

Via practica

S2
2011

www.solen.sk
ISSN 1336-930X

ABSTRAKTY

MEDICÍNA PRE PRAX KONGRES LEKÁROV 1. KONTAKTU

9. – 10. september 2011, City Hotel Bratislava, Bratislava

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

PRESTANCE®

perindopril arginín/amlodipín besilát 1 tableta denne



Sila synergie v jednej tablete¹



2 indikácie HYPERTENZIA + KCHS

PRESTANCE

Zloženie: Každá tableta obsahuje perindopril arginín, dlhodobopôsobiaci ACE-inhibitor a amlodipín besilát, blokátor kalciových kanálov. PRESTANCE 5mg/5mg: jedna tableta obsahuje 3,395 mg perindoprilu, množstvo zodpovedajúce 5 mg perindoprilu arginínu a 6,935 mg amlodipínu besilátu, množstvo zodpovedajúce 5 mg amlodipínu. PRESTANCE 5mg/10mg: jedna tableta obsahuje 3,395 mg perindoprilu, množstvo zodpovedajúce 5 mg perindoprilu arginínu a 13,870 mg amlodipínu besilátu, množstvo zodpovedajúce 10 mg amlodipínu. PRESTANCE 10mg/5mg: jedna tableta obsahuje 6,790 mg perindoprilu, množstvo zodpovedajúce 10 mg perindoprilu arginínu a 6,935 mg amlodipínu besilátu, množstvo zodpovedajúce 5 mg amlodipínu. PRESTANCE 10mg/10mg: Jedna tableta obsahuje 6,790 mg perindoprilu, množstvo zodpovedajúce 10 mg perindoprilu arginínu a 13,870 mg amlodipínu besilátu, množstvo zodpovedajúce 10 mg amlodipínu. **Pomocná látka:** monohydrát laktózy. **Indikácie:** PRESTANCE je indikované ako substitučná terapia na liečbu esenciálnej hypertenzie a/alebo stabilnej ischemickej choroby srdca u pacientov, ktorí sú už kontrolovaní perindoprilom a amlodipínom podávanými súbežne v rovnakých dávkových hladinách. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Perorálne použitie. Jedna tableta denne, užíva ako jednotlivá dávka, prednostne ráno a pred jedlom. Fixná kombinácia dávok nie je vhodná ako začiatková terapia. Ak je potrebná zmena dávkovania, môže sa dávka PRESTANCE upraviť alebo sa môže zväčšiť individuálna titrácia vo vnútornej kombinácii. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na perindopril alebo na niektorý iný ACE inhibitor, anamnéza angioedému súvisiaceho s predchádzajúcou liečbou ACE inhibitorom, hereditárny alebo idiopatický angioedém, tehotenstvo a dojčenie, závažná hypotenzia, precitlivosť na amlodipín alebo na niektorý iný dihydropyridín, šok, vrátane kardiogénneho šoku, obštrukcia priedučky ľavej srdcovej komory (napr. vysoký stupeň aortálnej stenózy), nestabilná angína pectoris, zlyhanie srdca po akútnej infarkte myokardu (počas prvých 28 dní). **Liekové a iné interakcie:** Súbežné použitie, ktoré sa neodporúča: draslík šetriaca diuretiká a niektoré lieky spôsobujúce poruchy srdcového rytmu, doplnky draslíka alebo soľné náhrady s obsahom draslíka, kombinácia s litom, estramustín. **Súbežné použitie, ktoré vyžaduje osobitnú pozornosť:** nesteroidné antiflogistiká, antidiabetiká, diuretiká, sympatomimetiká, zlato, dantrolén, CYP3A4 induktoři (rifampín, lubovník bodkovaný, karbamazepín, fenobarbital, fenytoín, fosfenytoín, primidón), CYP3A4 inhibitoři (itraconazol, ketokonazol), beta-blokátory používané pri srdcovom zlyhaní, baklofén, kortikosteroidy, tetraokasid, alfa-blokátory, amifostín, tricyklické antidepressíva, antipsychotiká, anestetiká, imunosupresíva. **Nežiaduce účinky:** asténia, závraty, bolesť hlavy, zmeny nálad, poruchy spánku, svalové kŕče, hypotenzia, alergická reakcia, kožné vyrážky, gastrointestinálne poruchy, kašeľ, sucho v ústach, riziko dehydratácie u starších a u pacientov trpiacich srdcovým zlyhaním, môže dôjsť k zmenám laboratorných parametrov krvi. **Osobitné upozornenia:** Opatrenia pri používaní: Bežné lekárske sledovanie renálnych funkcií pred a počas liečby. Renovaskulárna hypertenzia. Operácia, anestézia. **Renálne poškodenie:** dávka sa má upravovať s opatnosťou podľa hodnotí klieusu kreatinínu (pozri úplné SPC). Symptomatická hypotenzia je zriedkavá, avšak môže k nej dôjsť u pacientov s hypovolémiou spôsobenou napr. liečbu diuretikami alebo po podaní prvých dvoch dávok. U pacientov užívajúcich diuretiká zastavte diuretikú liečbu 3 dni pred začatím liečby perindoprilom arginínom/amlodipínom. Diuretikum môže byť podávané v kombinácii neskor, ak je to potrebné. Draslík šetriace diuretiká sa neodporúčajú. **Pacienti s hepatálnym poškodením:** plazmatický polčas amlodipínu je predĺžený. Preto je potrebné liek podávať opatrne a liečba má zahŕňať bežné lekárske sledovanie pečenejých enzýmov. U tretiny pacientov so srdcovým zlyhaním liečba amlodipínom bola spojená s častejším výskytom pľúcneho edému, pričom rozdiel oproti placebo nebol signifikantný. Pacientom sa má liečba podávať opatrne. Súbežné použitie, ktoré je potrebné vziať do úvahy (pozri Liekové a iné interakcie). **Balenie:** PRESTANCE 5mg/5mg 30, 90 tabliet; PRESTANCE 5mg/10mg 30, 90 tabliet; PRESTANCE 10mg/5mg 30, 90 tabliet; PRESTANCE 10mg/10mg 30, 90 tabliet. **Dátum poslednej revízie textu:** máj 2008. Výsledky lieku je viazaný na lekársky predpis. Liek je čiastočne uhrádzaný na základe verejného zdravotného poistenia. Podrobnejšie informácie nájdete v plnej verzii Súhrnu charakteristických vlastností lieku, ktorý Vám poskytneme na adrese: Servier Slovensko, spol. s r. o., Mostová 2, 811 02 Bratislava, tel.: 02/59204111, fax: 02/54432690. Držiteľ rozhodnutia o registrácii: Les Laboratoires Servier, 22 rue Garnier, 92200 Neuilly-sur-Seine, Francúzsko.

Literatúra: 1. Bahl UK. Fixed dose perindopril and amlodipine in moderate-to-severe hypertension. 14th World Congress of Heart Disease 2008, Toronto, Canada. 2. Meurin P. The ASCOT trial. Clarifying the role of ACE inhibition in the reduction of cardiovascular events in patients with hypertension. Am J Cardiovasc Drugs. 2006; 6: 327-334.



Vedecký partner v kardiológii.

Servier Slovensko, spol. s r. o., Mostová 2, 811 02 Bratislava,
tel.: +421 2 59 20 41 11, fax: +421 2 54 43 26 94

Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva SLS
spoločnosť SOLEN
a
časopis Via Practica

Medicína

PRE PRAX

Kongres lekárov 1. kontaktu

9. – 10. september 2011
City Hotel Bratislava, Bratislava

PROGRAMOVÝ VÝBOR:

prof. MUDr. Andrej Černák, DrSc.
doc. MUDr. Pavel Černák, PhD.
prof. MUDr. Vasil' Hricák, PhD., FESC
doc. MUDr. Pavol Jarčuška, CSc.
doc. MUDr. Miroslav Korbeľ, CSc.
MUDr. JUDr. Peter Kováč
doc. MUDr. Emil Martinka, CSc.
prof. MUDr. Ján Murín, CSc., FESC

Podujatie bude ohodnotené 14 CME kreditmi.

Hlavní partneri



Partneri

**Via practica – Supplement 2**

Samostatne nepredajná príloha.

Citačný index: Via Pract. Supl.

Vychádza ako príloha časopisu Via practica.

Časopis je indexovaný v Bibliographia Medica Slovaca (BMS).

Citácie sú spracované v CiBaMed.

Spracovala spoločnosť SOLEN, s. r. o.,

vydavateľ časopisu Via practica

Adresa redakcie: SOLEN, s. r. o., Lovinského 16, 811 04 Bratislava,

www.solen.sk, e-mail: solen@solen.sk

Redaktorka: Magdaléna Žiaková, ziakova@solen.sk

Obchodné oddelenie: Renáta Kajanovičová, kajanovicova@solen.sk

Grafická úprava a sadzba: Ján Kopčok, kopcok@solen.sk

Vydavateľ nenesie zodpovednosť za údaje a názory autorov jednotlivých článkov či inzerátov.

Reprodukcia obsahu je povolená len s priamym súhlasom redakcie.

