

## SLOVO NA ÚVOD



Mgr. Jozef Dermek  
editor Lekárskych novín

### ELEGANTNÉ ROVNICE

Dnes si pohnevať ľudí z vášho okolia, ale aj úplne neznámych ľudí, je veľmi jednoduchá záležitosť. Preto sa väčšinou snažíme o konformné zahmlievanie. Tie najdôležitejšie veci sú prekvapivo jednoduché. Fyzici, ale aj matematici používajú na popis tejto skutočnosti termín elegancia. Rovnice sú jednoduché, a preto sú aj elegantné a približujúce sa k pravde. A tu sme pri jadre veci. Hľadáme jednoduchú rovnicu. Dnes počítame, koľko peňazí potrebuje zdravotníctvo, aby fungovalo tak, ako by malo. Počítame, koľko stoviek miliónov zisku ešte môže vyprodukovať zdravotníctvo, ktoré inak produkuje straty v stovkách miliónov. Tento rébus má pravdepodobne viac úskalí, pretože nemáme nastavený strop. Myslím v miliardách. Hľadáme rovnicu: funkčné efektívne zdravotníctvo = 15 miliárd, 18 miliárd, 20 miliárd? Fascinuje ma ekonomický termín primeraný zisk. Predpokladám, že sa k tomuto číslu dá dostať prostredníctvom nejakej elegantnej rovnice. Ekonomía má ten pôvab, že sa tvári exaktné, ako prírodná veda. Tí zasvätenejší však veľmi dobre vedia, že z tohto stroja vypadne vždy výsledok, ktorý potrebujete. Peniaze nezaobľúbia a dorazia tam, kam majú. Je už len otázka, či tvorcovia týchto rovníc potrebujú k svojim výpočtom skutočných lekárov, sestry a pacientov. Stále viac si myslím, že sa dokážu zaobísť aj bez nich.

INZERCIA

# My, Slováci, sme talentovaný národ

Jeho životné smerovanie ovplyvnili rodičia, otec internista-nefrológ a mama, bývalá zdravotná sestra. Tento rok úspešne ukončil štúdium na lekárskej fakulte a nastúpil na svoje prvé medicínske pôsobisko. Prinášame vám rozhovor, v ktorom nielen o medicíne, ale aj o herectve a vzťahu k Slovensku prezradí viac

## MUDr. Victor Ibara

Pokračovanie str. 2

## PARTNERI NOVÍN



Duchovný majster medzi väzením a nemocnicou

MUDr. Silvester Krčméry

strana 14

## VŠEOBECNÉ LEKÁRSTVO

Je náš príjem vápnika a vitamínu D v liečbe a prevencii osteoporózy dostatočný?

strana 7

# 10 STRATEGICKÝCH RIEŠENÍ

Ako zlepšiť situáciu v zdravotníctve

strana 4

TERAZ SCHVÁLENÉ PRE HS, PsA A axSpA<sup>3</sup>

PRÍLEŽITOSŤ ZBAVIŤ SA OBMEDZENÍ

VÝZNAMNÁ ÚČINNOSŤ NA KLÚČOVÉ PREJAVY PsA A axSpA S RÝCHLYM NÁSTUPOM A DLHOTRAVJÚCIM EFEKTOM\*<sup>1-5</sup>

\*Odpoveď ACR50 dosiahlo v 16. týždni 44 % pacientov bez skúsenosti s biologickou liečbou a 43 % pacientov TNF-IR s PsA (primárny cieľový parameter v oboch klinických hodnoteniach);<sup>1,2</sup> 18 % a 16 % v 4. týždni; 54,5 % a 51,7 % v 52. týždni, v uvedenom poradí (analýza NRI).<sup>1,2</sup> Odpoveď ASAS40 dosiahlo v 16. týždni 47,7 % pacientov s nr-axSpA a 44,8 % pacientov s AS (primárny cieľový parameter v oboch klinických hodnoteniach);<sup>3</sup> 16,4 % a 16,7 % v 1. a v 2. týždni; 60,9 % a 58,4 % v 52. týždni, v uvedenom poradí (analýza NRI).<sup>3</sup> Zmiernenie obmedzení pacienta bolo demonštrované na skóre MDA u pacientov s PsA a na skóre ASDAS < 2,1 u pacientov s axSpA. Skóre MDA dosiahlo v 16. týždni 45 % pacientov bez skúsenosti s biologickou liečbou a 44 % pacientov TNF-IR s PsA (analýza NRI).<sup>4</sup> Skóre ASDAS < 2,1 dosiahlo v 16. týždni 46,2 % pacientov s nr-axSpA a 44,9 % pacientov s AS (analýza MI).

**Bimzelx**  
(bimekizumab)

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

Zatriedenie lieku podľa spôsobu jeho vydaja: Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Súhrn charakteristických vlastností lieku (SPC): Skrátená informácia o lieku je dostupná po nabití QR kódu. Na rovnakom mieste nájdete aj odkaz na plné znenie SPC. Pred predpísaním si prečítajte plné znenie SPC. Úhrada: Liek je hrađený z prostriedkov ZP v indikácii ložiskovej psoriázy. V indikácii psoriatická artritída, axiálna spondylartritída a hidradenitis suppurativa liek nie je hrađený z prostriedkov verejného zdravotného poistenia.



Referencie: 1. McInnes IB, Ashina A, Coates LC, et al. Bimekizumab in patients with psoriatic arthritis, naive to biologic treatment: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial (BE OPTIMAL). Lancet. 2023;401(10370):25-37. 2. Merola JF, Landewé R, McInnes IB, et al. Bimekizumab in patients with active psoriatic arthritis and previous inadequate response or intolerance to tumour necrosis factor- $\alpha$  inhibitors: a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial (BE COMPLETE). Lancet. 2023;401(10370):38-48. 3. SPC BIMZELX<sup>®</sup>. 4. Coates. 2023. EULAR Abstract 1306. 5. van der Heijde D, Deodhar A, Barakakos X, et al. Efficacy and safety of bimekizumab in axial spondyloarthritis: results of two parallel phase 3 randomised controlled trials. Ann Rheum Dis. 2023; doi: 10.1136/ard-2022-223595. On-line pred tlačou.

© UCB Biopharma SRL, 2021. Všetky práva vyhradené. BIMZELX<sup>®</sup> je registrovaná obchodná známka spoločnosti skupiny UCB Groups.

Pre odborné informácie a bližšie údaje súvisiace s prípravkami spoločnosti UCB: Tel: +421 2 5920 2023, e-mail: UCBCares.SK@ucb.com

Dátum prípravy: jún 2024  
SK-BK-2400082

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

Inspired by patients.  
Driven by science.

Pokračovanie zo Str. 1

# My, Slováci, sme veľmi talentovaný a šikovný národ

Seriály z nemocničného prostredia sú populárne a dosahujú vysokú sledovanosť. Divákov priťahuje napätie a stres pri hľadaní správnej diagnózy a záchrane životov prepletené so sarkazmom, nadhľadom, humorom, životnými osudmi nielen pacientov, ale i ošetrojúceho personálu.

Zo zahraničných sa tešili veľkej obľube seriály ako Doktorka Quinnová (sympatická lekárka z malého mestečka na divokom západe bojuje o dôveru miestnych obyvateľov), Providence (úspešná plastická chirurgička sa po smrti matky vracia do rodného mesta, pričom duch jej zosnulej matky je stále s ňou a dáva jej užitočné rady), Pohotovosť (zaznamenáva vzostupy a pády lekárskeho tímu na pohotovosti veľkej nemocnice), Nemocnica Chicago Hope (dvaja chirurgovia, a súčasne najlepší priatelia, sa v boji o životy pacientov dostávajú do konfliktu s vedením nemocnice), či Dr. House (arogantný a nespoľočenský doktor s veľkou dávkou sarkazmu ale i neomylnými inštinktmí nájde takmer vždy správne riešenie).

Aj tie naše vedeli divákov zaujať – ešte československé ako Nemocnica na okraji mesta (osudy protagonistov spätých zo všetkých uhlov s oddelením ortopédie), či Sanitka (dej zasadený do prostredia záchranej služby od roku 1956 až do 70. rokov dvadsiateho storočia), i tie novšie slovenské; Dr. Dokonalý (súdny lekár je odborníkom na diagnózy a prípady zanedbania starostlivosti, čím je postrachom pre kolegov), Ordinácia v ružovej záhrade (každodenné problémy gynekologicko-pôrodnického oddelenia a súkromnej ambulancie), Červené pásy (o sile priateľstva, prekonávaní prekážok a vôle ťažko chorých pacientov žiť) a doteraz vysielané Nemocnica (osudy pacientov a lekárov

na urgentnom príjme fiktívnej Nemocnice sv. Martina) a megahit, ktorého tretia séria aktuálne beží, Druhá šanca (výborného lekára, ale s neosobným tvrdým prístupom k pacientom, postrelí otec jedného z nich, takže stratí pamäť a po vyliečení sa úplne zmení jeho prístup k medicíne a prejaví sa jeho emocionálne zapojenie).

V prvej a druhej sérii tohto seriálu bol jedným z hlavných protagonistov doktor Gabriel Kidane, ktorý pochádza z Etiópie z oblasti vzdialenej dlhé kilometre od najbližšej nemocnice, kde ho ľudia z dediny poverili náročnou misiou – vyštudovať v Európe medicínu a stať sa ich lekárom. Na oddelení už dlhšie úspešne pracuje, je sebaistý v kontakte s pacientmi i kolegami, ale do jeho vnútra a citov, kde sa mieša zmysel pre povinnosť i láska a vlastné predstavy o živote, vidí málokto. Zaujímavosťou je, že túto postavu stvárnil neherec Victor Ibara, ktorý v tom čase už študoval na lekárskej fakulte, v uplynulom akademickom roku štúdium aj absolvoval a v septembri nastúpil na svoje prvé pôsobisko. Zhovárali sme sa s ním o motivácii k štúdiu medicíny, jeho priebehu i plánoch do budúcnosti.

**Predstavte sa našim čitateľom a priblížte, prečo vaše kroky smerovali na lekársku fakultu?**

Narodil som sa v Bratislave, avšak takmer celý život som prežil v Senci. Môj otec pochádza z Konga a pracuje ako internista -



Kolegovia zo seriálu Druhá šanca: Barbora Bezáková, Filip Šebesta, Ráchel Šoltéssová, Sarah Arató, Lucka Vlková, Adam Bárty a Víctor Ibara ako lekár Gabriel Kidane.

nefrológ v bratislavskej fakultnej nemocnici, mama, vyštudovaná zdravotná sestra, sa rozhodla zmeniť zdravotníctvo za školstvo a momentálne pracuje ako vychovávateľka. Mám troch súrodencov, dvoch bratov a sestru, ktorá mi tento rok urobila neskutočnú radosť nástupom na bakalárske štúdium dentálnej hygieny. Medicínu som skrz otca od malička vnímal ako poslanie. Otec bol pre mňa superhrdinom, nosil biele lekárske oblečenie, fonendoskop a pomáhal ľuďom. Táto idea sa vo mne, prirodzene, ukotvila a presvedčenie, že medicína bude aj mojou voľbou, ma tak sprevádzalo od útleho veku. Veľkú rolu tu ale zohrala mama, ktorá sa nám denne venovala, učila sa s nami, skúšala nás a motivovala do lepších výsledkov. Rodičia teda mali na mojej študijnej ceste obrovský podpis. Otec mal na nás, najmä po atestácii, menej času a to sa odrazilo aj na mojom výbere budúcej špecializácie a vzťahu k práci ako takej. Robil vždy čo bolo treba, bez toho aby sa sťažoval alebo ľutoval. Ťahá pritom veľkú rodinu a súčasne podporuje aj

rodinu v Afrike. Má môj obrovský obdiv. Avšak, na základe prežitých skúseností s ním už dnes viem, že budem musieť nájsť balans medzi prácou a časom s rodinou.

Môjmu štúdiu medicíny však predchádzalo krátke odbočenie. Po maturite som sa rozhodol vybočiť od sna medicíny a začal som študovať grafický dizajn v Dánsku. Stále mi ale v podvedomí svietilo svetlo nádeje, že sa raz stanem doktorom. Študentský život v Škandinávii bol krásny, bohatý na spoznávanie mnoho zaujímavých ľudí, kultúr z rôznych kútov sveta. Ale tiež, najmä, na spoznávanie seba samého, hľadanie vlastných hodnôt a ozajstných životných radostí - v mojom prípade to bol definitívne čas strávený s rodinou, ktorý mi tam tak veľmi chýbal. V treťom ročníku som ochorel a bol hospitalizovaný v Aalborgskej nemocnici, kde som stretol jedného mladého lekára so skvelým propacientskym prístupom - bol veľmi ľudský a empatický. V tie dni mi hlavou nešlo nič iné len sa dať zdravotne dokopy a pokúsiť sa zdolať prijímačky na medicínu

a byť jedného dňa ako on. V tej dobe som nepracoval a tak mnoho záležalo aj na rodičoch, mal som obavy, že mi na zmenu štúdia už neprikývnu. Opak sa stal realitou. Plne ma podporili a prijímacie skúšky som, chvalabohu, zvládol na prvýkrát. Dokončil som tak bakalársky stupeň a sťahoval sa naspäť domov na Slovensko.

**Naplnilo štúdium vaše predstavy? Čo konkrétne vás počas štúdia najviac zaujalo? Išli ste na školu s víziou, čo po jej absolvovaní chcete robiť? Čo bolo pre vás počas štúdia najnáročnejšie?**

Štúdium na bratislavskej LF UK je veľmi rozmanité a bohaté na kapacity v rôznych odboroch. Stále je čo meniť, ale som vďačný za kroky, ktoré naša Alma mater robí - či už aktualizovanie prijímacích skúšok, nové vydania kníh alebo vytvorenie simulačných stredísk. Najviac mi počas štúdia chýbalo prioritizovanie učiva. Študent je častokrát zasypávaný kvantom učiva a len ťažko si vie zorganizovať v hlave, čo je najdôležitejšie a čo je, naopak, menej

Seriál Druhá šanca reflektoval aj na zložité obdobie kovidovej pandémie.



Victorovi Ibarovi dalo zabráť aj učenie sa textov jeho seriálovej postavy.



dôležité. V porovnaní s Dánskom mi mnohokrát chýbala vášeň pre vec zo strany vyučujúcich. Jedna vec je informáciu posunúť, druhá chcieť a vedieť ju vysvetliť. Situácii nepridala ani pandémia, po ktorej som motiváciu na učenie a klinickú prax hľadal len veľmi ťažko. Je ťažké zhodnotiť šesť rokov, počas ktorých ma učilo nespočetné kvantum vyučujúcich, ale zažili sme detailne pripravené praktické cvičenia či prednášky, rovnako perfektných učiteľov na praxi; koniec-koncov môžem povedať len jedno – všetko je to o ľuďoch.

Už po treťom ročníku som bol presvedčený, že si vyberiem rezidentský program a budem sa snažiť stať sa praktickým lekárom. Musím priznať, že som nejakú stratil chuť pracovať v slovenskom zdravotníckom kolektíve. Počas štátnicového ročníka ale nastala zmena a rozhodol som sa kráčať v otcových šľapajach.

Od začiatku som vďaka štúdiu v Dánsku vedel, že ma baví marketing, manažment a riešenie problémov. Hľadať ako sa to dá a nie prečo sa to nedá. Mojou víziou ako počas štúdia, tak aj dnes, je šírenie tohto presvedčenia. V zahraničí som pochopil, že my Slováci sme veľmi talentovaný a šikovný národ. Častokrát ale padáme do sebalútosti a očakávania, že za nás veci urobí niekto iný. A to je problém, ktorý sa dá vyriešiť. Malými krokmi, tvrdou prácou a cielavedomou sa vieme naštartovať aj v zdravotníckom sektore a priblížiť sa tak západnému svetu. Som veľmi vďačný za každého, kto v tomto smere prikladá ruku k dielu, za každého kto nečaká, ale sa chopí práce a vytvára zmenu. Najnáročnejšia časť štúdia bolo pre mňa obdobie pandémie. Strácal som motiváciu, pevnú pôdu pod nohami. Boli sme zavretí doma a učili sa medicínu, ale to sa dá robiť pár týždňov pred skúškou, počas semestra chce medik načerpať čo najviac reálnej praxe.

**Hovorí sa, že mladých lekárov láka predstava lepších podmienok a lepšieho ohodnotenia práce v zahraničí, vy ste o odchode neuvažovali?**

Rozmýšľal som nad odchodom do Prahy. Ale už pri prvom pohovore som vedel, že to nebude moja cesta. Odchod zo Slovenska som si už zažil a vyššia životná úroveň mi nestojí za stratený čas, ktorý nemôžem tráviť s rodinou. Veľa určite zaváži aj politická situácia a atmosféra na Slovensku ale verím, že to spoločne zvládneme a slovenské zdravotníctvo

**My, Slováci, sme veľmi talentovaný a šikovný národ. Častokrát ale padáme do sebalútosti a očakávania, že za nás veci urobí niekto iný. A to je problém, ktorý sa dá vyriešiť.**

sa bude poberať tým správnym smerom.

Peniaze sú dobrým lákadlom, myslím si ale, že to nie je prioritou mladých absolventov. Platmi sme dorovnali Čechov, z môjho pohľadu dnes nie je priestor na sťažovanie sa. Horšie sme na tom ale s vybavením a využitím moderných technológií. Tu ale čerpám

motiváciu od otca - byť lekárom je poslanie. Pomáhať ľuďom treba ako v Afrike, tak aj v Holandsku, či USA. Ide o priority. Nikomu ale nezalievam odchod zo Slovenska, každý je slobodný a môže si zaradiť priority tak, ako je mu to príjemné a správne.

**Aké je vaše prvé pracovisko?**

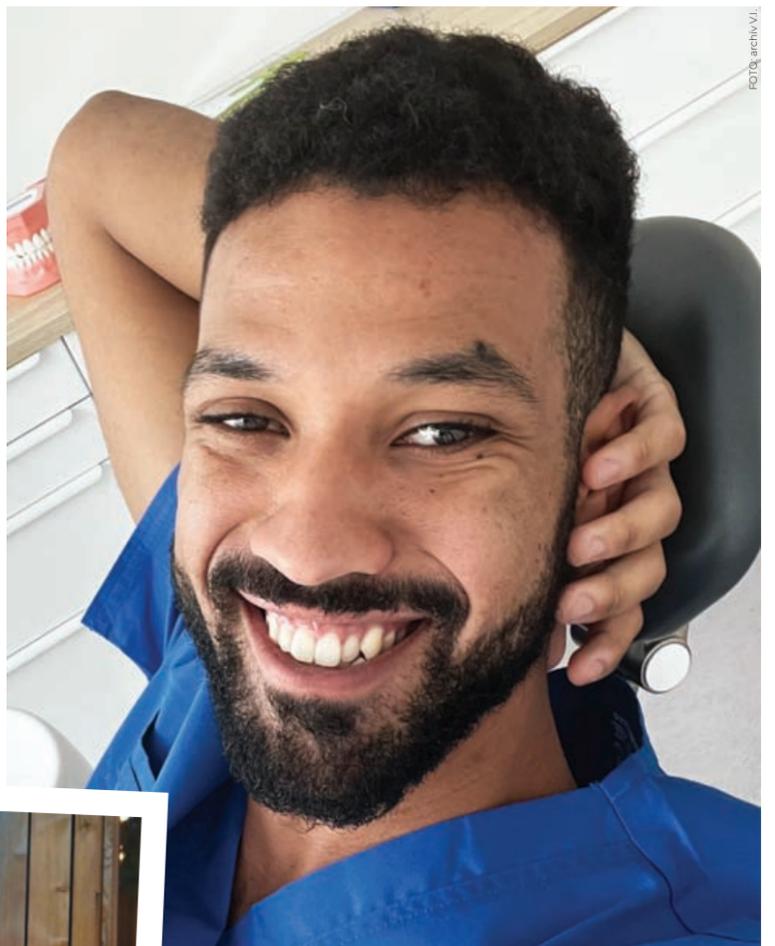
Po absolvovaní medicíny som si doprial voľné leto a od septembra som nastúpil na interné oddelenie v Bratislave. Po prvom týždni som cítil, že som na správnej ceste, nechcem však predbiehať a uvidíme, čo prinesie čas. Každopádne, som veľmi vďačný

**Odchod zo Slovenska som si už zažil. Vyššia životná úroveň mi nestojí za stratený čas, ktorý nemôžem tráviť s rodinou.**

za náš kolektív a vedenie. Zase raz tu vyhráva predovšetkým ľudskosť. Interná medicína to je široké spektrum diagnóz a terapií. Prichádzam s obrovským rešpektom, občas aj stresom. Snažím sa len, aby ma stres z nového začiatku nebrzdil vo vzdelávaní.

