

SLOVO NA ÚVOD



Prof. MUDr. Štefan Hrušovský, CSc. internista, hepatológ, gastroenterológ, špecialista v odbore manažment a financovanie zdravotníctva

ZDRAVÝ ROZUM A SÚČASNÁ MEDICÍNA

Slovenská medicína je postavená na vysokej odbornosti, profesionalite, občianskej statočnosti, na obetavosti. Súčasťou zdravotnej starostlivosti sú aj priateľské gestá, skutky telesného a duchovného milosrdenstva, aj modlitby. Súčasná medicína však okrem bratskej lásky isto stojí aj na podnikaní, prospechu a zisku. V ostatných desiatich rokoch sme v zdravotníctve, a v spoločnosti, zažili privatizáciu, koronakrízu a prudkú zmenu v spôsobe starostlivosti z kontaktného a individuálneho na vzdialenostný a univerzálny. Tak sa stalo, že pacienti sa objednávajú na dialku, vyšetrujú na dialku, liečia i sledujú na dialku. K lekárovi sa dostávajú už rozlíčení podľa najnovších nemedicínskych internetových trendov, alebo zanedbaní v niekoľkomesačných čakaniach na zobrazenie či konziliárne vyšetrenie. Z politického sna OLANO o operácii zhubného nádoru do dvoch týždňov od určenia diagnózy, sa vyvinula súčasná realita: operácia sa ruší pre inoperabilitu. A tak narástli dve skupiny pacientov: hypochondri a nevyliciteľne chorí. Jedni sú perfektní, hoc aj zbytočne, vyšetřovaní a ošetrovaní, druhí zomierajú s premeškanou základnou starostlivosťou.

Na odborných fórach sa tvárimo, že je všetko v poriadku: spoločnosť sa o seba stará, medicína napreduje, robíme, ako dokážeme. No, v kuloároch nie všetci súhlasia. Sme aj takí, ktorí považujeme privatizáciu v zdravotníctve za divú privatizáciu a dôsledky dzurindovských reforiem za katastrofálne

Pokračovanie str. 2

Lekári v SNP

V. taktická skupina Ďumbier. Presun jednotiek V. TS na bojisko v Turci.



O Slovenskom národnom povstaní už veľa napísali historici, pamätníci aj vojenský odborníci. Ak sa k nemu vraciame, tak predovšetkým z toho dôvodu, aby sme si pripomenuli prácu lekárov, zdravotníkov, dobrovoľných ošetrovateľov, teda ľudí, ktorí málokedy zoberú do rúk zbraň, ale zachraňujú životy ranených. Po vojne na nich obyčajne všetci zabudnú.

Pokračovanie str. 10

PARTNERI NOVÍN



Bud'te kludný, máte celé pľúca



Profesor Miroslav Janík, PhD. Prednosta Kliniky hrudníkovej chirurgie LF SZU a UNB.

strana 14

ODBORNÁ PRÍLOHA



Nirmatrelvir a ritonavir v liečbe ochorenia COVID-19

Antibiotická liečba komunitne získanej pneumónie

Kliešťová encefalitída na Slovensku

Amyloidóza ako príčina srdcového zlyhávania

strana 4

Zlyhania štátu v oblasti ľudských práv počas pandémie COVID-19

Rozsiahle zlyhania štátu v oblasti porušovania ľudských práv počas pandémie boli témou konferencie odbornej verejnosti a vysokých predstaviteľov štátnych orgánov Slovenskej republiky, ktorú organizoval splnomocnenec vlády pre preverenie procesov riadenia a manažovania zdrojov počas pandémie COVID-19 MUDr. Peter Kotlár.



Odborná vedecká právnická konferencia s názvom „Limity zásahov do ľudských práv v súvislosti s ochorením COVID-19, právna situácia na Slovensku, medzinárodné štandardy, pozitívne

príklady z iných štátov a návrhy de lege ferenda,“ sa uskutočnila dňa 25. 3. 2024. Konferenciu svojou účasťou podporili predseda vlády Slovenskej republiky, ministerka kultúry SR, štátny

tajomník ministerstva kultúry SR, štátny tajomník ministerstva spravodlivosti SR, pozorovatelia NKÚ, zástupcovia mimovládnych organizácií ľudu a, samozrejme pozvaní odborníci z oblasti práva.

Pokračovanie str. 2

vecí verejných a právu na účinnú súdnu ochranu. Tým, že na Slovensku vyššie uvedené záruky pri obmedzeniach pohybu alebo podnikania pri vzťahoch s EU dodržané neboli, Slovenská republika porušila smernicu, z čoho vzniká zodpovednosť štátu na náhradu škody spôsobenej porušením práva Európskej únie. Pre porovnanie uvádzam, že vo Francúzsku len za prvý rok pandémie vykonali na najvyššej súdnej úrovni prieskum vyše 600 žalôb podaných proti pandemickým opatreniam. Rozhodnutím sudcu, často vydaným v superrýchlom konaní do 48 hodín, tak bolo zrušené napríklad inštalovanie termokamier v školách, sledovanie zhromaždení dronmi alebo bolo nariadené, aby sa zákaz vychádzania netýkal stretnutí advokáta s klientom.“ skonštatovala sudkyňa JUDr. Dana Jelinková Dudzíkova, LL.M.

V príspevku „Požiadavka zákonnosti a covidová legislatíva“ sa prof. JUDr. Tomáš Lalík, PhD. z katedry ústavného práva PF UK, zaoberal tromi situáciami, kedy pandemická normotvorba nespĺňala požiadavku legality v zmysle čl. 2 ods. 2 a čl. 13 Ústavy SR. K tomu ďalej uviedol: „Konkrétne prvotné akty ÚVZ boli charakterizované ako rozhodnutia podľa Správneho poriadku bez toho, aby (i) boli adresáti týchto rozhodnutí identifikovaní jednotlivou a konkrétne; (ii) mohlo ÚVZ doručiť rozhodnutie verejnou vyhláškou a (iii) rozhodovací proces vôbec prebehol. Z týchto dôvodov nie je možné hovoriť o platnosti rozhodnutí. Po druhé, delegovaná normotvorba podľa zákona o ochrane zdravia nespĺňa kvalitatívne požiadavky a ministerstvo zdravotníctva, ÚVZ alebo RÚVZ môžu vydávať podzákonné právne akty bez toho, aby im zákonodarca určil hranice (obsah, rozsah a účel). Tým je vyprázdnená ústavná garancia zákonnosti pri stanovovaní povinností a obmedzení. A po tretie, počas núdzového stavu vláda porušovala čl. 13 ods. 4 Ústavy SR, ktorý nedovoľuje obmedzovať

práva na iný účel ako je predvídané. Vláda extenzívnym výkladom zasahovala do slobody náboženského vierovyznania či aspektov súkromného života hoci ich nie je možné obmedziť v núdzovom stave tým, že extenzívne vykládala obmedzenie slobody pobytu a pohybu, či zhromažďovacie práva.“

JUDr. Emília Kršíková, bývalá riaditeľka Úradu komisára pre deti upozornila na nasledovné skutočnosti: „Takmer celý jeden školský rok zatvorených škôl spôsobil ťažko napravitelné škody na úrovni výchovy a vzdelávania, na rozvoji a sociálnych zručnosti žiakov, ale, predovšetkým, vyvolal závažné následky na duševnom zdraví detí. Právo na vzdelanie, ako základné právo každého je garantované článkom 42 ods. 1 Ústavy SR, podľa ktorého je školská dochádzka zároveň povinnosťou. Čl. 51 ods. 2 Ústavy SR pripúšťa ustanoviť ústavným zákonom podmienky a rozsah obmedzenia základných práv a slobôd a rozsah povinností v čase vojny, vojnového stavu, výnimočného stavu a núdzového stavu. Rozsah dovolených obmedzení základných práv a slobôd ustanovených v čl. 5 a ods. 3 a ods. 4 ústavného zákona č. 227/2002 Z. z. obmedzenie práva na vzdelanie neobsahuje. Ustanovenie § 150 ods. 8 zákona č. 245/2008 Z. z. (školský zákon), na základe ktorého minister školstva, vedy, výskumu a športu rozhodol o prerušení školského vyučovania v základných a stredných školách, teda nespĺňalo podmienky a rozsah dovolených obmedzení základných práv a slobôd ustanovených v čl. 5 a ods. 3 písm. a), b), e), g), h), j) a ods. 4 ústavného zákona č. 227/2002 Z. z. a v spojení s čl. 51 ods. 2 Ústavy SR. Ďalej upozornila na to, že so zreteľom na dĺžku prerušenia školského vyučovania v základných a stredných školách (od 30. marca 2020 do 12. apríla 2021) a v nadväznosti na výsledky I. kola (31. októbra 2020 – 1. novembra 2020) a II. kola (18. januára 2021 – 25. januára 2021) celoplošného testovania obyvateľov SR

na vírus SARS-CoV-2 nenaplnilo rozhodnutie ministra školstva požiadavky proporcionality podľa Benátskej komisie, ktorá sa musí vzťahovať tak na rozhodnutia o zákaze vychádzania a ich vykonávanie a na súvisiace opatrenia, ktoré môžu mať vplyv na iné práva a slobody, ktoré môžu pozostávať z ďalších obmedzení, ktoré môžu byť uvalené na obyvateľstvo počas zákazu vychádzania, napríklad zatvorenie škôl. Všetky tieto opatrenia musia byť primerané hrozbe a jej bezprostrednosti, nesmú trvať dlhšie ako samotná hrozba a musia sa vzťahovať iba na regióny, ktoré sú ňou postihnuté. Okrem toho, vo vzťahu k rozhodnutiu ministra neexistovali podľa právnej úpravy (§ 150 ods. 8 a 9 školského zákona) dostupné a účinné prostriedky nápravy. Zároveň citované ustanovenie školského zákona, o ktoré sa opiera rozhodnutie ministra školstva, nenaplnia imperatív obsahnutý v čl. 28 Dohovoru o právach dieťaťa, ktorý garantuje právo dieťaťa na vzdelanie, a podľa ktorého sú štáty povinné realizovať právo na vzdelanie a na základe rovných možností zaviesť pre všetky deti bezplatné a povinné základné vzdelanie, ďalej podnecovať rozvoj rôznych foriem stredného vzdelania a prijať opatrenia na podporu pravidelnej školskej dochádzky.“ dodala.

JUDr. JCLic. Tomáš Majerčák, PhD. z katedry ústavného práva a správneho práva UPJŠ vo svojom príspevku analyzoval covidovú právnu úpravu a judikatúru v Českej republike dotýkajúcu sa obmedzenia základných práv a slobôd, čo je veľmi dôležité pre komparáciu s právnou úpravou a judikatúrou v Slovenskej republike. K tomu uviedol: „Právna úprava Českej republiky bola dôslednejšia. Zákon č. 94/2021 Zb. o mimoriadnych opatreniach pri epidémii ochorenia COVID-19 – (pandemický zákon), umožňoval vydávať mimoriadne opatrenia všeobecnej povahy ministromi zdravotníctva. Mimoriadne opatrenia museli byť riadne odôvod-



nené, nediskriminačné, musel byť zachovaný princíp proporcionality pri obmedzovaní základných práv a slobôd. Minister zdravotníctva na vydanie takehoto mimoriadneho opatrenia všeobecnej povahy potreboval predchádzajúci súhlas vlády. Zákonosť týchto mimoriadnych opatrení mohol preskúmať Najvyšší správny súd ČR. Na jar v roku 2021 Najvyšší správny súd ČR s definitívnou platnosťou zrušil celý rad mimoriadnych opatrení všeobecnej povahy Ministerstva zdravotníctva ČR pre ich nezákonnosť aj neústavnosť: Niektoré mimoriadne opatrenia boli zrušené pre nedostatok odôvodnenia, niektoré boli zrušené preto, že nebol daný predchádzajúci súhlas vlády, vláda nemohla konvalidovať takéto akty dodatočným súhlasom, niektoré rozhodnutia boli zrušené, lebo boli diskriminačné, alebo neprešli testom proporcionality, a niektoré práva nebolo možné obmedziť. Nie je možné zakázať otcom byť pri pôrode, nie je možné zakázať stretávanie v rodinách, nie je možné zakázať zhromaždenia v exteriéri, je možné iba stanoviť nejaké podmienky, nie je možné zakázať bohoslužby etc.“

Následne sa dotkol náhrady škody a nemajetkovej ujmy, ktoré boli spôsobené protipandemickými opatreniami: „V tomto smere Ústavný súd ČR, jednoznačne povedal, že nárok na náhradu škody a nemajetkovej ujmy vyplýva zo samotnej listiny základných práv

a slobôd, a to z čl. 38. Jednotlivc, ktorému v príčinnej súvislosti s nezákonným opatrením všeobecnej povahy bola spôsobená materiálna či nemateriálna škoda (ujma), môže uplatniť ústavne garantovaný nárok na náhradu škody či primerané zadostučinenie postupom podľa zákona č. 82/1998 Zb., a to výnimočne aj vtedy, ak nebolo dané opatrenie všeobecnej povahy pre nezákonnosť príslušným orgánom zrušené alebo zmenené.“

Z dôkladnej analýzy právneho manažovania pandémie COVID-19 na Slovensku teda jednoznačne vyplynulo, že Slovenská republika sa v uvedenom období odklonila nielen od medzinárodných ľudsko-právnych štandardov, ale aj od štandardov vyplývajúcich z práva Európskej únie. V následnej intenzívnej diskusii účastníci konferencie navrhovali viaceré právne riešenia na dosiahnutie súladu s týmito štandardmi do budúcnosti, ale aj na právne vysporiadanie sa so zodpovednosťou štátu vyplývajúcou z neexistencie záruk zákonnosti, nevyhnutnosti a proporcionality zásahov do ľudských práv a slobôd majúcich pôvod v aktoch ÚVZ a uzneseniach vlády. Tieto budú významným návodom pre prijatie potrebných legislatívnych zmien.



JUDr. Marica Pirošiková, PhD.
Poradkyňa ministra spravodlivosti SR, právnička

INFOservis

Správa o konaní XLIII. Červeňanského dňa

V dňoch 26. a 27. marca 2024 sa konali XLIII. Červeňanského dňa – Národný kongres Slovenskej ortopedickej a traumatologickej spoločnosti (SOTS), v priestoroch hotela Crowne Plaza v Bratislave. Nad kongresom prevzala záštitu ministerka zdravotníctva SR JUDr. Zuzana Dolinková. Hlavnými témami kongresu boli konzervatívna liečba artrózy, antiagagulačná liečba, spinálne ochorenia a neuroortopédia. Už tradične bol program obohatený o sekciu endoprotetiky, voľné témy z problematiky arthroscopie a športovej traumatológie, onkoortopédie a sekciu sestier a fyzioterapeutov. Počas kongresu sa konalo zasadnutie výboru SOTS, zasadnutie Rady artroplastického registra ako aj oceňovanie významných osobností pamätnou medailou pri príležitosti 100. výročia založenia prvej Ortopedickej kliniky v Československu. Na slávnostnom otvorení vystúpila ministerka zdravotníctva SR Zuzana Dolinková,

dekan LF UK Juraj Payer, riaditeľ NÚDCH Peter Bartoň a prezident SOTS a kongresu Milan Kokavec. Kongresu sa zúčastnilo 565 registrovaných účastníkov, odznelo 52 prednášok v lekárskej a 22 prednášok v sesterskej sekcii. Okrem domácich prezentácií odzneli príspevky z Českej republiky, Nemecka, Rakúska, Francúzska a Izraela. Najpočetnejšie zahraničné zastúpenie mali kolegovia z Českej republiky (13 prednášok, z toho 6 prezentácií profesorov z pražských a brnianskych ortopedických kliník). Cenou bola honnorary lecture profesora Frederica Paychu z Paríža na tému: The painful hip and knee arthroplasty, diagnostic role of hybrid imaging a taktiež pozvané prednášky profesora Dungla z Prahy na tému: Knee for hip surgery in PFFD a doktora Gitermana z Tel Avivu na tému: The role of virtual reality in enhancing gait and balance post surgery. Pri príležitosti kongresu SOTS bolo prezentované už



pätnáste vydanie suplementa časopisu Bedeker zdravia. Okrem abstraktov prednášok z XLIII. Červeňanského dňa, boli do časopisu zaradené aj odborné príspevky približujúce hlavné témy kongresu. Verím, že tak ako v minulých rokoch, aj XLIII. Červeňanského dňa prispeli k bohatej výmene odborných poznatkov a skúseností, k nadobudnutiu nových, či prehĺbeniu starých priateľstiev a k pozitívnemu zviditeľneniu odboru ortopédia v očiach odbornej a laickej verejnosti.
Prof. MUDr. Milan Kokavec, PhD.
MPH Prezident SOTS

Ocenenie talentovanej lekárky

MUDr. Veronika Magočová z Neurochirurgickej kliniky UNLP a Lekárskej fakulty UPJŠ Košice sa stala laureátkou významného celoslovenského ocenenia: CENA REGIÓNŇOV 2023 v kategórii zdravotníctvo a sociálne veci. Mladá lekárka pôsobí v našej nemocnici už od vyštudovania medicíny na Lekárskej fakulte UPJŠ. Už počas štúdia pomáhala ako pomocný personál a sestrička na neurochirurgickej klinike. Mozog jej učaroval od začiatku, v druhom ročníku sa dostala na operáciu sálu, prvýkrát uvidela pulzujúci mozog a vtedy som si povedala, že práve tomuto sa chce venovať. Absolvovala odborné štáże na neurochirurgických pracoviskách v nemocniciach v Prahe, Brne či Ústí nad Labem, stáž v Baltimore, kde sa venovala hlbokým mozgovým stimuláciám, ktoré sú v USA rozvinuté na pokročilej úrovni. Krátko po ukončení štúdia, ako 28-ročná, bola hlavnou operátorkou v tíme, ktorý ako prvý na Slovensku realizoval hlbokú

mozgovú stimuláciu u pacienta s Parkinsonovou chorobou bezrámovou metódou. Neurochirurg pri nej zavedie elektródy do mozgu pacienta, čo znižuje prejavy choroby, napríklad tras. Verejnosť oceňuje odborný prístup doktorke a úspešné zvládnutie tohto druhu operácie, obzvlášť v neurochirurgii, považuje v takom mladom veku za niečo nevidané. Pri neurochirurgii sú mimoriadne dôležité pevné a presné ruky, ale doktorka Magočová zdôrazňuje, že okrem istého malého percenta talentu je najdôležitejšia pokora a pracovitosť. Mladá lekárka má za sebou už vyše štyri stovky operácií mozgu. Veľkú vďaka si za to zaslúži prednosta Neurochirurgickej kliniky doc. MUDr. Vladimír Katuch, PhD., MBA, ktorý mladým talentovaným lekárom vytvára na klinike priestor na ďalšie vzdelávanie, umožňuje im absolvovať odborné štáże v zahraničí, aby prinášali do slovenského zdravotníctva najmodernejšie medicínske postupy. jps



VŠEOBECNÉ LEKÁRSTVO

Nirmatrelvir a ritonavir v liečbe ochorenia COVID-19

MUDr. Ondrej Zahornacký, PhD.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny UPJŠ LF a UNLP

Úvod

Vysoké počty pacientov nakazených vírusom SARS-CoV-2 v krátkom časovom horizonte si už od začiatku pandémie vyžiadali akútnu potrebu nájsť účinnú medikamentóznú liečbu zameranú najmä na zastavenie replikácie vírusu a rovnako aj zabránenie progresie do závažného stavu. Z dôvodu rýchleho rozvoja pandémie, a z toho vyplývajúceho nedostatku času potrebného na vytvorenie nových liečiv, sa pozornosť vedcov najskôr upriamila na použitie už existujúcich molekúl (*kortikoidy, antireumatiká atď.*).

