

Správa zo IV. ročníka kongresu Dermatológia pre prax – Online

MUDr. Ján Lidaj, MUDr. Michal Scheibenreif, MUDr. Natália Urminská
Prírodné liečebné kúpele Smrdáky

mudr.online

Dermatológia
pre prax

4.
ročník

30. november 2020, ONLINE

V Tatranskej Lomnici sa v dňoch 13. – 14. novembra 2020 mal uskutočniť už po štvrtýkrát odborný dermatovenerologický kongres Dermatológia pre prax. Podujatie pod záštitou Slovenskej dermatovenerologickej spoločnosti sa však uskutočnilo online formou pre aktuálne epidemiologické opatrenia sprevádzajúce druhú vlnu pandémie nového typu koronavírusu. Virtuálne podujatie so záznamom prednášok je pre odbornú verejnosť dostupné od 30. novembra 2020 na portáli mudr.online spoločnosti Solen. Podľa predpisov Slovenskej lekárskej komory o sústavnom vzdelávaní je riadne ohodnotené v rámci postgraduálneho vzdelávania CME online kreditmi. Kongres ste mohli, samozrejme, sledovať aj sami, získať skúsenosti, celkový obraz a urobiť si vlastný názor. Prijmite teda tento článok ako písomnú reminiscenciu na toto podujatie z pohľadu ďalšieho koncového online pozorovateľa.

Dermatol. prax, 2020;14(4):172-180

doc. MUDr. Dušan Buchvald, PhD.



Kongres slávnostne otvoril úvodným príhovorom odborný garant podujatia doc. MUDr. Dušan Buchvald, PhD., prezident Slovenskej dermatovenerologickej spoločnosti (SDVS). V príhovore pripomenul, že spolu so spoločnosťou Solen pripravovali tradičnú formu kongresu v krásnom prostredí Vysokých Tatier. Vzhľadom na epidemiologickú situáciu na Slovensku bolo nutné zmeniť koncepciu kongresu a uskutočniť ho online formou. Podobne ako sa tohto roku robia viaceré kongresy. Samozrejme, že oproti tradičnému podujatiu chýbajú priame osobné kontakty, ale pripomenul aj pozitívne stránky tejto netradičnej, no hygienicky nutnej formy sympózia. Predovšetkým zdôraznil, že prednášky z kongresu budú dostupné v online priestore na internetovej stránke spoločnosti Solen. Poďakoval všetkým aktívnym účastníkom za to, že prijali výzvu vystúpiť pred kamerami a uskutočniť netradičnú, kvalitou však naďalej odbornú a profesionálnu online formu tohto podujatia. Myšlienky z prednášok, ktoré účastníkov zaujmú, si budú môcť registrovaní účastníci opakovane prehrať prostredníctvom zaznamenaných videí. Môžu tak urobiť z pohodlia svojho domova podľa svojho vlastného časového plánu a navyše ich zdieľať s kolegami.

Bude možné získať aj kredity za vyplnenie autodidaktického testu. Diskusia k prednáškam v jednotlivých blokoch bude ešte doplnená možnosťou poslať diskusné príspevky mailom. Z pohľadu online účastníka kongresu vyznelo uvítanie veľmi dobre i pre pekné oficiálne pozadie s logami spoločnosti Solen. Širokohlavý formát pôsobil príjemne pozývajúco. Nakoniec sa pri ďalších prezentáciách ukázal ako nevyhnutný, aby vedľa seba vošli aj prednáška, aj autor.

Odborný program sa začal 30. 11. 2020 o 16.00 hod. Prvým blokom bol live stream webinár podporený spoločnosťou Janssen s názvom **Klinický dialóg o ceste interleukínu IL-23** (garant MUDr. Slavomír Urbanček, PhD). Prvá bola prednáška **Kde sme dnes? Manažment psoriázy pri zacielení na interleukín IL-23** (Urbanček S.). Druhá prednáška **Kam smerujeme? Inhibícia interleukínov u pacientov so psoriázou** (Kampe T.). Tretia prednáška mala názov **Čo môžeme očakávať od liečby inhibítormi IL-23? Klinické skúsenosti s liečbou** (Kovarčíková K.). Je zaujímavé, že všetky tri prednášky mali v názve otázniky. To, prečo ich autori dali do názvov a aké mali na to pripravené odpovede, tentoraz musíme odložiť. A hoci tento livestream síce už nevidíte, ani priamo, ani zo záznamu, nemusíte ľutovať. Správa z tohto sympózia totiž bude spracovaná samostatne do prvého čísla Dermatológie pre prax v roku 2021.

Ale ďalšie body programu sú stále k dispozícii online. Sympóziá a jednotlivé bloky programu síce neboli oddelené prestávkami, ako to býva na kongrese v kla-

sickom formáte, ale do tohto textu si to pre prehľadnosť tak urobíme. Kávu a to občerstvenie si však musíte urobiť sami. V úvode všetkých prednášok autori deklarovali, že nemajú konflikt záujmov, takže to už v ďalšom texte nemusíme zakaždým opakovať.

Nasledovalo **Sympóziu podporené spoločnosťou Abbvie s názvom Biologická liečba – účinný nástroj v liečbe kožných ochorení každého dermatológa** (garant MUDr. Slavomír Urbanček, PhD).

V úvodnej prednáške **Prvé skúsenosti s biologickou liečbou psoriázy v ambulancii dermatológa** (Paulinyová R.) autorka začala svoju prezentáciu povzbudivým slovom „Dobre“ a netradičným oslovením „Milé online publikum“. Rovnako priznala svoju premiéru v tejto forme komunikácie. Ale nakoniec všetko prebehlo v pohode. Spodné osvetlenie tváre prednášajúcej (z obrazovky počítača) pôsobilo zanietene. Odborný pocit dodávali prezentácii i knižne plné poličky v pozadí za autorkou. V úvodných grafoch a obrázkoch krátko uviedla etiopatogenézu psoriázy i komorbidity. Hovorila o tom, že liečbu psoriázy delíme podľa klinického nálezu na kombinovanú topickú liečbu (lokálne steroidy, kyselina salicylová, kalcipotriol, dechtové deriváty a iné) a v prípade neúspechu topickej terapie alebo väčšom rozsahu pristupujeme k systémovej terapii (CyA, acitretín, MTX). Až po zlyhaní týchto foriem zvažujeme nasadenie biologickej liečby. Podrobne sa venovala Protokolu biologickej liečby psoriázy. Dnes ju už môžu predpisovať aj ambulantní dermatológovia. U každého pacienta pred

Štokholm



nastavením na biologickú liečbu treba absolvovať okrem iných aj stomatologické a ORL vyšetrenie, urologické, prípadne gynekologické. Podmienkou je aj pneumologické vyšetrenie, ktoré zahŕňa rtg hrudníka, IGRA test a Mantoux II. Prezentácia trvala 26 minút.