ISSN 1336-930x

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

PIATOK, 9. 9. 2011

07:30

Registrácia

08:30 – 10:45

Kardiológia

Garant bloku:

prof. MUDr. Vasil'Hricák, PhD., FESC

- *Profylaxia infekčnej endokarditídy – čo je nové* – Hricák V.
- *Manažment pacientov so srdcovými chlopňovými protézami* – Kozlovsky M.
- *Perkutánne nahradenie aortálnej chlopne – budúcnosť alebo súčasnosť* – Liška B.
- *Diskusia*
- *Sympóziium podporené z edukačného grantu spoločnosti Servier*
 - *Arteriálna hypertenzia, kardiovaskulárne a metabolické ochorenia – je originálny liek výhodou pre pacienta?* – Bada V.

10:45 – 11:15

Prestávka

11:15 – 11:35

Sympóziium spoločnosti GlaxoSmithKline

- *Panadol® Novum – nový štandard v liečbe bolesti paracetamolom* – Řehula M.

11:40 – 13:10

Psychiatria

Garant bloku: doc. MUDr. Pavel Černák, PhD.

- *Somatogénne depresie* – Lajčiaková Z.
- *Psychosomatický pacient v ambulancii praktického lekára* – Černák P.
- *Gerontopsychiatrický pacient – problém nielen psychiatra* – Žigová E.
- *Diskusia*

13:10 – 14:10

Obed

14:10 – 14:50

Sympóziium podporené z edukačného grantu spoločnosti Actelion Pharmaceuticals CZ

- *Dýchavica z pohľadu pneumológa* – Hájková M.
- *Dýchavica z pohľadu kardiológa* – Goncalvesová E.

14:50 – 15:00

Prestávka

15:00 – 16:30

Oftalmológia

Garant bloku: prof. MUDr. Andrej Černák, DrSc.

- *Oftalmológia pre potreby praktického lekárstva* – Černák A.
- *Ochorenia predného segmentu oka*
– Vodrážková E.
- *Ochorenia zadného segmentu oka*
– Černák M.
- *Diskusia*

16:30 – 17:00

Prestávka

17:00 – 18:30

Interná medicína:

Diabetes a jeho kardiovaskulárne dôsledky

Garant bloku: prof. MUDr. Ján Murín, CSc., FESC

- *Diabetes – klinický rozsah problému (úvod)* – Murín J.
- *Hypertenzia – význam a prístup k liečbe diabetika* – Kamenský G.
- *Glykémia – význam a možnosti ovplyvnenia* – Fábryová Ľ.
- *Aterogénna dyslipidémia – význam, dá sa ovplyvniť a prináša to benefit?* – Murín J.
- *Diskusia*

20:00

Spoločenský večer

Viac informácií nájdete na

www.solen.sk

Chránim Ťa

Som Tvoj vodný anjel



PRAMEN
Z HLBKÝ AŽ 250 M



PRAMEN
Z CHRÁNENÉHO ÚZEMIA



PRAMEN S ANJELSKOU
MINERALIZÁCIOU

Prinášam Ti vzácny dar

Z hĺbky až 250 m prichádzam k Tebe s pramenitou vodou Lucka. Z prameňa vytvoreného pred tisícami rokov nedotknutými vrstvami unikátneho vápencovo-dolomitického podložia. Tam, v chránenom území, si moja voda berie zo zeme to najcennejšie, ľahúcke anjelské zloženie, také dôležité pre Teba.

Prinášam Ti vodu so správnym pomerom vápnika a horčíka, nech Tvoje telo môže tieto životodarné minerály aj skutočne využiť. Vodu s minimálnym obsahom sodíka, aby chránila Tvoje srdce. A prinášam Ti aj neperlivú vodu, ktorá svojím ľahko zásaditým pH citlivo vyvažuje prostredie v Tvojom organizme.

Preto je pre Teba Lucka taká dôležitá. V každom veku.

Som tu, keď život začína,
som tu, aby život mohol pokračovať.



SOBOTA, 10. 9. 2011

08:00

Registrácia

09:00 – 10:30

Diabetológia

Garant bloku: doc. MUDr. Emil Martinka, CSc.

- *Algoritmy liečby diabetes mellitus 2. typu* – Uličiansky V.
- *Princípy liečby inzulínom* – Martinka E.
- *Kardiovaskulárne aspekty diabetes mellitus* – Uličiansky V.
- *Novšie možnosti lokálnej liečby diabetickej nohy* – Martinka E.
- *Diskusia*

10:30 – 10:45

Prestávka

10:45 – 13:15

Infektológia

- *Chríпка – myslíme na ňu dostatočne? Liečime ju adekvátne?* – Jarčuška P., Kristian P.
- *ATB rezistencia: globálny problém* – Hupková H., Sedláková D.
- *Kliešťová encefalitída – výskyt a prevencia v SR* – Pertinačová J.
- *Diskusia*

- *Sympóziu podporené z edukačného grantu spoločnosti Pfizer: Akútne a chronické ochorenia dýchacích ciest*

- *Akútne a chronické infekcie v klinickej praxi – možnosti liečby* – Jarčuška P.
- *Nové možnosti liečby infekcií v ambulancii praktického lekára* – Nedelková Z.
- *Manažment kardiovaskulárneho rizika v každodennej praxi* – Gajdoš M.

13:15 – 14:15

Obed

14:15 – 15:45

Gynekológia

Garant bloku: doc. MUDr. Miroslav Korbeľ, CSc.

- *Starostlivosť o tehotnú ženu v SR z aspektu praktického lekára a internistu* – Korbeľ M.
- *Vývoj potratov a interrupcií v SR* – Kosibová Z., Korbeľ M.
- *Materská úmrtnosť v SR – prehľad a kazuistiky* – Korbeľ M.
- *Diskusia*

15:45 – 15:50

Prestávka

15:50 – 17:00

Právo v medicíne

Garant bloku: JUDr. MUDr. Peter Kováč, PhD.

- *Novelizácia zákonníka práce*
- *Novinky v zdravotníckej legislatíve*

Kardiológia

Profylaxia infekčnej endokarditídy – čo je nové

Hricák V.

Oddelenie akútnej kardiológie, NÚSCH, Bratislava

Pozadie problému: Infekčná endokarditída (IE), najčastejšie bakteriálna, ostáva život ohrozujúcim ochorením, s neuspokojivým znížením chorobnosti, úmrtnosti a bez liečby smrteľným ochorením. IE môžu zapríčiniť najrôznejšie infekčné agens. Charakteristickou léziou sú vegetácie na chlopniach srdca alebo inde na endokarde. Klinické, ale najmä experimentálne práce poukázali, že antibiotická profylaxie môže znížiť riziko bakteriémie po invazívnych výkonoch, najmä stomatologických, a tak znížiť riziko vzniku endokarditídy.

Ciel: Priblížiť a zhrnúť súčasnú klinickú problematiku profylaxie infekčnej endokarditídy z pohľadu farmakologickej a nefarmakologickej prevencie s poukázaním na súčasné smerovanie.

Výsledky a záver: V racionálnom prístupe pre profylaxiu IE je vhodné a užitočné zohľadniť:

- stupeň rizika pre vznik IE zo strany pacienta (pacient, ktorý prekonal IE, a pacient s umelou chlopňovou protézou majú 5 až 10-násobne vyššie riziko vzniku IE), lokálna vs. celková anestézia,
- stupeň rizika vzniku periprocedurálnej bakteriémie,
- nežiaduce účinky profylaktického antimikrobiálneho preparátu,
- riziko vs. zisk z odporúčaného profylaktického režimu.

Súhrne môžeme povedať, že antibiotická profylaxia (ATB profylaxia) je podľa nových od-

porúčaní indikovaná iba v skupine pacientov s vysokým rizikom, a to pri stomatologických výkonoch spojených s krvácaním (platí to aj pre tonzilektómiu). Vysoké riziko predstavujú nasledujúce skupiny chorých:

- chlopňová protéza a protetický materiál použitý pri chlopňovej plastike alebo inej korekcii v srdci,
- predchádzajúce prekonanie IE,
- niektoré kongenitálne srdcové ochorenia riešené nielen chirurgicky, ale aj intervenčnou perkutánnou technikou: vrodené cyanotizujúce choroby bez chirurgickej úpravy alebo s reziduálnymi defektami, paliatívnymi spojkami alebo konduktmi, s kompletnou úpravou pomocou protéz operačnou alebo perkutánnou technikou do 6 mesiacov od zákroku, pri pretrvávajúcom reziduálnom defekte zo strany implantácie protézy alebo kardiálneho prístroja operačnou alebo perkutánnou technikou.

ATB profylaxia je len časťou z celkovej profylaxie IE u rizikových skupín pacientov. Edukácia pacienta, rodiny, dentálna a kožná hygiena je dôležitou a neoddeliteľnou súčasťou prevencie IE.

Manažment pacientov so srdcovými chlopňovými protézami

Kozlovský M.