V priebehu ďalšieho vývoja pandémie vo svete sa pozornosť upriamila na liečivá schopné blokovat životný cyklus vírusu na rôznych úrovniach po ich perorálnom podaní. Za doteraz najúspešnejšiu perorálnu kombináciu antivirov, ktorá preukázala významný efekt v liečbe ochorenia COVID-19, dnes považujeme nirmatrelvir a ritonavir. Počet infikovaných pacientov a rovnako aj počet pacientov vyžadujúcich hospitalizáciu je oproti minulosti výrazne nižší. V máji 2023 Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) ukončila globálny stav núdze v spojitosti s ochorením COVID-19. Ďalej toto ochorenie považuje za etablovaný zdravotnícky problém, ktorého základným nástrojom na riešenie je včasne iniciovaná a vhodná antivirotická liečba (*spolu s očkovaním*) u pacientov, ktorí majú vysoké riziko progresie ochorenia do závažného stavu.

Nirmatrelvir je biologicky dostupný inhibítor vírusovej proteázy. Cielovým miestom jeho účinku je proteáza Mpro (*proteázový inhibítor*). Tento enzým je nevyhnutný pre správnu replikáciu vírusu SARS-CoV-2 a hrá základnú úlohu pri spracovaní proteínov, ako aj v patogenéze vírusu. Nirmatrelvir preukázal antivírusovú aktivitu voči všetkým koronavírusom, o ktorých je známe, že dokážu vyvolať infekcie u ľudí.

Účinok nirmatrelviru je zvýšený (*boostrovaný*) prostredníctvom druhého, už dlhšie známeho, ale takisto vírusovo aktívneho, proteázového inhibítora - ritonaviru. Táto molekula sa v tele metabolizuje prostredníctvom cytochrómu P450 (*a jeho izoenzýmov*) a je jeho silným inhibítorom. Ritonavir sa v medicíne používa už dlhú dobu, najmä ako inhibítor HIV proteázy a tiež ako booster na posilnenie účinku ďalších inhibítorov HIV proteázy (*lopinaviru, darunaviru atď.*). Súbežné podávanie ritonaviru s nirmatrelvirom vedie prostredníctvom inhibície cytochrómu P450 (*CYP3A4*), ktorý je zodpovedný aj za metabolizmus nirmatrelviru, k predĺženiu jeho plazmatickej aktivity a účinku v ľudskom tele. Na dosiahnutie cielového terapeutického efektu je teda potrebné súčasné podávanie oboch antivirov.

Klinický efekt kombinácie nirmatrelvir a ritonavir bol sledovaný v priebehu rôznych klinických štúdií, z ktorých najznámejšou je štúdia EPIC-HR. Ide o dvojito zaslepenú, randomizovanú, placebo kontrolovanú štúdiu, v rámci ktorej bola kombinácia antivirov podávaná symptomatickým (*do 5 dní od začiatku ťažkostí*), neočkovaným pacientom, s vysokým rizikom progresie do závažného stavu (*prítomný aspoň jeden rizikový faktor*), ktorí nevyžadovali hospitalizáciu. Hodnotená bola nutnosť hospitalizácie alebo úmrtie súvisiace s ochorením COVID-19 z akejkoľvek príčiny do 28. dňa, vírusová nálož a bezpečnosť.

Z výsledkov tejto štúdie vyplýva, že podávanie kombinácie nirmatrelvir + ritonavir znižuje riziko hospitalizácie a úmrtia o 88,9% a 87,8% (*liečba do 3 dní vs do 5 dní od začiatku klinických príznakov*) v porovnaní s placebo. V ramene s nirmatrelvirom a ritonavírom sa nevyskytlo žiadne úmrtie (*placebo, n=13*). Výskyt nežiaducich účinkov, ktoré sa objavili počas obdobia liečby, alebo po ňom, bol podobný v oboch skupinách. Najčastejšie hlásené nežiaduce účinky liečby boli mierne, išlo najmä o dysgeúziu (*porucha chuti, najmä kovová pachuť*), hnačku, zvýšenie D-diméru a fibrínu, zvýšenie alanínaminotransferázy, bolesť hlavy, zníženie klírens kreatinínu, nauzeu a vracanie. Väčšinou išlo o nezávažné nežiaduce účinky, ktoré v dohľadnej dobe vymizli.

Z výsledkov tejto štúdie rovnako vyplýva, že použitie tejto kombinácie do 5 dní od začiatku klinických príznakov viedlo k štatisticky významnému zníženiu vírusovej nálože približne desaťnásobne. Zníženie vírusovej nálože na sliznici dýchacích ciest má

najmä epidemiologický význam v zmysle redukcie rizika prenosu infekcie najmä v kolektívnych zariadeniach s obmedzenými možnosťami izolácie infikovaných pacientov. Rovnako vedie pokles vírusovej nálože k zníženiu rizika progresie do závažného stavu.

Ďalšou štúdiou, ktorá skúmala antivirotický účinok kombinácie nirmatrelviru s ritonavírom v rôznych populáciách bola štúdia amerických epidemiológov. Zahnutých bolo viac ako 300 000 pacientov (*neočkovaní, očkovaní 1 a 2 dávkami vakcíny, očkovaní booster vakcínou, pacienti s primárnou infekciou COVID-19, pacienti s reinfekciou*). Všetky spomínané skupiny boli rozdelené na 2 ramená - rameno, kde pacienti dostávali nirmatrelvir + ritonavir a rameno bez liečby. Primárnym sledo-

INZERCIA

Paxlovid[®]
(nirmatrelvir 150 mg tablety | ritonavir 100 mg tablety)



REGISTROVANÝ NA AMBULANTNÚ LIEČBU OCHORENIA COVID-19

PAXLOVID je indikovaný dospelým na liečbu ochorenia spôsobeného koronavírusom 2019 (COVID-19), ktorých stav si nevyžaduje podpornú liečbu kyslíkom, a u ktorých je prítomné zvýšené riziko progresie k závažnému ochoreniu COVID-19.¹

Referencie: 1. PAXLOVID. Súhrn charakteristických vlastností lieku. Dátum schválenia 13. marca 2024. Dostupné na: www.pfi.sr/spc-paxlovid

Pred predpísaním alebo podaním lieku si prosím preštudujte úplné znenie súhrnu charakteristických vlastností lieku Paxlovid (SPC).

SPC lieku Paxlovid je dostupné na internetovej stránke Európskej agentúry pre lieky: www.pfi.sr/spc-paxlovid alebo zosnímaním tu vytlačeného QR kódu pomocou fotoaparátu (prípadne na to určenej aplikácie) mobilného zariadenia (napr. telefónu alebo tabletu) s prístupom na internet. Po namierení hľadáča na QR kód sa zobrazí URL adresa pre príslušné SPC. Po kliknutí na ňu sa zobrazí SPC. SPC je taktiež dostupné na vyžiadanie od zástupcov spoločnosti Pfizer.

Táto informácia o lieku je určená osobám oprávneným predpisovať alebo vydávať lieky. Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis.



▼ Tento liek je predmetom ďalšieho monitorovania. To umožní rýchle získanie nových informácií o bezpečnosti. Akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie je potrebné hlásiť na Štátny ústav pre kontrolu liečiv, Sekcia klinického skúšania liekov a farmakovigilancie, Kvetná 11, 825 08 Bratislava 26, tel.: +421 2 507 01 206, internetová stránka: <http://www.sukl.sk/sk/bezpecnost-liekov>, e-mail: neziaduce.ucinky@sukl.sk, formulár na elektronické podávanie hlásení: <https://portal.sukl.sk/eskadra/> alebo miestnemu zástupcovi držiteľa rozhodnutia o registrácii humánneho lieku: Pfizer Luxembourg SARL, o. z., Pribinova 25, 811 09 Bratislava, e-mail: SVK.AEReporting@pfizer.com.



PFIZER Luxembourg SARL, o.z.
Pribinova 25, 811 09 Bratislava, tel.: 02/3355 5500, www.pfizer.sk

Dátum prípravy apríl 2024, PP-C1D-SVK-0013

vaným parametrom bolo prijatie pacientov do nemocnice, prípadne úmrtie na 30. deň. V rámci všetkých skupín bol v ramene s nirmatrelvirom a ritonavírom pozorovaný štatisticky významný rozdiel v počte pacientov prijatých do nemocnice a v počte úmrtí na 30. deň. Zo záverov tejto štúdie vyplýva, že použitie tejto kombinácie významným spôsobom redukuje riziko hospitalizácie a úmrtia na ochorenia COVID-19 v rôznych skupinách pacientov a rovnako znižuje celkovú záťaž na zdravotnícky systém. Niektoré observačné štúdie, a rovnako aj štúdia EPIC-HR, opísali v rámci užívania antivirotickej liečby tzv. SARS-CoV-2 rebound fenomén, ktorý je definovaný ako opätovný výskyt symptómov COVID-19 (prípadne opätovnú pozitívitu testu, po jeho predchádzajúcej negativite) u niektorých pacientov, ktorí ukončili 5 dňovú liečbu nirmatrelvir/ritonavírom. Frekvencia, mechanizmus a klinické dôsledky vzniku tohto fenoménu sú nejasné, no je dôležité spomenúť, že nie je jedinečný len pre nirmatrelvir/ritonavir a vyskytuje sa aj po liečbe inými antivirotikami (napr. molnupiravir). Opätovný výskyt symptómov ochorenia COVID-19 sa môže vyskytnúť aj u pacientov, ktorí takúto liečbu vôbec neužívali. Doteraz sa opätovný výskyt symptómov COVID-19 po spomínanej liečbe nespájal s progresiou do závažného stavu a obavy z rebound fenoménu by nemali byť dôvodom vyhýbania sa tejto liečbe. Rovnako neexistujú presvedčivé dôkazy o opakovanej iniciácii antivirotickej liečby.

Liekové interakcie

Súbežné užívanie kombinácie nirmatrelvir/ritonavíru a liečiv distribuovaných cez P-glykoproteín alebo liečiv metabolizovaných prevažne cytochrómom P450 (CYP3A4) môže viesť ku klinicky rôzne významným liekovým interakciám. Pred podaním nirmatrelvir/ritonavíru je potrebné súbežne podávané liečivá, vrátane voľnopredajných liekov alebo rekreačných drog (napr. určité opioidy ako fentanyl), pre-

skúmať z hľadiska ich potenciálu na vznik liekových interakcií (najmä s ritonavírom). Kombinácia nirmatrelvir/ritonavir je jediným dostupným vysoko účinným perorálnym antivirotikom určeným na liečbu COVID-19. Práve z tohto dôvodu by v žiadnom prípade nemali liekové interakcie, ktoré možno bezpečne zvládnuť brániť jeho použitiu. Faktorom, ktorý je rozhodujúcim pri iniciácii antivirotickej liečby je stále rozsah a závažnosť liekovej interakcie.

Záver

Perorálne antivirotiká nirmatrelvir/ritonavir poskytujú v súčasnosti najjednoduchšiu možnosť ambulantnej liečby ochorenia COVID-19. Súčasné údaje naznačujú, že majú vyššiu bariéru rozvoja rezistencie ako tá, ktorá sa pozoruje pri anti-spike monoklonálnych protilátkach. Perorálnym liekom voľby ochorenia COVID-19 v ambulantných podmienkach je kombinácia nirmatrelvir + ritonavir v dávke 300 mg nirmatrelviru (2 x 150 mg) + 100 mg ritonavíru á 12 hodín, 5 dní. Táto kombinácia je určená pre tých pacientov, ktorí majú minimálne jeden rizikový faktor asociovaný so závažným priebehom ochorenia (vek nad 60 rokov, chronické ochorenia pľúc, pečene, obličiek, autoimunitné ochorenia, imunodeficientné stavy, stavy po transplantáciách solídnych orgánov atď.).

V prípade nemožnosti podávania uvedenej kombinácie z akéhokoľvek dôvodu najmä pre liekové interakcie, komorbidity s kontraindikáciou k podaniu nirmatrelvir/ritonavíru (ťažká renálna a hepatálna insuficiencia) atď., je indikované použitie iných antivirotik (napr. remdesiviru).

Liečba perorálnymi antivirotikami musí byť iniciovaná najneskôr do 5 dní od začiatku klinických príznakov ochorenia a je indikovaná u pacientov bez pneumónie, ktorí nevyžadujú hospitalizáciu.

Nasledujúce stratégie možno v klinickej praxi použiť na zvládnutie niektorých liekových interakcií s nirmatrelvir/ritonavírom:

- Dočasné vysadenie interagujúcej medikácie** (napr. statínov) a opätovné začatie liečby 3 dni po poslednej dávke nirmatrelvir/ritonavíru (účinnosť na cytochróm pretrváva niekoľko dní).
- Úprava dávkovania súbežne podávaného lieku** – zníženie dávky event. predĺženie dávkovacích intervalov (rivaroxabán, amlodipín atď.).
- Zmena na alternatívnu liečbu - switch** (napr. klopidogrel za prasugrel, NOAK za LMWH).
- Používanie alternatívnej terapie COVID-19** - existujú určité liekové interakcie, pri ktorých sa nirmatrelvir/ritonavir neodporúča a je potrebné hľadať inú alternatívnu liečbu. Zastavenie komedikácie charakterizovanej úzkym terapeutickým indexom a dlhým polčasom rozpadu (napr. amiodarón) nezabráni liekovým interakciám. Silné indukory cytochrómu P450 (CYP3A4), ako je rifampicín, antikonvulzíva a rastlinné produkty z ľubovníka bodkovaného budú pokračovať v indukcii aj niekoľko dní po ich vysadení a môžu znižovať koncentrácie nirmatrelvir/ritonavíru, čo môže potenciálne spôsobiť zlyhanie antivirotickej liečby.

Antibiotická liečba komunitne získanej pneumónie

MUDr. Štefan Porubčin, PhD.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny, UNLP a UPJŠ, Košice

Úvod

Komunitne získaná pneumónia (CAP) predstavuje závažné infekčné ochorenie pľúc s významnými dôsledkami ako pre verejné zdravie, tak pre samotných jednotlivcov. Je to zároveň jedna z najčastejších príčin hospitalizácií a úmrtnosti v spojitosti s infekčnými chorobami celosvetovo. Optimalizácia manažmentu CAP zahŕňa komplexný prístup pozostávajúci zo včasnej diagnostiky, selekcie vhodnej antibiotickej (ATB) liečby, určenia jej dĺžky, sledovania klinického priebehu a identifikácie možných komplikácií. CAP môže byť spôsobená širokou škálou patogénov, zahŕňajúc najčastejšie *Streptococcus pneumoniae*, ako aj atypické patogény vrátane *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* a *Legionella pneumophila*. V tomto článku prehľadne sumarizujeme súčasné odporúčania na liečbu CAP u dospelých. Naším cieľom je poskytnúť lekárom ucelený prehľad pri rozhodovaní sa o výbere ATB a optimálnom manažmente pacientov s CAP.

Nižšie uvedené odporúčania sú syntézou údajov z viacerých odborných spoločností: Infectious Diseases Society of America (IDSA), American Thoracic Society (ATS) a European Respiratory Society (ERS).

1. ATB režimy pre ambulantne liečených pacientov s CAP

Pre ambulantne liečených pacientov bez komorbidity, alebo iných rizikových faktorov (multirezistentné patogény), je v liečbe CAP odporúčaný amoxicilín, doxycyklin alebo makrolidy. Tieto odporúčania zohľadňujú aktuálny stav dôkazov, pričom amoxicilín je odporúčaný viacerými štúdiami napriek tomu, že absentuje pokrytie atypických patogénov. Doxycyklin, hoci podporený len obmedzenými údajmi z klinických skúšok, ponúka široké spektrum účinku voči bežným respiračným patogénom (Tab. 1).

Tabuľka 1 – ATB režimy pre ambulantne liečených pacientov s CAP.

AMOXICILÍN	1g/8h
DOXYCYKLÍN	100 mg/12h
MAKROLID	azitromycín 500 mg prvý deň, potom 250 mg denne
	klaritromycín klaritromycín 500 mg/12h klaritromycín 1000 mg/24h (predĺžené uvoľňovanie)

*Použitie makrolidov je odporúčané len v oblastiach s rezistenciou pneumokokov na makrolidy pod 25%.

Naopak, pre ambulantných pacientov s komorbiditami, ako je chronické ochorenie srdca, pľúc, pečene alebo obličiek, sa odporúča buď kombinovaná liečba alebo monoterapia fluórochinolónom. Kombinovaná liečba zahŕňa typicky β -laktám alebo cefalosporín v kombinácii s makrolidom alebo doxycyklinom na zabezpečenie širšieho spektra pokrytia. Monoterapia respiračným fluórochinolónom je tiež vhodnou alternatívou (Tab. 2). Racionálnym základom týchto odporúčaní je zvýšená náchylnosť pacientov s komorbiditami na závažný priebeh ochorenia a vyššie riziko rezistencie na ATB v dôsledku predchádzajúceho pobytu v zdravotníckom zariadení alebo užívania ATB.

Tabuľka 2 – ATB režimy pre rizikových ambulantne liečených pacientov s CAP.

KOMBINOVANÁ LIEČBA	
AMOXICILÍN/KLAVULANÁT: 500 mg/125 mg/8h 875 mg/125 mg/12h 2000 mg/125 mg/12h	plus
MAKROLID alebo DOXYCYKLÍN (vid' vyššie)	
CEFALOSPORÍN: cefepodoxím 200 mg/12h cefuroxim 500 mg/12h	
MONOTERAPIA	
LEVOFLOXACÍN 750 mg/24h	
MOXIFLOXACÍN 400 mg/24h	

Zatiaľ čo makrolidy boli tradične základom liečby CAP, ich rutinné používanie ako monoterapie v ambulantnom prostredí, už nie je veľmi odporúčané, kvôli obavám z rezistencie *Streptococcus pneumoniae*. Napriek historickému uprednostňovaniu monoterapie makrolidmi u CAP v ambulantnom prostredí, sa panel odborníkov zdržiava silného odporúčania. Namiesto toho podporuje širšie pokrytie, najmä u pacientov s komorbiditami. Okrem toho, terapia fluórochinolónmi, hoci spojená s niektorými nežiaducimi účinkami, je považovaná za vhodnú hlavne u dospelých s komorbiditami v ambulantnej sfére, kvôli svojej účinnosti a relatívne nízkej miere rezistencie respiračných patogénov.

