

## SLOVO NA ÚVOD



Mgr. Jozef Dermek  
editor Lekárskych novín

„Je po voľbách zvykajte si,“ znie výrok klasika. Isto si zvykneme na to, že každé ráno nebudeme počúvať citové prejavy nevyrovnanej osoby, ktorá poobede obráti a drsným štýlom bude bezočivo obhajovať úplný opak. Bude vám chýbať chaotické rozhodovanie o financiách, keď na šialenú lotériu išli ťažké milióny? Bude vám chýbať nominácia podivných osôbok, ktoré nepokazia len to, na čo nesiahnu?

Mali sme jedinečnú šancu naučiť sa byť občanmi. Občania totiž nie sú len distribútori správnych lístkov do urny raz za štyri roky. Občania sa musia zaujímať o kontrolu politikov. Už by nemuseli byť iba opice, dezoláti alebo najnovšie spodina, ale aktéri politického života. Veď sa, aká maličkosť, rozhoduje doslova o ich životoch. Ich hlas tvorí šachovnicu, na ktorej sa rozhoduje celé volebné obdobie. Túto politickú hru má volič právo zrušiť, ak sa mu niečo nepozdáva.

V časoch minulých boli občania odkázaní iba pozerat sa, trpieť a (zbytočne) umierať. Nemali dosah na nič vo svojom štáte. Občan je viac, ako experimentálna matéria, ktorá nemá svoju vôľu. Podľa môjho skromného názoru je práve toto demokracia. Stále je tu dosť politikov, ktorí po neúspešných voľbách požadujú výmenu nevďačného národa. Namiesto toho, aby sa pozreli do zrkadla. Pubertálne deti taký pohľad nemajú radi. Pre občanov je zrkadlom parlament a jeho zloženie odzrkadľuje ich vôľu. Zvykajte si na svoj obraz v zrkadle.

21.  
SEPTEMBER



## Svetový deň Alzheimerovej choroby

Pokračovanie str. 2

## PARTNERI NOVÍN



Možnosti liečby neuroendokrinných nádorov tráviaceho traktu

Je náš príjem vápnika v prevencii a liečbe osteoporózy dostatočný?

strana 6-7



Saudská Arábia, kráľovstvo v pohybe zmien

strana 4

Mohli by vaši pacienti so stredne závažnou až závažnou ložiskovou psoriázou dosiahnuť úplné vyčistenie kože?

ÚHRADA od 1.5.2023 v indikácii psoriáza<sup>5\*</sup>

## DAJTE PSORIÁZE VEDIET

INOVÁCIA V DERMATOLÓGII JE TU

BIMZELX® (bimekizumab) je indikovaný na liečbu stredne závažnej až závažnej ložiskovej psoriázy u dospelých, ktorí sú kandidátmi na systémovú liečbu.<sup>1</sup>

**Bimzelx**®  
(bimekizumab)

VÝNIMOČNÁ PRÍLEŽITOSŤ PRE PACIENTOV<sup>†</sup>

Tento liek je predmetom ďalšieho monitorovania. Umožní rýchle získanie nových informácií o bezpečnosti. Od zdravotníckych pracovníkov sa vyžaduje, aby hlásili akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie. Informácie o tom, ako hlásiť nežiaduce reakcie, nájdete v Súhrne charakteristických vlastností lieku v časti 4.8.

**Skrátená informácia o lieku: Bimzelx 160 mg injekčný roztok v naplnenom pere** • **Zloženie:** Každé naplnené pero obsahuje 160 mg bimekizumabu v 1 ml. **Indikácie:** Liečba stredne závažnej až závažnej ložiskovej psoriázy u dospelých, ktorí sú kandidátmi na systémovú liečbu. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Odporúčaná dávka u dospelých pacientov s ložiskovou psoriázou je 320 mg (podávaná vo forme 2 subkutánnych injekcií po 160 mg) v 0., 4., 8., 12., 16. týždni a potom každých 8 týždňov. **Pacienti s nadobľavou:** U niektorých pacientov s telesnou hmotnosťou  $\geq 120$  kg, ktorí nedosiahli úplné vyčistenie kože v 16. týždni, sa dávkou 320 mg každé 4 týždne po 16. týždni môže ešte viac zlepšiť odpoveď na liečbu. Úprava dávky u starších osôb (vo veku  $\geq 65$  rokov) a pacientov s poruchou funkcie obličiek alebo pečene nie je potrebná. Tento liek sa podáva subkutánnou injekciou. Medzi vhodné oblasti na podanie injekcie patria stehno, brucho a nadlaktice. Naplnené pero sa nesmie pretrepávať. Po náležitom zaškolení, ako sa podáva subkutánnou injekciou, si naplneným perom môžu Bimzelx injekčne podávať pacienti. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. **Klinicky významné aktívne infekcie** (napr. aktívna tuberkulóza). **Osobitné upozorenia a opatrenia pri používaní:** **Infekcie:** Bimekizumab môže zvýšiť riziko vzniku infekcií, ako sú infekcie horných dýchacích ciest a orálna kandidóza. Pri zvažovaní použitia bimekizumabu u pacientov s chronickou infekciou alebo s recidivujúcou infekciou v anamnéze je potrebná opatrnosť. Liečba bimekizumabom sa nesmie začínať u pacientov s akoukoľvek klinicky významnou aktívnou infekciou, pokiaľ infekcia neustúpi alebo sa adekvátne nevyľieči. Pacienti liečení bimekizumabom majú byť poučení, že majú vyhľadať lekárskeho pomocníka, ak sa u nich vyskytnú prejavy alebo príznaky naznačujúce infekciu. **Hodnotenie pred liečbou zamerané na tuberkulózu (TBC):** Pacienti majú byť pred začatím liečby bimekizumabom vyšetrení na infekciu tuberkulózu (TBC). Bimekizumab sa nemá podávať pacientom s aktívnou TBC. U pacientov užívajúcich bimekizumab je potrebné monitorovať prípadný výskyt prejavov a príznakov aktívnej TBC. **Zápalové ochorenie čriev:** Pri užívaní bimekizumabu boli hlásené prípady nových prípadov alebo exacerbácií zápalového ochorenia čriev. Bimekizumab sa neodporúča podávať pacientom so zápalovým ochorením čriev. **Precitlivosť:** Pri inhibitoroch IL-17 boli pozorované závažné hypersenzitívne reakcie vrátane anafylaktických reakcií. **Očkovania:** Pred začatím liečby bimekizumabom sa má zväziť absolvovanie všetkých príslušných imunizácií vo vekových skupinách podľa aktuálnych pokynov pre imunizáciu. Živé vakcíny sa nemajú podávať pacientom liečeným bimekizumabom. **Liekové a iné interakcie:** Nie je možné vylúčiť klinicky významný účinok na substráty CYP450 s úzkym terapeutickým indexom, pri ktorých je dávka individuálne upravená (napr. warfarín). Na začiatku liečby bimekizumabom u pacientov liečených týmito druhmi liekov sa má zväziť monitorovanie liečby. **Fertilita, gravidita a laktácia:** Ženy vo fertilnom veku majú používať účinnú antikoncepciu počas liečby a po dobu najmenej 17 týždňov po liečbe. Ako preventívne opatrenie je vhodné vyhnúť sa užívaniu Bimzelxu počas gravidity. Má sa zväziť prínos dojenia pre dieťa a prínos liečby pre ženu. **Nežiaduce účinky:** Veľmi časté: infekcia horných dýchacích ciest. Časté: orálna kandidóza, infekcie lineá, infekcie ucha, infekcie herpes simplex, orofaryngeálna kandidóza, gastroenteritída, folikulitída, bolesť hlavy, dermatitída a ekzém, akné, reakcie v mieste podania injekcie, únava. Menej časté: kandidóza sliznice a kože (vrátane kandidózy pažeráka), konjunktivitída, neutropenia, zápalové ochorenie čriev. **Dostupné liekové formy a veľkosti balenia:** Balenie s 2 naplnenými perami. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** UCB Pharma S.A., Brusel, Belgicko. **Registračné číslo:** EU/1/21/1575/006. **Zatriedenie lieku podľa spôsobu jeho výdaja:** Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. **Dátum revízie textu:** 05.12.2022. Pred predpisovaním lieku si prečítajte plné znenie súhrnu charakteristických vlastností lieku. Liek je hradený z prostriedkov ZP.

**Referencie:** 1. Bimzelx® (bimekizumab) Súhrn charakteristických vlastností lieku. 05.12.2022. 2. Reich K, Papp KA, Blauvelt A, et al. Bimekizumab versus ustekinumab for the treatment of moderate to severe plaque psoriasis (BE VIIVID): efficacy and safety from a 52-week, multicentre, double-blind, active comparator and placebo controlled phase 3 trial. *Lancet*. 2021; 397 (10 273): 487–498. 3. Gordon KB, Foley P, Krueger JG, et al. Bimekizumab efficacy and safety in moderate to severe plaque psoriasis (BE READY): a multicentre, double-blind, placebo-controlled, randomised withdrawal phase 3 trial. *Lancet*. 2021; 397 (10 273): 475–486. 4. Warren RB, Blauvelt A, Bagel J, et al. Bimekizumab versus adalimumab in plaque psoriasis. *N Engl J Med*. 2021. doi: 10.1056/NEJMoa2102388. 5. Rozhodnutie MZ SR č. S14413-2023-OKCHL-23789 o zaradení LP Bimzelx do zoznamu kategorizovaných liekov. <https://kategorizacia.mzsr.sk/Lieky/Common/Details/23789>.

<sup>†</sup> Na základe účinnosti sledovanej v klinických skúšaních fázy 3 v porovnaní s placebom, adalimumabom a ustekinumabom.<sup>2,4</sup>

\* Indikácia stredne závažnej až závažnej formy ložiskovej psoriázy u dospelých

© UCB Biopharma SRL. 2021. Všetky práva vyhradené. BIMZELX® je registrovaná obchodná známka spoločnosti skupiny UCB Groups.

UCB s.r.o., organizačná zložka, Úprkova 4  
811 04 Bratislava 1, tel: +421 2 5920 2020  
e-mail: info.bratislava@ucb.com, www.ucb.sk

Dátum prípravy: apríl 2023  
SK-P-BK-PSO-2300017

Inspired by patients.  
Driven by science.

Pokračovanie zo str. 1

# Úsilie smeruje ku skvalitneniu života a zmierneniu zdravotných a sociálnych dopadov

21. september bol vyhlásený Svetovou zdravotníckou organizáciou ako Svetový deň Alzheimerovej choroby a pripomíname si ho od roku 1994 z dôvodu celospoločenskej závažnosti problému. Globálne počet postihnutých týmto typom demencie narastá a pre pokračujúci nepriaznivý trend je uvedenému ochoreniu a postihnutým na celom svete od roku 2013 venovaný celý mesiac september, vyhlásený ako Svetový mesiac Alzheimerovej choroby.

# 21.

SEPTEMBER

## Svetový deň Alzheimerovej choroby

Toto ochorenie, a aj iné demencie, celosvetovo postihujú desiatky miliónov ľudí. So starnutím populácie narastá aj počet postihnutých – vyšší vek patrí medzi hlavné rizikové faktory tohto ochorenia. Vo veku nad 65 rokov má demenciu Alzheimerovho typu odhadom každý desiaty človek a vo veku nad 85 rokov približne každý druhý. Pre toto ochorenie v súčasnosti neexistuje liečba, čím sa stáva jednou z najväčších výziev v rámci verejného zdravia. Dostupné liečebné možnosti zmiernujú príznaky, avšak nie sú schopné zabrániť postupu ochorenia, keďže nemajú vplyv na samotnú príčinu ochorenia. Na Slovensku sa odhaduje počet ľudí trpiacich Alzheimerovou chorobou približne na 50 tis., ale v bežnej populácii môže byť prípadov viac, keďže diagnostikovaný je len jeden zo štyroch prípadov. Do roku 2050 sa očakáva, že demenciou bude trpieť celosvetovo viac ako 130 miliónov ľudí.

Alzheimerova choroba nesie pomenovanie podľa nemeckého psychiatra a neuropatológa Aloisa Alzheimer (1864–1915) a je to degeneratívne ochorenie mozgu, pri ktorom dochádza k zániku mozgových buniek a ku zmene látkovej premeny v mozgu. Ide o najčastejšiu formu demencie, spôsobujúcej poruchy činnosti mozgu, postupný úpadok pamäti, myslenia, chápania, reči, úsudku, schopnosti učiť sa, poznať blízkych, známych. Príznaky sa obvykle rozvíjajú nenápadne, pomaly. Biologické zmeny v mozgu sa však môžu objaviť aj desaťročie pred objavením prvých príznakov. Rizikovými faktormi vzniku ochorenia sú genetika, zvláštna skupina vírusov a tiež niektoré faktory životného prostredia. Veľmi zásadným rizikovým faktorom je vek. Kým v kategórii 40 až 60 rokov pripadá na tisíc ľudí jeden chorý, v kategórii od 65 do 70 je postihnutý jeden z 50, vo veku medzi 70 a 80 rokov je chorý každý dvadsiaty, pri 80 + už každý pätnásty človek.

### Príčiny ochorenia

Hoci stále nie je známe, čo presne spúšťa Alzheimerovu chorobu, existuje niekoľko faktorov, o ktorých je známe, že zvyšujú riziko výskytu tohto ochorenia.

Biologickou podstatou Alzheimerovej choroby je vznik dvoch bielkovín – beta amyloidu a tau proteínu – v mozgu. Vznik je zvy-

čajne podmienený pokročilejším vekom a genetickými (*dedičnými*) faktormi. Jedným z chorobných znakov tohto ochorenia je hromadenie beta amyloidu, ktoré je zapríčinené buď zvýšenou tvorbou alebo zníženým odbúraním tejto bielkoviny v mozgu. Bielkovina beta amyloid existuje vo viacerých formách, vrátane monomérov (*jednoduché bielkoviny*), oligomérov (*malé zhluky bielkovín*), fibríl (*dlhé zhluky bielkovín*) a nakoniec samotných beta-amyloidných plakov, ktoré sú pre toto ochorenie typické. Nie je jasné, či všetky alebo len niektoré formy beta amyloidu sú zodpovedné za poškodenie mozgu. Existujú však dôkazy, že zhlukované formy (*oligoméry a plaky*) sú pre nervové bunky škodlivé.

Ako choroba postupuje, dochádza k úbytku nervových buniek v mozgu, pri postihnutí neurónov dochádza k úbytku neurotransmitterov a tieto postupujúce zmeny v mozgu ovplyvňujú schopnosť človeka pamätať si, myslieť, komunikovať, riešiť problémy.

Keď raz začnú odumierať tie štruktúry v mozgu, ktoré sú dôležité pre dlhodobú a krátkodobú pamäť, myslenie a rozumové schopnosti, ide o nezvratný a neliečiteľný proces. Proces sa však dá spomaľovať a prejavy demencie sa dajú zmiernovať, ak sa diagnostikuje včas.

### Príznaky ochorenia

*Strata pamäti, ktorá ovplyvňuje schopnosť plniť bežné pracovné úlohy* - zabúdať občas pracovné úlohy, mená kolegov alebo telefonné čísla spolupracovníkov a spomenúť si na nich neskôr je normálne. Ľudia trpiaci Alzheimerovou chorobou však zabúdajú častejšie a nespomenú si ani neskôr.

*Problémy s vykonávaním bežných činností* - veľmi vyťažení ľudia sú občas roztržití, takže niekedy nechajú pripáliť jedlo na sporáku. Ľudia trpiaci Alzheimerovou chorobou ale pripravujú jedlo a nielenže ho zabudnú dať na stôl, ale zabudnú aj na to, že ho vôbec uvarili.

*Problémy s rečou* - každý má niekedy problém nájsť správne slovo, ale človek s Alzheimerovou chorobou zabúda aj jednoduché slová alebo ich nahrádza nesprávnymi a jeho vety potom nedávajú zmysel.

*Časová a miestna dezorientácia* - človek niekedy zabudne,

aký je deň a kam vlastne ide, to je normálne, ale ľudia s ochorením sa však stratia vo vlastnej ulici a nevedia, kde sú, ako sa tam dostali ani ako sa dostanú domov. *Zlý alebo zhoršujúci sa racionálny úsudok* - môže sa stať, že pri sústredení sa na nejakú činnosť človek napríklad zabudne na dieťa, ktoré má na starosti. Ľudia s Alzheimerovou chorobou úplne zabudnú, že nejaké dieťa vôbec existuje. Môžu sa aj nezmyselne obliecť, napríklad dajú si niekoľko košiel či blúzok naraz.

*Problémy s abstraktným myslením* - platenie účtov alebo sledovanie účtu kreditnej karty môže niekoho vyviest' z miery, ibaže človek z demenciou môže úplne zabudnúť, čo tie čísla znamenajú a čo s nimi má robiť.

*Zakladanie vecí na nesprávne miesto* - nejednému z nás sa stalo, že si už niekedy založil peňaženku či kľúče tak, že sme ich nevedeli nájsť. Človek z Alzheimerom dáva veci na úplne nezmyselné miesta: žehličku do chladničky alebo hodinky do cukorníčky.

*Zmeny v nálade alebo správaní* - niet človeka, ktorý by občas nemal zlú náladu. Ak má však človek Alzheimerovu chorobu, podlieha prudkým zmenám nálady. Náhle a nečakane začne plakať alebo podľahne návalu hnevu, zádrapčivosti a vyvolaniu konfliktu aj keď na to nemá žiadny zjavný dôvod.

*Strata iniciatívy* - keď je človek niekedy znechutený domácimi prácami, zamestnaním alebo spoločenskými povinnosťami, je to normálne. Väčšinou sa chuť do práce a na rozličné aktivity opäť dostaví. Človek s Alzheimerovou chorobou môže prepadnúť absolútnej pasivite a potrebuje neustále podnety, aby sa vôbec do nejakej činnosti zapojil.