Oddelenie akútnej kardiológie, NÚSCH, Bratislava

Počet pacientov s umelými chlopňovými protézami celosvetovo narastá. Jednou zo život ohrozujúcich komplikácií je poškodenie funkcie protézy trombom a prípadný súčasný tromboembolizmus. Predchádzanie tejto komplikácii

vychádza z poznania funkcie protéz a individuálneho rizika pacienta. Prednáška opisuje jednotlivé typy protéz a poukazuje na ich základné echokardiografické a skiaskopické charakteristiky. Trombóza súvisí s typom protézy, jej pozíciou v srdci, ale hlavne s nedostatočnou intenzitou antikoagulačnej liečby. V rozhodovaní o liečebnom postupe liečby trombózy protéz rozhoduje predovšetkým echokardiografické vyšetrenie, hlavne transezofageálne. Veľkosť trombu na protéze do 0,8 cm², resp. s priemerom 5 mm a včasná trombóza s klinickými príznakmi počas 21 dní je vhodná pri nižšej rizikovitosti pacienta na fibrinolýzu. Dnes sa používa hlavne tkanivový plaz-

minogénový aktivátor (t-PA) s 90-minútovým protokolom, pri vyššej rizikovitosti je možno skúsiť liečbu herparinom. Druhým riešením je renáhrada protézy. V liečebnej stratégii sa rozoberajú 3 kazuistiky s individuálnym liečebným prístupom „šitým na mieru“. V závere sa vyzdvihuje prevencia trombózy protéz a odporúčania európskej a amerických kardiologických spoločností s ich odporúčaním intenzity antikoagulačnej liečby podľa rizikových skupín pacientov, typov protéz, ale aj napr. rizikovitosti jednotlivých operačných výkonov, ktoré sú plánované alebo urgentne robené u pacientov s umelými chlopňovými náhradami srdca.

Sympóziu GSK

Panadol[®] Novum – nový štandard v liečbe bolesti paracetamolom

Řehula M.

Farmaceutická fakulta Hradec Králové, ČR

Nový prípravok Panadol[®] Novum s patentovaným dezintegračným systémom Optizorb zabezpečuje v žalúdku rýchlejšie rozloženie tablety, čím sa liečivá látka paracetamol uvoľňuje už o 5 minút. V porovnaní so štandardnou paracetamolovou tabletou dochádza vďaka tejto novej technológii

k minimálne o 25 % rýchlejšej absorpcii. Súčasne sa pri prípravku Panadol[®] Novum dosiahla nižšia inter- a intraindividuálna variabilita absorpcie v porovnaní so štandardnou tabletou paracetamolom. Vďaka rýchlejšiemu dosiahnutiu terapeutickkej koncentrácie paracetamolom v plazme tak prípravok Panadol[®] Novum ponúka pacientom rýchlejší nástup účinku, a to za cenu, ktorá je porovnateľná so štandardnou paracetamolovou tabletou.

Psychiatria

Somatogénne depresie

Lajčiaková Z.

Psychiatrická nemocnica P. Pinela, Pezinok

Depresia je závažné, chronické ochorenie mozgu postihujúce až 10 % populácie, pričom celoživotná prevalencia tohto ochorenia je 17 %. Depresia sa vyskytuje aj pri celom rade somatických ochorení,

príčom jej rozpoznanie a skorá liečba predstavuje zlepšenie celkovej prognózy. Označenie somatogénne depresie je stále zaužívané, aj keď ho v súčasnej medzinárodnej klasifikácii duševných chorôb už nenájdeme. V súčasnom klasifikačnom systéme sa nachádza pod označením organické poruchy nálady, vznikajú v dôsledku poškodenia alebo poruchy funkcie mozgu alebo v dôsledku inej telesnej choroby.

Príznaky depresie sú však rovnaké a je dôležité ich rozpoznanie a liečba, aj vtedy, ak je primárnym ochorením akákoľvek telesná choroba. Platí aj pre organické poruchy nálady – somatogénne depresie, že napriek presným definíciám je ich diagnostika obtiažna. Ktoré telesné choroby sú spojené s vyššou pravdepodobnosťou vzniku depresie? Za významný výskyt depresie pri telesných ochoreniach považujeme: srdcovocievne, endokrinné, vaskulárne mozgové, infekčné, onkologické, primárne degeneratívne ochorenia, atď. V prednáške nastolíme nielen základné príznaky depresie pri somatických ochoreniach, ale aj liečebné postupy.

Gerontopsychiatrický pacient – problém nielen psychiatra

Žigová E.

Psychiatrická nemocnica P. Pinela, Pezinok

Gerontopsychiatrický pacient je človek vo veku nad 65 rokov, trpiaci psychickou poruchou alebo chorobou, ktorú si buď do vyššieho veku prináša ako ochorenie, ktorým trpel i v mladšom veku (napríklad bipolárna afektívna porucha), alebo ochorel duševnou chorobou po 65. roku veku, i keď táto choroba nie je špecifická iba pre vyšší vek (napr. depresívna porucha), alebo ochorel duševnou chorobou, ktorá je typická pre sénium a všeobecne sa v nižších vekových kategóriách nezvykne vyskytovať (demencia Alzheimerovho typu a iné). Duševné choroby v sénium sa svojím obrazom a priebehom môžu značne odlišovať od učebnicových príkladov tých istých chorôb, ale v mladších vekových kategóriách dospelého veku.

Lekár prvého kontaktu po zistení, že ťažkosti choroby súvisia s duševnou poruchou, odosiela pacienta k psychiatrovi – ak pacient súhlasí. Výnimočne súhlasí nemusí, ak svojou chorobou ohrozuje seba alebo

svoje okolie. Existujú ešte stále predsudky v staršej generácii, najmä z osobnejšieho prostredia menších komún voči označeniu, že sa liečia u psychiatra.

Je preto potrebné, aby lekár prvého kontaktu disponoval primeranými nástrojmi a vedomosťami potrebnými pre aspoň približné zistenie povahy duševnej choroby a posúdenie vlastných možností pomôcť pacientovi, ktorý sa bráni vyšetreniu u špecialistu. Bude sa to týkať najmä širokej oblasti kvalitatívnych porúch vedomia (napr. tzv. starecké delíriá), aby lekár vedel, aká môže byť etiológia poruchy, ktorá má množstvo potenciálnych vyvolávajúcich faktorov, a dal ho cielene diferenciálne diagnosticky vyšetriť. Ďalšou takouto témou sú somatogénne duševné poruchy, ktoré sa môžu podobáť aj na klasické obrazy psychóz. V sénium sú rozšírené depresívne poruchy rôznej proveniencie a môžu zostať klinicky neidentifikované, pretože sú skryté za rôzne často polymorfne telesné ťažkosti, bolesti, závraty a podobne. Pritom je pri nich vysoké riziko suicídií. Tretou multidisciplinárnou oblasťou sú u seniorov so stúpajúcim vekom stále častejšie sa vyskytujúce demencie. Ich včasné poznanie, zachytenie už na mieste prvého kontaktu s lekárom sú rozhodujúce pre ďalší osud pacienta, pretože je známe, že rodina pacienta je buď nevšímavá alebo neinformovaná, alebo pri pomalom a plazivom nástupe prvých príznakov choroby sa na ňu adaptuje ako na normu a začína stav vnímať ako chorobu až v pokročilom štádiu. Cieľom prednášky je rozobrať tie spoločné oblasti záujmu o duševný stav pacienta, ktoré spájajú praktických lekárov a psychiatrov s cieľom upriamiť pozornosť lekárov prvého kontaktu na niektoré špecifiká duševných porúch v sénium, ich rozpoznanie, liečbu, doliečovanie a rehabilitáciu, aj s aspektom preventívnym, z dlhodobého hľadiska.

Oftalmológia

Oftalmológia pre potreby praktického lekárstva

Černák A.

Očná klinika SZU, Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Univerzitná nemocnica Bratislava

Oftalmológia je samostatný medicínsky odbor od roku 1800. Oko je veľmi citlivý a najdôležitejší zmyslový orgán. S rušnejším spôsobom života stúpa aj jeho ohrozenie úrazmi chorobami, a s predlžovaním veku života aj s chorobami z opotrebovania. Modernizácia pracovných postupov a náročné spoločenské dianie kladú vyššie nároky na zrak.

Tieto okolnosti nútia čoraz širší okruh lekárov sa zaoberať diagnostikou očných chorôb, ich terapiou ako aj prevenciou. Vývoj diagnostických a liečebných možností v posledných rokoch priniesol veľa nového v odbore oftalmológia.

Prednáška poukáže na základné očné vyšetrenia, ktoré by mal zvládnuť každý lekár. Poslucháči sa oboznámia s najčastejšími očnými ochoreniami a s ich liečbou, s úrazmi oka a ich prvou pomocou, o vzťahu celkových ochorení a oka.

Na záver sa podá prehľad najčastejšie používaných očných liekov a ich nežiaducich účinkov.

Ochorenia predného segmentu oka

Vodrážková E.

Očná klinika SZU, Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Univerzitná nemocnica Bratislava

Ochorenia predného segmentu oka zahrňajú ochorenia okolia oka, mihalníc a slzného filmu, ochorenia spojovky, rohovky, dúhovky a šošovky. Vedecko-technický pokrok v posledných de-

satročiach zvyšuje požiadavky na zrakové funkcie (napríklad práca so zobrazovacími jednotkami), avšak nové diagnostické a liečebné postupy priniesli aj zmeny v spektre ochorení. Zriedkavejšími sú bakteriálne zápaly spojovky, ulkusy rohovky, avšak viac jedincov trpí na chronické alergické zápaly spojovky.

