námahe, sa vyklenujú hemoroidy, ale sa spontánne vrátia po pominutí tlaku. Toto štádium je charakterizované pocitom tlaku, svrbením až bolesťou a krvácaním.
- 3. štádium** je charakterizované väčšou bolesťou trvalejším zdurením, dočasným únikom riedkej stolice a vetrov, krvácaním. Vyklenutie je počas stlačenia na stolicu alebo pri veľkej námahe a spontánne sa nedarí a je potreba ho vtlačiť manuálne.
- 4. štádium** je charakterizované trvalým väčším vyklenutím, ktoré sa nedá vtlačiť naspäť a je spojené s väčšou bolesťou a trvalým previsom sprevádzaným svrbením, niekedy výtokom, občas únik stolice a vetrov a jasnočerveným krvácaním.

#### Liečba na hemoroidy je:

1. prevencia,
2. konzervatívna terapia + medikamentózna liečba,
3. Baronove ligatúry – gumičkovanie do štádia GR II,
4. operačné riešenie
  - laserom - technika LHP (*laser hemoroido plasty*),
  - rádiorakvenčná ablácia – operácia podľa Rafaela,
  - Longova operácia – staplerom - upúšťa sa od neho,
  - operácia podľa Parksa – klasická operačná technika so stehmi.

Z posledné roky sa objavili aj nové poznatky, že sú lepšie výsledky spojenia lokálnej liečby v kombinácii s celkovou liečbou. V štúdiu z roku 2017 sa potvrdilo, že masť s obsahom sukralfátu znižuje akútnu pooperačnú bolesť a zlepšuje hojenie rán po hemoroidektómii, pričom bolo potvrdené, že:

1. rany pacientov po hemoroidektómii sa významne lepšie hoja po aplikácii masti s aktívnou látkou sukralfát. Naopak, lokálne anestetikum lidokaín, rovnako ako placebo, nemá efekt na liečbu rán pacientov.
2. intenzita bolesti pacientov po hemoroidektómii na stupnici VAS. Potvrdilo sa, že na 1., 3. aj 7. deň po operácii intenzita bolesti pacientov je významne nižšia po podaní sukralfátu v porovnaní s anestetikom - topickým lidokaínom a s placebom. Sukralfát významne znižuje pooperačnú bolesť pacientov už 1 deň po operácii o - 21 % oproti lidokaínu.

(Alkhateep Y, Fareed A. *Int Surg J. Double blinded randomized placebo-controlled comparative study between sucralfate ointment and lidocaine ointment after Milligan Morgan hemorrhoidectomy, International Surgery Journal Alkhateep Y et al. Int Surg J. 2017 Dec;4(12):3822-3826 http://www.ijurgery.com*)

Celková liečba je zameraná na zmenšenie žilného zápalu liekmi s obsahom mikronizovaného diosmínu, kde prvé 4 dni sa berú tablety 3x1000 mg, ďalšie 3 dni 2x1000 mg a potom 1 tableta 1000 mg sa užíva ďalšie 3 týždne.

Návštevu chirurga - proktológa v akútnom štádiu predídeme zbytočným bolesťami a často po bezbolestnom vypustení zrazenej krvi sa hneď uľaví od bolesti. A po prekovaní akútneho štádia nastupuje štádium hojenia, ktoré už nie je bolestivé. Po cca 6 týždňoch robíme rektoskopiou, ktorá je nebolestivá a podľa nálezu odporúčame konzervatívne alebo operačné riešenie bez hospitalizácie.

#### Moderné operačné riešenia

V zariadeniach venujúcich sa proktológii sa v posledných rokoch uprednostňujú zákroky v lokálnej tumescenčnej anestézii a tzv. zadný pudendálny blok. Táto anestézia je takmer nebolestivá a podľa porovnania pacientov, ktorí absolvovali tieto zákroky, lepšia ako anestézia u stomatóloga. Hlavná výhoda moderných operačných riešení konečníka je pre pacienta v tom, že sa vykonávajú bez hospitalizácie bez celkovej anestézie a po zákroku, ktorý trvá cca 45 min pacient bez bolesti odchádza domov tak, že sadne do auta a bez bolesti odšoférovať domov a hneď môže konzumovať stravu.

V našom zdravotníckom zariadení Proktovena robíme operačné zákroky pri lokálnej tumescenčnej anestézii. Používame pri nej špeciálny roztok Kleinova formula, ktorý obsahuje špeciálne substancie, ktoré sa pridávajú do infúzie a pacient necíti bolesť. U nás je pacient pri operácii v polohe na bruchu. Pri operácii používame operačné anoskopy, ktoré sú celé vysvietené a okrem toho má operatér aj čelové svetlo s lupou, takže vďaka tomuto vysvieteniu vidí dokonale celý konečník. Na anoskope sú lupy, ktoré obraz konečníka dva a polnásobne zväčšia. Pri zavedení anoskopu pacient necíti žiadnu bolesť, iba mierny tlak, ako keby mal väčšiu stolicu. Používame tri najmodernejšie techniky. Prvou možnosťou je tzv. „Parksova operácia“, ktorá je ku konečníku veľmi šetrná a vytvára sa len mierny opuch. Musíme podviazať prívodnú žilu, aby sa zastavil prítok krvi v danom mieste a hemoroid potom vyrežeme pomocou rádiofrekvenčného skalpela. Ten zároveň koaguluje previs, ktorý tu bol vytvorený, takže nám to nekrváca a pacient nemá po operácii bolesti, lebo tam nie sú stehy.

Laserové technika - je to operácia typu LHP (*laser-hemoroido-plastika*), pri ktorej zvonku spravíme maličký dvojmilimetrový vpich, doňho zavedieme laserové vlákno, na konci ktorého sa okolo vlákna radiálne tvorí teplo cca 120°C a laser zlatú žilu skoaguluje tak, aby nebola poškodená sliznica. U cca 20 % pacientov sa môže od druhého dňa vytvoriť opuch, ktorý sa na piaty deň po operácii zmenší, ale do mesiaca sa to celé vtiahne.

Ďalšia technika je rádiofrekvenčná ablácia. Je to tzv. „operácia metódou Rafaelo“, ktorá sa podobá na predošlú, ale zdroj tepla na konci nie je laser, ale rádiofrekvenčné vlny (*rovňaký prístroj používame aj pri operácii kŕčových žíl*). Tu je teplota 100–120°C, zlatá žila sa vplyvom tepla skoaguluje a tým sa stiahne. Každý náš operatér sa podľa konkrétneho stavu ochorenia rozhodne, ktorý typ operácie je v danom prípade najvhodnejší a či pri prolapse použije tzv. pexiu, čo je špeciálna fixácia v konečníku.

Záverom zhrniem výhody moderných operačných techník konečníka v porovnaní s klasickými postupmi v nemocniciach. V nemocniciach nemajú túto najmodernejšiu operačnú techniku. V nemocnici musíte ísť na klasickú operáciu, počas ktorej tu musíte ležať minimálne tri dni a viac. Pacienta to teda stoja tri dni hospitalizácie, nehovoriac o tom, že pred operáciou musí „behať“ po lekároch kvôli predoperačným vyšetreniam. My robíme zákroky v lokálnej tumescenčnej anestézii, takže predoperačné vyšetrenia nepotrebujeme. U nás stačí, aby sme si urobili odbery krvi, krvný obraz a biochémiu a, samozrejme, vyšetrenie rektoskopiu a aby pacient mal absolvovanú kolonoskopiu. V nemocnici robia operáciu buď v celkovej anestézii, čo je pri pacientoch vo vyššom veku vždy riziko, alebo v epidurálnej, čiže spinálnej anestézii, pri ktorej mu anestetický roztok vpichnú do miechy, čo je tiež rizikové.

Okrem toho môžu nastať neznesiteľné bolesti hlavy, nôh... Po epidurálke, alebo celkovej anestézii, musí byť pacient minimálne 12 hodín v pokoji, nemôže vstávať, nemôže sa hýbať, lebo je čiastočne ochrnutý, nemôže jesť, aby nevracal, a prepustený môže byť najskôr po 24 hodinách. U nás práve naopak nútime pacienta jesť a piť čo najskôr, lebo ak dlhšie nejeme a stratíme tekutiny, obyčajne sa „zapečieme“ a hneď máme veľký tlak v konečníku už pri prvom vyprázdňovaní, čo je veľmi zlé.

U nás sa po zákroku pacient posadí aj postaví, sadne do auta a odšoféruje si to domov, bez bolesti. Doma má minimálne bolesti, podobné, ako napríklad po zákroku u zubára. Hneď na druhý deň k nám pacient príde na prvú kontrolu a keď je všetko v poriadku, na druhú kontrolu príde až po dva a pol týždni. Prvé dva až tri dni po zákroku má šetrivejší režim a do 5 dní je 80 % našich pacientov v práci. Ak je operovaný v nemocnici, práceneschopnosť trvá niekedy 3 až 6 týždňov a pacient má často väčšie bolesti. Treba zdôrazniť, že po absolvovaní ambulantných zákrokov sa je možné vrátiť k športovým aktivitám v plnom rozsahu.

## Liečba farmakorezistentnej epilepsie

Doc. MUDr. Eva Feketeová, PhD.  
Neurologická klinika UPJŠ LF a UN LP Košice

Epilepsia je neurologické ochorenie charakterizované opakovaným výskytom epileptických záchvatov (EZ) a súvisiacimi kognitívnymi, psychologickými a sociálnymi dôsledkami. Medzinárodná liga proti epilepsii definuje epilepsiu v nasledujúcich situáciách:<sup>(1)</sup> v prítomnosti najmenej dvoch nevyprovokovaných (*alebo reflexných*) záchvatov, ktoré sa vyskytujú s odstupom viac ako 24 hodín;<sup>(2)</sup> jeden nevyprovokovaný (*alebo reflexný*) záchvat a pravdepodobnosť opakovania sa ďalších záchvatov prevyšujúca všeobecné riziko recidívy (*aspoň 60 %*) po dvoch nevyprovokovaných záchvatov, počas nasledujúcich desiatich rokov;<sup>(3)</sup> diagnóza epileptického syndrómu (*Fisher a kol., 2014*). Kľúčovým pre začiatok liečby je správne stanovenie diagnózy epilepsie, jej typu (*fokálna versus generalizovaná epilepsia, resp. epileptický syndróm*), pri vylúčení neepileptických záchvatov. Všetky diagnostické postupy v tomto procese by mali zároveň smerovať k rozpoznaní príčiny epilepsie a odhaleniu komorbidít, ako sú problémy s učením a psychiatrické poruchy, vrátane depresie a poruchy autistického spektra. Nasadená protizáchvatová liečba dokáže úplne potlačiť EZ približne u dvoch tretín pacientov. Záchvaty po zlyhaní dvoch terapeutických pokusov v snahe o ich potlačenie sú označované ako refraktérne a epilepsia ako farmakorezistentná (*FE*).

