

Pôvodná práca

Klinika, laboratórne vyšetrenia a charakter autoprotílátok pri juvenilnom systémovom lupus erythematosus

Úvod

Chronické ochorenie sa často stáva spopútnikom chorého jedinca po celý jeho život. Takýmto celoživotným sprievodcom sú aj reumatické ochorenia známe pod spoločným názvom systémové choroby spojiva. Vyskytujú sa u dospelých, ale nevynechávajú ani mladšiu populáciu. Spomedzi týchto ochorení patrí medzi najčastejšie juvenilná idiopatická artritída (JIA), ktorá aj dnes spôsobuje menej skúseným lekárom diagnostické ťažkosti pri diferencovaní jednotlivých jej subtypov. Juvenilná dermatomyozitída je ďalšie zriedkavé závažné ochorenie, ktoré môže mať v niektorých prípadoch fatálne následky. Oproti juvenilnému systémovému lupus erythematosus (JSLE) je jej incidencia v populácii detí nižšia.

SLE (aj JSLE) je definovaný ako **autoimunitné multisystémové ochorenie** s vaskulitídou a postihnutím spojivového tkaniva, s tvorbou protílátok proti vlastnej jadrovej hmote (autoprotílátok), ktoré sú namierené proti vlastným orgánom.

Etiológia ochorenia je neznáma, ale pokroky v imunológii dnes už na molekulovej úrovni dovolili do určitej miery definovať imunologické abnormality, ktoré sú pre systémový lupus erythematosus charakteristické (19, 26, 28, 39).

Incidencia JSLE sa nedá vyjadriť exaktným štatistickým číslom, pretože ochorenie nepodlieha povinnému hláseniu. Údaje sa sumarizujú a preberajú z literatúry a z komparatívnych štúdií, na ktorých sa zúčastňujú špecializované pracoviská na celom svete. Výskyt SLE sa odhaduje na 2 – 5 prípadov na 100 000 obyvateľov v danej populácii, pričom sa ochorenie vyskytuje vo všetkých rasách a etnikách s istým rozdielom (5, 9, 23, 27, 28, 41). Vyšší výskyt sa uvádza u amerických černochoch oproti kaukazoidnej rase, vyšší je napríklad aj u Číňanov. Podľa literárnych údajov je najvyšší výskyt v tropickej časti Brazílie, kde je incidencia približne 8,7 prípadu ochorenia na 100 000 obyvateľov (19, 20, 27, 28, 39).

Pokračovanie na strane 5

Z OBSAHU

Úvodník

Na aktuálnu tému

Pôvodná práca

Juvenilný systémový lupus erythematosus

Prehľadové práce

História pulmonálnej embolektómie. Masívna pulmonálna tromboembólia

Karcinóm penisu v roku 2019

Ako môže scientometrická analýza usmerniť manažment lekárskej vedy

Súhrny z odborných podujatí

II. Jakubíkovej deň. Súhrny prednesených prác

Biktegravir - nový integrázový inhibítor v jednotabletovom režime v kombinácii s TAF/FTC

Kazuistika

Typická oportúnna infekcia u novodiagnostikovaného HIV pacienta

Informácie SLS

Právne okienko Monitoru Medicíny SLS

Predstavujeme Medailu Slovenskej dermatovenerologickej spoločnosti, o.z. SLS

Kronika Monitoru medicíny SLS

Laudácie k životným jubileám

Pripomínáme si život a dielo osobností slovenskej medicíny

Predstavujeme nové knihy

Úvod do spracovania a prezentovania dát v medicíne

Nová charta zdravotníckych pracovníkov

História neonatológie na Slovensku

Depresia a včasné emočné, kognitívne a behaviorálne regulácie

Diabetes mellitus – komplikácie a liečba

Program odborných spoločností SLS

Program Spolku slovenských lekárov jeseň 2019

Kalendár podujatí odborných spoločností SLS – jeseň 2019



Medaila Slovenskej dermatovenerologickej spoločnosti, o.z. SLS. Podľa štatútu udeľovania Medaily, ktorý bol uverejnený v časopise Česko-slovenská dermatologie roku 2012) sa medaila udeľuje ako ocenenie významného prínosu pre rozvoj dermatovenerológie na Slovensku, cieľom je stimulácia vývoja a upevnenie postavenia odboru. Autorom výtvarného spracovania medaily je akademický sochár Marián Polonský.

Lusopress®



nitrendipín

Medicína založená
na dôkazoch ^{2,3,4}

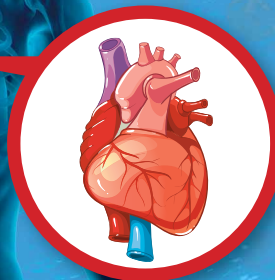
**Zníženie rizika vzniku
kardiovaskulárnej
príhody o 31% ^{1,2}**

(95% CI: 14 - 45%, $p < 0,001$)



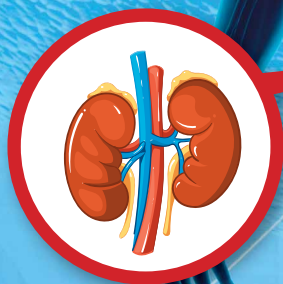
**Výskyt demencie zahrňujúce
Alzheimerovu, vaskulárnu
aj zmiešanú demenciu,
redukovaný o 50% ^{1,3}**

(95% CI: 0 - 76%, $p = 0,05$)



**Zníženie incidencie
miernej renálnej
dysfunkcie o 64% ^{1,4}**

(95% CI: 0 - 84%, $p = 0,04$)



**Účinný v znižovaní rizika poškodenia
srdca, mozgu a obličiek
u pacienta s hypertenziou ^{1,2,3,4}**



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**

Berlin-Chemie / A. Menarini Distribution Slovakia s.r.o.,
Galvániho 17/B, 821 04 Bratislava,
tel.: 02/5443 0730, fax: 02/5443 0724,
e-mail: slovakia@berlin-chemie.com

Lusopress® Liek na vnútorné použitie.