Definovaná je nozologická jednotka **ochorenia povrchu oka**, do ktorej zaraďujeme ochorenie súvisiace so zmenami v slznom filme a zápal spojovky a rohovky rôznych etiológií. Zmeny v slznom filme sa môžu prejaviť jednoduchou formou „suchého oka“ podmienenou napríklad prácou so zobrazovacími jednotkami alebo ako tzv. „syndróm nových budov“, pri ktorom má podiel na zmene slzného filmu zvýšené odparovanie v klimatizovanom prostredí. Dlhodobé posobenie môže viesť k závažným zmenám na povrchových štruktúrach oka.

Druhou najčastejšou príčinou slepoty vo vyspelých krajinách je **glaukóm**. Toto ochorenie sa spájalo v minulosti so zvýšeným vnútročným tlakom. Dnes je považované za multifaktoriálne ochorenie a v liečbe je vhodný interdisciplinárny prístup. Najdôležitejším krokom, ako predchádzať vzniku pokročilej formy glaukómu, je včasná diagnostika a včas začatá liečba. Autori poukážu na súčasné možnosti diagnostiky a liečby.

Ochorenia zadného segmentu oka

Černák M.

Očná klinika SZU, Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Univerzitná nemocnica Bratislava

Za zadný segment oka považujeme všetko, čo sa nachádza za očnou šošovkou až po zadný

pól oka. Obsahuje sklovec vyplňajúci bulbus, sieťnicu a cievrovku.

Vyšetruje sa oftalmoskopicky. Vyšetrením očného pozadia (OP) sa rozumie najmä vyšetrenie sieťnice a sieťnicových ciev, ktoré sú tak viditeľné voľným okom. Okrem samotných očných ochorení nám totiž poskytuje cenné informácie o celkovom stave cievneho systému pacienta.

Keďže sa oko počas embryonálneho vývoja vyvinulo z mezencefalu, je skladba retinálnych ciev identická s mozgovými cievami. Možno teda na nich pozorovať rovnaké príznaky ako na cievach mozgu.

Z celkových ochorení pozorujeme na očné pozadí napríklad hypertenzívnu angiopatiu a retinopatiu, alebo diabetickú retinopatiu s charakteristickým nálezom na cievach a sieťnici. Krvácania na sieťnici pri leukémii, alebo nález nekrotických

zmien pri CMV alebo HIV sú často prvými nálezmi pri systémových ochoreniach. Na OP vidieť zmeny pri intrakraniálnej hypertenzii alebo pri *sclerosis multiplex*. Náhle cievne príhody ako oklúzia *a. centralis retinae*, alebo trombóza *v. centralis retinae* rovnako svedčia pre systémové ochorenia, ktoré sa prejavujú na očné pozadí a vyžadujú celkovú liečbu.

Z očných ochorení sú to najmä vekom podmienená degenerácia makuly. Degeneratívne zmeny sieťnice, alebo diery. Nádory, alebo metastázy, zápaly, ischemické ložiská alebo niektoré akútne stavy ako odlúpenie sieťnice. Atrofické a zápalové zmeny postihujú aj papilu optického nervu.

Vyšetrenie očného pozadia je súčasťou každého kompletného očného vyšetrenia. Tiež býva často indikované internistom, hematológom, neurológom, alebo onkológom pre jeho vysokú výpovednosť.

Interná medicína: Diabetes a jeho kardiovaskulárne dôsledky

Aterogénna dyslipidémia: význam, dá sa ovplyvniť a prináša to benefit?

Murín J.

I. interná klinika LF UK a UNB,
Nemocnica Staré Mesto, Bratislava

Až 75 % diabetikov (2. typu) zomiera na kardiovaskulárne komplikácie (hlavne na dôsledky ischemickej choroby srdca, cievnych mozgových príhod, srdcového zlyhávania či arytmií). Aby sme túto zlú prognózu diabetikov ovplyvnili, musíme riešiť „rizikové faktory“ súvisiace s diabetom: hypertenziu, glykémiu, obezitu, ale aj dyslipidémiu (v tomto prípade ide o tzv. aterogénnu dyslipidémiu, pri ktorej je sérový LDL-Ch normálny či len mierne zvýšený, významne zvýšené sú

triacylglyceroly v sére, spolu s malými denznými LDL-časticami a sérový HDL-Ch je nízký).

Mnohé štúdie (napr. *Heart Protection Study*, *4S Study*, *CARE Study* a i.) preukázali významný kardiovaskulárny benefit statínov. Avšak i tak majú diabetici naďalej vysoké rizikové kardiovaskulárne riziko a jednou cestou, ako ho priaznivo ovplyvniť, je riešiť celé „sérové lipidové spektrum“ diabetikov. Významným prínosom v tejto súvislosti je výsledok nedávnej veľkej štúdie ACCORD, z ktorej vyplýva, že diabetici (ale aj osoby s metabolickým syndrómom) 2. typu profitujú aj z kombinovanej hypolipidemickej liečby (statín a fenofibrát), ak trpia aterogénnou dyslipidémiou.

Hypertenzia – význam a prístup k liečbe diabetika

Kamenský G.

V. interná klinika UN, ONKD, Bratislava

Fínsky diabetológ Yki-Jarvinen vo svojej mierne provokatívnej prednáške v roku 1999 konštatoval, že "Diabetes je kardiovaskulárne ochorenie, ktoré diagnostikujeme meraním krvných cukrov". Vzťah medzi *diabetes mellitus* (DM) a ischemickou chorobou srdca (IChS) je veľmi tesný, pretože pacienti s DM majú rovnaké riziko kardiovaskulárneho (KV) úmrtia ako pacienti so stavom po prekonanom infarkte myokardu (IM) bez DM. Arteriálna hypertenzia je pri DM veľmi častá. Kým prevalencia hypertenzie (HTN) je v bežnej populácii približne 25 % (Slovensko 42 %), pri DM je to 40 % až 80 % podľa viacerých štúdií a v závislosti od použitej definície hypertenzie.

Odporúčania pre liečbu arteriálnej hypertenzie JNC 7 (*the Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*), rovnako ako Odporúčania Americkej diabetologickej a Americkej obličkovej spoločnosti odporúčajú cieľové hodnoty TK u diabetikov $\leq 130/80$ mm Hg. Tieto odporúčania sa opierajú o viaceré epidemiologické i klinické sledovania. V podskupine diabetikov v štúdií HOT (*the Hypertension Optimal Treatment Study*) v skupine pacientov randomizovaných na najnižšie hodnoty diastolického tlaku krvi bola pozorovaná významná redukcia hlavných kardiovaskulárnych príhod o 53 %. Tieto zistenia potvrdili aj ďalšie štúdie vrátane sledovaní pacientov s DM prvého typu, v ktorých významná redukcia TK viedla k významnému oneskoreniu zhoršenia renálnych funkcií.

Tieto Odporúčania čiastočne spochybnili výsledky štúdie ACCORD (*The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study*), v ktorej bolo

randomizovaných 4 733 účastníkov s DM typu 2 s HTN a bez nej, pričom v štúdiu sa stanovili cieľové hodnoty systolického TK 140 versus 120 mm Hg. Išlo sa o jednu z mála štúdií, v ktorej sa podarilo dosiahnuť takto striktné definované cieľové hodnoty TK. O to prekvapujúcejšie bolo zistenie, že na konci sledovania sa nezistili žiadne významné zmeny v primárnych endpointoch (IM, CMP a KV smrť) v oboch skupinách. K podobným výsledkom dospela aj „post hoc analýza“ v štúdií *Verapamil SR-Trandolapril Study*, porovnávajúca efekt kombinácie verapamil-trandolapril versus atenolol-hydrochlorotiazid u hypertonikov s IChS. V podskupine diabetikov sa nezistili významné rozdiely v primárnych endpointoch medzi tými, ktorí dosiahli priemerný systolický TK 130 mm Hg versus tí, ktorých systolický TK bol na úrovni 130 – 139 mm Hg, avšak osoby s priemerným STK 140 mmHg a viac mali významne vyšší výskyt koronárnych komplikácií.

K iným záverom, podporujúcim stanovisko súčasne platných Odporúčaní pre liečbu arteriálnej hypertenzie u diabetikov dospela nedávno publikovaná metaanalýza Reboldiho a spoluautorov, ktorí vyhodnotili výsledky 31 intervenčných klinických štúdií s celkovým počtom 73 913 pacientov s DM (295 652 pacientov-roky). Porovnanie intenzívnej (TK 130/80 mmHg) oproti menej intenzívnej liečbe hypertenzie (TK menej ako 140/90 mmHg) u diabetikov viedlo k významnej redukcii CMP o 31 % (relatívne riziko 0,61, CI 0,48 – 0,79), bez redukcii rizika IM (relatívne riziko 0,87, CI 0,74 – 1,02). V metaregresnej analýze sa riziko CMP znížilo o 13 % ($P = 0,002$) za každých 5 mmHg redukcie systolického TK a o 11,5 % ($P < 0,001$) pre každé 2 mmHg redukcie diastolického TK. S redukciami TK nedošlo k žiadnemu vzostupu rizika vzniku IM (STK: $P = 0,793$; DTK: $P = 0,832$).