### Epileptochirurgia

Väčšinu (*80 %*) pacientov s FE tvoria pacienti s fokálnou epilepsiou. Zlatým štandardom v manažmente fokálnej FE je posúdenie epileptochirurgických možností liečby. Operácia epilepsie ponúka šancu na remisiu záchvatov pre 30–40 % pacientov. Chirurgia epilepsie zahŕňa liečebné resečné postupy, paliatívne techniky, ako kalozotómia alebo implantácia stimulačných zariadení. Predoperačné vyšetrenie má za cieľ identifikovať epileptogénnu zónu a predchádzať pooperačným neurologickým a kognitívnym deficitom. To si vyžaduje optimálne neurozobrazovanie, vrátane prostriedkov nukleárnej medicíny, kontinuálne dlhodobé video-EEG monitorovanie a neuropsychologické a psychiatrické vyšetrenia; v niektorých prípadoch aj intrakraniálny záznam EEG. Najlepšie výsledky sú dosahované u pacientov s elektroklinickou zhodou so štruktúrnou léziou na MRI (*60–70 % bez záchvatov*).

Menšia úspešnosť je dokumentovaná pri epilepsii pôvodom mimo temporálneho laloka, normálnym MR nálezom, duševným ochorením alebo poruchami učenia. Od polovice minulého storočia sú uskutočňované temporálne resekcie s cieľom odstrániť hipokampálnu sklerózu, kortikálnu dyspláziu, kavernom alebo inú štruktúrnú léziu. Až 68 % pacientov má po tomto výkone šancu byť úplne bez záchvatov a u 24 % pacientov dôjde ku zlepšeniu stavu. Pacienti s extratemporálnou epilepsiou na podklade zrejmej štruktúrálnej lézie mozgu majú podobnú šancu na úplné potlačenie epileptických záchvatov. Operácie typu hemisferektómie, dnes hemidekortikácie sú výkonmi detského veku. Kalozotómia je dnes ojedinele používaná paliatívna metóda s cieľom eliminovať nebezpečné atonické záchvaty. V prípade lézie v oblasti elokventného kortexu bývajú pomerne úspešné, ale vzácné vykonávané mnohopočetné subpiálne transekcie. Pre pacientov, ktorí nie sú indikovaní na resečný epileptochirurgický výkon je možné použiť stimulačné techniky - implantovať stimulator n. vagus alebo hĺbkovú mozgovú stimuláciu. Efekt paliatívnych výkonov je spravidla menší ako resečný výkon, ktorý musí byť posudzovaný ako prvý. Komplikácie epileptochirurgických výkonov sa so zlepšením neurozobrazovacích metód a intrakraniálneho monitorovania výrazne znížili, predstavujú približne 3 % pre veľké a 7 % pre malé komplikácie. Napriek zdokonaľujúcim sa diagnostickým metódam aj možnostiam epileptochirurgie zostáva časť pacientov bez adekvátnej kontroly EZ. Identifikácia presnej príčiny epilepsie v individuálnych prípadoch je v súčasnosti hlavným dôvodom vykonávania klinického genetického testovania. Okrem poskytnutia diagnostickej istoty môže genetická diagnóza informovať o prognóze a riziku recidívy. Genetická diagnóza môže v konečnom dôsledku viesť k presnejšej liečbe a lepšej individualizovanej starostlivosti. Zatiaľ čo genetické diagnózy ovplyvňujú liečbu rastúceho počtu genetických epilepsií, presná liečba zostáva sľubnou oblasťou, ktorá ešte nie je dostupnou pre všetkých pacientov. Cielená terapia geneticky podmienených epilepsií môže vo všeobecnosti zahŕňať zmeny liečebného režimu na základe variantu v danom géne, ako je pridanie špecifického PZL, napr. blokátory sodíkových kanálov pre varianty KCNQ2 so stratou funkcie alebo pre varianty SCN2A so ziskom funkcie. Na rozdiel od toho, niektorým PZL je potrebné sa vyhnúť pri stanovení genetickej diagnózy. Bolo dlho známe, že PZL blokujúce sodíkové kanály sú nevhodné pre deti s Dravetovej syndrómom (*DS*). Dnes je zrejme, že *DS* spôsobený genetickou mutáciou vedúcou k strate funkcie alebo misense mutácii zapríčiňuje čiastočnú stratu funkcie sodíkových kanálov inhibičných interneurónov, čo sa prejaví hyperexcitabilitou vedúcou k epileptickým záchvatom.

### Farmakoterapia EVL

V roku 2000 Kwan a Brodie zistili, že 63 % diagnostikovaných pacientov s epilepsiou nebude mať epileptické záchvaty nasadením PZL. Po 20 rokoch, napriek dostupnosti ďalších PZL, zistili, že šanca, že pacient nebude mať EZ, sa zmenila len málo. PZL zvolené cielene pre druh záchvatov, zvlášť lieky uvedené do praxe v poslednom desaťročí (*briviact, eslikarbazepin, lakozamid, perampanel*), môžu zvýšiť šancu pacienta o 5 % ročne na dosiahnutie plnej kompenzácie epilepsie a na 12-mesačnú remisiu. Navyše, nové PZL majú podstatne priaznivejší profil nežiaducich účinkov a liekových interakcií v porovnaní s klasickými PZL. Väčšina PZL ponúka možnosti terapie rôznych typov záchvatov fokálnej epilepsie, kým perampanel je určený aj pre generalizované záchvaty u generalizovanej epilepsie. Navyše, presná diagnostika dnes umožňuje cieľnú liečbu farmakorezistentných záchvatov u vývojových epileptických encefalopatií. Fenfluramín je PZL s úplne novým mechanizmom účinku pozostávajúcím z aktivity v serotonínernom systéme spojenej s účinkom na sigma-1 receptoroch. Pôvodne bol fenfluramín schválený na použitie vo vysokých dávkach ako prostriedok na potlačenie chuti do jedla. Z klinického skúšania bol následne stiahnutý po tom, čo bol spájaný s valvulárnym ochorením srdca a pľúcnou arteriálnou hypertenziou. Jeho použitie v nízkych dávkach ako prídavného PZL u pacientov s *DS* a Lennoxovho-Gastautovho syndrómu (*LGS*), znížilo frekvenciu farmakorezistentných konvulzívnych záchvatov u pacientov s *DS*, ktoré trvali až 3 roky, a znížilo frekvenciu atonických záchvatov u pacientov s *LGS*. Fenfluramín bol tiež spojený s klinicky významnými zlepšeniami v aspektoch exekutívnych funkcií, ktoré nie je možné úplne vysvetliť samotným znížením záchvatov. Okrem toho bol vo všeobecnosti dobre tolerovaný, čo je dôležité, bez hlásenia závažných nežiaducich účinkov (*vyššie*). Na Slovensku zatiaľ nebol jeho efekt overený v klinickej praxi.

Novou nádejou pre liečbu fokálnej FE pre širšie spektrum refraktérnych pacientov je cenobamát. Je to ďalší nový PZL určený pre fokálne farmakorezistentné záchvaty. Jeho mechanizmus účinku bol opísaný len čiastočne, pričom liečivo pôsobí na napätovo riadené sodíkové kanály. Cenobamát tiež pôsobí ako pozitívny alosterický modulátor GABAA receptorov nezávisle od benzodiazepínového väzbového miesta. V klinických štúdiách preukázal potenciál pre vysoký stupeň účinnosti pri znižovaní záchvatov s bezprecedentnou mierou úplného potlačenia záchvatov až 28 %, dáta z reálnej klinickej praxe zatiaľ neboli publikované. Zdá sa, že titračný plán dokáže výrazne zamedziť vzniku kožných reakcií z precitlivenosti, ktoré boli popisované v prvých štúdiách. Ďalšie nežiaduce účinky patria medzi mierne až stredne závažné a najčastejšie zahŕňali závraty, ospalosť a bolesť hlavy. Naša klinická skúsenosť nabáda k obozretnosti pri sledovaní viacnásobných nežiaducich účinkov a liekových interakcií, nakoľko pacient užíva pred nasadením 2 a viac PZL. Pacienti s FE sú ohrození vysokým rizikom úrazov, hlavne v súvislosti s refraktérnymi konvulzívnyimi a atonickými epileptickými záchvatmi, ale aj tzv. náhlým neočakávaným úmrtím u epilepsie, bez možnosti odhalenia presnej príčiny smrti. Liečba začatá v domácom prostredí dokáže znížiť uvedené riziká. Správne inštruovaní rodinní príslušníci a opatrovatelia podaním záchrannnej medikácie (*na Slovensku dostupné: diazepam rektálna formula, midazolam bukálna formula*) dokážu v mnohých prípadoch ukončiť kumuláciu záchvatov a predísť rozvoju status epilepticus, v neposlednom rade znížiť náklady na zdravotnú starostlivosť v životohrozujúcich stavoch. Podanie benzodiazepínov a jeho forma (*rektálne, bukálne*) závisí od preferencie a zručnosti podávajúceho, ale aj typu epileptického záchvatu a BMI pacienta. Bukálne podanie je u dospelých pacientov navyše spoločensky prijateľnejšie, preparát nie je ale hradený z prostriedkov verejného zdravotníctva.

### Záver

Pokroky v starostlivosti vyplývajúce z pokroku a zlepšenej klinickej diagnostiky umožňujú už v súčasnosti personalizovanú liečbu pre pacientov s farmakorezistentnou epilepsiou. Žiaľ, vysokošpecializovaná starostlivosť o pacientov s epilepsiou nie je dostupná vo všetkých regiónoch Slovenska rovnomerne, chýbajú systematické možnosti posúdenia chirurgickej liečby epilepsie a resečné epileptochirurgické výkony je možné vo väčšine prípadov vykonať len v okolitých krajinách. Väčšina pacientov s FE s pridruženým duševným alebo vývojovým ochorením v adolescencom a dospelom veku nemá realizované genetické vyšetrenie, ktoré by umožňovalo cieľnú terapiu. Slovenská liga proti epilepsii si kladie za cieľ svojich aktivít zlepšiť úroveň starostlivosti o pacientov s epilepsiou, systematicky vzdelávať neurológov a spolupracou s patientskymi organizáciami bojovať proti stigmatizácii pacientov s epilepsiou.

# 30 rokov osamostatnenej klinickej logopédie na Slovensku

Klinickí logopédi sú v Slovenskej komore iných zdravotníckych pracovníkov združení už od jej vzniku v roku 1992, kedy vznikla ako priamo v zákone uvedená Slovenská komora vysokoškolsky vzdelaných zdravotníckych pracovníkov spolu so Slovenskou lekárskou komorou, Slovenskou komorou zubných lekárov a Slovenskou lekárnickou komorou. Komora dnes okrem klinických logopédov združuje ešte povolania klinických fyzikov, laboratórnych diagnostikov a terapeutických pedagógov a jej úlohou je podporovať rozvoja týchto zdravotníckych povolání v zdravotníckej praxi a obhajovať oprávnené profesionálne záujmy zdravotníckych pracovníkov uvedených zdravotníckych povolání.