2. ATB režimy pre hospitalizovaných pacientov s CAP

Výber vhodnej empirickej ATB liečby pre hospitalizovaných pacientov s CAP, najmä pre pacientov bez rizikových faktorov z hľadiska výskytu meticilín-rezistentného *Staphylococcus aureus* (MRSA) alebo *Pseudomonas aeruginosa*, je kľúčový pre dosiahnutie priaznivých klinických výsledkov. Rizikové faktory pre výskyt MRSA alebo *Ps. aeruginosa* sú uvedené v tabuľke č. 3.

Tabuľka 3 – Rizikové faktory pre výskyt MRSA alebo *Ps. aeruginosa*.

Nedávna hospitalizácia (hlavne JIS)	90 dní po prepustení z nemocnice
Predchádzajúca ATB liečba	90 dní po ATB liečbe
Základné pľúcne ochorenie	chronická obštrukčná choroba pľúc cystická fibróza bronchiektázie
Imunokompromis	HIV/AIDS, chemoterapia iná imunosupresívna liečba
Pobyt v zariadení pre dlhodobu chorých	
Nedávny invazívny zákrok	napr. ventilácia, operácia, katetrizácia
Užívatelia intravenózných drog	
Predchádzajúca kolonizácia MRSA a <i>Ps. aeruginosa</i>	

Na vyhodnotenie závažnosti CAP používame, najčastejšie, jednoduchý skórovací systém CURB-65 (Tab. č. 4). Vyhodnotenie:

Tabuľka 4 – Skórovací systém CURB-65.

KRITÉRIÁ	SKÓRE
Zmätenosť	1
Urea > 7 mmol/l	1
Tachypnoe > 30 dychov/minútu	1
Systolický tlak < 90 mmHg	1
Vek \geq 65 rokov	1

Nezávažná CAP

Pre hospitalizovaných pacientov s nezávažnou CAP bez rizikových faktorov pre MRSA alebo *Ps. aeruginosa* sú odporúčané nasledovné ATB režimy:

Dôkazy z randomizovaných kontrolovaných štúdií (RCT) porovnávajúce liečbu β-laktámom/makrolidom s monoterapiou fluórochinolónom naznačujú porovnateľné klinické výsledky bez rozdielu v úmrtnosti.

Tabuľka 5 – ATB režimy pre hospitalizovaných s nezávažnou CAP.

KOMBINOVANÁ LIEČBA		
β-LAKTÁM		
AMPICILÍN/SULBAKTÁM 1,5–3 g/6 h	plus	MAKROLID (vid' vyššie)
AMOXICILÍN/KLAVULANÁT 1,5 g/8 h		
CEFOTAXÍM 2 g/8 h		
CEFTRIAXÓN 2 g/24 h		
CEFTAZOLÍN 600 mg/12 h		
MONOTERAPIA		
LEVOFLOXACÍN 750 mg/24 h		
MOXIFLOXACÍN 400 mg/24 h		
V prípade kontraindikácií použitia makrolidov alebo fluórochinolónov		
β-LAKTÁM (vyššie uvedené) + DOXYCYKLÍN 100 mg/12 h		

Závažná CAP

Pre hospitalizovaných pacientov so závažnou CAP bez rizikových faktorov pre MRSA alebo *Ps. aeruginosa* sú odporúčané nasledovné empirické ATB režimy:

Kombinovaná ATB liečba:

- Použitie β-laktámového ATB v kombinácii s makrolidom,
 - Použitie β-laktámového ATB v kombinácii s respiračným fluórochinolónom.
- Vzhľadom na absenciu RCT pri porovnávaní vyššie spomenutých ATB režimov, dôkazy z observačných štúdií naznačujú nižšiu mortalitu pri použití kombinácie β-laktám a makrolid. Kvalita týchto štúdií je však rôznorodá.

3. ATB režimy pre hospitalizovaných s CAP a rizikovými faktormi pre MRSA a *Ps. aeruginosa*

V súčasnosti sa u pacientov s CAP empiricky pokrýva MRSA alebo *Ps. aeruginosa* na základe vyššie uvedených rizikových faktorov. V prípadoch, kedy nie sú k dispozícii lokálne epidemiologické údaje, odporúčame pokračovať v empirickej liečbe do získania kultívácií. Odporúčané ATB režimy sú uvedené v tabuľke č. 6.

4. Použitie kortikosteroidov u pacientov s CAP

Podľa posledných záverov viacerých RCT sa rutinné použitie kortikosteroidov u dospelých s nezávažnou CAP neodporúča. Avšak, v prípade závažnej CAP s nutnosťou hospitalizácie na JIS, krátkodobé podávanie steroidov (*hydrocortison 200 mg/deň; počas 4–7 dní*) významne znižuje mortalitu. Pre závažnú pneumóniu spôsobenú vírusom chrípky sa neodporúča rutinné podávanie kortikosteroidov. V tomto ohľade štúdie naznačujú vyššiu úmrtnosť pri ich použití.

5. Optimalizácia dĺžky ATB liečby u pacientov s CAP

Vyššie spomínané odborné spoločnosti odporúčajú, aby dĺžka ATB liečby pri CAP bola riadená mierou klinického zlepšenia a trvala minimálne 5 dní. Niekoľko RCT a metaanalýzy podporujú účinnosť kratších režimov ATB liečby (*5 až 7 dní*) pri CAP, a to nielen u ambulantných, ale aj v prípade hospitalizovaných pacientov. Štúdie porovnávajúce kratšie a dlhšie trvania ATB liečby nezistili žiadne významné rozdiely v klinicky dôležitých ukazovateľoch, vrátane úmrtnosti, dĺžky pobytu v nemocnici a zlyhania orgánov. Riadenie dĺžky ATB liečby pomocou prokalcitonínu bolo tiež ex-

Tabuľka 6 – ATB režimy pre hospitalizovaných s CAP a rizikom pre MRSA a *Ps. aeruginosa*.

PATOGÉN	EMPIRICKÁ LIEČBA	DÁVKOVANIE
MRSA	vankomycín	15 mg/kg/12 h
	linezolid	600 mg/12 h
<i>Ps. aeruginosa</i>	piperacilín-tazobaktám	
	cefepím	4,5 g/6 h
	ceftazidím	2 g/8 h
	ceftazidím	2 g/8 h
	meropeném	1 g/8 h

tenzívne skúmané. Štúdie ukázali potenciál na skrátenie dĺžky ATB liečby pri použití tohto laboratórneho markeru.

6. Optimálny manažment pacientov s podozrením na aspiráciu

Odporúča sa, aby sa rutinne nepridávalo anaeróbne ATB krytie pri podozrení na aspiračnú pneumóniu, pokiaľ nie je podozrenie na absces pľúc alebo empyém. Odhaduje sa, že 5–15 % hospitalizácií pre pneumóniu môže byť spojených s aspiráciou, pričom častejšie sú pozorované v populácii pacientov z domovov pre seniorov alebo zariadení pre dlhodobu chorých. Štúdie u hospitalizovaných pacientov s podozrením na aspiráciu ukázali, že anaeróbne baktérie zohrávajú malú úlohu ako etiologický agens. Vzhľadom na rastúcu prevalenciu multirezistentných patogénov a komplikácií v spojitosti s užívaním ATB sa zdôrazňuje potreba zdržanlivosti pri predpisovaní ATB.

7. Kontrolné RTG vyšetrenie pľúc u pacientov s CAP

Aktuálne sa neodporúča realizovať kontrolné RTG vyšetrenie pľúc u pacientov, u ktorých došlo k zmierneniu symptómov do 5 až 7 dní od začiatku ATB liečby. Väčšina dostupných štúdií sa zameriava na detekciu pľúcnych nádorov, ktoré neboli pôvodne rozpoznané počas liečby pneumónie. Hlásený percentuálny podiel malignít u preživších s CAP sa pohybuje od 1,3 % do 4 %. Väčšina pacientov s malignitou boli fajčiari alebo bývalí fajčiari. Avšak, výťažnosť rutinného kontrolného RTG vyšetrenia pľúc sa javí ako nízka, pričom len malé percento novodiagnostikovaných prípadov rakoviny pľúc sa odhalí do 90 dní od prepustenia z nemocnice po epizóde CAP. Liečba pneumónie získanej v nemocnici (HAP) a ventilátorovej pneumónie (VAP), často spôsobená multirezistentnými bakteriálnymi patogénmi, presahuje rámec tohto článku.

Záver

Správne riadenie ATB terapie je kľúčové pre úspech liečby pacientov s CAP. Pri rozhodovaní sa o výbere liečebného režimu je dôležité zohľadniť závažnosť ochorenia, prítomnosť komorbidít a riziko rezistencie na ATB. Pre ambulantne liečených pacientov bez komplikácií sa odporúča monoterapia amoxicilínom, doxycyklinom alebo makrolidmi. Pre hospitalizovaných pacientov sa odporúča kombinovaná liečba alebo monoterapia respiračným fluórochinolónom. V prípade závažnej CAP je potrebné zvážiť prídanie kortikosteroidov, najmä u pacientov s nutnosťou hospitalizácie na JIS. Krátkodobé podávanie ATB a sledovanie klinického zlepšenia je dôležité pri minimalizácii dĺžky ATB liečby a znížení rizika vzniku rezistencie. Okrem toho, pri podozrení na aspiračnú pneumóniu by sa nemala ATB terapia cieľiť na anaeróbne patogény, keďže nepredstavujú klinicky významné etiologické agens. Vzhľadom na nízku výťažnosť rutinných kontrolných RTG zobrazení pľúc sa neodporúča ich realizácia u pacientov s klinickým zlepšením do 5 až 7 dní od začiatku liečby CAP. Dôkladné zhodnotenie prínosov a rizík týchto postupov je nevyhnutné pre optimálny manažment pacientov s CAP.

Kliešťová encefalitída na Slovensku

MUDr. Jana Kerlik

Odbor epidemiológie, RÚVZ so sídlom v Banskej Bystrici

Úvod

Kliešťová encefalitída (KE) spolu s lymskou boreliózou patrí k najčastejším zoonózam prenášanými kliešťami v Európe vrátane Slovenska. Pôvodcom ochorenia je vírus KE, ktorý sa delí na tri subtypy - európsky, sibírsky a ďalekovýchodný subtyp.⁽¹⁾ V Európe sa okrem európskeho typu možno stretnúť, v niektorých krajinách severovýchodnej Európy, so sibírskeho subtypom (*Fínsko, baltské krajiny*).⁽²⁾ Jednotlivé subtypy sa líšia distribúciou, vektorom ako aj závažnosťou klinického priebehu ochorenia.⁽³⁾

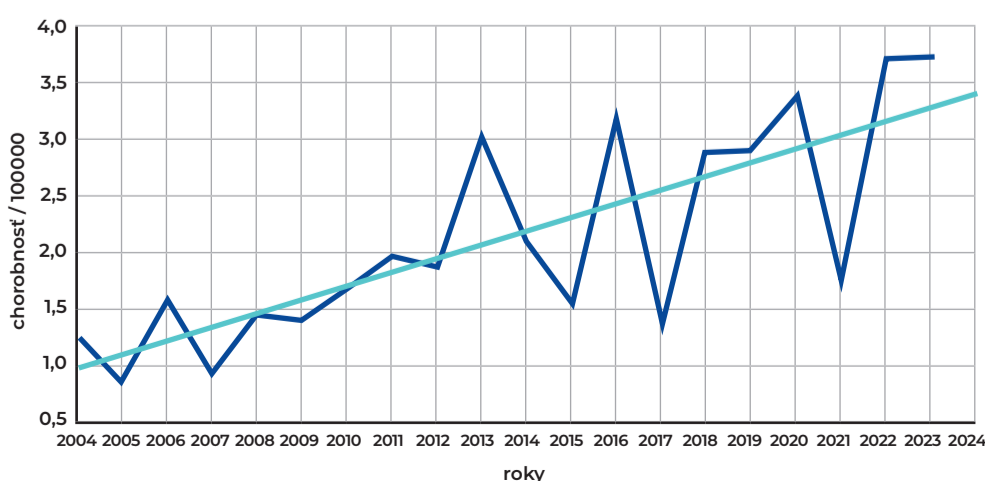
História**– prvá identifikácia vírusu KE a prvý opis prenosu vírusu KE alimentárnou cestou na území Slovenska**

V bývalom Československu sa ako v jednej z prvých európskych krajín, podarilo identifikovať vírus KE v roku 1947. V tom čase sa ochorenie označovalo ako „československá encefalitída“.⁽⁴⁾ O pár rokov neskôr v roku 1951 sa vôbec prvýkrát a opäť v Československu potvrdil alimentárny prenos vírusu KE z infikovaných zvierat na človeka. Išlo o dodnes najväčšiu epidémiu KE s 271 potvrdenými prípadmi v Rožňave.⁽⁵⁾ Zistilo sa, že pacienti pili mlieko z miestnej mliekare, ktoré nebolo pasteurizované, navyše bolo miešané s kozím mliekom. Pri vyšetrení epidémie boli u kôz zistené vysoké titry vírusu KE.⁽⁶⁾

Epidemiologická situácia na Slovensku**– dlhodobý nárast počtu prípadov KE a posun endemických oblastí KE**

Na Slovensku pozorujeme dlhodobý nárast počtu prípadov KE (Graf 1). V roku 2022 sme zaznamenali najvyšší počet ochorení za ostatných 60 rokov (*205 prípadov*). Zároveň pozorujeme posun endemických oblastí KE na sever a do vyšších nadmorských výšok. Podobné zmeny zaznamenávajú aj ostatné európske krajiny.⁽⁷⁾ Zatiaľ čo v minulosti bola najvyššia chorobnosť pozorovaná najmä v Trenčianskom kraji, od roku 2015 je najvyššia chorobnosť hlásená v Banskobystrickom a Žilinskom kraji.

Graf 1 – Trend výskytu KE na Slovensku za ostatných 20 rokov.

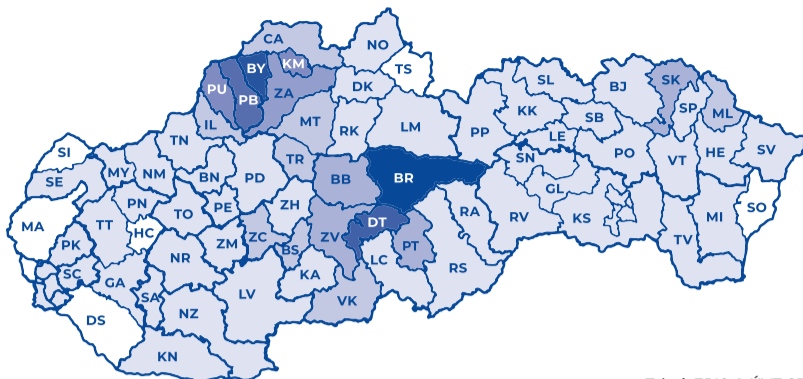


V Trenčianskom kraji sú dlhodobou najrizikovejšími oblasti na severe kraja – okres Púchov a Považská Bystrica (Mapa 1).

Mapa 1 – Výskyt prípadov KE na Slovensku podľa miesta nákazy, 2019–2023.

Chorobnosť

- <0>
- (0,00–16,96)
- <16,96–33,92)
- <33,92–50,88)
- <50,88–67,84)
- <67,84–84,80)
- <84,80–101,76)
- <101,76–118,71)
- <118,71–135,67)
- <135,67–152,63)
- <152,63–169,59)



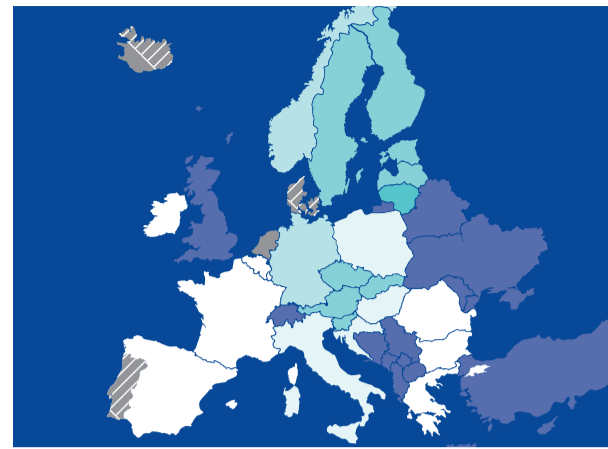
Zdroj: EPIS © ÚVZ SR

Mapa 2 – Distribúcia potvrdených prípadov KE v EÚ/EHP, 2020.

Notification rate (N/100 000)

- 0,00–0,09
- 0,10–0,49
- 0,50–0,99
- 1,00–9,99
- ≥10,00
- Not calculated
- No data reported
- Not included

- Countries not visible in the main map extent
- Luxembourg
- Malta



Cestovná medicína

– najvyšší počet prípadov KE hlási Česká republika

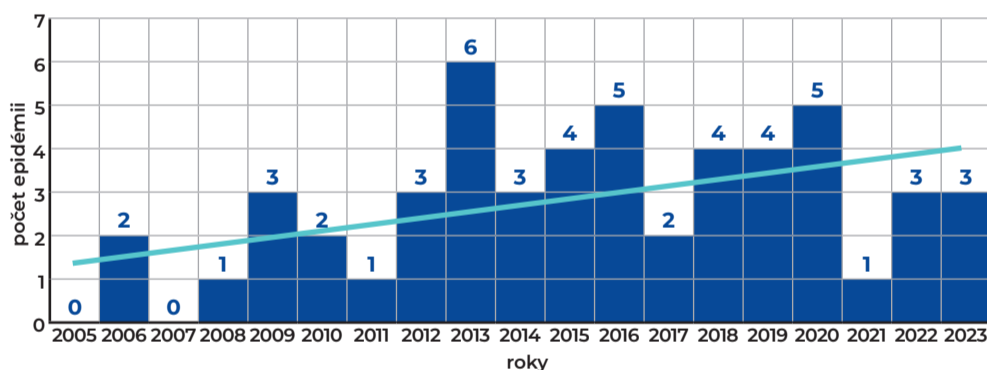
KE sa vyskytuje v Európe a Ázii. Vo svete je ročne hlásených asi 10 000–15 000 prípadov KE, pričom na Rusko pripadá takmer polovica všetkých prípadov.⁽⁶⁾ Podľa poslednej výročnej správy Európskeho centra pre prevenciu a kontrolu prenosných ochorení v roku 2020 bolo hlásených 3 817 prípadov KE z 24 krajín Európskej únie/ Európskeho hospodárskeho priestoru⁽⁹⁾ (Mapa 2). Najvyššiu chorobnosť KE v roku 2020 hlásila Litva, Slovinsko a Česká republika. Najvyšší počet prípadov KE hlási každoročne Česká republika (*r. 2020 – 849 prípadov*). Za posledné roky bol v krajinách EÚ/EHP pozorovaný nárast počtu hlásených prípadov KE,⁽¹⁰⁾ posun endemických oblastí do vyšších nadmorských výšok nad 1500 m n. m.,⁽¹¹⁾ ako aj na západ a sever Európy.⁽⁷⁾ Niektoré krajiny evidovali v posledných rokoch prvé autochtónne prípady KE, ako napr. Holandsko v roku 2016,⁽¹²⁾ Belgicko v roku 2018⁽¹³⁾ a Spojené kráľovstvo v roku 2019.⁽¹⁴⁾ Predpokladá sa, že zmena klímy má priamy vplyv na epidemiológiu chorôb prenášaných vektormi vrátane kliešťov.⁽¹⁵⁾

Mechanizmus prenosu

– Slovensko je známe alimentárnymi epidémiami KE v Európe

Najčastejší mechanizmus prenosu vírusu KE do organizmu je pri prisatí kliešťa. Vírus KE môžu preniesť všetky vývojové štádiá kliešťa vrátane prehladnutelných lariev a nymf (Obr. 1), preto častí pacientov neguje prisatie kliešťa. Druhým spôsobom je konzumácia nepasterizovaného mlieka a výrobkov z neho, najmä ovčieho a kozieho pôvodu. Na Slovensku je obľúbená konzumácia tradičných výrobkov zo surového ovčieho a kozieho mlieka, najmä syr. Aj to je jeden z dôvodov, prečo Slovensko, v porovnaní s inými európskymi krajinami, hlási takmer každý rok alimentárne epidémie KE. Trend počtu epidémií KE je rastúci (Graf 2). Za ostatné roky najväčšími epidémiami KE bola epidémia v roku 2016 s počtom chorých 44 v Košickom kraji a v roku 2023 s počtom chorých 28 v Banskobystrickom kraji. V oboch prípadoch bol faktorom prenosu infekcie nepasterizovaný ovčí syr.