**Dotkneme sa vášho hereckého pôsobenia v seriáli z lekárskeho prostredia Druhá šanca, kde ste stvárnilí nie bezvýznamnú postavu lekára Gabriela Kidaneho. Ako ste sa k tejto príležitosti dostali, ako sa vám darilo skĺbiť filmovanie so štúdiom a aké zážitky si z tohto obdobia odnášate? A keď už sme pri tom šoubiznise, vaše herecké výkony vás vyniesli aj do tanečnej súťaže Let's Dance...**

Herectvo nebolo nikdy mojim snom, prišlo to tak nejak spontánne. Po príchode z Dánska som sa registroval do rôznych modelingových a reklamných agentúr a začal som počas štúdia medicíny príležitostne pôsobiť ako model. Do seriálu Druhá šanca hľadali herca podobného vzhľadu, akým bol herec talian-



**Victor vo chvíľach voľna, ako hovorí, hoci nie vždy je všetko optimálne, snaží sa zachovať si rozvahú, pokiaľ a dobrú náladu.**



skeho originálu, takže na kastingu na postavu Gabriela teda nebol dlhý rad. Producent mi dal šancu a spoločne sme dospeli k natočeniu dvoch sérií, za ktoré som veľmi vďačný. Nabral som mnoho nových skúseností, znovu naštartoval sebaopoznanie a pochopil, že najdôležitejšie v kariérnom živote je robiť to, čo nás naozaj baví. Pre mňa to je a aj bude medicína. So stvárňovanou postavou som mal toho spoločného až-až. Gabriel pochádza z Afriky, je internistom, dokonca pracuje na Bezručovej, kde som sa narodil. Častokrát nezvláda emócie práve kvôli negatívnym milníkom v jeho živote a snaží sa držať svojich hodnôt, aj keď je to pre neho častokrát máťúce. Veľmi mi to dopomáhalo sa vcítiť do momentov, ktoré prežíval a pretaviť ich tak na televíznu obrazovku. Tu ale musím poďakovať produkcii a strižní. Postarali sa o to, aby sme spoločne vytvorili čo najlepší zážitok pre diváka.

Byť dopoludnia v reálnej nemocnici a poobede v ateliéri s umelo vybudovaným oddelením bolo pre mňa niekedy doslova smiešne. Prial som si, aby to v našich slovenských nemocniciach vyzeralo a fungovalo tak, ako v seriáli. Nové priestory, krásne lekárske izby, dostatok personálu, nevyhorené sestry či lekári. Jednoducho sen.

Skombinovať štúdium medicíny a šoubiznis - to bol už ale ťažší

oriešok. Nie každému táto kombinácia prišla vhodná a mnohokrát som sa dostal do nemilej situácie. Ale aj to boli skúsenosti do života. Otvplyvnilo to môj vzťah k mnohým vyučujúcim či spolužiakom. Častokrát som sa stretol s nepochopením, aj keď som vo vnútri vedel, že robím moje maximum. No aj naše maximum môže byť niekedy pre iných málo. Dnes sa na to pozerám ako na obrovský milník v mojom živote - niektoré momenty som ustál, iné ma zruinovali. Ale aj o tom je život. Hlavnou myšlienkou tohto obdobia je pre mňa určite nestratiť svoje vlastné hodnoty a neuveriť všetkému, čo nám iní o nás vravia. Nastaviť si vlastný hodnotový rebríček a pevne sa ho držať.

Kapitola Let's Dance bola pre mňa krátka, ale za to veľmi intenzívna. Trénoval som sedem týždňov počas letného semestra v piatom ročníku medicíny. Nedele som trávil v bratislavskej Inchebe a skoro ráno v pondelok už musel byť v nemocnici na stáži. Prechádzal som veľmi vypätým obdobím, bol odo mňa vyžadovaný výkon na každom fronte. Sám som túto cestu schválil a zvolil, dnes musím priznať, že som nesmierne rád, že som vypadol už v prvom kole. Nevieť si predstaviť úspešne zvládnuť prípravu na

skúšku z chirurgie a dermatovenerológie a pritom celé týždne naplno trénovať cha-chu či tango... Tlak z toho, že tancujem počas priameho prenosu mi nedovolil byť na 100% sám sebou, bohužiaľ, ani v súkromnom živote. Bol to tlak, ktorý som nikdy predtým nezažil a myslím si, že už ani nezažijem.

Pod tlakom sa ale človek o sebe veľa naučí a to bol aj môj prípad. Nikdy som si nemyslel, že by som sa v tejto šou mohol ocitnúť. Dostal som šancu a išiel som do toho. MUDr. Victor Ibara sa už herectvu neplánuje venovať, aj keď sa hovorí „nikdy nehovor nikdy“. Svoj čas a energiu chce výhradne investovať do medicíny a projektom s ňou spojených. Práca lekára mu prináša oveľa väčšiu radosť a naplnenie; ak by sa už mal popri práci lekára venovať nejakému projektu, bol by to celkom iste projekt s medicínskou problematikou alebo tvorenie podcastov o prevencii či moderovanie akcií s medicínskou tematikou. A v závere rozhovoru si dovolil vysloviť želanie, aby boli ľudia k sebe empatickejší a chápaší, správali sa k iným tak, ako by chceli, aby sa iní správali k nim. Veď predsa chceme svet lepší a krajší.

Pokračovanie zo Str. 1

# 10 STRATEGICKÝCH RIEŠENÍ

## Ako zlepšiť situáciu v našom zdravotníctve

**S**ituácia v zdravotníckom systéme je v súčasnosti, slušne povedané, neúnosná. Pacienti sa nemôžu dostať dlhé mesiace na odborné vyšetrenie, zúfali telefonujú na 4–5 ambulancií, bez výsledku, všade majú plno, prípadne uhradia nepriemeraný poplatok za objednanie. A čo viacročné čakacie doby na výmeny kĺbov? Dlhé týždne čakania na CT a MR vyšetrenia u onkologických pacientov... Vyriešia to nové nemocnice? Asi ťažko, aj keď aj nové nemocnice a nové prístroje sú potrebné. Je to podobné, ako so stavbou nových diaľnic: pomôžu, ale nevyriešia problém s enormným nárastom áut na cestách a parkoviskách, áut je, jednoducho, veľa a je životne nevyhnutné, ich počet regulovať. Analogicky v zdravotníctve je potrebné nastaviť systém tak, aby bolo menej chorých a menej chorôb. Dobrý manažér si stanoví poradie strategických cieľov. Každý dobrý hospodár si najprv spraví poriadok v vlastnom „biznise“ a až potom uvažuje o kúpe nových akvizícií. Len hlúpy živnostník si najprv kúpi nové auto a až potom rieši ostatné potrebné veci na podnikanie. Primeraná dostupnosť zdravotnej starostlivosti je prioritou a nie nové nemocnice. Peniaze z plánu obnovy by sa preto, prednostne, mali použiť na potrebné zmeny v zdravotníckom systéme.

U nás, ako keby bolo hlavnou vísacou kvalitou, akú časť pridelených prostriedkov z EÚ fondov príslušný rezort minul, na čo, to je už menej dôležité. Mám osobnú negatívnu skúsenosť nie z procesu tvorby štandardných preventívnych postupov na relevantnom odbore tvorby štandardných postupov, ale z ich implementácie na ministerstve zdravotníctva. Hlavné bolo minúť pridelené prostriedky z EÚ na štandardy, ale o ich implementáciu sa už nikto nestaral. Pritom správna aplikácia štandardov primárnej a sekundárnej prevencie je vysoko „cost-efektívna“. Na druhej strane naša prax preventívnych prehliadok, za ktorých rozšírenie lobovala istá skupina praktických lekárov, dostatočne efektívna nie je. Boli tam zaradené plošné vyšetrenia EKG a ABI indexu, ktorých skriningový potenciál je pri plošnom testovaní nízky. A čo enormne vysoká spotreba liekov v našom zdravotníctve? Opakujem, správna cesta je nastavenie systému tak, aby bolo menej chorých a menej chorôb, potom klesne aj spotreba liekov. Navyše, väčšinou ide o odvrátiteľné choroby, napr. až 80 % kardiovaskulárnych (KV) ochorení je preventabilných. Teda riešenie je jednoduché: účinná prevencia. Tolko úvodom a aký je teda návrh 10 strategických riešení:

**1.** Dostupnosť je prvoradá, musí byť legislatívne zaisťovaná. Navrhujem znovu zavedenie zdravotných obvodov pre praktických lekárov a novozavedených obvodov pre špecialistov. V zmysle dialektiky špirálovitého vývoja, ale na vyššej úrovni tak, aby aj výber lekára bol možný. To znamená, že každý ambulancný lekár bude mať stanovený svoj obvod tak, že, povedzme, 2/3 svojej kapacity venuje povinne poistencom vo svojom stanovenom území a cca 1/3 môže venovať aj poistencom z iných územných obvodov, pokiaľ sa chcú k nemu prihlásiť.

**2.** Vznik nových ambulancií. Finančné prostriedky, ktoré prideliuje Ministerstvo zdravotníctva na vznik nových ambulancií a prísun nových, hlavne mladších lekárov do systému, účelovo viazať tak, aby mohli byť prednostne využité na kúpu už jestvujúcich ambulancií. Mnohí, hlavne starší lekári, presluhujú preto, že nemajú komu odovzdať „štafetu“ a pritom vybavenie ich ambulancií je často plne adekvátne a z celospoločenského hľadiska ide o zbytočné plytvanie zdrojov potrebných na chod ambulancie.

**3.** Platby za úhradu výkonov poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti. Konečne sa treba odhodlať k úhrade podľa reálnych nákladov na každý výkon, podobne ako v nemocniciach sa už zavádza DRG systém. Bez reálnych nákladov bude každý systém zdravotnej starostlivosti deformovaný a nesystémovo upravovaný.

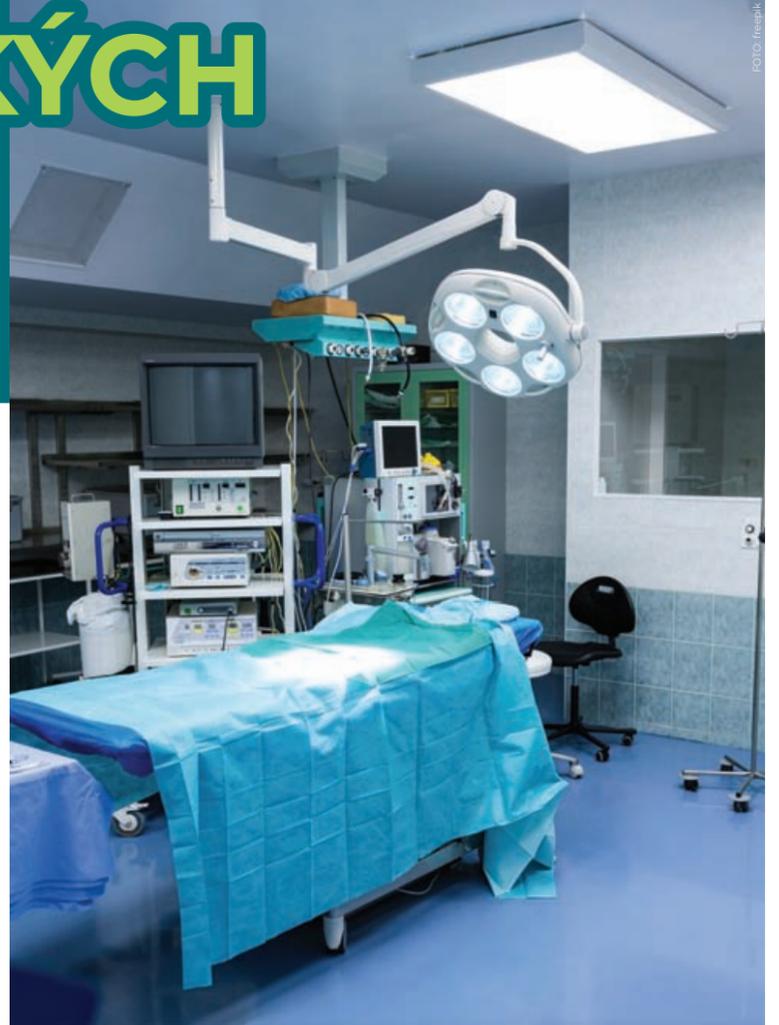
**4.** Nákup zdravotnej starostlivosti. V tomto bode majú zdravotné poisťovne od čias „Zajacovej reformy“ príliš silné postavenie. Ide predsa o štátom regulované zdravotné poistenie a preto by aj štát mal mať svoje slovo pri nákupe zdravotnej starostlivosti. Všetci dobre vieme, ako to v minulosti prebiehalo, kto zmluvu dostal, kto nie a ak áno, v akej výške úhrady. Navrhujem, aby štát delegoval do procesu nákupu zástupcu Slovenskej lekárskej spoločnosti, resp. Slovenskej lekárskej komory (k tomu by sa tieto 2 samostatné inštitúcie spojili aspoň do nejakého voľného formálneho spojenia, ideálne do jedného celku).

**5.** Predpis liekov. Trvá neurotická situácia medzi pacientmi aj poskytovateľmi, potom, čo istá skupina praktických lekárov navrhla, aby lieky, ktoré odporúčajú špecialisti, by ich títo mali aj trvalo predpisovať. Pritom systém predtým dobre fungoval, každý špecialista, alebo aspoň skoro každý, všetky potrebné lieky pri osobnej návšteve pacienta v ambulancii predpísal, niekedy aj také, ktoré on neindi-

koval, ale pacient ich potreboval. Bolo to o vzájomnej kolegialite a aby pacient nemusel chodiť v rovnakom čase ešte aj k praktickému lekárovi. Nová úprava bola prijatá a napriek neskorším nemastným-neslaným vylepšeniam, dodnes traumatizuje ako lekárov, tak aj pacientov. Situácia sa, navyše, skomplikovala zavedením novej, väčšinou zbytočnej, byrokracie – vyznačovanie indikačných obmedzení. Doteraz stačilo na recepte uviesť správnu diagnózu, ktorá obyčajne zahŕňala aj indikačné obmedzenie. Predpisujúci lekár len narychlo klikne na jedno indikačné obmedzenie a je rád, že sa ich zobrazenie čo najskôr stratí a môže pokračovať v predpise lieku. Všeobecne by malo platiť, že pri návšteve špecialistu, predpisuje recepty on, a to aj na dlhšie obdobie a medzitým praktický lekár. Pritom praktický lekár sa trvale stará o pacienta, dostáva kapitačné platby a špecialista mu poskytuje len odborné rady. Praktický lekár môže podľa potreby liečbu zmeniť alebo v nej pokračovať, prípadne odoslať pacienta znova k špecialistovi - podľa aktuálneho stavu pacienta (pozri nasledujúci bod).

**6.** Dispenzarizácia u špecialistov. Dlhé termíny na objednanie sa k špecialistovi nie sú spôsobené len nedostatkom odborníkov. V oveľa väčšej miere sú zapríčinené opakovanými kontrolami tých istých pacientov, ktorí sú už nastavení na účinnú liečbu a stačilo by, aby ich kontroloval praktický lekár. Samozrejme, niekedy sú potrebné opakované kontroly u špecialistu a je aj prirodzené, že špecialista chce poznať, ako ním navrhnutá liečba zaúčinkovala. Ale na kontrolu liečby hypertenzie, dyslipidémie, hyperurikémie a pod. to väčšinou potrebné nie je. Bolo by vhodné upraviť zoznam diagnóz a podmienok, za ktorých je možné pacienta u špecialistu dispenzarizovať.

**7.** Primárna prevencia KV ochorení. Rozsah pravidelných preventívnych prehliadok v dvojročných intervaloch upraviť tak, že sa vynechá plošné vyšetrenie ABI indexu a EKG, ktoré sa budú vykonávať len podľa klinickej situácie: napr. ABI index u fajčiarov, diabetikov, EKG len pri relevantných subjektívnych a/alebo objektívnych príznakoch možného ochorenia srdca. KV riziko sa hodnotí v zmysle štandardu „Systematický monitoring kardiovaskulárneho rizika v primárnej sfére s cieľom znížiť mieru výskytu preventabilných ochorení srdca a ciev“, ktorý bol schválený ministrom zdravotníctva 1. 7. 2022. Teda, len u mužov vo veku 40–65 rokov a u žien vo veku 50–65 rokov. Je nanajvyššie žiaduce implementovať tento



doc. MUDr. Štefan Farský, CSc., FESC

Národný koordinátor kardiovaskulárnej prevencie pre SR v rámci European Society of Cardiology, European Association of Preventive Cardiology, predseda Slovenskej ligy proti hypertenzii a predseda pracovnej skupiny kardiovaskulárnej rehabilitácie pri Slovenskej kardiologickej spoločnosti.

štandardný postup do bežnej praxe preventívnych prehliadok s nasledujúcim hlásením jednotlivých parametrov, vrátane parametrov nadváhy a obezity, do zdravotných poisťovní a NCZI. Súčasťou štandardu je aj odmeňovanie poistencov, ktorým sa podarí pri nasledujúcej preventívnej prehliadke znížiť KV riziko o aspoň 2,5 % alebo posunúť sa z pásma obezity do pásma nadváhy.

**8.** Sekundárna prevencia KV ochorení. 1. 7. 2021 bol na ministerstve zdravotníctva schválený preventívny program: „Ambulancná kardiovaskulárna rehabilitácia/sekundárna prevencia“ ako štandardný preventívny postup. O jeho implementáciu sa ministerstvo, ale ani Slovenská kardiologická spoločnosť, vôbec nestarajú, hoci sú v ňom jasne stanovené potrebné kroky, ktoré mali vykonať. V slovenskej praxi sa len ojedinele vykonáva, len vďaka jeho akceptácii zdravotnými poisťovňami Union a Dôvera. Dôvera, navyše, uhrádza tento program okrem kardiologických indikácií aj pacientom s diabetom 2. typu a/alebo s obezitou. VŠZP doteraz tento program neakceptovala, napriek masívnym reklamám o tom, ako podporuje prevenciu. Tento program je vysoko účinný pri znižovaní mortality a morbidita na KV ochorenia, pri jeho dlhodobej aplikácii sa jeho efektívnosť minimálne rovná efektívnosti invazívnych riešení. Je preto nanajvyššie žiaduce, aby sa implementoval do slovenskej praxe a tak pomohol redukovať počty preventabilných ochorení a mortality vôbec a aj znížiť náklady na zdravotnú starostlivosť.

**9.** Ambulancie vedené sestrou. V oblasti KV prevencie je možno delegovať vykonávanie základných vyšetrení v rámci pravidelných prehliadok, monitoringu KV rizika a, hlavne, edukácie poistencov, zdravotným sestram so vzdelaním na úrovni „magister“. K tomu je potrebné vypracovať legislatívny rámec v nadväznosti na primárnu sieť praktických lekárov. V ústavných zariadeniach je žiaduce vytvoriť tiež tento typ ambulancií, kde by hospitalizovaní pacienti využili svoj voľný čas na zisťovanie svojich rizikových faktorov a informácie o tom, ako znížiť svoje KV riziko (po vzore z Nórska).