Liečivo: 1 tableta obsahuje nitrendipín 20 mg. **Terapeutické indikácie:** arteriálna hypertenzia u dospelých pacientov. **Dávkovanie a spôsob podávania:** 1 tableta 1 krát denne ráno, alebo ½ tablety 2 krát denne ráno a večer (celkovo 20 mg nitrendipínu denne). **Kontraindikácie:** u pacientov so známou precitlivosťou na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok, u pacientov s nestabilnou anginou pectoris a po akútnom infarkte myokardu počas prvých 4 týždňov, počas gravidity a laktácie, u pacientov so šokom (vrátane kardiogénneho šoku), u pacientov s ťažkou stenózou aortálnej chlopne, u pacientov s ťažkou hypotenziou a súbežné používanie rifampicínu. **Osobitné upozornenia:** U pacientov s dekompenzovaným srdcovým zlyhaním, s poruchami pečene, obličiek, s anginou pectoris je potrebná opatrnosť a starostlivé monitorovanie. Pri súbežnom podávaní nasledovných liekov sa má sledovať krvný tlak, a v prípade potreby sa má zväčšiť dávka nitrendipínu: makrolidové antibiotiká (napr. erytromycín), anti-HIV inhibitory proteázy (napr. ritonavir), azolové antymykotiká (napr. ketokonazol), antidepresíva nefazodón a fluoxetín, chinupristín/dalfopristín, kyselina valproová, cimetidín a ranitidín. **Liekové interakcie:** Rifampicín, Makrolidové antibiotiká, Inhibitory HIV proteázy, Azolové antymykotiká, Nefazodón, Fluoxetín, Chinupristín/dalfopristín, Kyselina valproová, Cimetidín, ranitidín, Antiepileptiká indukujúce systém CYP 3A4. Lieky znižujúce tlak krvi, Digoxín, Myorelaxanciá, Grapefruitový džús. **Používanie v gravidite a počas laktácie:** v gravidite a počas laktácie je aplikácia nitrendipínu kontraindikovaná. Ak je liečba nevyhnutná je potrebné ukončiť laktáciu. **Ovplyvnenie schopnosti viesť motorové vozidlá a obsluhovať stroje:** U niektorých pacientov môže liečba nitrendipínom negatívne ovplyvniť schopnosť viesť vozidlá a obsluhovať stroje. Platí to hlavne na začiatku liečby, pri modifikácii liečby alebo po súčasnom požití alkoholu. **Nežiaduce účinky:** veľmi časté: bolesti hlavy, vazodilatácia, sčervenanie, časté: slabosť, nauzea, periférny edém, závraty, palpitácie, tachykardia, menej časté: nervozita, parestézia, tremor, neostré videnie, Angina pectoris, hypotenzia, dyspnoe, záпча, hnačka, bolesť žalúdka, dyspepsia, vracanie, alergická dermatitída (vrátane svrbenia, žihľavky, vyrážky), myalgia, polyúria. **Zriedkavé:** znížený apetít, infarkt myokardu, hyperplázia dasien, zvýšenie hepatálnych enzýmov, gynekomastia, veľmi zriedkavé: leukopénia, agranulocytóza. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Istituto Luso Farmaco d'Italia S.p.A., Rozzano, Milano, Taliansko. **Spôsob výdaja lieku:** na lekársky predpis. **Pred predpísaním lieku oboznámte sa, prosím, s úplnou informáciou o lieku v Súhrne charakteristických vlastností lieku.**

Tento materiál je určený pre odbornú verejnosť a interné účely spoločnosti.

Posledná revízia textu: 10/2018 Dátum výroby materiálu: 09/2019 Kód materiálu: SK_LUS-02-2019-v01_Press

Referencie: 1. SPC Lusopress 10/2018, 2. Staessen J.A. et al, Lancet 1997; 350: 757-764, 3. Forette F., Lancet 1998; 352: 1347-51, 4. Voyakly S.M. et al, J Hypertens 2001; 19: 511-519

MONITOR MEDICÍNY SLS



Časopis určený pre účastníkov
sústavného vzdelávania zdravotníckych pracovníkov
vydáva Slovenská lekárska spoločnosť

Šéfredaktor:

Dr.h.c. Prof. MUDr. Ján Breza, DrSc., MHA, MPH
janbreza@hotmail.com

Vedúci odborný redaktor:

Prof. MUDr. Marián Bernadič, CSc.
marian.bernadic@fmed.uniba.sk

Tajomníčka redakcie:

PhDr. Želmíra Mácová, MPH
macova@sls.sk

Redakčná rada:

MUDr. Jozef Babala, PhD.
jozef.babala@gmail.com

Doc. MUDr. Ivan Bartošovič, PhD., mim. prof.
bartosovici@mail.t-com.sk

Prof. MUDr. Miroslav Borovský, CSc.
borovsky@pe.unb.sk

Dr.h.c. Prof. RNDr. Jozef Čizmarík, CSc.
cizmarik@fpharm.uniba.sk

Prof. MUDr. Ján Danko, PhD.
jan.danko@fmed.uniba.sk

Prof. MUDr. Zuzana Gdovinová, CSc.
zuzana.gdovina@upjs.sk

Prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc., PhD.
jozef.glasa@szu.sk

Doc. MUDr. Eva Goncalvesová, CSc., FESC
eva.goncalvesova@nusch.sk

Prof. MUDr. Pavol Jarčuška, PhD.
jarcuska@gmail.com

Doc. MUDr. Miloš Jesenák, PhD., MBA, MHA
jesenak@gmail.com

Prof. MUDr. Peter Kríšťufek, CSc.
peter.kristufek@szu.sk

Prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP
payer@ru.unb.sk

Mim. prof. MUDr. Peter Pružinec, CSc.
peter@bonusccs.sk

Prof. MUDr. Igor Riečanský, DrSc.
riečanský.prof@gmail.com

Prof. MUDr. Jozef Rovenský, DrSc., FRCP
rovensky@nurch.sk

Prof. MUDr. Ján Slezák, DrSc.
jan.slezak@savba.sk

MUDr. Irina Šebová, CSc., MPH
irina.sebova@gmail.com

Prof. MUDr. Mária Šimaljaková, PhD.
maria.simaljakova@sm.unb.sk

Prof. MUDr. Stanislav Špánik, PhD.
spanik@ousa.sk

Doc. MUDr. Mária Štefkovičová, PhD., MPH
stefkovicova@gmail.com

Doc. MUDr. Zuzana Žilinská, PhD., MHA
zilinskazu@gmail.com

EV 4135/10

Redakcia: Monitor medicíny SLS
Slovenská lekárska spoločnosť
Cukrová 3, 813 22 Bratislava
E-mail: secretarysma@ba.telecom.sk

Časopis je zaradený v databáze
Bibliographia medica Slovaca (BMS)
a v citačnej databáze CIBaMed.

IČO vydavateľa: 00178 624.

Periodicita: dve dvojčísla ročne.
Dátum vydania: február 2019

Uzávierka čísla 1-2/2020 bude 20. decembra 2019.

Grafická úprava a tlač:
Knihtlač Gerthofer, Struhárova 2, Zohor
www.gerthofer.sk

Na aktuálnu tému

Úvodník

Vážení čitatelia Monitoru medicíny SLS, vážení priatelia,
v jeseni 2019 si slovenská medicínska verejnosť pripomína niekoľko významných výročí. Ide o vý-
ročia charakterizované vzájomným prepojením medicíny (zdravotníctva) a vysokého školstva.

Lekári spolu s prírodovedcami, lekárnikmi, ale aj s osvietenými farármi a učiteľmi patrili medzi
intelektuálnu špičku spoločnosti a to najmä pre osobitosť svojho vzdelania, na ktoré boli ne-
rozlučne naviazaná medicínska odbornosť a humanita. Odbornosť a humanita boli, sú a navždy
zostanú základnými piliermi medicíny. Organizovaná činnosť odborného vzdelávania lekárov na
Slovensku vychádzala z historických skúseností, spoločensko-politického vývoja, národného po-
vedomia, potreby odbornej spolupráce a celoživotného vzdelávania.

Po roku 1918 a po vzniku Československej republiky vznikla naliehavá potreba organizovať no-
vé medicínske školstvo. Maďarskí a nemeckí lekári odišli z Bratislavy a chýbala odborná kapacita
pre zabezpečenie odbornej výchovy študentov medicíny. Rozvoj zdravotníctva na Slovensku v 20.
storočí významným spôsobom poznamenala činnosť českých lekárov. Českí lekári a univerzitní
profesori stáli pri zrode modernej slovenskej medicíny a vysokého školstva.