Graf 2 – Trend počtu alimentárných epidémií KE na Slovensku, 2005–2023 (Zdroj: EPIS).



Referencie

- Ecker, M., Allison, S. L., Meixner, T., & Heinz, F. X. (1999). Sequence analysis and genetic classification of tick-borne encephalitis viruses from Europe and Asia. *The Journal of general virology*, 80 (Pt 1), 179–185.
- Jääskeläinen AE, Tikkaoski T, Uzcátegui NY, Alekseev AN, Vaheri A, Vapalahti O. Siberian subtype tickborne encephalitis virus, Finland. *Emerg Infect Dis*. 2006 Oct;12(10):1568–71.
- Bogovic P, Strle F. Tick-borne encephalitis: A review of epidemiology, clinical characteristics, and management. *World J Clin Cases*. 2015 May 16;3(5):430–41.
- Rampas, J., Gallia, F. 1949. Isolate virus encefalitidy z kliešťa Ixodes ricinus. In *Čas. Lék. Čes. ISSN, 0008-7335, 1949, 88: 1179–80*.
- Raška, K. 1959. Kliešťová encefalitída európska. In *Epidemiológia*. Bratislava: Vydavateľstvo Osveta, 1959. str. 474.
- Blaškovič, D. 1956. Epidémia encefalitidy v rožňavskom prírodnom ohnisku nákaz: zborník príspevkov. Bratislava: VEDA SAV, 1956. 314 s.
- Van Heuverswyn J, Hallmaier-Wacker LK, Beauté J, Gomes Dias J, Haussig JM, Busch K, Kerlik J, Markowicz M, Mäkelä H, Nygren TM, Orliková H, Socan M, Zbrzežniak J, Žygtiene M, Gossner CM. Spatiotemporal spread of tick-borne encephalitis in the EU/EEA, 2012 to 2020. *Euro Surveill*. 2023 Mar;28(11):2200543.
- Amicizia, D., Dornich, A., Panatto, D., Lai, P. L., Cristina, M. L., Avio, U., & Gasparini, R. (2013). Epidemiology of tick-borne encephalitis (TBE) in Europe and its prevention by available vaccines. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 9(5), 1163–1171.
- https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Tick-borne-encephalitis-annual-epidemiological-report-2022.pdf
- Saegerman, C., Humblet, M.-F., Leandri, M., Gonzalez, G., Heyman, P., Sprong, H., L'Hostis, M., Moutailler, S., Bonnet, S.I.; Haddad, N.; et al. First Expert Elicitation of Knowledge on Possible Drivers of Observed Increasing Human Cases of Tick-Borne Encephalitis in Europe. *Viruses* 2023, 15, 791.
- Holzmann, H., Aberle, S. W., Stiasny, K., Werner, P., Mischak, A., Zainer, B., Netzer, M., Koppi, S., Bechter, E., & Heinz, F. X. (2009). Tick-borne encephalitis from eating goat cheese in a mountain region of Austria. *12*. de Graaf JA, Reimerink JH, Voorn GP, Bij de Vaate EA, de Vries A, Rockx B, Schuitemaker A, Hira V. First human case of tick-borne encephalitis virus infection acquired in the Netherlands, July 2016. *Euro Surveill*. 2016 Aug 18;21(33):30318.
- Stoefs A, Heyndrickx L, De Winter J, Coeckelbergh E, Willekens B, Alonso-Jiménez A, Tuttino AM, Geerts Y, Ariën KK, Van Esbroeck M. Autochthonous Cases of Tick-Borne Encephalitis, Belgium, 2020. *Emerg Infect Dis*. 2021 Aug;27(8):2179–2182.
- Mansbridge, C. T., Osborne, J., Holding, M., Dryden, M., Aram, M., Brown, K., & Sutton, J. (2022). Autochthonous tick-borne encephalitis in the United Kingdom: A second probable human case and local eco-epidemiological findings. *Ticks and tick-borne diseases*, 13(1), 101853.
- Voylatzaki, C., Pappalila, S. I., Venetiko, M. S., Pouris, J., Tsoumani, M. E., & Papageorgiou, E. G. (2022). Climate Changes Exacerbate the Spread of Ixodes ricinus and the Occurrence of Lyme Borreliosis and Tick-Borne Encephalitis in Europe-How Climate Models Are Used as a Risk Assessment Approach for Tick-Borne Diseases. *International journal of environmental research and public health*, 19(11), 6516.
- Kaiser R. (2008). Tick-borne encephalitis. *Infectious disease clinics of North America*, 22(3), 561–x.
- Lindquist, L., & Vapalahti, O. (2008). Tick-borne encephalitis. *Lancet (London, England)*, 371(9627), 1861–1871.
- Bogović, P., Stupica, D., Rojko, T., Lotrič-Furlan, S., Avšič-Zupanc, T., Kastrin, A., Lusa, L., & Strle, F. (2018). The long-term outcome of tick-borne encephalitis in Central Europe: Ticks and tick-borne diseases, 9(2), 369–378.
- Kunz C. (2003). TBE vaccination and the Austrian experience. *Vaccine*, 21 Suppl 1, S50–S55.
- Heinz, F. X., Holzmann, H., Essl, A., & Kundl, M. (2007). Field effectiveness of vaccination against tick-borne encephalitis. *Vaccine*, 25(43), 7559–7567.
- Pilz, A., Erber, W., & Schmitt, H. J. (2023). Vaccine uptake in 20 countries in Europe 2020: Focus on tick-borne encephalitis (TBE). *Ticks and tick-borne diseases*, 14(1), 102059.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2011. Vaccines against tick-borne encephalitis: WHO position paper [online]. Draft 13Mar 2011, 19p.

INFOservis

Košickí odborníci kochleárnou implantáciou vrátili sluch

Klinika otorinolaryngológie a chirurgie hlavy a krku Univerzitetnej nemocnice L. Pasteura a Lekárskej fakulty UPJŠ v Košiciach, je jedným z koncových pracovísk v odbore otorinolaryngológie na Slovensku; poskytuje komplexnú zdravotnú starostlivosť o pacientov s chorobami hlavy a krku formou ambulantnej starostlivosti, formou jednoduchovej chirurgie a aj formou hospitalizácie. Vykonáva sa tu komplexná diagnostická a liečebná činnosť u pacientov s chorobami uší, poruchou sluchu, poruchou rovnováhy, chorobami nosa a prínosových dutín, chorobami slzných ciest, slinných žliaz, štítnej žľazy, chorobami hrtana,

poruchami prehĺtania a ďalšia odborná starostlivosť. Súčasťou kliniky je centrum kochleárnej implantácie - lekári z Kliniky ORL a CHHaK UNLP pomáhajú pacientom znova počuť. Primár MUDr. Ladislav Kaliarik, PhD. a prednosta MUDr. Martin Šuchaň, PhD. svoju prácu prednedávnom prezentovali na 17. medzinárodnom kongrese kochleárnej implantácie na Kanárskych ostrovoch. Informovali o skúsenostiach a úspešných výsledkoch návratu sluchu pomocou kochleárneho implantátu u pacientov, ktorí prišli o tento zmysel po hnisavom zápale mozgových blán. Kochleárny implantát je druh

ušného implantátu, ktorý sa vkladá do vnútorného ucha, preberá úlohu vláskových buniek a úspešne prenáša signál sluchovým nervom do mozgu, čím nahrádza funkciu slímáka. Je špeciálne navrhnutý pre ľudí s veľmi ťažkou poruchou sluchu až hluchotou. Je zložený z dvoch častí: samotný implantát a rečový procesor. Implantát je umiestnený pod pacientovu kožu a uložený v kostnom lôžku spánkovej kosti počas operácie. Obsahuje elektródu, ktorá sa zavádza do slímáka počas operácie a stimuluje vetvičky sluchového nervu vo vnútornom uchu. Obsahuje tiež anténu, ktorá prijíma signál z vonkajšej cievky a mag-

net, ktorý drží vonkajšiu cievku na mieste. Druhou súčasťou je rečový procesor, ktorý sa nachádza mimo tela. Cievku rečového procesora udržiava pri pokožke magnet. Mikrofóny sú umiestnené za ušom. Implantácii predchádza podrobné predoperačné vyšetrenie. Ako vysvetľuje primár kliniky MUDr. Ladislav Kaliarik, nevyhnutnou podmienkou pre implantáciu je funkčnosť sluchového nervu. Tá sa skúma drážením vnútorného ucha z elektródy, ktorá je cez bubienok zavedená na vyklenutie slímáka. Elektrická stimulácia musí vyvolať vnemy, ktoré zodpovedajú zvukovému vnemu. Vlastná operácia, pri ktorej sa

implantuje prijímacia cievka s dekóderom a stimulačnou elektródou cez okrúhle okienko zväzok elektród do jedného z kanálikov slímáka, trvá skúsenému operátovi asi dve hodiny. Rečové procesory ušných implantátov sú bežne nositeľné po dvoch až štyroch týždňoch po operácii, kedy audiológ zapne rečový procesor a pacient začne počuť. História ušného implantátu siaha do polovice 20. storočia, v 50. až 60. rokoch americkí a austrálski fyziológovia spoločne s otorinolaryngológmi robili prvé pokusy na experimentálnych zvieratkách, ktorým elektricky dráždili vlákna sluchového nervu. jps

Amyloidóza ako príčina srdcového zlyhávania

MUDr. Miroslav Gbúr

primár Kardiologického oddelenia, I. Kardiologická klinika VÚSCH a.s. Košice

Úvod

Amyloidóza je zriedkavé ochorenie spôsobené ukladaním nerozpustnej bielkoviny, amyloidu, v tkanivách. Amyloid má fibrilárny a nefibrilárny komponent. Fibrily amyloidu sú tvorené agregátmi proteínového prekursora. Je známych viac ako 30 proteínov, ktoré môžu byť prekuzormi amyloidu. Podľa vlastností konkrétneho proteínu dochádza k ukladaniam amyloidu v rôznych orgánoch, čo má za následok rôzne klinické manifestácie. Z hľadiska postihnutia srdca sú dôležité 2 typy amyloidózy: AL amyloidóza („light chain“, z ľahkých reťazcov) a ATTR amyloidóza (transtyretínová). Tieto 2 dva typy sú zodpovedné za viac ako 95 % prípadov srdcovej amyloidózy (SA).

Pri **AL amyloidóze** sú prekuzorom monoklonálne ľahké reťazce imunoglobulínov tvorené patologickým klonom B-lymfocytov. Základným klonálnym ochorením môže byť mnohobočetný myelóm, zriedkavejšie B-lymfocytová leukémia alebo lymfóm. V niektorých prípadoch však táto klonálna proliferácia v čase manifestácie a diagnózy SA nemusí spĺňať diagnostické kritériá pre žiadne hematologické ochorenie.

ATTR amyloidóza je spôsobená ukladaním agregátov transtyretínu (TTR). TTR je transportný proteín pre tyroxín a retinol, ktorý je syntetizovaný v pečeni. V sére sa normálne vyskytuje ako tetramér. V dôsledku mutácie génu pre TTR, alebo u niektorých ľudí z nejasných dôvodov, dochádza k jeho disociácii na monomér, ktorý sa potom ukladá vo forme amyloidu v rôznych tkanivách, vrátane srdca. Ide potom buď o tzv. **vATTR** – variantnú, geneticky podmienenú formu alebo tzv. **wt-ATTR** – wild-type formu alebo divoký typ ATTR SA, ktorý bol v minulosti nazývaný aj senilná amyloidóza. Presná prevalencia SA nie je známa. Vzhľadom k pokrokom v diagnostike a zvyšovaniu povedomia o tomto ochorení, v posledných rokoch stále stúpa. Z dostupných údajov vyplýva, že ATTR amyloidóza môže byť prítomná až u 10–15 % pacientov so SZ a hypertrofiou LK vo veku nad 65 r. bez ohľadu na ejekčnú frakciu LK a asi u 10 % pacientov vyšetovaných pre závažnú aortálnu stenózu.

Z hľadiska patogenézy a pochopenia ochorenia sú pre klinickú prax dôležité 2 fakty:

1. SA je **toxicko-infiltratívne ochorenie srdca**. Infiltrácia amyloidom vedie k štruktúrálnym a funkčným zmenám - hypertrofii komôr (so zvýšenou tuhosťou, poruchou kontraktility a relaxácie hlavne LK), dysfunkciou predsiení, zhrubnutiu cípov chlopní, ako aj poškodeniu prevodového systému srdca. Prekuzory amyloidu však majú, hlavne pri AL amyloidóze, aj priamy cytotoxický efekt a spôsobujú poškodenie a nekrózu kardiomyocytov (a mierne zvýšenie hodnôt srdcových troponínov).
2. AL aj ATTR amyloidóza sú systémové ochorenia s multiorgánovým postihnutím, ktoré často predchádza kardiálnu manifestáciu. Pátranie po týchto nekardiálnych príznakoch a ochoreniach je dôležité v diferenciálnej diagnostike hypertrofie LK.

Srdcové zlyhávania pri SA

Najčastejším príznakom SZ pri SA je zadychávanie pri námahe a únava. Typický je sklon k hypotenzii, či už ako ortostatická hypotenzia, alebo spontánne „vyliečenie“ hypertenzie s nutnosťou vysadzovať antihypertenzíva. V neskorších štádiách dominuje pravostranné zlyhávania (opuchy, venostáza, pleurálne efúzie, ascites) a syndróm nízkeho srdcového výdaja (slabosť, kachexia).

Na **EKG** môže byť prítomná nízka voltáž QRS v končatinových zvodoch a pseudoinfarktový obraz s Q-kmitmi v hrudných zvodoch. Dôležitý je však skôr nepomer medzi hypertrofiou LK pri echokardiografickom vyšetrení a voltážou QRS na EKG, ktorý by nás mal upozorniť na možnú SA. Častým nálezom sú poruchy AV prevodu a fibrilácia predsiení (FP). Hlavnou metódou, ktorá by mala viesť k podozreniu na SA, je **echokardiografia**. Typická je hypertrofia stien LK (≥ 12 mm) s vysokou relatívnou hrúbkou stien, malá perikardiálna efúzia, znížené myokardiálne rýchlosti mitrálneho anulu merané pomocou tkanivového Dopplera (znamenie 5-5-5), prítomnosť diastolickej dysfunkcie 2.-3. stupňa, ako aj hypertrofia a porucha funkcie pravej komory. EF LK môže byť normálna, alebo znížená. Porucha systolickej funkcie LK je však prítomná vždy, čo môžeme potvrdiť vyšetrením tzv. longitudinálneho strainu, ktorý je znížený. Hodnoty **NTpBNP** bývajú významne zvýšené aj u obehovo kompenzovaných pacientov v relatívne dobrom stave.

Extrakardiálne príznaky pri SA

Typickým nekardiálnym prejavom je **syndróm karpálneho tunela**, hlavne ak je obojstranný, bez typickej pracovnej anamnézy a u mužov. Kardiálnu manifestáciu predchádza o 5–10 rokov, častejšie pri ATTR ako pri AL amyloidóze. Z muskulo-skeletálnych prejavov pri ATTR SA je to ešte ruptúra šľachy bicepsu a spinálna stenóza. Pacienti s v-ATTR môžu mať zároveň prejavy polyneuropatie, ktorá môže v klinickom obraze aj dominovať. Pri AL amyloidóze býva makro-

glosia, periorbitálne ekchymózy, nefrotický syndróm, hepatomegália, polyneuropatia (symetrická, hlavne senzoričná).

Diagnostika SA

Zásadným pokrokom v diagnostike SA bolo poznanie, že u pacientov s ATTR SA dochádza k akumulácii osteotropných rádiofarmák bežne používaných pri scintigrafii skeletu v myokarde. Významná akumulácia rádiofarmaka (tzv. *Perugini skóre 2. a 3.*) u pacientov s vylúčenou monoklonálnou gamapatiou potvrdzuje postihnutie ATTR SA bez potreby ďalších vyšetrení. Magnetická rezonancia síce odliší hypertrofiu myokardu pri SA od iných ochorení, neumožňuje ale zatiaľ diferencovať medzi ATTR a AL SA. Hlavným krokom u pacienta s podozrením na SA je preto **vylúčenie monoklonálnej gamapatie (vždy kompletný odber na voľné ľahké reťazce v sére a imunofixácia séra a moču)** a realizovanie **scintigrafie skeletu**.

Ak sú obidve vyšetrenia negatívne, je SA nepravdepodobná. Jednoznačne pozitívna scintigrafia pri vylúčenej monoklonálnej gamapatii je diagnostická pre ATTR SA. V ostatných prípadoch sú potrebné ďalšie vyšetrenia, ktoré sú dostupné v špecializovaných centrách.

INZERCIA

PLNE HRADENÝ od 1.9.2023*



Vyndaqel®
(tafamidis)
61 mg kapsuly

TRANSTYRETÍNOVÁ AMYLOIDOVÁ KARDIOMYOPATIA (ATTR-CM) JE ŽIVOT OHROZUJÚCE OCHORENIE.^{1,2}

Perorálna liečba 1x denne
VYNDAQEL®
prvá a jediná liečba ATTR-CM[#]

Signifikantná redukcia rizika:

Celkovej mortality ^{2,4}	Kardiovaskulárnych hospitalizácií ^{2,4}
32%	32%

***VYNDAQEL 61 mg je indikovaný na liečbu hereditárnej transtyretínovej amyloidózy alebo transtyretínovej amyloidózy divokého typu (wild type) u dospelých pacientov s kardiomyopatiou (ATTR-CM).[#]**

[#]Hradená liečba sa môže indikovať dospelým pacientom s transtyretínovou amyloidózou divokého typu (wild type) s kardiomyopatiou, ktorí sú v triedach I-III vo funkčnej klasifikácii srdcového zlyhávania podľa NYHA (New York Heart Association).⁵

ATTR-CM = transtyretínová amyloidová kardiomyopatia

Pred predpísaním alebo podaním lieku si prosím preštudujte úplné znenie súhrnu charakteristických vlastností lieku VYNDAQEL (SPC).