**K**linická logopédia (v anglických ekvivalentoch *Medical Speech and Language Pathology, Clinical Speech and Language Pathology*) je dnes progresívne sa kvalitatívne vyvíjajúcou zdravotníckou špecializáciou na Slovensku, ktorá je aj vďaka osobnostiam, ktoré jej rozvoju venovali značnú časť svojho profesionálneho, ale aj osobného života, založená na neuropsychologických základoch.

Správnosť a principiálne opodstatnenie týchto základov, ktoré boli prijaté v čase, keď ešte vznikala, potvrdzujú aj súčasné poznatky z neurovied, získané pomocou najnovších technológií, ktoré v tom čase ešte neboli dostupné. Za všetkých spomeňme PhDr. Annu Hrnčiarovú, CSc., ktorá viac ako 50 rokov svojho profesionálneho života, z toho značnú časť ako hlavná odborníčka Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre odbor logopédia, spoločne so svojim poradným zborom krajských odborníkov pre klinickú logopédiu a ďalšími svojimi kolegyňami a kolegami za 30 rokov svojho pôsobenia v tejto funkcii venovala nezmerateľné množstvo svojho vzácneho súkromného času, energie a odbornej erudície v prospech rozvoja tohto odboru a povolania ako aj príprave ďalších generácií.

Vďaka nim, ktorí zhmotňovali najlepšie poznania do podoby národných strategických dokumentov, legislatívnych predpisov a odporúčaní, ale aj vďaka všetkým klinickým logopédom v ambulanciách a nemocniciach, ktorí sa snažia svoju odbornú prácu vykonávať čo najlepšie, je klinická logopédia je dnes na Slovensku na takej rozvinutej úrovni ako je.

Vysoko erudované spracované odborné podklady a posudky, odporúčania a rôzne iné profesionálne dokumenty dr. Hrnčiarovej, ako hlavnej odborníčky MZ SR, adresované regulátorom zdravotnej starostlivosti na Slovensku, dobre reprezentujú najvyššiu kvalitu klinickej logopédie nielen na Slovensku, ale šíria dobré meno aj v zahraničí. Prvopočiatky tohto úsilia sia-

hajú do roku 1970, kedy bol odbor logopédia na zasadnutí vedeckého kolégia jazykovedy Slovenskej akadémie vied uznaný ako samostatný vedný odbor s vlastným predmetom skúmania a s vlastnými pracovnými metódami. Historicky nadväzoval na lekársky odbor otorinolaryngológia a foniatria.

Ďalším významným medzníkom v histórii logopédie bol rok 1993, keď odbor klinická logopédia, dominantne pôsobiaci v rezorte zdravotníctva, získal svoju definitívnu samostatnosť a 14. februára 1993 bol ministrom zdravotníctva SR MUDr. V. Soboňom vymenovaný prvý hlavný odborník Ministerstva zdravotníctva SR pre logopédiu - PhDr. Anna Hrnčiarová, CSc. a ako vtedy povedal novinárom na tlačovke ministerstva zdra-

ných podkladov prispela k vzniku katedry Klinickej logopédie Slovenskej zdravotníckej univerzity, ktorej prvým prednostom sa stal prof. PhDr. Viktor Lechta, PhD. V roku 2002 sa PaedDr. Jánovi Čabiňákovi podarilo vytvoriť samostatnú Sekciu klinickej logopédie pri Slovenskej spoločnosti pre otorinolaryngológiu a chirurgiu hlavy a krku, ktorej sa Dr. Čabiňák stal predsedom a okrem ďalších nasledovníkom aj jeho syn Mgr. Ivan Čabiňák.

Dr. Anna Hrnčiarová vchovala 3 certifikovaných afaziológov a vyše stovku absolventov kurzov lurijovskej afaziológie pre Českú republiku, kde klinická logopédia v tom čase ešte nebola v samostatnom postavení, ako sa to podarilo na Slovensku. Z nich mnohí ešte dodnes pôsobia v zdravotníckej praxi v Čes-

*„Klinická logopédia, ktorej podstatu tvorí terapia narušenej komunikačnej schopnosti a rozvoj zdravej komunikácie, prispieva aj k naplneniu definície duševného zdravia WHO ako stavu životnej pohody. Duševné zdravie ako stav životnej pohody, v ktorej jedinec aktívne využíva vlastné schopnosti, zvláda bežné záťažové situácie, pracuje efektívne a produktívne, nadväzuje vzťahy a prispieva k rozvoju komunity.“ (WHO, 2021)*

kej republiky a vychovávajú ďalšiu novú generáciu. V roku 2005 PhDr. Anna Hrnčiarová prispela k založeniu Odbornej sekcie klinickej logopédie pri Asociácii súkromných lekárov Slovenskej republiky, ktorej bola dlhé roky predsedníčkou. Odbornú sekciu klinickej logopédie na ASL SR zakladala v spolupráci s Dr. Katarinou Púllovou, ktorá bola aj jej prvou predsedníčkou až do obdobia, kým následne predsedníctvo odovzdala Dr. Hrnčiarovej. Dr. Hrnčiarová bola tiež spoluzakladateľkou Slovenskej asociácie logopédov, kde od roku 1992 približne 8 rokov pôsobila aj ako jej prvá prezidentka. Bola tiež zakladateľkou zdravotníckeho certifikačného študijného programu Afaziológia, ktorý bol postavený na neuropsychologických základoch dnes celosvetovo uznávanej Lurijovskej školy,

začnej štruktúre klinickej logopédie v rezorte zdravotníctva sa stal sa členom európskej organizácie European Speech And Language Therapy Association. 225 klinických logopédov, v ambulanciách aj v nemocničných zariadeniach, rieši dnes cca 140 klinických diagnóz podľa MKCH.

Klinickí logopédi sú v súčasnosti žiadani nielen v ambulantnej, ale aj v ústavnej zdravotnej starostlivosti na neurologických pracoviskách, oddeleniach otorinolaryngológie, zúčastňujú sa chirurgických zákrokov pri otvorených operáciách mozgu, participujú pri operáciách hlasiviek, v oblasti štítnej žľazy... Sú dôležití pri navracaní reči po úrazoch, náhlych cievnych mozgových príhodách... Bez nich sa nezaobíde včasná diagnostika neurodegeneratívnych ochorení ako je Parkinsonova choroba alebo jednot-



PhDr. Anna Hrnčiarová, CSc.

a stal sa súčasťou postgraduálnej prípravy klinických logopédov, ako samostatný certifikačný študijný program, v sústave študijných programov podľa nariadenia vlády SR a ktorého sa bola jeho odbornou garantkou.

Ako externá odborná asistentka prednášala afaziológiu na Slovenskej zdravotníckej univerzite v Bratislave a na Vysokej škole zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety neuropsychológiu na Katedre psychológie.

V týchto dňoch sa hrdo hlásime k odboru, ktorý slávi 30. výročie svojej samostatnosti. Je suverénnym odborom známym tak doma ako aj v zahraničí.

Práve kvôli precíznej organi-

live štádiá Alzheimerovho ochorenia, Primárnej progresívnej afázie, sú dôležití pri liečbe porúch prehltnania..., atď.

Klinická logopédia je dynamicky sa rozvíjajúcim odborom. Poskytuje zdravotnú starostlivosť v oblasti prevencie, diagnostiky a terapie, u detí i dospelých, na základe integrácie poznatkov z oblasti medicíny, jazykovedy psychológie, neuropsychológie, pedagogiky atď. ako komplexný vedecký systém. Participuje na Národnom programe duševného zdravia. Naplnia Definíciu zdravia WHO, ktorá poníma „*duševné zdravie ako stav životnej pohody, v ktorej jedinec aktívne využíva vlastné schopnosti, zvláda bežné záťažové situácie, pracuje efektívne a produktívne, nadväzuje vzťahy a prispieva k rozvoju komunity*“ (WHO, 2021), ktorej podstatnú časť, bez ktorej by to nebolo uskutočniteľné a ktorá je toho základom, je práve zdravá komunikácia.

Pri príležitosti 30. výročia osamostatnenia klinickej logopédie na Slovensku udelila Slovenská komora iných zdravotníckych pracovníkov prostredníctvom Sekcie klinickej logopédie PhDr. Anne Hrnčiarovej, CSc. cenu za rozvoj povolania klinický logopéd a v mene prezidentky a prezídia Slovenskej komory iných zdravotníckych pracovníkov želáme veľa síl a odbornej erudície do pokračovania v rozvoji odboru na kvalitne vybudovaných základoch kolegom, ktorí aktuálne preberajú generačnú štafetu rozvoja klinickej logopédie na Slovensku a prajeme úspech a spokojnosť ako aj Vašich pacientov nielen s dosiahnutými pracovnými výsledkami ale aj kvalitou osobných vzťahov, ktoré sa počas vzájomnej spolupráce celkom prirodzene rozvíjajú.



PhDr. Kvetoslava Kotrbová, PhD., MPH  
Viceprezidentka SKIZP pre legislatívu a inovácie

# Doplnkové ordinačné hodiny cez prizmu úhrad zdravotných poisťovní

Doplnkové ordinačné hodiny sú pre niektorých veľkou neznámou. Iní v nich nevidia zmysel hlavne s ohľadom na všetky povinnosti, ktoré je potrebné za účelom ich poskytovania splniť. V článku poukážeme na najväčšiu výhodu, ktorú doplnkové ordinačné hodiny poskytujú a za tým účelom sa budeme bližšie venovať ekonomickej stránke tohto inštitútu v kontexte úhrad poskytovaných zdravotnými poisťovňami za zdravotné výkony.

Doplnkové ordinačné hodiny boli do právneho poriadku zavedené v roku 2019 po pomerne turbulentnom prijímacom procese a politických obštrukciách. Tento inštitút prišiel v čase, keď poplatky za objednanie pacienta na konkrétny čas, resp. poplatky za prednostné ošetrenie, boli zrušené. Zavedenie doplnkových ordinačných hodín malo vyplniť vzniknutú medzeru v rozsahu oprávneného výberu poplatkov. Avšak, aktuálne je množstvo poskytovateľov, ktorí tento inštitút využívajú, skoro nulové. Zákon o zdravotnej starostlivosti definuje doplnkové ordinačné hodiny ako nepretržitý úsek nad rámec ordinačných hodín. Zákon tiež stanovuje podmienky, ktoré je potrebné splniť za účelom poskytovania zdravotnej starostlivosti počas doplnkových ordinačných hodín. Konkrétne sa jedná o nasledujúce povinnosti:

- dodržanie zákonom stanoveného rozsahu doplnkových ordinačných hodín v kalendárnom mesiaci,
- dodržanie zákonom stanoveného počtu ošetrených pacientov počas doplnkových ordinačných hodín v kalendárnom mesiaci,
- dodržanie stanoveného limitu pre rozsah doplnkových ordinačných hodín v rámci riadnych ordinačných hodín,

- zabezpečenie informačného systému na objednávanie osôb,
- poskytnutie zdravotnej starostlivosti pacientovi v lehote 20 dní od objednania,
- neprekročenie zákonom stanoveného limitu úhrady za poskytnutú zdravotnú starostlivosť.