V roku 1919 profesor Kristián Hynek doviedol do Bratislavy 12 českých profesorov, s ktorými
založil Univerzitu Komenského a jej prvú fakultu – Lekársku fakultu UK. Univerzita Komenského
mala pri svojom vzniku štyri fakulty – lekársku, filozofickú, právnickú a prírodovedeckú. Profe-
sor Hynek sa stal prvým rektorom Univerzity Komenského. Lekárska fakulta začala výučbu v roku
1919, právnická a filozofická v roku 1921 a prírodovedecká až v roku 1940. V roku 1920 profesor
Hynek založil **Spolok československých lekárov v Bratislave** (tak sa vtedy Spolok slovenských le-
károv v Bratislave nazýval), ako fórum pre šírenie vedeckých a klinických poznatkov a priestor pre
odborné diskusie lekárov, ktorý v roku 1921 začal vydávať vlastný časopis – **Bratislavské lekárske
listy**. Bol to prvý vedecký lekárske časopis po vzniku Československej republiky. V roku 1929 bola
zákonom zriadená Lekárska komora, jej prvým prezidentom sa stal profesor Stanislav Kostlivý.

Slovenská lekárska spoločnosť pri príležitosti 100. výročia založenia Univerzity Komenského
v Bratislave a 100. výročia založenia Lekárskej fakulty UK uviedla bývalých rektorov a spoluzakla-
dateľov Univerzity Komenského a bývalých dekanov a spoluzakladateľov Lekárskej fakulty UK „In
memoriam“ do **Dvorany slávy slovenskej medicíny**. Je to prejav uznania a vďaky za historicky
významný a nenahraditeľný prínos českých profesorov o vznik UK a LF UK, ich budovanie a zá-
sluhu o rozvoj slovenskej medicíny, medicínskeho vzdelávania a Slovenskej lekárskej spoločnosti.

Ďalšími významnými výročiami je 50. výročie založenia Slovenskej lekárskej spoločnosti a 70.
výročie založenia Československej lekárskej spoločnosti Jána Evangelistu Purkyně, ktorej sme boli
do rozdelenia Československa súčasťou (1973). História organizovanej medicínskej činnosti na
Slovensku však siaha až do 19. storočia. V roku 1833 založili študenti medicíny v Pešti, pod ve-
dením Jonáša Bohumila Guotha (rodáka z Ľubele na Liptove) **Spoločnosť lekársko-slovanskú**.
V apríli 1969 sa konal zakladajúci zjazd Slovenskej lekárskej spoločnosti a za jej predsedu bol zvolený
akademik Teofil Rudolf Niederland. V roku 1969 sa organizačnými zložkami Slovenskej lekár-
skej spoločnosti stali odborné spoločnosti, medzi nimi aj spoločnosti stredných zdravotníckych
pracovníkov, spolky lekárov a spolky farmaceutov.

Emancipácia slovenskej lekárskej vedy a rozvoj klinických aj experimentálnych medicínskych
disciplín úspešne pokračovali aj koncom 20. a začiatkom 21. storočia. Na budovaní a činnosti Slo-
venskej lekárskej spoločnosti sa podieľali osobnosti, ktoré so zanietením, poctivo, na úkor svojho
voľna a svojich rodín a tiež bez nároku na honorár zvyšovali kredit slovenskej medicíny. Sloven-
ska lekárska spoločnosť a jej organizačné zložky nadviazali na tradíciu dlhoročnej spolupráce, ve-
decké i odborné kontakty s Českou lekárskou spoločnosťou Jána Evangelistu Purkyně, svetovými
odbornými spoločnosťami a partnerskými organizáciami doma a v zahraničí. Aj v nových pod-
mienkach, keď po transformácii zdravotníctva už nie je činnosť Slovenskej lekárskej spoločnosti
finančne podporovaná štátom, dokáže si plniť svoje úlohy, v prospech celej odbornej medicínskej
verejnosti, no predovšetkým v prospech pacientov. Organizačný podiel a odborný prínos Sloven-
skej lekárskej spoločnosti v oblasti sústavného medicínskeho vzdelávania a rozvoja slovenskej
klinickej a experimentálnej medicíny a medicínskych vied je nespochybniteľný a nenahraditeľný.

Nezabúdajme na elitu našich národov, ktorí sa podieľali na vzniku Univerzity Komenského, jej
Lekárskej fakulty a Slovenskej lekárskej spoločnosti, významne prispeli k ich budovaniu, rozvoju
vedných disciplín, osobitne medicíny a medicínskeho vzdelávania. V tejto súvislosti si dovoľujem
citovať jednu zo vzácnych myšlienok akademika Teofila Rudolfa Niederlanda: „Často si myslíme,
že naša cesta je určená výlučne našou vlastnou iniciatívou a snažením. Tieto faktory určite
hrajú významnú úlohu. Nesmieme však zabudnúť, že zameranie nášho života je zväčša súhr-
nom mnohých vplyvov minulosti a prítomnosti. Zabúdame, že na týchto vplyvoch sa podieľa-
jú tak postavy z minulosti, ako aj tí, ktorí putujú spolu s nami. To všetko ovplyvňuje naše sna-
hy a počínania. Preto nesmieme zabudnúť na ľudí, z ktorých myšlienok sme sa poučili, aj na
našich spolupracovníkov, ktorí spolu s našimi žiakmi teraz dorastajú. Tí budú zárukou toho,
že čoskoro od nás prevezmú to progresívne, čo sme do súčasnosti preniesli z našej tradície.“

Ján Breza
Prezident Slovenskej lekárskej spoločnosti

Obsah Monitor medicíny SLS č. 1 - 2/2019

Úvodník

Na aktuálnu tému

Peter Krišťufek

Pôvodná práca

Klinika, laboratórne vyšetrenia a charakter autoprotilátok pri juvenilnom systémovom lupus erythematosus

Dagmar Mozolová, Jozef Rovenský, Marián Bernadič

Prehľadové práce

História pulmonálnej embolectómie.

Masívna pulmonálna tromboembólia

Július Mazuch

Karcinóm penisu v roku 2019

Jozef Marenčák

Ako môže v univerzite scientometrická analýza usmerniť manažment lekárskej vedy

Palkovičová Murínová Ľ., Fábelová L., Richterová D., Tihányi J., Wimmerová S., Trnovec T.

Súhrny z odborných podujatí

II. Jakubíkovej deň. Súhrny prednesených prác

Irina Šebová a spol.

Biktegravir - nový integrázový inhibítor

v jednotabletovom režime v kombinácii s TAF/FTC

Pavína Bukovinová

Kazuistika

Typická oportúnna infekcia

u novodiagnostikovaného HIV pacienta

Lenka Balogová

Informácie SLS

Predstavujeme Medailu Slovenskej dermatovenerologickej spoločnosti, o.z. SLS

Dušan Buchvald

Právne okienko Monitoru Medicíny SLS

Mária Mistříková

Z histórie medicíny

Časopis Praktická gynekológia (1994 – 2009), ktorý ukázal, akí sme a čo dokážeme

Michal Valent

Kronika Monitoru medicíny SLS

Jubilantka pani docentka MUDr. Marta Hájková, CSc.