*Zmeny osobnosti* - je zjavné, že ľudské povahy sa bežne menia vekom. Človek s Alzheimerovou chorobou sa však môže zmeniť zásadným spôsobom. Stáva sa veľmi zmäteným, podozrievavým alebo vystrašeným.

### Rizikové faktory

Aj keď nie je úplne zrejmé, čo je spúšťačom hromadenia bielkovín v mozgu, vedúcich k rozvoju ochorenia, existujú niekoľko faktorov, zvyšujúcich riziko vzniku tohto stavu. Medzi rizikové faktory patria:

- *vek* - je navyznamnejší rizikový faktor, Alzheimerova cho-

roba postihuje najmä ľudí starších ako 65 rokov

- *pohlavie* - demenciou trpí viac žien ako mužov, tento pomer je dva ku jednej
- *rodinná anamnéza* - hoci genetika môže mať vplyv na vznik ochorenia, vo veľmi obmedzenom počte rodín môže byť choroba dominantnou genetickou poruchou
- *Downov syndróm* - deti narodené s týmto syndrómom, pokiaľ dosiahnu stredný vek, majú vyššie riziko vzniku ochorenia
- *poranenia hlavy* - je zjavnejšie, že u ľudí, ktorí utrpeli závažnejšie poranenia hlavy, môže byť riziko vzniku Alzheimerovej choroby vyššie, ale v tejto oblasti je potrebný ďalší výskum
- *životný štýl* - u ľudí, ktorí žijú zdravo (*pravidelná fyzická aktivita, vyvážená strava, nefajčenie a konzumácia alkoholu len v rámci odporúčaných limitov*), je pravdepodobnosť vzniku ochorenia nižšia
- *ochorenia* - niekoľko ochorení ako diabetes mellitus, cievna mozgová príhoda, problémy so srdcom, vysoký krvný tlak, vysoká hladina cholesterolu či obezita, môžu zvyšovať riziko vzniku Alzheimerovej choroby. Najnovší výskum naznačuje, že s rizikom vzniku Alzheimerovej choroby môžu súvisieť aj ďalšie faktory, napríklad depresia, sociálna izolácia, strata sluchu.

### Diagnostika a liečba

Neexistuje žiadny test na Alzheimerovu chorobu. Namiesto toho sa stanovuje diagnóza zakladá na kombinácii fyzických a mentálnych hodnotení a testov.

Vo väčšine prípadov je prvým kontaktom miestny lekár. Vypočuje si vaše obavy alebo obavy člena vašej rodiny a vykoná niekoľko jednoduchých zdravotných kontrol a niekoľko testov myslenia a pamäti, aby posúdil, ako fungujú rôzne časti vášho mozgu. Bežným testom, ktorý používajú miestni lekári v mnohých krajinách, je hodnotenie kognitívnych funkcií všeobecným lekárom.

Hoci pomocou tohto testu nie je možné stanoviť diagnózu, môže identifikovať problémy s pamäťou, ktoré si vyžadujú ďalšie vyšetrenie. Na vylúčenie iných možných príčin príznakov sa môžu nariadiť aj krvné testy a v prípade potreby sa odporúči odbor-

né vyšetrenie. Ak však pacienta odošlú k špecialistovi na ochorenia mozgu a duševné poruchy v nemocnici alebo na klinike venujúcej sa problémom s pamäťou, vykoná sa kompletne neuropsychologické vyšetrenie s použitím rôznych dotazníkov a nástrojov na získanie presnej diagnózy. Pomocou špecializovaných testov sa posúdia mentálne a kognitívne schopnosti, ako je pamäť, koncentrácia, rozsah pozornosti, riešenie problémov a jazykové zručnosti. Okrem série klinických vyšetrení sa špecialista možno bude chcieť bližšie pozrieť aj na to, čo sa deje v mozgu pacienta a môže odporučiť CT alebo MRI vyšetrenie. Pri týchto vyšetreniach sa získavajú detailné snímky vnútra mozgu a pomôžu špecialistovi posúdiť, či nedošlo k poškodeniu mozgu a pokiaľ áno, kde sa nachádza. To je dôležité, pretože presná diagnóza určí najlepší spôsob liečby a potrebnej podpory. Môže tiež pomôcť predpovedať akékoľvek budúce problémy, ktoré sa môžu vyvinúť.

Na liečbu choroby nejestvuje žiadny konkrétny liek, lieky môžu pomôcť dočasne zmierniť príznaky, ale nedokážu ju úplne odstrániť alebo zabrániť vzniku ochorenia.

Hlavné liečebné prostriedky sa nazývajú inhibitory acetylcholinesterázy. Tieto lieky zvyšujú hladinu acetylcholínu, čo je látka prítomná v mozgu, ktorá pomáha nervovým bunkám medzi sebou komunikovať. Môžu ich predpisovať špecialisti, napríklad neuropatológovia alebo psychiatri, prípadne všeobecný lekár po odporúčaní špecialistu. Inhibitory AChE sa môžu predpisovať ľuďom vo včasnem a strednom štádiu Alzheimerovej choroby a možno ich ďalej užívať ako udržiavaciu liečbu tak dlho, kým je z nich terapeutický prospech. K dispozícii sú tri rôzne inhibitory AChE. Niektorí ľudia reagujú lepšie a majú menej vedľajších účinkov pri jednom type ako pri inom. Lekári vyberú najvhodnejšiu liečbu podľa individuálnych potrieb každého človeka. Antagonisty NMDA receptorov je trieda liekov, ktoré účinkujú tak, že blokujú nadmerné množstvo chemickej látky, nazývanej glutamát, v mozgu. Môžu sa používať pre ľudí so stredne závažnou alebo závažnou Alzheimerovou chorobou a môžu sa predpísať aj ľuďom so závažnou Alzheimerovou chorobou, ktorí

už užívajú inhibítor AChE. V neskorších štádiách Alzheimerovej choroby sa u ľudí často objavujú závažné behaviorálne (*súvisiace so správaním*) a psychologické príznaky. Najprv sa u nich môže vyskytnúť depresia, po ktorej môže nasledovať úzkosť, zvýšená agitácia, agresivita a halucinácie. V týchto prípadoch sa môžu predpísať lieky.

#### Možnosti terapie

Lieky nie sú jedinou možnosťou liečby pre ľudí s Alzheimerovou chorobou. Dôležitú úlohu v starostlivosti o pacientov s demenciou zohráva terapia. Kognitívna stimulačná terapia (CST) je populárny a účinný spôsob, ako udržať myslenie ľudí čo najaktívnejšie. Zahŕňa účasť na skupinových aktivitách a cvičeniach zameraných na zlepšenie pamäti

a zručností pri riešení problémov. CST často zahŕňa tematické stretnutia počas niekoľkých týždňov. Ďalšou možnosťou terapie je kognitívna rehabilitácia.

To zahŕňa prácu s vyškoleným odborníkom (napr. *ergoterapeutom*) a možno rodinným príslušníkom alebo blízkym priateľom pri vykonávaní každodenných úloh. Umožňuje jednotlivcom udržať si určité zručnosti, zostať čo najviac nezávislými a lepšie zvládať každodenné činnosti.

Mnohým ľuďom s Alzheimerovou chorobou prospieva práca s ich životným príbehom a spomienkami. Táto forma terapie zvyčajne zahŕňa prezeranie starých fotografií, držanie obľúbených vecí alebo počúvanie hudby. Tieto druhy aktivít môžu zlepšiť náladu a pocity pohody a zvýšiť duševné schopnosti. Je to prí-

jemný spôsob, ako sa jednotlivci môžu podeliť o svoje životné skúsenosti a cenné spomienky a povzbudzuje ich, aby premýšľali o svojej minulosti a hovorili o nej, spomínali na dôležité udalosti a blízkych.

Zdravá, vyvážená strava je nevyhnutná pre každého, ale u ľudí s Alzheimerovou chorobou môže zlá výživa zhoršiť behaviorálne príznaky a spôsobiť úbytok na hmotnosti. Vo všeobecnosti platí, že osoby s Alzheimerovou chorobou nepotrebujú špeciálnu diétu a platia nasledujúce odporúčania pre zdravé stravovanie: jesť vyváženú stravu s podielom zeleniny, ovocia, celozrnných výrobkov, chudých bielkovín, obmedziť rafinované cukry, obmedziť potraviny s vysokým obsahom nasýtených tukov, obmedziť potraviny s vysokým obsahom soli.

#### Spoločenský problém

Alzheimerova choroba je vo vyspelých štátoch považovaná za vážny sociálny, zdravotnícky a spoločenský problém, ktorý sa dotýka samotných chorých ale aj ich blízkych príbuzných, ktorí nesú na svojich pleciach psychickú a ekonomickú záťaž. Táto tarača mení kvalitu života všetkých zúčastnených a nie je zriedkavosťou, že v jej dôsledku príbuzný, manžel či manželka, zomiera skôr, ako osoba postihnutá Alzheimerovou chorobou. Svetové štatistiky ukazujú, že globálne výdavky na starostlivosť o ľudí postihnutých ACH predstavujú ročne 230 miliárd EUR. Popri liečbe je pre samotných pacientov od začiatku ochorenia dôležité najmä vzdelávanie tých, ktorí sa o nich starajú. Ochorenie je totiž sprevádzané postupným pokle-

som pamätových schopností dospelého človeka, pacienta, i keď je farmakologicky liečený.

Táto skutočnosť je najťažšie akceptovateľný fakt v rodine, z ktorého vyplývajú nedorozumenia, emocionálne vyčerpanie opatrovateľov a poruchy správania u pacienta. Človek s ACH sa spravidla najlepšie cíti v domacom prostredí s pomocou príbuzných. Dostatočne poučení opatrovatelia sa dokážu o chorého plnohodnotne postarať, potrebujú však pomoc spoločnosti. Vzdelávaniu a vedeniu rodinných príslušníkov v domácej starostlivosti sa venuje Slovenská Alzheimerova spoločnosť (SAS) za podpory Nadácie MEMORY. Popri vzdelávaní verejnosti sa organizuje množstvo preventívnych aktivít pre seniorov, ako sú tréningy pamäti či kognitívna rehabilitácia.

## Činnosť a vízia Slovenskej Alzheimerovej spoločnosti

Slovenská Alzheimerova spoločnosť (SAS) je občianske združenie na pomoc ľuďom s poruchami pamäti a Alzheimerovou chorobou. Združuje ľudí, ktorých sa ACH bytostne dotýka, odborníkov, pracujúcich v oblasti výskumu, prevencie, diagnostiky a terapie tohto ochorenia, zainteresovaných so záujmom o riešenie tejto problematiky, opatrovateľov, starajúcich sa o postihnutých a ľudí, ktorí chcú svojou dobrovoľnou účasťou chorým pomôcť. Cieľom SAS je presadzovanie práv a potrieb dotknutých osôb na Slovensku, organizovanie vedecko-populárnych a vzdelávacích podujatí, vedenie príbuzných v rodinnej starostlivosti o postihnutého, propagácia najnovších poznatkov vedeckého výskumu, diagnostiky a možnosti liečby a šírenie informácií o ACH.

„Spoločnosť bola založená v roku 1998, čo možno považovať za jeden z mílnikov na poli Alzheimerovej choroby na Slovensku. Vzniku tejto neziskovej patientskej organizácie predchádzalo niekoľko krokov, dôležitých pre výskum, vedu a starostlivosť o pacientov – založenie Nadácie MEMORY (neskôr Centra MEMORY, n. o. ako špecializovaného pracoviska pre diagnostiku, liečbu a vzdelávanie v oblasti porúch pamäti a demencií), vznik Neuroimunologického ústav SAV či prvé oficiálne stretnutie príbuzných, opatrovateľov a pacientov s Alzheimerovou chorobou na Slovensku - a to pri príležitosti Svetového dňa Alzheimerovej choroby 21. septembra 1998,“ informuje Mgr. Katarína Kiseláková.

SAS už mnoho rokov spolupracuje s inými organizáciami na celom Slovensku v rámci projektu Kontaktné miesta.

Hlavnou úlohou tohto projektu je podávať informácie do komunit, ktorých sa problematika demencií bytostne dotýka. Jedná sa o inkluzívnu činnosť, ktorej cieľovou skupinou sú samotné rodiny, ktoré sa starajú o seniora v jeho primárnom prostredí.

Štatút Kontaktného miesta môže dostať zariadenie sociálnych služieb, ambulancia, či iná organizácia, ktorá poskytuje pravidelnú starostlivosť o tieto rodiny formou podporných alebo vzdelávacích programov ale-

bo individuálneho poradenstva. Funkčných Kontaktných miest je momentálne na Slovensku 8 a to v Bratislave, Košiciach, Banskej Bystrici, Banskej Štiavnici, Rožňave, Leviciach, Piešťanoch a vo Svidníku. Okrem Kontaktných miest zriaďuje SAS aj Infobody, ktorých úlohou je propagovať jej činnosť formou letákov, či príručiek. Podporné skupiny majú za úlohu poskytnúť rodine a neformálnym opatrovateľom praktické i odborné informácie týkajúce sa všetkých aspektov starostlivosti o seniora, ale taktiež emocionálnu podporu, či psychologické poradenstvo. Počas roka 2022 sa na podporných skupinách zúčastnilo spolu 546 participantov.

„Od roku 2022, po vzniku novej organizačnej štruktúry SAS, na Slovensku vznikli pozície regionálnych koordinátorov za účelom dostať sa bližšie nielen ku komunitám, ale podporiť aj vznik nových Kontaktných miest a Infobodov a podať im pomocnú ruku pri ich činnosti. Individuálne poradenstvo sme poskytli 66-tim rodinám a to telefonicky, mailom alebo online. Práca v online priestore sa pre nás stala prirodzenou a veľmi používanou, najmä od roku 2020, kedy reštrikcie v rámci pandémie COVID-19 boli veľmi prísne a dopyt po online poradenstve pre rodiny, ktoré sa starajú o pacienta s demenciou v domacom prostredí, bol omnoho vyšší,“ vysvetľuje Mgr. Kiseláková.

SAS podporuje aj inovatívne aktivity, ako sú napríklad požičovne kognitívnych pomôcok. Na Slovensku máme tri takéto požičovne – V Bratislave s názvom Kognifit, v Košiciach s názvom Kognisense (projekt č. 001/2023/MPR podporeného Nadačným fondom Magna spravovaného Karpatskou nadáciou) a v Banskej Bystrici pod občianskym združením Spoľach. Požičovne kognitívnych pomôcok disponujú pomôckami, hrami a multisenzorickým materiálom, ktorý je vhodný pre prácu so seniormi, napríklad na posilnenie kognitívnych funkcií mozgu - tréning pamäti, koncentrácie, orientácie, či udržiavanie slovnej zásoby. Slúžia verejnosti a fungujú na podobnom princípe ako knižnice.

„Spoločnosť sa momentálne zameriava na tri nosné odborné



S Mgr. Katarínou Kiselákovou  
liečebnou pedagogičkou  
a koordinátorkou SAS



podujatia, ktoré sa uskutočňujú pravidelne. Týždeň mozgu (*Brain awareness week*) je celosvetová osvetová kampaň pod taktovkou Dana foundation v Spojených štátoch amerických, zameraná na povedomie z oblasti výskumu, týkajúcej sa fungovania ľudského mozgu, starostlivosti oň, prevencie pred ochoreniami mozgu, či porúch pamäti a demencií.

Táto kampaň sa uskutočňuje vždy druhý marcový týždeň v roku, a počas tejto doby prebiehajú na celom svete verejné workshopy, prednášky a diskusie s neurovedcami, trénermi pamäti, lekármi a mnohými ďalšími odborníkmi. V roku 2022 sa na Slovensku pod záštitou SAS zapojilo do kampane vyše 7500 participantov vrátane materských a základných škôl a prihlásilo sa 59 partnerských organizácií.

AlzheimerSlovensko je odborné podujatie, prioritne realizované pre príbuzných a rodinných opatrovateľov, ktoré sa pilotne konalo online už vlani. Avšak v máji 2023 sme ho pripravili v Banskej Bystrici, kde sa zúčastnili zástupcovia Kontaktných miest a miestnej odbornej komunity. V programe nechybala moderovaná diskusia so psychológom, diskusia o potrebách rodín a pacientov s demenciou v jednotlivých regiónoch Slovenska, či prednáška o mobilnej aplikácii, ktorá má za úlohu rozpoznať včasné príznaky Alzheimerovej choroby. Toto odborné podujatie bude putovné a plánujeme ho v roku 2024 usporiadať v Košiciach. AlzheimerFórum je medzinárodná vedecká a odborná konferencia; konala sa v roku 2022 online pri príležitosti Svetového dňa Alzheimerovej choroby a to 21. septembra, zúčastnilo sa jej 50 participantov. Tohto roku sa koná v Ružomberku a jej cieľom je informovať o inovatívnych prístupoch z oblasti včasnej diagnostiky a terapie. Je potrebné poukázať na benefity preventívnych programov pre zabránenie alebo oddialenie vzniku kognitívnych porúch u dospelých a staršej populácie,“ uviedla Mgr. Kiseláková.

V rámci medzinárodnej spolupráce je Slovenská Alzheimerova spoločnosť členom ADI - Alzheimer's Disease International a AE - Alzheimer Europe. V minulosti sme sa aktívne aj pasívne zúčastňovali na odborných konferenciách, ktoré tieto organizácie realizovali napríklad v Thesalonikách, Luxembourgu a podobne. SAS je aktívnym členom Alzheimer Europe. V roku 2023 vznikol poradný orgán pre aktualizovanie európskej legislatívy týkajúcej sa Alzheimerovej choroby. Tvoria ho členovia rodín, ktoré majú doma pacienta s demenciou. Do tejto rady bol nominovaný zástupca za Slovensko, ktorý bol zvolený s dvojročným mandátom. Aj tohto roku sa spoločnosť aktívne zúčastní na konferencii v Helsinkách.