## Poplatky počas doplnkových ordinačných hodín

Po tom, čo boli definitívne zrušené poplatky za objednanie pacientov na konkrétny čas (resp. poplatok za prednostné ošetrenie), bol stále dopyt po niečom, aspoň podobnom, aby si niektorí pacienti mohli zaplatiť a byť ošetrení aj mimo štandardných ordinačných hodín. Poplatky však chýbajú aj poskytovateľom nakoľko ich zmluvné vzťahy s poisťovňami sú nastavené tak, že ich náklady stúpajú a príjmy od poisťovní ich nedorovnávajú.

Odplaty za výkony sú malé a nezohľadňujú reálnu časovú náročnosť realizovaných úkonov. Z nášho pohľadu je tak možné doplnkové ordinačné hodiny vnímať ako „win-win“ inštitút, t.j. nie je možné identifikovať subjekt, ktorý by nimi utrpel ujmu a je hneď viacero subjektov, ktorí z toho môžu mať osoh.

Háčik spočíva v tom, že zákon limituje maximálnu výšku úhrady zo strany pacienta na sumu

30 eur. To znamená, že pacient uhradí výkony podľa zverejneného cenníka poskytovateľa, avšak najviac do výšky 30 eur, bez ohľadu na to, že pri vykonaní súčtu sadzieb za vykonané úkony by konečná suma bola vyššia.

Pacient, ktorý sa objednal na poskytnutie zdravotnej starostlivosti počas doplnkových ordinačných hodín, uhradza cenu zdravotnej starostlivosti priamo (nie je krytá verejným zdravotným poistením). Celková suma za jedno objednanie pacienta však nemôže podľa zákona presiahnuť 30 eur. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti môže pacientovi účtovať len cenu výkonov, ktoré má v cenníku oznámenom samosprávnemu kraju a ktoré boli obsahom ním poskytnutej zdravotnej starostlivosti. Uvedené akcentuje § 79 ods. 1 písm. zo) ZoPZS, v zmysle ktorého je poskytovateľ povinný (cit.) „dodržiavať cenník všetkých zdravotných výkonov, ktorý musí bezodkladne a preukázateľne zaslať vrátane každej jeho zmeny samosprávnemu kraju príslušnému podľa miesta prevádzkovania zdravotníckeho zariadenia“.

Aj keby cena výkonov kumulatívne presiahla sumu 30 eur, poskytovateľ smie pacientovi vyúčtovať maximálne 30 eur. Zdravotná poisťovňa neuhradza starostlivosť poskytnutú počas doplnkových ordinačných hodín, s vý-



## Príklady na platenie za zdravotnú starostlivosť

### Príklad 1

Lekár vykoná potrebné vyšetrenia pre pacienta alebo aj podľa jeho voľby (neindikované vyšetrenia) a tieto vyšetrenia podľa cenníka spolu stoja 25 eur. V takom prípade pacient zaplatí lekárovi sumu 25 eur.

### Príklad 2

Lekár vykoná potrebné vyšetrenia pre pacienta alebo aj podľa jeho voľby (neindikované vyšetrenia) a tieto vyšetrenia podľa cenníka spolu stoja 40 eur. V takom prípade pacient zaplatí lekárovi sumu 30 eur, keďže ide o maximálnu sumu. Lekár pokojne vyúčtuje všetky výkony ním urobené, ale zaplatí a na „bloček“ z pokladne dá sumu len 30 eur.

nimkou úhrady podaných či predpísaných liekov a predpísaných dietetických potravín a zdravotníckych pomôcok.

V zmysle uvedeného je možné konštatovať, že doplnkové ordinačné hodiny sú inštitútom, ktorý čiastočne poskytuje riešenie na čoraz viac vypuklejší problém s nízkymi úhradami za vykonané výkony zo strany zdravotných poisťovní. Otázkou, na

ktorú si musí odpovedať každý poskytovateľ sám, ostáva, či je pre poskytovateľov, ktorí majú nízke bodové ohodnotenie výkonov alebo ktorí vykonávajú úkony, ktoré im znižujú bodové ohodnotenie, výhodné vyhraďiť si jeden deň v týždni na doplnkové ordinačné hodiny a tak dorovnať nízke úhrady zo strany zdravotných poisťovní.

Mgr. Katarína Uhrinová

h&h PARTNERS, advokátska kancelária s.r.o.

JUDr. Ivan Humeník, PhD.

h&h PARTNERS, advokátska kancelária s.r.o.

INZERCIA

## Posúdime poplatky a pripravíme cenník pre vašu ambulanciu

- ✓ **Rozumieme** vašej činnosti
- ✓ **Vieme** ako fungujú platby za zdravotnú starostlivosť
- ✓ **Navrhne** vám model poplatkov šitý na mieru
- ✓ **Poradíme** ako postupovať pri priamych platbách
- ✓ **Poznáme** potenciálne riziká

Chcete sa dozvedieť viac? Kliknite na [www.medipravnik.sk/poplatky-a-cennik](http://www.medipravnik.sk/poplatky-a-cennik) alebo nám zavolajte na **0948 075 965** či napíšte email na [podpora@medipravnik.sk](mailto:podpora@medipravnik.sk).



**mediPRÁVNIK.sk**  
právná istota pre ambulancie  
prináša h&h PARTNERS

# Jordánske kráľovstvo ponúka pokoj a toleranciu

Blízky východ nie je aktuálne v hľadáčku dovolenkárov. Teroristický útok na Izrael 7. októbra, následný vpád izraelskej armády do pásma Gazy, uzavretie civilných letov nad Izraelom, 27. októbra útok dronom na zdravotnícke zariadenie v egyptskom letovisku Taba pri Červenom mori a následná evakuácia 500 českých turistov nemotivujú k ceste do tohto teritória.

Tieto skutočnosti zodpovedajú začiatkom novembra aj počet pasažierov na palube priameho letu z Viedne do hlavného mesta Jordánska Ammánu. Z polovice prázdne lietadlo. Veľkú časť cestujúcich tvorili slovenskí a českí turisti.

## Turistov je menej

„Máme veľký pokles turistov. Z niektorých štátov je výpadok totálny, napríklad Izrael. Veľmi silný je pokles z Ameriky a Kanady. Z týchto krajín k nám cestovali skupiny, ktoré návštevu Jordánska spájali aj s cestou do Izraela. Jordánsko-izraelská hranica je otvorená, ale niet turistov,“ rozrozprával sa náš sprievodca Sofian. „Napríklad z nemeckej, pôvodne štyridsaťčlennej, skupiny pricestujú len štrnásti. Ľudia sú veľmi vyľakaní, ale u nás v Jordánsku žiadna vojna nie je. Bežne v tomto období preplnené turistické klenoty Jordánska skalné mesto Petra alebo antické mesto Jerash, sú dnes poloprázdne.“

„To poznáme aj na Slovensku. Prebiehajúci konflikt na území Ukrajiny silno ovplyvňuje názor na cestu do susednej krajiny,“ skúšam zmierniť Sofianovo sklamanie, že po turizmus zlých „covidových“ rokoch opäť čelia nepriaznivému obdobiu.

## Priateľskí ľudia

Tí, ktorí sa pre cestu do Jordánska rozhodnú, sa tu stretnú s veľmi priateľskými ľuďmi.

Je to tu úplne iný arabský svet, ako napríklad v Egypte.

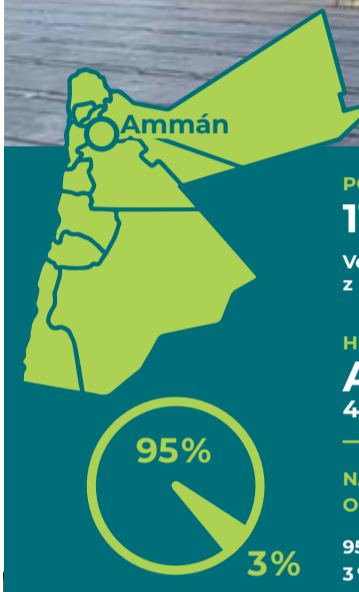
V obchodoch vám radi ponúknu svoj tovar, ale neobťažujú a nevynucujú si nakupovanie. Skoro som sa nestretol s problémom pri fotografovaní.

Naopak. Prijemným zážitkom bolo stretnutie s oberačmi olív v horskej osade v prírodnej rezervácii Dána. Chlapík na olivovníku, keď zistil, že mám v ruke kameru, urobil v korune stromu hotovú disko show.

Podobne priateľsky do kamery púzoval a rozprával veľmi charizmaticky vyzerajúci staručký sprievodca po ruinách križiackeho hradu Kerak.

Hlavné mesto Jordánskeho hášimovského kráľovstva Ammán leží v nadmorskej výške 815 m. Najstaršie osídlenie sa datuje do obdobia okolo r. 7 000 pred n. l. V Biblii sa o meste píše ako o meste detí Ammónových.

V rímskej a byzantskej dobe bolo známe pod názvom Filadelfeia. Ammán sa rozkladá v pahorkovitom teréne Adžlúnskych hôr. Pôvodne stál na siedmych kopcoch, dnešná moderná metropola leží na viac ako dvadsa-



POČET OBYVATEĽOV (2023)

**11,5 miliónov**

Veľkú časť tvoria utečenci z Palestíny, Iraku a Sýrie.

CELKOVÁ PLOCHA

**89 341 km<sup>2</sup>**

(95% územia tvorí púšť a polopúšť)

PODNEBIE

púštne (na pobreží Mŕtveho mora stredomorské)

NAJVYŠŠIA HORA

Džabal Umm ad-Dámí (1 854 m n. m.)