**10.** Edukácia verejnosti. Verejnosť je nedostatočne informovaná o základných princípoch liečebných zmien životného štýlu, napr. že zníženie príjmu nasýtených mastných kyselín o 10 % vedie k redukcii rizika ischemickej choroby srdca o 20–30 % a nemajú dost informácií o tom, ako čítať zloženie potravín na ich obaloch a tak si vypočítať, čo tých 10 % v dennej praxi znamená. V čase internetových konšpirácií sú nanajvyššie potrebné pravidelné edukčné programy v STVR, kde odborníci delegovaní odbornými spoločnosťami poskytnú informácie v zmysle medicíny založenej na dôkazoch. To sa týka aj informácií o overenej liečbe zvýšených hladín cholesterolu, pravidelnej fyzickej aktivity, redukcii hmotnosti pri nadváhe a obezite a pod. Zvlášť efektívne s ohľadom na mladú generáciu sa javí usporiadanie on-line seminára pre učiteľky základných a stredných škôl.

# Glycanostics vstupuje do ďalšej fázy výskumu rakoviny prostaty

Slovenská spoločnosť Glycanostics ukončila prvú fázu informatívneho testovania a vstupuje do fázy získavania robustnej klinickej evidencie s cieľom zaradiť test Giasay® PROSTATE do štandardných diagnostických postupov. Čo to znamená pre tento úspešný slovenský startup a ako bude prebiehať tento klinický výskum sme sa zhovárali s výkonnou riaditeľkou Evou Kováčovou (EK) a riaditeľom pre vedu a výskum Jánom Tkáčom (JT).

Na úvod pripomeňte čitateľom spoločnosť Glycanostics.

**JT:** Spoločnosť Glycanostics je inovatívny startup, ktorý vyvinul unikátnu, mimoriadne presnú metódu na diagnostiku onkologických ochorení v raných štádiách ochorenia. Naša patentovaná technológia na skríning rakoviny deteguje zmeny v glykáne, ktorý je naviazaný na proteín v krvi, a je potenciálne využiteľná na odhalenie jedenástich druhov rakoviny. Rakovinové bunky uvoľňujú do krvného obehu väčšie množstvo glykoproteínov. Tieto glykoproteíny, tzv. biomarkery, sú rakovinovými antigénmi, ktoré sa používajú na odhalenie rakoviny vo vzorke ľudskej krvi. Na analýzu je potrebné len veľmi malé množstvo séra. Technológia spoločnosti Glycanostics využíva magnetické častice obalené protilátkou, vďaka ktorým môžeme zo séra extrahovať požadovaný biomarker. Ak vzorka krvi obsahuje biomarker, ktorý produkujú rakovinové bunky, vygeneruje sa optický signál.

**EK:** Naša technológia je založená na piatich PCT patentoch. Aktuálne sa zameriame na diagnostiku rakoviny prostaty, prsníka, pľúc a pankreasu. Prvý test, ktorý sme uviedli má názov Giasay® PROSTATE. Našou snahou je napomôcť urológom presnejšie určiť riziko rakoviny prostaty z krvi. Test je unikátny v tom, že hodnotí parameter špecifický pre karcinóm prostaty. Naša publikovaná klinická validácia ukazuje, že Giasay® PROSTATE je spoľahlivým testom na skorú diagnostiku rakoviny prostaty.

Čo sa podarilo spoločnosti Glycanostics doposiaľ v oblasti výskumu rakoviny prostaty?

**EK:** Za ostatných niekoľko mesiacov sme sa významne posunuli čo sa týka nášho vedeckého a medicínskeho bádania, ktoré je zamerané na uľahčenie diagnostiky onkologických ochorení. Aktuálne sme ukončili fázu informatívneho testovania pre samoplatcov. Urobili sme tak jeden dôležitý krok v záujme skoršieho záchytu karcinómu prostaty u mužov.

Ako hodnotíte túto fázu testovania a aké výsledky ste dosiahli?

**JT:** Táto niekoľko mesačná fáza nám umožnila získať mnohé cenné informácie z klinickej praxe, ktoré využijeme v pokračovaní nášho výskumu. Informatívne testovanie nám pomohlo identifikovať niektoré dôležité otázky, ktoré potrebujeme zodpovedať, aby náš test Giasay® PROSTATE mohol byť v budúcnosti dostupný pre širšie spektrum pacientov. Taktiež sme získali vysoko kvalitnú spätnú väzbu od spolupracujúcich urológov za čo im v mene spoločnosti Glycanostics ďakujem.

Tieto výsledky určite využijeme v ďalšej fáze nášho výskumu.

Aké sú teda Vaše ďalšie kroky?

**EK:** Aktuálne ako spoločnosť vstupujeme do ďalšej strategickú fázy, ktorá je pre nás kľúčová. Je postavená na získaní robustnej klinickej evidencie s cieľom zaradiť test Giasay® PROSTATE do štandardných diagnostických postupov a získať úhradu z ve-



Výkonná riaditeľka Eva Kováčová a riaditeľ pre vedu a výskum Ján Tkáč.

rejného zdravotného poistenia. Všetky zdroje a kapacity chceme venovať ďalšiemu klinickému výskumu. Aj z tohto dôvodu sme k 18. septembru 2024 preušíli fázu informatívneho testovania v urologických ambulanciách v rámci Slovenska.

Čo bude kľúčovým cieľom vašej klinickej štúdie?

**JT:** Našou ambíciou je rozšíriť spoľahlivosť výsledkov testu pre skupiny pacientov mimo rozsahu PSA 2–10 ng/ml. Chceme tak získať dostatok vedeckých dôkazov, ktoré nám pomôžu spresniť náš test pre skupiny pacientov s komorbiditnou liečbou a prípadne niektorými komorbiditami. Naším cieľom je priniesť pacientom skorú diagnostiku rakoviny prostaty v čo najskoršom možnom termíne. Rozhodnutie posunúť sa do fázy klinickej štúdie bolo logickým vyústením získaných informácií z klinickej praxe.

Koľko bude trvať táto druhá fáza vášho výskumu?

**EK:** Predpokladáme, že táto fáza bude trvať niekoľko mesiacov.

Aktuálne teda už nie je možné realizovať pre pacientov test vo vybraných urologických ambulanciách na Slovensku?

**EK:** Aktuálne nie. Ako som už povedala, všetky naše personálne zdroje a kapacity budú venované ďalšiemu klinickému výskumu, o ktorého postupe a výsledkoch budeme priebežne informovať prostredníctvom odborných autorít a vedeckých článkov. Z tohto dôvodu aktuálne nie je možné analyzovať a spracovať vzorky.

Akonáhle bude test opätovne dostupný na testovanie v režime samoplatcov, budeme odbornú aj laickú verejnosť včas informovať.

**Glycanostics®**

Revolúcia v diagnostike onkologických ochorení

Pomocou unikátnej technológie na báze glykánov vyvíjame mimoriadne presné diagnostické testy.

Spoločnosť Glycanostics® je inovatívny startup, ktorý vyvinul unikátnu, mimoriadne presnú metódu na diagnostiku onkologických ochorení. Patentovaná technológia je založená na metóde ELISA a využíva magnetické guľôčky na detekciu zmien v glykáne, ktorý je naviazaný na proteín v krvi. Diagnostický test je potenciálne využiteľný na odhalenie jedenástich druhov onkologických ochorení v raných štádiách.

Glycanostics, s.r.o. | Kudláková 7, 841 01 Bratislava | [www.glycanostics.com](http://www.glycanostics.com)

## Člen predstavenstva VŠZP Matúš Jurových o jednoduchovkách:

# Bezpečnosť pacientov zostáva našou prioritou

Ako sa vyvíja hospodárenie v najväčšej zdravotnej poisťovni?

Napriek zložitej situácii v celom sektore zdravotníctva som rád, že môžem využiť tento priestor na oznámenie dobrých správ. Všeobecná zdravotná poisťovňa zaznamenala v auguste 2024 zníženie odhadovanej straty za rok 2024, čím sa potvrdzuje trend z júla o zlepšení ekonomického výhľadu pre rok 2024. Na základe očakávaného vývoja upravila VŠZP odhad straty na rok 2024 na 95 miliónov eur, čo predstavuje menej ako 2 % jej celoročných výnosov. Že nejde len o dočasné zlepšenie, ale o trend, nám potvrdzujú aj predbežné výsledky za september.

Zároveň aktuálne prebiehajú diskusie na úrovni ministerstiev a vlády o forme dočerpania rozpočtových zdrojov za poistencov štátu v roku 2024. Pri dočerpání plnej výšky zdrojov za poistencov štátu a prijatí opatrení v spolupráci s ministerstvom zdravotníctva je teda očakávanú stratu zároveň možné ešte viac znížiť – bez vplyvu na kvalitu a dostupnosť zdravotnej starostlivosti pre poistencov a platobnú schopnosť poisťovne. Príliš sa o tom nehovorí, ale stihli sme už zrealizovať množstvo úsporných opatrení, ktoré sa dotkli najmä vnútorného fungovania spoločnosti, čiastočne poskytovateľov – bez toho, aby bol dotknutý pacient.

**Aktuálnym opatrením z dielne VŠZP je, že nepredĺžila zmluvy s niektorými poskytovateľmi jednotnovej zdravotnej starostlivosti. Prečo práve jednotnovky?**

Pristúpili sme k takým opatreniam, ktoré prinesú hospodárnejšie nakladanie s verejnými zdrojmi a zároveň chránia poistencov pred zbytočnými doplatkami. Nedávno sme uskutočnili kontrolu efektívnosti vynakladania finančných prostriedkov pre poskytovateľov jednotnovej zdravotnej

starostlivosti. Výsledky ukázali, že v niektorých prípadoch dochádzalo k súbehom úväzkov lekárov na viacerých miestach súčasne a navyše niektoré zariadenia vyberali výrazné doplatky za zdravotnú starostlivosť od poistencov. Preto sme pristúpili k racionalizácii výdavkov z verejného zdravotného poistenia. Táto racionalizácia má svoje opodstatnenie. Nárok pacienta na zdravotnú starostlivosť pritom nie je nijakým spôsobom dotknutá.

**Asociácia na ochranu práv pacientov sa však obáva, že sa pre pacientov zhorší dostupnosť jednotnovej zdravotnej starostlivosti. Sú tieto obavy opodstatnené? Budú čakať dlhšie na vyšetrenia a zákroky?**

Nie sú mi známe dáta, z ktorých vychádzala pri tomto konštatovaní Asociácia na ochranu práv pacientov. Zrejme uznáte, že relevantnejšie dáta majú zdravotné poisťovne. A tu musím povedať, že na základe našich dát je priemerná čakacia doba pri jednotnovej zdravotnej starostlivosti 22 dní a pri jednotnovej zdravotnej starostlivosti poskytovanej v nemocniciach približne 31 dní.

Pokiaľ ide o termíny na výkony, toto je výhradne v kompetencii ošetrojúceho lekára. Ten musí pri určovaní termínu dbať na bezpečnosť pacienta a predchádzať akémukoľvek podstatnejšiemu zhoršeniu jeho zdravotného stavu.

Môže teda dochádzať k odkladom len tých plánovaných jednotnových zákrokov, u ktorých je to plne dôvodné s ohľadom na konkrétny zdravotný stav pacienta a predpoklad jeho vývoja.

Poviem príklad. V minulosti boli úplne bežnými reklamy na oftalmologický laserový zákrok len preto, aby pacient nemusel nosiť okuliare z dôvodu, že sa okuliare niekedy zahmlievajú, alebo že je ich nosenie nepohodlné a nepraktické. Teda pacient má absolvovať

**Ing. Matúš Jurových, PhD.**

Člen predstavenstva VŠZP a riaditeľ sekcie nákupy zdravotnej starostlivosti. Profesionál orientovaný na výsledky, s bohatými skúsenosťami v projektovom riadení, poradenstve, fúziách a akvizíciách. Absolvoval doktorandské a inžinierske štúdium na Ekonomickej univerzite v Bratislave.



invazívny operačný zákrok bez ohľadu na to, či prevažuje skutočná medicínska potreba takéhoto zákroku alebo iné individuálne zdravotné riziká, prirodzene vyplývajúce z každého invazívneho zákroku vrátane očných. Chcem tým povedať len toľko, že existuje obrovské množstvo zákrokov (operácií), ktoré nie sú indikované – teda nie sú nevyhnutné z dôvodu vážneho zdravotného stavu. Preto aj dočasné opatrenie, ku ktorému sme pristúpili pri väčšine jednotnoviek, že sme im stanovili limit na výkony, si vyžaduje trochu lepší manažment zo strany lekára, aby sa akútne stavy do limitu zmestili. Prípady, kde zdravotný stav nie je taký vážny, je následne možné posunúť na iné termíny. Zdôrazním, že jednotnová zdravotná starostlivosť je vždy plánovaná, teda nie neodkladne potrebnou. Sme presvedčení, že tieto opatrenia sa nijako nedotknú poskytovania zdravotnej starostlivosti a lekári majú stále dostatočný priestor nielen na poskytovanie operačných zákrokov v naliehavších, ale v značnom rozsahu aj iných, podstatne odkladnejších prípadoch.

**Existujú však aj námietky, že pacienti, ktorí absolvujú jednotnový zákrok v nemocnici, tam budú musieť stráviť tri dni, kým pri jednotnovkách mohli ísť po zákroku hneď domov.**

Aj tu treba uviesť veci na pravú mieru. Ak v nemocnici vykonajú pacientovi jednotnový zákrok a nedôjde k žiadnej komplikácii, nie je dôvod, aby bol ešte ďalšie dva-tri dni hospitalizovaný. Trojdňová hospitalizácia je tiež jedným z veľkých mýtov pri téme jednotnoviek. Naopak, ak v zariadeniach jednotnovej starostlivosti dôjde ku komplikáciám, pacienti musia aj tak prevážať do ne-

mocnice. A my musíme v prvom rade chrániť zdravie a životy našich poistencov.

**Čo má robiť poistenec, ktorému zrušili termín na zákrok?**

Ako som uviedol vyššie, každý lekár by mal vedieť správne vyhodnotiť, či je stav pacienta akútne, alebo znesie odklad. K odkladu preto môže prísť len tam, kde je predpoklad, že sa zhorší. Opäť si pomôžem očnou klinikou. Evidujeme enormný nárast operácií sivého zákalu, preto je prioritne potrebné zhodnotiť indikáciu pre vykonanie operačného výkonu, či v niektorých prípadoch neslúži ako impulz pre kombináciu výkonu s korekciou dioptrií pacienta. Rovnako dôležité je, ako si plánuje zákrokov daný poskytovateľ zmanažovať, aby sa zmestil do limitu určeného na poskytovanie zdravotnej starostlivosti s ohľadom na zdravotný stav pacienta.

Mrzí ma naratív, ktorý opakovane zaznieva v médiách, že VŠZP pristúpila ku kroku, ktorý dobre že nie likviduje poskytovateľov a ohrozuje poistencov. Už som dokonca počul názor, že ohrozujeme platy zdravotníkov a ich pracovné miesta. To je úplný nezmysel a nerozumiem, ako môžu niektorí vo svojich stanoviskách zachádzať takto ďaleko. Stanovovanie limitov na výkony je bežný postup, ktorý si uplatňujú aj iné zdravotné poisťovne. Dokonca to nie je nič nové. Navyše, čakacie doby na inú ako neodkladnú zdravotnú starostlivosť sú prirodzené aj v okolitých krajinách a odzrkadľujú celkové finančné možnosti sektora zdravotníctva. Ale vrátim sa k poistencom – našou snahou je zabezpečiť im kvalitnú zdravotnú starostlivosť, a preto ak majú naši poistenci problém s ter-

mínom na zákrok, môžu kontaktovať naše call centrum, kde im naši kolegovia pomôžu nájsť vhodného poskytovateľa v adekvátnom čase. Nemocnice sa nebránia prijať našich poistencov, dokonca nám proaktívne volajú a ubezpečujú nás, že sú pripravení sa o našich poistencov postarať.

**Aké ďalšie opatrenia pripravuje VŠZP na zefektívnenie hospodárenia s verejnými zdrojmi?**

Tieto kroky sú súčasťou širšej stratégie zvyšovania efektivity v zdravotníctve. Potrebujeme finančné zdroje z verejného zdravotného poistenia ponechať v systéme, smerovať ich presne tam, kde prinesú úžitok pacientovi – zachránia mu život alebo zlepšia zdravotný stav. Rovnaký postup plánujeme uplatniť v prípade ďalších poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. O týchto krokoch budeme včas informovať, avšak opäť musím podotknúť, že ide o zefektívnenie poskytovania zdravotnej starostlivosti a racionalizáciu, nie obmedzenie výkonov. Pacienti majú aj naďalej zo zákona garantovanú zdravotnú starostlivosť a VŠZP sa o nich vždy postará.

**Ako by sa tieto úsporné opatrenia mohli prejavovať v hospodárení VŠZP? O koľko by sa mohol znížiť dlh a za aký čas?**

Nejde o úspory. Na zdraví pacientov nemožno šetriť. Pacient je a vždy bude v centre pozornosti tak poisťovne, ako aj lekárov. My hovoríme o efektívnejšom vynakladaní verejných zdrojov. Napokon, toto by mala byť úloha nielen poisťovne či sektora, ale všetkých inštitúcií a organizácií riadených štátom. Optimalizácia či racionalizácia výdavkov je dôležitá preto, aby sme s verejnými zdrojmi nakladali rozvážne.

## Nové knihy



**Juraj Hradský Vojenské osobnosti v dejinách Slovenska**  
Vyd. Naše vojsko, 2024  
Rozsah: 320 s.  
Autor knihy upriamuje pozornosť na postavy dejín, ktoré sa

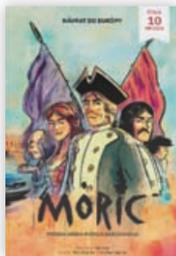
svojím životom, skutkami a činnosťou zapísali do našej histórie. Prítom vôbec nie je podstatné, že niektoré z nich sa na území dnešného Slovenska nenarodili, či sa k slovenskej národnosti priamo nehlasili. Tu však pôsobili, túto krajinu zvelaďovali, chránili so zbraňou v ruke a neraz aj obetovali svoje životy. Boli to panovníci, šľachtici, dôstojníci i prostí vojaci. Tento kus zeme im prirástol k srdcu, venovali mu svoju priazeň, mali svoje dominiá, vybudovali si tu domovské zázemie.



**Kol. Komiks Móric: Madagaskar (9)**  
Vyd. Združenie Mórica Beňovského, 2024, Rozsah: 32 s.  
Deviaty diel komiksu MÓRIC –MADAGASKAR

sa odohráva v rokoch 1774–1776. Móric prichádza do Antongilského zálivu, kde ako veliteľ zboru dobrovoľníkov buduje v službách francúzskeho kráľa vojenskú a obchodnú základňu. Jeho snahy sa nestretávajú s pochopením francúzskeho velenia na ostrove Isle de France, ktoré bolo v tom čase hlavným francúzskym uzlom v Indickom oceáne. Na Madagaskare čelí zdravotným problémom, ktoré decimujú jeho zbor dobrovoľníkov a nešetria ani jeho rodinu.

Móricov syn Karol Ľudovít umiera ako osemmesačný na náročné tropické podmienky v Antongilskom zálive. Napriek veľkej nepriazni sa mu podarí vybudovať dobré vzťahy s domorodcami, najmä s kmeňom Betsimisaraka, keď podporí ich boj na obranu proti bojovému kmeňu Sakalava. Domorodí náčelníci oceňujú jeho partnerstvo a akceptujú ho za svojho kráľa kráľov.



**Kol. Komiks Móric: Návrat do Európy (10)**  
Vyd. Združenie Mórica Beňovského, 2024, Rozsah: 32 s.  
Desiaty diel komiksu MÓRIC – NÁVRAT DO EURÓPY sa odohráva v rokoch

1777–1778. Móric sa po trojročnej misii na Madagaskare vracia do Európy. S rodinou a sprievodom sa usídlil na istý čas v Paríži. Snaží sa odprezentovať svoje pôsobenie na Madagaskare a získať spojencov s finančným kapitálom k svojmu ďalšiemu pôsobeniu na tomto ostrove. Prichádza do kontaktu s novým panovníkom Francúzska, Ľudovítom XVI. V Paríži Beňovský stretáva spolubojovníka z Barskej konfederácie, Kazimierza Pulaského, ktorý ho zoznamuje s americkým veliteľom Benjaminom Franklinom.