„Našou úlohou je sprostredkovať čo najkomplexnejšie informácie o problematike demencií, obzvlášť zameraných na Alzheimerovu chorobu. Dôležitosť včasnej diagnostiky, nefarmakologických prístupov, farmakologickej liečby, ale aj preventívnych aktivít zdôrazňujeme v kampaniach a na odborných podujatiach. Snažíme sa ľudí sietovať, máme spoluprácu so psychiatrami, psychológmi, liečebnými pedagógmi, všeobecnými lekármi, neurológmi, úradmi sociálnych vecí a pod.

Prikladáme veľký význam pozdvihnutiu povedomia a tohto ochorenia, nakoľko populácia vo svete starne a ochorenie samotné sa netýka len pacienta, ale aj jeho okolia a celej rodiny. Oficiálne štatistiky o počte pacientov na Slovensku nie sú známe, ale hovorí sa o približne 60 000 pacientoch a ďalších 150 000 príbuzných, ktorých sa Alzheimerova choroba priamo dotýka,“ zdôrazňuje Mgr. Katarína Kiseláková.

Symbolom kampaní je fialová stužka. Hovorí sa, že fialová farba je farbou ducha, života, spirituality, kreativity, ale aj fantázie. Stimuluje predstavivosť a harmonizuje energiu. Alzheimerova choroba je pre nás v mnohých smeroch tajomná. Ťažko sa iden-

tifikujú spúšťače, je charakteristická svojou plazivosťou a mnohokrát nevieme identifikovať jej včasné symptómy. Komunikácia so starým dezorientovaným človekom je istým spôsobom kódovaná a bežný človek jej nerozumie. Slovenská Alzheimerova spoločnosť sa preto zameriava aj na starostlivosť a vzdelávanie o rodinných príbuzných, pretože oni sú najčastejšie kontaktnými a najbližšími osobami budúcich pacientov.

Pri príležitosti Svetového dňa Alzheimerovej choroby sa 21. 9. uskutočnila v Ružomberku konferencia, prinášajúca najnovšie poznatky z oblasti diagnostiky a liečby demencie. Príspevky sa okrem ACH zaoberali aj vaskulárnou demenciou a Parkinsonovou chorobou, problematikou vplyvu stresu a depresie na kognitívne funkcie, rozpoznanie miernej kognitívnej poruchy u pacienta, otvorili sa tabuizované témy, týkajúce sa intimity tela a duše, poukázalo sa na potrebu zachovávaní dôstojnosti života človeka s demenciou, ktorá si súbežne vyžaduje aj starostlivosť o emocionálne prežívanie pracovníkov v pomáhajúcich profesiách.

Začiatkom októbra sa v Košiciach uskutočnilo stretnutie podpornej skupiny pre rodinných príslušníkov a neformálnych opatrovateľov seniorov na tému Diagnóza demencia – čo nás čaká?

S prednostkou Neurologickej kliniky UPJŠ a UNLP Košice profesorkou MUDr. Zuzanou Gdovinovou, CSc., spojené s ukážkou a predstavením prvej požičovne kognitívnych pomôcok pre verejnosť v Košiciach.

Takéto podujatia pre verejnosť sa konajú kontinuálne vo všetkých Kontaktných miestach, informácie o nich prináša facebooková stránka SAS.

# Saudská Arábia, kráľovstvo v pohybe zmien



FOTO: P. V.

V priletovej hale rijádskeho letiska King Khalid Airport si mením eurá za miestnu menu saudský rijal. Chlapík s veselými tmavými očami v dlhej bielej thóbe, typickom oblečení Saudov, mi s úsmevom podáva kôpku bankoviek.

Sú medzi nimi staršie nominály v hodnote desať, päťdesiat, sto a dva kusy nových bankoviek v hodnote dvesto rijalov. Hneď mi padnú do oka. Nie sú len rozmerovo najväčšie, ale aj zjavne najnovšie, akoby pred okamihom vypadli z tlačiarenského stroja. Hlavne sú zaujímavé námetom na averze bankovky. Z pravého okraja sa na mňa pozerá zosnulý kráľ Abdul Aziz Al Saud. Zaujmal ma námet v strede bankovky, veľké marketingové logo VIZIA 2030. Je to posolstvo o veľkých zmenách, ktorými Kingdom of Saudi Arabia, Kráľovstvo Saudská Arábia, nezvratne prechádza. Kto sleduje médiá, nemôže nezaznamenať správy z najväčšej krajiny Arabského polostrova. V minulosti súviseli hlavne s ropou, jej cenami alebo s dennými kvótami na jej ťažbu, či s prísny, často hrdelnými trestami uplatňovanými v Saudskej Arábii.

Ostatné mesiace sú novinky z kráľovstva pestrejšie. Spravodajcovia informovali o tom, že futbalová liga v Saudskej Arábii získala ďalšiu svetovú superstar Neymara, o obnovení diplomatických stykov s Kanadou, s Iránom, o objednávke 78 lietadiel Boeing pre novú národnú leteckú spoločnosť Saudi Arabian Airlines, o otvorení vzdušného priestoru nad kráľovstvom všetkým aerolíniám, vrátane izraelských, o lete prvej astronautky arabského pôvodu Rajan Barnáviovej, vedkyne zo Saudskej Arábie, na palube americkej kozmickej lode.

Saudská Arábia bola po desaťročia pre bežného turistu neprístupná. Faktom je, že kráľovstvo každoročne navštevujú milióny ľudí, sú to ale prevažne moslimskí pútnici a biznismeni. Pre klasických cestovateľov bola Saudská Arábia niečo ako cestovateľský svätý grál. Všetko sa začalo meniť od septembra 2019. Dnes si turistické víza do krajiny s najväčšími

zásobami ropy na svete vybavíte jednoducho elektronicky. Z letiska vo Schwechate priletíte do Rijádu, sedem miliónového hlavného mesta kráľovstva, za 5 hodín a 35 minút. Pokiaľ by nebol uzatvorený vzdušný priestor nad Sýriou, zrejme by to mohlo byť ešte rýchlejšie.

Pri prvom vstupe do krajiny vás čaká dôsledná kontrola. Hlavne čo sa týka skenovania odtlačkov prstov. Prilietajúcich vybavujú príslušníci a príslušníčky pohraničnej služby. Koho si vyberiete, je na vašej voľbe. Nevyžaduje sa systém muž k mužovi a žena k žene. Pokiaľ som správne odporoval, tak odporúčam ísť radšej k priehradke s príslušníčkou pohraničníkov. Ženy v čiernom

nikábe sú rýchlejšie ako muži. Bez rozdielu, či vás kontroluje úradník alebo úradníčka, na záver nezabudnú na priateľské privítanie v Saudskej Arábii.

Po administratívnych formalitách a vyzdvihnutí si kufrov, si to s dcérou namierime k predajni SIM kariet miestneho telekomunikačného operátora. Pre organizovanie nášho krátkeho pobytu v kráľovstve je miestna SIM karta kľúčovým pomocníkom.

V trojčlennom rade využíva chlapík, stojací za našimi chrbátmi, naše zaváhanie a šikovne sa predbieha. Saud za pultom ho posielal na koniec radu, teda za mňa a za dcéru. „Tá dvojica bola pred vami.“ To ma okamžite naštartovalo na pozitívny vzťah



FOTO: P. V.

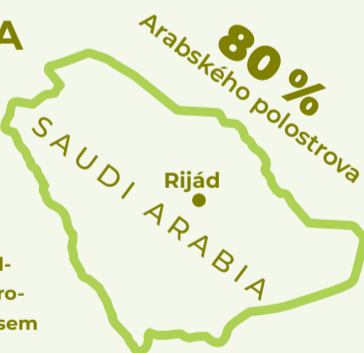
k Saudskej Arábii. Proces kúpy SIM karty je rovnako zložitý administratívny a technický proces ako pasová kontrola. Znovu si berú odtlačky prstov. Je to klavírne cvičenie prstokladu. Všetko prebieha pokojným, pomalým arabským tempom. Mám dosť času obzrieť si chlapíkov na druhej strane pultu. Sú traja, všetci sedia, ale aj tak odhadujem, že sú vysokí aspoň 175 cm. Dlhé voľné biele thóby nedokážu skryť veľké brušká. Že by to bolo od piva? V krajine, kde je konzumácia alkoholu prísne zakázaná, to nebude asi správna dedukcia. Zrejme skôr dôsledok toho, že Saudovia sa radi stravujú vo fast foodoch a že sa málo aktívne pohybujú. Na hlavách majú bielo červené kárované bavlnené kefy s čiernym ikalom, dvojitou vlnenou šnúrou okolo hlavy. Neskôr, hlavne pri pobyte v klimatizovaných miestnostiach a presunoch v klimatizovaných autách, som miestnym mužom túto pokrývku hlavy nesmierne závidel. Precestoval som v zime naprieč východnú Sibír, v lete som navštívil aj v tomto ročnom období chladnú Čukotku, ale taká zima ako v máji pri plus štyridsiatke v Saudskej Arábii, mi tam nebola.

Súčasnou Víziou 2030 je reštrukturalizácia zdrojov krajiny. Má sa realizovať rozsiahla industrializácia zameraná hlavne na sektory mimo ropného priemyslu s orientáciou na posilnenie exportného potenciálu. V oblasti lo-

gistiky boli ohlásené rozsiahle investície do infraštruktúry, vrátane výstavby piatich nových letísk a 2000 km železnice. Plánuje sa významné zvýšenie zamestnanosti žien a samozrejme otvorenie sa turizmu. Ponuka je veľmi pestrá. Pobrežie dvoch morí, niekoľko púští, zelené údolia, sopky, historické mestá. Postaviť sa majú prímorské letoviská a gigantické wellness komplexy. Bonusom majú byť horské strediská s možnosťami zimných športov. Preinvestovať sa plánuje 30 miliárd dolárov. Turizmus ma byť hlavným pilierom ekonomiky, ktorý nahradí slabnúci dopyt po rope. Cestovný ruch má do 10 rokov zamestnávať jeden milión pracovníkov. Kto navštívil pavilón Saudskej Arábie na svetovej výstave EXPO 2022 v Dubaji, rýchlo pochopil, že marketing ide kráľovstvu veľmi dobre. Pavilón urobil turizmu v krajine tú najlepšiu reklamu. Bol excelentný nielen svojou architektúrou, ale aj prezentáciou pestrosti, veľkej rozmanitosti a priateľskosti Saudskej Arábie. Automobilová doprava je v Rijáde organizáciou a disciplínou porovnateľná s európskou. Hlasné a časté trúbenie sme tu zaregistrovali len výnimočne. My sme využili pri presúvaní sa po metropole kráľovstva hlavne službu Uber. Funguje veľmi spoľahlivo. Je ideálnym spôsobom na presuny medzi niekoľkými miestami, ktoré treba v hlavnom meste navštíviť.

**SAUDSKÁ ARÁBIA**  
**38,4 mil.** obyvateľov

Saudská Arábia je v rebríčku najväčších krajín sveta je na 13. priečke. Rijád za hlavné mesto svojej krajiny zvolil prvý kráľ dnešnej Saudskej Arábie, Abd al-Azíz ibn Saud v roku 1932. Vládna administratíva sa sem presunula až v roku 1982 z Džiddy.



Celková plocha

**2 149 690 km<sup>2</sup>**

Hlavné mesto

**Rijád 2,6 mil. obyvateľov**

■ Najvyššia hora Jabal Sawda (3 133 m n. m.) sa nachádza v regióne Asir v pohorí Sudah na juhozápade kráľovstva približne 75 km od pobrežia Červeného mora.

■ Ázijské zimné hry v roku 2029 usporiada Saudská Arábia v horskom centre Trojena. Bude to prvé zimné športové podujatie v arabsky hovoriacej krajine.

Neom - The Line je názov megastavby, v púšti plánovaného mesta v dĺžke 170 km.

Kabsa je národné jedlo Saudskej Arábie, korenená ryža preložená pečeným kuracím mäsom, mäsom, a niekedy rybami.

Doplnkom je paradajková alebo čili salsa a jednoducho nasekaný šalát.



Menou je saudský rijal (saudi riyal)

**1,00 EUR = 3,9959 SAR**

(kurz 21. 9. 2023)

V srdci starého mesta Ad-Dira sa nachádza pevnosť Al Masmak, dobre zrekonštruovaná 150-ročná citadela z nepálených tehál. Historicky je to najcennejšie miesto v Rijáde. V roku 1902 mladý Ibn Saud a malá skupina vojakov dobyli pevnosť, zvrhli guvernéra a oznámili návrat rodiny Al Saud. V rokoch 1902 až 1938 tu bolo sídlo vlády kráľovstva. Dnes je pevnosť domovom múzea, ktoré sa zaoberá minulosťou krajiny. Okrová stavba splyva s rovnakou farbou okolia, pestrosť oživuje sýta zeleň korún niekoľkých paliem a na vysokom stožiaru plápolajúca obrovská zelená štátna zástava. Tieň paliem je vyhľadávaným miestom turistov na precítenie atmosféry a urobenie si niekoľkých fotografií pevnosti. Žiadna obava, že by ste si neužili tieňa, turistov je tu menej, ako paliem. Vstupujeme do múzea v pevnosti. Saudský personál je nadšený. Dnes sme prvými návštevníkmi. Nuž, je ešte skoré dopoludnie, isto ešte nejakí turisti dorazia. Prehliadka historických artefaktov a rôznych máp a fotografií Saudskej Arábie z rokov 1912 až 1937 a pozretie si krátkeho dokumentárneho filmu, zaberie niekoľko desiatok minút. Priestory sa za ten čas zaplnili dvojicou mladých, anglicky hovoriacich dám a dvojicou starších Saudov.

Priamo oproti bráne do pevnosti Al Masmak za malým námestím je krátka, široká ulička lemovaná vysokými palmami ústiacia na námestí Al Safat. Malé obchodíky, ale hlavne kaviarne, lákajú na zastavenie sa a vychutnanie si kávy alebo čaju.

Veľmi romanticky a priateľsky pôsobiaca spojnica je kontrastom k neslávnemu námestiu. Námestie Spravodlivosti, hovorovo Chop Chop Squer, je miesto, kde sa ešte nie tak dávno odohrávali verejné popravy. Na námestie už naplno pečie slnko, a tak sa tu zdržíme len krátko. Ale po pravde, asi to nie je len slnko, čo nás motivuje dlho sa tu nezdržiať. Ešte pohľad na majestátnu stavbu Veľkej mešity Imáma Turki bin Abdulla, ktorá má kapacitu 17 000 veriacich, a uzatvára západnú stranu námestia.

Prechádzame cez ulicu Abd Al Wahi a sme v priestoroch Souk Al Zal, najväčšieho a najstaršieho remeselného trhu v Rijáde. Jeho história siaha do roku 1901, kedy začína príbeh modernej Saudskej Arábie. V tieni je príjemná teplota, vzhľadom na dopoludňajší čas je otvorená len asi polovica obchodov. Väčšina obchodníkov posedáva pred svojím obchodom, niektorí popijajú kávu a všetci pozerajú do mobilov. Žiadna aktivita voči dvom zblúdilým cudzincom. Ak prejavíte záujem o tovar, odtrhnú sa od mobilu a ochotne a priateľsky sa vám povenujú. Najaktívnejšieho človeka na souku sme objavili v obchode – dielni na výrobu ikalov, čiernych bavlnených šnúr okolo hlavy cez bavlnený kefij. Na jednoduchom stroji ich tu so zručnosťou zdedenou po predkoch vyrábali, pre nás, obdivuhodnou rýchlosťou. Ešte stíhal aj obsluhovanie zákazníka.

Okrem nás sa v uličkách Souku potulovalo len niekoľko Arabov. Nakupovali hlavne oblečenie. Našu pozornosť zaujal vysokánsky Saud. Podľa výšky to mohol byť, snáď, basketbalový reprezentant. V dlhej bielej thóbe bol ako maják chodiaci uličkami Souku. V rukách držal množstvo papierových tašiek. Presne takých, do akých sa balia nákupy v butikoch v moderných nákupných centrách. Chlapík by sa ideálne hodil na fotografiu na marketingový billboard propagujúci modernú konzumnú dobu.

Objednali sme si Uber. Vodič nám po pár minútach zastavil pri hodinovej veži Al Safat, riádskom Big Bene, postavenej v roku 1966. Presúvali sme sa k druhej veľkej turistickej atrakcii Rijádu. Jedným z najvýraznejších mrakodrapov v meste je Burdž Al Mamlaka/Kingdom Tower. Stavba zo železa, betónu, hliníka a skla je vysoká 302 metrov. Horná tretina mrakodrapu má tvar parabolického oblúka, ktorého dva konce spája 65 m dlhý vyhladkový Sky Bridge. Budova, pripomínajúca obrovský otvárač na fľaše, bola postavená medzi rokmi 1999 až 2002 s celkovým investičným nákladom asi 385 mil. eur. Je to komplex, v ktorom sa nachádza hotel, apartmány, administratívne priestory, Shopping Mall, podzemné garáže a vyhladka Sky Bridge. Návšteva vyhladky je pre turistov, ktorí po prvýkrát pricestovali do Rijádu, povinnou zastávkou. Zo skleneného mosta v Kingdom Tower Kráľovskej veži je nádherný výhľad na metropolu kráľovstva. Na 99. poschodie sa návštevník dostane dvoma výtahmi asi za 2 minúty. Návšteva s najsilnejším zážitkom sa odporúča pri západe slnka. My sme boli na vyhladke poobede a výhľad na mesto bol aj v tomto čase skutočne úchvatný. Napriek tomu, že Sky Bridge je povinnou návštevou turistov v Rijáde, nezažili sme tu žiadnu tlačenicu pri pokladni a sklenený most a celá panoráma hlavného mesta kráľovstva patrila v jednu chvíľu len nám dvom s dcérou.