Ďalšia prednáška uviedla **10 dôvodov, prečo používať v liečbe stredne ťažkej až ťažkej psoriázy biologickú liečbu** (Urbanček S.). Autor podal prezentáciu vyzbrojený náhlavným audiosetom. Nakoniec to bola dobrá inšpirácia. Použil som pri sledovaní kongresu rovnaký, a bola to paráda. Prednáška bola spestrená prestávkovými otázkami aj početnými grafmi. Za posledné roky sa potvrdila účinnosť biologík, ktorá sa so zavádzaním nových molekúl ešte zvyšuje. Na základe registračných štúdií sa ukázalo, že inhibítory interleukínov nastupujú rýchlo (už v 12. – 16. týždni sa dosiahlo PASI 90). Päťročné dáta dostupné pri niektorých molekulách zase potvrdzujú, že biologiká svoju účinnosť časom nestrácajú, fungujú u všetkých pacientov rovnako, či už ide o obéznych pacientov, normostenikov, pacientov biologicky naivných alebo už predtým užívajúcich biologickú liečbu. Hoci ide o imunosupresíva, ich bezpečnostný profil sa doposiaľ ukazuje ako veľmi dobrý. Pri biologickej liečbe sa preukázateľne zlepšuje skóre Dermatology Life Quality Index. Pri nových biologikách sa zjednodušuje aj dávkovanie biologickej liečby, stačí 4 či 6 podaní za rok oproti starým molekulám (napr. etanercept, ročne až 104 podaní). Osobitnú časť venoval ich bezpečnosti. Prednáška vyžadovala pozornosť, pretože mala svižné tempo a 40 diapositívov trvalo 15 minút.

V programe pokračovalo **Sympóziu podporené spoločnosťou Sanofi Genzyme s názvom Biologická liečba –**

účinné a dlhodobé riešenie nekontrolovanej atopickej dermatitídy. V krátkom videu ho ako novú systémovú liečbu AD uviedol odborný garant doc. MUDr. Dušan Buchvald, PhD). Obsahovalo dve prednášky.

Prvá prednáška **Biologická liečba atopickej dermatitídy v dlhodobom horizonte** (Pěčová T.) sa zamerala na atopickú dermatitídu (AD) ako chronické zápalové ochorenie. Hneď v úvode upozornila, že hoci ešte nemáme možnosť liečiť našich pacientov dupilumabom, a keď tá možnosť príde, budeme aspoň vedomostne pripravení. V etiopatogenéze zohrávajú úlohu viaceré faktory, napríklad faktory prostredia, poruchy kožnej bariéry, mikrobióm a zápalová odpoveď, na ktorej sa podieľajú najmä cytokíny IL-4, IL-5, IL-13, IL-31. Tieto cytokíny sa preto stávajú cieľmi pre špecifickú cieleňú liečbu AD. V roku 2005 prvé biologikum skúšané v liečbe AD – infliximab, nepreukázalo udržateľnú odpoveď, podobne ako neskôr mepolizumab. V roku 2010 zlyháva aj ďalšia molekula – omalizumab. Až v roku 2017 došlo k schváleniu zatiaľ jediného biologika indikovaného na liečbu stredne ťažkej až ťažkej atopickej dermatitídy – dupilumab (anti IL-4/IL-13). Ten ako imunomodulátor preukázal dlhodobú účinnosť aj bezpečnosť v klinickom skúšaní u dospelých, ale aj v bežnej klinickej praxi. Podrobná prednáška trvala 15 minút.

Druhá prednáška tohto bloku **Ako definovať pacienta s atopickou dermatitídou vhodného na biologickú liečbu** (Kozub P.) pre nasvetlené biele pozadie trochu skrývala tvár autora. V úvode hovoril o tom, že na Slovensku v prípade atopickej dermatitídy ešte stále nie je schválená biologická liečba, preto sú jej terapeutické možnosti značne obmedzené. K dispozícii je topická liečba (emolenciá, lokálne kortikosteroidy, inhibítor kalcineurínu), fototerapia (UVA,

UVB) a systémová liečba (p.o./inj. kortikosteroidy – prednizón alebo cyklosporín). V Európe je toho času schválená už systémová biologická liečba dupilumabom. Na takúto biologickú liečbu bude v budúcnosti u nás indikovaný pacient so závažnou formou atopickej dermatitídy (EASI ≥ 21) alebo po zlyhaní liečby CyA. Najčastejšie skórovacie systémy používané v hodnotení závažnosti AD sú SCORAD, ktorý hodnotí subjektívne a objektívne symptómy a EASI, hodnotiaci priemernú intenzitu klinických príznakov. Tretím najčastejším je IGA systém, používaný viac v klinických štúdiách, menej v klinickej praxi. Autor dosť zvýrazňoval možnosti liečby u detí. Prednáška trvala 20 minút.

V následnej diskusii pod vedením docenta Buchvalda sa hovorilo o problematike liečby AD u detí, adolescentov od 12 rokov a dospelých, výskyte konjunktivitídy v rámci atopickej dermatitídy (možnom nežiaducim účinku dupilumabu), ktorá je dobre zvládnuteľná v spolupráci s oftalmológom. Diskusia neobišla ani koronavírus, pretože mnohí pacienti s atopickou dermatitídou boli vo výrazne zhoršenom stave, keďže na vyšetrenia nechodili. Podobný nárast sa očakáva aj po ústupe druhej vlny. Spomína sa aj hodnotenie závažnosti a rozsahu AD v bežnej ambulantnej praxi, kde nie je čas na systémy (SCORAD, EASI). Tie budú využívané v prípade indikovania pacienta na biologickú liečbu. Zúčastnení vyslovili nádej, že v priebehu nasledujúceho roka bude biologická liečba atopickej dermatitídy dupilumabom dostupná pre našich pacientov na Slovensku. Ak môžeme z pohľadu online diváka čosi pozitívne poznamenať, na úvode, prednáškach i diskusii bolo vidieť, že autori o sebe vedeli a celé sympóziu bolo doslova ako pod jednou strechou. Celý blok trval 49 minút. Z pohľadu diváka veľmi pútavo až 3D dojmom pôsobil pekný obrázok, ktorý mal v pozadí doc. Buchvald ako spomienku na študijný pobyt. Tzv. „srdcovka“. Ďalšia dobrá skúsenosť do budúcnosti i návod, ako spestriť dlhodobé sledovanie obrazovky počítača. Takže i na online kongrese môžeme vidieť zahraničie. Obrázok vo videu vyzerá ako z prímorského Karibiku, ale je to Štokholm. Konkrétne pohľad na Gamla stan (staré mesto) zo Södermalmu (južné mesto) cez prieliv Stockholmsström, ktorý spája Baltické more a jazero Mälaren. Aké jednoduché.

Diskusia



Tak a podme na **1. blok** s názvom **Onkodermatológia** (garant MUDr. Katarína Poláková, PhD.), ktorý sa skladal z troch prednášok.