V zime 1777/78 sa Beňovský so sprievodom vráti do Uhorska a kupuje pre svoju rodinu Pongráčovský kaštieľ v Beckovej Vieske. Dostáva sa mu uznania zo strany Márie Terézie, ktorá mu udeľuje titul grófa a polepšuje jeho rodový erb. Zároveň získava od kráľa Ľudovíta XVI. hodnosť brigádneho generála Francúzska.



**Kol. Komiks Móric: Beckovská veska (11)**  
Vyd. Združenie Mórica Beňovského, 2024, Rozsah: 32 s.  
Jedenásty diel komiksu MÓRIC sa odohráva v ro-

koch 1778–1781. Móric so Zuzanou prichádzajú do Beckovskej vesky, kde sa chcú usadiť. Majú harmonický vzťah a onedlho sú v očakávaní príchodu nového potomka. Móric píše knihu Pamäti a cesty ako curriculum svojich ciest, ktorým sa chce uchádzať o priazeň významných osobností a vladárov. Sníva o návrate na Madagaskar. Móric na základe požiadavky svojho strýka Jána Andreja Beňovského odchádza ako plukovník do vojny o bavorské dedičstvo.



# VŠEOBECNÉ LEKÁRSTVO

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

MUDr. Elena Ďurišová

primárka Reumatologicko-rehabilitačného centra v Hlohovci

**Osteoporóza (OP)** sa dnes zaraďuje, spolu s kardiovaskulárnymi a onkologickými ochoreniami, medzi civilizačné choroby. Predstavuje celosvetovo významne narastajúci zdravotný problém, ktorý vzhľadom na vysoký výskyt fraktúr výrazne prispieva k chorobnosti, úmrtnosti a zvyšuje náklady na zdravotnú starostlivosť. Nárast má exponenciálny charakter a súvisí s predlžovaním priemerného veku populácie a zmenou životného štýlu. OP sa definuje ako systémové ochorenie skeletu charakterizované znížením obsahu kostnej hmoty a narušením mikroarchitektúry kosti, ktoré je príčinou zvýšenej fragility kostí, a tým aj zvýšeného rizika fraktúr vznikajúcich už pri minimálnej traume (*definícia WHO*).

Základnou podmienkou úspešnej liečby osteoporózy je správna výživa, predovšetkým prívod dostatočného množstva vápnika ako hlavného minerálu na stavbu kostí. Odporúčané denné dávky vápnika sú rôzne podľa veku. Pre dospelého za optimálnu dávku považujeme 800–1200 mg, pre pacientov s osteoporózou 1000–1500 mg kalcia (Tab. 1). Správne zostavená diéta musí rešpektovať optimálny pomer jednotlivých základných živín (*bielkoviny, cukry, tuky*).

Druhým predpokladom všeobecných zásad liečby osteoporózy je dostupnosť vitamínu D, najmä jeho aktívnych foriem. Odporúčaný denný príjem vitamínu D u pacientov s osteoporózou je 800–1000 IU. Najlepším zdrojom vitamínu D je pobyt na slnku, keďže slnečné lúče aktivujú proces vzniku vitamínu D v koži. Ďalším zdrojom vitamínu D sú potraviny a preparáty s obsahom vitamínu D prepísané lekárom.

Tretím predpokladom je telesný pohyb primeraný veku a stavu chorého. Mechanická záťaž podporuje tvorbu kostí a brzdí jej odbúravanie. K dostatočnej záťaži kostí však obyčajne nestačí pohyb v bežnom živote, je nutné cvičiť cvičenie s odstupňovaním cvikov (*napr. špeciálna cvičebná zostava podľa Ďurišovej*) v kombinácii s aspoň tridsať minútovou chôdzou denne.

Vápnik je jeden z najvýznamnejších prvkov v ľudskom tele a podieľa sa na množstve rôznych funkcií, ako je proces kostnej mineralizácie, nervovosvalový prenos, svalová kontrakcia, hemokoagulácia, prenos intracelulárnych dejov a aktivácie enzýmov.

Najvýznamnejším a bohatým zdrojom vápnika je mlieko a mliečne výrobky. Mlieko patrí k našim základným živinám od narodenia až po starobu. Obsahuje okrem vápnika ďalšie dôležité látky, ako sú fosfor, bielkoviny, tuky, mliečny cukor, vitamíny a stopové prvky. Ako mimomliečne zdroje vápnika sa uvádzajú: celozrnný chlieb, orechy, mak, mäso (*hydina, ryby, divina, chudé hovädzie*), sušené figy, slivky, marhule, koreniny (*petržlenová vňať, pažítka, mletá paprika, majorán*), nápoje (*minerálne vody, bylinkové čaje*).

**Tabuľka 1** – Optimálny denný príjem vápnika a odporúčania IOF, ESCEO, USPSTF pre suplementáciu vápnika a vitamínu D.

### OPTIMÁLNY DENNÝ PRÍJEM VÁPNIKA

VEK	DÁVKA	
DETI	0–6 mesiacov	400 mg
	6–12 mesiacov	600 mg
	1–5 rokov	800 mg
	6–10 rokov	800–1200 mg
DOSPIEVAJÚCI	11–24 rokov	1200–1500 mg
MUŽI	25–65 rokov	1000 mg
	nad 65 rokov	1500 mg
ŽENY	od 25 rokov do menopauzy	1000 mg
	po menopauze užívajúce HLS	1000 mg
	po menopauze bez HLS	1200–1500 mg
	nad 65 rokov, tehotné, dojčiace	1200–1500 mg

### SUPLEMENTÁCIA VÁPNIKA A VITAMÍNU D

ODPORÚČANIE	KALCIUM	VITAMÍN D <sub>3</sub>
IOF+ESCEO 2013	1000–1200 mg/d	800–1000 IU/d
USPSTF 2013	1000–1200 mg/d	600–800 IU/d

Vysvetlivky:

- HSL – hormonálna substitučná liečba
- ESCEO – Európska spoločnosť pre klinické a ekonomické aspekty OP
- IOF – Medzinárodná spoločnosť pre osteoporózu
- USPSTF – The US Preventive Services Task Force

INZERCIA

# PREVENCIA A LIEČBA OSTEOPORÓZY\*

kombinovanými prípravkami vápnika a vitamínu D

## Kombi-Kalz

DUÁLNY EFEKT NA LIEČBU OSTEOPORÓZY\*



90 tabliet

**Kombi-Kalz 500 mg/800 IU**  
filmom obalené tablety, 90 tabliet

Vápnik / cholekalciferol (vitamín D3)

Dávkovanie 1x denne



žuvacie tablety 30 a 90 tbl.

**Kombi-Kalz 500 mg/800 IU**  
žuvacie tablety, 90 tabliet

Vápnik / cholekalciferol (vitamín D3)

Dávkovanie 1x denne



**Kombi-Kalz 1000 mg/800 IU**  
šumivý granulát, 30 vreciek

Uhlíčan vápenatý / cholekalciferol (vitamín D3)

Dávkovanie 1x denne



Kombi-Kalz 500 mg/800 IU  
žuvacie tablety



Kombi-Kalz 1000/800



Kombi-Kalz 500 mg/800 IU

Určené pre odbornú verejnosť. Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Pred predpísaním liekov sa oboznámte s úplným znením Súhrnu charakteristických vlastností lieku, ktorý získate po naskenovaní QR kódu.

\* Vitamín D zvyšuje intestinálnu absorpciu kalcia. Podávanie kalcia a vitamínu D3 pôsobí proti zvýšenej resorpcii kostí.

\*\* Pre vybrané cieľové skupiny a za podmienok úhrady liekov uvedených v zákone 363/2011 Z.z. o rozsahu, podmienkach úhrady liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín na základe verejného zdravotného poistenia Z.Z.

Viatrix Slovakia s.r.o., Bottova 2A, Bratislava 811 09, www.viatrix.sk  
Tel: + 421 2 321 991, e-mail: pv.slovakia@viatrix.com



**Bolo zistené, že priemerný príjem vápnika potravou u detí a dospelých osôb do 65 rokov, je len polovičný v porovnaní s odporučeným množstvom, u starších ľudí, dokonca, len štvrtinový. K dosiahnutiu príjmu optimálneho množstva kalcia je nutné, v týchto prípadoch, využiť jeho náhradu, najmä v seniorskej populácii.**

U väčšiny osôb nedokážeme dosiahnuť príjem optimálneho množstva vápnika len potravou, a preto je vhodné ho suplementovať medikamentózne. Kalcium je možné podávať perorálne v rôznych liekových formách (*tabletky, efervescentné prípravky, preparáty s disolúciou v ústach*) a je nutné voliť formu, ktorá je pre pacienta najvhodnejšia a najlepšie akceptovateľná, prípadne typy prípravkov striedať. Náš organizmus dokáže využiť naraz okolo 500 mg vápnika prijateľného potravou, alebo prípravkom. Pri použití uvedenom množstve vápnika sa tento rýchlo vstrebáva cez črevnú stenu za pomoci aktívneho prenosu. Pri väčšom množstve sa realizuje pomalší, pasívny prenos a kalcium sa správne nezužitkuje. Je teda lepšie konzumovať potraviny bohaté na vápnik, alebo doplnky, v menších dávkach počas dňa, hlavne v priebehu jedla a po jedle. Vzhľadom k tomu, že náš organizmus potrebuje vápnik počas celých 24 hodín, odporúčajú sa konzumovať potraviny bohaté na vápnik, napr. jogurt, i pred spaním a zaistiť prísun vápnika počas noci. Bolo dokázané, že podanie vápnika večer pred ulahnutím znižuje nočný vrchol parathormónu v krvi, a tým sa znižuje i zvýšené nočné odbúravanie kostí. Niektoré látky však môžu narušovať schopnosť organizmu vápnik efektívne využiť. Z najznámejších sú to potraviny s vysokým obsahom oxalátov (*špenát, rebarbora, mandle*), fytátov (*strukoviny, pšeničné otruby*), bielkovín a sodíka. Oxaláty a fytáty viažu v čreve vápnik a ten sa horšie vstrebáva. Strava bohatá na bielkoviny a soľ tiež ochudobňuje organizmus o vápnik, pretože podporuje jeho zvýšené vylučovanie obličkami. V diéte sa ďalej odporúča obmedzovanie kofeínu alebo fosfátov (*farebné kofeínové nápoje*), ktoré tiež zvyšujú vylučovanie vápnika močom. Vlákna v ovoci, zelenine a bežných obilninách nenarušuje vstrebávanie vápnika. Aby sme mohli využiť maximum vápnika prijateľného z potraviny, je teda dobré nekonzumovať súčasne potraviny bohaté na oxaláty a fytáty. Je lepšie ich konzumovať 2 hodiny po požití stravy bohatej na vápnik. Vápnik sa lepšie vstrebáva v kyslom prostredí, takže výhodu majú osoby so zvýšenou kyslosťou žalúdočnej šťavy. U osôb so zníženou produkciou žalúdočnej šťavy je vstrebateľnosť vápnika nalačno veľmi nízka, zlepšuje sa po podaní s potravou. Treba pripomenúť, že achlorhydria býva často bezpríznaková a postihuje 1/3 všetkých osôb starších ako 60 rokov. Inak sa odporúča pitie kyslých ovocných štiav, dovolené je i pitie malého množstva kyslého vína. Je veľmi dôležité pred zahájením liečby vyšetřit sérovú hladinu vápnika (*S-Ca*) a 24-hodinové vylučovanie vápnika močom (*dU-Ca*). Hladiny sa ďalej kontrolujú v určitých časových intervaloch a podľa ich hodnôt sa dávkuje odporučená terapia, hlavne vápnikom a vitamínom D.

**Vitamín D** je skupina látok (*kalciferolov*), ktoré patria medzi vitamíny rozpustné v tukoch. Vzhľadom k tomu, že v organizme dochádza k jeho prestavbe (*dvojitej hydroxylácii*) na aktívny metabolit, podľa novších poznatkov sa zaraďuje medzi pleiomorfne steroidné hormóny. Vitamín D podporuje dobré vstrebávanie a využitie vápnika, obmedzuje jeho stratu obličkami. V kosti povzbudzuje jeho premenu a prestavbu, má podiel na znížení počtu pádov a celkovo znižuje riziko zlomenín. Denná potreba vitamínu D je u dospelého 400–800 IU, u starších pacientov a pacientov s osteoporózou 800–1000 IU (*400 IU=10 µg*). Vyšší denný príjem vitamínu D je vhodný pri sledovaní jeho sérových hladín u jedincov s obmedzenou expozíciou UV žiarenia, pacientov s poruchami trávenia, u obéznych...

Najvýznamnejším zdrojom vitamínu D sú morské ryby, rybí tuk, mlieko, maslo, žltok a podobne (Tab.2). Vlastnú tvorbu vitamínu D (tzv. „*slniečného*“ vitamínu) v koži z provitamínov podporuje rozumné opaľovanie (*obyčajne stačí počas týždňa po 10 až 15 minút slniť ruky, plecia a tvár*). V zimných mesiacoch (*najmä v období od októbra až do marca*) a u starších ľudí sa odporúča príjem vitamínu D v prípravkoch.

**Vitamín D<sub>3</sub> (cholecalciferol)** je najprirodzenejšou formou u väčšiny pacientov, pretože takáto forma vitamínu D sa fyziologicky vytvára v koži každého človeka pri pôsobení UV žiarenia. Syntetická schopnosť kože tvoriť cholecalciferol však vekom klesá a je závislá na množstve denného slnečného svitu, preto riziko hypovitaminózy vzrastá v zimnom období. Navyše, u starších osôb, najmä po zlomenine, sa kladie dôraz i na dostatočný prívod proteínov. Vitamín D, okrem svojho účinku na kosti, zasahuje i do činnosti rôznych iných systémov ľudského organizmu. Jeho nízke hladiny boli dokázané i pri ďalších ochoreniach, ako napr. diabetes mellitus, ochorenia srdca, hypertenzia, onkologické ochorenia, sclerosis multiplex, ochorenia svalov, zápalové reumatické ochorenia, pri poruchách imunity...

Tabuľka 2 – Obsah vitamínu D v jednotlivých potravinách.

Vitamín D v 100 g potraviny (v medzinárodných jednotkách [IU])			
Rybí tuk	16 000 000	Sardinky v oleji	3 000
Kakaové maslo	120 000	Žltok	2 000
Sled'	48 000	Huby	2 000
Tuniak	30 000	Smotana	200
Kakao (v prášku)	6 000	Pečeň	40
Losos	4 000	Maslo	30

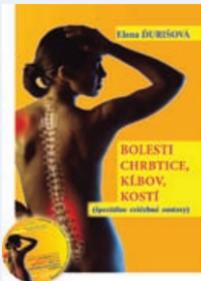
Nedostatok vitamínu D sa stáva globálnym zdravotným problémom. Niektoré údaje v literatúre popisujú, že v súčasnosti trpí jeho nedostatkom takmer 60 % populácie všetkých vekových skupín, z toho polovica má hodnoty vitamínu D na extrémne nízkej úrovni. Osteoporózu je možné, v súčasnej dobe, spoľahlivo diagnostikovať a následne liečiť. Pri pravidelnej pohybovej aktivite sa za nevyhnutnosť považuje prijímanie optimálnej dávky vápnika každý deň a dlhodobo. Je dokázané, že pravidelným dlhodobým užívaním odporúčaného množstva vápnika a vitamínu D, najmä vo vyššom veku, sa výrazne zníži tak riziko vzniku osteoporotických zlomenín, ako aj úmrtnosti pri tomto civilizačnom ochorení. Na takúto liečbu nie je nikdy neskoro. Komplexné informácie o ochoreniach pohybového aparátu a, hlavne, o osteoporóze, tabuľky s obsahom vápnika v jednotlivých potravinách i špeciálne cvičebné zostavy (*aj s nahratím na CD*) sú uvedené v publikácii „*Bolesti chrbtice, kíbov, kostí (špeciálne cvičebné zostavy)*“.

Pozývame Vás na XVII. ročník **viac info** [www.rrc.sk](http://www.rrc.sk)  
**Kurz kinezioterapie pri osteoporóze**  
**8. novembra 2024** v Reumatologicko-rehabilitačnom centre v Hlohovci

Program sa formou prednášok venuje celej problematike osteoporózy i významu svalstva panvového dna. V praktickej časti sa účastníci zoznámia s pravidlami pohybovej liečby aj s nácvikom špeciálnej zostavy podľa Ďurišovej a panvového dna.



## Bolesti chrbtice, kíbov, kostí (špeciálne cvičebné zostavy)



- bolesti pri reumatoidnej artritíde
- bolesti pri osteoartróze
- bolesti chrbtice pri sterilite
- bolesti chrbtice pri inkontinencii
- bolesti chrbtice, kíbov, kostí pri osteoporóze

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

Cvičebné zostavy (v knihe aj na CD):  
**samonapravovacie prvky, sterilita – podľa Mojžišovej (modifikácia)**  
**panvové dna, inkontinencia – cvičebná zostava „Lúčky“**  
**osteoporóza, bolesť chrbtice – podľa Ďurišovej.**



### INFOservis

## Nová plúcna chlopňa skvalitní život mladému pacientovi

Modifikáciu, dnes už existujúcej Rossovej operácie, zrealizoval, ako vôbec prvý na svete, kardiochirurgický tím Východoslovenského ústavu srdcových a cievnych chorôb a Lekárskej fakulty UPJŠ v Košiciach. Počas unikátnej operácie srdca vytvorili pacientovi novú plúcnu chlopňu z jeho vlastného tkaniva a súčasne vymenili poškodenú aortálnu chlopňu za pôvodnú plúcnu chlopňu. Dva špičkové kardiochirurgické tímy pracovali na záchrane srdca 35-ročného pacienta osem hodín na dvoch operačných sálach. Kým na jednej sa realizovala explantácia poškodenej aortálnej chlopne a jej následná výmena za pacientovu vlastnú plúcnu chlopňu, na druhej vznikala úplne nová plúcna chlopňa z vlastného tkaniva pacienta. Rossovu operáciu modifikoval špičkový slovenský kardiochi-

rurg doc. MUDr. Adrián Kolesár, PhD., MPH, spolu s dvoma českými kolegami. Rossova operácia, ako taká, sa vo svete realizuje, avšak okrem košického ústavu ju na Slovensku u dospelých nerobia nikde.

V tomto prípade sa teda prvýkrát na svete vymodelovala nová plúcna chlopňa z vlastného osrdcovníka pacienta namiesto štandardne požítaného tzv. homograftu (od darcu) alebo biologickkej chlopňovej náhrady. Je to taký pomyselný vrchol technickej zložitosti a vzhľadom na technickú náročnosť a i rizikovosť, veľa chirurgov na svete takúto operáciu nerobí. Dôležitú úlohu v tomto prípade zohral aj ďalší špičkový český kardiochirurg docent MUDr. Vilém Rohn, CSc. z Kardiochirurgickej kliniky VFN Praha, ktorý sa dlhodobo špecializuje na štruktúrne

choroby srdca a vrodené vývojové chyby v dospelosti. Ako uviedol, prišli na tento nápad, že by to do budúca malo fungovať lepšie, než štandardne používané náhrady plúcnej chlopne, pretože tam ide o dlhodobý priebeh 15–20 rokov. Ak by sa to nejakým spôsobom dokázalo zrealizovať, tak by to bola metóda voľby. Podľa MUDr. Rohna má táto operácia veľkú budúcnosť a veľký potenciál. Ďalšou výhodou tejto operácie je cena za špeciálny zdravotný materiál (chlopňové náhrady a podobne), ktorá je minimálna. Benefitom je aj to, že pacient nemá v tele žiadne cudzie teleso, či tkanivo.