Monika Bartošová

K životnému jubileu primára MUDr. Michala Belašiča

Ondrej Kollár

K významnému životnému jubileu

MUDr. Dagmar Mozolovej, CSc.

Jozef Rovenský, Marián Bernadič

K životnému jubileu prof. Ing. Ivana Frola, DrSc.

Milan Tyšler

K životnému jubileu profesora Jozefa Hašta

Pavel Černák, Marián Bernadič

3 **100 rokov od narodenia profesora MUDr. Ivana Šimkovica, DrSc.** 43
Vladimír Šefránek

5 **K nedežitej storočnici prof. MUDr. Jozefa Holana, DrSc.** 44
Ján Buchanec, Janka Buchancová

Spomienka na doc. MUDr. Júliusa Hájka pri príležitosti jeho nedežitých 90. narodenín 45
Daniela Ostatníková

14 **František Kalina - kreátor a realizátor slovenskej zdravotníckej literatúry** 46
Michal Valent

20 **Profesor František Pór, zakladateľ košickej internistickej školy** 47
Oliver Rácz, Miroslav Mydlík, Katarína Derzsiová, Pavol Mešťan

24 **Za prof. MUDr. Miroslavom Antonom Šašinkom, DrSc.** 50
Marián Bernadič, Igor Riečanský, Milan Lehký

Nečakaná smrť nadaného lekára Tibora Vyslockého 52
Marko Bernadič, Inka Bernadičová

Posledné zbom docentovi MUDr. Tiborovi Urbánkovi, CSc. 52
Marián Bernadič, Jozef Rovenský, Ján Breza, Helena Bernadičová, Želmíra Mácová

34 **Rozlúčili sme sa s doc. MUDr. Ivanom Ruttkay-Nedeckým, DrSc., nestorom svetovej a slovenskej elektrokardiológie a vektorkardiografie** 53
Ljuba Bachárová, Slavomíra Filipová, Vavrinec Szathmáry, Marián Bernadič

38 **MUDr. Karel Zuska, CSc.** 54
Ondrej Kollár

In memoriam MUDr. Štefan Petříček, PhD., MPH 55
Daniel Magula

32 **Predstavujeme nové knihy** 13
Radovan Hrubý: Depresia a včasné emočné, kognitívne a behaviorálne regulácie
Peter Kukumberg

39 **Ivan Frič, Mirko Zibolen, Viera Haľamová, František Bauer a kolektív: História neonatológie na Slovensku** 18
Ján Buchanec

23 **Lekárka Mária Jasenková: Smrť nás učí dobre žiť** 19
Vladimír Bzdúch

Viliam Mojto: Diabetes mellitus – komplikácie a liečba 19
Marián Bernadič, Inka Bernadičová

19 **Úvod do spracovania a prezentovania dát v medicíne (Katarína Kozlíková, Michal Trnka)** 57
Marián Bernadič, Marko Bernadič

40 **Nová charta zdravotníckych pracovníkov** 57
Bohumil Chmelík

Program Spolku slovenských lekárov jeseň 2019 58

41 **Kalendár podujatí odborných spoločností SLS – jeseň 2019** 59

42

Pôvodná práca

Klinika, laboratórne vyšetrenia a charakter autoprotílátok pri juvenilnom systémovom lupus erythematosus

Dagmar Mozolová¹, Jozef Rovenský², Marián Bernadič³

¹1. detská klinika Lekárskej fakulty UK a DFNSP v Bratislave

²V. interná klinika LF UK a UNB v Bratislave

³Ústav patologickej fyziológie LF UK v Bratislave

Súhrn

Autori sumarizujú poznatky o klinike, laboratórnych vyšetreniach, ako aj charaktere autoprotílátok pri systémovom lupus erythematosus a jeho odlišnostiach v detskom veku v porovnaní s dospelými. Hranica medzi oboma ochoreniami nie je markantná. Práca odzrkadľuje klinické skúsenosti prvej autorky počas vyše 40-ročnej praxe v detskej reumatológii. Podrobné informácie sú doplnené charakteristikou 32 detí s juvenilným systémovým lupus erythematosus. Autori sa venujú možnostiam diferenciálnej diagnostiky v rámci diagnostických kritérií, liečbe a perspektívam. Súčasťou príspevku sú aj 3 klinické kazuistiky s vlastnou obrazovou dokumentáciou.

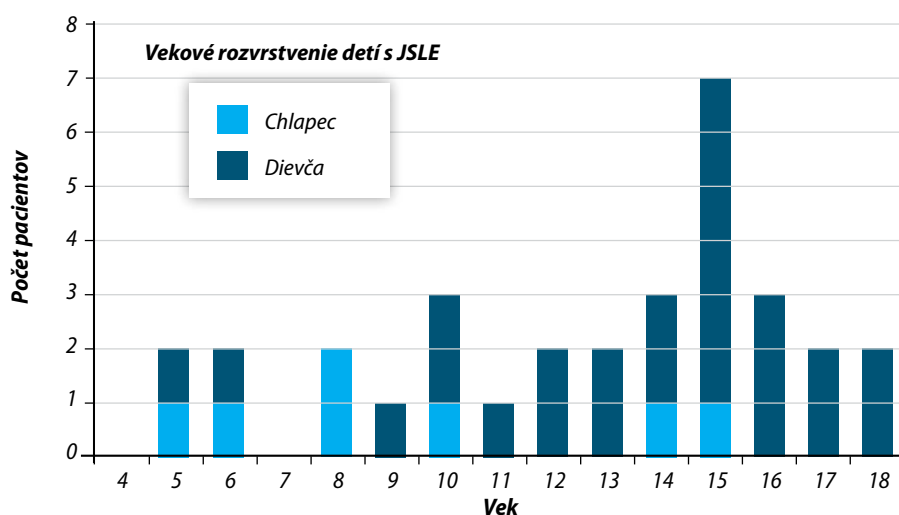
Kľúčové slová: systémový lupus erythematosus, juvenilný systémový lupus erythematosus, autoprotílátky, neonatálny lupus erythematosus, diagnostika.

Pokračovanie zo strany 1

Vo všetkých epidemiologických aj štatistických údajoch dominuje prevalencia SLE u žien proti mužom v pomere 9 : 1. V detskej populácii nie sú dosiaľ relevantné údaje o pomere výskytu ochorenia u dievčat oproti chlapcom, ale v období puberty je výskyt častejší u dievčat, zrejme v dôsledku hormonálnych vplyvov (10, 19, 28, 34, 39). Podľa niektorých údajov je výskyt JSLE 10 – 20 % do 16. roku života (5, 23). SLE ako taký postihuje všetky vekové skupiny. Tu sa však ukazuje fenomén, že jeho najčastejšia manifestácia je v druhej dekáde a u žien vo fertilnom období (5, 19, 28, 39, 41). Viaceré štúdie sa zhodujú v tom, že obdobie

prepuberty a puberty je pre hormonálne vplyvy (estrogény) veľmi výrazným rizikovým faktorom pre rozvoj SLE, ako aj JSLE. Okrem obdobia puberty je ďalším rizikovým faktorom pre rozvoj ochorenia genetická predispozícia. V prípade, že sa v najbližšom príbuzenstve vyskytuje SLE alebo iné systémové ochorenie spojiva, je u takéhoto jedinca vyššia pravdepodobnosť, že sa môže SLE uňho manifestovať (19, 26, 28, 39, 41). Rizikovým faktorom je u takéhoto jedinca aj asociácia s HL-A antigénmi A1, B8, alebo DR3 časté v našej populácii (16, 20, 28, 30, 39). Podobne je to aj v prípade identických dvojčiat.