V prvej s názvom **Akrolentiginózný a subungválny malígný melanóm** (Murárová Z.) autorka ukázala úskalía tejto lokalizácie. Diagnostika „typických“ melanómov, ktoré spĺňajú ABCDEF kritériá, už väčšinou nespôsobuje ťažkosti. Pri vzniku akrálne (najmä chodidla) môže byť ťažko rozpoznateľný a viesť k oneskoreniu diagnostiky. Priemerný čas je 2,5 roka. Pri klinickej diagnostike melanómu je dôležitá intuícia a skúsené oko dermatológa v rozpoznávaní všetkých črt, ktoré odlišujú v podozrivom ložisku benigne či malígne zmeny. Kvalitná diagnostika je základ dobrej prognózy ochorenia a stanovenia správnej stratégie liečby. Akrolentiginózný melanóm (ALM) predstavuje 2 – 10 % prípadov. Postihuje zväčša starších ľudí. Klinicky sa zameriavame na „nezvyčajné“ alebo atypické lézie. Napríklad podozrivý vred na nohe u pacienta bez rizikových faktorov (neuropatia, diabetes, atď.). Alebo ak kožné lézie nereagujú na liečbu normálnym a včasným spôsobom, pôvodná diagnóza by sa mala opätovne prehodnotiť. Pri nejasnostiach je nutná biopsia a histopatologické vyšetrenie. Prednáška trvala 33 minút. Autorka ju prezentovala nasvietená na oficiálnom pozadí s logom Solen. Prednáška obsahovala peknú obrazovú dokumentáciu, niektoré až raritné klinické obrázky a excelentne komentované dermatoskopie. Aj názorné biopsie nechťov, resp. akrolentiginózneho melanómu.

Názov ďalšej prednášky bola vlastne otázka: **Bežný alebo ťažko liečiteľný bazalióm?** (Hatiarová S.) Bazocelulárny karcinóm (BCC) je najčastejší nemelanómový kožný nádor u ľudí nad 60 rokov s neustále rastúcou incidenciou a posunom vekovej hranice k mladším kategóriám. Formy BCC sú klinicky aj histopatologicky veľmi heterogénne. Napriek tomu, že

Dr. Zuzana Murárová



bazalióm len výnimočne metastázuje, má tendenciu k recidívam a jeho manažment môže byť náročný, hlavne v oblasti tváre. Experti z Európskeho dermatologického fóra (EDF), Európskej asociácie onkodermatológov (EADO) a Európskej organizácie pre výskum a liečbu rakoviny (EORTC) navrhli na základe medziodborových praktických skúseností novú klasifikáciu BCC na dve skupiny: Bazalióm s ľahkým alebo ťažkým terapeutickým manažmentom („Easy to treat and Difficult to treat BCC“). Diagnóza je založená na klinicko-dermatoskopickom vyšetrení pre „ľahko liečiteľné“ BCC. Histopatologické potvrdenie je povinné pri nejednoznačných, rekurentných léziách a pri BCC umiestnených vo vysokorizikových oblastiach. Základom liečby naďalej ostávajú chirurgické metódy. U pacientov s povrchovým BCC, s nízkym rizikom rekurencie je možné zvážiť nechirurgickú terapiu. Po stanovení diagnózy bazalióm „s ťažším terapeutickým manažmentom (DTT-BCC)“ by mala o postupe prednostne rozhodnúť medziodborová komisia. Po neúspešnej alebo kontraindikovanej chirurgickej terapii a rádioterapii sa odporúča systémová liečba Hedgehog inhibítormi. Nemenej dôležité je aj pravidelné dlhodobé sledovanie pacienta každých 6 – 12 mesiacov. V kazuistike predstavila náročný manažment bazaliómu u pacientov vo veku 20 – 40 rokov, pričom incidencia v danej vekovej kategórii je 5 – 15 %. Prednáška trvala 26 minút. Texty boli doplnené bohatou ikonografiou.

Posledná v bloku bola prednáška **Prínos skórovacích systémov pre diagnos-**

Dr. Simonetta Hatiarová



tiku a liečbu aktinických keratóz (Poláková K.). Aktinické keratózy (AK) sa dnes považujú za intraepiteliálnu formu kožného skvamocelulárneho karcinómu s 0,1 – 20 % rizikom vývoja invazívneho nádoru. Sú častým dôvodom návštevy dermatológa (14 % spomedzi všetkých dermatóz). AK I. stupňa, ktoré majú prítomné atypické keratinocyty len v bazálnej vrstve, sú paradoxne najčastejším stupňom asociovaným s invazívnym kožným SCC (squamouscell carcinoma). V posledných rokoch má preto uplatnenie nová klasifikačná schéma, tzv. PRO I. – III. založená na zostupne (nadol) smerovanom raste atypických keratinocytov. Doteraz existujúce hodnotenia aktinických keratóz rátať jednotlivé lézie, nebola štandardne definovaná rakovina poľa, neexistovala reprodukovateľná stupňovacia škála celej oblasti, ktorá je postihnutá aktinickými keratózami. Nová metóda stupňovania: Actinic Keratosis Field Assessment Scale (AK-FAS) hodnotí tri kritériá: oblasť postihnutia v %, hyperkeratózu a poškodenie kože slnkom. AK-FAS je objektívna, ľahko sa používa, je reprodukovateľná, štandardizuje diagnózu AK, je relevantná pre klinickú prax. Ďalší skórovací systém: Actinic Keratosis Area and Severity Index (AK-ASI) určuje skóre v štyroch oblastiach (skalp, čelo, ľavé/pravé líce + ucho + brada + nos). V každej oblasti sa odhaduje % postihnutia s aktinickými keratózami. Hodnotí sa závažnosť troch klinických prejavov AK (distribúcia, erytém, hrúbka). Tento skórovací systém kvantitatívne vyhodnocuje závažnosť AK v celej postihnutej oblasti. Možno ho použiť na definovanie cieľov liečby, vyhodnote-

Dr. Katarína Poláková



nie účinnosti nových terapeutických postupov a porovnanie účinnosti rozličných liečebných modalít v klinických štúdiách. Prednáška trvala 24 minút. S početnými obrázkami.

Na konci celého bloku bolo príjemné skonštatovať, že jeho jednoliatosť podporilo už viackrát spomínané rovnaké pozadie za prednášajúcimi. Všetky tri autorky sa prezentovali na oficiálnom pozadí Solen a vytvorili dojem profesionálnej plynulosti. Bolo cítiť, že o sebe vedeli.

Nasledoval **2. blok** s názvom **Pediatrická dermatológia** (garant doc. MUDr. Dušan Buchvald, PhD.). Tu stojí za časovú poznámku, že orientačne máme za sebou asi polovicu odborného programu. Blok mal tri prednášky.

Prvá mala v názve otázku **Čo prináša asociácia Kawasaki vaskulitídy a koronavírusu v praxi detského dermatológa** (Martinásková K., Vorčáková K.) Ochorenie COVID-19 postihuje deti aj dospelých, pričom deti sú menej senzitivné. Prítomnosť rôznorodých kožných prejavov, napr. Chilblain Covid (tzv. covidové prsty), Erythema multiforme, urtikária – najmä u dospelých a prejavov Kawasaki-like vaskulitídy u detí v súčasnom období pandémie stúpa viac ako 30-násobne. Infekcia koronavírusom spúšťa imunologické zmeny s nadmernou produkciou cytokínov (tzv. cytokínová búrka). Kawasakiho choroba je systémová vaskulitída, v našich podmienkach zriedkavá. Postihuje deti od 6 mesiacov do 5 rokov, hlavným prejavom sú exantém (polymorfny) a teplota viac ako päť dní nereagujúca na liečbu. Postihnuté

bývajú aj sliznice (bolestivé ragády, typický malinový jazyk). Etiopatogenéza nie je známa, má však črty infekčného ochorenia a imunologicky mediovanej vaskulitídy. Kožné prejavy Kawasaki-like vaskulitídy sa objavujú zvyčajne 2 – 4 týždne od začiatku vírusovej infekcie, preto preukaznosť virologických testov v korelácii s aktuálnou fázou ochorenia môže byť nesprávne pochopená. Vždy je potrebná dôsledná diferenciálna diagnostika a často aj interdisciplinárna spolupráca. Prednáška trvala 19 minút. Autorke patrí pochvala i malé prvenstvo, pretože pri prednáške prehľadne použila šípku myšky ako ukazovadlo. Pekný príklad a poučenie do budúcnosti. Najmä pri početných tabuľkách a obrázkoch. S laserovým perom by to asi nešlo alebo chcelo inú techniku snímania.