Mladý 35-ročný pacient, Matej Pavlovič, vďaka tejto operácii bude viesť kvalitnejší a stále plnohodnotný život bez každodenného užívania liekov a to bol preňho najdôležitejší dô-

vod rozhodnutia podstúpiť tento unikátny zákrok. Kardiochirurg a zároveň generálny riaditeľ Východoslovenského ústavu srdcových a cievnych chorôb MUDr. Štefan Lukačín, PhD., MHA, bol štvrtým chirurgom zapojeným do unikátnej operácie. Podľa jeho slov ide o významný mílnik na poli kardiochirurgie - na realizáciu takéhoto zákroku potrebujete naozaj tých najlepších z najlepších, ak sa to však podarí, čo je nepochybne tento prípad, môže to znamenať pre mnohých mladých ľudí na svete neporovnateľne kvalitnejší život a to ma na tom najviac teší. Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb je zdravotníckym zariadením poskytujúcim zdravotnú starostlivosť a služby s tým súvisiace v špecializovanej nemocnici a špecializovaných ambulanciách a zariadeniach spo-

ločných vyšetreniach a liečebných zložiek. Súčasne je výučbovou základňou Lekárskej fakulty UPJŠ, spolupracuje so vzdelávacími inštitúciami, ktoré poskytujú stredoškolské, vysokoškolské a ďalšie vzdelávanie a vykonáva odborné školenia, stáže lekárov v rámci špecializačných priprav a kontinuálneho medicínskeho vzdelávania. Ročne sa tu vykoná približne 900 kardiochirurgických operácií, pričom neraz ide o technicky náročné a život zachraňujúce zákroky. Veľká väčšina, približne 80% z nich, je vykonaných v mimoštelovom obehu, ostatné na bi-júcom srdci. Prioritou je v aktuálnej dobe realizácia operácií s čo najmenším zásahom do tela pacienta, teda tzv. miniinvazívne kardiochirurgické operácie a taktiež zachovné operácie chlopni – plastiky.

# Recidivujúce laryngitídy u detí

Zuzana Podmanická,<sup>1</sup> Viera Rajčanová,<sup>1</sup> Ivana Gondová,<sup>1</sup> Katarína Okálová,<sup>1</sup> Karol Kráľinský,<sup>1,2</sup> Soňa Prílepková<sup>3</sup>

<sup>1</sup>II. DK SZU Banská Bystrica

<sup>2</sup>Fakulta zdravotníctva SZU so sídlom v Banskej Bystrici

<sup>3</sup>Dermatovenerologická klinika SZU Banská Bystrica

## Úvod

Laryngitída - zápal hrtana je v detskom veku častou chorobou.<sup>(1)</sup> Pre malé anatomické pomery a rýchly rozvoj opuchu slizníc sa u malých detí rýchlo zhoršuje klinický stav - od dysfónie s hrubým chraplým hlasom, cez afóniu, inspiračný stridor, štekavý kašeľ až po príznaky dyspnoe s rizikom udusenía.<sup>(2,3)</sup> Epidemiologicky je akútna laryngitída časté ochorenie, často podhlásené.<sup>(4)</sup> Akútna laryngitída je u 85 % detí subglotická a má mierny priebeh.<sup>(5)</sup> Z pacientov navštevujúcich urgentný príjem tvorí až 15 % diagnóz, je zodpovedná za 1–8 % hospitalizácií a 3 % pacientov si vyžadujú intubáciu. Prevalencia laryngitíd klesá s vekom.<sup>(6)</sup> Na rýchle zhodnotenie klinického stavu a závažnosti akútnej laryngitídy sa môže využiť skórovací systém podľa Downesa, pri ktorom sa rozhoduje o ambulantnej alebo ústavnej liečbe.<sup>(7)</sup>

Etiologicky sú najčastejšími príčinami akútnych laryngitíd **infekcie**<sup>(8)</sup> (v 90 % *adenovírusy*, od roku 2021 v USA zaznamenali nárast laryngitíd spôsobených infekciou COVID-19 - variantom Omicron<sup>(9)</sup>), **mechanické preťaženie hlasiviek** a **trauma** hlasiviek.<sup>(3)</sup> Ak trvá laryngitída viac ako **3 týždne**, už ide o chronickú laryngitídu.

Ak sa akútne laryngitídy opakujú, ide o recidivujúce laryngitídy, kde je potrebné z hľadiska ďalšieho riešenia a kurability postupovať diferenciálne diagnosticky.<sup>(3,9)</sup> Najčastejšie príčiny chronických laryngitíd, ktoré môžu viesť k trvalému zachrípnutiu (u detí v školskom veku 6–23 %<sup>(9)</sup>) alebo výskytu recidivujúcich laryngitíd, sú napríklad: alergická, extraezofágový reflux (*laryngofaryngeálny reflux*), trauma, fajčenie, tvrdý alkohol, autoimunitné ochorenia, niektoré lieky, nádory a mnohé ďalšie vzácnejšie príčiny uvedené na Obrázku č. 2.<sup>(10,11)</sup>

**Obrázok 1** – Skórovací systém na hodnotenie klinického stavu akútnej laryngitídy.<sup>(7)</sup>

## SKÓRE PODĽA DOWNESA

PRÍZNAKY	0	1	2
Inspiračný dých. šelest	Normálny	Difúzne piskoty a vrzoty	Oslabený až ticho
Stridor	-	Inspiračný	Inspiračno-exspiračný
Kašeľ	-	Drsný, neproduktívny	Štekavý, suchý
Dyspnoe	-	Zaťah. jugula, alárne súhyby	Zaťah. mäkkých častí Dých. otvorenými ústami
Cyanóza	-	FiO <sub>2</sub> 0.2	FiO <sub>2</sub> ≥0.4

<3 – v domácom oš. (*chladný vzduch, tekutiny, mukolytiká*).  
≥3 – hospitalizácia (*dexamethason, inhalácia adrenalínu*).  
>7 – tracheálna intubácia.

**Obrázok 2** – Príčiny chronického zachrípnutia.<sup>(10)</sup>

## PRÍČINY DYSFÓNIE (ZACHRÍPNUTIA) V DETSKOM VEKU

KONGENITÁLNE	INFEKČNÉ	ENDOKRINNÉ /METABOLICKÉ
<ul style="list-style-type: none"> <li>Subglotická stenóza</li> <li>Laryngotracheálny rážštep</li> <li>Laryngeálna pavučina</li> <li>Laryngeálne cysty</li> <li>Neonatálna myasthenia gravis</li> <li>Vrodený syfilis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Laryngitída</li> <li>Laryngotracheitída</li> <li>Epiglottitída</li> <li>Adenovírus</li> <li>Parainfluenza</li> <li>Chrípka</li> <li>Syfilis</li> <li>Meningitída</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hypotyreóza</li> <li>Hypokalcémia</li> <li>Tehotenstvo</li> <li>Strádavé choroby (<i>teaurizmozý</i>)</li> <li>Farberova choroba</li> <li>Gaucherova choroba</li> <li>Lipoidná proteinóza</li> <li>Mukolipidóza II.</li> </ul>
NEUROLOGICKÉ	IATROGÉNNE	GENETICKÉ
<ul style="list-style-type: none"> <li>Paralýza hlasiviek</li> <li>Arnold-Chiariho malformácia</li> <li>Meningomyelokéla</li> <li>Wilsonova choroba</li> <li>Neuritída</li> <li>Myasthenia gravis</li> <li>Svalová dystrofia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kardiochirurgia</li> <li>Pôrodná trauma</li> <li>Intubačná trauma</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cri-du-chat</li> <li>Familiárna dysautómia</li> <li>Downov syndróm</li> </ul>
NÁDORY	PSYCHOGÉNNE	KONŠTITUČNÉ /MECHANICKÉ
<ul style="list-style-type: none"> <li>Laryngeálna papilomatóza</li> <li>Hemangiómy</li> <li>Laryngeálny karcinóm</li> <li>Rabdomyosarkóm</li> <li>Lymfangióm</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Puberfónia (<i>funkčný falzet</i>)</li> <li>Psychogénny stridor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Laryngomalácia</li> <li>Tracheomalácia</li> <li>Sublotická stenóza</li> </ul>
ALERGICKÉ	TRAUMATICKÉ	TOXICKÉ
<ul style="list-style-type: none"> <li>Alergická rinitída</li> <li>Angioedém</li> <li>Anafylaxia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hlasivkové uzlíky</li> <li>Hlasivkové polypy</li> <li>Postintubácia</li> <li>EER</li> <li>Aspirácia cudzieho telesa</li> <li>Tupá trauma krku</li> <li>Penetračné poranenie krku</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chemoterapia</li> <li>Granulomatóza s polyangiitídou (<i>Wegenerova granulomatóza</i>)</li> <li>Sarkoidóza</li> <li>Amyloidóza</li> <li>Epidermolysis bullosa</li> </ul>

Pri recidivujúcich laryngitídach, aby sa mohla určiť príčina stavu, je potrebné sledovať:

- frekvenciu** (2 a viac epizód za 1 rok),
- etiológiu** (demaskovanie základnej choroby pri vírusovej infekcii),
- vek dieťaťa** (mladšie ako 6 mesiacov a staršie ako 3 roky),
- sezonalitu výskytu** (celoročne bez väzanosť na ročné obdobia),
- symptómy** (ako pri akútnej laryngitíde, ale vzniknú náhle a bez prodrómov, sú ťažšie, horšie reagujú na liečbu, ak sú súbežné s infektom),
- trvanie** (relabujúco-remitujúce)
- odpoveď na liečbu** (čiastočná alebo žiadna odpoveď na liečbu).<sup>(12)</sup>

**Obrázok 3** – Rozdiel medzi akútnou laryngitídou a recidivujúcou laryngitídou.<sup>(12)</sup>

	LARYNGITÍDA	RECID. LARYNGITÍDA
FREKVENCIA	1 EPIZÓDA /ROK	≥ 2 EPIZÓDY/ 1 ROK
ETIOLÓGIA	parainfluenza typ 1, chrípka, RSV	Možné demaskovanie základnej choroby pri vírusovej infekcii
VEK	>6 mes. <3 r.	<6 mes. >3 r.
SEZÓNA	↑ vírusová aktivita: jeseň–zima	po celý rok
SYMPTÓMY	+ prodrómy URTI chrapot štekavý kašeľ stridor dýchavičnosť ±	Chrapot štekavý kašeľ stridor + respiračná tieseň (zvyčajne bez prodrómov príznaky sú horšie, ak sú súbežné s infektom)
TRVANIE	Krátke trvanie 1–2 dni	relapsujúce, remitujúce trvanie, môže pretrvávajúť týždne
ODPOVEĎ NA LIEČBU	úplná odpoveď na štandardnú liečbu	čiastočná, alebo žiadna odpoveď na liečbu

**Obrázok 4** – Diferenciálna diagnostika recidivujúcich laryngitíd.<sup>(18,19,20,21,22)</sup>

Skin prisk test, IgE, Eo kv.	→	Atopia
Spirometria	→	Astma
ORL	→	Hypertrofia tkaniva orofaryngu
24hod. pH metria	→	Vylúčenie EER
Ezofagoskopia	→	Ezofagitída
Laryngo/bronchoskopia	→	Anatomické lézie

Recidivujúce laryngitídy môžu viesť k vývoju hyperreaktivity v dýchacích cestách a zníženiu pľúcnych funkcií.<sup>(13,14,15)</sup> Recidivujúce laryngitídy môžu byť symptómom atopického ochorenia, analógiou astmatických záchvatov na úrovni laryngu.<sup>(15)</sup> Recidivujúce laryngitídy sú podhlásené. Literárne údaje uvádzajú incidenciu laryngitíd u malých detí 2–6 %.<sup>(16)</sup> 10–16 % z celkovej populácie detí aspoň raz prekoná laryngitídu a u 5 % detí sa vyskytujú recidivujúce laryngitídy bez ohľadu na atopickú anamnézu.<sup>(16)</sup> V 5 % prípadoch sa objavujú recidivujúce laryngitídy asociované s písčaním (*wheezing*).<sup>(15)</sup> Z hľadiska dlhodobého manažmentu si recidivujúce laryngitídy vyžadujú liečenie hyperreaktivity v dýchacích cestách, podobne ako liečenie bronchiálnej hyperreaktivity.<sup>(17)</sup> V prípade nedostatočnej odpovede na liečbu je potrebné prehlbovať diferenciálnu diagnostiku a pátrať po príčine s cieľom zníženia epizód laryngitíd.<sup>(18,19,20)</sup> Okrem alergických prejavov, alebo asociácie s hyperreaktívou dýchacích ciest, sa môže jednať o ďalšie príčiny – EER extraezofágový reflux so špecifitou výskytu v laryngu - v literatúre popisovaný aj ako laryngofaryngeálny reflux, hypertrofia sliznice orofaryngu s dysfunkciou, ezofagitída, obštrukcie laryngu z rôznych príčin.<sup>(18,19,20,21,22)</sup>

Dôležité je komplexné vyšetrenie pacienta, od anamnézy cez fyzikálne klinické vyšetrenie až po pomocné laboratórne, zobrazovacie, funkčné vyšetrenia. Semiinvasívne vyšetrenie (24 h pH metria s impedanciou) a invazívne vyšetrenia (laryngoskopia, gastrofibroskopia, bronchoskopia) si už vyžadujú hospitalizáciu pacienta a v prípade skopických vyšetrení vyžadujú celkovú anestézu u pacienta.

Vyšetrenia, pokiaľ nejde o akútne dyspnoe až sufokáciu sa realizujú v pokojovom štádiu (*mimo ataku*). Už anamnestickými otázkami pátrame cielene po sezonalite príznakov, viazanosti na kontakt so zvieratami, prostredím, viazanosti na dennú/nočnú dobu vzniku ťažkostí, viazanosti k horizontálnej polohe, konzumácii jedla, prítomnosti chrápania u dieťaťa, pálenia záhy, zachrípnutia, chrčania pri námahe, v pokoji a podobne. Klinicky sa orientujeme pomocou auskultácie, vizualizáciou sliznice, charakteru chrupu, zatekania z horných dýchacích ciest. Nasledujú pomocné vyšetrenia. Pre názornosť uvádzam niekoľko príkladov, kde vždy treba vyhodnotiť stav pacienta komplexne a snažiť sa racionalizovať vyšetrenia:

**Obrázok 5** – Abrázia chrupu, žltý povlak na jazyku, opakované kultivačné záchyty orálnej kandidózy poukazujúce na dysmikrobiu v dutine ústnej smerujú k podozreniu na extraezofágový reflux. (archív autora 2022)



**Obrázok 6** – Realizácia kožných prick testov (*Skin prick testov*) na diagnostiku senzibilizácie na inhaláčnne alergény. (archív autora)

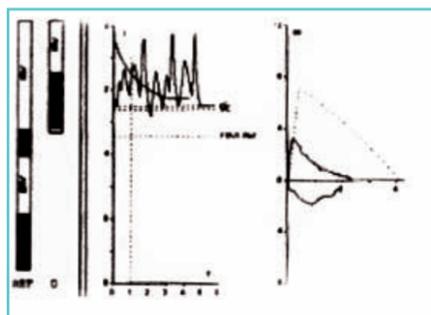
**Soluprick SQ ALK**

1. negatívna kontrola	0
2. <i>Phleum pratense</i> (timotejka)	6/6
3. <i>Lolium perenne</i> (mätonoh)	6/6
4. <i>Secale cereale</i> (raž)	0
5. <i>Betula</i> (breza)	5/5
6. <i>Corylus</i> (lieska)	10/10
7. <i>Alnus</i> (jelša)	6/6
8. <i>Fraxinus</i> (jaseň)	0
9. <i>Platanus</i> (platan)	0
10. <i>Plantago</i>	4/4
11. <i>Cynodon</i> (prstnatec)	0
12. <i>Artemisia vulgaris</i>	0
13. <i>Ambrosia</i>	0
14. <i>Alternaria alternata</i>	0
15. <i>Cladospórium</i>	5/5
16. <i>D. pteronyssimus</i>	0
17. <i>D. farinae</i>	0
18. <i>Felix</i>	0
19. <i>Canis</i>	6/5
20. Pozit ko histamín	++9/9

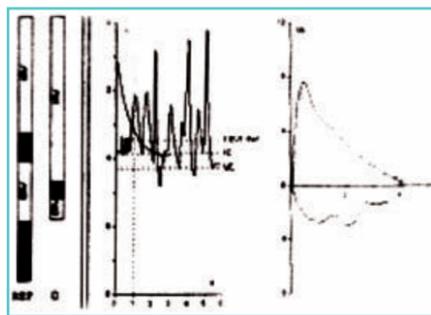


**potvrdená polyvalent. senzibilizácia:**  
trávy +++++ jelša +++ skorocel + lieska +++ plese cladospirium +++  
breza++++

**Obrázok 7** – Spirometrické vyšetrenie pľúcnych funkcií potvrdzujúcich obštrukčnú ventilačnú poruchu (*pri astme*) a prehodenie stavu na terapii - vyšetrenie si vyžaduje spoluprácu pacienta, preto sa nedá realizovať u malých detí a pacientov s neurologickým deficitom. (Archív autora)



PARAMETER	JEDNOTKA	REF	MER	%REF
VC	l	4.20	2.44	58
ERV	l	1.34	0.11	8
IRV	l	1.94	1.15	59
TV	l	0.57	1.19	207
IC	l	2.71	2.33	86
<b>OBJEMY A PRIETOKY</b>				
FVCex	l	4.22	2.33	55
FEV1	l	3.49	1.49	43
FEV1/FVC	%	86	64	75
PEF	l/s	7.11	3.22	45
MEF75	l/s	6.14	1.91	31
MEF50	l/s	4.36	0.89	20
MEF25	l/s	2.25	0.56	25
MEF25-75	l/s	3.95	0.97	25

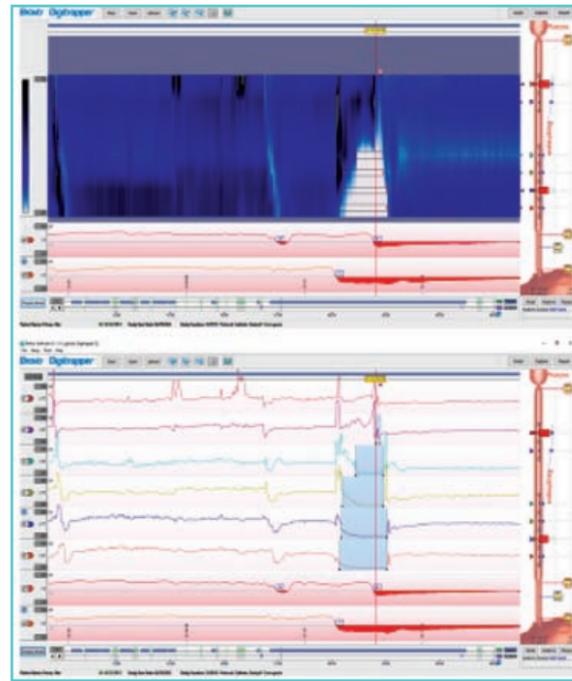


PARAMETER	JEDNOTKA	REF	MER	%REF
VC	l	4.20	4.10	97
ERV	l	1.34	0.43	23
IRV	l	1.94	3.33	172
TV	l	0.57	0.33	58
IC	l	2.71	3.66	135
<b>OBJEMY A PRIETOKY</b>				
FVCex	l	4.22	4.10	97
FEV1	l	3.49	3.21	92
FEV1/FVC	%	86	78	91
PEF	l/s	7.11	7.64	107
MEF75	l/s	6.14	5.18	84
MEF50	l/s	4.36	2.99	69
MEF25	l/s	2.25	1.43	64
MEF25-75	l/s	3.95	2.70	68