V Rijáde sme sa stretli so Slovenkou Máriou. Mladá žena tu žije so svojou rodinou ešte len krátko. Vyrástla vo Veľkej Británii. Pochádza zo zmiešanej slovensko-pakistanskej rodiny. Mama Slovenka a otec Pakistanec. Manžela má tiež Pakistanca. Jeho zamestnanie priviedlo rodinu v ostatných rokoch do rôznych kútov sveta. Žili vo Veľkej Británii, Španielsku, Maroku a teraz tu, v hlavnom meste saudského kráľovstva.

„Čím vás oslovila Saudská Arábia?“ je moja prvá otázka na pani Máriu.

„Je tu bezpečne. Oveľa bezpečnejšie ako v Británii. A hlavne máme tu zabezpečenú lepšiu do-

stupnosť zdravotnej starostlivosti. Máme ročného syna a detská zdravotná starostlivosť je tu vynikajúca. V prípade potreby tu dostaneme podstatne väčší rozsah vyšetrení a tiež rýchlejšie. Na návštevu u odborného doktora by sme v Británii čakali týždne, možno mesiace, a tu je to v dňoch.“ Mária hovorí z vlastnej skúsenosti. Pred niekoľkými týždňami mala úraz nohy. Postup, kvalitu a rýchlosť ošetrovania poskytnutého v Rijáde, si nevie vynachváliť. „Personál je milý, tvoria ho hlavne domáci a Egypťania.“

Program Vízia 2030 nezabúda ani na zdravotníctvo. Na jesenný odborný veľtrh Saudi Hospital Designe & Build sú vystavovatelia a návštevníci pozývaní s informáciou, že Saudská Arábia vo svojich ambiciózných plánoch pre tento sektor vyčlenila 65 miliárd USD.

Dá sa predpokladať, že pani Mária a jej rodina, bude mať v budúcnosti skutočne top zdravotnú starostlivosť.

„Ako sa tu žije cudzincom zvyknutým na európsky spôsob života?“ zvedavo kladiem ďalšiu otázku.

„Cudzinci žijú väčšinou v oddelených štvrtiach alebo v časti obytného bloku ako my.“ Pani Máriu sme navštívili v jej bydlisku. Nachádzali sme sa v objekte, ktorého prízemie tvorili reštaurácie a obchody. Spoločne sme sedeli a debatovali v otvorenom átriu, na streche nad obchodmi, s bazénom a malým parkom. Okolo boli byty. Bazén si pod nočným nebom užívalo niekoľko chlapíkov. Striedavo sa vytešovali z osvieženia vo vode a potom pri stole pokračovali osviežením chladným pivom. Veselo, ale nie hlučne, bavili a štrngali fľaškami nealkoholického piva.

„V týchto štvrtiach sa žije úplne slobodne, do nášho bazéna môžem ísť pokojne v bikinách. V Saudskej Arábii sme krátko, nemôžem porovnávať dlhý časový úsek. V zime sme tu však zažili v obchodných centrách vianočnú výzdobu.“

Dokonca tu oslavovali Halloween, a to ma celkom prekvapilo.“

„A čo iné vás ešte prekvapilo,“ chytil som sa Máriou použitého slovíčka.

„No v zime sme tu museli kúriť, a pomerne dlhé obdobie. Naopak, v lete tu nikdy nie je viac ako 49 °C. Aspoň oficiálne. Ak by bolo 50 °C, tak by ľudia nemuseli ísť do práce.“

„To sme už počuli napríklad v Uzbekistane. Tam nám domáci tiež hovorili, že ich teplomer v lete často ukazuje inú teplotu, ako hlásia v štátnom rádiu a televízii,“ upokojujem Máriu, aby si nemyslela, že inde to funguje lepšie.

Zo stretnutia sme odchádzali so zvýšeným slovenským sebavedomím. Mária nám prezradila, že sa drží slovenského občianstva. „Slovenský pas je silnejší ako britský. S našim mám bezvízový vstup do viacerých krajín.“

Ženy a Saudská Arábia. Vízia 2030 počíta s vylepšením postavenia žien v spoločnosti a, hlavne, s podstatne väčším zapojením žien do ekonomiky. Už dnes nie je nič mimoriadne stretnúť v službách alebo v obchode pracujúce ženy. Pravdou je, že majú cez tvár nikáb, a tak ich úsmev pri podaní kávy za pultom kaviarne alebo pomoc pri výbere pohľadníc v kníhkupectve, môžete len tušiť. Počas pobytu sme videli skupinky žien večer sediacich v pouličných kaviarničkách alebo v reštauráciách v obchodných centrách. Mal som dojem, že večer preberajú od žien starostlivosť o deti ich manželov a ony si robia babské jazdy. Samotné obchodné centrá boli zaujímavou skúsenosťou. Nabití obchodmi svetových značiek, s cinema časťou v ničom sa nelíšiacou od európskej. Rovnaký repertoár filmov, rovnaká ponuka popcornu a coly. Mimočodom, kiná sú povolené od roku 2018. Nebolo nezvyčajné, ak sa saudský pár prechádzajúci sa po obchodnom centre držal za ruky. Nebolo ich veľa, ale boli. Nevnímal som, že by to malo byť provokatívne alebo s dávkou veľkej odvahy. Pôsobili celkom prirodzene. V centrách púšťali hlas muezina. Ale to nijako neovplyvňovalo chod obchodov, reštaurácií, kín a ani správanie návštevníkov. Doba, keď sa obchody vraj povinne zatvárali, je už len príbehom z histórie.

Pavol Vitek, cestovateľ  
www.bookspavol.com

INZERCA



Elena Ďurišová

**CVIČEBNÉ ZOSTAVY**  
(v knihe aj na CD):

- ▶ **samonapravovacie prvky, sterilita**  
– podľa Mojžišovej (modifikácia),
- ▶ **panvové dno, inkontinencia**  
– cvičebná zostava „Lúčky“,
- ▶ **osteoporóza, bolesť chrbtice**  
– podľa Ďurišovej.



**Bolesti chrbtice, kĺbov, kostí**  
(špeciálne cvičebné zostavy)

Kniha je určená pacientom aj zdravotníkom. Pacientom, aby sa zrozumiteľnou formou dozvedeli čo najviac o svojom ochorení. Zdravotníkom, ktorí sa v dennej praxi stretávajú s riešením bolesti pohybového aparátu svojich pacientov, ako aj študentom medicíny a študentom nelekárskych zdravotníckych odborov. Okrem podrobných informácií o ochoreniach pohybového aparátu uvádza i rady o ich komplexnej liečbe, vrátane špeciálnych vyšetrení a cvičení (drobných kĺbov rúk, pliec, kolien a bedier – aj po totálnej endoprotéze), zásady Školy chrbta a špeciálne cvičebné zostavy i s nahratým CD. Kniha obsahuje aj súbor dychových cvičení vhodných pre pacientov s postkovidovým syndrómom. Publikácia je prínosom pre všetkých, ktorí bolesti majú, alebo im chcú predchádzať. Je dôležité vedieť, ako si so svojimi ťažkosťami poradiť aj v domácom prostredí a tým zvýšiť kvalitu svojho života.

Zdravotníci majú možnosť absolvovať **24. NOVEMBER 2023**  
**KURZ KINEZIOTERAPIE PRI OSTEOPORÓZE**  
informácie na **www.rrc.sk**  
Reumatologicko-rehabilitačné centrum v Hlohovci



náhrady nesie v dôsledku nutnej antikoagulačnej liečby so sebou riziko zvýšeného krvácania u pacientov s hepatálnou dysfunkciou ako aj zvýšené riziko trombózy na chlopni. Výber typu chlopňovej náhrady by mal byť zvažovaný u každého pacienta individuálne.

**Špecifická liečba funkčných pankreatických NEN-ov**

**a) Inzulínová:**  
Konzervatívna liečba je indikovaná v predoperačnej fáze a v prípade kontraindikácií chirurgickej liečby. Úzostáva z režimových opatrení (úprava diéty a fyzickej aktivity)

a medikamentózne liečby. Cieľom je znížiť sekreciu inzulínu. Mierny antisekretory majú Ca-blokátory (*Verapamil, Nifedipín*) a neselektívne B-blokátory. Silný antisekretory účinok má derivát thiazidu – diazoxid (*nie je dostupný v SR*). Významný inhibičný efekt na sekreciu inzulínu má aj somatostatín a jeho analógy. V porovnaní s ostatnými endokrinnými nádormi je však menej účinný, lebo receptory pre somatostatín sú prítomné len asi v 50% inzulínómov. Pri malígnom inzulínóme paradoxne môže prehĺbiť hypoglykémiiu.

**b) Gastrinóm:**  
Základom medikamentózne liečby je antisekretory liečba. V prípade neschopnosti lokalizovať nádor, resp. odmietania operačného riešenia, treba liečiť pacienta paliatívne tak, aby sme zabránili komplikáciám vredovej choroby. Používajú sa inhibitory protónovej pumpy (*PPI*) – omeprazol, lansoprazol, pantoprazol alebo rabeprazol v dávkach 2–6-násobne vyšších ako pri liečbe jednoduchej peptickej vredovej choroby. Intenzívnu antisekretory liečbu pripravuje pacienta aj na operačný výkon.

Aj počas operácie tlmíme sekreciu HCl intravenóznymi preparátmi omeprazolu a sekreciu gastrínu pomocou somatostatínu.

#### Príprava pacientov s karcinoidovým syndrómom na operačný výkon

V perioperačnej príprave je nutné podávať kontinuálne somatostatínový analóg oktreotid v infúzii (50–100 µg/h, alebo viac), začína sa minimálne 2 hodiny pred operáciou a pokračuje nasledujúcich 48 hodín s pomalou redukciiu dávky pred vysadením.

Infúzia s oktreotidom redukuje uvoľňovanie sérotonínu, čím redukuje perioperačné komplikácie ako hypotenzia, karcinoidová kríza a smrť pacienta. Antihistaminiká sa podávajú ako prevencia vzniku flushu a bronchospazmu, kortikoidy redukovávajú produkciu bradykinínu. Počas operácie sa odporúča minimalizovať podávanie liečiv (*opioidy, dopamín, adrenalin, noradrenalin, myorelaxans atrakurium*), ktoré môžu viesť k uvoľneniu vazomotorických látok nádorom a zvýšiť riziko vzniku karcinoidovej krízy.

#### Referencie

1. Delhomme, C., Walter, T., Arrangalate, D. et al.: Carcinoid heart disease in patients with midgut neuroendocrine tumours. *J Neuroendocrinol.* 2023;35:e13262. 2. Garcia Carbonero, R., Rinke, A., Valle, J.W. et al.: ENETS Consensus Guidelines for the Standards of Care in Neuroendocrine Neoplasms: Systemic Therapy. *Chemotherapy Neuroendocrinology* 2017;105:281–294. 3. Glasberg, S.M., Grossman, A.B., Gross, D.J.: Carcinoid Heart Disease - From Pathophysiology to Treatment. "Something in the Way it moves". *Neuroendocrinology* 2015;101:263–273. 4. Grozinski-Glazberg, S., Davar, J., Hofland, J. et al.: European Neuroendocrine Tumor Society (ENETS) 2022 Guidance Paper for Carcinoid Syndrome and Carcinoid Heart Disease. *J Neuroendocrinol.* 2022;34:e13146. 5. Falconi, M., Eriksson, B., Bartsch, D.K. et al.: ENETS Consensus Guidelines Update for the Management of Patients with Functional Pancreatic Neuroendocrine Tumors and Non Functional Pancreatic Neuroendocrine Tumors. *Neuroendocrinology* 2016;103:153–171. 6. Pavel, M., Valle, J.W., Eriksson, B. et al.: The ENETS Consensus Guidelines for the Standards of Care in Neuroendocrine Neoplasms: Systemic Therapy - Biotherapy and Novel Targeted Agents. *Neuroendocrinology* 2017;105:266–280. 7. Sorbye, H., Grande, E., Pavel, M. et al.: European Neuroendocrine Tumor Society (ENETS) 2023 guidance paper for digestive neuroendocrine carcinoma. *J Neuroendocrinol.* 2023;35:e13249. 8. Sundin, A., Arnold, B., Baudin, E. et al.: ENETS Consensus Guidelines for the Standards of Care in Neuroendocrine Tumors: Radiological, Nuclear Medicine and Hybrid Methods. *Neuroendocrinology* 2017;105:212–244.

## Je náš príjem vápnika v prevencii a liečbe osteoporózy dostatočný?

MUDr. Elena Ďurišová

primárka Reumatologicko-rehabilitačného centra v Hlohovci, www.rrc.sk

**BOLO ZISTENÉ, ŽE NA SLOVENSKU JE PRIEMERNÝ PRÍJEM VÁPNIKA POTRAVOU U DETÍ A DOSPELÝCH OSÔB DO 65 ROKOV LEN POLOVIČNÝ V POROVNANÍ S ODPORUČANÝM MNOŽSTVOM, U STARŠÍCH ĽUDÍ DOKONCA LEN ŠTVRTINOVÝ. K DOSIAHNUTIU PRÍJMU OPTIMÁLNEHO MNOŽSTVA VÁPNIKA JE NUTNÉ V TÝCHTO PRÍPADOCH VYUŽIŤ JEHO NÁHRADU, NAJMÄ V SENIORSKEJ POPULÁCIÍ.**

Základnou podmienkou úspešnej prevencie a liečby osteoporózy je správna výživa rešpektujúca optimálny pomer základných živín (*bielkoviny, cukry, tuky*) a predovšetkým s dostatočným prívodom vápnika (*kalcium*) ako hlavného minerálu na stavbu kostí.

Druhým predpokladom je dostupnosť vitamínu D, ktorý umožňuje vstrebávanie vápnika z čreva, ovplyvňuje rast a pevnosť kostí.

Tretím predpokladom je správne zostavená pravidelná pohybová aktivita podporujúca tak tvorbu kostí ako aj zníženie ich odbúravaní. Odporúčané denné dávky vápnika sú rôzne podľa veku.

Pre dospelého za optimálnu dávku považujeme 800–1200 mg, po päťdesiatke sa pohybujú v rozmedzí 1000–1500 denne. Naš organizmus potrebuje kalcium počas celých 24 hodín. Dokáže však naraz využiť okolo 500 mg vápnika prijatého v akomkoľvek čase, či už je zdrojom potrava alebo prípravok s obsahom vápnika.

Je preto dôležité prijímať kalcium v menších dávkach počas celého dňa i pred spaním. Bolo dokázané, že podanie vápnika večer pred uľahnutím znižuje nočný vrchol hormónu parathormónu v krvi, a tým sa znižuje i zvýšené nočné odbúravanie kostí.

INZERCIA

lačno veľmi nízka, zlepšuje sa po podaní potravy. Treba pripomenúť, že nedostatok žalúdočnej kyseliny býva bezpríznakový a postihuje 1/3 všetkých osôb starších ako 60 rokov.

Sú známe aj niektoré skupiny liekov, ktoré negatívne ovplyvňujú hladinu vápnika, ako napr. kortikosteroidy, antiepileptiká, antiestrogény, lieky znižujúce kyslosť žalúdočnej šťavy, niektoré diuretiká. Okrem príčin, ktoré sú uvedené vyššie, môžu to byť aj samotné potraviny, ktoré v dnešnej dobe môžu byť kvalitatívne iné ako v minulosti (*vyššie množstvo fosforu v mäse, potraviny chemicky stabilizované fosfátmi, aby sa predĺžila ich doba trvanlivosti, „fast food“ potraviny, tavené sýry, chemické dochucovadlá, ale i iné zloženie pôdy, vody...*).

Treba pripomenúť, že viaceré štúdie dokázali, že príjem vápnika v stanovenej liečebnej dávke neovplyvňuje vznik aterosklerózy.

Obyčajne nedokážeme získať optimálne množstvo vápnika z prijatej stravy a musíme dennú potrebu vyrovnávať medikamentami s jeho obsahom. Je preto dôle-

žité užívať aj odporúčané lieky s obsahom vápnika a vitamínu D naordinované lekárom pri pravidelnom sledovaní ich hladín v krvi a v moči.

Osteoporóza je civilizáčne ochorenie, má veľa príčin a úbytok kostnej hmoty je u značnej časti populácie manifestovaný aj vekom. Liečba musí byť pravidelná a dlhodobá. Len takto dokážeme zvýšiť kvalitu života pacientov pri tomto ochorení, hlavne znížiť počet zlomenín, ale aj úmrtnosti pri tej najzávažnejšej zlomenine – v oblasti krčka stehnovej kosti. Komplexné informácie o ochoreniach pohybového aparátu a hlavne o osteoporóze, tabuľky s obsahom vápnika v jednotlivých potravinách i špeciálne cvičebné zostavy (*aj s nahratím na CD*) sú uvedené v publikácii „Bolesti chrčtice, klbov, kostí (špeciálne cvičebné zostavy)“.

Tabuľka – Obsah vápnika na 100 g potraviny.