Druhá prednáška mala názov **Hereditárne ichthyózy – nová klasifikácia a pokroky v diagnostike a liečbe** (Buchvald D., Velická Z.). Ichthyózy, čiže difúzne poruchy rohovania, sú ochorenia väčšinou hereditárne, zriedkavo získané. Rozlišujeme viac ako 50 rôznych typov, ich výskyt je veľmi zriedkavý. V klinickom obraze sú prítomné hyperkeratózy, ošupovanie, v niektorých prípadoch zápal. Zvyčajne ide o monogénové choroby. Prítomné sú mutácie génov kódujúce proteíny dôležité pre funkčnosť epidermálnej bariéry. Porucha tejto bariéry vedie ku kompenzačnej odpovedi, v snahe zabrániť stratám vody a prieniku škodlivých látok z prostredia. Rozdiely v rozsahu a charaktere ich klinického obrazu podmieňuje molekulová podstata a rozdielne kompenzačné mechanizmy. Klasifikácia ichtyóz bola revidovaná v roku 2010 na štyri skupiny: bežné (common) ichthyózy, autozómovo recesívne kongenitálne (ARCI), keratinopatické a iné formy ichtyóz. V liečbe dominujú emolienčia, jemne pôsobiace keratolytiká (nie kyselina salicylová), N-acetylcystein 10 %, lokálne retinoidy, kalcipotriol. Pri ťažkom priebehu indikujeme systémové retinoidy (acitretín). Všetko dokumentované rešeršami z poslednej literatúry spred pár mesiacov (ARCI, transglutamiáza, biologiká anti IL17, 23). Prednáška trvala 23 minút. Bolo vidieť, že doc. Buchvald je pedagóg, prednáša na rôznych fórach a z prejavu cítiť edukačný charakter. V závere prišla i ponuka na zaslanie guidelineov kongenitálnych ichtyóz, stačí mu napísať mail. Uvedený nebol, zrejme

Dr. Katarína Soršáková Trnovská



pracovný (dusan.buchvald@dfnsp.sk, dusan.buchvald@nudch.eu).

Posledné v bloku boli **Európske odporúčania pre liečbu atopickej dermatitídy** (Soršáková Trnovská K.), ktoré sa zaoberali atopickou dermatitídou a jej súčasným výskytom iných atopických ochorení ako astma alebo rinokonjunktivitída. Z toho vyplýva častá medziodborová spolupráca (dermatológ, alergiológ, gastroenterológ, pediater). Európske odporúčania sa skladajú z dvoch častí. Do prvej patrí manažment atopickej dermatitídy z pohľadu pacienta, diétne opatrenia, základná liečba (emolienčia), antipruritická a lokálna protizápalová liečba, fototerapia. Druhá časť sa skladá z antimikrobiálnej a systémovej terapie, doplnkových liečebných metód, psychosomatického poradenstva a edukácie detí aj rodičov. Dôležitý je individuálny prístup k pacientovi a zhodnotenie jeho aktuálneho stavu (SCORAD), na základe ktorých sa pristupuje k presne stanoveným liečebným postupom. Prednáška trvala 13 minút. Dobrý dojem pre online diváka robila postupná prehľadná a názorná animácia textu aj obrázkov i bez už spomínaného laserového pera. A ako jediná prednášajúca na konci prednášky preladila vážny prejav a pri prevencii a osvete použila kreslený vtip.

Posuňme sa ďalej na **3. blok** s názvom **Aktuálne postupy pri riešení infekčných ochorení kože** (garant MUDr. Tomáš Kopal). Mal tri prednášky.

Prvá s názvom **Herpes zoster: liečba a komplikácie** (Minčíč Leóna) definovala Herpes zoster ako vírusové infekčné

ochorenie vyvolané reaktiváciou latentného vírusu Varicella zoster uloženého v senzitivných vláknoch spinálnych ganglií. Incidencia herpes zoster je výrazne vyššia u imuno-kompromitovaných pacientov a zvyšuje sa s vekom. Liečba závisí od lokalizácie a samotného priebehu ochorenia. Primárnym spúšťačom je oslabenie imunity, preto je potrebné nezabúdať na možnosť malígneho ochorenia alebo sekundárneho imunodeficitu, a to hlavne pri komplikovanom priebehu ochorenia. Pacienti v začiatku prichádzajú na rôzne oddelenia podľa subjektívnej lokalizácie ťažkostí. Liečba (lok., celk., amb., p.o., i.v., hospit.), výber antivirotika a analgetík sa riadi závažnosťou stavu pacienta. Treba ju začať do 72 hod. od vzniku vezikúl. V neposlednom rade treba zdôrazniť prevenciu komplikácií, najčastejšia je postherpetická neuralgia, ktorá môže sužovať pacienta v ojedinelých prípadoch aj niekoľko rokov. Pre pacienta je veľmi nepríjemné aj postihnutie v oblasti tváre. Disseminovaný zoster postihuje imunokompromitovaných. Kazuistika ukázala 46-ročného pacienta s herpes zoster ophtalmicus l. sin. s nekrozami, zistená aj hepatitída B, HIV. Druhý 18-ročný pacient so zosteriformným postihnutím v oblasti pr. ucha. Predtým bol hospitalizovaný pre periférnu léziu n. facialis. Škoda, že písmo v tejto časti bolo pomerne malé a horšie čitateľné. Prednáška trvala 19 minút. K prezentácii len drobný gramatický doplnok, ak ide o autorku s priezviskom bez koncovky -ová, na odlišenie sa používa plné krstné meno. Aj v abstraktoch i programe.

Ďalšia prednáška pripomínala **Na čo netreba zabúdať pri liečbe erysipelu?** (Hrtánková I.). Na začiatku autorka pripomenula, že erysipel patrí medzi najčastejšie infekčné ochorenia kože. Vzniká náhle teplotou, zimnicou, triaškou, ktoré sa môžu objaviť ešte pred vznikom prejavov na koži. Je to ochorenie, s ktorým sa v ambulantnej praxi stretávame často. U pacientov s pridruženými ochoreniami ako diabetes mellitus, onkologické ochorenie, obliterujúca ateroskleróza DK a u imunosuprimovaných pacientov je indikovaná hospitalizácia s parenterálnou antibiotickou liečbou. Pri včasnej diagnostike a liečbe dokážeme predchádzať komplikáciám (absces, HVT, nekroza, lymfedém). Vzhľadom na recidívy je nevyhnutná následná prevencia. Praktický postup a výsledok liečby bol ukázaný na dvoch kazuistikách. V časoch antibiotík to už nie je

smrteľné ochorenie ako kedysi. Prednáška trvala 8 minút. Najmenej zo všetkých na kongrese. Stručná a jasná.