**Referencie**

1. Hanzelová; 2022 [cit. 2024-01-18]. Dostupné z: [https://www.orl-ufuk.sk/zapaly\\_hrtana.php](https://www.orl-ufuk.sk/zapaly_hrtana.php) 2. Haymarket Media; 2012 [cit. 2024-01-18]. Dostupné z: <http://www.clinicaladvisor.com/anatomy-of-an-asthma-attack/slideshow/677> 3. Knott L.; Laryngitis (Chronic and Acute) Patient 2021 [cit. 2024-01-18]. Dostupné z: <http://patient.info/doctor/laryngitis-pro> 4. Tusaliu M., Dragu A.A., Zainea V.; 2015 Archives Of The Balkan Medical Union-Acute obstructive laryngitis in children, Original papers sept. 2015, [cit. 2024-01-18]. Dostupné z: <https://umbalk.org/acute-obstructive-laryngitis-in-children/> 5. Zoorob R., Sidani M., Murray J.; 2011 Croup: an overview. Am Fam Physician. 2011 May 1;83(9):1067-73 [cit. 2024-01-18]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21534520/> 6. Gibson M.C.; 2020 [cit. 2024-01-18]. Dostupné z: [https://www.wikidoc.org/index.php/Laryngitis\\_epidemiology\\_and\\_demographics](https://www.wikidoc.org/index.php/Laryngitis_epidemiology_and_demographics) 7. Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0; WikiLectures; 2023 [cit. 2024-01-18]. Dostupné z: [https://www.wikilectures.eu/w/Acute\\_Laryngitis](https://www.wikilectures.eu/w/Acute_Laryngitis) 8. Haves J., Levine M., S Barron Frazier S., Antoon J.W.; JEM Rep 2023 Croup associated with COVID-19: A case series [cit. 2024-01-18]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9899123/> 9. Alrahim A., Alshabani A.K., Algarni S., Alsaied A. et al.; Int J Environ Res Public Health. 2022 Prevalence and Determinants of Hoarseness in School-Aged Children [cit. 2024-01-18]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9103237/> 10. Craig H., Zalvan J.J.; 2023 Common causes of hoarseness in children [cit. 2024-01-18]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41230591/> 11. Lee D.; Hoarseness, 2016 [cit. 2024-01-18]. Dostupné z: <https://www.slideshare.net/DennisLee14/hoarseness-year4> 12. Joshi V., Malik V., Mirza O., Kumar B.N.; Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2014 Fifteen-minute consultation: structured approach to management of a child with recurrent croup [cit. 2024-01-18]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24231112/> 13. Zach M., Erben A., Olinsky A.; Arch Dis Child. 1981 Croup, recurrent group, allergy, and airways hyper-reactivity [cit. 2024-01-18]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1627424/> 14. Van Bever H.P., Wieringa M.H., Weyler J.J., et al.; Eur J Pediatr. 1999 Group and recurrent croup: their association with asthma and allergy. An epidemiological study on 5-8-year-old children [cit. 2024-01-18]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10094451/> 15. Castro-Rodriguez J.A., Holberg C.J., Morgan W.J., Wright A.L., et al; Pediatrics 2001, Relation of Two Different Subtypes of Croup Before Age Three to Wheezing, Atopy, and Pulmonary Function During Childhood: A Prospective Study [cit. 2024-01-18]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11230591/> 16. Bower J., MC Bride J.T., Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 2015, Group in Children (Acute Laryngotracheobronchitis) [cit. 2024-01-18]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7173542/> 17. Litmanovitch M., Kivity S., Soferman R, et al., Ann Allergy/1990, Relationship between recurrent croup and airway hyperreactivity. [cit. 2024-01-18]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2206090/> 18. Kwong B.K., Hoa M., Cotichia J.M.; Am J Otolaryngol 2007 Recurrent croup presentation, diagnosis, and management [cit. 2024-01-18]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17980773/> 19. Cooper T., Kuruvilla G., Persad R. et al.; Otolaryngol Head Neck Surg 2012 Atypical Croup: Association with Airway Lesions, Atopy, and Esophagitis [cit. 2024-01-18]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22588730/> 20. Zalvan C.H., Jones J.; UpToDate 2023 Common causes of hoarseness in children [cit. 2024-01-18]. Dostupné z: <https://medilb.ir/uptodate/show/6303> 21. Jin Hyun K., Han-Sin J., Kyung Mi K., Ye Jin L. et al.; PLoS One 2016 Extra-Esophageal Pepsin from Stomach Refluxate Promoted Tonsil Hypertrophy [cit. 2024-01-18]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27058240/> 22. Danling Liu, Tingting Qian, Shan Sun, Jack J Jiang.; J Inflamm Res. 2020 Laryngopharyngeal Reflux and Inflammatory Responses in Mucosal Barrier Dysfunction of the Upper Aerodigestive Tract [cit. 2024-01-18]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7801919/>

**Obrázok 8** – Časť záznamu z 24 hodinovej pH metrie s impedanciou s prítomnosťou nočnej epizódy kyslého refluxu. Pacient s anamnézou laryngitíd a ťažkých obštrukčných bronchitíd s vylúčením inej príčiny stavu. Recidíva až s aspiráciou pri nedodržiavaní antirefluxných režimových a liečebných opatrení (*po noci medzi spolužiakmi v základnej škole*). (Archív autora 2023)



**Tekutý reflux**  
**Proximálny**  
**Kyslá refluxná epizóda**  
**V noci počas spánku o 21:15**

**Obrázok 9** – Laryngo-bronhoskopické potvrdenie prekážky v dýchacích cestách u pacienta s dg Epydermolysis bullosa. Klinicky pred liečbou prítomné zhoršujúce sa zachrípnutie a stridor. Najskôr v nepokoji, neskôr aj v pokoji inspiračno-expiračného charakteru. (Archív autora 2023)

Epiglottis s edémom s belavým ulpievajúcim povlakom.



**Postupný rozvoj dysfónie a inspiračného stridoru v 12. mes. veku.**  
**Nepriama imunofluorescencia:** lineárna pozitívita IgG, C3  
**Serológia:** anti IgG BP230++1.28, anti IgG desmoglein 1++1.24  
**Odpoveď na liečbu:** CCS, IVIG 2g/kg



Epydermolysis bullosa



Recidivujúce laryngitídy sa v populácii detí vyskytujú až v 5%. Môžu a nemusia byť asociované s atopickou dispozíciou. Ich komplexné prešetrenie je indikované, pokiaľ sa objavujú **2 a viackrát do roka**, sú v netypickom veku (**u mladších detí ako 6 mesiacov, u starších detí viac ako 3 roky**), v netypickom čase (**mimo respiračných infekcií**), majú závažný priebeh **nedostatočne odpovedajúci na liečbu**, objavia sa **náhle bez prodrómov** respiračného ochorenia, majú **relabujúco-remitujúci priebeh** a môžu **pretrvávajúť niekoľko týždňov až mesiacov**.<sup>(12,16,17,18,19,20)</sup>

# Nové možnosti liečby endometriózy

MUDr. Katarína Peregrimová

Gynekologicko-pôrodnické pracovisko, Nemocnica Bory

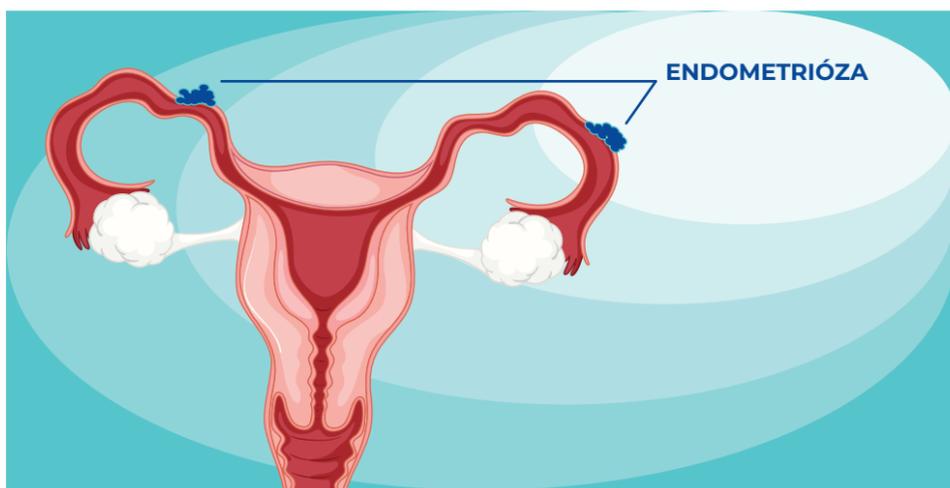
## Úvod

Endometrióza je chronické benigne estrogén dependentné ochorenie. Je to patologický stav organizmu kedy sa funkčné endometriálne žľazy a stróma nachádzajú mimo dutiny maternice. Prevalencia v reprodukčnom veku sa udáva 10–15 %, avšak údaje v literatúre sú rôzne, keďže endometrióza môže byť asymptomatická a často nájdeme endometriálne ložiská len ako vedľajší nález pri laparoskopii pre iné ochorenie. Jeden z dôvodov stúpajúceho nárastu endometriózy môže byť spôsobený lepšou erudíciou lekárov, lepšou diagnostikou, ale aj niektoré civilizačné fenomény.

Ochorenie najčastejšie postihuje orgány malej panvy (*vaječníky*), ale môže sa nachádzať aj mimo dutiny brušnej (*plúca, mozog...*). Existuje viacero teórií vzniku, avšak žiadna z teórií nevysvetľuje všetky formy endometriózy. Medzi teórie vzniku patria retrográdna menštruácia, tzv. implantačná teória, transportná teória hovori o mozgovej diseminácii lymfogénou či hematologickou cestou a teória coelomovej metaplázie predpokladá transformáciu normálneho peritonea v ektopické endometrium po endogénom stimule.

## Formy endometriózy

Endometrióza má 4 základné formy. Peritoneálna forma postihuje peritoneum a je prakticky nemožné ju diagnostikovať využitím ultrasonografie (USG). Najčastejšia ovariálna forma vytvára typické endometriálne, tzv. čokoládové cysty na vaječníkoch, ktoré sú veľmi dobre viditeľné pri USG vyšetrení. Pri postihnutí svaloviny maternice hovoríme o adenomyóze. Poslednou je hlboká infiltrujúca endometrióza (*DIE - deep infiltrating endometriosis*), ktorá je definovaná infiltráciou lézie zasahujúcou 5 mm a viac do tkanív pod peritoneálnu povrch. V prípade orgánov sa DIE klasifikuje, ak je postihnutá lamina muscularis propria, alebo hlbšie vrstvy. Endometriálne žľazy a stróma infiltrujú peritoneum a následne prilahlé tkanivá a vyvolávajú proliferáciu hladkého svalstva a fibróznú reakciu, čím spôsobujú tvorbu pevných uzlov. Časté je postihnutie močového mechúra, či ureteru, s jeho obštrukciou a možným vznikom hydronefrózy, postihnutie rektovaginálneho septa, či čreva, s rôznymi gastrointestinálnymi prejavmi.



## Symptómy

Najčastejším symptómom endometriózy je bolesť a infertilita, ale symptómy môžu byť veľmi rôznorodé podľa formy endometriózy a stupňa postihnutia. Typickými prejavmi endometriózy sú dysmenorea, dyspareunia, chronická panvová bolesť, abnormálne krvácanie, gastrointestinálne ťažkosti (*hnačky, obštipácia, dyschézia...*), hematúria, bolesti pri močení.

## Diagnostika

V diagnostike endometriózy je veľmi dôležitá anamnéza. Pri vyššie spomínaných ťažkostiach je potrebné vždy myslieť aj na možnú endometriózu. Základom je fyzikálne vyšetrenie nasledované ultrasonografickým vyšetrením transvaginálnou sondou. USG sa vykonáva v štyroch krokoch, ktoré hodnotí postihnutie maternice a vaječníkov, mobilitu a bolestivosť orgánov a možné zrasty v malej panve podľa tzv. sliding sign. Posledným krokom je anatomická lokalizácia hlbokšej infiltrujúcej endometriózy. Dôležitým vyšetrením, najmä pri podozrení na DIE, je magnetická rezonancia malej panvy.

Odobratie onkomarkerov má význam jedine pri podozrení na onkologické ochorenie. Inak ich odobratie nemá význam, keďže pri endometrióze býva typicky zvýšená hodnota markeru CA 125. Pri diferenciálnej diagnostike onkologického ochorenia je nutné odobrať CA 125 a HE4.

## Liečba

Kedysi bola zlatým štandardom na potvrdenie, resp. vylúčenie endometriózy, diagnostická laparoskopia a až na základe histologického vyšetrenia odobratých vzoriek tkaniva bola nasadená liečba. Pri dnešných znalostiach klinických prejavov endometriózy a veľmi kvalitných pomocných zobrazovacích technikách je už štandardom v prvom kroku hormonálna liečba. Operačné riešenie je odporúčané až v prípade potreby resekcii endometriálnych cyst, alebo ložísk hlbokšej infiltrujúcej endometriózy.

Liečba endometriózy sa riadi, v prvom rade, potrebami a ťažkosťami pacientky. Inak budeme pristupovať k pacientke s bolesťami, ktorá už má reprodukčné plány ukončené a inak u pacientky, ktorej hlavným symptómom je infertilita.

V prípade riešenia bolesti máme viaceré možnosti liečby. Pre pacientky, ktoré majú ukončené reprodukčné plány a hlavným symptómom je bolesť, sú vhodné nesteroidné analgetiká (*Nalgesin, Ketonal, Indometacin, Diclofenac...*) v kombinácii s hormonálnou liečbou.

Princípom hormonálnej liečby sú preparáty, ktoré pôsobia antiestrogénne a vedú k atrofii ložísk endometriózy. Cieľom liečby je amenorea. Medzi prvé voľby liečby patria čisté gestagény alebo kombinovaná hormonálna antikoncepcia v kontinuálnom režime (*bez pauzy na menštruáciu*). Čisté gestagény môžu byť podávané v rôznej forme, či už per os (*najčastejšie používaný dienogest alebo v zahraničí často užívaný norethisterón acetát*) alebo vo forme vnútramaternicového telieska s levonorgestrelom. Pri užívaní čistých gestagénov sa môžu objaviť nežiaduce účinky akými sú nauzea, poruchy nálad (*depresia*), špinenie (*spotting*), nárast hmotnosti a pri dlhodobom užívaní strata kostnej denzity.

Kombinovaná hormonálna antikoncepcia je často dobre tolerovaná pacientkami, vhodná na dlhodobé užívanie s pridaným benefitom zníženia rizika ovariálneho a endometriálneho karcinómu. Možné sú všetky formy užívania: v tabletkovej forme, vaginálny krúžok alebo ako transdermálna náplast.

Pri slabom účinku tejto liečby je možné nasadiť GnRh analógy, najčastejšie agonisty GnRh. Pôsobia na základe reverzibilnej supresie ovariálnych funkcií a navodením stavu arteficiálnej menopauzy „*downreguláciou*“ gonadotropnej aktivity. Medzi najčastejšie využívané lieky patrí goserelín a triptorelín. Vzhľadom na navodenie arteficiálnej menopauzy a vedľajších účinkov s tým spojených, je možné ich samostatné užívanie najviac 6 mesiacov, v prípade „*add back*“ terapie 12 mesiacov. Medzi najčastejšie nežiaduce účinky patria návaly, potenie, vaginálna suchosť, pokles libida a zníženie kostnej denzity.

Iné možnosti liečby sú inhibítory aromatázy, avšak podľa SPC ide o „*off-label*“ liečbu. Ďalšou možnosťou je syntetický androgén danazol. Pre jeho vedľajšie androgénne účinky nie je bežne užívaný.

Novou možnosťou medikamentóznej liečby endometriózy je liek, ktorý zahŕňa v sebe 3 liečivá: GnRh antagonistu relugolix 40 mg, 1 mg estradiolu a 0,5 mg norethisterónu acetátu. Táto kombinovaná terapia je na Slovensku registrovaná od novembra 2023. Je indikovaná pre dospelé ženy v reprodukčnom veku na liečbu stredne závažných a závažných symptómov spôsobených myómami maternice a symptomatickú liečbu endometriózy u žien s anamnézou predchádzajúcej medikamentóznej alebo chirurgickej liečby endometriózy. Tento liek je na liečbu krvácania maternicových myómov na Slovensku registrovaný od júla 2021 a na základe dvojročného štúdie Spirit 1 a 2 od novembra 2023 schválený aj na liečbu endometriózy. V štúdiách Spirit 1 a 2 bolo potvrdené, na základe dvojročného sledovania vyše 800 žien, výrazné zníženie dysmenorey, nemenštruačnej panvovej bolesti a dyspareunie. Zároveň výrazne stúpol počet pacientok, ktoré nemuseli užívať analgetiká. Nežiaduce účinky boli porovnateľné s kontrolnou skupinou s placebom. Liečba bola dobre tolerovaná a bola spojená s priemerným poklesom kostnej denzity o < 1 %, ktorý počas dlhodobej liečby neprogredoval.

Pacientky s dobrým efektom hormonálnej liečby a pri vylúčení iných rizík, ako je napr. stenóza ureteru, alebo čreva, môžu užívať hormonálnu liečbu do menopauzy. Sú však skupiny pacientok, u ktorých efekt liečby nie je dostatočný, pretrvávajú u nich závažné nežiaduce účinky alebo je pre nich hormonálna liečba kontraindikovaná (*tromboembolické ochorenia*). Pre tieto pacientky je vhodná chirurgická liečba. Zlatým štandardom je laparoskopia. U obéznych pacientok, či pacientok s DIE, je vhodnou možnosťou robotická operácia. Často je potrebný multidisciplinárny prístup spolu s chirurgom a urológom, najmä ak je potrebná resekcia čreva, močového mechúra alebo močovodu. Vzhľadom na časté početné zrasty v oblasti malej panvy musia byť pacientky pred operáciou dôkladne poučené o rizikách operácie. Rozsah operácie závisí na reprodukčných plánoch a stupňa postihnutia jednotlivých orgánov. Do úvahy prichádza rozrušenie zrastov, v prípade DIE navrhujeme radikálnu operáciu, v prípade endometriálnych cyst ich odstránenie, resp. vaporizáciou lôžka endometriómu laserom. Pri ukončených reprodukčných plánov je poslednou možnosťou hysterektómia s odstránením oboch vaječníkov.

U pacientok s hlavným symptómom infertility sú medikamentózne veľmi obmedzené možnosti, keďže hormonálna liečba endometriózy má antikoncepcné účinky. Pre pacientku je vhodné zvážiť metódy asistovanej reprodukcie alebo, v prípade bolesti, chirurgickú liečbu.

Pacientky s asymptomatickou endometriózou je možné sledovať bez nutnosti liečby. Absolutná indikácia k operácii je hydronefróza na podklade DIE alebo stenóza čreva.

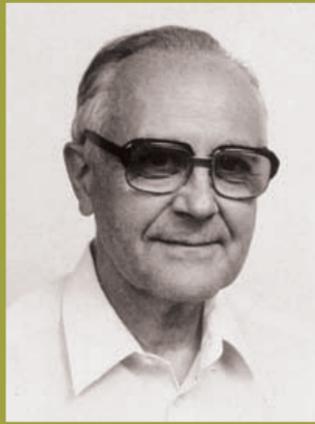
Okrem medikamentóznej a chirurgickej liečby nesmieme zabúdať aj na iné možnosti konzervatívnej liečby. V prípade postihnutia panvových nervov a neuralgií je nevyhnutná spolupráca s neurológom. Na znížení bolesti môže mať zásadný podiel fyzioterapia. Veľký význam majú podporné pacientske skupiny či terapia psychológom. Odporúčaná je tiež zmena stravovacích návykov v zmysle stredomorskej diéty (*tzv. endodiéta*). Pacientky s chronickými bolesťami je potrebné konzultovať aj s algeziológom. V krajnom prípade je na liečbu bolesti, okrem klasických nesteroidných analgetík, možné využiť aj neuromodulátory, ktoré patria do skupiny antiepileptík (*pregabalin, gabapentín*) či antidepresíva (*amitriptylín*) v dávke určenej na liečbu chronickej bolesti.