Aký možno urobiť záver pre cieľové hodnoty TK v kontexte súčasných poznatkov? Pre všeobecnú populáciu súčasne epidemiologické dôkazy podporujú cieľové hodnoty tzv. optimálneho TK, t. j. $\leq 120/80$ mmHg. Pre relatívne mladších hypertonikov, osobitne tých bez prítomnosti závažných komorbidít, ako sú KV, renálne ochorenia alebo diabetes, cieľové hodnoty TK $\leq 130/80$ mm Hg alebo dokonca $\leq 120/80$ mm Hg sa javia ako prijateľné. Pre cieľové hodnoty TK $\leq 130/80$ mm Hg u starších osôb, osôb s koexistujúcimi komorbiditami ako je diabetes, renálne ochorenia alebo prítomnosť ICHS, sú dôkazy v súčasne nejednoznačné a definitívnu odpoveď nám môže poskytnúť v súčasnosti prebiehajúca klinická štúdia SPRINT (*The Systolic Blood Pressure Intervention Trial*), ktorá porovnáva dve liečebné stratégie – cieľové hodnoty TK < 120 mmHg versus < 140 mm Hg. Štúdia by mala byť ukončená v roku 2018.

Glykémia – význam a možnosti ovplyvnenia

Fábryová Ľ.

Ambulancia pre diabetológiu,
poruchy látkovej premeny a výživy,
špecializovaná lipidologická
ambulancia, Bratislava

V roku 2009 bol podľa štatistickej ročenky NCZI na Slovensku počet diabetikov 337 187 (z toho je viac ako 300 000 diabetikov 2. typu). Včasná intervencia a prevencia, či oddialenie progresie *diabetes mellitus* má obrovský klinický aj ekonomický význam. Liečebné ciele tohto chronického, nevyliciteľného, ale liečiteľného ochorenia majú za cieľ zníženie chronických diabetických komplikácií (makrovasikulárnych i mikrovaskulárnych). Výsledky klinických štúdií ACCORD (*the Action to Control Cardiovascular*

Risk in Diabetes) a ADVANCE (*the Action in Diabetes and Vascular Disease: Preterax and Diamicon MR Controlled Evaluation*) a ich metaanalýzy publikované v ostatnom čase prinášajú nové poznatky týkajúce sa intenzívnej glykemickej kontroly a dynamicky menia niektoré klinické prístupy.

V štúdií ACCORD, do ktorej bolo zahrnutých 10251 pacientov, bol v „glykemickom“ ramene porovnávaný vplyv intenzívnej glykemickej kontroly (HbA1c $\leq 6,0$ %) oproti štandardnej kontrole (HbA1c od 7,0 % do 7,9 %) na riziko kardiovaskulárnych príhod. Na dosiahnutie cieľových hodnôt HbA1c bolo možné použiť kombináciu anti-diabetík. Po 12 mesiacoch mali pacienti v intenzívnom ramene HbA1c 6,4 % oproti štandardnej skupine, v ktorej bol HbA1c 7,5 %. V dôsledku zvýšenej mortality v intenzívnom ramene oproti štandardnému ramenu (1,41 %/rok vs. 1,14 %/rok) bolo glykemické rameno štúdie ACCORD zastavené.

Ciele štúdie ADVANCE boli menej agresívne (HbA1c $\leq 6,5$ %): 11 140 pacientov bolo znovu randomizovaných do intenzívnu liečbu gliklazidom a štandardnú liečbu, v rámci ktorej bola povolená akákoľvek medikácia okrem gliklazidu na dosiahnutie glykemickej kontroly podľa lokálnych odporúčaní. Výsledky štúdie poukázali na nižší HbA1c v intenzívnej vs. štandardnej skupine (6,3 % vs. 7,0 %), so 6 % nesignifikantnou redukciovou makrovasikulárnymi príhodami (infarkt myokardu, CMP a kardiovaskulárna smrť ($p = 0,32$)).

Základnou snahou liečby hyperglykémie u diabetikov 2. typu je dosiahnutie cieľových hodnôt glykémie nalačno, postprandiálnej glykémie a HbA1c, avšak prísne individuálne a čo najbezpečnejším spôsobom, bez výskytu hypoglykémii. Analýzou výsledkov vyššie uvedených štúdií dospeli autority k záveru, že niektorí pacienti majú benefit z HbA1c

< 7 %, pokiaľ tieto cieľové hodnoty dosahujú bez hypoglykémii a iných vedľajších účinkov liečby. Môže ísť o pacientov s krátkym trvaním ochorenia, s dlhou perspektívou prežívania a bez signifikantných kardiovaskulárnych komplikácií. Menej prísne kritériá môžeme zvoliť u pacientov s dlhotrvajúcim diabetom mellitom, s anamnézou závažných hypoglykémii, limitovaným prežívaním, s rozvinutými

mikrovaskulárnymi a makrovaskulárnymi komplikáciami a závažnými komorbiditami, u ktorých je aj podstatne ťažšie dosiahnuť cieľového hodnoty glykemickej kompenzácie.

Paleta liekov ovplyvňujúcich glykemickú kompenzáciu sa v posledných rokoch výrazne rozšírila, čo prináša do klinickej praxe nielen nové prístupy, ale aj nové otázky.

Diabetológia

Princípy liečby inzulínom

Martinka E.

Národný endokrinologický a diabetologický ústav Lubochňa

Substitučná liečba inzulínom je v diabetológii základným pilierom liečby. Zatiaľ čo u pacientov s *diabetes mellitus* 1. typu (DM-1) ide o liečbu nevyhnutnú pre život, a to od samého začiatku ochorenia v režimoch kompletnej substitúcie, u pacientov s *diabetes mellitus* 2. typu (DM-2) je liečba inzulínom obvykle indikovaná až v neskorších fázach ochorenia, pričom ako prvá voľba sa obvykle využíva parciálna substitúcia, neskôr kompletná substitúcia (v oboch prípadoch v kombinácii s orálnymi antidiabetikami).

Základným predpokladom pre efektívnu substitučnú liečbu inzulínom je čo najviac sa priblížiť charakteru fyziologickej sekrécie inzulínu. Tú možno rozdeliť na tzv. bazálnu zložku (pokrýva základné požiadavky organizmu medzi jedlami, najmä v noci a skorých ranných hodinách, keď potláča hepatálnu produkciu glukózy) a prandiálnu zložku, ktorá umožňuje spracovanie sacharidov prijatých v potrave. Dôležité je, že zatiaľ čo bazálna sekrécia je nepretržitá a rovnomerná, pre prandiálnu sekréciu je charakteristický prudký, niekoľkonásobný vzostup koncentrácie

inzulínu, čo pretrváva počas prandiálneho stimulu a obvykle do dvoch hodín od ukončenia príjmu potravy sa navracia k pôvodným koncentráciám.

Autor v prednáške podáva praktický návod na iniciáciu liečby inzulínom (výber režimov, typov inzulínov vhodných pre jednotlivé režimy, výhodám analógov inzulínu), ako aj návody na úpravu liečby a upozorňuje na najčastejšie chyby a komplikácie pri liečbe inzulínom. Dôraz kladie na výhody včasnej iniciácie liečby, extraglykemickým účinkom inzulínu, ale tiež najčastejším nežiaducim účinkom, ako je hypoglykémia a prírastok na hmotnosti a možnostiam ich eliminácie v dennej klinickej praxi.

Významná časť prednášky sa tiež venuje indikáciám a podávaniu inzulínu pomocou inzulínových púmp, možnostiam kontinuálneho monitorovania, perspektívam liečby inzulínom a ďalším faktorom.

Novšie možnosti lokálnej liečby diabetickej nohy

Martinka E.

Národný endokrinologický a diabetologický ústav Lubochňa

Autor v prednáške definuje problematiku syndrómu diabetickej nohy (SDN) a poukazuje na nepriaznivé epidemiologické údaje. SDN sa

v priebehu ochorenia (života) môže rozvinúť až u 15 % pacientov s *diabetes mellitus*. Pokročilé štádiá, ako sú neuropatické, ischemické či neuroischemické defekty často komplikované infekciou ohrozujúce pacienta amputáciou, ale i sepsou sa vyvinú asi u 2,2 – 4 % pacientov. Amputačnému výkonu na nohe sa ešte stále nevyhne asi 0,25 – 1,8 % pacientov ročne. Problematika je multidisciplinárna a vyžaduje aktívne vyhľadávanie rizikových pacientov, včasnú detekciu defektov, dobrú organizáciu starostlivosti, zakladanie podiatrických centier, fungujúcu medziodborovú starostlivosť (spolupráca medzi diabetológom, chirurgom, všeobecným lekárom, podiatrom, neurológom, ortoprotetikom, dermatológom a pod.), dobre vedenú liečbu, ako aj edukáciu a spoluprácu pacientov. Okrem klasických pilierov liečby, ako je optimalizácia metabolickej kontroly, úprava prekrvenia, liečba neuropatie, infekcie či odľahčenie a lokálna liečba s množstvom moderných preväzových materiálov, sa v poslednom období objavilo aj niekoľko nových metód, ktoré sú v súčasnej dobe dostupné už aj na Slovensku.