HLAVNÉ MESTO

**Ammán**

4,0 mil. obyvateľov (2021)

NÁBOŽENSKÁ ŠTRUKTÚRA OBYVATEĽSTVA

95% moslimovia – sunniti  
3% kresťania

MENA

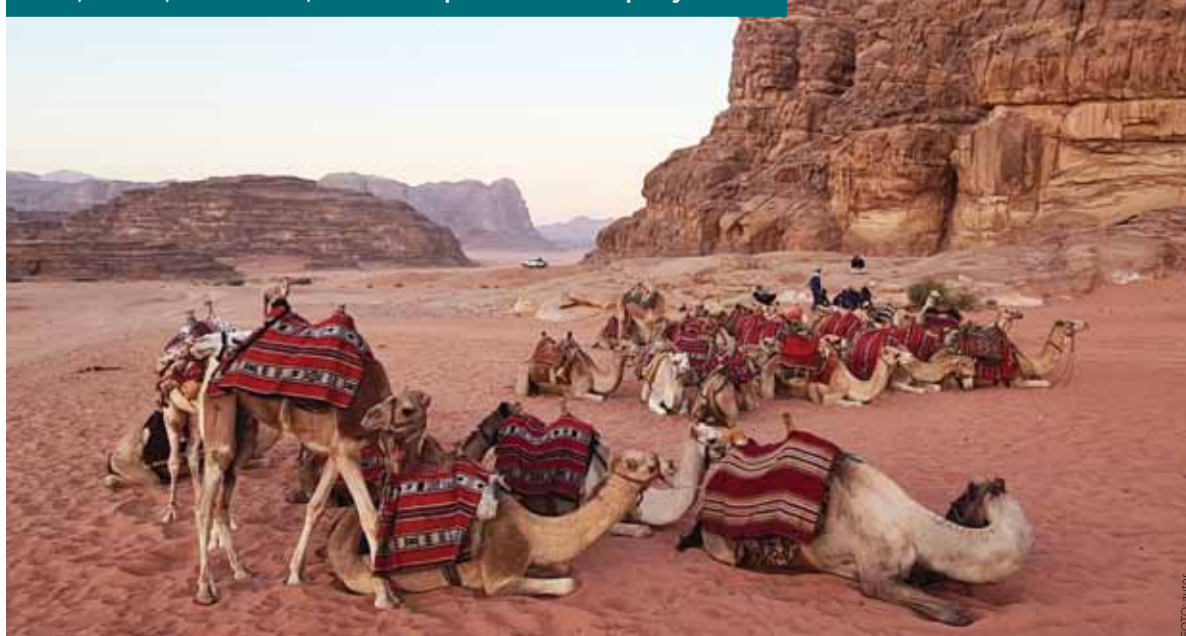
Jordánsky dinár

**1,00 EUR = 0,7668 JOD**



Pomník legendárnemu Lawrenceovi z Arábie.

Wadi Rum je podľa Jordáncov najkrajšia púštna krajina na svete. Územie s rozlohou 740 km<sup>2</sup> je dôkazom, že púšť nie je fádna a nudná piesočná plocha. Už viac ako polstoročie je vyhľadávaná filmármi. Prvým režisérom, ktorý sa tu rozhodol natáčať, bol britský režisér D. Lean. Na autentických miestach natočil v roku 1962 film Lawrence z Arábie, ocenený siedmimi Oscarmi. Postupne sa pridali autori diel: Aladin, Červená planéta, Duna, Marťan, Prometheus, Star Wars Epizóda IX: Vzostup Skywalkera.



Jerash. Severne od Ammánu sa nachádza jedno z najrozsiahlejších antických nálezísk na svete Jerash. Na rozsiahlej ploche tu môžete objaviť oválne stĺpové námestie, chrám a rímske divadlo. Návšteva Jerashu je nezabudnuteľným zážitkom.



tich. Pri presúvaní sa mestom autom, alebo pešej prechádzke, je to neustále hore a potom dole. Oficiálne štvormiliónové, neoficiálne päť a polmiliónové, mesto má len jeden most. Bol otvorený v decembri 2006, je 417 metrov dlhý a 71 metrov vysoký. Most Wadi Abdoun je jediný zavesený most v kráľovstve. Kto si chce do zlej doby urobiť zlatú rezervu, má možnosť na ammanskom Zlatom trhu. Gold Souk je bludisko uličiek so stovkou obchodov s krásne remeselné spracovanými šperkami. „Je tu vraj sedem ton zlata“, chváli sa so „zlatým národným pokladom“ sprievodca Fuad. My využívame ponuku pestrofarebného trhu so zeleninou a ovocím. V pouličnom stánku neodoláme ponuke egyptského manga. Verte, že sa oplatlilo kúpiť.

### Početné rodiny, obrovské byty

Ammán, to je množstvo obytných domov. „Priemerná plocha bytu je dvesto metrov štvorcových“, informuje nás Fuad.

V očiach nám vidí prekvapenie a tak hneď pokračuje: „Jordánske rodiny sú početné, radi sa stretávajú. Návštevy prebiehajú oddelene, v jednej miestnosti muž a v druhej ženy.“

Význam rodiny pre Arabov nám Fuad neskôr vysvetľuje pod hviezdou oblohou vo Wadi Rum, za dňa najfarebnejšej púšte celého Blízkeho východu.

„Arabi neboli pôvodne moslimovia. Za vieru sa viedla vojna. Po jednej prehratej bitke prišla arabská žena do stanu víťazného vojvodu. Chcela požiadať prepustenie zajatých. Do jarma sa dostali muž, syn a brat. Vojvodca žiadosť ženy akceptoval, ale s podmienkou, že si môže vybrať prepustenie len jedného.“

Žena mu odpovedala. Muža si môžem nájsť znovu, aj syna môžem znovu porodiť, ale brata mám len jedného.

Vojvodca bol po jej odpovedi veľkodušný a prepustil všetkých troch.“

### Zahraničná pracovná sila

V hoteli nám prináša večeru čašníčka s ázijskými črtami tváre. Na blúzke má meno Perlah. Na Fuda sa obraciam s otázkou: „Ako ste na tom v Jordánsku s pracovnou silou?“

„Máme asi sto päťdesiat tisíc zahraničných pracovníkov. Polovicu tvoria Egypťania. Ako si postrehol, v hoteloch sú obsluhujúcim personálom často ľudia z juhovýchodnej Ázie. Jordánsko má napríklad uzavretú dohodu s Filipínami a Srí Lankou.“



**Abdallah II. bin al-Husajn**  
(nar. 1962)

Súčasný kráľ Jordánskeho hášimovského kráľovstva. Údajne je v 43. generácii priamy potomok proroka Mohameda.

Priamo v týchto krajinách robia agentúry nábor zamestnancov pre náš pracovný trh. V stavebníctve, a za volantom nákladných áut a autobusov, môžeš uvidieť veľa Egypťanov. Tí sú tu čiastočne legálne a čiastočne ilegálne. Muži z Egypta môžu vstúpiť do Jordánska aj na turistické víza.“

„Ja mám predstavu, že arabské rodiny sú mnohohodnotné. Prečo potrebujete imigrantov na prácu?“, pýtam sa sprievodcu.

„Jordánsko bolo historicky súčasťou Osmanskej ríše, v jej hraniciach bol pohyb obyvateľov za prácou bežný. Napríklad bol silný medzi Jordánskom a Sýriou. Dnešný nedostatok pracovníkov čiastočne spôsobil odchod mnohých Jordáncov do ropných krajín Perzského zálivu. Ich ekonomický boom a rozsiahle investície do domácej ekonomiky potrebovali pracovnú silu. My v Jordánsku ropu nemáme.“

Začínam sa tu cítiť ako doma na Slovensku. Zrejme sú tu s organizáciou náboru pracovníkov v zahraničí ďalej, ako my doma. Všetci majú aj niekoľko desaťročí náskok.

### Monarchia a Saddám Husajn

Jordánsko je kráľovstvo a kráľovská rodina sa na svoj ľud a návštevníkov usmieva z nekonečného množstva portrétov alebo veľkoplošných fotografií.

Usmievavý vládnucci kráľ, usmiaty už zomretý kráľ, usmiaty budúci kráľ, sú zarámovaní a visia na stenách v úradoch, bankách, na recepciách hotelov ale aj v mnohých obchodoch.

Optimizmom prekypujú aj fotografie manželských párov kráľa a kráľovnej, korunného princa a korunnej princeznej a často všetkých štyroch spoločne.

To nie je pre krajinu, ktorej štátnym zriadením je monarchia, asi nič prekvapujúce. Aj menej pozorný návštevník Jordánska, ale asi neprehliadne hlavne čierobiele grafiky mužskej hlavy rozmerov zhruba veľkosti ruky. Sú nalepené hlavne na zadnej časti osobných automobilov a dodávok, na niektorých taxíkoch a čelnej, alebo bočnej, strane korby nákladniakov, na dopravnej značke a v menšom prevedení sa ako obrázok môžu hompáľať pod spätným zrkadlom v interiéri automobilov. Sú tiež na obaloch mobilov. Fúzatý muž s ba-

retkou, s tmavými okuliarmi a vojenskými výložkami na ramenách. Alternatívne v civilnom obleku, s bradou a bez baretky. Moje prvé stretnutie s takto ozdobeným autom bolo na rušnej ulici v Ammáne. Vracal som sa k našej turistickej skupine zo zmenárne. Obraz muža bol pre mňa prekvapením, v prvom okamihu som ľutoval, že som si medzitým už odídene auto, neodfotografoval. Ja som na obraze identifikoval Saddáma Husajna, bývalého prezidenta Iraku.

Po týždňovom pobyte v Jordánsku si dovoľm konštatovať, možno nie so stopercentnou štatistickou istotou, že vyobrazenie Saddáma je síce s veľkým odstupom a bez štátnej podpory, po príslušníkoch vládnucej dynastie druhým najpopulárnejším portrétom v kráľovstve. nášho sprievodcu Fuada som oslovil s otázkou: „Správne som rozpoznal na autách nálepky s podobizňou Saddáma?“

„Áno, je to Saddám. Po vojne sme v Jordánsku prichýlili asi päťstotisíc utečencov z Iraku.“

Boli medzi nimi aj mnohí kresťania. Na začiatku možno až dvadsať percent. Oni ale väčšinou pokračovali ďalej. Dnešný Irak nie je tak tolerantný ku kresťanom, ako bol za Husajna a ako je tolerantné Jordánsko.“

„Tie obrazy vyjadrujú sympatie k Husajnovi zo strany utečencov z Iraku alebo aj samotných Jordáncov?“

„Prezident Husajn nebol demokratický vládca, ale faktom je, že za neho bol Irak skutočným štátom. Dnes je to všetko inak. Krajina patrí medzi najskorumpovanejšie na svete s rozpadajúcou sa ekonomikou. Mali napríklad veľmi dobré univerzity.“

V Iraku za Saddáma vyštudovali desiatitisíce Jordáncov, ktorým bolo poskytnuté štipendium.“

Zdrojom popularity bývalého vládcu Iraku po celom Jordánsku je skutočnosť, že štedro podporoval Jordánsko dodávkami ropy za zvýhodnené ceny, silno sa zastával a podporoval Palestínčanov. Tí tvoria asi tretinu obyvateľstva kráľovstva.



Trh v hlavnom meste Ammán.



Skalné mesto Petra je jedinečnou pamiatkou nielen Jordánska a Blízkeho východu ale celého sveta. Je to jednoznačne neopakovateľné krásne miesto, ktorého magickosť umocňuje skutočnosť, že je ukryté v drsnej horskej krajine. História Petry začal v 3. storočí p. n. l. písať púštny kmeň Nabatejcov, ktorí sa tu, na mieste križovatky troch obchodných ciest usadil. Význam mesta klesol v 3. storočí, keď sa obchodné cesty odklonili viac na sever. Zánik Petry urichlilo zemetrasenie v 4. storočí a následné v 6. storočí ukončilo na dlhé storočia vedomosť o tomto nádhernom mieste. Znovuobjavitelom Petry pre Európanov sa stal v roku 1812 švajčiarsky bádateľ J. L. Burckhardt. V prezlečení za Araba pátral po tajomnom meste, o ktorého existencii sa dopyčoval z rozprávania beduinov. Na základe celosvetového hlasovania v roku 2007, patrí Petra medzi Sedem nových divov sveta.