SPC lieku VYNDAQEL je dostupné na internetovej stránke: www.pfi.sk/spr-vyndaqel alebo zosnímaním tu vytlačenej QR kódu pomocou fotoaparátu (prípadne na to určenej aplikácie) mobilného zariadenia (napr. telefónu alebo tabletu) s prístupom na internet. Po namierení hľadáča na QR kód sa zobrazí URL adresa pre príslušné SPC. Po kliknutí na ňu sa zobrazí SPC. SPC je taktiež dostupné na vyžiadanie od zástupcov spoločnosti Pfizer.

Táto informácia o lieku je určená osobám oprávneným predpisovať alebo vydávať lieky. Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis s obmedzením predpisovania.

[†]Tento liek je predmetom ďalšieho monitorovania. To umožňuje rýchle získanie nových informácií o bezpečnosti. Akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie je potrebné hlásiť na Štátny ústav pre kontrolu liečiv, Sekcia klinického skúšania liekov a farmakovigilancie, Kvetná 11, SK-825 08 Bratislava, tel.: +421 2 507 01 206, e-mail: neziaduce.ucinky@sukl.sk. Tlačivo na hlásenie podozrenia na nežiaduci účinok lieku je na webovej stránke www.sukl.sk v časti Bezpečnosť liekov/Hlásenie podozrení na nežiaduce účinky liekov. Formulár na elektronické podávanie hlásení: <https://portal.sukl.sk/eskadra/>. Hlásenie môžete zaslať aj miestnemu zástupcovi držiteľa rozhodnutia o registrácii: Pfizer Luxembourg SARL, o. z., Pribinova 25, 811 09 Bratislava, e-mail: SVK.AERreporting@pfizer.com.

Referencie: 1. Mauer MS, et al. Addressing Common Questions Encountered in the Diagnosis and Management of Cardiac Amyloidosis. *Circulation*. 2017;135:1357-1377. 2. Maurer MS, et al. Tafamidis treatment for patients with transthyretin amyloid cardiomyopathy. *N Engl J Med*. 2018;379(11):1007-1016. 3. Park J, et al. Tafamidis: A First-in-Class Transthyretin Stabilizer for Transthyretin Amyloid Cardiomyopathy. *Ann Pharmacother*. 2020 May;54(5):470-477. 4. SPC Vyndaqel (tafamidis). Súhrn charakteristických vlastností lieku. Február 2023. 5. Rozhodnutie MZ SR zo dňa 15. 6. 2023, číslo: S19923-2023-OKCHL-26195, ID rozhodnutia R 8412. Dostupné na: kategorizacia.mzsr.sk/Lieky/Common/DecisionDetails/8412. Navštívené: 24. 4. 2024.

Pfizer Pfizer Luxembourg SARL, o. z., Pribinova 25, 811 09 Bratislava, Slovenská republika, tel. +421 2 3355 5500; www.pfizer.sk

PP-VYN-SVK-0123
Dátum prípravy: apríl 2024

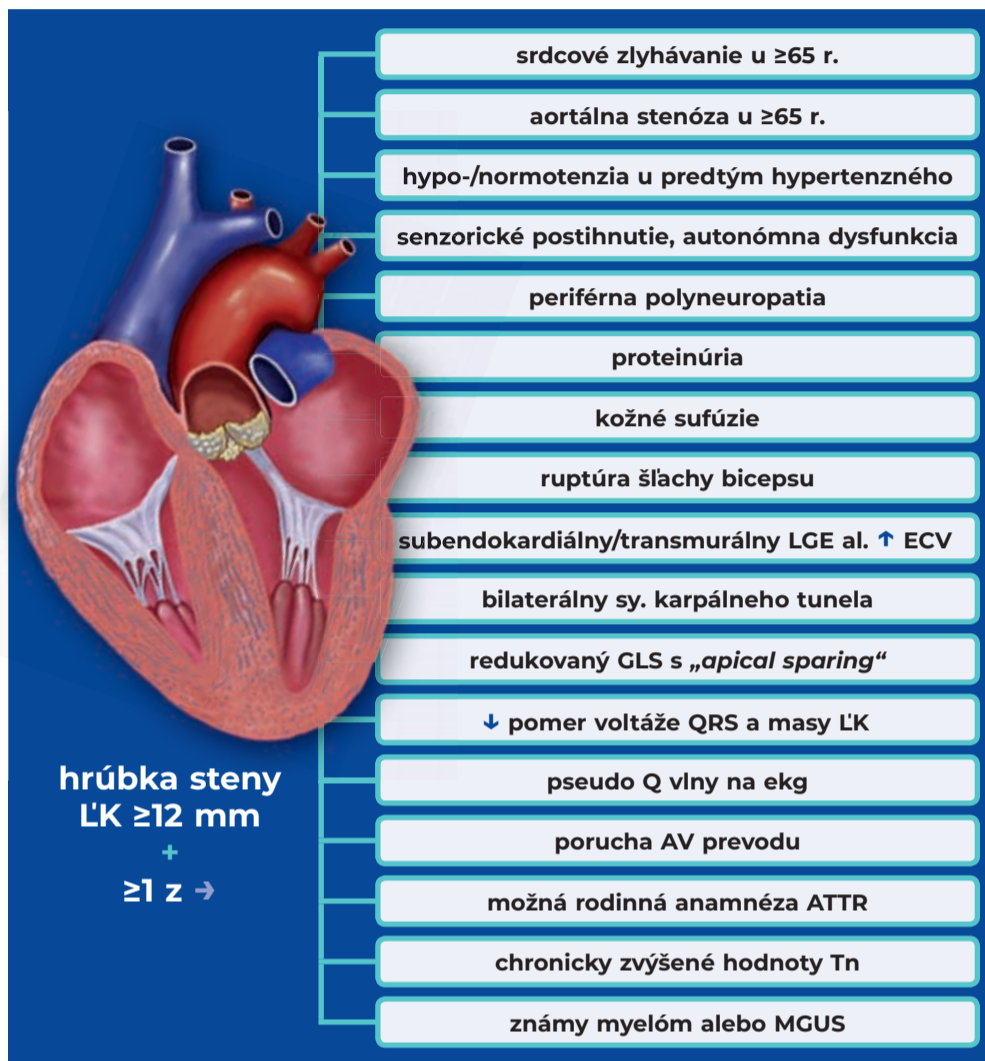
Prognóza a liečba SA

SA je progresívne ochorenie so zlou prognózou. V súčasnosti nie je v klinickej praxi dostupná efektívna liečebná metóda, ktorá by dokázala odstrániť amyloid z tkanív. Základom úspešnej liečby je preto včasná a rýchla diagnostika.

Podstatou liečby je pri AL SA potlačenie produkcie ľahkých reťazcov hemato-onkologickou liečbou. Pri ATTR SA je už aj na Slovensku dostupné podávanie stabilizátora tetramérov TTR tafamidisu. Ide o perorálny liek, podávaný 1x denne, ktorý spomaľuje progresiu ATTR SA, znižuje mortalitu a pomáha udržať funkčný stav pacientov s týmto ochorením.

Z praktického hľadiska je kľúčové, pri podozrení na SA, čím skôr realizovať vyšetrenia na prítomnosť monoklonálnej gamapatie. V prípade jej potvrdenia, ďalšiu diagnostiku a liečbu riadi hemato-onkológ v spolupráci s kardiológom. Pri potvrdení ATTR SA, nejasných nálezoch, alebo potrebe konzultácie, je vhodné kontaktovať centrá (NÚSCH Bratislava, SÚSCCH Banská Bystrica, VÚSCH Košice), ktoré disponujú potrebnými diagnostickými možnosťami a môžu indikovať liečbu tafamidisom.

Obrázok 1 – Skrining srdcovej amyloidózy. Skrining SA je indikovaný u pacientov s hypertrofiou LK a aspoň jedným ďalším nálezom.



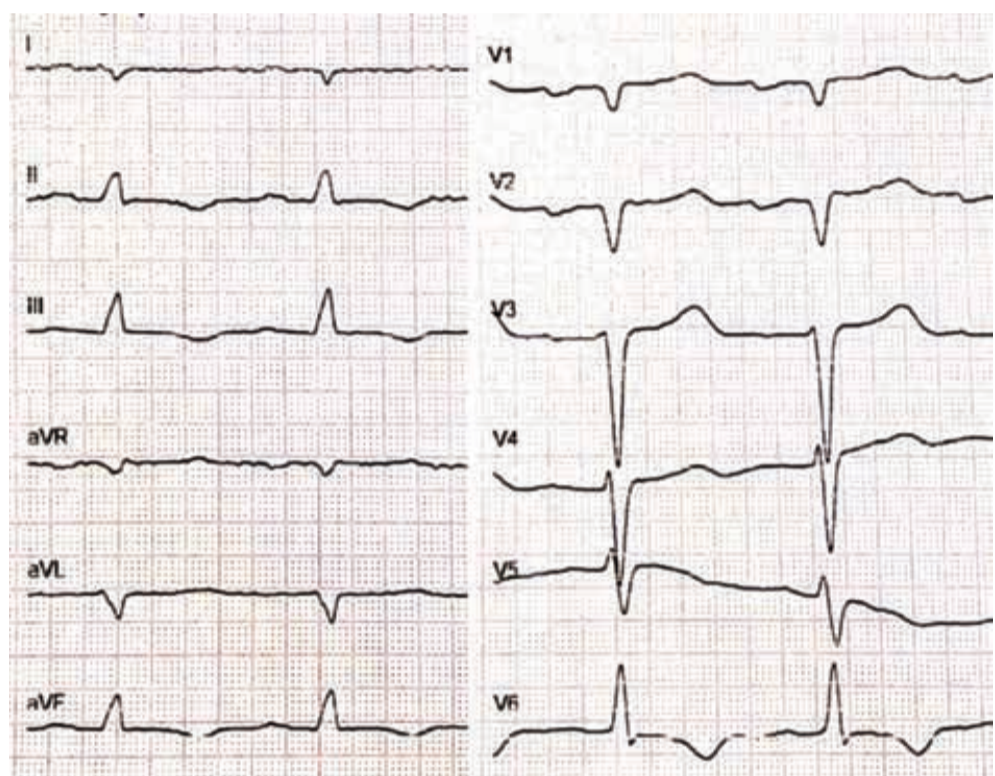
Liečba srdcového zlyhávania pri SA

Liečbu srdcového zlyhávania pri SA je nutné individualizovať. Základom je podávanie kľúčkových diuretik (furosemidu), väčšinou v kombinácii s antagonistami aldosterónu (spironolaktón, eplerenón) na kontrolu opuchov. Špecifikom pacientov s rozvinutým obrazom SA je fixovaný vývrhový objem LK a s tým súvisiacia závislosť srdcového výdaja na tepovej frekvencii. Bradykardia (spontánna alebo pri podávaní betablokátorov) je zle tolerovaná a môžu viesť k zhoršeniu hemodynamiky. Benefit podávania ACE-inhibítorov, sartanov a sacubitril-valsartanu nie je potvrdený. Často sú však zle tolerované pre hypotenziu. Z liekov štandardne podávaných pacientov so srdcovým zlyhávaním je odporúčané ešte zváženie SGLT2 inhibítorov, aj keď aj tu dôkazy o ich prínose zatiaľ nie sú. V prípade fibrilácie predsieni je vždy indikovaná orálna antikoagulačná liečba, bez ohľadu na CHA₂DS₂-VASc skóre. Rozhodnutie o stratégii kontroly srdcovej frekvencie, alebo rytmu, treba zvažovať individuálne. Pred kardioverziou je vždy nutné realizovať transezofageálne echokardiografické vyšetrenie na vylúčenie trombov v ľavej predsieni, ktoré môžu byť prítomné aj u adekvátne antikoagulovaných pacientov. Z antiarytmík prichádza do úvahy, v podstate len amiodarón.

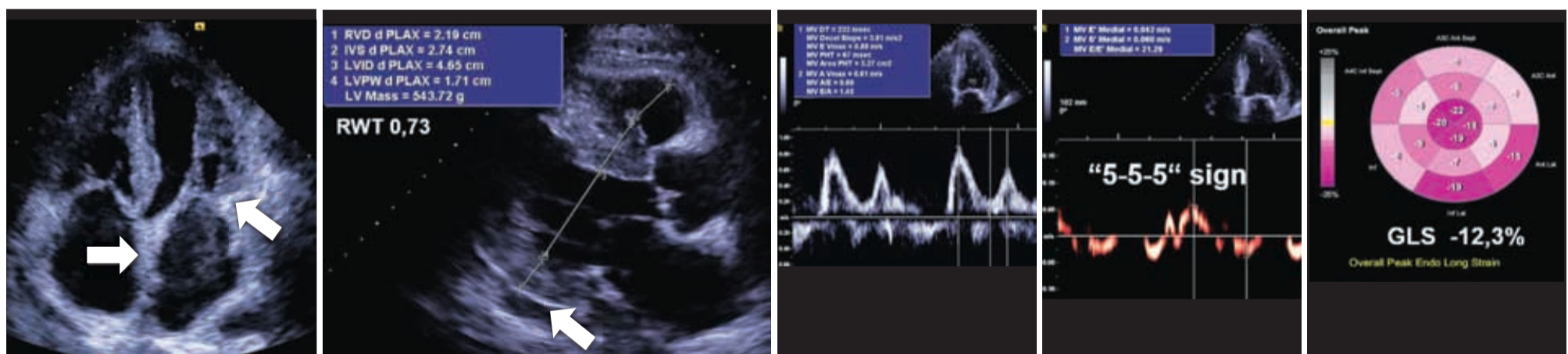
Záver

SA je stále častejšie rozpoznanou príčinou SZ. Zlú prognózu pacientov s AL aj ATTR amyloidózou je možné významne zlepšiť včasnou diagnostikou a následnou etiologickou cieľenou liečbou. Dôležité je preto myslieť na SA u pacientov s nejasnou hypertrofiou LK a ďalšími kardiálnymi alebo extrakardiálnymi znakmi. Pri podozrení na SA je potrebné čo najskôr realizovať vyšetrenia na prítomnosť monoklonálnej gamapatie a scintigrafiu skeletu, ktorých výsledky určujú ďalší diagnostický postup.

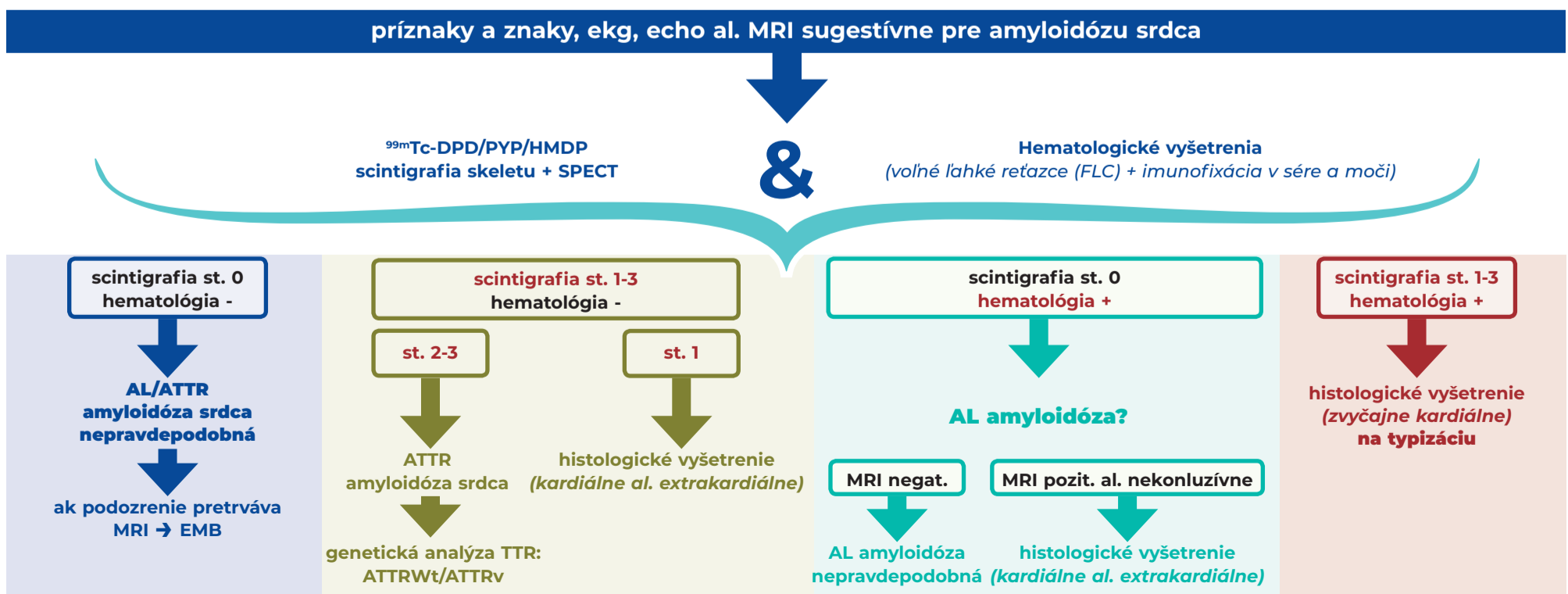
Obrázok 2 – EKG pacienta so srdcovou amyloidózou.



Obrázok 3 – Echokardiografické nálezy u pacienta so srdcovou amyloidózou.



Obrázok 4 – Diagnostický postup u pacientov s podozrením na srdcovú amyloidózu.



Chirurgovia v Slovenskom národnom povstaní

V roku 2024 si pripomínáme okrúhle 80. výročie SNP. O Slovenskom národnom povstaní už napísali dosť historici, pamätníci aj vojenský odborníci. Ak sa k nemu vraciame, tak predovšetkým z toho dôvodu, aby sme si pripomenuli prácu lekárov, zdravotníkov i dobrovoľných ošetrovateľov, teda ľudí, ktorí málokedy zoberú do rúk zbraň, ale rovnako zachraňujú životy ranených. Málokedy sa po vojne spomínajú. Spomienku im v duchu venujú azda tí, ktorým pomohli. A pritom tiež bojovali! Neraz za tých najzložitejších a najťažších podmienok.



Kedže sa fašisti vedeli kruto mstiť, musela byť väčšina archívnych materiálov z tohto historicky významného obdobia pred zatlačením povstania do hôr zničená. V tomto článku si pri príležitosti 80. výročia SNP zaspomíname na tieto významné historické udalosti prostredníctvom spomienok dvoch priamych aktívnych účastníkov povstania, primárov chirurgických pracovísk dvoch najväčších nemocníc na povstaleckom území, profesora Jána Kňazovického, ktorý bol riaditeľom nemocnice v Turčianskom sv. Martine a primára Daniela Petelena, ktorý bol riaditeľom nemocnice v Banskej Bystrici. Na autentickejšť týchto spomienok sa ani s odstupom času nezmenilo nič na ich význame, práve naopak, ich hodnota je dnes pre nás ešte väčšia a cennejšia.