Larvoterapia. Pri liečbe defektov na podklade SDN sa larvy s úspechom používajú pri infikovaných ranách, obzvlášť pri vykultivovaní multirezistentných patogénov (napr. *Pseudomonas aeruginosa*, MRSA a pod.). Využívajú sa sterilne chované larvy bzučivky zelenej (*Lucilia sericata*). Aplikujú sa priamo na spodinu defektu. Požierajú mŕtve a infikované tkanivo a pôsobia ako „biologický nôž“ a defekt dokonale mechanicky vyčistia, pričom zdravé tkanivo nenapádajú. Vyčistenie rany je základným predpokladom pre následné naštartovanie procesov hojenia a akcentujú ich aj biologicky aktívne látky obsiahnuté v slinách lariev.

Liečba riadeným podtlakom – „Vacuum Assited Closure Therapy (V.A.C.)“. Využíva sa ako účinná metóda na podporu granulácie a urýchlenie prirodzeného hojenia pri rozsiahlejších defektoch vrátane postamputačných. Pri aplikácii podtlaku sa v defekte zvyšuje kapilárny prietok krvi, redukuje sa edém interstícia a tiež kolonizácia defektu baktériami odsávaním zápalového detritu, čo prispieva k podpore granulácie spodiny defektu a zásadnému urýchleniu všetkých fáz hojenia.

Liečba pomocou živých bunkových preparátov – Apligraf. Ide o metódu primárne určenú na liečbu chronických, dlhodobu sa nehojajúcich rán pomocou aplikácie živých buniek z ľudskej kože (fibroblasty a keratinocyty) technologicky spracovaných do dvojvrstvového preparátu, ktorý sa svojou štruktúrou podobá koži. Nejde však o kožný transplantát. Podstata metódy spočíva v tom, že bunky prípravku produkujú a do rany dodávajú celý rad biologicky aktívnych pôsobkov, čo sú vlastne rastové faktory a cytokíny, ktoré podporujú proces hojenia v samotnej rane.

MESH plastika. Patrí medzi veľmi efektívne metódy pri urýchlení hojenia a uzatvorenia sa defektov. Pri tejto metóde sa po predošlej príprave spodiny defektu v určitom odstupe aplikujú drobné (2 – 4 mm) ostrovčeky vlastnej kože. Tieto sa následne rozrastú, až sa spoja a kompletne prekryjú defekt novou kožou, ktorá sa veľmi podobá pôvodnej koži. Takto možno riešiť aj rozsiahlejšie defekty.

Liečba pomocou aplikácie vlastných endotelových progenitorových buniek. Patrí medzi možnosti liečby pri riešení periférnej ischemie neriešiteľnej revaskularizačnými metódami.

Infektológia

ATB rezistencia: globálny problém

Hupková H., Sedláková D.

Mikrobiologický ústav LF a UNB
Kancelária SZO v SR

Nesprávne a nadmerné indikovanie antibiotík v ambulantnej a ústavnej zdravotnej starostlivosti, ale aj vo veterinárnej medicíne a poľnohospodárstve, silne pôsobí na vznik rezistentných kmeňov rôznych bakteriálnych druhov. Spotreba antibiotík v Slovenskej republike je vysoká: 24,8 DDD/1000 obyvateľov/deň, čo ju radí na šieste najvyššie miesto v Európe. Závažná je aj štruktúra spotreby antibiotík. Slovensko má najvyššiu spotrebu makrolidov: 6,3 DDD/1000 obyvateľov/deň.

Nie je teda prekvapujúce, že v ostatných rokoch sledujeme prudký vzostup rezistencie práve na makrolidy. Dynamika nárastu rezistencie na makrolidové antibiotiká vzrástla v rokoch 2004 – 2006 u bakteriálneho druhu *Streptococcus pyogenes* z 19 % na 29 %, u bakteriálneho druhu *Streptococcus pneumoniae* z 16 % na 30 % a u bakteriálneho druhu *Staphylococcus aureus* z 18 % na 25 %. V niektorých oblastiach Slovenskej republiky vzrástla rezistencia pneumokokov na makrolidy až na 62 %.

Rôzne štúdie sledujú príčiny vysokej rezistencie na antibiotiká. Vplyv spotreby makrolidov na vznik rezistencie na ne je zrejmy. Aj na Slovensku bola táto korelácia potvrdená.

Aj keď hlavným dôvodom vzniku rezistencie antibiotík je ich vysoká spotreba, nemenej dôležitými faktormi sú aj nesprávne dávkovanie antibiotík, indikovanie v neodôvodnených situáciách, epidemiologická situácia v regióne, ale aj nesprávna laboratórna diagnostika.

Účinnosť intervenčných programov pre skvalitnenie preskripcie antibiotík preukázali viaceré programy pod hlavičkou Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) a Európskeho centra pre kontrolu infekčných ochorení (ECDC), ktoré sa venujú nielen vzdelávaniu odbornej verejnosti, ale napríklad aj rodičov a detí. Spolu s racionálnou laboratórnou diagnostikou z klinicky validných vzoriek predstavujú možnosť zlepšenia preskripcie antibiotík s následnou možnosťou znižovania rezistencie na antibiotiká najmä v ambulantnej praxi.

Rezistencia na antibiotiká je aj problém ekonomický. Podľa ECDC investovanie 1 eura do informačnej kampane ušetrí štátu 10 euro vo výdavkoch štátu na antibiotiká.

Kliešťová encefalitída, výskyt a prevencia v SR

Pertinačová J.

RÚVZ Bratislava

Prezentácia poukazuje na epidemiologické aspekty kliešťovej encefalitídy v rokoch 2006 až 2010 v SR, riziká chorobnosti podľa vekových skupín a stupňujúcu sa aktivitu kliešťov vplyvom klimatických zmien. Najúčinnějšíou prevenciou je očkovanie, ktoré sa odporúča všetkým vekovým kategóriám, avšak u nás je málo využívané. Kliešťová encefalitída (KE) predstavuje v mnohých európskych krajinách závažný zdravotnícky problém. Prírodné ohniská výskytu tohto ochorenia sa nachádzajú v širokom páse od Škótska cez Rusko, Sibír až po severné Japonsko. Vírus KE zahŕňa tri podtypy: západný (európsky), sibírsky a podtyp Ďalekého východu. Všetky tri subtypy majú v 96 % zhodný antigén E, a preto vakcína z európskeho kmeňa zabezpečuje ochranu pred všetkými

subtypmi. Riziko nákazy KE sa v posledných rokoch prudko zvyšuje. V dôsledku globálneho otepľovania sa rozširujú prírodné ohniská a výskyt KE sa posúva do vyšších nadmorských výšok ako i severnejších oblastí Európy (Fínsko, Nórsko). Na našom území taktiež evidujeme postupne vzostupný trend výskytu tohto ochorenia. V rokoch 2006 – 2010 bolo u nás hlásených celkom 394 ochorení. V roku 2006 bola evidovaná chorobnosť 1,7/100 000 obyvateľov, avšak v nasledujúcom roku došlo k značnému poklesu tohto ochorenia nielen u nás, ale i v ostatných európskych krajinách. V nasledujúcich rokoch chorobnosť na našom území postupne stúpala a opäť kulminovala v roku 2010. Takéto medziročné výkyvy sú pozorované i v iných krajinách Európy a sú ovplyvnené hlavne meteorologickými zmenami v jednotlivých rokoch. Najvyšší výskyt ochorení trvalo pozorujeme v Trenčianskom kraji, kde bolo hlásených 42,9 % ochorení z celkového počtu 394 prípadov. Z ďalších regiónov sa na zvýšenom výskyte podieľajú i Nitriansky a Žilinský kraj (spolu 38,8 %). KE má veľmi často dvojfázový priebeh. Asi v 50 %, predovšetkým u detí, prebieha druhá fáza ako meningitída. Závažnejšia encefalitída (40 %) a menej častá myelitída (10 %) bývajú spojené s prechodnými i trvalými následkami,

ktoré výrazne ovplyvňujú kvalitu života. Závažnosť ochorenia a dlhodobé následky narastajú s vekom pacienta. V posledných rokoch i na našom území zaznamenávame najvyššiu chorobnosť vo vekovej skupine 55- až 64-ročných osôb. U detí do 15 rokov je chorobnosť nízka. Krivka sezónneho výskytu závisí od teploty a vlhkosti ovzdušia. Na našom území dochádza k nárastu ochorenia obvyčajne v apríli s maximom v mesiaci júl. Od augusta do novembra dochádza postupne k poklesu u výskytu KE. Vírus je prenášaný slinami infikovaných kliešťov už niekoľko minút po prisatí, takže ani včasné odstránenie kliešťa nedokáže zabrániť nákaze. Z analyzovaných 394 ochorení udávalo takmer 60 % pacientov zaklieštenie, v 9,4 % došlo k ochoreniu po konzumácii nepasterizovaného kozieho mlieka. Negatívna anamnéza (11,4 %) je pravdepodobne ovplyvnená prisatím drobných nýmfov, ktoré často unikajú pozornosti. Očkovanie proti KE zabezpečuje spoľahlivú a dlhodobú ochranu. Preočkovanosť našej populácie je nízka, u detí do 15 rokov dosahuje v priemere 1,6 %. Najviac ochorení so závažnejším priebehom evidujeme hlavne vo vyšších vekových skupinách, a preto je potrebné zvýšiť záujem tejto časti populácie o aktívnu a účinnú ochranu pred týmto ochorením.