Tiež nemožno opomenúť jeho vytvorený imidž panarabistu. Aj prehľbujúci sa vplyv Iránu v oblasti napomáha stálej popularite popraveného diktátora.

Nostalgia po saddámovskom Iraku má v mnohých prípadoch len málo spoločného so samotným Saddámom a jeho štýlom vládnutia.

### Rímska ríša siahala až sem

Do najlepšie zachovaného mesta z doby Rímskeho impéria Jerash vstupujeme veľkolepou bránou cisára Hadriána. Nasleduje Hippodrom, impozantné polkruhové stĺpové námestie v centre mesta. V tomto okamihu mám dojem, že som videl už to najkrajšie. Omyl, je to len začiatok. Nasleduje dlhé stĺporadie hlavnej ulice Cardo Maximus, chrám boha Dia, dve divadlá. Tým naj-

krajším zážitkom je chrám bohyně Artemis. Zachovalo sa tu jedenásť 13,2 m vysokých stĺpov s korintskými hlavicami. Ich dekoratívnosť aj po dvetisícoch rokoch od dokončenia vyvoláva obdiv k ich tvorcom. Jedna z legiend o založení mesta spomína ako zakladateľa Alexandra Veľkého.

Druhá spomína kráľa Antiocha IV., po ktorom malo byť mesto pomenované Antiochia na Zlatej rieke. Isté je, že počiatky mesta sú spojené s helenistickou dobou a jej kultúrou. Spoznávanie Jordánska sa po niekoľkých dňoch končí. Čaká nás let domov. Tak ako pri prílete, aj teraz musí naše lietadlo oblietať vzdušný priestor Izraela. Let ponad Egypt je dlhší o hodinu. Pasažierom sediacim na pravom boku Airbusu však poskytuje krásny výhľad na Suezský prieplav.

Západ slnka na brehu Mŕtveho mora, arabsky Bahr-Lút (v skutočnosti jazero) leží v najvyprahnutejšej a najnehostejnejšej oblasti Svätej zeme. Je to najnižšie miesto 6 000 km dlhého východoafrického zlomu (ťahne sa od južného Turecka do východnej Afriky) a tiež najnižšie položené miesto na zemi. Hladina jazera je 411 metrov pod úrovňou hladiny mora.



### Hidžázska železnica

V celkovej dĺžke 1462 km ju postavila Osmanská ríša medzi rokmi 1900 až 1908. Hoci sa zdôrazňoval náboženský dôvod stavby, nemenej dôležitý bol vojenský záujem Turkov. Každoročná púť moslimov do Mekky sa časovo skrátila z piatich až šiestich týždňov na štrnásť dní (480 kilometrový úsek medzi Medínou a Mekkou bolo stále potrebné prekonať na ťavách). Prevádzka železnice bola prerušená v čase 1. svetovej vojny. V roku 1917 jej časť vyhodili ho vzduchu arabskí povstalci za veľkej pomoci T. E. Lawrencea. Nefunkčná turecká zásobovacia cesta do Mediny prinútila jej veliteľa Fachrím Pašu vzdať sa arabským povstalcem.

Hlavným stavbyvedúcim Hidžázskej železnice bol nemecký inžinier H. A. Meissner, ktorému sultán za zásluhy o jej vybudovanie prepodočil titul pašu. Hlavnými dodávateľmi boli nemecké firmy (Kolajnice, zariadenia pre vodárne, lokomotívy, vozne), tisíce robotníkov - vojakov poskytla stavbe turecká armáda.

Pozostatky Hidžázskej železnice priťahujú „lovcov pokladov“, ktorí veria, že počas 1. svetovej vojny ustupujúci tureckí vojaci, niekde pozdĺž trate zakopali zlato.



**Thomas Edward Lawrence**  
(16. 8. 1888 – 19. 5. 1935)

Na jeseň roku 1915, po porážke invázie na polostrov Gallipoli pri prielive Dardanely, bola pre

Britské impérium vojenská situácia v oblasti Blízkeho východu zlá. Jediná pomoc mohla prísť z Arábie. Šarif z Mekky Husajn už pred 1. svetovou vojnou uvažoval o protitureckom povstaní. Briti jeho rozhodovanie podporili uistením, že majú záujem na vzniku nezávislého arabského štátu (za jeho chrbtom uzavreli 16. 5. 1916 tajnú dohodu s Francúzskom, ktorú následne odobrilo Ruské impérium, o budúcom rozdelení si arabského územia, tzv. Syker-Picotova dohoda).

Povstanie vypuklo v Mekke 5. 6. 1916. Pomerne rýchlo sa ocitlo na mŕtvom bode. Medina aj s logistickou pomocou hidžáskej železnice ostávala v tureckých rukách. Britské vojenské vedenie veľmi nerozumelo arabskému, v tej dobe skôr kmeňovému beduínskemu, svetu. V tomto okamihu vstupuje na scénu dejín T. E. Lawrence. V Káhire presvedčil svojho nadriadeného dôstojníka v kontrarozviedke, že on je muž,

ktorý Arabov zorganizuje ako skutočnú vojenskú silu. V nasledujúcom období modrooký beduí so šablou na boku, Lawrence z Arábie, aj s pomocou malej skupiny britských inštruktorov vycvičili niekoľko beduínskych komand na partizánsky spôsob boja. Tým sa podarilo rýchlymi útokmi z púšte vytvoriť na hidžáskej železnici úplný chaos. Turecký veliteľ Mediny bol po prerušení zásobovania donútený kapitulovať. Lawrenceova partizánska vojna slávila sériu víťazstiev. Majstrovským kúskom bolo dobytie Akaby. Lawrence šokoval Turkov útokom z púšte, ktorý absolútne neočakávali. Oddiel z veľkej časti tvorený Agajami, najstatočnejšími bojovníkmi princa Fajsa, a v čele s legendárnym banditom a hrdlozem Audy Abu Talihom, v čase vrcholiaceho leta po dlhom pochode prešiel púšťou Nefud, zaútočil a po niekoľkých hodinách dobyl prístavné mesto na brehu Červeného mora. Osta-

lo dobiť vysnívaný cieľ Damask. To sa stalo 1. októbra 1918.

Krátko po obsadení mesta Arabmi do Damasku vpochodovala aj britská armáda pod vedením generála Allenbyho a s ním naplnenie Sykers-Picotovej dohody.

Dohodu zverejnil koncom roku 1917 Lev Trockij. Bolševici ju krátko po revolúcii v Rusku objavili v tajných cárskych archívoch.

Publikovaná dohoda „koloniálnych zlodejov“, ako ju nazval Lenin, znamenala pre Britániu a Francúzsko politický škandál. Umelo vytvorené hranice kopírovali koloniálne záujmy a nerešpektovali etnické a náboženské hranice v regióne. Arabi jej pripisujú vinu za okupáciu Palestíny, ale za vznik Islamského štátu. Lawrencea z Arábie radila vlastná vláda, cítil osobnú zodpovednosť za podvod na Araboch. Sklamanný, s ťažkými výčtkami svedomia, sa vrátil do Anglicka. Pokračoval v boji za slobodu Arábie. Pri oslave v Buckinghamskom

paláci sa vzdal svojich vyznamenaní a všetkých počt, čím uviedol do rozpakov Kráľa Juraja V. Po opakovane zmenenou identitou pôsobil neskôr v britskej armáde. Osudovou sa mu stala motorka. Lawrence miloval vysokú rýchlosť, dokonca bol testovacím jazdcom. Cestou na poštu, ráno 15. 3. 1935, mal nehodu, na následky ktorej o šesť dní neskôr v nemocnici zomrel.

„Všetci ľudia snívajú, ale každý inak. Tí, ktorí snívajú v opustených kútoch svojej mysle, sa ráno prebudia a zistia, že snívali márne. Tí, ktorí snívajú za bieleho dňa, sú nebezpeční, pretože s otvorenými očami konajú rovnako, ako vo svojom sne a tým ho dokážu uskutočniť.“

Z knihy *Sedem pilierov múdrosti*  
T. E. Lawrence



Ing. Pavol Vitek  
Spisovateľ, cestovateľ

[www.bookspavol.com](http://www.bookspavol.com)

## INFOservis

# V pozornosti Európskej asociácie sestier je hlavne bezpečnosť pacienta

**Európska asociácia sestier z operačných sál (EORNA) vyhlásila 15. február za Európsky deň perioperačnej starostlivosti sestier so zámerom pripomenúť a vyzdvihnúť náročnú nezastupiteľnú prácu sestier a podporiť úsilie o zabezpečenie maximálnej bezpečnosti pacientov.**

Perioperačná starostlivosť je komplexná starostlivosť o pacienta v čase predoperačnom, počas realizácie operačného výkonu a po operácii. Práca ošetrovateľky je obvykle nezastupiteľná, pritom v priebehu perioperačnej fázy sestra chráni pacienta pred všetkým poškodením, telesným i psychickým, pozorne sleduje jeho stav a vedie odbornú komunikáciu.

Predoperačná starostlivosť začína rozhodnutím o operačnom zákroku ako jednej z možností chirurgickej liečby a končí transportom a prevzatím pacienta na operačnej sále. Každý operačný krok predstavuje zásah do orga-

nizmu a spája sa s určitou záťažou a rizikom vzniku perioperačných a pooperačných komplikácií. Pozornosť nezáujemovaných sa v súvislosti s operáciou sústreďuje na lekára – operátora, ale za každým úspešným chirurgickým zákrokom sa skrývajú ďalší členovia zdravotníckeho tímu. Hlavnou náplňou ošetrovateľskej starostlivosti je vytvoriť podmienky s cieľom eliminácie rizikových faktorov.

Po príchode pacienta na operačnú sálu sa ako prvá vykonáva bezpečná identifikácia pacienta, opätovná verifikácia strany operačného výkonu, ktorá je realizovaná a zaznamenaná na oddelení pred po-

daním premedikácie. Tesne pred operáciou sa za účasti celého operačného tímu naposledy potvrdzuje identita pacienta, druh a miesto výkonu, overuje sa dostupnosť sterilného inštrumentária, techniky, zobrazovacej dokumentácie, profilaktické podanie antibiotík a prejdú sa očakávané kritické udalosti. Počas operácie je vedený intraoperačný záznam.