Martin pred povstaním

Docent Ján Kňazovický nastúpil na post primára chirurgie v martinskej nemocnici dňa 1. apríla 1939 potom, čo opustil miesto primára chirurgie a riaditeľa Štátnej nemocnice po okupácii Košíc horthyovským Maďarskom. Martinská nemocnica bola na slovenské pomery dosť slušne vybavená, z krajských nemocníc patrila k najlepším. Riaditeľovanie po doktorovi Dudkovi prevzal prednosta gynekologicko-pôrodnického oddelenia docent Schwarz, ktorý bol vynikajúcim odborníkom a na Slovensku patrilo vo svojom odbore medzi najvyhládavanejších lekárov. Riaditeľovanie mu ale veľmi nesesedelo, a preto začal vážne uvažovať, že riaditeľskú funkciu nechá. Na podnet väčšiny prednostov vymenovalo ministerstvo zdravotníctva v roku 1940 do funkcie riaditeľa docenta Kňazovického.

Za nového šéfa zdravotníctva, ktoré bolo vtedy iba sekciou ministerstva vnútra, vymenovala Slovenská vláda asistenta ústavu patologickej anatómie, doktora Huga Humburského. Bol to mladý, rozhladený a odborne veľmi erudovaný lekár. V priebehu niekoľkých mesiacov dokázal presadiť záležitosti, ktoré sa predtým vliekli celé roky a nikto nemal záujem ich riešiť. Doktor Hum-



Oslavy päťdesiatych narodenín v Martinskej nemocnici (október 1943). Doc. MUDr. Ján Kňazovický v strede.

burský sa snažil vytvoriť v Martine veľké zdravotnícke centrum, niečo ako protiváhu bratislavskej lekárskej fakulty. Po určitom čase dostal docent Ján Kňazovický, ako riaditeľ, úradné poverenie za účelom realizovania prípravných a rekonštrukčných prác martinskej nemocnice. Počas jeho pôsobenia sa dokončila nadstavba chirurgického pavilónu a zaslúžil sa aj o výstavbu nového pavilónu, v ktorom sa neskôr nachádzalo detské a očné oddelenie.

V máji 1942 doktor Humburský tragicky zahynul počas služobnej cesty pri autonehode neďaleko Martina. Na jeho miesto bol vymenovaný slovenskou vládou profesor MUDr. František Šubík, ktorý pôsobil aj ako podpredseda Spolku slovenských spisovateľov pod menom Andrej Žarnov. Tempo ďalšieho budovania slovenského zdravotníctva sa postupne spomaľovalo, až sa takmer celkom zastavilo. Ludácka vláda na Slovensku sa dostala do takeého područia hitlerovského Nemcka, že musela plniť stále väčšie požiadavky na hospodársky i vojenský potenciál, ktorý fašisti

potrebovali na posilnenie svojej vojnovnej mašinérie. Chýbali lieky i zdravotnícky materiál, do uniforiem boli obliekaní aj starší lekári, čím sa zdravotníctvo oslabovalo aj personálne. Nedostatok lekárov sa stal v martinskej nemocnici hlavným problémom.

Na chirurgickom a pôrodnickom oddelení dvaja či traja lekári nestačili. Židovskí lekári, ktorí boli do nemocnice pridelení, dostávali výnimku, ktorá bola, žiaľ, dočasná. Niekedy nastala aj taká situácia, že Nemci podľa dohody s vtedajšími slovenskými

úradmi odvádzali židovských, ale aj iných slovenských občanov, ktorí bojovali proti fašizmu do zberných a potom do koncentračných táborov, odkiaľ sa len málokto vrátil.

V roku 1943 síce nemecká vojenská mašinéria bežala naplno, ale už sa kde-tu zasekávala, vŕzgala, po Turci sa šuškali všelijaké reči, vo vzduchu čosi viselo a všetko toto sa prenieslo aj do nemocničného života. Zároveň sa množili správy o partizánoch. Blížil sa čas Slovenského národného povstania, čas

otvoreného boja za slobodu. Predpovstalecké obdobie bolo poznačené mnohými tragickými udalosťami, ktoré sa osobne dotýkali aj docenta Jána Kňazovického. Evanjelickému farárovi Jankovi Bakošovi, ktorý bol švagrom docenta Schwarza, hrozilo v Banskej Bystrici od Nemcov internovanie. Preto prišiel do Martina a ubytoval sa u docenta Schwarza. Gestapo bolo vtedy na Slovensku veľmi aktívne. Aj v martinskej nemocnici mali Nemci svojich udavačov. Zakrátko vyšlo najavo, že u docenta Schwarza sa skrýva

„Mal som dosť starostí, ako zabezpečiť riadny chod nemocnice, keď mi stiahli lekára do tzv. pracovného tábora. Často som musel za týchto lekárov bojovať aj na ministerstve vnútra. Odtiaľ sa časom rozšírila správa, že sa zastávam Židov, čo bola, nakoniec, aj pravda. V tom čase to bola veľmi nebezpečná vec. Keďže som s touto činnosťou ani po upozornení neprestal, ocitol som sa v nemeckých novinách. Nasledovali na mňa útoky aj zo strany gardistov. Preto vymenovali špeciálnu komisiu, aby celú záležitosť vyšetrila. Horko-ťažko som sa predsa len s ťažkosťami obhájil s odôvodnením, že som musel za každých okolností zabezpečiť riadny chod nemocnice.“

Ján Kňazovický



Prof. MUDr. Ján Kňazovický (1893–1987)

Žiak profesora Kostlivého, primár chirurgického oddelenia, riaditeľ nemocnice v Turčianskom sv. Martine. Zdravotnícky náčelník I. partizánskej brigády gen. M. R. Štefánika, zástupca povereníka Slovenskej národnej rady pre zdravotníctvo.

evanjelický farár, ktorého prenasledovali za to, že nesúhlasil s nemeckým režimom, keď počas kázne kritizoval vtedajší politický systém. V tom čase už docent Kňazovický udržiaval pravidelné styky s partizánmi v horách pri Bystrici. Kontaktoval sa s nimi pomocou spojky, juhoslovenského podplukovníka Deretiča, ktorý bol veliteľom partizánskej brigády. Požiadal ho, aby ho ukryli. Podplukovník súhlasil, ale farár nie. Nakoniec ho gestapáci odviekli do väznice v budove okresného súdu. Docenti Schwarz a Kňazovický šli zaňho na gestapo intervenovať, no nepochodili. Pána farára aj s ďalšími zastrelili na martinskom cintoríne. Sám si predtým musel vykopať hrob. Táto udalosť sa oboch hlboko dotkla a vyvolala v nich ešte väčší hnev proti fašistom. Druhá udalosť, ktorá sa odohrala v Martine ešte pred povstaním, bolo zastrelenie misie vysokých vojenských dôstojníkov, ktorí cestovali vlakom zo Žiliny do Budapešti. Partizáni ich vytiahli z vlaku a postrelili ich.

Po tejto udalosti prišli Nemci do nemocnice a začali strieľať hlavu-nehlava, údajne partizánov. Bolo to hotové nešťastie.

Jeden taký prípad, keď boli v martinskej nemocnici zranení sovietski partizáni liečení a ukryvaní pomocou falošných chorobopisov, utkvel profesorovi Kňazovickému nadhlo v pamäti, lebo mu vtedy život visel na vlásku.

Ján Kňazovický: Potajomky k nám priviezli zraneného partizána. Mal poranené brucho a museli sme ho narýchlo s doktorom Bárdošom operovať. Ešte skôr, než sme ho odviezli na chirurgickú sálu, poučili sme ho, čo má povedať, keby sa ho niekto pypytoval, ako z zraneniu došlo. Operácia prebehla v poriadku a pacienta odviezli naspäť na izbu. Sám som sa nestačil ani poumývať a prezliecť, keď sa dovalili dvaja gardisti a jeden chlap z gestapa, ktorý s namiereným revolverom na mňa zakričal: „Kde máte partizánov? Vydajte mi ich! Ja neviem, ktorý z tých poranených je partizán, odvetil som. Poďte na oddelenie, presne vám budem referovať o každom pacientovi.“ Pripravili si zbrane a nenápadne ich vsunuli do vreciek, aby mohli

v prípade potreby strieľať. Cez chodbu sme sa dostali do prvej izby, potom do druhej a ďalších. Postupne som im ukázal všetkých ranených. Vedel som, že ich nakoniec utiahm. Trvalo to tri hodiny. Tam, kde ležal operovaný, som ich zaviedol nakoniec. Práve sa preberal z narkózy. Ale ako! Nesúvisle vykrikoval a bojoval proti nepriateľovi v ruštine či v inom jazyku. Našťastie sestra, ktorá bola pri posteli, mu rýchlo zakryla ústa gázou namočenou do čaju, aby nevolaní hostia nerozumeli, čo nekontrolovane hovorí. Ale mne veru do smiechu nebolo.

Následkom takýchto udalostí začali lekári v martinskej nemocnici budovať odbojovú organizáciu. Špeciálne sa na blížiacie povstanie začala strojiť skupina pracovníkov chirurgických disciplín. Nadviazali spoluprácu so zdravotníkmi v Banskej Bystrici na čele s primárom Danielom Petelenom, ktorý na príkaz podzemnej organizácie Slovenskej národnej rady evidoval spoľahlivých zdravotníkov a zosnoval návrh pre prípad bojových akcií pre chirurgické oddelenia štátnych nemocníc na strednom Slovensku. Príprava pozostávala z vytvorenia pracovných tímov, ktoré mali za úlohu zhromaždiť najnutnejší zdravotný materiál a inštrumentárium potrebné pre vojnové zranenia, pripraviť ich na distribúciu k jednotlivým chirurgickým pracoviskám pôsobiacich v horách a nepozorovane nadviazať spoluprácu s revolučnými národnými výbormi. Naliehavo bolo potrebné vyriešiť otázku liečby podzemných ilegálnych pracovníkov, exponovaných politických činiteľov a partizánskych skupín vyhradením niektorých nemocničných priestorov.

Boj za národnú slobodu

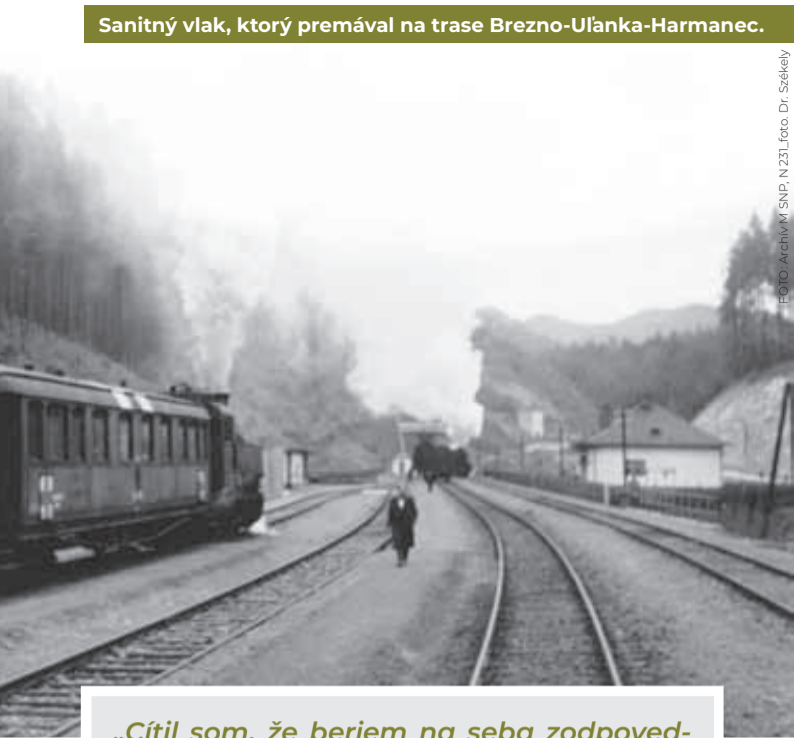
Idea boja proti fašizmu a za národnú slobodu našla živnú pôdu v Turci, kde mal protifašistický odboj silné zázemie. Od začiatku roku 1944 bol Turiec jednou z hlavných oblastí odbojovej činnosti. Atmosféra leta 1944 bola už poznačená blížiacim sa rozhodujúcim stretnutím. Partizáni sa začali sústreďovať v letných táboroch nad Bystricou, Vrútkami a Sklabiňou, kde ich v priebehu augusta posilni-

li francúzski utečenci a Slováci z ostatných oblastí Slovenska.

Turčianska kotlina sa stala najdôležitejšou partizánskou základňou na Slovensku, kde sa akcie partizánov začali s prudko narastajúcou silou rozrastať od polovice augusta. Bojové skupiny I. a II. partizánskej brigády generála M. R. Štefánika podnikali na území Turca proti ľudácko-fašistickému režimu ozbrojené akcie. Ešte pred vyhlásením SNP dňa 18. augusta, partizáni zlikvidovali hniezda gestapa a poľných žandárov v Turanoch a vo Vrútkach, prepadli esesácku kolónu na Strečne, zatarasili tunely od Žiliny, Kralovian a na Kremnicu. Dňa 21. augusta partizáni obsadili Sklabiňu, ktorá sa stala prvou oslobodenou obcou, kde revolučný národný výbor verejne vyhlásil obnovenie Československej republiky. Dňa 25. augusta, pod zámenkou obrany mesta proti partizánom, obsadili slovenskí vojaci Martin. Následne udalosti dostali rýchly spád. Dňa 28. augusta v ranných hodinách, na nádvorí martinskej posádky, povstaleckí vojaci zlikvidovali nemeckú vojenskú misiu generála Ottu, vra-

čajúcu sa z Rumunska, pretože sa odmietla vzdať a postavila sa na odpor. Likvidácia tejto nemeckej misie dala do pohybu fašistickú mašinériu.

Dňa 29. augusta 1944 vyšľahli v Turci plamene Slovenského národného povstania, začal sa ozbrojený boj slovenského národa za slobodu. Po vyhlásení mobilizácie 30. augusta odišli stovky občanov do frontových línií. O Turiec sa viedli kruté boje v okolí Strečna, Priekopy, Dubnej Skaly a Košútov. Nemocnica



Sanitný vlak, ktorý premával na trase Brezno-Uľanka-Harmanec.

„Cítil som, že beriem na seba zodpovednosť, ktorá nie je v týchto zložitých časoch ani jednoduchá ani vhodná, ale prehovorili ma. To som ešte nevedel, aká hrôzovláda nás čaká od fašistov a potom zložitie obdobie povstania, následnej okupácie až po oslobodenie.“

Ján Kňazovický



Sliač, vojenská nemocnica, I. ošetrovňa počas SNP.

v Martine denne prijímala zranených vojakov a partizánov. Tlak fašistických vojsk na oslobodené územie silnel, kruh sa zužoval, v okolí Martina sa zvädzali ťažké boje, trpela i nemocnica, ale aj zdravotnícky personál, ktorý skladal svoju životnú skúšku mo-

bol vtedy zdravotníckym náčelníkom I. Štefánikovej partizánskej brigády, spomína: „Nesmel som nechať v operačnom denníku ani jedno meno pacienta - partizána, lebo by sa boli Nemci pomstili. Vytrhol som mená partizánov a nedal som im možnosť, aby sa

„Do Banskej Bystrice sme sa dostali s ťažkosťami a aj tam som sa pustil do práce na zdravotníckom úseku. Dekrétom Slovenskej národnej rady zo dňa 24. októbra v roku 1944 som prevzal miesto na tamomšom Povereníctve zdravotníctva. Udalosti však nabrali rýchly spád. Fašisti tlačili zo všetkých strán ako besní. Pokračovalo to bombardovaním Banskej Bystrice. Keď začali lietadlá bombardovať námestie, zabilo niekoľko ľudí, rozbilo všetko, čo bolo na okolí. Mňa to zastihlo pri budove lesného riaditeľstva, držal som sa železného zábradlia. Keďže bola zima, mal som pod sebou hrubý kabát a keď bombardovanie prestalo, naraz som zbadal, že sa podo mnou ukrylo jedno malé dievčatko. V tom napätí som ani nespozoroval, že som mu zachránil život.“

Ján Kňazovický

rálneho i politického postoja k našej vlasti. Najhoršie bolo bombardovanie. Jedna bomba zasiahla detský pavilón. Primár bol zabitý a spolu s ním i šesť nevinných dojčiat. Ostatných ošetrovali v noci pri sviečkach, lebo elektráren bola poškodená.

20. septembra 1944 sa začal koncentrovaný útok nemeckých jednotiek na údolie Turca. Napriek obrovskej statočnosti povstalcov sa Martin nepodarilo udržať a 21. septembra ho museli pred nemeckou presilou vyprázdniť. Profesor Kňazovický, ktorý

takým spôsobom dozvedeli, z ktorej rodiny partizáni pochádzali.“

Pred vpádom nemeckých vojsk do regiónu sa podarilo previezť väčšinu povstaleckých pacientov vlakom do Banskej Bystrice. Následne aj profesor Kňazovický utiekol pred fašistami len tak-tak poslednou sanitkou.

Pád turčianskej kotliny však neznamenal koniec bojov. Povstanci zbrane nezložili. Za ťažkých podmienok plných obetí a utrpenia pokračovala v horách Malej a Veľkej Fatry partizánska vojna.



MUDr. Daniel Petelen
(1904–1969)

Žiak profesora Kostlivého, primár chirurgického oddelenia, riaditeľ nemocnice v Banskej Bystrici. Prvý poverenik Slovenskej národnej rady pre zdravotníctvo.

Banská Bystrica - posledná bašta

Už pred povstaním boli niektoré opatrenia štátneho aparátu motivované potrebami národnoslobodzovacieho boja. Aj vďaka premiestneniu značnej časti obeživa Slovenskej národnej banky z Bratislavy do Banskej Bystrice, ako aj koncentrácie zásob na strednom Slovensku, bola banskobystrická nemocnica pripravená k Slovenskému národnému povstaniu materiálne tak dobre, že vystačila obväzovým materiálom, ako aj inštrumentárium a liečivami, nielen na dobu povstania, ale mala zdravotníckeho materiálu dosť aj počas okupácie ako aj po oslobodení.

Po vypuknutí SNP sa zdravotníci z banskobystrickej nemocnice dali do služieb povstaleckej armády a nemocnica sa stala vojenskou nemocnicou, v ktorej bolo ošetrovaných veľa ruských, francúzskych, slovenských a českých vojakov a partizánov a chodili tam na ošetrovanie aj americkí letci. Riaditeľom a súčasne primárom nemocnice v Banskej Bystrici, bol popredný slovenský chirurg Daniel Petelen. Na operačných sálach dominovala úrazová chirurgia, okrem nej sa vykonávala len chirurgia náhlych brušných príhod. Na povstaleckom území bolo možné počítať len s nemocnicami v Žiline, Martine, Kremnici, Brezne, Podbrezovej, Zvolene a v Banskej Bystrici. Postupným okrasávaním povstaleckého územia ubúdali nemocnice Žilina, Martin, Kremnica. Bolo preto potrebné organizačne vytvoriť nové zdravotné ústavy, ako Staré Hory (akademik Dr. Karol Šiška) a Sliach (Dr. Július Slabeycius), Slov. Lupča, Lubietová, Medzibrod a Tisovec, aby bol odsun pacientov z nemocníc ľahší, najmä neskôr, keď sa všetky vážnejšie prípady koncentrovali do B. Bystrice. Aj v meste samotnom boli zriadené nemocnice v bývalom dievčenskom gymnáziu, v Starom Kláštore a vo Vincentíne.