Graf 1. Vekové rozvrstvenie chlapcov a dievčat v našom súbore detí s JSLE.



Z vlastnej skúsenosti detského reumatológa môžeme uviesť, že sme diagnostikovali JSLE u identických dvojčiat, pričom klasické ochorenie bolo u jednej z gemín v úplnom rozvoji a u dvojčata sa zistila v tom istom čase pozitívna autoprotílátok charakteristických pre SLE. K rozvoju ochorenia aj u tejto dvojčky došlo v krátkom čase (u oboch dievčat išlo o manifestáciu ochorenia pred dovŕšením 18. roku života (pacienti 5 a 6) (pozri tab. 2, graf 1).

Ako ďalšie rizikové faktory sa pre SLE uvádzajú napr. dlhodobé vystavenie slnečnému žiareniu (rozvoj po neprimeranej expozícii slnku počas pobytu pri mori), dlhodobé používanie niektorých liekov (pri epilepsii), ale aj dlhodobá expozícia niektorým chemikáliám a pod. (19, 26, 28, 39). Zlá životospráva (fajčenie, alkohol, stresové situácie hlavne psychického charakteru) bývajú „rozbuškou“ reaktivácie ochorenia – aj keď bolo ochorenie dlhší čas v remisii (pacient 15) (pozri tab. 2).

Jednoznačne však podstatnú úlohu pri rozvoji – ako aj v priebehu – SLE majú spomínané abnormality imunitného systému. Určujú nielen klinickú aktivitu ochorenia od ktorej závisí postihnutie jednotlivých orgánov (multisystémové ochorenie), ale určujú aj dĺžku života jedinca v konečnom dôsledku. Tvorba autoprotílátok je diferentná u jednotlivých chorých, z čoho vyplýva aj rozdielny priebeh a rozdielne postihnutie toho-ktorého systému.

Abnormality imunitného systému spočívajú v dysregulácii nešpecifickej aj špecifickej humorálnej aj protílátkovej zložky. Patria sem defekty jednotlivých zložiek komplementu, jeho kaskády (deficit C1q, C2, C4 a ďalšie), ktoré sú autozómovo recesívne dedičné, niektoré autozómovo dominantné (4, 6, 28, 34, 39, 44). Vzhľadom na dedičnosť týchto defektov v komplementovom systéme sa hovorí aj o tzv. lupus-like syndróme, ktorý je asociovaný s deficitom C1q zložky komplementu. V tabuľkách 1 a 2 sú zachytené aj 3 deti s lupus-like syndrómom z dvoch konsanguinných manželstiev (obr. 1 a 2).

Obrázok 1. Pacient s lupus-like syndrómom a deficitom C1q.



Tabuľka 1. Vek, orgánové postihnutie, exitus v skupine chlapcov s JSLE v referovanom súbore pacientov.

Pacient	Vek záchytu	Obličky	Srdce	Pľúca	CNS	Hematológia	Koža	Exitus vo veku
1	10	GLN				Leukopénia Tr-pénia	diskrétny LE erytém	15
2	8		exsud. perikard.	exsud. pleuritída	kŕče	Leukopénia Tr-pénia		12 (Stewens-Johnsonov syndróm)
3	5	GLN	myokarditída	exsud. pleuritída		pancytopénia	LE erytém	8
4	14	nefritída s nefrot. syn.						pacient preložený na iné pracovisko, údaj chýba
5*	6	GLN	exsud. perikard, myokarditída	exsud. pleuritída		Leukopénia Tr-pénia	generalizovaný exantém	8
6*	8		exsud. perikard.			Leukopénia Tr-pénia	Raynaud, LE erytém	?
7	15	GLN	exsud. perikard.	exsud. leuritída	kŕče	pancytopénia	LE erytém, vaskulopatia	15

Pacienti označení hviezdíčkou boli s lupus-like syndrómom s deficitom C1q

Dnes sa už hovorí o tzv. **monogénovom SLE**, ktorý je asociovaný s poruchami komplementu (4, 23). Patologické imunitné mechanizmy nielen špecifické bunkovej imunity, ako je dysbalancia T-bunkového a B-bunkového systému s nadprodukciou imunoglobulínov B-bunkami a nedostatočnou reguláciou T-buniek, ale aj účasť nešpecifickej humorálnej imunity (komplement a jeho zložky) zodpovedajú za klinickú aktivitu ochorenia. Na tomto procese sa okrem kaskády komplementu zúčastňujú aj kaskáda hemokoagulácie a fibrinolýzy a v neposlednom rade aktivita komplexu cytokínov a interleukínov už na molekulovej úrovni.

Abnormality imunitného systému spôsobujú neadekvátnu odpoveď, keď príslušné T-bunky (T-lymfocyty) nerozpoznávajú telu vlastný materiál a reagujú naň tvorbou auto-protiľátok prostredníctvom B-buniek (B-lymfocyty). Vytvárajú sa **imunokomplexy (CIK)** ktoré sa ukladajú v cievach, čím následne dôjde k poškodeniu jednotlivých orgánov či

systémov. Histopatologicky tomu zodpovedá vaskulitída s jej ostatnými prejavmi.

Nové poznatky sa premietli do liečby týchto ochorení jednak cez využitie monoklonálnych protiľátok alebo liečiv, ktoré potláčajú aktivitu cytokínov a interleukínov blokovaním ich receptorov (28, 39).

Nahromadenie intracytoplazmatickej DNA je spúšťacím mechanizmom tvorby **interferónu alfa (INF alfa)**. Vysoká hladina INF alfa je asociovaná s autoimunitou. Defekty klasickej cesty komplementu vedú k nadprodukcii apoptických fragmentov a CIK (36). Chýbanie regulačnej funkcie C1q na tvorbu INF alfa vedie k nadprodukcii apoptických fragmentov, ich stúpajúca hladina potom vedie k rozvoju SLE (4), ale aj iných autoimunitných ochorení. Deficit C3 zložky komplementu takto napríklad zodpovedá aj za rozvoj glomerulonefritídy.

Dôležitú účasť v rozvoji autoimunitných ochorení, teda aj SLE, majú už na molekulovej úrovni cytokíny, ktoré uskutočňujú intercelulárnu komunikáciu a výmenu informácií medzi imunitným systémom a ostatnými systémami organizmu. Týchto zaangażovaných účastníkov je veľké množstvo a patria

sem lymfokíny, interleukíny, skupina interferónov, faktory stimulujúce kolónie, transformujúce rastové faktory, interkíny, chemokíny a ďalšie. Poruchy ich funkcie môžu mať za následok prepojenie patologických procesov a takto poškodenie orgánov (28, 36, 39, 41).