Posledné v tomto bloku boli prezentované **Infekcie prenášané kliešťom s kožnou manifestáciou** (Bašteková D.) Na Slovensku sa vyskytuje 8 epidemiologicky významných patogénnych druhov, z nich najdominantnejšie postavenie má *Ixodes ricinus*. Tieto ektoparazity živiace sa krvou stavovcov sa uplatňujú ako vektory infekčných ochorení bakteriálneho, vírusového aj parazitárneho spektra. Diferenciálne diagnosticky je dôležité odlišiť manifestáciu infekcie od nešpecifickej zápalovej reakcie v mieste prisatia sa kliešťa. Aj pichnutie iným hmyzom, to kliešťom je bezbolestné. Lymfická borelióza predstavuje v súčasnosti najčastejšie diagnostikovanú antropozoonózu na území Európy a Severnej Ameriky. Samotný záchyt špecifických protilátok bez typických klinických príznakov by nemal byť indikáciou na antibiotickú terapiu. A naopak, v prípade klinického podozrenia na erythema chronicum migrans, prípadne boréliový lymfocytóm, je nutné začať liečbu aj bez laboratórnej verifikácie. Diagnostickú výzvu predstavujú relatívne zriedkavé zoonózy, medzi ktoré patrí ehrlichioza, babesioza, tularémia či rickettsioza. Cieľom prezentácie bolo zvýšiť povedomie a poukázať na základné atribúty diagnostiky a liečby kliešťom prenosných dermatóz. Široká ponuka guidelineov môže niekedy poplieť informácie. Prezentáciu ukončila exotikou zaváňajúca domáca kazuistika Tibola (**tick-borne lymphadenopathy**). A raritný alpha-gal syndróm s alergiu I. typu na sacharid galaktózu. Prednáška trvala 20 minút. Prehľadná, s rozsahom a poučná. V závere s prekvapivým historickým okienkom, že kliešte spomína Homér už v epose Odysea. A ešte starší ľadový muž Ötzi mal dokázanú prítomnosť boréliovej infekcie. Podľa entuziastického prejavu tipujeme autorku do mladej kategórie a precíznej budúcnosti dermatológie. Na pozadí symbolicky svetil večný kalendár.

Prejdime na predposledný **4. blok** programu, ktorý mal názov **Alergiológia** (garant MUDr. Jana Nemšovská, MPH, MHA). Zahŕňal obvyklé tri prednášky.

Prvá mala názvom **DRESS syndróm** (Nemšovská J.). Pani primárka začala temperamentne a vtiahla divákov in media res

vysvetlením skratky. Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms je vzácne, potenciálne život ohrozujúce ochorenie vyvolané liekmi. Patomechanizmus syndrómu nie je úplne objasnený. Ochorenie môže vzniknúť ako dôsledok alergickej odpovede na liek neskorého typu (podtyp IV. b), prípadne ako reakcia založená na farmakologickej interakcii lieku s imunitnými receptormi buniek, tzv. p-i koncept. Na patomechanizme sa môže podieľať aj abnormálny metabolizmus liekov. Často dochádza k reaktivácii herpetickej infekcie. Medzi najčastejšie príčinné lieky patria aromatické antiepileptiká, alopurinol, antivirotiká, sulfonamidy a sulfóny. Symptómy ochorenia sa objavujú 2 – 6 týždňov od nasadenia lieku. Okrem systémových prejavov, ako sú únava, nevoľnosť, svrbenie či teplota, k nim patria aj kožné prejavy a hematologické abnormality (leukocytóza, eozinofília). Prítomnosť atypických lymfocytov spolu s lymfadenopatiou vedie k obrazu tzv. pseudolymfómu. K najčastejšie postihnutým orgánom patrí pečeň, obličky a pľúca. Základom liečby je vynechanie príčinného lieku. V terapii sa využívajú kortikosteroidy, antihistaminiká, pri závažnejšom priebehu intravenózne imunoglobulíny, imunosupresíva (CyA, cyklofosfamid) či plazmaferéza. Pri vírusovej reaktivácii antivirotiká. Súčasťou terapie je špecifická liečba postihnutých orgánov (dialýza, UPV). Prognóza závisí od závažnosti ochorenia, mortalita je 5 – 10 %. U väčšiny pacientov však dochádza v priebehu niekoľkých týždňov ku kompletnému zhojeniu. Pre riziko relapsu ochorenia či rozvoja autoimunitného ochorenia je dôležité pacientov dispenzarizovať. Doživotné vynechanie vyvolávajúceho lieku sa odporúča nielen u samotného pacienta, ale aj jeho príbuzných. V prezentácii je veľmi podrobne uvedená kazuistika prípadu DRESS sy u 58-ročnej ženy ázijského pôvodu vyvolaná alopurinolom. Prednáška trvala 21 minút. A už od začiatku bez dlhých úvodných rečí sa hneď dostala k jadru veci. Najprv teória, potom prax. Vzhľadom na to, že ide o vzácne, málo časté ochorenie, v časti o diferenciálnej diagnostike a terapii to od diváka chcelo zapnúť všetky pozorovacie bunky.

Druhá prednáška bloku opisovala pojmy **Potravinový alergik a jedálny lístok stravovacích zariadení** (Abaffyová Z.). Na začiatku bolo príjemné vypočuť si vyjadrenie autorky, že rada chodí na naše kongresy,

Dr. Zuzana Abaffyová



pretože vidí aj dermatologický pohľad na spoločnú problematiku. Nasledovali informácie o možných typoch alergických reakcií. Ďalej uviedla zoznam 14 alergénnych potravín na základe novelizovaného zákona z roku 2018 o stravovacích zariadeniach, kde pri každom jedle musí byť uvedený alergén. Ako príklady alergií uviedla reakcie na plody mora – kôrovce a mäkkýše. Reakcie môžu byť závažné u 6 – 8 % dospelých a okolo 10 % dojčiat. Alergie môžu mať kožné príznaky ako urtikária, angioedém či atopická dermatitída. Časté sú u pracovníkov v potravinárskom priemysle. Hlavným alergénom kôrovcov je tzv. tropomyozín z brušnej časti kreviet, chvoste, klepetách krabov i ramenách hlavonožcov. Parazit *Anisakis simplex* môže spôsobiť reakciu pri hlbokozmrazenej aj dostatočne tepelne upravenej rybe. Pri rybách a kuracom mäse je tiež častá skrížená reakcia na parvalbumín. Autorka spomenula aj glutén a jeho širokú paletu reakcií: autoimunitné – celiakia, gluténová ataxia, dermatitis herpetiformis, alergické – astma pekárov, potravinová alergia postihujúca kožu či GIT, neautoimunitné – neceliakálna gluténová senzitivita a venovala sa náročnejšej diagnostike alergie na múku. Téma glutén by však vyžadovala celú prednášku. Alergia na vaječnú bielkovinu je často asociovaná s atopickou dermatitídou. V dospelosti je alergia na vajce asociovaná v rámci syndrómu vajce-vták. Príčinným alergénom termolabilný kurací sériový albumín alfalivetín Gald 5 – inhalačný a potravinový alergén v kuracom mäse a v žltku a perí, prejavuje sa respiračnou alergiou.