Na počiatku povstania sa operatíva v banskobystrickej nemocnici realizovala na operačnej sále, neskôr sa však bola nútená presunúť do úkrytov, kde bola zriadená provizórna operačná sála. Elektrina nefungovala, svetlo bolo iba z petrolejovej lampy, sviečky vyrábali samotní pacienti z parafínu, div, že pri éterových narkózach nevybuchla celá budova. Aby sa čo najviac znížilo nebezpečenstvo výbuchu, museli sa priestory provizórnych operačných sál pravidelne vetrať.

Slobodného územia stále ubúdalo a nemocnice boli preplnené ranenými. Niektoré sa nachádzali v bezprostrednej blízkosti frontu a pacientov už nebolo kam premiestniť. Hľadalo sa východisko z tejto dramatickej situácie. Preto na základe povolenia sovietskeho vojenského veliteľstva boli všetci pacienti vyžadujúci dobu liečenia viac než šesť týždňov, pravidelne odvážaní lietadlami z letiska Tri Duby do Kyjeva. Zakaždým, keď sovietske lietadlá, voziac zbrane a paradesantnú brigádu, pristáli, na spiatocnej ceste do Kyjeva so sebou vzali aj ťažko ranených vojakov a partizánov. Lietadlá, ktoré pristáli, ihneď odlietali. Posledné lietadlo odviezlo ranených dňa 23. októbra 1944.

Daniel Petelen: Pred ústupom a pokračovaním povstania do hôr sme časť materiálov a ústavného zdravotníckeho personálu chceli oddisponovať na Tri Vody, kde sa plánovalo zriadenie nemocnice v horách, ale transport sa tam nedostal, lebo Tri Vody obsadili Nemci. V tejto dobe ma v B. Bystrici zastupoval prof. Kňazovický. Dňa 1. novembra 1944 uviazol v tuneli sanitný vlak, plný ranených vojakov a partizánov, z ktorých mnohí potrebovali okamžitú chirurgickú pomoc. Preto som sa vrátil ihneď do nemocnice a pustili sme sa do práce, práve keď privážali ranených z vlaku. Ranených vo vlaku bolo okolo 350, v ústave sme ponechali len takých, ktorí potrebovali chirurgickú pomoc.

Potlačenie povstania

Ústup do hôr a prechod na partizánsky spôsob boja, znamenal koniec organizovaného zdravotníctva v SNP. Zdravotníci v horách, nedostatočne vybavení zdravotníckym materiálom, boli odkázaní sami na seba. Obyvateľstvo partizánom pomáhalo nielen prísunom potravín, teplého odevu, ale aj zabezpečovaním liečiv a obväzového materiálu, ktoré získavali v civilných lekárňach a nemocniciach. Potrebné zdravotnícke nástroje, inštrumenty a liečivá sa posielali lekárom do hôr, aby aj tam mohli ošetrovať ranených. Kontakt sprostredkovali staré babičky z okolitých dedín, ktoré pretože boli najmenej podozrivé, prevádzali inštrumen-



Zdravotníčky pred vojenskou nemocnicou v Tíčovci rok 1944.

„Posledných 14 dní povstania, keďže povstalecké územie bolo už malé, sme nevedeli presne, či dorazí letecký transport, ktorý fungoval denne. Pacientov sme pripravovali len na transport, keďže sme ich už často ani nemohli definitívne ošetriť, lebo častokrát sme mnohých ranených ešte v ten deň prevážali na letisko, akonáhle došla správa, že lietadlá priletia. Poranené končatiny sme len imobilizovali, aby boli zranení schopní leteckého transportu, aby žiaden vojak, ani partizán, neostal v nemocnici. Definitívne boli títo pacienti ošetrení až potom v Kyjeve, kam zo Sliacha odišiel s ranenými aj Dr. Július Slabeycius, ktorý tam vykonával aktívnu službu. Letecky bolo prevezených do Kyjeva len z B. Bystrice vyše 360 vážne ranených.“

Daniel Petelen

ty a zdravotnícky materiál pod sukňami. Po potlačení povstania sa v Banskej Bystrici nasťahovali Nemci do jednej polovice budovy mestskej nemocnice. Bolo preto nevyhnuté narýchlo obnoviť ďalšie nemocnice v dievčenskom gymnáziu, v Kláštore a vo Vincentíne, ktoré fungovali už za povstania, ale teraz, po prepustení všetkých vojakov a partizánov boli prázdne. Vojakov a partizánov, ktorých zdravotný stav nevyžadoval hospitalizáciu doliečovali doma praktickí lekári, ktorí boli tiež zapojení do povstania. Po vyliečení, alebo zlepšení zdravotného stavu, sa pacienti z nemocnice bez súhlasu nemeckých orgánov prepúšťali nesmeli. Nemcom bolo potrebné písomne hlásiť aj prepustenie civilných pacientov. Kontroly boli vykonávané za účelom pátrania po partizánoch. Tí však boli všetci hospitalizovaní pod falošnými menami a legitimáciami. V nemocnici sa skrývali aj mnohí takí, ktorí potrebovali byť chorí, boli zasadrovaní, alebo ležali s fingovanými diagnózami. Ale vzdor prísnemu zákazom nemeckých orgánov prijímať ranených vojakov a partizánov, títo boli aj naďalej prijímaní na hospitalizáciu v civilných šatách a pod falošnými menami.

Banskobystrická nemocnica bola po tom, čo ju Nemci opustili dňa 20. februára 1945, bombardovaná a jedna polovica bola vyradená z prevádzky. Našťastie, ani jeden pacient nezahynul, lebo boli včas umiestnení do úkrytu. Personál sa ale musel spolu s pacientmi narýchlo presťahovať do Vincentína, kde bola urgentne zriadená náhradná operačná sála, na ktorej sa už večer mohlo pokračovať v operatívne. Z vybombardovanej časti nemocnice sa zriadilo infekčné oddelenie.

Daniel Petelen: Všetkých pacientov z infekčného oddelenia sme presťahovali do úkrytov

starej budovy a na vchod do nemocnice sme napísali slovensky a nemecky: „Pozor, škvrnitý tyfus!“ Bolo to nevyhnutné preto, lebo Nemci mali živelný strach pred Flecktyphusom a sem už viac nechodili. Mohli sme tu potom koncentrovať všetkých ranených našich, ruských a francúzskych partizánov, ktorých Nemci hľadali a boli by ich postrelali. V starej neinfekčnej nemocnici vo Vincentíne robilo gestapo s nemeckými lekármi námatkové kontroly, pričom som im musel referovať anamnézy od všetkých pacientov, či sa to nestalo v boji atď. Sám sa divím, ako som tých 200 - 250 väčšinou falošných anamnéz odreferoval, a že som ich odreferoval dobre, bolo vidieť z toho, že sa nikomu nič nestalo. Viackrát som bol gestapom vyšetrovaný aj v iných veciach, ale našťastie nakoniec všetko dobre dopadlo.

Slovenské národné povstanie bolo najvýznamnejšou odbojovou akciou československého odboja za druhej svetovej vojny, v ktorej pôsobili stovky obetavých zdravotníkov. Tí, často s nasadením vlastných životov, zachraňovali životy a zdravie svojich spolubojovníkov. V tomto období slovenskí zdravotníci písali jednu z najkrajších kapitol svojich dejín. Myslíme si, že i po mnohých rokoch a zhodnotení ich účasti v SNP môžeme s čistým svedomím konštatovať, že si svoju úlohu splnili a že dokázali za slobodu národa bojovať osobitnými prostriedkami, záchranou ľudských životov, ale ak to bolo potrebné, tak aj so zbraňou v ruke. Tí, ktorí padli v tomto boji, si zaslúžia našu úctu a nezabudnuteľné spomienky.

Rudolf Schuster
Miloš Kňazovický

EPILÓG

Profesor Ján Kňazovický po návrate do Martina 5. novembra 1944 udržiaval kontakt s partizánskou skupinou, ktorej velil kapitán Viliam Žingor až do 14. apríla 1945, do dňa oslobodenia Turčianskeho sv. Martina. V tomto čase násilného obsadenia Slovenska bol prof. Kňazovický z úradu suspendovaný a stíhaný gestapom. Znovunastolený tisoický režim totiž rozhodol o deportácii aktívnych účastníkov povstania, ale zásluhou sekčného šéfa zdravotníctva profesora Františka Šubíka, ktorý jeho prípad neustále odkladal na spodok hromady spisov, k deportácii nedošlo. Po oslobodení, za dlhotrvajúcich bojov okolo Žiliny, boli ranení vojaci I. Československého armádneho zboru operovaní a liečení v martinskej štátnej nemocnici pod vedením prof. Kňazovického, ktorý bol znovu zvolený na miesto primára chirurgického oddelenia. V roku 1946 sa profesor Kňazovický vrátil do Košíc na svoje bývalé pracovisko do funkcie riaditeľa štátnej nemocnice. Začiatkom roku 1947 bol vymenovaný za predsedu výboru pre budovanie vysokého školstva v Košiciach, ktorého úlohou bolo založenie druhej lekárskej fakulty na Slovensku. Úsilie prof. Kňazovického bolo v októbri 1948 dovŕšené slávnostným otvorením akademického roka na pobočke Lekárskej fakulty Slovenskej univerzity v Košiciach a prof. Kňazovický bol ustanovený jej prvým dekanom. Na svoje pôvodné miesto v nemocnici v Banskej Bystrici sa vrátil aj MUDr. Daniel Petelen, ktorý v roku 1945 rozdelil monoprimarytú nemocnicu na chirurgicko-gynekologické a interné oddelenie. V roku 1947 bol iniciátorom výstavby nového nemocničného pavilónu a zaslúžil sa, aby sa banskobystrická nemocnica, z vďaka za pomoc americkému prezidentovi pri jej modernizácii, volala Nemocnica F. D. Roosevelta. V roku 1951 bol menovaný za krajského chirurga pre Banskobystrický kraj, od roku 1960 pre celý Stredoslovenský kraj. Túto funkciu, rovnako ako post primára chirurgie, zastával až do svojej smrti v roku 1969. Obaja primári boli po vojne ocenení za svoju účasť v Slovenskom národnom povstaní viacerými vyznamenaniami.

„Na chirurgickom oddelení sme neúnavne pracovali od rána do noci a od noci do rána. Stovky ranených, gangrény. Vojaci boli bez pomoci, bolo ich treba operovať, amputovať končatiny. Bolí to najhoršie a najvypätejšie dni môjho života.“

Ján Kňazovický

Vznik a zánik právnych vzťahov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti medzi pacientom a poskytovateľom

Počas života sme neustále obklopení právnymi vzťahmi. Výnimkou nie je ani poskytovanie zdravotnej starostlivosti (ZS). V tomto článku si najprv priblížime ako vzniká právny vzťah medzi pacientom a poskytovateľom ZS. Zodpovieme otázku, kedy poskytovateľ ZS nie je povinný uzavrieť dohodu s pacientom a tiež si povieme, aké sú možnosti odstúpenia od dohody o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.



KEDY PRÁVNY VZŤAH MEDZI LEKÁROM A PACIENTOM VZNIKÁ?

Trvanie právneho vzťahu, ktorý sa týka poskytovania ZS je rámcované dohodou o poskytovaní ZS a jej ukončením. Na úvod si potrebujeme uviesť právny základ, z ktorého budeme ďalej vychádzať. Pre oblasť úpravy právnych vzťahov pri poskytovaní ZS budeme vychádzať z §12 zákona o zdravotnej starostlivosti (č. 576/2004 Z. z.). Východiskom pre začatie poskytovania zdravotnej starostlivosti pacientovi je uzavretie dohody o poskytovaní ZS. Až uzavretím dohody vzniká právny vzťah z ktorého vyplývajú určité práva a povinnosti.

Zákon o zdravotnej starostlivosti ale v §6 ods. 9 pamätá aj na situácie iné, ako samotná dohoda o poskytovaní ZS, ktoré zakladajú vznik právneho vzťahu medzi pacientom a poskytovateľom ZS. Ide o nasledujúce situácie:

- Poskytnutie neodkladnej ZS, ktorá vyžaduje okamžitý zákrok,
- Uloženie ochranného liečenia, detencie alebo poskytnutie ZS na základe rozhodnutia súdu,
- Poskytnutie ústavnej starostlivosti osobe, ktorá šíri prenosnú chorobu ohrozujúcu jej okolie,
- Poskytnutie ZS, keď ide o osobu, ktorá v dôsledku duševnej poruchy, alebo s jej príznakmi, ohrozuje seba alebo svoje okolie, alebo ak hrozí závažné zhoršenie jej stavu.

V týchto situáciách nie je, vzhľadom na ich závažnosť, priestor na podpísanie dohody o poskytovaní ZS a z tohto dôvodu sa tu právny vzťah zakladá ich vznikom.

V AKEJ FORME MÔŽE BYŤ DOHODA UZAVRETÁ?

Dohoda o poskytovaní ZS je právnym úkonom a pre jej platné uzatvorenie je nutné zohľadniť jej formu požadovanú zákonom. Zákon pri požadovanej forme rozlišuje medzi dohodou o poskytovaní všeobecnej ambulantnej ZS a ostatnými formami poskytovania ZS. Povinnosť uzavrieť dohodu v písomnej forme ukladá len pri poskytovaní všeobecnej ambulantnej starostlivosti, a to najmenej na 6 mesiacov. Pre ostatné formy poskytovania ZS forma stanovená nie je, a teda pre poskytovanie ZS postačuje uzavrieť dohodu aj ústne. Aby dohoda bola platná, musí v nej byť vyjadrená vôľa uzatvoriť takúto dohodu. Takúto vôľu vieme prejavovať buď v písomnej alebo ústnej forme. Naša vôľa musí byť slobodná a vážna. To znamená, že nikto nemôže pacienta nútiť uzatvoriť ju, či už nejakým fyzickým alebo psychickým donútením. Vážnosť ďalej reflektuje úmysel, byť dohodou skutočne viazaný. Ďalšou podstatnou náležitosťou pre platné uzavretie dohody je to, aby bol pacient

spôsobilý k tomuto právnemu úkonu. To je dôležité podotknúť najmä v prípade maloletých pacientov alebo ak ide o osobu, ktorá je obmedzená v spôsobilosti k niektorým právnym úkonom.

KEDY POSKYTOVATEĽ ZS NEMUSÍ UZAVRIEŤ DOHODU O POSKYTOVANÍ ZS?

V praxi môžu vzniknúť okolnosti, na základe ktorých môže dôjsť k odmietnutiu uzavretia dohody zo strany poskytovateľa ZS. Zákonným východiskom je §12 ods. 2 zákona o zdravotnej starostlivosti. Poskytovateľ ZS môže odmietnuť návrh na uzavretie dohody len, ak by došlo k naplneniu niektorého z troch zákoných dôvodov. Poskytovateľ ZS však nemôže odmietnuť poskytnúť neodkladnú zdravotnú starostlivosť.

1. Prvým dôvodom je skutočnosť, ak by uzavretím takej dohody poskytovateľ ZS už prekročil svoje únosné pracovné zaťaženie. To, či by k prekročeniu únosného pracovného zaťaženia došlo, je na posúdení samosprávneho kraja, teda v podzákonných predpisoch nejakú definíciu tohto pojmu nemáme. Avšak v zmysle 12 ods. 4 zákona o zdravotnej starostlivosti musíme zároveň dodať, že poskytovateľ ZS nemôže odmietnuť návrh na uzavretie dohody s osobou, ktorá má v obvode ambulancie trvalý alebo prechodný pobyt.

2. Ďalšia situácia sa týka narušenia osobného vzťahu medzi pacientom, alebo jeho zástupcom, a zdravotným pracovníkom. Zdravotný stav by mal byť hodnotený objektívne. Situáciám, v ktorých by nebolo zaručené objektívne zhodnotenie zdravotného stavu, treba predchádzať. Preto je druhým dôvodom na odmietnutie uzavretia dohody o poskytovaní ZS aj osobný vzťah, ktorý nezaručuje poskytnutie objektívneho zhodnotenia zdravotného stavu zo strany zdravotníckeho pracovníka. Či už vo vzťahu k pacientovi alebo k jeho zákonnému zástupcovi.

3. Tretí dôvod pre odmietnutie uzavretia dohody o poskytovaní ZS zakladá osobné presvedčenie zdravotníckeho pracovníka. Každý z nás má svoje vlastné osobné presvedčenia, ktoré sú chránené ústavou a v prípade zdravotníckych pracovníkov aj etickým kódexom. Pre ich uplatnenie je zdravotnícky pracovník, v zmysle etického kódexu o svojej výhrade vo svedomí, povinný informovať zamestnávateľa a rovnako aj pacienta. Za výhradu vo svedomí alebo osobné presvedčenie, však, nemôžeme považovať čokoľvek. Ide len o zákroky súvisiace s reprodukciou, a to o umelé prerušenie tehotenstva, sterilizáciu a asistovanú reprodukciu.

Mgr. Lenka Kavarníková

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



Bc. Martina Martiníková

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

Odstúpenie od dohody

Ak sme sa rozhodli, že chceme dohodu o poskytovaní ZS ukončiť, je potrebné to dať druhej strane vo vhodnej forme na vedomie. Inštitút odstúpenia môže využiť rovnako poskytovateľ, ako aj pacient. Poskytovateľ môže od dohody odstúpiť z dvoch dôvodov, ktoré uvádza §12 ods. 9 zákona o zdravotnej starostlivosti. Prvým je vyššie spomenuté prekročenie únosného zaťaženia a druhým je dôvod narušenia osobného vzťahu s pacientom, alebo jeho zákonným zástupcom, ktorý by nezaručoval objektívne posúdenie zdravotného stavu. Pacient má pri ukončení tohto právneho vzťahu možnosti širšie. Pacient môže od dohody o poskytovaní ZS odstúpiť aj bez uvedenia dôvodu. Pre pacienta a aj poskytovateľa platí, že odstúpenie musí byť podané v písomnej forme.

INZERCA

Kontrola zo zdravotnej poisťovne?

Zastúpime vás!

Postaráme sa, aby ste kontrolu prežili bez zbytočnej ujmy na psychickom zdraví a peňaženke.



0907 911 389

Zavolajte nám alebo napíšte email na podpora@medipravnik.sk. Sme pripravení poradiť a pomôcť aj vám.



h&h PARTNERS
ADVOKÁTSKÁ A N
CELÁRIATTORNE
YSÄTLAWRECHTS
ANWALTSKANZ
LEISTUNGSLEGELE

Komplexné právne služby pre ambulanciu a portál mediPRÁVNIK.sk vám prináša advokátska kancelária h&h PARTNERS.

Bud'te kludný, máte celé pľúca

Ked' Jánovi Kristófovi v Národnom ústave tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie vo Vyšných Hágoch urobili bronchoskopiu a po vyhodnotení vzorky skonštatovali, že nádor je zhubný, utrpel poriadny šok. Trauma z neho sa skončila až po operácii na Klinike hrudníkovej chirurgie v ružinovskej nemocnici.