Ochorenie bolo v minulosti fatálne a prežitie 5 rokov bolo raritou. Prelom tejto nepriaznivej prognózy nastal po uvedení kortikoidov do liečby SLE. Po skúsenostiach s imunosupresívi je prežívanie chorých so SLE oveľa dlhšie, samozrejme v závislosti od infekcií a ostatnej komorbidity, čo platí hlavne pre dospelú populáciu (kardiovaskulárne ochorenia, nekompenzovaný diabetes, ateroskleróza a pod.) (26, 28, 39, 42, 45). Vysoká aktivita ochorenia je výrazne spojená s pozitívou autoprotilátok typu anti ds DNA (15, 18, 21, 28, 39, 41).

Dnes poznáme aj miernejšie formy SLE, ktoré nebývajú so závažným orgánovým postihnutím, čo je aj dôvodom pre dlhšie prežívanie a priaznivejšiu prognózu. V komparatívnych štúdiách tieto formy ochorenia celkovo ovplyvňujú štatistické priemery.

O priebehu ochorenia rozhoduje jeho včasná diagnostika, aktivita ochorenia v úvode,

Obrázok 2. Deti z dvoch konsangvinných manželstiev s deficitom C1q (lupus-like syndróm).

Summary

Authors summarise clinical knowledges, laboratory results and properties of autoantibodies of systemic lupus erythematosus and its features in juvenile-onset systemic lupus erythematosus. The differentiation between adult and juvenile SLE its not easy. This paper presents over 40 years of clinical experients of first author in pediatric rheumatology. Paper brings clinical characteristics of 32 child patients with juvenile-onset systemic lupus erythematosus. Authors discussed possibilities of differential diagnostics, therapy and perspectives in this field of medicine. Three case reports with own original pictures and clinical documentation are published as a part of this paper.

Key words: systemic lupus erythematosus, juvenile-onset systemic lupus erythematosus, autoantibodies, neonatal lupus erythematosus, diagnostics.

Tabuľka 2. Vek, orgánové postihnutie, exitus v skupine dievčat s JSLE.

Pacient	Vek záchytu	Oblčky	Srdce	Plúca	Pečeň	CNS	Hematológia	Koža	Exitus/poznámka
1	15	GLN	Ex. perikarditída		AST ALT		Le Tr	3+	† v 17. roku Multiorgánové zlyhanie
2	15	B					Le	2+	
3	13	GLN*					Le Tr	+	*opak. Ab v dospelosti
4	10	GLN*	Ex. perikarditída				Le	+	*APS ako 26-roč.
5	14	GLN			AST ALT		Le Tr	+	
6	15						Le		
7	9	GLN*			AST ALT		Le Tr	+	*Ca štítnej žľazy ako 18-ročná
8	6	B	Myokarditída				Le Tr	2+	Deficit C1q
9	12	GLN dialýza			AST ALT		Le Tr	+	
10	11	B					Le Tr	4+	Nekrot. vaskulitída
11	16	GLN* NS			AST		Le Tr	+	*Pozit. BVR
12	18				AST ALT		AIHA	+	
13	18						Le Tr	2+	*Relaps pri antikoncepcii
14	5	GLN*					Le		
15	15	GLN*			AST ALT		Le Tr Pancytopenia	2+	Transplantácia obličky
16	16				AST	Krče Psychóza			
17	17	GLN	Myokarditída		AST ALT		Pancytopenia Vaskulitída	2+	
18	10	B			AST ALT ikterus			+	
19	15	B					Le Tr	4+ Nekrot. vaskulitída	
20	15	GLN*	Ao-Mi chyba Ex per	Pneumónia	AST ALT	Krče Dezorientácia	Pancytopenia	3+	† v 17. roku Multiorgánové zlyhanie
21	17	B			AST		Pancytopenia	2+ Raynaudov fenomén	
22	12	B			AST ALT		Le Tr	2+	
23	14	GLN	Myoperikarditída Ex. perikarditída		AST		Le	+	† Libman-Sachs endokarditída
24	16	B					Pancytopenia	2+	
25	13	B	Myokarditída, arytmia	Pleuritída	AST	Psychóza	Nekrot. vaskulitída	2+	

*Prázdne miesto znamená, že sme nemali spätnú väzbu o dieťati v neskoršom veku.

a to nielen klinická, ale najmä laboratórna a imunologická, dobre nastavená a monitorovaná komplexná liečba a v neposlednom rade zodpovedný prístup samého pacienta (u detí je dôležitý rodič) k ochoreniu.

V neskoršom veku (starobe) výskyt SLE klesá, na čom sa zrejme podieľajú aj znížené imunitné mechanizmy a stráca sa prevaha žien nad mužmi.

Klinický obraz

JSLE sa väčšinou rozvíja pomaly, nenápadne. Známe sú nešpecifické príznaky, ako je malátnosť, únava, úbytok hmotnosti, nevyvetlené teploty či už subfebrility, alebo aj teploty do 38 – 38,5 °C, pridružia sa artralgie, zriedkavo artritída, ktorá však pri SLE nemá deformujúci charakter okrem Jaccoudovej artropatie (28, 39, 41).

Niektorí autori uvádzajú mierne diferencie medzi rozvojom SLE a JSLE s tým, že u detí sa častejšie vyskytujú teploty, artritída či artralgie, lymfadenopatia, alopecia, postihnutie CNS a menej často autoimunitná hemolytická anémia (AIHA) (5, 11, 30).

Postupne sa objavujú aj symptómy z postihnutia jednotlivých orgánov, často z kože (vaskulitída), čo sa prejaví nesvrbivým makulopapulóznym exantémom (tzv. diskoidný lupus), ale často aj typickým začervenáním na lícach a koreni nosa (obr. 3 a 4), ktorý má charakteristický názov pre podobu s krídlami motýľa ako motýľovitý erytém. U chorých so SLE sa pozoruje fotosenzitivita (exantém manifestný po expozícii slnečným lúčom), ale aj vypadávanie vlasov (alopecia). Už aj tieto symptómy dovoľujú priblížiť sa k diagnóze SLE.

Ďalším príznakom môže byť manifestná vaskulitída až nekrotického charakteru (obr. 5), ktorá avizuje už pokročilé aktívne ochorenie. Môže sa vyskytnúť aj Raynaudov fenomén s poruchami prekrvenia na akách (obr. 6). V rôznom časovom slede sa objavujú aj príznaky z postihnutia rôznych systémov či orgánov. Medzi také patria opuchy na dolných končatinách, na viečkach ako prejav postihnutia obličiek v zmysle glomerulonefritídy alebo nefritídy s nefrotickým rysom (obr. 7). Informáciu o stupni postihnutia obličiek nám dáva histologické, imunohistochemické a elektrónovomikroskopické vyšetrenie biopsie obličky. Pomôže nám určiť stupeň zmien pri lupusovej nefritíde podľa histopatologickej klasifikácie WHO od I. stupňa s normálnym nálezom cez stupeň II s mezangiálnou proliferáciou, III. stupeň s nálezom fokálnej segmentálnej glomerulonefritídy, IV. stupeň označuje difúzu proliferatívnu glomerulonefritídu. Ako V. stupeň postihnutia je membranózna nefritída a VI. stupeň glomeruloskleróza. Finálne štádium lupusovej nefritídy, (end-stage LN) sa dlhodobo rieši dialýzou a následnou transplantáciou obličky (32).

Obrázok 3. Tvár pacientky s JSLE a typickým LE erytémom.



Obrázok 4. Typický motýľovitý erytém na tvári.