POTRAVINA	Ca (v mg)
syr parmezán	1295
syr eidam tehla	956
niva (rokfort)	650
tvaroh tučný	82
mlieko polotučné	121
jogurt biely nízkotučný	152
vajce slepačie	54
ovsené vločky	57
sója	256
černice	44
brokolica	105
petržlenová vňať	224
mak	1347
hovädzie mäso vysekové	156

(bližšie v knihe „Bolesti chrčtice, klbov, kostí (špeciálne cvičebné zostavy)“)

**VELMI VÁŽNOU INFORMÁCIU JE, ŽE KAŽDÉ 3 SEKUNDY DOCHÁDZA NIEKDE NA SVETE K ZLOMENINE, KTOREJ PRÍČINOU JE OSTEOPORÓZA (EŠTE PRED NIEKOĽKÝMI ROKMI BOL ÚDAJ V ODBORNEJ LITERATÚRE O NOVÝCH ZLOMENINÁCH KAŽDÝCH 30 SEKUND). ZÁROVEŇ RIZIKO VZNIKU ĎALŠEJ ZLOMENINY NARASTÁ S KAŽDOU NOVOU ZLOMENINOU, POKIAL SA OSTEOPORÓZA VČAS SPRÁVNE NEDIAGNOSTIKUJE A KOMPLEXNE NELIEČI. ŠTÚDIA, DO KTOREJ BOLO ZAPOJENÝCH VIACERO EURÓPSKÝCH KRAJÍN VRÁTANE SLOVENSKA, UKÁZALA, ŽE V POPULÁCIÍ STARŠÍCH ŽIEN JE VYSOKÉ PERCENTO (AŽ 75%) NELIEČENÝCH PACIENTOK SO ZVÝŠENÝM RIZIKOM ZLOMENINY. ZNAMENÁ TO, ŽE LEN 1 ZO 4 ŽIEN SO ZVÝŠENÝM RIZIKOM ZLOMENINY SA MOMENTÁLNE LIEČI NA OSTEOPORÓZU.**



HALÉON

**Caltrate D<sub>3</sub>**  
500 mg/1000 IU  
žuvacie tablety

**500 mg VÁPNIKA + 1 000 IU VITAMÍNU D<sub>3</sub>**

**NAJvyšší obsah vitamínu D<sub>3</sub> v jednej tablete\***

- na prevenciu a liečbu deficitu vitamínu D<sub>3</sub> a vápnika u starších pacientov
- na podávanie vitamínu D<sub>3</sub> a vápnika v priebehu liečby osteoporózy



dávkovanie 1x denne

jednotlivo balené žuvacie tablety

pomarančová príchuť

čistočná úhrada

SPC CALTRATE D3 DOSTUPNÉ NA:



\*Caltrate D3 500 mg/1000 IU žuvacie tablety majú najvyšší obsah vitamínu D v jednej tablete v rámci liekov obsahujúcich kombináciu vápnika a vitamínu D<sub>3</sub>, ktoré sú dostupné v SR.

Liek Caltrate D3 500 mg/1000 IU je viazaný na lekársky predpis. Liek je čiastočne hrađený z prostriedkov verejného zdravotníctva.

V prípade otázok kontaktujte prosím: Haleon Czech Republic s.r.o., Hvězdova 1734/2c, 140 00 Praha 4, e-mail: mystory.cz@haleon.com. Prípadné nezhaduce účinky hláste prosím na: SafetyReportingEMEA@haleon.com. Ochranné známky sú vlastnené alebo licencované skupinou spoločností Haleon. ©2023 skupina spoločností Haleon alebo poskytovateľ príslušnej licencie. Dátum vypracovania materiálu: 10/2023

PM-SK-CAL-23-00002

# Aké zmeny v delegovanom predpisovaní nastali od prvého augusta?

## Ako vyzeral delegovaný predpis pred 1. augustom?

Pred 1. augustom tohto roka bolo základom delegovaného predpisu to, že išlo o vzťah medzi poverujúcim a povereným lekárom. Predpisujúci lekár, ktorý deleguje predpis, sa nazýval „poverujúci lekár“ a lekár, ktorý sa rozhodol poverujúcemu lekárovi kolegiálne pomôcť, sa nazýval „povereným lekárom“. Poverujúci lekár sa na delegovanom predpise mohol dohodnúť s lekárom akejkolvek špecializácie (podstatné je to, aby išlo o lekára, ktorý je spôsobilý predpisovať).

Pre delegovaný predpis boli stanovené v rámci predošlej právnej úpravy dve časové limitácie, a to:

- **Prvá limitácia** – delegované predpisovanie bolo možné realizovať maximálne (nepretržite) počas 2 mesiacov,
- **Druhá limitácia** – poverujúci lekár mohol delegovať predpisovanie voči konkrétnemu pacientovi maximálne 3-krát počas kalendárneho roka. Z toho vyplývalo, že voči konkrétnemu pacientovi mohol poverujúci lekár počas kalendárneho roka delegovať predpisovanie na max. 3 dvojmesačné periody.

Poverenie na predpis bolo výsledkom dohody medzi poverujúcim a povereným lekárom, tento atribút zákon o liekoch explicitne zdôrazňoval – teda len samotné doručenie „poverenia“ pacientom nezakladalo pre lekára takéhoto pacienta právnu povinnosť lieky uvedené v poverení predpisovať namiesto poverujúceho lekára.

## Delegovaný predpis je stále koncipovaný ako oprávnenie všeobecného lekára na predpis

Od 1. augusta je podstatou delegovaného predpisovania vzájomný vzťah medzi odborným lekárom, ktorý dáva odporúčanie na predpis všeobecnému lekárovi a všeobecným lekárom, ktorý na základe odporúčania odborného lekára predpisuje. Zákon o liekoch dokonca obsahuje už aj definíciu, koho je možné považovať za odborného lekára. Odborným lekárom sa má na myslí lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore inom ako všeobecné lekárstvo.

Pri delegovanom predpise je ale potrebné stále vnímať, že aj keď odborný lekár vystaví všeobecnému lekárovi/pediatrovi odporúčanie na predpis, pre všeobecného lekára/pediatra je to stále len oprávnenie a nie povinnosť na základe vystaveného odporúčania pacientovi liek/ZP/DP predpísať.

## Aké sú podmienky delegovaného predpisu od 1. augusta?

Nová právna úprava účinná od 1. augusta stanovuje obsah poverenia (odporúčania) na delegované predpisovanie, ktoré musí obsahovať:

- lehotu, počas ktorej sa odporúča predpisovať liek/ZP/DP, ktorá je maximálne:
  - 6 mesiacov pri ambulantnom predpise
  - 3 mesiace pri predpise po prepustení z ústavnej ZS
- všetky informácie potrebné na predpis lieku/ZP/DP (v súlade s § 119 ods. 5, 6 a § 120 ods. 1 zákona o liekoch), vrátane kódu odborného lekára,
- informáciu, či odborný lekár, ktorý odporúčanie vystavil, má uzatvorenú zmluvu o poskytovaní zdravotnej starostlivosti so zdravotnou poisťovňou, v ktorej je pacient poistený.

## Obsah odporúčania na delegovaný predpis má byť zachytený v:

- elektronickom zázname o poskytnutí ambulantnej zdravotnej starostlivosti,
- lekárskej správe o poskytnutej zdravotnej starostlivosti,
- elektronickom zázname o prepustení osoby z ústavnej zdravotnej starostlivosti alebo
- prepúšťacej správe pri prepustení osoby z ústavnej zdravotnej starostlivosti.

## Kto je zodpovedný za správnu indikáciu lieku a nedodržanie preskripčných a indikačných obmedzení pri delegovanom predpise?

Vo vzťahu k správnej indikácii lieku, ktorý bude predpisovať všeobecný lekár/pediatra na základe odporúčania odborného lekára bude zodpovedný odborný lekár, ktorý odporúčanie vystavil. Odborný lekár bude zodpovedať za správny výber liečiva alebo humánneho lieku, cesty podania, liekovej formy a množstva liečiva v liekovej forme, určenie diagnózy vyjadrenej písmenom a číslkami podľa platnej medzinárodnej štatistickej klasifikácie chorôb a pridružených zdravotných problémov, veľkosti balenia, počtu balení a dávkovania lieku.

Taktiež dodržanie preskripčných a indikačných obmedzení bude na pleciach odborného lekára, ktorý odporúčanie vystavil. V prípade, ak lekár/výdajňa ZP vydá pacientovi liek/ZP/DP na základe predpisu/poukazu, ktorým došlo k porušeniu preskripčných a indikačných obmedzení a predpis/poukaz bol vydaný na základe poverenia odborného lekára vystaveného v rozpore so zákonnými podmienkami, zdravotná poisťovňa si bude náhradu



plnenia poskytnutého lekární/výdajni ZP za vydaný liek/ZP/DP uplatňovať voči odbornému lekárovi alebo poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti, pre ktorého pracuje odborný lekár, ktorý poverenie vystavil.

## Stanovenie povinnosti predpísať liek/ZP/DP, ktorých potrebu indikoval lekár po vyšetrení pacienta

Do zákona o liekoch bola novelou účinnou od 1. augusta zavedená aj veľmi dôležitá povinnosť ambulantného lekára predpísať liek/ZP/DP, ktorých potrebu indikoval po vykonaní lekárskeho vyšetrenia.

JUDr. Ivan Humeník, PhD.  
h&h PARTNERS, advokátska kancelária s.r.o.

## Táto povinnosť sa týka ako všeobecných lekárov/pediatrov, tak aj špecialistov.

To značí, že aj špecialista musí predpísať pacientovi liek/ZP/DP (ak jeho potrebu indikoval), a to bez ohľadu na to, že tento liek nie je preskripčne/indikačne obmedzený na jeho špecializáciu. Pacientov tak nemôže špecialista posúvať na všeobecného lekára/pediatra na predpis preskripčne neviazaných liekov.

Ako to už býva zvykom, aj s porušením tejto povinnosti je spojená sankcia, a to pokuta, ktorú môže uložiť ŠÚKL vo výške od 300 eur do 35 000 eur.

Mgr. Lenka Kavarníková  
h&h PARTNERS, advokátska kancelária s.r.o.

INZERCIA

## Posúdime poplatky a pripravíme cenník pre vašu ambulanciu

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

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



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





Na vývoji Kaplan-Meierovej krivky pozorujeme ďalšie rozdeľovanie kriviek prežívania, čo poukazuje na zjavný prínos liečby aj po ukončení 2-ročnej liečby abemaciklibom. Údaje o OS pacientov zaradených v MonarchE zostávajú nezrelé. Numericky došlo v kombinovanom ramene s abemaciklibom k 157 a v ramene s HT 173 úmrtiam. Metastatické ochorenie sa vyvinulo u 249 pacientov pri samotnej HT a 125 pacientov s liečbou abemaciklibom a HT.<sup>(10)</sup>

Nádory s vyššou mierou proliferácie, charakterizovanou vysokými hodnotami proliferatívneho indexu Ki-67 predstavujú rizikovejšiu podskupinu s nepriaznivejšími výsledkami liečby. V klinickom skúšaní MonarchE sa index Ki-67 potvrdil ako prognostický ukazovateľ, avšak prínos abemaciklibu bol konzistentný bez ohľadu na jeho hodnotu (Obr. 3).<sup>(11)</sup>

Najčastejšími nežiaducimi účinkami stupňa 3–4 bola neutropénia (19,6% vs. 0,9%), leukopénia (11,4% vs. 0,4%) a hnačka (7,8% vs. 0,2%). Závažné nežiaduce udalosti sa vyskytovali aj celkovo častejšie pri kombinovanej liečbe (15,5% vs. 9,1%).<sup>(10)</sup> Prerušenie liečby abemaciklibom bolo v dôsledku nežiaducich účinkov hlásené u 61,7% pacientov, pričom 43,6% pacientov vyžadovalo redukciu dávkovania. Hnačka hlásená pri liečbe bola vo všeobecnosti nízkeho stupňa (stupeň 1–2: 76%); udalosti stupňa 2–3 boli najviac pozorované v prvom mesiaci (20,5%), väčšina z nich bola krátkodobá ( $\leq 7$  dní) a následne sa neopakovala.<sup>(12)</sup> Miera predčasného ukončenia liečby abemaciklibom predstavovala 18,5%.<sup>(13)</sup> Pri liečbe sa pozorovali aj venózne tromboembolické príhody (VTE) – 2,5% v kombinovanom vs. 0,6% pri HT. V ramene s abemaciklibom sa pozorovalo zvýšené riziko VTE pri liečbe tamoxifénom oproti inhibítorom aromatázy (4,3% vs. 1,8%).<sup>(12)</sup> Z pohľadu PRO liečby sa po 42 mesiacoch sledovania nepozorovali signifikantné zmeny oproti východiskovým hodnotám vo všetkých parametroch (FACT-B, FACT-ES, a FACIT-únava), s výnimkou hnačky, s horším skóre pri liečbe abemaciklibom po 3 a 6 mesiacoch. Počas liečby väčšina pacientov hlásila, že ich „trochu“ alebo „vôbec nie“ obťažovali vedľajšie účinky v oboch ramenách. Pri sledovaní po ukončení terapie boli PRO v oboch ramenách podobné východiskovým hodnotám, pričom  $\geq 80\%$  pacientov v ramene s abemaciklibom hlásilo „vôbec nie“ pre hnačku.<sup>(14)</sup>

## Záver

Možnosť pridania abemaciklibom k adjuvantnej HT sa dá považovať za významný posun v kuratívnej intencii liečby KP. Významné zníženie rizika invazívneho a najmä vzdialeného relapsu ochorenia pretrváva aj po ukončení liečby a zvyšuje šance na dlhodobú remisiu ochorenia u významnej skupiny rizikových pacientok.

Posledné desaťročie sa nieslo najmä v znamení snahy o optimalizáciu indikácií a intenzity neo/adjuvantnej chemoterapie, ako aj sekvencie a trvania HT. Obrazom snahy o zvýšenie efektivity liečby u vysokorizikových pacientok je napríklad využitie denzných chemoterapeutických režimov s podaním rastových faktorov, predĺžovanie hormonálnej liečby, prípadne kombinovanie hormonálnej liečby s OFS u premenopauzálnych pacientok. Naopak výhodnejší bezpečnostný profil dvojkombinácií na báze antracyklínu (AC/EC) pri zachovaní efektivity liečby postupne odsunul triplety s využitím 5-fluorouracilu (FAC/FEC). U postmenopauzálnych pacientok sa pozoroval aj prínos indikácie bisfosfonátov, s cieľom prevencie rizika relapsu ochorenia, alebo denosumabu a bisfosfonátov v liečbe poklesu kostnej denzity v súvislosti s HT.<sup>(15)</sup>

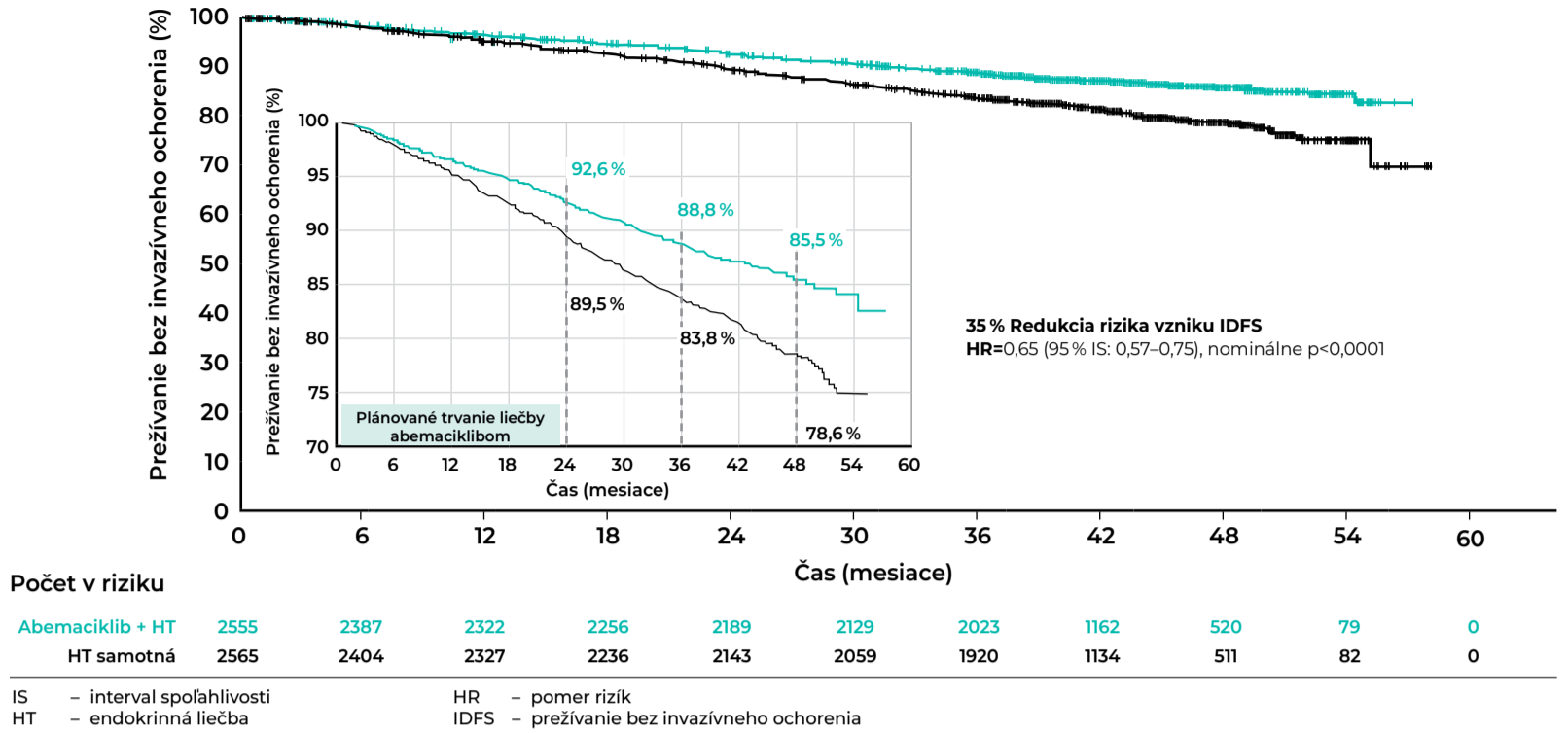
Kombinácia adjuvantnej liečby abemaciklibom a HT bola na základe uvedených výsledkov klinického skúšania MonarchE schválená Americkou liekovou a potravinovou agentúrou (FDA), aj Európskou liekovou agentúrou (EMA) a predstavuje zatiaľ prvú indikáciu inhibítora CDK4/6 v liečbe včasného HR+ HER2- KP. Od 1. júla 2023 je aj kategorizovaná liečebnou možnosťou v SR v indikácii adjuvantnej liečby pacientov (žien aj mužov) s včasným karcinómom prsníka HR+ HER2-, s pozitívnymi LU a s vysokým rizikom recidívy. Možnosťou je liečba v kombinácii s tamoxifénom, alebo inhibítormi aromatázy, pričom vysoké riziko recidívy je definované buď patologicky potvrdeným nádorovým postihnutím 4 a viac axilárnych LU, alebo patologicky potvrdeným nádorovým postihnutím 1–3 axilárnych LU a prítomnosťou aspoň jedného z nasledujúcich kritérií: veľkosť nádoru 5 cm a viac, alebo nádor histologického stupňa 3. U pre- alebo perimenopauzálnych žien a mužov sa má endokrinná liečba inhibítormi aromatázy kombinovať s agonistom LHRH, napr. goserelínom. Liečba sa indikuje v trvaní dvoch rokov, alebo pokiaľ nedôjde k recidíve ochorenia.<sup>(16)</sup>