Po vykonaní operácie sa pacient v stabilizovanom stave spolu so zdravotnou dokumentáciou odovzdá sestre na jednotke intenzívnej starostlivosti alebo sestre ošetrovateľskej jednotky; úlohou sestry je nepretržite sledovať priebeh pooperačného stavu, eliminovať bolesti a pooperačné komplikácie, usilovať sa navrátiť zdravotný stav pacienta do optimálnej úrovne. „Práca sestier z operačných sál

vyžaduje okrem vysokokvalifikovanej starostlivosti aj nemalú fyzickú a psychickú odolnosť. Súčasťou tejto práce je vypätie, stres, potreba dobrej tímovej spolupráce. V minulosti mali sestry na sále možnosť spätnej väzby s pacientmi, teraz tvoria personál v úzadí, ktorého pacient nevidí.

Keď sa blíži záver náročnej operácie, dostaví sa úľava, na sále je hneď iná atmosféra a dostaví sa pocit uspokojenia. Je to nepochybne práca, ktorá potrebuje byť docenená, aby sestry mali motiváciu zostať vo svojom náročnom povolaní,“ pripomína Mgr. Petra Gašparová, vedúca sestry Operačného centra Nemocnice AGEL Košice – Šaca. Sestra v perioperačnom období okrem štandardných ošetrovateľských postupov bojuje aj so strachom, obavami a úzkosťou pacienta, ktorý je

v náročnej životnej situácii. „Popri zvládaní tohto psychického stavu sa však musí stále venovať závažným ošetrovateľským procesom, ktoré sú v tomto čase zvlášť rizikové. Chcem sa poďakovať každému zamestnancovi našej nemocnice na Úseku ošetrovateľstva, ktorý vstupuje do procesu perioperačnej starostlivosti o pacienta – za vytrvalosť a odhodlanie poskytnúť pacientovi dostatočnú odbornú a psychickú starostlivosť pri operáciách jednoduchých ale i komplikovaných a nielen plánovaných, ale najmä pri akútnych výkonoch, ktoré sú realizované v akomkoľvek čase a pri život ohrozujúcich stavoch,“ zdôrazňuje PhDr. Alena Kellnerová, MPH, námestníčka Úseku ošetrovateľstva Univerzitnej nemocnice L. Pasteura v Košiciach.

jps

## Nové knihy



Michael Connelly  
**Kufrové tango**  
Vyd. Slovart, 2024  
Rozsah: 320 s.

Detektív Harry Bosch vyšetruje jednu z najzávažnejších vražd v Hollywoode.

V kufre auta sa našla mŕtvola filmového producenta a všetko naznačuje, že išlo o vyhabovanie účtov, klasickú mafiánsku vraždu. Harry sa vyberie po stopách peňazí, ktoré ho privedú do Las Vegas. Pre svoje odhodlanie a výdrž si pri riešení prípadu naruší aj veľmi mocných nepriateľov. No a keby nestačilo, že je aj tak po krk v problémoch, čaká naňho aj najväčší hazard zo všetkých - láska. Miešať prácu so zábavou by ho mohlo dostať na nesprávnu cestu - a predčasne do hrobu.



Michael Connelly  
**Krutá rozlúčka**  
Vyd. Slovart, 2024  
Rozsah: 320 s.

Strhujúci príbeh o boji proti mocným sveta. Po tom, čo Harryho

Boscha vyhodili z losangeleskej polície, udrží si štatút policajta v malej mestskej policajnej stanici. Vďaka nedostatku prípadov vražd začne preverovať prípady znásilnení a zistí, že v malomeste vyčíňa deviant, ktorý sa zameriava na Hispánky istého typu. Bosch má ešte stále licenciu súkromného detektíva, a tak si ho najme istý multimiliardár a poverí ho, aby mu našiel syna. Bosch postupne zisťuje, že na svete je aj oveľa nebezpečnejšie zlo než organizovaný zločin, a to organizovaný veľkokapitál.



Tony Judt  
**Povojnová Európa. História po roku 1945**  
Vyd. Slovart, 2024  
Rozsah: 848 s.

V roku 1945 bola Európa na kolénach. Veľkú časť

kontinentu ťažko postihli vojnové operácie, masové vraždenie, bombardovanie a celkový chaos. Takmer celá východná Európa sa dostala pod sovietskú nadvládu, a jednu tyranii vystriedala druhá. Dnes už Sovietsky zväz neexistuje a čoraz viac štátov hraničiacich s Ruskou federáciou si vyberá demokratickú cestu a členstvo v Európskej únii. Rusko sa zo všetkých síl snaží tento vývoj zvrátiť, čoho dôkazom je aj jeho vojenská ag-

resia na Ukrajine. Kniha však rozpráva o vývoji na celom kontinente, o protichodných skúsenostiach obyvateľov východnej a západnej Európy. Dozvieme sa v nej i o občianskej vojne v Grécku, škandinávskej sociálnej demokracii, problémoch dvojazyčného Belgicka či krvavých akciách severoírskych IRA alebo baskických separatistov. Druhé slovenské vydanie majstrovského diela o dejinách Európy v rokoch 1945–2005 zachytáva zložitý a strhujúci príbeh o tom, ako sme sa dostali až sem.



Ľuboš Blaha  
**Che**  
Vydavateľstvo Spolku slovenských spisovateľov, 2023  
Rozsah: 367 s.

Kniha Che je v slovenskom prostredí do-

posiaľ najkomplexnejším dielom o slávnom latinskoamerickom revolucionárovi Ernestovi Che Guevarovi, z ktorého sa stal symbol revolúcie a odporu proti americkému imperializmu. Spolu s Fidelom Castrom vybojoval kubánsku revolúciu (1956–1959), neskôr viedol partizánske oddiely aj v Afrike (1965) a Bolívii (1966–1967), kde ho za asistencie americkej CIA zavraždili, čím však z neho urobili mučeníka pre ľavičiarov a národno-oslobod-

zovacie hnutia po celom svete. Stal sa inšpiráciou pre milióny mladých ľudí, pretože obetoval život za svoje ideály. Ľuboš Blaha v knihe opisuje búrlivý priebeh Guevarovho života s dôrazom na jeho politické myslenie. Analyzuje aj jeho dielo, teóriu foco a víziu nového človeka. Autor interpretuje Che Guevaru ako predstaviteľa tzv. romantickej ľavice, ktorú kladie do protikladu k tzv. technokratickej ľavici. Zároveň spochybňuje tézu, že Che Guevara bol predstaviteľom libertariánskej Novej ľavice, naopak, v knihe dokladá, že jeho politické názory patria do klasického marxisticko-leninského prúdu a jeho myšlienky možno impregovať aj ako súčasť ideového prúdu národnej ľavice.



Jan Rychlík  
**Dejiny Slovenska**  
Vyd. Vyšehrad, 2024  
Rozsah: 672 s.

Dejiny Slovenska nie sú dejinami Slovákov ako národa, ale históriu územia, ktoré dnes tvoria súčasť Slovenskej republiky a ktoré bolo po stáročia súčasťou uhorských dejín. Ján Rychlík sleduje históriu slovenského územia od počiatkov, venuje sa Sámovej ríši, veľkomoravskému štátu a cyrilometod-

skej misii, príchodu starých Maďarov a stredovekej uhorskej monarchii, zrodu slovenského národného vedomia a neľahkému presadzovaniu sa slovenského národa. Jadrom knihy sú kapitoly o moderných dejinách Slovenska, vrcholiacich získaním samostatnosti, aj o troch dekádach samostatnosti. Autor má jedinečné predpoklady pre napísanie prvej českej syntézy slovenských dejín – má dvojité občianstvo, české i slovenské, a ako priamy účastník bol aj pri rokovaní o rozdelení spoločného štátu.



Ben Kane  
**Střet impérií**  
Vyd. Vyšehrad, 2024  
Rozsah: 440 s.

Po porážke Hannibalových vojsk v bitke pri Zame sa Rimania vidia v úlohe veľmoci, s ktorou sa neradno zahrávať. Aj ich rady však preriedli. Toto oslabenie chce využiť doposiaľ Filip V. Macedónsky, ktorý v krátkom a krehkom období mieru rozšíroval vlastné územie, upevnil svoje postavenie v Grécku a ovládol časť ptolemaiovského Egypta. Do cesty sa mu však stavia mladý konzul Flaminus, ktorý cíti, že by sa mohol stať najznámejším vojvodcom v histórii, a nič ho v ceste za slávou nezastaví.

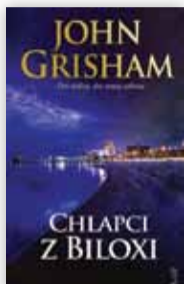
## Nové knihy



Julie Klassen  
**Dáma z Milkweed Manor**  
Vyd. i527.net, 2024  
Rozsah: 424 s.

Pútavý príbeh kedysi správnej dámy, ktorá sa ocitla v neočakávanej situácii. Dojímavá romantická dráma o vykúpení minulých zlyhaní a kráse obetavej lásky je popretkávaná fascinujúcimi detailmi o živote žien v regentskom Anglicku. Aj správna farárova dcéra môže urobiť chybu... a Charlotte Lambová teraz musí za svoj pád zaplatiť vysokú cenu. Aby sa vyhlá zvedavým pohľadom všetkých, ktorí ju poznajú, ukryje sa v zakázanom londýnskom Milkweed Manor, mieste plnom záhad a povestí, starých tajomstiev a nového zrodu. No keď sa tam ocitne, stretne sa tvárou v tvár nápadníkovi zo svojej minulosti - mužovi, ktorý teraz skrýva vlastné tajomstvá. Obaja sú odhodlaní s Božou pomocou ochrániť tých, ktorých milujú. Ani jeden z nich si však nevie predstaviť, akú veľkú obeť si to vyžiada.

mení zaužívané postupy vo výchove detí a transformuje vzťah rodiča a dieťaťa do pohodlného spolunajživania. Netrestajte - pomáhajte a vychovávajte! Pomôžte deťom spracovať ich emócie a obmedzte ich neposlušnosť na minimum. Posilnenie emocionálneho puta s vašim dieťaťom prinesie skutočnú a trvalú zmenu. Keď s ním budete mať živý vzťah, nebudete potrebovať hrozby, karhanie, prosíkanie, úplatky a dokonca ani tresty. Kniha pomôže rodičom lepšie porozumieť vlastným pocitom a nastaviť vo vzťahu s dieťaťom zdravé hranice, empatiu a jasnú komunikáciu. Jednotlivé príklady váš krok za krokom prevedú celým detstvom od batolaťa až po školský vek.



John Grisham  
**Chlapci z Biloxi**  
Vyd. IKAR, 2024  
Rozsah: 440 s.