Gynekológia

Starostlivosť o tehotnú ženu v SR z aspektu praktického lekára a internistu

Korbeľ M.

I. gynekologicko-pôrodnícka klinika LF UK a UNB, Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Bratislava

Ciel: Analýza starostlivosti o tehotné ženy v Slovenskej republike v rokoch 1997 – 2010.

Materiál a metodika: Retrospektívna analýza vybraných ukazovateľov starostlivosti o tehotné z perinatologických údajov hlásených hlavnému odborníkovi pre gynekológiu a pôrodníctvo Ministerstva zdravotníctva SR.

Výsledky: V rokoch 1997 – 2002 klesala pôrodnosť z 58 780 pôrodov na 49 687. Od roku 2003 postupne narastala, až v roku 2009 dosiahla vrchol – 56 094 pôrodov. V roku 2010 došlo k miernemu

poklesu na 55 362 pôrodov. Perinatálna úmrtnosť sa zlepšila o 36 % – zo 7,6 ‰ v roku 1997 na 5,6 ‰ v roku 2010. Podiel predčasných pôrodov v sledovanom období stúpol o 63 % – z 5,2 % na 8,5 %. Počet pôrodov ukončených cisárskym rezom zaznamenal lineárny nárast z 12,7 % v roku 1997 na 28,7 % v roku 2010 (vzostup o 125 %). Viac ako 40 % indikácií na cisársky rez bolo primárnych, z toho takmer polovica boli nepôrodné indikácie. Medicínska opodstatnenosť niektorých týchto indikácií je diskutabilná. Stúpol podiel viacplodovej tehotnosti na 1,5 %, gravidít po metódach asistovanej reprodukcie – 1,4 %, rodiaciach žien s diabetom mellitom 1. typu – 0,2 %, diabetom mellitom 2. typu – 0,1 %, gestačným diabetom – 1,7 %, drogovovo závislých – 0,6 %, s kardiopatiami – 0,2 %. Preeklampsia a jej komplikácie postihujú 4 % rodičiek, uroinfekcie 2,2 % a približne 1 % rodičiek je sérologicky pozitívnych na sexuálne prenosné ochorenia. V sledovanom období sa zvýšil vek rodičiek o viac ako 3 roky – z 25,66 na 28,83 rokov a u prvorodičiek o viac ako 4 roky – z 23,08 na 27,31 rokov. Najviac pôrodov je vo vekovej skupine 25- až 35-ročných. Vyšší vek rodiaciach žien, ich choroby pridružené k tehotnosti a indukované tehotnosťou, ako aj stúpajúca frekvencia operačných pôrodov predisponujú ku komplikáciám, ktoré môžu viesť až k úmrtiu ženy. V rokoch 2007 – 2009 umrelo na Slovensku v súvislosti s tehotnosťou 25 žien.

Záver: Zvyšujúci sa vek rodiaciach žien prináša aj ich zvýšenú morbiditu, ktorá vedie k nárastu rizikovej a patologickej gravidity a následne k zvyšovaniu frekvencie cisárskeho rezu. Tieto zmeny zvyšujú nároky nielen na pôrodníkov, ale aj praktických lekárov, internistov a ďalších špecialistov.

Vývoj potratov a interrupcií v SR

Kosibová Z., Korbel' M.

I. gynekologicko-pôrodná klinika LF UK a UNB, Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Bratislava

Cieľ: Analýza reprodukčných strát v Slovenskej republike v rokoch 1997 – 2009.

Materiál a metodika: Retrospektívna analýza absolútnych počtov, indexov, miery potratovosti, užívania hormonálnej a vnútromaternicovej antikoncepcie z databázy Národného centra zdravotníckych informácií SR. Absolútny počet potratov zahŕňa spontánny potrat, umelé prerušenia tehotnosti a molu hydatidózu. Index potratovosti, umelého prerušenia tehotnosti a spontánnych potratov vyjadruje počet všetkých potratov, interrupcií a spontánnych potratov na 100 všetkých narodených detí. Miera potratovosti pre všetky potraty, interrupcie a spontánne potraty vyjadruje počet všetkých potratov, interrupcií a spontánnych potratov na 1000 žien v reprodukčnom veku. Potraty boli porovnávané v jednotlivých vekových skupinách žien s reprodukčným priemerom (15 – 49 rokov). Analyzovaný bol vzťah užívania antikoncepcie k vývoju potratov v SR.

Výsledky: V rokoch 1997 – 2009 absolútny počet spontánnych potratov stúpol o 13 %, absolútny počet interrupcií klesol o 54 % a absolútny počet všetkých potratov klesol o 36 %. Index spontánnych potratov stúpol o 9 %, index interrupcií klesol o 56 % a index všetkých potratov klesol o 38 %. Miera potratovosti pre spontánne potraty stúpila o 13 %, miera pre interrupcie klesla o 54 % a miera potratovosti pre všetky potraty klesla o 35 %. Počet užívateľiek antikoncepcie stúpol v sledovanom období o 62 %, vnútromaternicovej antikoncepcie klesol o 28 % a hormonálnej antikoncepcie stúpol o 102 %.

Frekvenciu spontánnych potratov, ktorá v sledovanom období stúpla, užívanie antikoncepcie (hormonálnej ani intrauterinnej) neovplyvnilo. Pokles interrupcií súvisí so vzostupom užívania hormonálnej antikoncepcie. Pokles počtu užívateľiek intrauterinnej antikoncepcie vývoj interrupcií neovplyvnil.

Záver: V rokoch 1997 – 2009 na Slovensku v reprodukčnom veku žien celkovo stúpol absolútny počet, index aj miera potratovosti pre spontánne potraty. Absolútny počet, index aj miera potratovosti pre interrupcie aj všetky potraty zaznamenali pokles. Priaznivý trend vývoja interrupcií ovplyvnilo najmä užívanie hormonálnej antikoncepcie.

Materská úmrtnosť v SR – prehľad a kazuistiky

Korbeľ M.

I. gynekologicko-pôrodnická klinika LF UK a UNB, Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Bratislava

Ciel: Analýza materskej úmrtnosti v Slovenskej republike v rokoch 2007 – 2009.

Materiál a metodika: Retrospektívna analýza úmrtí žien v súvislosti s akoukoľvek tehotnosťou a do 42 dní po pôrode. Materská úmrtnosť (mortalita) je počet materských úmrtí na 100 000 živonarodených detí v tom istom časovom období. Priama (špecifická) materská úmrtnosť zahŕňa úmrtia na ochorenia priamo súvisiace s tehotnosťou. Nepriama (nešpecifická) materská úmrtnosť sú úmrtia na ochorenia pridružené k tehotnosti. Priama a nepriama materská úmrtnosť tvoria očistenú materskú úmrtnosť. Náhodná materská úmrtnosť zahŕňa úmrtia, ktoré samotná tehotnosť nijako neovplyvnila (napr.

smrť pri dopravnej nehode, vražda, atď.). Celková materská úmrtnosť sa skladá z priamej, nepriamej a náhodnej materskej úmrtnosti. Informácie o úmrtiach v súvislosti s tehotnosťou boli získané z perinatologických údajov hlásených hlavnému odborníkovi pre gynekológiu a pôrodníctvo Ministerstva zdravotníctva SR a aktívnym vyhľadávaním informácií o náhodnom úmrtí.

Výsledky: V rokoch 2007 – 2009 bola celková materská úmrtnosť 15,4 a očistená materská úmrtnosť 13,6 na 100 000 živonarodených detí. Všetky materské úmrtia boli neodvratiteľné. V gravidite umrelo 28 %, počas pôrodu 28 % a v šestonedelí 44 % žien. Podľa vekového zloženia bolo 12 % žien mladších ako 20 rokov, 24 % žien bolo vo veku 20 – 30 rokov, 56 % žien vo veku 31 – 40 rokov a 8 % žien starších ako 40 rokov. V roku 2007 umreli 4 ženy – celková materská úmrtnosť bola 7,7 a očistená materská úmrtnosť 5,8 na 100 000 živonarodených detí. V roku 2008 umrelo 7 žien – celková materská úmrtnosť (totožná s očistenou) bola 12,9 na 100 000 živonarodených detí. V roku 2009 umrelo 14 žien – celková materská úmrtnosť bola 24,74 a očistená materská úmrtnosť 21,2 na 100 000 živonarodených detí.

Záver: V rokoch 2007 – 2009 umrelo na Slovensku 25 žien v súvislosti s tehotnosťou, pôrodom a v šestonedelí, z toho bola jedna cudzinka. Materské úmrtia riešené na gynekologicko-pôrodnických pracoviskách sú dobre evidované, ale hlásenie takýchto úmrtí na iných oddeleniach a náhodných úmrtí zlyháva. Z „Koncepcie zdravotnej starostlivosti v odbore gynekológia a pôrodníctvo“ schválenej MZ SR 3. 1. 2007 vyplýva povinnosť hlásiť všetky úmrtia v súvislosti s tehotnosťou.