Dr. Katarína Cajchanová



Prednášku uzavrela miništúdia o alergii na arašidy – adrenalinové pero bolo predpísané u 133 detských pacientov – z toho pre potravinovú alergiu u 90 detí (67,7 %) a alergiu na arašidy malo 33 detí (36,7 %) z detí, ktoré boli alergické na potraviny. Prednáška trvala 26 minút. Kombinovala aj text, aj obrázky a autorka sa vynasnažila oživiť to tým, že často používala animácie. Aj pri striedaní diapozitívov. Po takej širokej ponuke obrázkov stravy sa nedalo odolať a urobil som si prestávku na občerstvenie. Pavlovov reflex. Keďže osobne nemám žiadnu alergiu na potraviny, po prednáške som si lepšie vedel predstaviť doslova „asketické utrpenie“ týchto pacientov.

Tretia prednáška mala názov **Lokálne alergické reakcie na „bio tetovanie“** (Cajchanová K.). Tu hneď patrí poznámka, že autorka ako jediná mala pri prednáške masku. Podľa typu tuším II. Pri tetovaní sú čiastočky atramentu alebo iného farbiva vpravené pod kožu – mikropigmentová implantácia. Autorka rozdelila tetovanie na traumatické, dekoratívne a permanentný mejkap. Biotetovanie je aplikácia prírodných látok z henny (ale i hena, hinna z rastliny *Lawsonia inermis*), ktorá sa používa ako farbivo na vlasy, maľovanie pier, nechťov a skrášľovanie tela (henna body art). Po asi 10 minútach biotetovania prejde henna do epidermis, kde zostáva 2 – 3 týždne v podobe zvoleného obrazca. Umývaním a deskvamáciou epidermy úplne vymizne. Najčastejšie sa do henny pridáva paraformylendiamín (PPD) na zlepšenie fixácie a docielenie zaujímavejších odtieňov. Toto

farbivo môže skrížene reagovať s lokálnymi anestetikami, farbami na vlasy, anilínovými farbivami, liekmi (prokaínpenicilín, tiazidové diuretiká). V EÚ je aktuálne povolená koncentrácia PPD na voľnej báze 6 %. A k tomu patrí aj zákaz pridávania lawsonu do farieb a šampónov pre jeho dokázateľnú vysokú vstrebateľnosť kožou a mutagenitu. Všetko z tejto problematiky pekne názorne ukazovala aj kazuistika a ikonografia. Prednáška trvala 14 minút. Záber bol široký. Čo sa týka umelého skrášľovania kože aj s otáznikom za citátom *Formositas dimidium dotis* – *krása je polovičkou vena....?* A ešte raz patrí prednášajúcej uznanie, že celú prezentáciu predniesla s maskou bez chybičky. Ajs červenou bodkou na orientáciu v texte. Klobúk dolu.

Tak a máme tu konečne už posledný **5. blok Varia**. Obsahoval päť prednášok. Naozaj rôznorodých. Dokazovalo to i rôznorodé pozadie za autormi.

Prvá prednáška podporená **spoločnosťou Amgen Slovakia s.r.o.** sa obšírne venovala odpovedi na otázku v názve: **Čo môžeme očakávať od PDE4 inhibície v reálnej klinickej praxi?** (Kampe T.). V krátkom úvode bola spomenutá liečba psoriázy v poslednej dekáde (MTX, cyklosporín, biologiká). Nová je skupina látok s malými molekulami, ktorých výroba je lacnejšia. Apremilast je inhibítor fosfodiesterázy 4. Oproti biologikám pôsobí intracelulárne. Podáva sa p.o. Je schválený na liečbu dospelých pacientov s ťažkou a stredne ťažkou psoriázou. Má výhody aj pri liečbe ovlasenej časti a genitálnej oblasti i v oblasti kvality života. Štúdie APPRECIATE a LAPIS-PSO spresnili pohľad na rozhodnutia o liečbe, ktorým čelia lekári a pacienti v každodennom živote. V abstrakte prednášky sa to píše veľmi podrobne. Na začiatku liečby apremilastom malo PASI nízku koreláciu s DLQI, čo naznačuje, že úroveň postihnutia kože nie je jediným faktorom, ktorý pacienti berú do úvahy pri hodnotení závažnosti a vplyvu ich ochorenia. Zistenia štúdie demonštrujú skutočnú hodnotu apremilastu pri liečbe psoriázy, pretože 7 z 10 pacientov pokračovalo v liečbe a preukázalo výrazné zlepšenie závažnosti ochorenia a kvality života 6 (± 1) mesiacov po začatí liečby apremilastom. Prednáška trvala 14 minút. Bola plná porovnávacích grafov a tabuliek. Zahŕňala údaje zo sledovania priebehu liečby v 67 mestách 6 krajín. Ukazuje dobrý bezpečnostný profil

lieku aj s konštatovaním, že pacienti hodnotili liečbu ako pohodlnú. Na konci autor uviedol aj fotodemonštráciu pacientov a výsledkov liečby.

Ďalšiu prednášku podporenú **spoločnosťou Eucerin** autor uviedol pod názvom **Urea - zlatý štandard v starostlivosti o suchú pokožku** (Urbanček S.). Suchosť kože je jedným z najčastejších dermatologických príznakov. Zvyšuje sa vekom. Zapríčiňuje ju porucha kožnej bariéry a nedostatok prirodzených hydratačných faktorov, napr. NMF (natural moisturizing factor), ďalej obsah ceramidov a počet akvaporínových kanálov (zabezpečujúcich intracelulárnu hydrataciu). So xerózou môžu byť tiež asociované iné ochorenia, ako keratosis pilaris, psoriasis, ichthyosis alebo ekzémové ochorenia. Urea bola predstavená nielen ako chemická, ale aj telu vlastná látka, syntetizovaná v stratum spinosum a stratum granulosum, odbúravaním proteínu arginínu. Zabezpečuje udržiavanie optimálnej hydratácie epidermis pre efektívnu bariérovú funkciu. Má schopnosť viazať vodu (tzv. moisturizér) a tiež miernu antimikrobiálnu aktivitu. Zvyšuje aj penetráciu účinných látok do pokožky a pomáha stabilizovať pH kožného povrchu. Nižšie koncentrácie urey majú keratoplastický účinok, koncentrácie 10 % a viac majú už účinok keratolytický. Pri koncentrácii 30 % je indikovaná na max 10 % tela. Oproti predchádzajúcim prednáškam o novinkách na bunkovej úrovni vyznela urea ako stálica lokálnej liečby. Podporujú to aj merania TEWL a porovnanie s vehikulom. Prípravky sú ponúkané v širokej škále ako hydrofilné a lipofilné krémy, lóciá, bez parabénov. Navyše aplikácia urey môže priaznivo ovplyvňovať gény, ktoré hrajú úlohu pri hydratacii kožnej bariéry a metabolizme lipidov. Prednáška trvala 12 minút. Audioset sme už spomínali. Pri úvodnej vete, že urea je používaná v dermatologickej externej liečbe už vyše storočia, zaplesalo spomienkami srdce každého skôr narodeného dermatológa. Pripomenulo to staré dobré časy, keď hlavnou možnosťou a umením úspešného dermatológa bola dobre zacieľená liečba magistraliter externami. Trochu z tej vzletnosti vošlo i do prezentácie.