## Referencie

- Howlander N, Altekruze SF, Li Ci, Chen VW, Clarke CA, Ries LAG, et al. US Incidence of Breast Cancer Subtypes Defined by Joint Hormone Receptor and HER2 Status. JNCI: Journal of the National Cancer Institute. 2014 May;106(5).
- Haque R, Ahmed SA, Inzhakova G, Shi J, Avila C, Polikoff J, et al. Impact of Breast Cancer Subtypes and Treatment on Survival: An Analysis Spanning Two Decades. Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention. 2012 Oct;21(10):1848–55.
- Tjan-Heijnen VCG, Lammers SWM, Geurts SME, Vriens JH, Swinkels ACP, Smorenburg CH, et al. Extended adjuvant aromatase inhibition after sequential endocrine therapy in postmenopausal women with breast cancer: follow-up analysis of the randomised phase 3 DATA trial. EClinicalMedicine. 2023 Apr;58:101901.
- Pagani O, Walley BA, Fleming GF, Colleoni M, Láng I, Gomez HL, et al. Adjuvant Exemestane With Ovarian Suppression in Premenopausal Breast Cancer: Long-Term Follow-Up of the Combined TEXT and SOFT Trials. Journal of Clinical Oncology. 2023 Mar;41(7):1376–82.
- Francis PA, Pagani O, Fleming GF, Walley BA, Colleoni M, Láng I, et al. Tailoring Adjuvant Endocrine Therapy for Premenopausal Breast Cancer. New England Journal of Medicine. 2018 Jul;379(2):122–37.
- Hartkopf AD, Grischke EM, Brucker SY. Endocrine-Resistant Breast Cancer: Mechanisms and Treatment. Breast Care. 2020;15(4):347–54.
- Varnier R, Sajous C, de Talhouet S, Smentek C, Péron J, You B, et al. Using Breast Cancer Gene Expression Signatures in Clinical Practice: Unsolved Issues, Ongoing Trials and Future Perspectives. Cancers (Basel). 2021 Sep;13(19):4840.
- Lian W, Fu F, Chen D, Wang C. Effect of node status on breast cancer survival by subtype: a single-center retrospective cohort study. Transl Cancer Res. 2020 Oct;9(10):5900–8.
- Johnston SRD, Harbeck N, Hegg R, Toi M, Martin M, Shao ZM, et al. Abemaciklib Combined With Endocrine Therapy for the Adjuvant Treatment of HR+, HER2-, Node-Positive, High-Risk, Early Breast Cancer (monarchE). Journal of Clinical Oncology. 2020 Dec;38(34):3987–98.
- Johnston SRD, Toi M, O'Shaughnessy J, Rastogi P, Campone M, Neven P, et al. Abemaciklib plus endocrine therapy for hormone receptor-positive, HER2-negative, node-positive, high-risk early breast cancer (monarchE): results from a preplanned interim analysis of a randomised, open-label, phase 3 trial. Lancet Oncol. 2023 Jan;24(1):77–90.
- Harbeck N, Rastogi P, Martin M, Tolanev SM, Shao ZM, Fasching PA, et al. Adjuvant abemaciklib combined with endocrine therapy for high-risk early breast cancer: updated efficacy and Ki-67 analysis from the monarchE study. Annals of Oncology. 2022 Jun;33(6):616–27.
- Johnston S, Toi M, O'Shaughnessy J, et al. Abemaciklib plus endocrine therapy for HR+, HER2-, node-positive, high-risk early breast cancer: results from a pre-planned monarchE overall survival interim analysis, including 4-year efficacy outcomes. Prezentované na: 2022 San Antonio Breast Cancer Symposium; December 6–10, 2022; San Antonio, TX.
- Harbeck N, Guarneri V, Seo JH, Jurado JC, Abreu MH, Takahashi M, et al. 93MO Long-term patient-reported outcomes from monarchE: Abemaciklib plus endocrine therapy for adjuvant HR+, HER2-, node-positive, high-risk, early breast cancer (EBC). ESMO Open. 2023 May;8(1):101317.
- Cardoso F, Kyriakides S, Ohno S, Penault-Llorca F, Poortmans P, Rubio IT, et al. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology. 2019 Aug;30(8):1194–220.
- Ministerstvo zdravotníctva SR, Rozhodnutie o kategorizácii č. S17088-2023-OKCHL-26157, S17088-2023-OKCHL-26358 a S17088-2023-OKCHL-26359 z 15.4.2023; ID rozhodnutí R 8316, R 8317, R 8318. Dostupné na: <https://kategorizacia.mzsr.sk/Lieky/Common/PublicDecisions>.

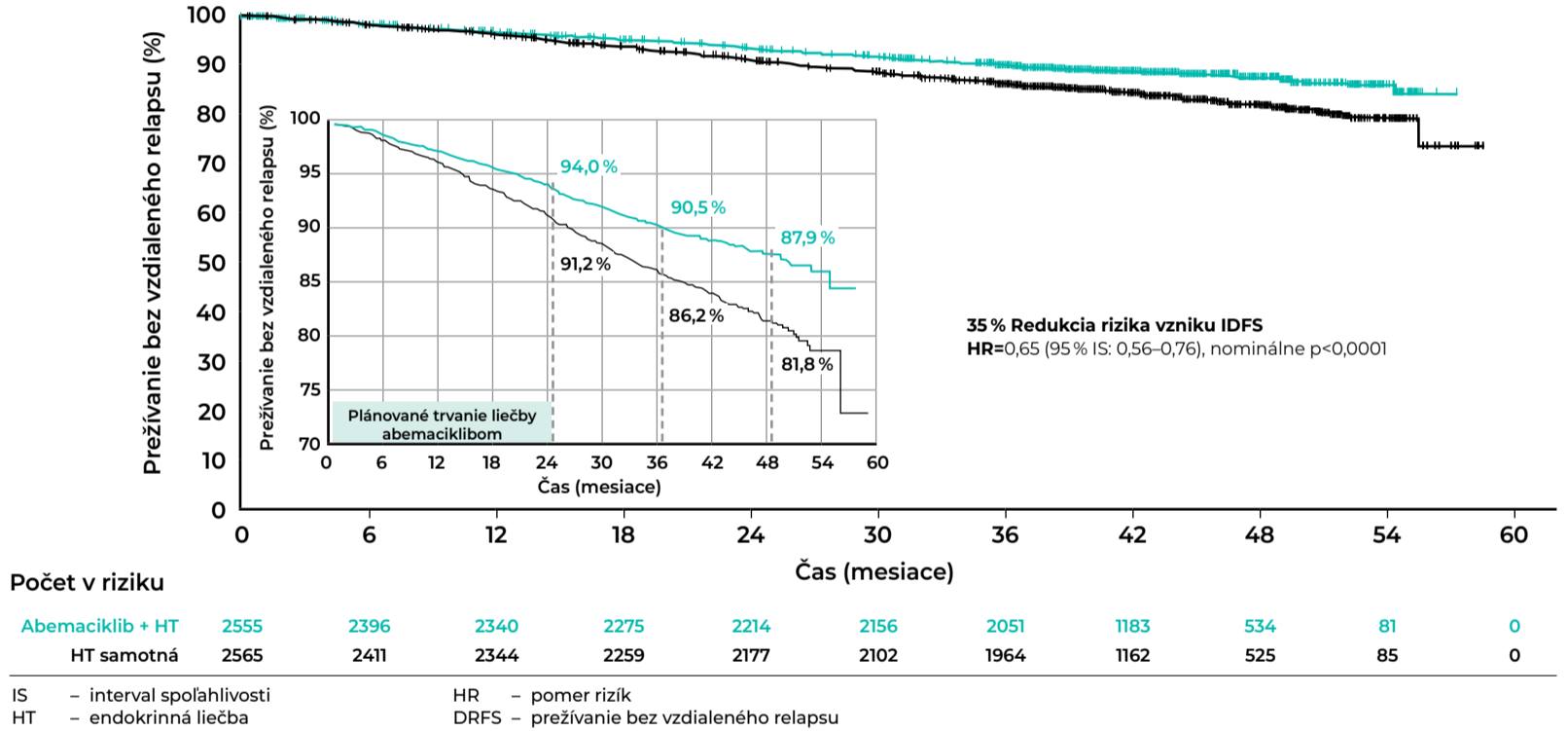
**Obrázok 1** – Prežívanie bez invazívneho ochorenia (IDFS) v populácii kohorty 1 štúdie MonarchE v čase druhej interim analýzy.<sup>(10)</sup>

Absolútny rozdiel bol vypočítaný ako rozdiel medzi počtom IDFS udalostí medzi dvomi ramenami štúdie v každom roku. Výsledky zobrazené vo forme Kaplan-Meierových kriviek by nemali byť interpretované pre obdobie dlhšie ako 48 mesiacov. Analýzy účinnosti v kohorte 1 nepodliehali kontrole alfa pre testovanie štatistickej významnosti. Štatistická významnosť bola dosiahnutá v ITT populácii vo vopred plánovanej interim analýze s mediánom sledovania 15,5 mesiaca.

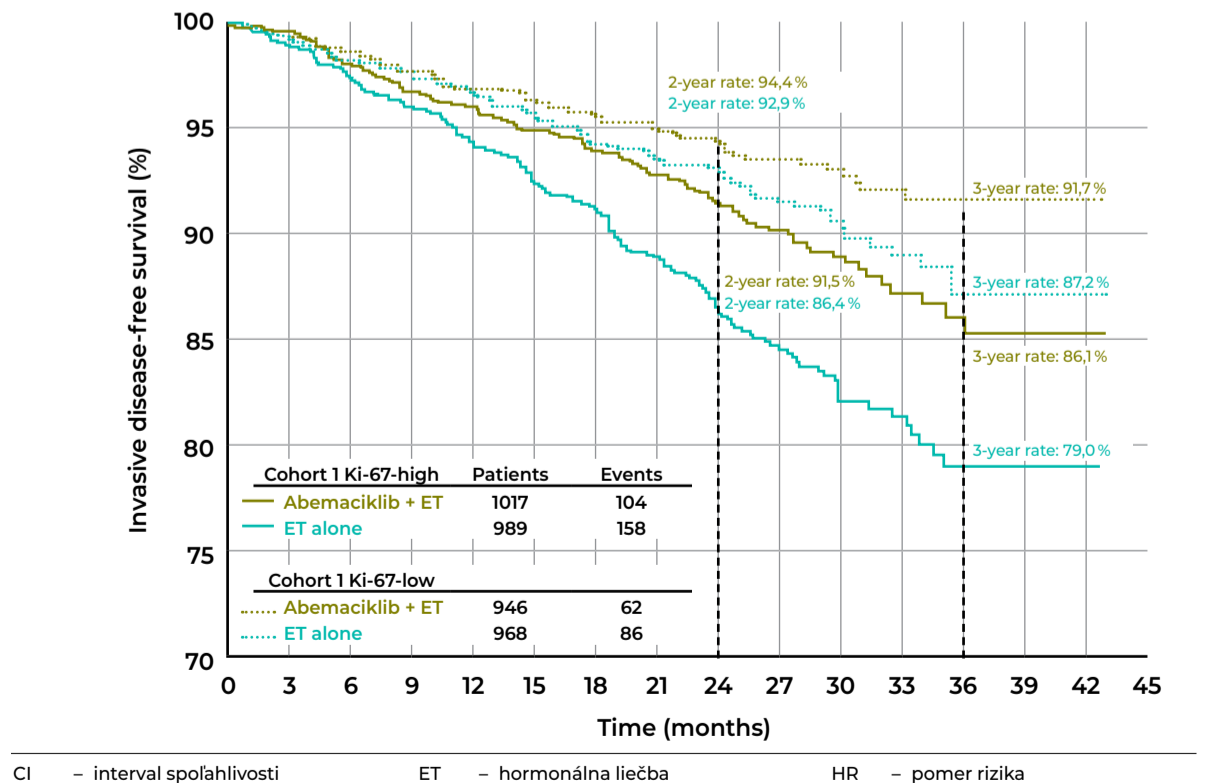


**Obrázok 2** – Prežívanie bez vzdialeného relapsu ochorenia (DRFS) v populácii kohorty 1 štúdie MonarchE v čase druhej interim analýzy.<sup>(10)</sup>

Absolútny rozdiel bol vypočítaný ako rozdiel medzi počtom DRFS udalostí medzi dvomi ramenami štúdie v každom roku. Štúdia už predtým dosiahla svoj primárny cieľ, ďalšie výsledky by sa nemali prezentovať ako formálne štatisticky významné; sú uvedené nominálne hodnoty p. Výsledky by nemali byť interpretované pre obdobie dlhšie ako 48 mesiacov.



**Obrázok 3** – Kaplan-Meierove krivky prežívania bez invazívneho ochorenia (IDFS) v kohorte 1: Ki-67 vysoké vs. Ki-67 nízke v čase follow-up analýzy 1 (AFU).<sup>(10)</sup>



# Lekár ako stredoveký poddaný, alebo ved' ste prisahali na Hippokrata

Viac ako štvrt' storočia sa ako publicista potulujem po nemocniciach a ambulanciách. V reportážach publikovaných v rôznych časopisoch mi vyšli stovky príbehov pacientov a ich lekárov, zväčša v hraničnej situácii. Pri spolutvorbe autobiografického románu s profesorom Karolom Virsíkom *Odchádzam s Hippokratom* a knižky o primárovi Milanovi Očenášovi *Chirurg čo porážal šamanov*, som prežil životy dvoch zaujímavých lekárskejších osobností. V triptychu *Čierny humor v bielom plášti* som zverejnil viac než poldruha stovky smiešnych, alebo aj neveriteľných, často bláznivých historiek, ktoré zažili konkrétni lekári. Môžem povedať, že mi je toto prostredie blízke. Nuž, prepáčte, ak sa teraz pokúsím vžiť sa do situácie jedného z tých, ktorí prežívajú svoj život v bratislavských nemocniciach.

Podľa informácií zo zasadnutí vlády a masmédií máme na Slovensku takmer ideálne zdravotníctvo. Takmer. Jediné dva komponenty, ktoré ho kazia, sú pacienti a ich ošetrojúci personál. Lekár pracuje v nemocnici alebo ambulancii a napriek empatii, potrebnej k výkonu povolania, sa len ťažko vyjadri k postojom pacientov a ich vnímaniu zdravotnej starostlivosti. On totiž stojí na tej druhej strane vyšetrovacieho lôžka a na nej sa nenachádzajú zázraky spomínané vládou a médiami.

## Povinnosti a práva

Rád by som prehovoril o povinnostiach a právach lekára. Podstatnou povinnosťou a poslaním je starostlivosť o pacienta. Lekár prisahal na Hippokrata s tým, že nebude škodiť pacientovi. Rozšírenie tejto prísahy hovorí o tom, že bude vykonávať starostlivosť o pacienta na úrovni súčasných vedeckých poznatkov. Vo vzťahu k nemu musí byť empatický, milý, zdvorilý, pozorný a vedecky erudovaný. Zákoník práce mu na túto činnosť vyčlenil osem a polhodinový čas. Ten pozostáva z ôsmich hodín práce, ktoré môže prerušiť 30-minútová prestávka na jedlo. Rovnaký pracovný čas majú aj príbuzní pacientov. Čiže za lekárom prichádzajú na konci rovnakej pracovnej doby, aby sa opýtali na svojich príbuzných. Zákon im totiž obmedzil možnosť informovať sa po telefóne. Pokiaľ je lekárka mamička s deťmi, ktoré je treba vyzdvihnúť z jasí alebo škôlky, pomyslí si v tejto situácii: Som síce trochu nervózna, ale viem, že mám byť milá a ústretová voči príbuzným, ved' som prisahala na Hippokrata. Uvedomuje si však aj to, že aj v škôlke majú osem a polhodinový pracovný deň – a na Hippokrata neprisahali. Pacientovi príbuzní cítia jej nervozitu a majú zlý pocit. Pomyslia si: Taká neochotná osoba.

## Úskalia nočných služieb

Lekár, ktorý pracuje v nemocnici, je povinný slúžiť nočné služby. Pri „malej službe“ to v praxi

znamená, že ostáva v nemocnici ďalších pätnásť a pol hodín, a vo „veľkej“ cez víkend alebo sviatok dvadsaťštyri. No on si iba myslí, že je „v práci“. Súčasní Zákon a prax majú iný názor. Lekár si podľa nich v práci iba volká a čaká, či bude musieť pracovať. Zákon pri vykazovaní pracovnej doby totiž rozoznáva dve kategórie: 1. Čas strávený čakaním na prácu a 2. Čas strávený samotnou prácou. Nepoznám žiadne iné povolanie, hádam okrem hasičov, kde človek príde na svoje pracovisko a čaká, či bude alebo nebude pracovať. Predstavte si úradníka, ktorý prišiel na noc do práce a čaká, či mu príde nejaká stránka. Pravdepodobne by nik nezapochoval, že je v práci. Ale lekár iba čaká na prácu, pretože doma sa nudí a najlepšie si pospí v nemocnici na starom polorozpadnutom lôžku. Keby bolo nové, zase by zadlžoval nemocnicu – ved' za vysútaženú cenu by to lôžko bolo pozlátené.