## Referencie

- Becker, C.H.M.; Johnson, N.P.; AS- Saine, S.; Ferreira, J.C.A.; Abrao, M.S.; Wilk, K.; Imm, S. J.; Mathur, V.; Perry, J.S.; Wagman, R.B.; Giudice, L.C.; 2024. Two-year efficacy and safety of relugolix combination therapy in women with endometriosis-associated pain: SPIRIT open label extension study. *Hum Reprod.* 2024 Mar; 39(3): 526–537. Dostupné na: <http://doi.org/10.1093/humrep/dead263>
- Drahoňovský, J., 2021b. Klasifikace endometriózy. *Moderní gynekologie a porodnictví*, roč. 28, č. 3, s. 317–325.
- Drahoňovský, J., 2021c. Strategie léčby endometriózy. *Moderní gynekologie a porodnictví*, roč. 28, č. 3, s. 379–386.
- Giudice, L.C.; AS- Saine, S.; Ferreira, J.C.A.; Becker, C.H.M.; Abrao, M.S.; Lessey, B.A.; Brown, E.; Dynowski, K.; Wilk, K.; Li, Y.; Mathur, V.; Warsi, Q.A.; Wagman, R.B.; Johnson, N.P.; 2022. Once daily oral relugolix combination therapy versus placebo in patients with endometriosis-associated pain: two replicate phase 3, randomised, double-blind, studies (SPIRIT 1 and 2) *The Lancet* 2022;399:2267–79. Dostupné na: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)00622-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)00622-5/fulltext)
- Hornstein, M.D.; Gibbons, W.E. a Young, S.L. 2024. Endometriosis: Treatment of infertility in females. Online. Aktualizované 2024-04-03. Dostupné na: <https://www.uptodate.com/contents/endometriosis-treatment-of-infertility-in-females>
- Ivánková, K.; Marvanová, Z.; Hanáček, J.; Drahoňovský, J. a Feyreisl, J., 2021. Konzervatívni léčba endometriózy. *Moderní gynekologie a porodnictví*, roč. 28, č. 3, s. 387–394.
- Schenken, R.S., 2024. Endometriosis in adults: Pathogenesis, epidemiology, and clinical impact. Online. Aktualizované 2024-08-15. Dostupné na: <https://www.uptodate.com/contents/endometriosis-in-adults-pathogenesis-epidemiology-and-clinical-impact>
- Schenken, R.S., 2024. Endometriosis: Treatment of pelvic pain. Online. Aktualizované 2024- 5-24. Dostupné na: <https://www.uptodate.com/contents/endometriosis-treatment-of-pelvic-pain>

# Duchovný majster medzi väzením a nemocnicou

Dňa 24. júna 1954 Vojenský súd v Trenčíne súdil 29-ročného lekára MUDr. Silvestra Krčméryho. Tento deň si už niekoľko rokov pripomíname na Slovensku ako pamätný deň venovaný obetiam komunistického režimu. Krčméry je osobnosť katolíckeho disentu, ktorý zohral významnú úlohu pri páde totalitného režimu. Bol uznávaný a oceňovaný doma i v zahraničí. Čo však vieme o jeho lekárskom povolání?



MUDr. Silvester Krčméry  
(1924–2013)



Z rodinného albumu, Silvo je v strede hore.

Malý banskobystričský študent s pseudonymom „Skaut“ vyhral súťaž v časopise Plameň. Napísal článok s názvom „Čo vyčítam dnešnej dievke?“<sup>(1)</sup> Svedčí to o spisovateľskom talente mladého Silva, ktorý si už vo veku 12 rokov viazal zošity spomienok na prežitú prázdninu. Po jezuitských duchovných cvičeniach chcel byť kňazom, no jeho otec Ladislav chcel, aby mal v rukách najskôr nejaké poriadne povolanie a až následne by súhlasil aj s jeho duchovnou formáciou.<sup>(2)</sup> Tak sa mladý Silvo, po vzore svojho strýka Karola Krčméryho,<sup>(3)</sup> riaditeľa trnavskej nemocnice rozhodol pre dráhu lekára. Inšpiráciu pre lekársku prax mohol vnímať aj v povolání svojho uja lekára Albína Jablonszky.<sup>(4)</sup> Svoju mladosť prežil v duchu rímskeho príslovia: „nulla dies sine linea“ (ani deň bez čiarky, nezahájaj ani deň).

Počas štúdia medicíny v Bratislave sa stretol s chorvátskym kňazom a profesorom sociológie Tomislavom Kolakovičom.<sup>(5)</sup> Ten v ňom ešte viac rozvinul ducha laického apoštola, no zároveň mu vravel, že je potrebné stavať si v živote veľké ciele, nie malé. Aj ako lekár môže urobiť veľmi veľa. Krčméry sa rozhodol, že sa bude venovať kožnému lekárstvu a jeho veľkým snom bolo poraziť malomocenstvo. Jeho sestra Gabriela, vyd. Španíková, spomína: „Silvo si vybral štúdium medicíny a plánoval potom ísť ako misionár do sveta. Veľmi chcel ísť medzi malomocných, to bolo také jeho želanie. Aj sa na to pripravoval.“<sup>(6)</sup>

Medicínu študoval v Bratislave, no rovnako aj v Paríži a v Prahe, kde promoval 7. mája 1948 ako „doktor všetkých vied lekárskeho MUC. Na promočnom oznámení je výrok z Matúšovho evanjelia: „Nie zdraví potrebujú lekára, ale chorí. Idte a učte sa, čo znamená milosrdenstvo chcem, a nie obetu. Lebo neprišiel som volať spravodlivých, ale hriešnikov.“<sup>(7)</sup> Následne pracoval v českom pohraničí, a potom na Kožnej klinike v Košiciach. Tu začal publikovať aj odborné štúdie v časopise Československá dermatológia. V roku 1950 mu vyšla štú-

dia Experimentálna štúdia sublimátových epikutánných testov a ich ovplyvnenie antihistaminikami. Podával v nej výsledky získané z 2 000 testov na 514 pacientoch. V Prahe sa zúčastnil kongresu venovaného téme „ekzém“. Zaviedol pojem „epidermálna reaktibilita“, ktorý neskôr citoval prof. Hubschmann.<sup>(8)</sup>

Dňa 1. januára 1950 nastúpil na základnú vojenskú službu. V Ružomberku absolvoval dôstojnícku lekársku školu. V noci z 26. na 27. júla 1951 bol zatknutý a obvinený z vlastizrady pre jeho laický apoštolát.

Vo väzení často pracoval na ošetrovni. Aj keď si žiadal prácu v bani, medzi robotníkmi, pre záznamy z vyšetrovania, že je to veľmi nebezpečný väzeň a že nie je možné vyhovieť žiadnej jeho prosbe, mu nebolo vyhovieť.

„Myslím si, že ako lekár ani nemôžem dobre liečiť fárarjúcich, ak sám neskúsím všetky spôsoby a etapy práce, fyzického alebo iného nasadenia.“ odôvodňoval svoju túžbu. Dozorcovia sa zrejme aj báli, že bude „... môcť lepšie ovplyvňovať fárarjúcich. Alebo, jednoducho, preto, že chceli každému robiť napriek.“<sup>(9)</sup>

Vo vyšetrovacej väzbe, i vo väzení, zažíval strašné muky. „Rev zo susedných ciel a strašné kliatby mučených spoluväzňov svedčili, že vo svojom utrpení nie som sám. Pôsobenie energie bolo úplne zrejme. Ak sa kĺb prsta dotkol kovového predmetu, vznikla bolesť ako pri elektrickom kontakte. Prúd menil svoju intenzitu: niekedy bola vystupňovaná do neznesiteľnosti, inokedy celkom prestala. Napríklad, keď v celej budove zhaslo svetlo. Bolesť sprevádzala silná triaška. Charakteristický bol prudký pokles telesnej váhy elektrizovaných obetí. Sám som za krátky čas stratil z osemdesiatich kilogramov asi tridsať.“<sup>(10)</sup> V spomienkach na dané obdobie píše: „Bol som dlhé mesiace na chodbe pankráckej povrazárne. To znamená, pozeral som sa denne do tváří ľudí, ktorí išli na smrť. Poznáam ťažkú hrôzu týchto miest. Bol som dlhé dni a týždne v celách bláznov, vystavený ich zúreniu. Bol som aj svedkom toho, ako ľudia, uvedení injekciami do bezvedo-

mia, boli v ňom protokolárne vyšetrovaní. A viem, že na základe takto získaných priznaní boli ľudia odsúdení na vysoké tresty. Z rozprávania spoluväzňov viem, že tu opisované nezákonnosti nie sú jediné, ktoré sa páchali vo vyšetrovacích väzbách. Je dôvodné podozrenie, že sa používali aj psychofarmaká. Úplné podlomenie väzňov nasvedčovalo, že sa používal skopolamín, ktorý má narkotický, omamný účinok. Prebudnené farebné vízie nasvedčovali, že bol aplikovaný meskalín, ktorý spôsobuje halucinácie a scestné stavy. Poznáam aj iné hrôzy, poznám i hrôzy návratov do stroskotaných domovov. Aj keď som nebol priamo na fronte, poznám zblízka hrôzy vojny. Ale to, čo som zažil v Ruzyni, bolo mojím spôsobom najhoršie. Pretože tamojšie mučenie sa dotýkalo najvnútornejších sfér ľudskej duše. Pretože tam experimentovali s niečím, na čo človek nemá právo.“<sup>(11)</sup>

MUDr. Jána Ďačka, jezuita, silne oslovilo, že Silvo počas svojho väzenia praktizoval aj povolanie stomatóloga, „...hoci sám vyštudoval všeobecnú vetvu lekárskej fakulty (...). Aj to poukazuje na jeho vnímavosť pre potreby iných, pretože tam nebol žiadny zubár.“<sup>(12)</sup> O jeho túžbe byť nápo-mocným spoluväzňom až do posledných chvíľ svedčí aj toto svedectvo: „Bol odsúdený na 14 rokov odňatia slobody a keď bol prepustený z väzenia, prosil, aby ho tam ešte aspoň jeden mesiac nechali. A uviedol dôvod: „lebo ten odsúdený vo vedľajšej cele, sa vám zo zúfalstva obesí.“<sup>(13)</sup>

Napriek tomu všetkému, čo zažil vo väzení, v jeho väzenskom spise čítame jeho charakteristiku nasledovne: „Mám rád ľudí (všetkých), prácu a veselosť.“<sup>(14)</sup> Z väzenia písal listy, ktorými sa

snažil povzbudiť a rozosmiať svojich blízkych. V liste z 5. júna 1952 napísal: „3x denne, najlepšie vždy po jedle, [je dobrý] spoločne zaspievať si našu rodinnú hymnu „proč bychom se netešili, když nám Pán Bůh zdraví dal“, alebo ak chcete miesto toho môžete použiť môj starodávny refrén „Nám je to jedno, my peníze nemáme...“. Zároveň sa vždy snažil odovzdať aj duchovné posolstvo. Prejavilo sa to i v slovách adresovaných mame „Mamka drahá! K tvojim meninám ti prajem všetky dary a milosti Božie a hlavne mám tak veľkú radosť z toho, že ku každej modlitbe tak odovzdané pridávať to „buď jeho vôľa“. Iste aj odo mňa si už v mojom detstve nezakúsila len samé radosti, lebo viem veľmi dobre, aký lump som bol často a nesprátné decko. A teraz, na staré kolená, zase máš zo mňa len trápenie, ale to je už údel všetkých matiek. Stála obeť, aby nám tu na svete aspoň trochu odzrkadľovali tú úžasnú lásku a obeť, ktorou sa ON sklonil k nám, keď sa stal človekom tiež zo ženy a matky. A je už v tom už kus hlbokoj prav-

„Bol som dlhé mesiace na chodbe pankráckej povrazárne. To znamená, pozeral som sa denne do tváří ľudí, ktorí išli na smrť. Poznáam ťažkú hrôzu týchto miest. Bol som dlhé dni a týždne v celách bláznov, vystavený ich zúreniu. Bol som aj svedkom toho, ako ľudia, uvedení injekciami do bezvedomia, boli v ňom protokolárne vyšetrovaní. A viem, že na základe takto získaných priznaní boli ľudia odsúdení na vysoké tresty.“

MUDr. Silvester Krčméry

dy. Keď sú deti malé, šliapu matke po lone, ale keď dorastú, šliapu jej po srdci.“ „Musíme byť veľmi pokojní, veď i Boh je veľmi pokojný a nepotrebuje vybuchovať, moc hovoriť alebo aj niečo hovoriť.“<sup>(15)</sup>

Po prepustení z väzenia v roku 1964 sa Silvo neutiahol do súkromia, ale začal popri lekárskej praxi,<sup>(16)</sup> spolu s matematikom a neskôr tajným kňazom Vladimírom Juklom, viesť s komunistickou mašinériou premyslený zápas. Bol to v prvom rade zápas o vnútornú slobodu človeka.

V čase, keď nikto nikomu nedôveroval, boli to práve oni, ktorí vytvárali malé spoločenstvá, v ktorých ľudia dôverovali jeden druhému. V podobnom „duchu solidarity a priateľstva“ ako autori manifestu Charty 77, avšak v masovom meradle. Kolega z jeho lekárskej praxe MUDr. R. Rippel povedal: „V nálade ukrétnosti, kolaborácie a konformizmu – bol svetlom.“ Majster sveta vo fitness kulturistike Daniel Medo povedal: „Ešte ako pubertiaka ma k Silvovi posielala moja mamina, aby mi rozprával o duchovných

## Poznámky

1. Magušin, Michal. 2014. Publicista Jur Koza Matejov (1884–1973) [diplomová práca]. Bratislava: Univerzita Komenského [s. n.], 2014. s. 65.
2. Aj Silvov starý otec, neskôrší senátor Karol Krčméry (1859–1949), chcel byť kňazom a aj v jeho prípade pravdepodobne zasiahol hlas otca, ktorý ho požiadal, aby opustil seminár z dôvodu zachovania rodu po smrti jeho brata učiteľa a historika Silvestra Atanáza Krčméryho (1850–1877).
3. Karol Krčméry (1887–1934) – po ukončení gymnázia v Kikinde študoval v rokoch 1904–1909 na Lekárskej fakulte Univerzity Františka Jozefa v Kluzi. Následne pôsobil na Katedre patológie a Katedre chirurgie ako praktikant, od júla 1914 ako asistent. Počas 1. svetovej vojny slúžil na frontoch ako vojenský lekár. Stal sa špičkovým chirurgom. V roku 1919 pôsobil na Gynekologickej a pôrodníckej klinike v Prahe. Od roku 1920 až do svojej tragickej smrti v marci 1934 bol riaditeľom nemocnice v Trnave. Oženil sa s Mahulienou, rod. Ráthovou a z ich manželstva vzišlo 5 detí – 4 dcéry a syn Karol, ktorý sa stal očným lekárom.
4. Albín Jablonszky, brat Silvovej matky Margity, žil v Budapešti.
5. Tomislav Kolakovič – vlastným menom Poglajen. Pôsobil na Slovensku ako kňaz od roku 1943 do roku 1946. Rozvíjal laický apoštolát a jeho túžbou bolo obrátenie Ruska. Krčméry, Silvester – JUKL, Vladimír. V šlapajách Kolakoviča. 6. AA (archív autora) prepis rozhovoru Gabriely Španíkovej s režisérom Dreherom dňa 3. decembra 2023. 7. Neupauer, František: Silvo Krčméry. Bratislava: Nenápadní hrdinovia, 2020, s. 16. 8. Neupauer, František: Silvo Krčméry. Bratislava: Nenápadní hrdinovia, 2020, s. 16. 9. Krčméry, Silvester: Pravdou proti moci. Žilina. Artis Omnis. s. 210. 10. Krčméry, Silvester: Pravdou proti moci. Žilina. Artis Omnis. s. 125. 11. Krčméry, Silvester: Pravdou proti moci. Žilina. Artis Omnis. s. 134. 12. AA, spomienky jezuitského pátra Jána Ďuricu. 13. AA, spomienky jezuitského pátra Jána Ďuricu. 14. AVJS, Leopoldov, Väzenský spis Silvo Krčméry.



# Šťastný návrat od brány smrti

Diana nebola nijaká fajnovka. Na základnej škole hrávala futbal s chalanmi. Holdovala volejbalu, stolnému tenisu a vybíjanej. Počas štúdia na gymnáziu začala chodiť do fitnesscentra. Pritahovali ju chlpské roboty a vždy vyhľadávala zábavu a smiech. Rada pomáhala otcovi vo firme zvráť a cez leto s „úencéčkom“ skladala baly slamy. Nuž, nečudo, že sa prihlásila na Slovenskú poľnohospodársku univerzitu v Nitre, kde začala študovať na Technickej fakulte v odbore kvalita a bezpečnosť vo výrobných technológiách. Technika sa stala jej živlom.



Diana veselo šoféruje. Na snímke so sestrou.

**N**a vysokej škole dosahovala vynikajúce výsledky. Po promócií v roku 2022 nastúpila do levickej firmy LEWEMA ako technológička pre nosníky na žeriavy. Konštruktérska robota ju bavila. Dva roky denne cestovala autom zo Želiezoviec do Levíc. Mladá žena mala dvadsaťšesť rokov, keď sa nečakane ocitla pár dní v otvorenej bráne smrti, ktorú pred ňou v poslednej chvíli rázne zatvoril intervenčný rádiológ z bratislavského kardio-neurocentra CINRE na Borochoch Tibor Balázsov.

Mladá inžinierka žila zdravým životom. Ďalej chodila do „fitka“. Až na pár menších úrazov pri športe, nepocítovala nijaké zdravotné ťažkosti. Až jedenásteho januára tohto roku ju v práci zasaklo doteraz nepoznané nepríjemné prasknutie v hlave vľavo vzadu. Pripisovala to momentálnemu stresu a, najmä, problémom so zrakom, kvôli ktorým jej očný lekár predpísal silnejšie okuliare. Ťažkosti sa snažila riešiť užívaním troch - štyroch Novalgínov denne. Bolesti za očami však neustupovali. Keď sa 15. februára t. r. prebudila, pocítila nevoľnosť. Niekoľkokrát zvracala. Zatelefonovala do práce, že nepríde. Na druhý deň, keď sa jej trochu polepšilo, zašla k obvodnému lekárovi. Vyšetrenie z krvi nepotvrdilo zápal. Lekár jej povedal, že to nie je nič vážneho, ale keby sa to náhodou zhoršilo, má ísť cez víkend na urgent.

## K zhoršeniu došlo v sobotu poobede

Na urgente v levickej nemocnici jej po vyšetrení dali štyri infúzie. Povedali, že je dehydrovaná a pre nedostatok miesta ju nemôžu hospitalizovať. Išla teda domov. Celú noc sa budila na zvracanie. To je posledné, čo si pamätá. Na to, čo sa dialo nasledujúci týždeň, si nespomína vôbec. V nedeľu poobede skolažovala do bezvedomia, mama ju odniesla do nemocnice na rukách, kde ju predtým nehospitalizovali. Keď teraz videli, v akom je stave, miesto sa našlo.

Po vyšetrení povedali jej mame, že na „cétčku“ zistili, že ide o trombózu mozgu. Je to veľmi vážne, nech sa rodina pripraví na najhoršie. Keď jej v čiernom vrecku odovzdali dcérino oblečenie, celkom sa zosypala.

Mladá pacientka sa až neskôr v lekárske správach dočítala, čo sa s ňou dialo. Zistila, že jej, okrem iného, robili aj testy na drogy - s negatívnym výsledkom. Následne ju preložili na „jisku“. Mame oznámili, že taký prípad ešte nemali, nevedia, čo s tým robiť, a dcéru si tu nechajú do rána s tým, že rozpošlú snímky z CT po koncových nemocniciach, či sa nenájde niekto, kto by sa jej ujal a vedel jej pomôcť.

Dianina mama sa cestou domov zastavila u sestry, kde čakali aj dcérini najbližší kamaráti. Smutná správa ich šokovala. Dianin stav sa nezmenil ani 19.

februára. Mala poruchy vedomia, len občas vraj hovorila nezrozumiteľné slová.