Aliamare®

Novinka!

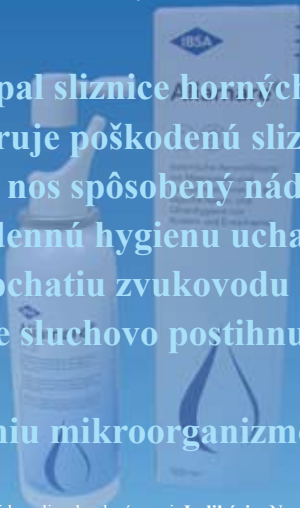


**Vyskúšajte blahodarný účinok morskej vody
v kombinácii s kyselinou hyalurónovou!**

- ❖ účinne potláča zápal sliznice horných dýchacích orgánov
- ❖ zvlhčuje a regeneruje poškodenú sliznicu nosa
- ❖ uvoľňuje upchatý nos spôsobený nádchou alebo alergiou
- ❖ vhodný na každodennú hygienu ucha
- ❖ prevencia proti upchatiu zvukovodu mazovou zátkou
- ❖ odporúča sa aj pre sluchovo postihnutých používajúcich načúvací aparát
- ❖ zabraňuje množeniu mikroorganizmov

Návod na použitie:

Zloženie: roztok morskej vody a sodnej soli kyseliny hyalurónovej. **Indikácie:** Nos: Pomáha odstraňovať nadmernú sekréciu, poskytuje rýchlu úľavu pre suchú sliznicu, je prospešný po operáciách nosa. Ucho: Bráni vzniku zátok ušného mazu, pomáha udržiavať voľný zvukovod u osôb používajúcich načúvací aparát. **Dávkovanie:** vstreknite do nosa resp. ucha 1-2 krát, podľa potreby. **Kontraindikácie:** Aliamare je kontraindikovaný u pacientov s otoreou, s perforáciou bubienkovej blanky alebo chronickou infekciou stredného ucha. **Dátum poslednej revízie návodu na použitie:** január 2010. **Výdaj zdravotníckej pomôcky:** výdaj nie je viazaný na lekársky predpis.



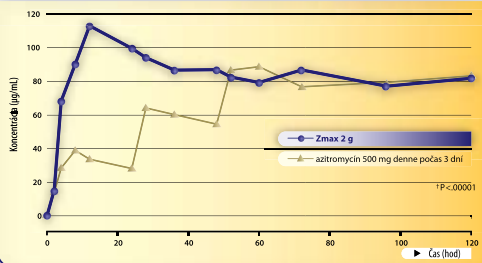
IBSA

Unikátna technológia MIKROSFÉR

Zmax[®]
(azitromycín)
granulát s predĺženým uvoľňovaním
na perorálnu suspenziu



Priemerné koncentrácie v polymorfonukleárných leukocytoch (neutrofiloch) - Zmax[®] vs azitromycín⁴



Vďaka unikátnej technológii Mikrosfér ZMAX charakterizujú:

- ⊙ Vysoké koncentrácie od prvého dňa liečby¹
- ⊙ Jednorazové podanie²
- ⊙ Vyššia gastrointestinálna tolerabilita³



Skrátená informácia o lieku Zmax[®] 2 g granulát s predĺženým uvoľňovaním na perorálnu suspenziu

Granulát s predĺženým uvoľňovaním na perorálnu suspenziu 2 g. Indikácie: Liečia nasledovných infekcií mierneho alebo stredne ťažkého stupňa u dospelých: akútne bakteriálne exacerbácie chronickej bronchitídy, akútna bakteriálna sinusitída, v komunite získaná pneumónia, faryngitída/tonzilitída vyvolaná *Streptococcus pyogenes* u jedincov s intoleranciou na betaaktámové antibiotiká. **Dávkovanie:** Jedna 2,0 g dávka azitromycínového granulátu s predĺženým uvoľňovaním na perorálnu suspenziu naľavo. V prípade, že pacient do piatich minút od podania zvracá, má sa podať druhá dávka alebo má antibiotická liečba. Azitromycínový granulát s predĺženým uvoľňovaním na perorálnu suspenziu sa neodporúča používať u detí mladších ako 18 rokov. U pacientov s miernou až stredne ťažkou poruchou obličkových alebo hepatických funkcií sa neodporúča úprava dávky. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na azitromycín, erytromycín, ktoréhkoľvek makrolidové alebo ketolidové antibiotikum alebo ktoréhkoľvek pomocnú látku lieku. **Osobitné upozornenia:** Pri použití takmer všetkých antibakteriálnych látok vrátane azitromycínu boli hlásené hnačky súvisiace s *Clostridium difficile* (CDAD) s rôznym stupňom závažnosti. U všetkých pacientov, u ktorých sa po užití antibiotík objaví hnačka, je treba myslieť na CDAD. Výskyt CDAD sa hlásil aj viac ako 2 mesiace od užívania antibiotík. Vzhľadom na teoretickú možnosť ergotizmu sa azitromycín nemá súčasne užívať s derivátmi ergotamínu. Tak, ako po ostatných makrolidoch, boli hlásené zriedkavé závažné alergické reakcie vrátane angioedému a anafylaxie. U pacientov so závažným ochorením pečene sa musí azitromycín podávať s opatnosťou. Odporúča sa sledovať výskyt prejavov superinfekcie organizmami, ktoré nie sú citlivé na liečbu, vrátane húb. Po niektorých makrolidoch sa pozorovalo predĺženie kardialnej repolarizácie a QT intervalu, čo sa dáva do súvisu s rizikom vzniku srdcových arytmií a torsades de pointes. **Interakcie:** Opatnosť je potrebná, ak sa azitromycín podáva pacientom, ktorí súčasne užívajú lieky potenciálne predlžujúce QT interval. Azitromycín neinteraguje významne s cytochrómom P450 v pečeni. Všetky liekové interakčné štúdie azitromycínového granulátu s predĺženým uvoľňovaním na perorálnu suspenziu sa vykonali s liekovými formami s okamžitým uvoľňovaním s dosiahnutím porovnateľnej celkovej expozície azitromycínu. Existuje možnosť zvýšenia hladín digoxínu. Neodporúča sa súčasne užívanie s derivátmi ergotamínu. U pacientov súčasne užívajúcich azitromycín s perorálnymi antikoagulantami dikumarolového typu je treba zvážiť frekvenciu monitorovania protrombotického času. Pri súčasnom užívaní s cyklosporínom treba monitorovať hladiny cyklosporínu a adekvátne upraviť jeho dávku. Pri súčasnom užívaní s nelfinavírom je potrebné monitorovať výskyt známych nežiaducich účinkov azitromycínu. **Gruvidita a laktácia:** Azitromycín sa má používať počas gravidity iba v nevyhnutných prípadoch. U dojčiacich matiek sa má azitromycín používať len, ak nie sú dostupné adekvátne alternatívy. **Nežiaduce účinky:** Hnačka, bolesť brucha, nauzea, flatulencia, vracanie, dyspepsia kandidóza, vaginálna infekcia, leukopénia, eozinofília, precitlivosť, anorexia, nervozita, agitovanosť, závraty, bolesti hlavy, parestezie, dysgeusia, hyperstezia, somnolencia, abnormálne hepatické funkcie, vyrážka, pruritus, Stevensov-Johnsonov syndróm, reakcia z fotosenzitvity, urtikária, artralgia, palpitácie, poruchy zraku, hluchota, tinitus. **Čas použiteľnosti:** 3 roky pre suchý granulát. 12 hodín po rekonstitúcii. **Balenie:** Plastický obsahujúci 2,0 g azitromycínu (ako dihydrátu) a rekonštituuje sa so 60 ml vody. Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Pred podaním lieku sa zoznamte s úplným znením Súhrnu charakteristických vlastností lieku (SPC). **Dátum revízie textu:** Marec 2009. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Pfizer Europe MA EELG, Sandwich, Kent CT13 9NJ, Veľká Británia. **Miestne zastúpenie držiteľa rozhodnutia o registrácii:** PFIZER Luxemburg SARL, o.z., tel.: +421-2-3355 5500. **Upravené podľa SPC schváleného SÚKLom 18.03.2009.**

Literatúra: 1. Blumer JL. Evolution of a new drug formulation: the rationale for high-dose, short-course therapy with azitromycin. Int J Antimicrob Ag 2005; 26 Suppl 3: 143-7. 2. Súhrn charakteristických vlastností lieku Zmax 2g. Dátum revízie textu: Marec 2009. 3. Chandra R et al. Clinical Pharmacokinetics and Gastrointestinal Tolerability of a Novel Extended-Release Microsphere Formulation of Azithromycin. Clin Pharmacokinet 2007; 46(3): 247-259. 4. Liu P et al. Comparative Pharmacokinetics of Azithromycin in Serum and White Blood Cells of Healthy Subjects Receiving a Single-Dose Extended-Release Regimen versus a 3-Day Immediate-Release Regimen. Antimicrob Ag Chem 2007; 51: 103-9.

SK 11-107



PFIZER Luxemburg SARL, o.z., Pribinova 25, 811 09 Bratislava
tel.: 02/3355 5500, fax: 02/3355 5499, www.pfizer.sk