Zákoník práce umožňuje iba 400 hodín nadčasov ročne, t. j. 33,3 hodiny mesačne. Aby ho lekár neporušoval, tak do výkazu práce napíše iba hodiny strávené prácou – ved' lekár si chodí do práce iba pospať. Jeho mesačná kvóta by bez tohto administratívneho kroku bola dve „male“ nočné služby v týždni: čiže: 2-krát 15,5 čo sa rovná 31 hodín. Už pri jednej veľkej víkendovej službe a jednej malej službe (24 hodín plus 15,5, čo je spolu 39,5 hodiny) by porušoval Zákoník práce. Pri štyroch službách, z ktorých sú dve malé a dve víkendové, čo v nemocniciach býva zvykom, by lekár strávil v práci sedemdesiatdvať hodín, a to Zákoník práce nepripúšťa. Počul som o pracoviskách, kde odrobí lekár aj päť a viac nočných služieb mesačne.

Podľa výkazu práce to potom vyzerá tak, že lekári chodia do služby oddychovať a oddych si občas len tak pre radosť prerušia prácou. A preto sa tu stretávame s tzv. Parkinsonovým paradoxom nočných služieb. Čím častejšie lekári slúžia, tým menej odpracovaného času vykážu.



To môže do viesť nezaujateho nemocničného ekonóma alebo ministerského analytika k otázke, za čo sú vlastne tí lekári tak dobre platení. Lebo treba čestne priznať, že lekári sú za nočné služby naozaj dobre platení. Až tak dobre, že zadlžujú svojimi platmi nemocnice.

Zdravotné poisťovne totiž za odborné vyšetrenie jedného ambulatného pacienta, ktoré trvá 30 až 60 minút, preplácajú nemocnici 15 x 35 eur. To znamená, že lekár v službe ťažko zarobí nemocnici na plat seba a sestry, ktorá mu musí asistovať. O ošetrovateľoch ani nehovorím. Povedzte, ktorá kadernička by sa za pätnásť eur venovala hodinu svojej zákazničke? Ktorý automechanik by si zapýtal za hodinovú prácu pätnásť eur? Takže lekári zadlžujú zdravotníctvo. Odlišná situácia nastane, keď sa v nočnej službe objaví pacient – cudzinec, ktorý nepochádza z krajín EÚ alebo je to Európan bez platnej zdravotnej karty. Za tie isté úkony zaplatí on alebo jeho poisťovňa okolo 150 až 200 eur.

Preto sa stáva, že čím viac služieb lekár absolvuje, tým menej svojej skutočnej činnosti zapíše. Nemožno totiž dopustiť, aby pracoval nad povolenú dobu nadčasov, lebo tým pádom by sa jeho zamestnávateľ dopustil porušovania Zákonníka práce. Teda v „malej službe“ je lekár v nemoc-

nici osem a pol hodiny spolu s ostatnými lekármi a pätnásť a pol hodiny sám, a vo „veľkej“ je dvadsaťštyri hodín sám – zodpovedný za zdravie a životy svojich pacientov, ktorých pripadne v niektorých nemocniciach na neho až sto. Je zrejmé, že takáto služba je vyčerpávajúca a lekár potrebuje čas na oddych. A Zákoník práce je v tomto bode jednoznačný – po malej službe lekár nesmie ambulovať a musí sa ísť domov zregenerovať. Zákoník práce zohľadňuje aj zvýšenú záťaž na lekára vo veľkej službe a lekár podľa zákona nesmie pracovať dva nasledujúce dni.

## Nariadenie o povinnom oddychu má dva sporné body

Nariadenie však neráta s nedostatkom lekárov v nemocniciach a samozrejme ani s tým, že vedúci pracovníci nemôžu pokryť nutnú prácu na oddelení fyzicky neexistujúcimi lekármi. Preto fyzicky existujúci, aj keď službou vyčerpaný lekár môže odísť domov až vtedy, keď sa postará o svojich pacientov a urobí svoju prácu. Teda odchádza zvyčajne na konci štandardnej pracovnej doby. Samozrejme sa od neho očakáva, že bude aj po tridsiatich dvoch hodinách práce empatický, milý, zdvorilý, pozorný a vedecky erudovaný. Ved' prisahal na Hippokrata.

V prípade „veľkej služby“ sa lekárovi priamo „odporúča“, aby ráno po službe pokračoval v práci aj v druhý voľný deň, lebo na jeho oddelení reálne nemá kto robiť. Zákon to síce nedovoľuje, ale poslužbový lekár prisahal na Hippokrata a je to jeho povinnosť.

Druhý sporný bod platí pre jeho kolegov z univerzitných nemocníc, kde pôsobí množstvo pedagógov, ktorí sú zamestnancami Ministerstva školstva a nie Ministerstva zdravotníctva. Pre nich spomínaná regulácia o voľne po službe už neplatí vôbec – ved' nie sú lekári, neliečia, ale učia. Ich činnosť zahŕňa výučbu študentov, ktorým pri lôžku demonštrujú, ako by mali liečiť pacientov.

Tu je na mieste otázka, prečo práve týchto erudovaných teoretikov s titulmi pred menom a za menom vyhľadáva tak veľa osôb označovaných ako VIP alebo prominenti, keď ich vedomosti neslúžia pre prax ale iba pre demonštráciu pracovných postupov?

Nech už majú akékoľvek tituly a schopnosti, nech pracujú na oddeleniach alebo ambulanciách, nemôžu mať po službe voľno, lebo sú učiteľia a nie lekári. Aspoň podľa predpisov. A nech si dobrovoľne pokračujú v práci, keď prisahali na Hippokrata.

Keď šesťdesiatštyriročná lekárka odsluží pre RZP dvadsať služieb po dvanásť hodín, tak má jej pracovný deň dvanásť hodín a má



# Zvýšenie presnosti diagnostiky rakoviny prostaty sérologickým GIA testom

Ing. Ján Tkáč, D.Sc.; Ing. Tomáš Bertók, Ph.D.  
Glycanostics, spol. s r.o.

## ÚVOD

Tradičným biomarkerom rakoviny prostaty (PCa) je analýza hladiny celkového prostatického špecifického antigénu (tPSA) v krvi. Tento biomarker však nie je dostatočne spoľahlivý a poskytuje vysoko falošne negatívne a vysoko falošne pozitívne výsledky s AUC hodnotou 0,68 (AUC je plocha pod ROC krivkou).<sup>(1,2)</sup>

Objaviteľ tPSA patológ Richard Ablin sumarizuje limitácie tohto biomarkera.<sup>(3,4)</sup> tPSA je tkanivovo-, ale nie rakovinovo-špecifický, preto ho nemožno použiť na diagnostiku/skríning PCa. Hodnoty tPSA v krvi neposkytujú informáciu, či je PCa v skorom alebo neskorom štádiu. Hodnoty tPSA by sa mali využívať najmä ako biomarker recidívy PCa. Použitie tPSA na skríning/diagnostiku PCa je kontroverzné kvôli nasledujúcim faktom.<sup>(4)</sup>

Agentúra FDA (US Food and Drug Administration) schválila testy tPSA spolu s digitálnym rektálnym vyšetrením (DRE) na skríning PCa v roku 1994. V dôsledku nadmernej diagnostiky PCa publikovala pracovná skupina USPSTF (the US Preventative Services Task Force) v roku 2012 odporúčanie proti používaniu tPSA na skríning PCa. Od zverejnenia tohto odporúčania pribúdali pacienti s neskorším štádiom PCa a preto v roku 2017 USPSTF odporučil selektívne použitie tPSA testov pre mužov vo veku od 55 do 70 rokov.

V praxi sú používané ďalšie sérologické testy (tekutá biopsia), ktoré umožňujú monitoring pacienta s hodnotami tPSA v šedej zóne (2–10 ng mL<sup>-1</sup>), ako napr. pomer voľnej formy PSA k celkovému PSA (%fPSA) a stanovenie indexu PHI (analýza troch rôznych foriem PSA), ktoré zvyšujú presnosť PCa diagnostiky len do istej miery.

Je preto potrebné nájsť nové sérologické PCa biomarkery s vyššou mierou presnosti. Jedným z takýchto inovatívnych biomarkerov je analýza zmien v štruktúre glykánov (komplexných sacharidov) prítomných na povrchu fPSA. Analýza prebieha v klasickom ELISA formáte s využitím magnetických častíc vo forme GIA testu (GIA=Glycopsy ImmunoAssay).

V našej predchádzajúcej práci<sup>(5)</sup> sme analýzou 140 vzoriek sér ukázali vysoký potenciál GIA testu spresniť diagnózu PCa v porovnaní s fPSA% a PHI testami. V nedávno publikovanej práci<sup>(6)</sup> sme ukázali značný klinický potenciál GIA testu porovnaním s ďalšími sérologickými testami (fPSA% a PHI) v multicentrickej a multinárodnej štúdií analýzou 501 vzoriek sér. V tomto článku prinášame výsledky tejto nedávno publikovanej štúdie.

## EXPERIMENTÁLNA ČASŤ

V štúdií boli analyzované vzorky sér mužov zo 4 krajín (SR, ČR, Rakúsko a Nemecko) s cieľom zistiť, či je možné GIA test použiť na PCa diagnostiku a monitorovanie účinnosti terapie. Štúdia bola zameraná na porovnanie klinických parametrov testu GIA so sérologickými testami (tPSA, fPSA% a PHI).

Analyzovali sme 2 kohorty (PCa a BPH) so sérologickými hladinami tPSA v šedej zóne, pričom kohorty boli podobné vekom a hladinou tPSA (viac informácií k vzorkám v našej štúdií).<sup>(6)</sup>

## VÝSLEDKY

### PCa diagnostika

GIA test bol použitý na rozlíšenie medzi PCa a BPH vzorkami. Analýza vzoriek sér 392 benígnych a 109 PCa pacientov bola uskutočnená vo forme ROC krivky s vynikajúcou AUC 0,84 pre GIA test (Obr. 1 A). Pri 95% špecifite bola senzitivita

40,4%, zatiaľ čo pri 95% senzitivite bola špecifita 38,0%. Na porovnanie, tPSA poskytol AUC 0,68. Pri 95% špecifite bola senzitivita 11,9%, zatiaľ čo pri 95% senzitivite bola špecifita 4,8%. Analýza fPSA% odhalila AUC 0,76. Pri 95% špecifite bola senzitivita 25,3%, zatiaľ čo pri 95% senzitivite bola špecifita 22,9%.

PHI test kombinuje analýzu hladín tPSA, fPSA a -2proPSA. Vykonali sme priamu štúdiu na porovnanie diagnostickej presnosti testov PHI a GIA testov s použitím podskupiny vzoriek, pre ktoré bola nameraná hodnota PHI (celkovo 215 vzoriek sér). Hodnota AUC bola 0,69 pre PHI test a 0,81 pre GIA test (Obr. 1 B). Podrobná analýza pri 80% senzitivite odhalila, že nasledujúce percentá biopsií mohli byť identifikované ako negatívne (odvrátené) pre nasledujúce testy: tPSA 21% biopsií, fPSA% 52% biopsií, PHI 54% biopsií a GIA 73% biopsií (Obr. 2).

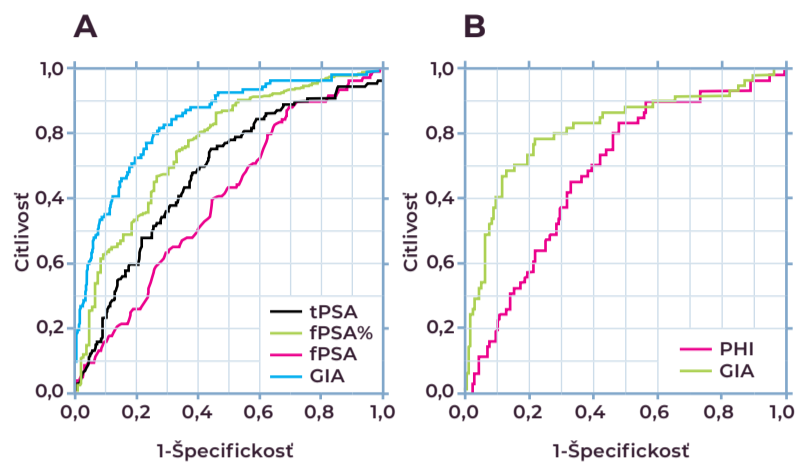
## MONITORING TERAPIE

V tejto analýze sme sa zamerali na poukázanie potenciálu GIA testu ako nástroja na sledovanie účinku terapie. Päťdesiatdeväť vzoriek sér sa získalo od pacientov s PCa, ktorí podstúpili liečbu. Tento súbor vzoriek bol porovnaný so súborom 109 vzoriek sér získaných od pacientov s PCa pred začatím liečby. Vysoká rozlišovacia schopnosť pre GIA test môže byť potvrdená hodnotou AUC 0,85, ktorá bola významne vyššia ako hodnota AUC pre tPSA (0,61).

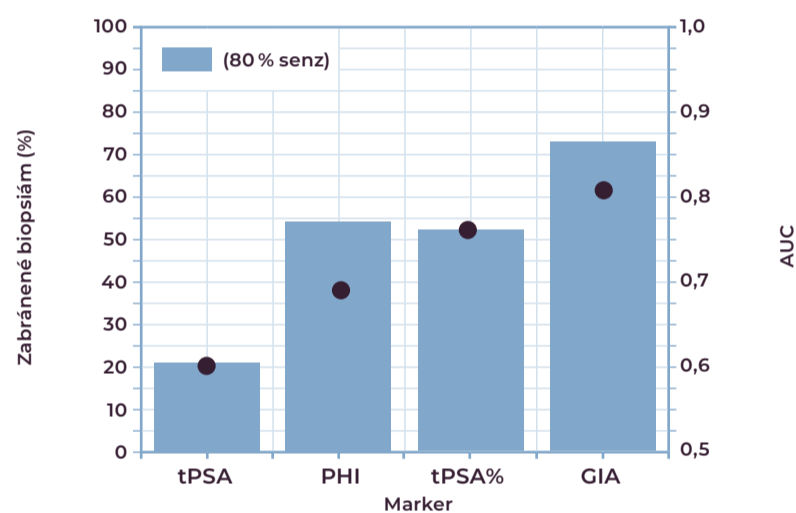
## ZÁVER

GIA test je možné použiť na diagnostiku PCa, ale aj na monitorovanie terapie. Okrem toho test GIA je presnejší ako test PHI. GIA test bol schopný identifikovať oveľa vyšší počet negatívnych (odvrátených) biopsií (70–73%), v porovnaní s ďalšími sérologickými testami ako tPSA (21–30%), fPSA% (52–53%) a PHI test (54%).

**Obrázok 1** – ROC analýza zobrazujúca krivky tPSA (čierna čiara), fPSA (purpurová čiara), fPSA% (zelená čiara) a GIA testu (modrá čiara) pre prípady diagnostiky PCa (celkom 501 vzoriek) (Graf A). Priame porovnanie ROC analýzy pre PHI (purpurová čiara) a GIA (zelená čiara) pre prípad PCa diagnostiky analýzou 215 vzoriek séra (Graf B).



**Obrázok 2** – Percento negatívnych (odstrániteľných) biopsií (modré stĺpce) vypočítané s 80% senzitivitou pre všetky štyri biomarkery PCa (tPSA, fPSA, PHI test a GIA test) z klinickej validačnej štúdie vykonanej s použitím 215 vzoriek séra, pre ktoré boli hodnoty PHI k dispozícii. Negatívne (odstrániteľné) biopsie boli vypočítané ako pomer správne identifikovaných benígnych pacientov z celej kohorty BPH.



## Referencie

1. Bertók T, Bertókova A, Hrončeková S, Chochoľová E, Svecová N, Lorencová L, Kasák P, Tkáč J (2021) Novel prostate cancer biomarkers: Aetiology, clinical performance and sensing applications. *Chemosensors* 9 (8):205 2. Tkáč J, Bertók T, Hires M, Jane E, Lorencová L, Kasák P (2019) Glycomics of prostate cancer: updates. *Expert Review of Proteomics* 16 (1):65–76 3. Ablin RJ, Piana R (2014) The great prostate hoax: How big medicine hijacked the PSA test and caused a public health disaster. *St. Martin's Press* 4. Tkáč J, Gajdosová V, Hrončeková S, Bertók T, Hires M, Jane E, Lorencová L, Kasák P (2019) Prostate-specific antigen glycoprofiling as diagnostic and prognostic biomarker of prostate cancer. *Interface Focus* 9 (2):ID: 20180077 5. Bertók T, Jane E, Bertókova A, Lorencová L, Zvara P, Smolková B, Kucera R, Klocker H, Tkáč J (2020) Validating fPSA glycoprofile as a prostate cancer biomarker to avoid unnecessary biopsies and re-biopsies. *Cancers* 12 (10):2988 6. Tkáč J, Pinkeová A, Tomiková A, Bertókova A, Fabynová E, Bartová R, Jane E, Hrončeková S, Sievert K-D, Sokol R (2023) Glycoprofiling of proteins as prostate cancer biomarkers: a multinational population study. *bioRxiv*:2023.2006.2027.546717

INZERCIJA




# Giasay®

## jeden test stačí

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

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

**Giasay®**  
PROSTATE

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

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

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

**Glycanostics®**

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

## DIAGNÓZA: *pes equinovarus congenitus bilat*

# Šaňkova dlhá cesta k zdraviu

Nora a Šándor sa tešili na svoje prvé dieťa. Chlapčeka pomenovali po otcovi. Keď ho mame ukázali po pôrode, vydesili ju krivé nôžky a chodidlá otočené akosi smerom dovnútra. Diagnóza znela: pes equinovarus bilat. Lekári ju najprv utešovali, že sa to časom upraví. Na druhý deň sa však dopyčula, že synovi budú musieť dať na nohy sadru a na tretí, že to bude treba operovať. Nešťastná matka nevedela o takomto postihnutí nič. Správy, ktoré si vyhladala na internete, ju ešte viac znepokojili. Netušila, že ich čaká dlhý zápas o chlapcovo zdravie, ktorý po rokoch vďaka lekárom z ortopedickej kliniky Národného ústavu detských chorôb zvládnu úspešne.