Ján prežil detstvo v Lontove. Absolvoval Strednú priemyselnú školu strojnícku v Leviciach. Po nej nastúpil na päťdesiatročnú vojenčinu a rovno z nej prešiel na policajnú školu v Pezinku. Štvrt storočia ostal tomuto povolaniu verný. Najdlhšie pracoval na obvodnom oddelení v Šahách. Absolvoval dôstojnícku školu. Spolu s manželkou sa presťahovali do štvorbytovky v Ipeľskom Sokolci, kde pôsobil na hraničnom oddelení polície. Posledný rok služby pracoval na pasovom v Šahách. Odtiaľ odišiel do dôchodku. Doma sa nijako nenudil. Starostlivo doopatroval otca v Lontove, ktorý si zlomil stehennú kosť. Neskôr sa staral o matku, ktorá ostala ochrnutá po operácii chrbtice. Žil zdravým životom. Po otcovi zdedil vzťah k poľovníctvu. V hore sa cítil ako doma. Choroby sa mu viac-menej vyhýbali. V šahanskej nemocnici sa ocitol na tri dni v čase veľkých horúčav pred dvadsiatimi rokmi, keď ho znepokojili nepríjemné pocity okolo srdca. Ešte raz ho na pár dní hospitalizovali, v marci minulého roku, keď ho oslabili a dehydrovali trojtýždňové hnačky. Dlhو sa tam neohrial. Po siedmich dňoch bol opäť doma.



Ján Kristóf relaxuje pri lúštení svojich obľúbených krížoviek.

Začiatkom minulého roka ho prepadali záchvaty kašľa

Trápili ho najmä v ranných hodinách. Po liekoch, ktoré mu predpísal obvodný lekár sa na nejaký čas zmiernili. Vystriedali ich bolesti všetkých kĺbov. Obvodný lekár mu vybavil vyšetrenie u doktora Masaryka v piešťanskom Národnom ústave reumatických chorôb, kde urobili potrebné vyšetrenia a navrhli ďalšiu liečbu u miestneho reumatológa. Návštevy u neho sa nevedel dočkať celý rok. V októbri minulého roku ochoreli aj s manželkou Juditkou na Covid-19. Po preliečení teploty klesli, ale bolesti hrdla s kašľom pretrvávali.

Termín u reumatológa (22. apríla 2023) musel odvolať, pretože sa ocitol v nemocnici. Ďalší termín dostal v auguste. Doktorka

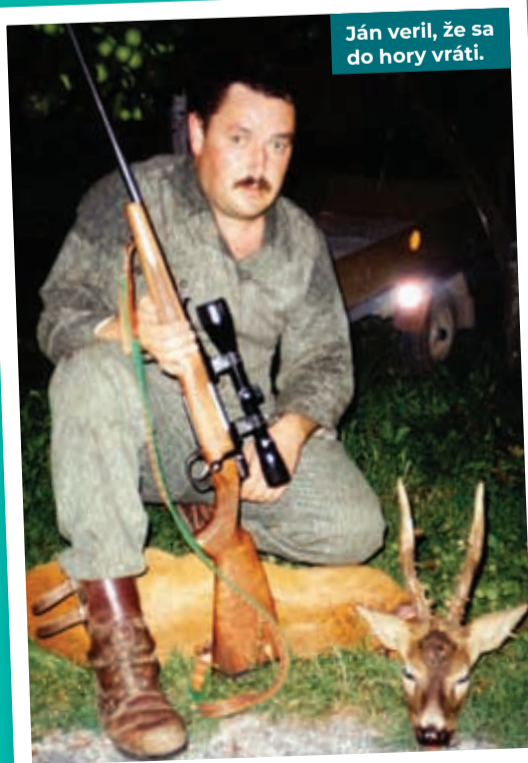
V Tatrách mu urobili bronchoskopiu a zobrali vzorku. Lavá strana priedušnice bola upchatá na sedemdesiat percent. Po bronchoskopickom zákroku ju spriechodnili na osemdesiat percent. Dýchanie sa mu zlepšilo. Zarmútilo ho, keď mu oznámili, že nádor je zhubný.

Anna Forgáčová ho poslala na rtg pľúc a spiometriu. Po výsledkoch skonštatovala, že pľúca nemajú kapacitu, akú by mali mať. Ešte dvakrát dala spiometriu zopakovať. Keď sa percentá nezlepšovali, poslala ho na cétečko. Po vyhodnotení skonštatovali nádor na konci priedušnice. Doktorka Forgáčová ho chcela poslať na pľúčne a onkologické oddelenie v Liečebnom ústave na Zobore v Nitre.

Vzápätí mu však zavolała, že sa s nitrianskou primárkou dohodli, aby v januári nastúpil do Vyšných Hágov. V Tatrách mu urobili bronchoskopiu a zobrali vzorku. Lavá strana priedušnice bola upchatá na sedemdesiat percent. Po bronchoskopickom zákroku ju spriechodnili na osemdesiat percent. Dýchanie sa mu zlepšilo. Zarmútilo ho, keď mu oznámili, že nádor je zhubný. Odporučili mu, aby

čo najskôr navštívil onkologičku. Levická onkologička Blanka Puškárová sa spojila s Bratislavou a poslala ho na vyšetrenie na PET CT, kde sa nezistili žiadne metastázy. Vo štvrtok 22. februára 2024 cestoval na konzultáciu na Klinikum hrudníkovej chirurgie v ružinovskej nemocnici. Prednosta Miroslav Janík mu vysvetlil možné riziká a požiadal ho, aby si rozmyslel, či bude súhlasiť s operáciou, pri ktorej mu pravdepodobne budú musieť odstrániť celé ľavé pľúca. Šokovalo ho to, ale dlho nerozmýšľal, v pondelok zatelefonoval profesorovi, že súhlasí.

Kardiológ zo Šiah doktor Mikuláš Meszáros mu odporučil koronografiu. Ján Kristóf poslal jeho požiadavku mailom profesorovi Janíkovi. Ten promptne vybavil vyšetrenie v Bratislave, ktoré absolvoval 18. marca. Srdce a cievy boli



Ján veril, že sa do hory vráti.



S manželkou Juditkou.



Tím profesora Janíka pri práci.

v poriadku a mohol ísť na operáciu. V ružinovskej nemocnici mu urobili potrebné vyšetrenia.

Tretieho apríla podstúpil operáciu. Keď sa prebral na jiske, zistil, že má uviazanú bradu k hrudi, aby nemohol pohnúť hlavou. Nemal ani vysoké teploty. Z hrudníka mu trčalo množstvo hadičiek. Okolo neho svetielkovalo množstvo prístrojov. Lekára, ktorý stál pri ňom, sa opýtal, či má vybratú lavú stranu. Odpoveď ho potešila:

„Budte kludný, máte celé pľúca.“

Po operácii nemal veľké bolesti, akurát musel ležať ako drevo. Profesor Janík prišiel každý deň k jeho posteli. Keď ho po troch dňoch na jiske previezli na izbu, považoval za veľké víťazstvo, keď sám prešiel na toaletu. Lekári a sestričky robili všetko pre to, aby nedostal zápal pľúc.

Milá sestrička sa ho spytovala, či nechce niečo proti bolesti. Odvetil: „Netreba, len pred hodinou mi dotiekla infúzia.“

„Nevadí, keď to budete potrebovať. Len povedzte,“ usmiala sa sestrička. Po desiatich dňoch ho prepustili do domáceho liečenia. Ján cítil, ako sa mu vracajú sily. Sedemnásteho apríla absolvoval pri kontrole v Ružinove bronchoskopiu a rtg. Vybrali mu stehy. Profesor Janík mu oznámil, že sa všetko hojí nad očakávanie dobre. Ružinovská onkologička doktorka Mária Černá ho ešte poslala na PET CT. Podľa toho sa v máji uvidí, čo bude ďalej.

Robí všetko, aby sa zotavil

Prechádza sa okolo domu a v záhrade. Obnovil si poľovnícky preukaz. Chcel by sa vrátiť k svojej štyridsaťročnej záľube. Mrzí ho, že prechemizované poľnohospodárstvo vniči menšiu zver ako zajace a bažanty, i to, že čoraz viac pozemkov skupujú cudzinci, ktorí ovládajú nielen poľnohospodárske usadlosti ale stále viac pozemkov okolo nich. Pre dotácie z materských štátov sú zvýhodnení pred domácimi

poľnohospodármi a dokážu vykŕmiť stovadsaťkilové prasa v ne-normálne rekordnom čase. Nevie si predstaviť, ako pri tom musí fungovať chémia, akú kvalitu bude mať mäso a ako to bude vplyvať na ľudský organizmus. Ján Kristóf s láskou spomína na profesora Janíka, lekára a sestričky, ktoré mu spríjemnili život nemocnici.



Peter Valo

Spisovateľ, publicista

Neobvyklá operácia

Opýtal som sa pána profesora na problémy, ktorým čelil jeho tím pri tejto operácii

V čom bol výnimočný stav tohto pacienta?

Takáto indikácia je v našich podmienkach pomerne raritná. Často sa stretávame s podobným typom operácie u nádorov, ktoré sú uložené periférnejšie a jednoduchšie dosiahnuteľné. V tomto prípade nádor centrálne zasahoval prakticky bifurkáciu, bolo treba oddeliť obe priedušky i tracheu a urobiť rekonštrukciu, ktorá je v tejto lokalite mimoriadne zložitá. Zvolili sme sternotický prístup, pri ktorom sme sa museli dostať k rozvetveniu trachey s prieduškami cez perikard. Bolo treba odtrhnúť veľké cievne štruktúry, ako sú horná dutá žila a aorta, na stranu, aby sme sa dostali k bifurkácii. Aby sme to mohli urobiť bezpečne, potrebovali sme mimotelový obeh alebo ECMO. Ide o extrakorporálnu membránovú oxygenáciu, pri ktorej je krv pacienta okysličovaná mimo tela pacienta a on je prevedený na špeciálny stroj. Pomerne často ju používali v čase covidu. Pri tejto operácii je to dôležité preto, aby sme nemuseli pacienta ventilovať umelou ventiláciou. To znamená, že obidve pľúcne krídla sú skolabované, nie sú predýchané strojom, ale pacient je okysličovaný prístrojom. Využili sme venoarteriálne ECMO. Túto možnosť máme v našej nemocnici, ale zatiaľ využívame spoluprácu s Národným ústavom srdcovo-cievnych chorôb. Pomáhajú nám kolegovia z pracoviska prednostu doc. Michala Hulmana z kardiouchirurgie - doktor Jaroslav Lupták a v tomto prípade tu bol aj zástupca prednostu doktor Vladan Hudec. Za túto spoluprácu sme veľmi vďační a verím, že vďaka nej sa dostane do rutinného repertoára našich intenzivistov, ktorí na tom konzistentne pracujú.

V čom bolo riziko operácie?

Boli sme limitovaní dĺžkou úseku, ktorý môžeme zresekovať. Na trachei je možné zresekovať pomerne veľký úsek, ale na prieduškách je to zložitejšie. Môžeme sa dostať do situácie, pri ktorej by sme neboli schopní pre veľký resekovaný úsek priedušky spojiť, čo by mohlo pre pacienta dopadnúť nešťastne. Na to, aby



Prof. MUDr. Ing. Miroslav Janík, PhD.

Prednosta Kliniky hrudníkovej chirurgie LF SZU a UNB. Od 1997 pracuje na klinike hrudníkovej chirurgie SZU a UNB. V roku 2009 urobil prvú miniinvazívnu ezofagektómiu, roku 2012 prvú VATS lobektómiu, v máji roku 2016 prvú VATS ľavostrannú pneumoktómiu a v júni 2016 prvú uniportál VATS lobektómiu a VATS seeve lobektómiu na Slovensku. V roku 2015 obhájil docentúru v odbore chirurgia. V roku 2017 ho menovali za prednostu Kliniky hrudníkovej chirurgie. V roku 2023 bol menovaný profesorom chirurgie. Je garantom štúdia v špecializačnom odbore hrudníkovej chirurgie a hlavným odborníkom pre hrudníkovej chirurgiu MZ SR. V r. 2023 bol menovaný za prodekana LF SZU pre postgraduálne štúdium: habilitačné a inauguračné konania.

sa podarilo priblížiť konce priedušiek k sebe, je možné využívať rôzne uvoľňovacie techniky. V tomto prípade sme však vzhľadom na typ nádoru túto techniku nepoužili. Urobili sme resekciu nádoru a spojili konce priedušiek. Som rád, že sme tomuto pacientovi poskytli šancu.

Z onkologického hľadiska je prognóza v starostlivosti našich onkológov veľmi dobrá. Očakávame, že pacient ešte dostane onkologickú liečbu. Pravdepodobne ožarovanie.

V akom stave odchádzal do domáceho liečenia?

Vzhľadom na to, že pacient nebol úplne zdravý, zvládol operáciu veľmi dobre. Odchádzal po vlastných nohách a hovoril, že sa cíti dobre. Spojenie priedušiek sa zohojilo veľmi dobre. Kontrolná bronchoskopia dopadla nad očakávanie dobre.

Čiže na prvý pohľad hrozilo, že príde o polovicu pľúc?

Pôvodne sme plánovali ľavostrannú pneumoktómiu a potom rekonštrukciu bifurkácie s resekciou, čo by znamenalo, že by nemal celé ľavé pľúca. To by mohlo výrazne ovplyvniť jeho dýchacie schopnosti a rezervy.

Ako dlho trvala operácia?

Operácia nebola časovo náročná. Jej priebeh natiahlo napájanie na ECMO a celkový manažment.

Využijete túto skúsenosť do budúcnosti?

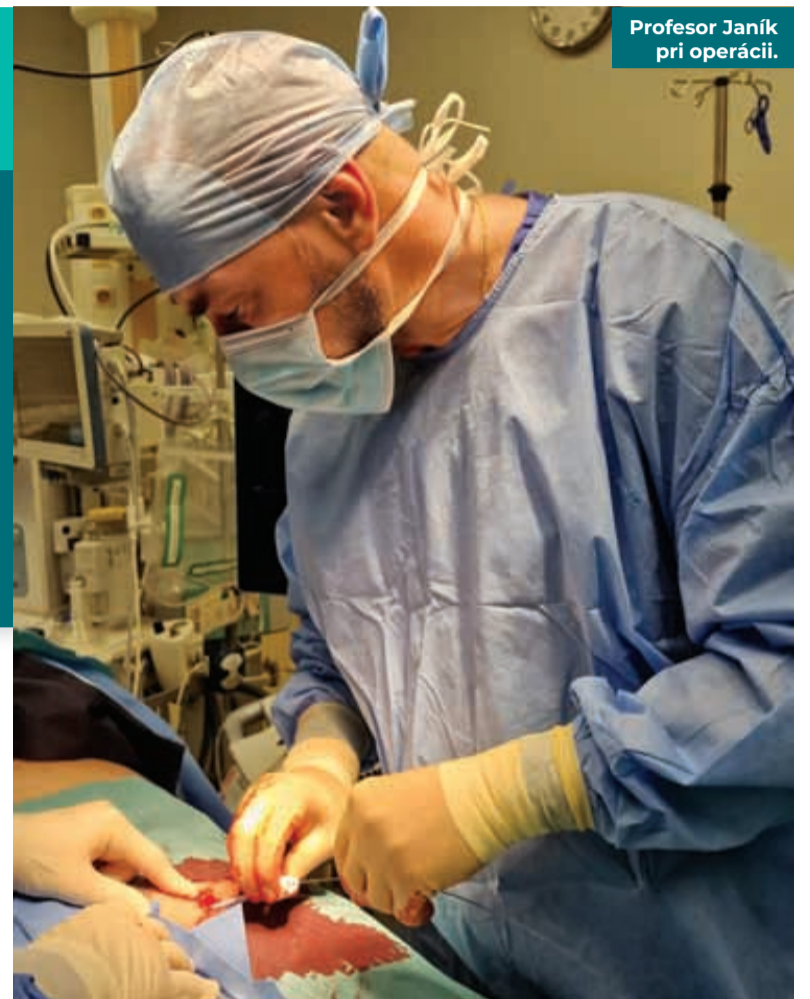
Pacient mal rozrezanú hrudnú kosť, perikard, aj predný a zadný list, ale to všetko sa na záver operácie zrekonštruovalo. Zistili sme, že prístup takýmto spôsobom k tejto lokalite je pre chirurga veľmi pohodlný a relatívne bezpečný pre pacienta. Pokiaľ použijeme ECMO, pacient nie je ventilovaný, nezavadzia nám intubačná kanyla a celá operačná situácia je veľmi prehľadná. Dal sa využiť aj iný prístup, ako sme pôvodne plánovali, miniinvazívne torakoskopický.

Vzhľadom na to, že sme mali problémy na začiatku s napájaním ECMO, museli sme zvoliť iný typ. Pôvodne sme chceli využiť venovenózne ECMO, čo by sa cestou vena femoralis dalo napojiť, ale bol tam problém s kanyláciou. Preto sme zvolili veno arteriálny, kde sme potrebovali zakanylovať aortu, ku ktorej sme sa dostali len rozrezaním hrudnej kosti.

Ako prebiehalo hojenie hrudnej kosti?

Stenotómia je úplne bežný prístup, ktorý sa využíva v hrudníkovej chirurgii, kardiouchirurgii. Hojenie kostí býva pomerne dobré. Problém môže vzniknúť len pri nejakej sekundárnej infekcii. U tohto pacienta nijaký problém nevznikol. Hrudná kosť sa zahojila veľmi dobre.

Snímky nádoru na trachei a ľavej prieduške.

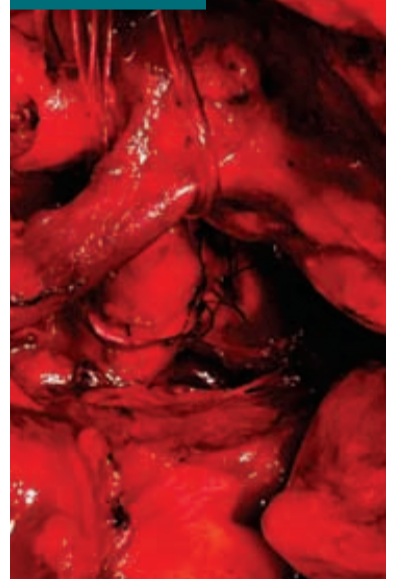


Profesor Janík pri operácii.

Pred rekonštrukciou.



Po rekonštrukcii.



V čom vidíte budúcnosť kliniky?

Na našej klinike pokračujeme v rozvoji miniinvazívnej chirurgie, pripravujeme sa na robotickú chirurgiu, v čom máme podporu vedenia nemocnice. Bol som opakovane pri robotickú chirurgii. To nie je žiadna novinka. Takýto program sme nachystaní zabe-

núť pomerne rýchlo. Samozrejme, keď robot bude tu. Predpokladám, že progres pôjde ďalej. Vedel by som si ho predstaviť aj rýchlejšie, ale musíme sa prispôbiť situácii, aká na Slovensku je. Technické vybavenie je ovplyvnené politickými rozhodnutiami. Musíme byť trpezliví.

pripravil Peter Valo