Obrázok 5. Nekrotizujúca vaskulitída u pacientky s JSLE.



Keďže je SLE multisystémovým ochorením, nevynecháva srdce, pľúca, pečeň, CNS, ba ani hemopoetický aparát. Srdce je často postihnutým orgánom v priebehu ochorenia. Môže sa prejavovať ako myokarditída či exsudatívna perikarditída, ktorá ohrozuje chorého tamponádou srdca, ktorá sa môže skončiť fatálne. Exsudatívna perikarditída sa môže manifestovať bez výraznejších prodrómov. Ďalším prejavom postihnutia srdca môže byť koronaritída s bolesťami na hrudníku imponujúcimi ako infarkt myokardu. Postihnutý môže byť aj chlopňový aparát. Výnimčná je Libmanova – Sachsova endokarditída, ktorá sa zistila v nekroptickom materiáli u našej pacientky (pacientka 23) (tab. 2) (19, 26, 28, 39). Na pľúcach sa zriedkavo v priebehu SLE manifestuje pneumonitída, častejšie sa zistí exsudatívna pleuritída s bolesťami na hrudníku pri dýchaní. Nielen symptómy zo strany srdca, ale aj pľúc si vyžaduje komplexnejšie vyšetrenie vrátane rtg, ekg či sonografie. Pozitívita tzv. hepatálnych testov avizuje zaangažovanie pečene pri SLE, ktoré nebýva závažnejšieho charakteru. Oveľa závažnejšie a diagnosticky náročnejšie je postihnutie CNS, ktoré môže nastúpiť aj pri krátkom trvaní ochorenia pri vysokej aktivite a môže sa skončiť fatálne. Pozorujú sa krčie, aj chorea, porucha osobnosti či organický psychosyndróm (3, 21, 28, 39, 40, 43). Súčasne bývajú tieto symptómy sprevádzané aj vysokou teplotou. Pestrá paleta všetkých spomínaných prejavov pri SLE sa nemusí objaviť u každého chorého v rovnakom slede, ale býva výrazne individuálna menlivá u toho-ktorého pacienta a dá sa obrazne prirovnáť k striedaniu obrázkov v kaleidoskope. Naakumulovanie orgánového poškodenia predurčuje aj prognózu chorého, pričom u detí s JSLE býva postihnutie obličiek a CNS najčastejšie (7, 11, 14, 19, 28, 37, 39).

Laboratórne nálezy pri JSLE

V laboratórnom obraze zisťujeme zmeny vybraných parametrov ako odraz funkcie jednotlivých orgánov. Pozitívny močový nález v zmysle proteinúrie, erytrocytúrie, ale aj zhoršenie renálnych funkcií, ako je znížená glomerulárna filtrácia, hladina kreatinínu, urey, svedčia o postihnutí obličiek. Rtg a sonografické vyšetrenie nás informuje o postihnutí pľúc, resp. ekg a sonografické vyšetrenie nám potvrdí postihnutie srdca (exsudatívna pleuritída či perikarditída). Pozitívita hepatálnych testov odráža zaangažovanie pečene, no za potrebného vylúčenia hepatotoxického efektu liečby. Náročné je potvrdenie postihnutia CNS, ktoré vyžaduje náročnejšie techniky, vrátane eeg a magnetickej rezonancie.

Hemopoetický systém býva takmer pravidelne postihnutý, čo zistíme zo zmien v krvnom obraze v zmysle leukopénie s lymfopéniou, podobne zistíme trombocytopéniu

(hovoríme vtedy o bicytopénii), alebo sa zistí aj anémia (vtedy ide o pancytopéniu). Navyše produkcia autoprotilátok proti erytrocytom môže spustiť autoimunitnú hemolytickú anémiu (AIHA), ktorá je život ohrozujúca. Fulminantnú AIHA publikoval Mashu u 9-ročného dievčaťa pochádzajúceho z konsangvinného manželstva, s vysokou genetickou predispozíciou – sestra mala lupusovú nefritídu, stará matka z otcovej strany mala SLE, aj matkin strýko mal SLE (30).

Zmeny základných a bežných laboratórnych nálezov, ako je sedimentácia erytrocytov-FW, CRP, ale aj hladina imunoglobulínov predovšetkým triedy IgG, ako aj titre autoprotilátok, sú dôležitým markerom a pri longitúdnom sledovaní v danom časovom období nás informujú o aktivite ochorenia a efektívnosti podávanej liečby.

Protijadrové protilátky

Jednoznačne diagnózu potvrdzujúcim a nevyhnutným markerom pri SLE (aj JSLE) je pozitívita protijadrových autoprotilátok, a to anti ds DNA (protijadrová protilátka proti natívnej DNA), ďalej anti DNP (proti deoxyribonukleoproteínu) a anti Sm, ktorá je dosť charakteristická pre SLE. Pri pozitívite ANA bývajú protijadrové autoprotilátky väčšinou vo vysokom titri, v nízkom titri sa môžu vyskytnúť aj u zdravých jedincov, alebo pri iných ochoreniach, ktoré majú autoimunitný charakter (11, 19, 26, 28, 39, 41). U zdravých

jedincov sa v takom prípade odporúča vyšetrenie týchto parametrov uskutočniť po nejakom čase. Autoprotilátky z komplexu ENA (extrahovateľný jadrový antigén), ku ktorým radíme anti Ro, anti La, anti RNP a ďalšie nám pomôžu diferencovať jemnejšie jednotlivé systémové choroby spojiva, ako je napr. Sjögrenov syndróm, dermatomyozitída, systémová skleróza a i (18). Autoprotilátky typu ANCA (proti zložkám cytoplazmy granulocytov), ktoré sa poznajú ako pANCA a cANCA, bývajú pri SLE zriedkavo pozitívne, dôležitejšiu informáciu podávajú pri systémových vaskulitidách, ako je polyarteritis idiopatica alebo granulomatózna polyangiitída, predtým známa ako Wegenerova granulomatóza.

Dôležitým vyšetrením pre SLE je stanovenie protilátok typu ACLA (antikardioliipínové), pretože sú indikátorom možnej asociácie SLE s **antifosfolipidovým syndrómom – APS** (10, 14, 21, 28, 31, 39, 40, 41, 43). K týmto zaraďujeme vlastné ACLA- antiβ2glykoproteín 1 IgG a antiβ2 glykoproteín IgA, ktoré majú význam v koincidencii s trombózou (31) a lupus antikoagulans. Viacerí autori udávajú vysokú incidenciu neuropsychiatrických symptómov a nálezov v asociácii s prítomnosťou antifosfolipidových protilátok (3, 14, 21, 28, 39, 40, 43).

Niekedy symptómy ochorenia pripomínajú SLE, ale nespĺňajú klasifikačné kritériá. Takéhoto chorého treba zaradiť medzi tzv. **nediferencované ochorenie spojiva** (UCTD – undifferentiated connective tissue disease). Liečbu takéhoto pacienta a ďalšie dodiferencovanie treba zabezpečiť na vysokošpecializovanom pracovisku. V literatúre sa objavili aj správy o ochoreniach, ktoré imitujú reumatoidnú artritídu aj SLE, ba dokonca sa môžu niektoré autoprotilátky zistiť aj v týchto prípadoch. Dostali označenie „**rhusus**“ (1).