Cyklísta je jeho živlom.

V novozámockej nemocnici, kde chlapca pravidelne vozili na kontroly k doktorovi Martinovi Jašovi, sa stretla rodina s pochopením. Na cvičenia chodili do rehabilitačného strediska Alpha k sestričke Helenke. Tá po čase navrhla Šaňkovej matke, že by mohla synčeka ukázať lekárom v Národnom ústave detských chorôb, kde majú s takýmito prípadmi väčšie skúsenosti.

### Stretnutie s primárkou Frištákovou

Rodičia sa s päťmesačným synčekom vybrali do Bratislavy. Tu sa ich ujala zástupkyňa prednostu ortopedickej kliniky doktorka Martina Frištáková. Do hlavného mesta cestovali z novozámockej stanice rýchlikom skoro každý týždeň. Do detskej nemocnice na Kramároch chodievali ako domov. Uvideli tu prípady detičiek, ktoré boli na tom horšie ako Šaňko.

Aj špecialisti vo fakultnej nemocnici pokračovali vo vyrovnávaní deformácií v sadrových obväzoch. Keď mal v roku 2014 Šaňko osem mesiacov, určili termín pre prvú operáciu. Pred ňou situáciu trochu skomplikovala zvýšená teplota spojená s vyrastaním zubov. Po operácii naložili chlapcovi ďalšie sadry, ktoré neskôr nahradili ortézami. Tie mu skladali len pri cvičení a kúpaní. Na Šaňkovi bolo vidieť, že keď ho od nich na chvíľu oslobodili pri kúpaní, je veľmi šťastný. Po každom dlhšom sadrovaní mu však veľmi ochabli svaly. O ich regeneráciu sa vytrvalo starala v novozámockej nemocnici rehabilitačná sestra Helenka Bajnková, ku ktorej ho na cvičenia vodievala pravidelne mama. Dobre znášal masáže a terapeutka ho

vedela vždy zamestnať tak, aby ho odpútala od nepríjemnejších úkonov. Potom prišiel prvý malý zázrak, keď sa Šaňko ako desaťmesačný postavil na nohy.

### Tri cesty do Kováčovej

Primárka Frištáková rodičov informovala, že po operácii má chlapec nárok na liečenie v špecializovanom liečebnom ústave Marína v Kováčovej. Absolvovali tu tri mesačné pobyty spojené s prepracovanými procedúrami, opakovanými parafínovými zábalmi, plávaním a cvičením. Stretli sa tu s milými lekármi a rehabilitačnými sestričkami a tie im vždy vliali novú silu pre beh na dlhé trate, ktorý budú musieť so synčekom absolvovať.

### Rodinná idylka.



### Dve vážne operácie

V roku 2017 Šaňkovi zoperovali v Bratislave pravú nohu. V tomto čase čakala pani Nora ďalšie dieťa. S manželom sa obávali, či sa aj u Šaňkovho súrodenca neobjaví podobný problém. Veľmi im odľahlo, keď špecialista v Bratislave po ultrazvukovom vyšetrení skonštatoval, že dievčaťko bude v poriadku. Po každej operácii bol pohybový Šaňko obmedzený zasadovanou nožičkou. Rodičia museli znovu a znovu vymýšľať program pre dieťa, ktoré bolo na nejaký čas odsúdené na sedenie pri stole alebo pobyt na lôžku. Namiesto kamarátov mu museli stačiť lego a vláčiky. Keď mu konečne zložili sadru, bolo treba rozhybať

kolenou, ktoré predtým znehybnoval sadrový pancier a sfunkčnit ochabnuté svalstvo.

Mama súcitila s dieťaťom, keď ho po operáciách videla smädneho a nemohla mu dať hneď napíť. Keď mu v nemocnici dávali dole sadru, videla na ňom, ako sa teší, že bude môcť ísť do herne, ktorá bola na oddelení. Operáciu druhej nohy absolvoval v roku 2018 a celú sadrovú a rehabilitačnú tortúru bolo treba zopakovať.

### So synom doma do jeho siedmich rokov

Od sestričiek sa naučila všetko okolo ošetrovania a cvičení. Problém bol aj v tom, že Šaňko pomerne dlho nechcel rozprávať. Zjavne rozumel všetkému, ale

nekomunikoval. Jeho mame sa tísli slzy do očí, keď jej synček odrazu pri slávnostnom rozlúčkovom programe v škôlke zarecitoval básničku.

V bratislavskej detskej nemocnici uvažovali ešte o jednej operácii. Keď boli pred dvomi mesiacmi na kontrole, pani primárka Frištáková im oznámila, že nohy sú v poriadku. Šaňko tak vyhral svoj prvý beh na veľmi dlhú trať. Spolu s rodičmi za tento úspech vďačí lekárom z Národného ústavu detských chorôb, logopedičke Darine Boťanskej, Timei Csikosovej v zariadení pre postihnuté deti Marienka o. z., ktoré navštevoval ešte aj v prvom ročníku základnej školy, a celej rodine, ktorá im všemožne pomáhala.

### Šaňko so sestrou tancuje v súbore.



**Šaňko lieta na bicykli**

Pani Nora si spomína, že pri vchode do nemocnice bol v tých časoch nápis, že deti by nemali poznať bolesť, ktorá patrí do sveta dospelých. Deti by ju nemali zakúsiť, lebo keď ju raz zažijú, vytráti sa z nich detstvo. Dnes hovorí, že v ňom bola krutá pravda. Ich synček si pri zložitom zápase o zdravie nemohol vychutnať prvé roky života. Nemohol vyrastať pri hrách so svojimi rovesníkmi. Teraz to s pomocou rodiny rýchlo dobieha. Šaňko bude mať v de-

cembri desať rokov. V základnej škole nezaostáva za svojimi spolužiakmi. V septembri nastúpi do tretej triedy. Rád si zahrá futbal a na hodinách telocviku zvykne cvičiť s ostatnými. Spolu s mladšou sestrou tancuje v miestnom ľudovom súbore a miluje bicykle. Jeho otec Šaňko senior totiž pracuje v hurbanovskej firme, ktorá ich skladá a predáva. Chlapec sa v jeho dielni cíti ako doma. Keď prešiel ako šesťročný na bicykli prvú trasu z Nesvád do Hurbanova a Bohatej, bola to veľká slá-

va. Rodičov prekvapilo, že chce ísť ešte ďalej. Nora a Šaňko senior sa pred dvomi rokmi stretli s pánom, ktorý v detstve prekonal rovnaký zdravotný problém ako ich syn. Ten im potvrdil, že mu najviac pomohol bicykel, na ktorom sedáva denne a robí profesionálneho hasiča, čo je fyzicky poriadne náročné povolanie.

Peter Valo

Spisovateľ, publicista


**Profesor Kokavec a primárka Frištáková.**

# Séria zložitých úspešných operácií


**Prof. MUDr. Milan Kokavec, PhD.**  
(nar. 1965, Bratislava)

Po skončení štúdia na LF UK v Bratislave promoval v roku 1989. Špecializáciu druhého stupňa v odbore ortopédia získal v roku 1997 a habilitáciu obhájil v roku 2003. V roku 2011 inauguroval na LF UK na profesora ortopédie. Je prednostom Ortopedickej kliniky LF UK a NÚDCH v Bratislave, prodekanom LF UK, vedúcim odboru (námestníkom riaditeľa) NÚDCH pre vedu a výskum, prezidentom Slovenskej ortopedickej a traumatologickej spoločnosti a hlavným odborníkom Ministerstva zdravotníctva SR pre pediatrickú ortopédiu. Okrem toho je členom European Pediatric Orthopaedic Society, národným delegátom a členom výboru International Federation of Pediatric Orthopaedic Societies, členom European Federation of Orthopaedics and Traumatology, členom Societe internationale de chirurgie orthopedique et de traumatologie; členom European Foot and Ankle Society a členom European Musculoskeletal Oncology Society. Absolvoval študijné pobyty v Izraeli, Dánsku, Rakúsku, Taliansku, Veľkej Británii, USA a v Českej republike. V súčasnosti pôsobí ako člen približne desiatich domácich a zahraničných redakčných rád odborných periodík, zároveň je pedagógom, školiteľom doktorandov, diplomantov a členom komisie pre štátne skúšky pre predmet pediatria a chirurgia, ako aj komisie pre obhajoby diplomových prác v oblasti chirurgie a ortopédia. Jeho tím lekárov vykonal niekoľko - na Slovensku - unikátnych operácií.

**S takýmto postihnutím sa rodičia pomerne často obracajú na zahraničné kliniky. Nakoľko sme ich pripravili riešiť na Slovensku?**

Áno, obracajú a pokiaľ majú prostriedky na úhradu liečby v zahraničí, nemožno ich odsudzovať. Veď mnohí z nás aj nakupujú v Rakúsku, Maďarsku, Poľsku, v USA... niekde je to lepšie, niekde lacnejšie, niekde dostupnejšie. Problém vzniká u rodičov, ktorí uveria informáciám šíriacim sa na sociálnych sieťach, že sa v SR deti s pes equinovarus congenitus neliečia, alebo sa liečia zle. Samozrejme, pri každej metóde liečby je nejaká chybovosť, ale myslím, že viac ako 90% detí má u nás výsledky liečby porovnateľné so zahraničnými pracoviskami. A prečo nie 100%? V prvom rade preto, lebo je viac metód liečby tohto ochorenia, pričom najčastejšie používanou je Ponsetiho metóda redresné-

ho sadrovania, avšak aj táto má svoje úskalia. Ignacio Ponseti bol rodák zo španielskej Menorky, neskôr pôsobil v Iowa v USA a osobne sme sa poznali z mnohých kongresov v čase, keď som pôsobil ako člen výkonného výboru Európskej detskej ortopedickej spoločnosti EPOS v rokoch 2005–2009. Vďaka tomu sa Slovenskej ortopedickej a traumatologickej spoločnosti (SOTS) podarilo zorganizovať prvý EPOS - POSNA edukačný kurz (EPOS = European Pediatric Orthopaedic Society, POSNA = Pediatric Orthopaedic Society of Northern America) v januári 2007 v Bratislave. Z USA prišli Kaye Wilkins — legendárny detský traumatológ, Perry Schoenecker — prezident POSNA, John Birch — spondylochirurg a Lori Karolová — lektorka pre Ponsetiho metódu liečby pes equinovarus. EPOS reprezentovali Henri Bensahel — zakladateľ EPOSu, Franz Grill — prednosta

z Ortopedickej kliniky v Speisingu, Viedeň, Schlomo Weintraub — prezident EPOSu, Viktor Bialik - Haifa Israel, Pavel Dungal — Praha a mnohí ďalší. Počas troch dní lektori prezentovali najnovšie spôsoby liečby ortopedických ochorení v detskom veku; kurzu sa zúčastnilo viac ako 100 detských ortopédov, najviac z Poľska a Rumunska. Myslím, že pre rozvoj detskej ortopédie na Slovensku, sme viac urobiť nemohli. Odtedy sme začali na Ortopedickej klinike LF UK a NÚDCH používať nové spôsoby korekcie skrátenia končatín (Taylorov priestorový rám) a individuálne rastúce končatiny zachraňujúce endoprotézy u detí. Na kurze sa dohodlo vydanie príručky pre liečbu pes equinovarus Ponsetiho metódou, ktorú napísal Lynn Staheli (USA) a túto sme s prof. Bialikom preložili aj do slovenčiny.

**Aké sú možnosti vašej kliniky v porovnaní so svetom?**

Prípadov ako Šaňko máme stovky. Je pravdou, že sme mali aj neúspechy, ktoré bolo treba doriešiť na zahraničných pracoviskách, podobne ako mali mnohé zahraničné pracoviská neúspechy, ktoré bolo treba doriešiť u nás. Traja lekári z našej kliniky absolvovali doplnkový vzdelávací BAT kurz na Ortopedickej klinike v Speisingu, Viedeň, a primárka Frištáková je jednou z nich. Je pravdou, že v štáte Iowa, USA, sa konajú každý rok master kurzy v Ponsetiho metodike a v Rakúsku absolvent tohto kurzu má oprávnenie školiť záujemcov o zdokonalenie sa v problematike. Za podstatné považujem skoré začatie liečby pes equinovarus Ponsetiho metódou hneď po návrate z pôrodnice, čo výrazne ovplyvní výsledok. Chyby vznikajú aj pri zhotovovaní ortopedických pomôcok, ktoré sa snažíme eliminovať zvýšením kvalifikácie v odbore Ortopedická protetika.

V súčasnosti majú nadstavbovú špecializáciu v tomto odbore na našej klinike traja lekári. Ani to však v mnohých prípadoch nestačí na ovplyvnenie kvality ortopedických pomôcok, ale to je už o nastavení zdravotníckeho systému. Mrzí ma, že sa stále objavujú pacienti, ktorí prídu na liečbu neskoro a jedinou možnosťou intervencie je operácia. Na druhej strane ma teší, že máme na klinike tím kolegov, ktorý má snahu a špecializáciu deťom s ortopedickými diagnózami pomôcť a výsledky liečby sú porovnateľné so zahraničnými pracoviskami.


**MUDr. Martina Frištáková, PhD.**  
(nar. 1981, Piešťany)

V Piešťanoch, kde sa narodila, navštevovala Cirkevné gymnázium. Absolvovala Lekársku fakultu UK v Bratislave, promovala v roku 2005. Od začiatku svojej profesionálnej kariéry uprednostňovala prácu s deťmi, a preto nastúpila a dodnes pracuje na Detskej ortopedickej klinike, neskôr Ortopedickej klinike LFUK a NÚDCH v Bratislave. Špecializáciu v odbore ortopédia získala v roku 2014 a v odbore ortopedická protetika v roku 2021. Od roku 2022 pôsobí ako zástupca prednostu na už spomínanej klinike. Absolvovala mnohé zahraničné stáže a školenia v Rakúsku, Francúzsku, Fínsku a v Izraeli. Je členom Slovenskej ortopedicko-traumatologickej spoločnosti, členom sekcie pre nohu a členok (SOFAS), členom pracovnej skupiny Ministerstva zdravotníctva pre ortopedickú protetiku a odborným asistentom a školiteľom na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského. Aktívne sa zúčastňuje domácich a zahraničných vedeckých podujatí a kongresov, kde odovzdáva svoje skúsenosti a poznatky z detskej ortopédie.

**Na čo by mal v takýchto prípadoch myslieť lekár prvého kontaktu?**

Pes equinovarus congenitus - vrodená kónská noha, je diagnóza zjavná hneď po narodení. Detský lekár, ktorý má novorodenca vo svojej starostlivosti, by mal rodičov bezodkladne odoslať k ortopédovi, ktorý rozhodne o závažnosti stavu a následne začne liečbu postihnutej nohy.

**V akom stave bol pacient, keď ste ho prijímali?**

Šaňko mal pri prvej kontrole na našej ambulancii už niekoľko mesiacov, čo je pri liečbe vrodenej equinovarózne deformity nôh relatívne neskoro. Napriek tomu sme sa rozhodli pre počiatočnú konzervatívnu liečbu sadrovaním, ktorá mala zmierniť rozsah deformity nôh a tým aj množstvo potrebných operácií. Po niekoľkotýždňovom sadrovaní nasledovala jednoduchšia operácia, ktorou sme predĺžili skrátené Achillove šlachy a pripravili tak nohy na chôdzu. Šaňko začal v 10 mesiacoch stáť a po roku, tak ako iné deti, postupne aj chodiť.

**Aká bola jeho prognóza?**

Vrodená equinovarózna deformita je závažné ochorenie, ktoré si vyžaduje dlhodobú liečbu – rehabilitácie, masáže, nosenie ortéz a neskôr aj špeciálnej ortopedickej obuvi, ktoré zabraňujú recidíve ochorenia. Napriek komplexnosti spomínanej liečby, v mnohých prípadoch dôjde počas rastu k zhoršeniu stavu a sú potrebné ďalšie operácie.

**Aký bol postup pri jednotlivých operáciách?**

Po 4 rokoch liečby, rehabilitácií a masáží sa začal Šaňkov stav opäť zhoršovať a jeho chôdza bola stále obtiažnejšia. Nožičky sa začali

stáčať a bola potrebná ďalšia operácia. Pri týchto operáciách sme postupne, najprv na jednej a potom aj na druhej nohe, predlžovali všetky skrátené šlachy a doslova upratali kosti nohy do správneho postavenia.

**Ide o dlhodobé liečenie, pri ktorom je nevyhnutná spoluprácu rodičov?**

Pri tomto ochorení je spolupráca rodičov nevyhnutná a predovšetkým od nej závisí, aká bude liečba úspešná. Rodičia trávajú dlhé hodiny cvičením a masírovaním nôh a správnym používaním ortéz podľa pokynov lekára dokážu zmierniť alebo úplne zabrániť zhoršovaniu stavu počas rastu dieťaťa.

**Ako hodnotíte súčasný stav pacienta?**

Súčasný stav je veľmi dobrý. Cieľom liečby je vždy v maximálnej možnej miere deti vrátiť do normálneho života, umožniť im všetky pohybové aktivity, ako robia ich zdraví rovesníci, a v Šaňkovom prípade sa nám to podarilo.

**Považujete jeho prípad za celkom uzatvorený alebo bude musieť v budúcnosti dodržiavať nejaké zásady?**

Toto ochorenie je vrodené postihnutie nôh, ktorého priebeh sa výrazne mení hlavne počas rastu dieťaťa. Po ukončení rastu sa stav stabilizuje a následne pretrváva dlhé roky bez zmien. Pacienti s týmto ochorením, po absolvovaní úspešnej liečby, sa môžu plnohodnotne zaradiť do bežného života, postihnutá noha však zostáva ich citlivým miestom a je náchylná na úrazy, preťaženia a neskôr aj artrózy.

 rozhovor pripravil:  
Peter Valo

Náročná a dlhá liečba priniesla svoje ovocie.



FOTO: archív NK a MK