Nasledovnú prednášku **podporenú spoločnosťou Viatris/Slovakia** s názvom **Lokálny imunomodulátor pimekrolimus**

- 20 rokov v klinickej praxi (Buchvald D.) prednášajúci uviedol informáciou, že pimekrolimus je už na trhu 20 rokov. Predtým dlhé obdobie dominovali lokálne kortikoidy. Lokálne imunomodulátory (takrolimus, pimekrolimus) prostredníctvom blokády kalcineurínu zasahujú selektívne do imunopatogenetických procesov uplatňujúcich sa pri atopickej dermatitíde. Obmedzujú syntézu prozápalových cytokínov v lymfocytoch typu 1 aj typu 2 a bránia tak vývoju zápalu v akútnych aj chronických ekzémových ložiskách. V lymfocytoch a žírnych bunkách. Neovplyvňujú však významnejšie počet ani funkcie Langerhansových buniek, fibroblastov, keratinocytov a ďalších buniek kože. Táto vysoká bunková selektívnosť účinku a súčasne minimálna transkutánna penetrácia minimalizujú riziko vzniku lokálnych aj systémových nežiaducich účinkov lieku. Napríklad atrofiu epidermy. Dokazujú to i histologické a imunofluorescenčné vyšetrenia. Pimekrolimus v galenickej forme 1 % krému ukázal v klinických štúdiách v roku 2015 pri liečbe atopickej dermatitídy účinnosť na úrovni lokálnych kortikosteroidov 1. triedy (hydrokortizon) a súčasne priaznivý bezpečnostný profil u dospelých aj detí od 2. roku života. Bola ponúknutá aj kozmetická úvaha na tému pimekrolimus vs. takrolimus. K nežiaducim účinkom patria lokálne reakcie v mieste ošetrenia kože (začervenanie, svrbenie, pálenie), ktoré sa však vyskytujú len pri prvých aplikáciách lieku a v priebehu niekoľkých dní ustupujú. Európske odporúčania liečby atopickej dermatitídy uprednostňujú využitie pimekrolimu predovšetkým u detí a na citlivú kožu na tvári. V druhej polovici prednášky autor rozdebatoval proaktívnu liečbu atopickej dermatitídy na potlačenie subklinického zápalu. Európske guideliney doplnil aj takými finesami, ako dať krém pred aplikáciou do chladničky. Aj podmienky uhrádzania z verejného zdravotného poistenia. Aj svetové a trochu protichodné informácie popredných dermatológov o odporúčaní intermitentnej liečby a či kontinuálna liečba nie je vhodná. Veľké epidemiologické štúdie nepotvrdili asociáciu medzi liečbou pimekrolimom a vývojom malignít u pacienta. V závere autor zhrnul základné odporúčania pod nadpisom: pimekrolimus pre ľahký až stredne ťažký priebeh atopickej dermatitídy. Prednáška trvala 25 minút. Pôsobila presvedčivým

pedagogickým dojmom a dlhodobými skúsenosťami z klinickej praxe.

Predposledná prednáška bloku predstavila **Metastázujúci kolízny karcinóm kože: opis prípadu s dôrazom na potrebu interdisciplinárnej a interregionálnej lekárskej spolupráce** (Bartoš V., Kullová M., Bobrovská M., Slávik P.). V úvode definovala kolízny nádor ako dva nádorové typy v rámci jednej lézie, oba sú v bezprostrednom kontakte, ale zachovávajú si vlastné histomorfologické znaky aj imunofenotyp. Nasledovala kazuistika 70-ročného muža s nádorom kože pred ľavou ušnicou odstránený excíziou. Histologické vyšetrenie potvrdilo kolízny tumor tvorený karcinómom z Merkelových buniek (MCC) a invazívnym skvamocelulárnym karcinómom. Pacient mal diagnostikované aj ďalšie malignity: 4 bazaliómy, invazívny skvamocelulárny karcinóm kože, M. Bowen, superficiálny maligný melanóm, adenokarcinóm prostaty a metastázu neuroendokrinného karcinómu neznámeho pôvodu.

O dva mesiace pod operačnou jazvou narástol podkožný nodul, chirurgicky exstirpovaný. Histologicky išlo o lymfatickú uzlinu s takmer totálnou infiltráciou neuroendokrinným karcinómom, ktorý bolo možné takmer s istotou považovať za metastázu MCC. Zakrátko boli exstirpované aj lymfatické uzliny za uhlom ľavej sánky, ktoré boli taktiež postihnuté karcinómom identického vzhľadu. Spätne rozplietanie anamnézy ukázalo ďalšie súvislosti. MCC patrí k agresívnym a prognosticky nepriaznivým neopláziám. Cieľom prednášky bolo poukázať na potrebu dôkladného a dlhodobého „follow-up“ pacientov s touto diagnózou, a to aj v prípade, že predstavuje zložku kolízneho nádoru. Prednáška trvala síce 10 minút, ale obsahovala toľké informačné pavučiny, že sa to dá nazvať len ako makramé anamnestických a klinických i histologických údajov. Ale prehľadné. A pôsobivo podané. Autor sám sa totiž s ohľadom na dermatologické zameranie online kongresu s porozumením a upozornením na súvislosti medzi klinickým obrazom zastavil pri jemných podrobnostiach a nuansách imunohistopatológie i pozitívite MCC na cytokeratín 20, čo je síce výnimka, ale dôležitý diagnostický znak.

Posledná prednáška **Netradičné postupy v podpornej terapii liečby onycho-**

mykóz (Nádašiová M.), na začiatku uviedla, že v septembri 2020 bola schválená experimentálna výučba podológie na Slovensku. Prvou školou, ktorá otvorila projekt experimentálneho vyučovania, je Stredná zdravotnícka škola v Nových Zámkoch. Rovnako bol úspešne schválený Národný štandard povolania podológ (participácia s riaditeľkou zdravotníckeho vzdelávania Ministerstva školstva SR) a revidovaný Národný štandard zamestnania pedikér v rámci Sektorovej rady pre remeslá a osobné služby. Ďalej nasledovali podrobnejšie informácie o pedikúrach a problémoch chodidiel, kože a nechtov spojených s vyvolávatelmi mykotických ochorení. Zaškolení pedikéri sa učia odberať vzorky biologického materiálu pre mikrobiologické laboratória, kde je patogén vyhodnocovaný na základe mikroskopického a neskôr aj kultivačného vyšetrenia. Klient s výsledkami odchádza plne edukovaný na dermatologickú ambulanciu, kde je nasadzovaná cieľená liečba. Prednáška trvala 38 minút, pretože sa problematike podológie venovala dosť podrobne. Možno aj preto, že si za svoju úlohu i neľahký cieľ dala aj edukáciu pacienta, čo je niekedy skutočne neverending story.