## V najkritickejšej chvíli zatelefonovali z CINRE na bratislavských Borochoch

Požadovali ihneď presun na ich pracovisko, kde by sa pokúsili mechanickou trombektómiou spriechodniť jej trombotizované žilové splavy v mozgu. Ešte v ten istý deň ju v bezvedomí o 9,20 h previezla letecká záchranná služba do CINRE na bratislavských Borochoch, kde ju okamžite operovali. Potvrdila sa diagnóza: Mozgový infarkt zapríčinený akútnou trombózou mozgových splavov so zakrvácaním a edémom mozgu.

V ten deň za Dianou nepustili nikoho. Deň po operácii ju mama so sestrou videli na odd. ARO. Zdalo sa im, že zomiera. Šanca na prežitie bola 50 : 50. V lepšom prípade mohla ostať aj celoživotne ako ležiaci pacient. Diana nerozprávala. Hemiparéza spôsobila nehybnosť. Pre rodinu nasledovali zlé správy, že edém mozgu narástol a bude treba do hlavy voperovať snímač na jeho kontrolu.

## Sen, stretnutie s realitou alebo Lazarov syndróm?

Uvedomila si, že vstala z postele v nemocnici a kráčala preč, keď sa však otočila, videla sa, ako stále leží na posteli. Išla si zapáliť cigaretu. Zrazu uvidela svetlo a ocitla sa v priestrannej vile. Na terase bola vírivka a vedľa na dvo-



Po prepustení z nemocnice (vľavo od Diany je sestra, vedľa nej je bratranec s priateľkou).



Rodina ju podržala v ťažkých chvíľach. So sestrou Veronikou z nemocnice.

Všetko sa začalo vo štvrtok 15. 2. 2024. Zobudila som sa s tým, že mi je zle. O štyri dni 19. 2. 2024 som podľa lekárov utiekla hrobárovi z lopaty. Hoci mi táto príhoda zobrala na určitú dobu pamäť, dala mi strašne veľa. Až keď ste blízko smrti, pochopíte, čo je naozaj dôležité. Veľmi pekne ďakujem MUDr. Tiborovi Balázsovi, jedinému lekárovi na Slovensku, ktorý ma zoperoval napriek tomu, že to bol veľký kumšt aj risk, ako aj MUDr. Thurzovej a všetkým lekárom a sestričkám z CINRE, pretože bez nich by som tu už nebola. S láskou spomínam na pilota a lekárku z vrtulníka, ktorí sa zaujímali o môj zdravotný stav, aj po prepustení do domácej starostlivosti. Takisto ďakujem každému, kto bol pri mne. Síce si prvý týždeň v nemocnici vôbec nepamätám, ale nikdy nezabudnem.

Diana Gellenová zo Želiezoviec, 26 rokov.



Pán primár Balázs v akcii.

re veľký bazén. Vnútri ju čakala staršia sestrička s dlhými vlasmi. Bola si istá, že ju niekde videla, ale nevedela kde. Ukázala jej na posteľ, ktorá vyzerala ako nemocničná. Diana nechápala prečo, keď nebola v nemocnici. Povedala: „Lahnite si, musíte oddychovať!“ Napichla jej infúziu. Začala si ju vyťahovať. Prečo infúzia, veď nie je v nemocnici, nevidela ani žiadneho doktora. Sestra zavrela: „Dianka, musíš si ju nechať, je to pre tvoje dobro,“ a silno jej držala ruky. Diana zaspala. Ocitol sa uprostred párty, počula hlasnú hudbu a zabávajúci sa ľudí. Chcela ísť medzi nich. Zase sa zjavila sestrička, ktorá jej dala ďalšiu infúziu. Diana si všimla, že už nie je milá. Povedala: „Zajtra pôjdeš preč!“ Keď sa jej opýtala: „Kam?“ odvetila: „A kam by si

chcela ísť na dovolenku?“ „Nikam, chcem ísť domov.“ Nato sa sestrička pousmiala a povedala: „Tam už nepôjdeš!“ Diana si uvedomila, že sa musí odtiaľ dostať. Úporne rozmýšľala ako.

Keď sa prebrala, uvidela maminu. Vízia z bezvedomia bola taká presvedčivá, že sa po čase pýtala mamy, či bola aj v inej nemocnici po operácii. Odpovedala, že len v tejto. Ešte aj fyzioterapeutky sa spýtala: „Kde je tá druhá sestrička?“ Odpoveď, že je tu len ona a iná tu nie je, ju neuspokojila. Sen, či vizia jej tak utkveli v pamäti, že ani po návrate domov neverila, že je doma. Myslela si, že to je ďalší sen. Diana dlho o tom nikomu nehovorila. Nechcela trápiť rodinu. Odvtedy sa jej nesnívalo vôbec nič.

### Prvá optimistická správa

Asi po štyroch dňoch k pacientkinmu lôžku prišiel logopéd. Ona len potichu mumlala nezrozumiteľné slová. Vôbec nedokázala vytvoriť vetu. Lekár ju vyzval, aby ukázala prstom na dvere a okno. Keď sa jej to podarilo, na požiadanie si chytila ucho. Vtedy zazneli prvé nádejné slová, že z nej niečo bude a je to na dobrej ceste. Na ARO začala trochu hýbať rukami a pohľadkala mamu po tvári. Keď vyslovila vetu „Mami, zničená si“, tá vybehla von, aby dcéra nevidela, že plače. Sestra jej priniesla fotoalbum, aby jej pripomenula známym. Nikoho z fotografií nespoznala. Nepamätala si ani na to, že študovala vysokú školu, že má inžiniersky titul, ani na spolužiakov či kolegov z roboty. Bolo to, akoby jej niekto z hlavy vygumoval celý predošlý život.

Sestrička jej neskôr pripomenula, že chcela odísť z nemocnice na „mekáč“ (myslela do McDonald). Nepamätá si ani to, že nechcela dovoliť, aby ju osprchovali, lebo to zvládne sama.

### Vnímať okolie začala po viac ako týždni

Keď ju po troch týždňoch prepustili z nemocnice, zistila, že neváži svojich niekdajších päťde-

siatpäť kí, ale len necelých štyridsať dva. Po týždni chcela nastúpiť do práce. V tej chvíli si ešte nevedomovala, že teraz sa začína rehabilitačný „beh na dlhé trate.“ Denne absolvovala rehabilitáciu alebo nejaké vyšetrenia. Okrem piatich hodín celý deň prespala. Pri rehabilitácii ju trápilo, že nedokáže urobiť cviky, ktoré by zvládlo vari aj päťročné dieťa. Na mladú ženu, ktorá pred časom cítila vo „fitku“, že je plná sil, to pôsobilo ponižujúco až depresívne. Diana sa zaľala. Každý deň pred rehabilitáciou cvičila tvrdo doma. Aby sa dala čo najskôr dokopy, nakúpila si pomôcky, ktoré používala v telocvični. Rodina jej zo začiatku nechcela dovoliť ani šoférovať, ustúpili až po pár mesiacoch, akurát za volant ju pustili len v sprievode.

### Lekári vylúčili dedičnosť

Lekári uvažovali o tom, čo mohlo odštartovať život ohrozujúci stav. Diana počas covidovej kampane nepodstúpila očkovanie. Ďalšie vyšetrenia a genetické testy potvrdili, že ochorenie nie je dedičné, ako usudzovali niektorí lekári. Príčinou mohla byť hormonálna antikoncepcia, ktorú užívala sedem mesiacov na predpis gynekológa. Po smutných skúsenostiach povedala: „Chcela

by som na ňu upozorniť všetky dievčatá a ženy. Bolo otáznne, skoro až nemožné, aby som prežila a dostala sa z toho do štádia, v akom som dnes. Doktori tomu neveria, vraj sa stal zázrak a takých anjelov strážnych by si priali aj oni. Stále pracujem na tom, aby to bolo lepšie a pamäť sa vrátila do stavu, v akom bola predtým. Už viem, že to nebude zo dňa na deň, čaká ma ešte dlhá cesta.“

Diana si uvedomuje, že prežila veľmi náročné obdobie, ktoré sa ešte neskončilo. Nejaké následky jej zostali a stále užíva predpísané lieky. 18. júna absolvovala kontrolu v CINRE. Neurologička MUDr. Jana Thurzová jej dala urobiť vyšetrenie na magnetickej rezonancii. Ešte predtým jej naznačila, že to je zázrak, aké pokroky urobila. Diana sa vlastne až vtedy úplne dozvedela, čo sa s ňou dialo. Diana ani s odstupom času nemyslí na kalváriu, ktorú prekonala. Veľmi ju mrzí trápenie, ktoré nechtiac spôsobila mame, sestre, celkovo rodine a kamarátom, za spôsobený šok a stres, a zároveň im ďakuje za neskutočnú starostlivosť a pomoc pri návrate do života.

Peter Valo

Spisovateľ, publicista



# Bol to veľmi komplikovaný prípad

**PV akom stave ste prijali zdanlivo stratenú pacientku, ktorá sa k Vám dostala zjavne neskoro?**

U pacientky, napriek nasadenej antikoagulačnej terapie, pri prijatí pretrvávala porucha vedomia. Navyše na kontrolnej CTA pribudol lem zakrvácania do mozgových štruktúr (intra-ventrikulárnej hemorágie), preto na základe multidisciplinárneho konsenzu neurológa, neurochirurga a intervenčného rádiológa bola indikovaná endovaskulárna liečba a pacientka bola prevezená na katetrizačnú sálu za účelom realizácie perkutánnej mechanickej trombektómie žilových mozgových splavov.

### Stretli ste sa niekedy s podobným prípadom?

Trombóza intrakraniálnych venózných splavov a žíl (angl. cerebral venous thrombosis, CVT) je relatívne vzácne cievne ochorenie mozgu, ktoré môže viesť ku signifikantnej morbidite a mortalite. Trombóza môže postihnúť viaceré kortikálne žily a splavy súčasne, preto má CVT vysokú interindividuálnu variabilitu a intenzitu klinických príznakov, čo sťažuje správnu diagnostiku. Použitím pokročilejších diagnostických techník sa v súčasnosti CVT dostalo do zvýšenej pozornosti lekárov. U našej pacientky nastala trombóza aj hlbokých venózných štruktúr, preto došlo k poruche vedomia a ďalej aj k zakrvácaniu, čo sú, žiaľ, zlé prognostické znaky. Antikoagulačná terapia je prvotíniovou a štandardnou súčasťou liečby CVT, s cieľom zabrániť šíreniu trombózy, avšak niektorí pacienti zostávajú refraktérni voči medikamentóznemu manažmen-



### MUDr. Tibor Balázs, (\*1982, Komárno)

Po maturite na Gymnázium Zoltána Kodályja s VJM v Galante ho prijali na Lekársku fakultu Univerzity Komenského v Bratislave (2001) na štúdium všeobecného lekárstva. Po promócií v roku 2007 nastúpil k primárovi MUDr. Ivanovi Vulevovi, PhD., MPH, FCIRSE, na Oddelenie diagnostickej a intervenčnej rádiológie v Národnom ústave srdcových a cievnych chorôb. Atestáciu z rádiológie získal v roku 2013 na Slovenskej zdravotníckej univerzite v Bratislave pod odborným vedením primára Vuleva. Od roku 2017 zastáva pozíciu primára endovaskulárneho programu v nemocnici CINRE, najskôr v petržalskom Medissime a po presťahovaní v roku 2023 na bratislavských Boroch. Absolvoval viacero zahraničných pobytov. Z nich vyberáme: Crossroads Institute v belgickom Bruseli u profesora Thomasa Jahnkeho, v Policlinico Abano Terme v Taliansku u profesora Mariana Palenu, v nemeckom Lipsku u profesora Dierka Scheinerta atď. Od roku 2013 s primárom Vulevom pravidelne organizuje školenia s medzinárodnou účasťou, so zameraním na endovaskulárnu liečbu kritickej a akútnej končatinovej ischémie s využitím najnovších miniinvazívnych endovaskulárnych metód odstránenia plátov a zrazenín. CINRE je Európskym školiacim centrom a medzinárodným Centrom excelentnosti. Od roku 2016 sa ako školiteľ pravidelne zúčastňuje zahraničných školení, workshopov, sympózií a kongresov v Ázii (Singapur, Južná Kórea a Thajsko) a v Európe (Maďarsko, Česko, Rakúsko, Nemecko, Chorvátsko, Severná Macedónia a Bulharsko).

tu a vyžadujú agresívnejšiu liečbu, bezprostredné odstránenie zrazenín a tým spriechodne postihnutých žíl mozgu.

### Aké úskalia bolo treba pri zákroku prekonať?

Existuje viacero techník odstraňovania trombov zo žilného systému mozgu. Bolo treba veľmi dobre zvážiť stupeň „agresivity“ pri samotnom spriechodňovaní uzavretých žíl, ako aj vybrať správnu kombináciu rekanalizačných techník tak, aby sme sa vyhli perforácii splavov, ktorá by mohla viesť k malígnemu zakrvácaniu.

### Čomu pripisujete zázračne dobrý konečný výsledok operácie?

Multidisciplinárny prístup a peri- a postprocedurálna starostlivosť sú kľúčové za účelom čo najlepších výsledkov u tejto

rizikovej skupiny pacientov. Endovaskulárna liečba CVT by sa mala realizovať na pracoviskách s primeraným technickým vybavením, s vysokou erudíciou personálu v intervenčnej neurorádiológii a s komplexnou neurologickou a neurochirurgickou starostlivosťou.

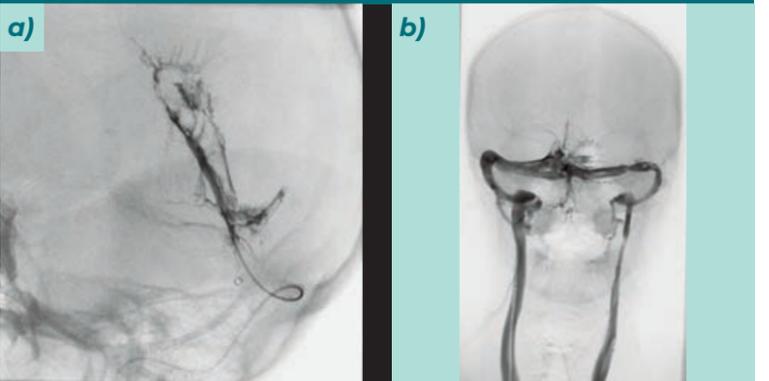
### Môžete porovnať vybavenie Vášho pracoviska so špičkovými zahraničnými?

Neuro-kardiocentrum CINRE v súčasnosti disponuje širokou škálou najmodernejších prístrojov a medicínskych zariadení, ktorými sú vybavené aj top centrá vo vyspelých krajinách sveta.

### V čom vidíte perspektívu operácií tohto typu?

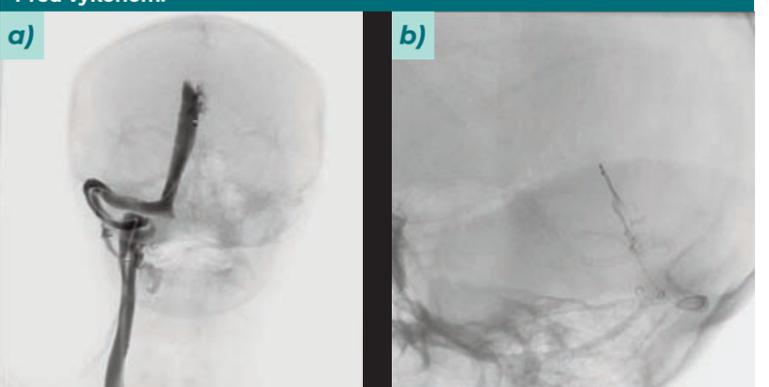
Inovácie endovaskulárnych techník a miniinvazívny prístup umožňuje v čoraz väčšej miere efektívnu a bezpečnú liečbu CVT.

### Po výkone.



Na kontrolnej vénografii verifikovaná rekanalizácia hlbokého venózneho systému mozgu (a), ako aj venózných splavov so symetrickým odtokom kontrastnej látky (b).

### Pred výkonom.



Prehľadnou vénografiou verifikujeme obliteráciu lavostranných venózných splavov, ktoré sú bez kontrastného plnenia (a) následne mikroinstrumentáriom kanylujeme obliterovaný hlboký venózný systém mozgu a sinus rectus a zahajujeme aspiračnú trombektómiu (b).

Pri správnej selekcii podskupiny pacientov so zlou prognózou, ktorí sa zhoršujú napriek najlepšiemu medicínskemu manažmentu, resp. u skupiny pacientov, u ktorých je kontraindikovaná antikoagulačná terapia, je mechanickej trombektómia bezpečnou a účinnou liečebnou alternatívou.

### V akom stave je pacientka teraz?

Pacientka sa má v súčasnosti dobre, je bez bolesti hlavy a bez

neurologického deficitu, udáva občas mierne poruchy pamäte. Je ponechaná dlhodobu na antikoagulačnej liečbe.

Všetky doplnené laboratórne a hematologické vyšetrenia so zameraním na trombofiliu boli negatívne, preto predpokladáme, že užívanie perorálnych kontraktív mohlo viesť k navodeniu protrombogénneho stavu, a tým k rozvoju CVT.

rozhovor pripravil  
Peter Valo

Nové knihy



Helen Frippová Kráľovná šampanského... Vyd. IKAR, 2024... Rozsah: 392 s. Francúzsko 1805.



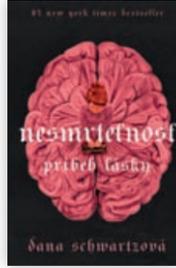
Bernard Wasserstein Mestečko na kraji dejín... Vyd. JOTA, 2024... Rozsah: 343 s.

odhalit neznáme dejiny malého mesta na dnešnej Ukrajine... Vyd. TATRAN, 2024... Rozsah: 440 s.



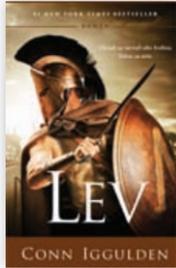
Lucinda Riley Čierna orchidea... Vyd. TATRAN, 2024... Rozsah: 440 s.

záhradníka Billa. Nadaná koncertná klaviristka Julia Forresterová sa utápa v žiali po smrti synčeka a manžela...



Dana Schwartz Nesmrteľnosť príbeh lásky... Vyd. TATRAN, 2024... Rozsah: 360 s.

kde sa má stať osobnou lekárkou jej výsosti princeznej Charlotte. Hazel si zanedlho uvedomí, že v monarchii pôsobí nebezpečne...



Conn Iggulden Lev... Vyd. TATRAN, 2024... Rozsah: 336 s.



Jeannette Wallsová Modré z neba... Vyd. TATRAN, 2024... Rozsah: 320 s.



LEKÁRSKE NOVINY Mesačník slovenských lekárov a zdravotníckych pracovníkov

Vydavateľ VEEVENT s.r.o. Sídlo: Harmónia 3003, 900 01 Modra

Editor odbornej prílohy Radoslav Kolesár

Jazykové korektúry Mgr. Peter Šarvaic

Upozornenie Na všetky texty sa vzťahuje autorské právo. Za obsah textov a reklám zodpovedajú ich autori a zadávatelia.

Table with 25 columns and 2 rows. Columns include: ľudská bytosť, morský lupič, argón (zn.), kód letiska, obyvateľ Pruska, nadhlavník, rúra zachytávajúca dažďovú vodu, lřes, lřvobi, korola, krytón (zn.), významná osoba, akadémia, obrát' smerom dole, Lahm, loris, LPL, Motup, pútnické mesto, colný kód, kód letiska, planéta, Neide, PZO, Ratak, vydavateľ, stelesnenie zla, umelý jazyk, skvapalnený ropný plyn, Sotir, SSU, tabon, bavlnená tkanina, alegória, sústava priadzi. Row 1 contains various words and their corresponding terms. Row 2 contains numbers 1 and 2.

Znenie tajničky posielajte na adresu: redakcia@lekarskenoviny.sk

Správne znenie tajničky z LN 7-8/2024 „Ludské telo je chrám, choroba je trhľina v harmónii, zdravie je súzvuč.“