Posledných sto rokov bolo Biloxi známe ako príjemné letovisko a mesto plné podnikov na spracovanie morských plodov. Malo však aj odvrátenú tvár. Korupciu a neresti všetkého druhu od hazardných hier cez prostitúciu, nelegálnu výrobu alkoholu, drogy až po vraždy na objednávku. Neresti mala pod kontrolou hŕstka gangstrov, povrávalo sa, že patrili k nespávne známej Južanskej mafii. Keith Rudy a Hugh Malco vyrastali v Biloxi v šesťdesiatych rokoch, obaja pochádzali z pri-

stahovaleckých rodín z východnej Európy. V detstve boli nerozluční kamaráti a všetci ich poznali ako hviezdy bejzbalového tímu. Ich cesty sa rozišli na prahu dospelosti. Z Keithovho otca sa stal obávaný prokurátor, odhodlaný „vyčistiť pobrežie“, z Hughovho otca šéf biloxiského podsvetia. Keith vyštudoval právo a pokračoval v otcových šľapajach. Hugh dal prednosť nočnému životu a pracoval v rodinných podnikoch. Obidve rodiny sa napokon stretli v rozhodujúcom boji - kde inde, ako v súdnej sieni.



Chelsea Abdullah  
**Zloděj hvězdného prachu**  
Vyd. IKAR, 2024  
Rozsah: 520 s.

Loulie al-Nazari je Polnočná obchodníčka, ktorá hľadá a predáva zakázanú mágiu. Dodržiavaním zákonov sa nikdy netrápila. S pomocou svojho ochrancu, ktorý je mimochodom džin, sa jej však darí uniknúť pred spravodlivosťou. No keď zachráni život zbabelému princovi, upúta pozornosť jeho mocného otca. Sultán poverí Loulie novou úlohou. Musí preňho nájsť starobylú lampu, ktorá dokáže oživiť vyprahnutú krajinu, v opačnom prípade jej hrozí trest. Loulie vie, že niet cesty späť. Na nebezpečnej výprave za tajuplným artefaktom ju sprevádza sultánov najstarší syn

a jej ochranca džin, ktorý tiež čosi tají. Spoločne čelia útokom nepriateľov a každodenným výzvam. Vo svete, kde sa z príbehu stáva skutočnosť a z ilúzie pravda však Loulie zistí, že nič nie je také, ako sa zdá. Musí sa rozhodnúť, kým sa stane a čo všetko obetuje svojmu cieľu.



Jørn Lier Horst,  
Thomas Enger  
**Obet**  
Vyd. Premedia,  
2024, Rozsah: 304 s.

Piaty diel série, ktorá sa v Nórsku stáva fenoménom. Alexander Blix pracoval pred dvomi rokmi na prípade zmiznutia Elisabeth Eieovej. Vyšetovanie sa zastavilo, keď bola zavraždená jeho dcéra a dlho to vyzeralo tak, že nikto nikdy nevypátra, čo sa Elisabeth prihodilo. Čo ak sa však náhle ozve niekto, kto to vie? A čo znamená, že nielenže vie, čo sa stalo po jej zmiznutí, ale ovláda i detaily z Blixovho života? Medzitým Emmu kontaktuje neznáme mladé dievča. Carmeninho otčima zadržali, podozrievajú ho z vraždy kamarátky z detstva. Polícia však nemá telo. A ani iných potenciálnych páchatelov. Kruh udalostí uzatvára nečakaný nález na detskej kresbičke z jedného miesta činu - prítomnosť sa dostáva do kontaktu s minulosťou. A tam, v bode, kde sa pretínajú, si obeť nachádza svoju vlastnú, jedinečnú formu terapie.



Art Davidson  
**Sto pod nulou**  
Vyd. Absynt, 2024  
Rozsah: 316 s.

Pocitová teplota mohla dosiahnuť mínus sto stupňov, no ani to ich nezastavilo. Partia ôsmich horolezcov sa v roku 1967 rozhodla podniknúť zimný prvovýstup na najvyššiu severoamerickú horu Denali známu ako Mount McKinley. Sto pod nulou Arta Davidsona je skutočná horolezecká klasika! Príbehy dobyvateľov nedobytných pólav a divokých miest našej planéty sú na prvý pohľad prosté. Prišli. Vystúpili na vrchol. Vrátili sa so slávou a poctami. Lenže expedícia je živý organizmus. Prešpikovaný priateľstvom na život a na smrť, nedôverou, zášťou, hnevom i nekonečnou náklonnosťou. A to všetko umocňuje situácie na hrane života. Inak to nebolo ani počas zimného prvovýstupu na slávnú aljašskú horu Denali v roku 1967. Sto pod nulou Arta Davidsona nie je to len kniha účastníka expedície, ktorý dôverne spoznával každého z jej členov. Je to aj kniha reportéra, ktorý na všetko pozerá s odstupom času a na miesto expedície sa vracia tiež prostredníctvom denníkov i rozhovorov so svojimi horolezeckými kolegami. A je to aj priamy a úprimný záznam jednej šialenej expedície, ktorú postretlo všetko - od eufórie, cez neváhajú až po smrť.



Dr. Laura Markham  
**AHA! Rodičovstvo**  
Vyd. IKAR, 2024  
Rozsah: 328 s.

Tento prelomový sprievodca pre každého rodiča



LEKÁRSKE NOVINY  
Mesačník slovenských lekárov  
a zdravotníckych pracovníkov

Číslo: 1-2/2024 (január-február)  
Ročník VII.  
Evidenčné číslo: EV 5695/18  
ISSN 2585-9595

## Vydavateľ

VEEVENT s.r.o.  
Sídlo: Harmónia 3003, 900 01 Modra  
Obchodný register Okresného súdu  
Bratislava I, Oddiel: Sro, Vložka číslo: 120127/B  
IČO: 50 910 639, DIČ: 2120531853  
IČ DPH: SK2120531853  
IBAN SK29 7500 0000 0040 2575 0172

## Šéfredaktorka

Mgr. Karolína Kolesárová, PhD.

## Editor vydania

Mgr. Jozef Dermek

## Editor odbornej prílohy

Radoslav Kolesár

## Redakcia

Peter Valo, Mgr. Jana Matisová,  
JUDr. Jana Pancisynová

## Inzercia

Ing. Slavomíra Dermeková  
sales@lekarskenoviny.sk

Ing. Miriam Puhová  
inzercia@lekarskenoviny.sk

## Jazykové korektúry

Mgr. Peter Šarvaic

## Layout a grafika

Bc. Miroslav Pekár

## Riaditeľ vydavateľstva

Radoslav Kolesár

## Email - redakcia:

redakcia@lekarskenoviny.sk  
Telefón: +421 917 799 278

www.lekarskenoviny.sk

## Upozornenie

Na všetky texty sa vzťahuje autorské právo. Za obsah textov a reklám zodpovedajú ich autori a zadávateľ. Vydavateľ si vyhradzuje právo na skrátenie a formálnu úpravu textov a na ich jazykovú úpravu. Vydavateľ si tiež vyhradzuje právo na umiestnenie inzerčných článkov, reklamných článkov, ktoré nie sú umiestnené dohodnuté so zadávateľom. Kopírovanie a rozširovanie textov, grafov a fotografií alebo ich častí je povolené len s výslovným súhlasom vydavateľa. Uverejnené texty, reklamné články a inzercie majú výlučne informatívny charakter a v žiadnom prípade nemôžu nahradiť odborné stanovnenie diagnózy odborným vyšetrením. Vydavateľ nezodpovedá za škody, ktoré by mohli vzniknúť nedodržením vyššie uvedených povinností a záväzkov.

© VEEVENT s.r.o.

MUDr. Pavol Strauss (1912 – 1994), slovenský lekár, filozof, prozaik, esejista, prekladateľ a účastník Slovenského národného povstania: "Niet osobitnej lekárskej etiky. Lekárska etika je ľudská - ... (dokončenie v tajničke)."

An Nam, Apsara, Atala	očistil pranim	šupka z obalu semena	stávalo sa rapavým	kurzívové písmo	v. vnútri (lek.)	vlastným	nevod, Noll, rara	bývalý pioniersky tábor na Kryme	neskrúť, neobráť	podviadol	solmi- začná slabika	jeden z Vlkolinských	Rea, ro, Žipov	zlý duch, satan	st. fínsky skokan na lyžiach	st. český herec a dabér	hoci, po česky	vypúšťaj slzy	pichá rohami		v antike neviestka	keď	spevný hlas		súvislá vodná plocha, časť oceánu	obyvateľka Irska
dám oporu							rod jašterov (Anolis) znoj						látka na obliečky Delivered Duty Paid												písmeno gréckej abecedy	
1																									kyprí pluhom úraz, otras	
úžitková rastlina, cukrovka					pražská štvrť Imperial Chem. Ind.						zbav za-morenia porisko, rukovať							zlietnutie ukončia mletie							billardový úder myseľ (lek.)	
zmenkoví ručička					tetanus indická nebeská vodná vila							vyššie, cez niečo vyjednáva, diskutuje						opuch priestu-pok, pre- vinenie							matka zakladate- ľov Rima aký	
dihšie sedadlo							dotieravý hmyz zisťovanie mienky						vlečná ryb. sieť morský živočích						druh palmy kreslí čiaru						karhajú, napo- mínajú (zaster.)	posvätný vrch Arménov
	sorta	prete- kárske družstvo pátrač						v priebe- hu času román Nabokova						nemekoc, nemekaj strkalo, sácalo												
kameň na ostrenie kopy					Standard Nomencl. List milipond				jazerá, po angl. koniec týždňa						liečia, zaceľujú obrúčka						osol narychlo prezrel					
detto					kysucká obec zásobník el energie					vták s cho- cholom nasnoval															druh štepára (zool.) opačne	
umelý jazyk				2	útok, na- padnutie																				argón (zn.) umenie, po lat.	
proti- klad					nízky múrik nad rímsou Miroslav						španiel- ske sídlo meno Bulbu								tatrovka sídlo na Považí						španiel- ska bona obec pri Prešove	
časový údaj					osved- čenie šedo						dôkaz o nepritom. časť Lučenca								drevokaz. chrobák naša herečka							
jeden z muške- terov							časť Vietnamu čiry, pravý						cirka, zhruba časť Pod- brezovej							uvedenie údajov odvaha (hud.)					choroba vyvolaná baktériou Vibrio	mohutný listnatý strom v parkoch
	odsuň, uschovaj, daj nabok	pracovník v kotolni meno sp. Jankú						zliatina hliníka ucho (lek.)						novela Chateau- brianda natesno												chránená pamiatka bledozlý drakom
čítoslovcie ľútosti					poľujú zvieracia noha				lalotanie divokí, primitívni					preddavok mlyn, po česky												varák prvý pred- staviteľ Švejka
kanóny					údel, lós Eridanus (skr.)				trhám, drásam priateľ Barbie							Ázia, po nem. okrej										diaň (lek.) hora
vyrobené liatim					finta, úskok tu máš!						náčínie veslára ruténium (zn.)															označenie plast. fľaš ECV okr. Krupina
3																										
svietia, jagajú sa								gonio- metrická funkcia																		

Slovenský zväz háďanárov a križovníkov, www.szsk.sk

Znenie tajničky posielajte na adresu: [redakcia@lekarskenoviny.sk](mailto:redakcia@lekarskenoviny.sk)  
Nezabudnite uviesť svoju poštovú adresu pre zaslanie knižnej výhry.



slovar



premedia

IKAR



Autor: F. Cveňroš