Na konci opisu priebehu odbornej časti treba ešte raz pripomenúť možnosť na online **autodidaktický test**. Je dostupný z www.mudr.online akreditovaný Slovenskou lekárskou komorou (SLK) ako jednorazová vzdelávacia aktivita. Za úspešné vyriešenie testu je možnosť získať kredity v rámci vzdelávacieho cyklu CME. A v neposlednom rade nesmieme zabudnúť ani na firmy, ktoré podujatie podporili. Hlavní partneri **Abbvie, Janssen immunology pharmaceutical companies of Johnson&Johnson, Sanofi Genzyme, partneri Amgen, Desitin, Lilly, Eucerin, Viatris**.

Namiesto záveru alebo autorské okienko

Tak a máme to za sebou. Ak ste sa dočítali až sem, patrí vám obdiv aj poďakovanie. Za trpezlivosť. Tak ešte, prosím, chvíľku vydržte. Sem na koniec (hoci to mohlo byť aj na začiatku) totiž patrí malá úvaha. Klasický alebo online kongres? Aké sú výhody a nevýhody?

Správa z klasického kongresu sa napíše akosi sama. Príde sa na miesto konania, potom je registrácia, v ruke máte program



a abstrakty. Sadnete si do sály, počúvate prednášky, sledujete prezentácie a robíte si poznámky. Ešte aj pero dostanete. Čas, bloky programu a prednášky sledujú predsedajúci. K tomu tak trochu patria i prestávky, takže aj organizátor. Priebeh spestruje i tajná kuloárová a módna polícia. Po kongrese stačí k tomu všetkému pridať fotografie a správa je hotová. Ale pri online kongrese je to všetko akési iné. Nevšedné, nové, hoci podobné. Registrácia musí prebehnúť tiež. Len elektronicky. Potom príde prístupové heslo a možnosť sledovať prednášky online. A tu je to už iné úplne. Na obrazovke je aj prezentácia, aj autor, môžete si vybrať poradie prednášok aj prestávok. Je pravda, že vyložiť si nohy a dať si k tomu kávičku sa vám podarí len doma. Čas sa nesleduje tak prísne. Diskusia má inú formu. Zjednotiť túto novú formu kongresu a poskytované informácie v pútavej čitateľnej forme do jedného článku je preto veľká výzva.

Už len ten názov Správa z kongresu..., napísaný automaticky s tou predložkou z, zo evokuje, že sa niekde stal, hoci sa vlastne odohrával na viacerých miestach. Respektíve nakoniec vo virtuálnom priestore. Správnejší názov by asi preto bol Správa o kongrese. A ak tam chcete „z“, tak z domu. Už sa spomínala výhoda online prednášok, ktoré si môžete pozrieť kedykoľvek a kdekoľvek. Áno, technicky je to fajn, ale spolu za sebou v jednom kuse to asi nebude. Dohromady program obsahuje 21 prednášok. Jednotlivé časy prednášok varíujú cca od 8 do 38 minút, ostatní sa vošli do bežných 15 – 20 minút. Spolu je to 440 minút, čiže vyše 7 hodín programu. A celé aj

s tou prvou hodinovou live stream časťou, ktorú teraz nebudeme spracovávať, by to na klasickom kongrese s prestávkami a občerstvením bol náročný celodenný 12-hodinový program. A len tak, ako sa hovorí pre info, celé to sledovanie prednášok, abstraktov a napísanie správy trom autorom zabralo asi vyše dvoch týždňov. Ale ani to sa nedalo robiť v kuse.

Praktický návod pri záverečnej finalizácii správy bol nasledovný. Prednášky sledovať na televíznej obrazovke alebo druhom počítači. Ak je vás viac, najlepšie s premietacou. Lepšie sa to však ovláda na počítači, pretože obraz sa dá zastaviť kdekoľvek a kedykoľvek. A poznámky sa dajú dopĺňať na druhom počítači do textu vo Worde. Samozrejme, že vždy treba zastaviť obraz. A po napísaní poznámky znovu spustiť video, aby vám nič neuniklo. Je zrejme, že takéto „spracovanie prednášky“ trvá niekedy aj tri- až štyrikrát viac ako samotná prednáška. Celé to bol jednoducho 48-hodinový maratón.

Pri tom písaní textu totiž treba aj klikáť na ovládač videa. Spustiť, zastaviť, spustiť zastaviť. Opakovane. Asi 1 000-krát. Ich symboly poznáte. Šípka doprava ► je ideme, a značka|| je stop. Skúste to dohromady a zistíte, že vám chýba jedna ruka. A niekedy aj pevné nervy. Najmä vtedy, ak sledujete video na televízore a v zápale boja s informáciami a technikou i samotným článkom alebo miernou pisateľskou únavou omylom stlačíte značku |◀◀ alebo ▶▶|. To vás totiž nekompromisne vyhodí z aktuálnej polohy na začiatok alebo koniec videa. A vás do vzdorne vzpriamenej polohy. Zavrčíte, ale

čo už! Sám sebe sa veľmi nadávať neoplatí. Takže nádych, a ide sa znovu. Ale nakoniec som to vzdal a prešiel na tie dva počítače vedľa seba. Takže pre zmenu buď dve myši, alebo 2-krát dotykové ovládanie. Aj tak je to jednoduchšie. K tomu tá dobrá káva v šálke Gustav Klimt. Na tú sa ruka vždy nájde.

Ako predposledný postreh dodávame, že chýbajú fotografie ako z klasického z podujatia. Dúfam, že to vyznie ako vtip, ale automaticky som ich totiž pýtal od pani redaktorky. Takže tu budú iné, nie tie sálové. Ukážu viac z pozadia organizácie kongresu. Nech vidieť, ako všetci s noblesou zvládli ten kyberpriestor. A ako sa celý kongres rodil. Bod po bode, myšlienka po myšlienke. Len Chuck Norris dokáže napísať správu z kongresu, ktorý sa nekonal. Možno by bolo dobré dať niekde na spestrenie k prednáške obrázok, tabuľku či graf. Alebo aj malé fotky autorov, v rúškach. Tak ako ju poctivo počas

celej prednášky mala Dr. Cajchanová. Takéto maskovanie by vlastne aj po rokoch najlepšie vysvetľovalo, prečo sa kongres konal v hrozivej covidovej spoločenskej atmosfére online. Alebo si na to do budúcnosti možno musíme len zvyknúť, pretože to tak bude bývať častejšie. A rúška budeme nosiť ohľaduplne každú zimu aj pri obyčajnej nádche. Tak ako to vidíme v tolerantných ázijských krajinách. Čiže nebude to žiadny div ako v nejakej rozprávke s názvom Kde bolo, tam bolo, bol raz jeden online kongres. Paradoxne mi aj túto správu umožnila spracovať moja karanténa. Vlastne len „zmanažovať“, pretože bez ochotných a šikovných spoluautorov, ústretových kolegov, desiatok mailov a telefonátov i starostlivej manželky by táto post online reportáž vôbec nevznikla.

Celkom nakoniec sme si nechali to, čo okrem diskusie na kongrese typu online

chýbalo najviac. Živý potlesk a úcta prednášajúcim. Takže aspoň takto písomne a symbolicky spolu zatlieskajme autorom prezentácií, sponzorujúcim firmám a najmä organizátorom. Smajlíka potlesku sme však v symboloch pre Word nenašli, musíte si ho domyslieť. Alebo im ho poslať.



MUDr. Ján Lidaj

Prírodné liečebné kúpele
906 03 Smrdáky
jan.lidaj@spapiestany.sk