SLE s pozitívnymi autoprotilátkami typu anti Ro a anti La u žien v prípade SLE alebo Sjögrenovho syndrómu môžu významne ovplyvniť tehotnosť. Toto poznanie je dôležité dnes z hľadiska mladej generácie pri predčasnom sexuálnom nechránenom styku a možnej predčasnej gravidite. V takomto prípade je plod ohrozený v samotnom vývoji, gravidita sa môže skončiť intrauterinným úmrtím plodu či predčasným pôrodom s perinatálnou hypotrofiou plodu. Novorodenec sa môže narodiť s tzv. **neonatálnym lupusom (NLE)**, kožné zmeny, trombocytopénia, pozitívita hepatálnych testov, alebo môže ísť o **najzávažnejšie postihnutie kongenitálnou kompletnou srdcovou blokádou (CCHB)**. Takýto nález vyžaduje implantáciu kardiostimulátora už po niekoľkých dňoch pre život ohrozujúci stav (8, 12, 13, 17, 28, 39, 33). NLE je zvláštny zriedkavý syndróm charakterizovaný sérologickými a orgánovými prejavmi. Môže sa zistiť u novorodencov matiek so Sjögrenovým syndrómom, resp.

manifestným SLE, ale aj s antifosfolipidovým syndrómom (8, 12, 13, 17, 19, 28, 39).

Kongenitálna kompletná srdcová blokáda (CCHB) je v populácii veľmi zriedkavá, jej výskyt sa odhaduje približne na 1 : 20 000 pôrodov. U žien so SLE s protilátkami typu anti Ro je jej výskyt podľa literatúry približne v 2 prípadoch na 100 pôrodov (8, 17, 28, 39). Fetálne straty bývajú v 9 – 25 % a mortalita v ranom detstve je približne 5 – 13 % (8). Údaje z literatúry verifikované aj histopatologickými zisteniami dokazujú, že pri CHB sa poškodí Hissov zväzok a A–V uzol už vo včasných štádiách gestácie. Predpokladá sa aj účasť CIK tvorených plodom ako odpoveď na transplacentárne prenesený antigén z matky na plod. Transplacentárne prenesené autoprotilátky anti Ro IgG od matky v 17. – 22. týždni gestácie tvoria u fétu približne len 10 %, neskôr dramaticky stúpajú medzi 25. až 40. týždňom. Spôsobia zápalové zmeny, fibrózu a nakoniec kalcifikáciu s poškodením A–V uzla natoľko, že tento nie je schopný prenášať riadny srdcový rytmus z predsieni na komory. Komory tak majú nižšiu frekvenciu, teda aj nižší kardiálny výdaj. CHB sa manifestuje u plodu bradyarytmiou, resp. bradykardiou s frekvenciou približne 45 – 60/min, čo možno zachytiť včas echokardiografickým vyšetrením (echokg), ktoré sa odporúča vyšetrovať od 16. do 26. týždňa gestácie raz týždenne. Dôležité je sledovať PR interval na ekg; v prípade že je PR interval 150 msec a viac, podáva sa dexametazón raz

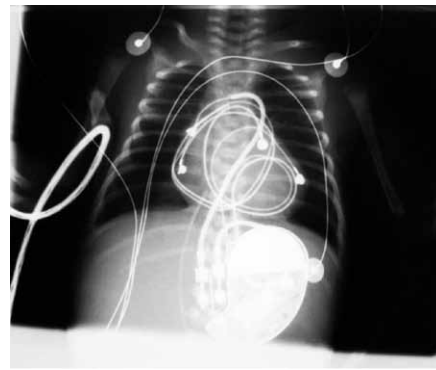
Obrázok 6. Rayunodov fenomén u chlapca s JSLE.



Obrázok 7. Edém v netypickej lokalite u pacientky s JSLE, závažnou glomerulonefritídou pred zaradením do dialyzačného programu.



Obrázok 8. Implantovaný kardiostimulátor do dutiny brušnej u pacienta z kazuistiky 2.



Obrázok 9. Novorodenec s neonatálnym lupusom a anasarkou.



týždenne, ale pri jeho zvýšení sa echokg opakuje častejšie a dávka dexametazónu, ktorý prechádza placentou, sa zvyšuje v dennom režime a pridávajú sa aj i.v. imunoglobulíny. Bradykardiu treba správne diferencovať, pretože môže imitovať fetálny distress a mohla by viesť k predčasnej pôrodnickej intervencii. Z **CHB**, čo je blokáda I. stupňa, sa môže vyvinúť CCHB, dokonca v priebehu 24 – 48 hodín, pričom tieto zmeny sú **ireverzibilné**. Podľa údajov literatúry až 50 – 63 % takto postihnutých detí si vyžaduje „pacing“ pomocou epikardiálnej elektródy, ak je frekvencia pod 70/min. Ak však stav progreduje, väčšinou je nevyhnutná **implantácia kardiostimulátora (KS)** (obr. 8). „Pacing“ prostredníctvom epikardiálnej elektródy sa niekedy robí aj transezofágovo s rizikom striktúry pažeráka, čo si vyžaduje opakovanú dilatáciu ezofágu. Doba implantácie KS závisí od kardiálneho zlyhávania. Prognóza je závažnejšia vtedy, ak je bradykardia pod 55/min a je prítomná **anasarka** (obr. 9) (8, 12, 13, 17).

Implantácia KS prináša so sebou aj riziko komplikácie, akou môže byť exsudatívna perikarditída, ktorá vyžaduje punkciu, ba dokonca perikardiocentézu (8, 12, 13). V literatúre sa vyskytli aj správy o zistení vrodených srdcových chýb, akými sú defekt predsieňového septa, defekt komorového septa, alebo perzistujúci ductus arteriosus, čo sa riešilo operačne, alebo došlo k spontánnemu uzatvoreniu (ductus arteriosus persistens) (17).

Klinické zmeny – ako sú kožné lézie, ale aj laboratórne nálezy, ako je trombocytopenia, pozitivita hepatálnych testov, ale aj pozitivita autoprotilátok, majú tranzitórny charakter a vymiznú do 6 – 8 mesiacov života, tak ako sa odbúrajú prenesené autoprotilátky od matky (8, 13, 17, 28, 39, 33, 41).

Počas klinickej praxe sme zachytili 3 novorodencov s CCHB, ktorých sme do súboru uvedených 32 detí s JSLE nezaradili. U matiek týchto novorodencov išlo o antifosfolipidový syndróm s SLE, Sjögrenov syndróm a u jednej matky sa po pôrode dieťaťa manifestoval SLE.

Diagnostické kritériá

Pre čo najprecíznejšiu diagnostiku SLE boli opakovane modifikované diagnostické kritériá, ktoré prihliadajú na prítomnosť klinických, laboratórnych aj imunologických náleзов (WHO, ARA) z rokov 1971, 1982, 1997 (5, 10, 19, 22, 25, 26, 28, 39, 41). V súčasnosti sa odporúčajú ako klasifikačné kritériá vypracované **SLICC/ARC z roku 2012**, ktoré uvádzame nižšie (35), ale aj tieto už boli pripomienkované (22) a overované v praxi štúdiami (46). V jednotlivých odporúčaných kritériách autori upravovali, dopĺňali, ale aj spresňovali klinické, laboratórne a imunologické nálezy – exantém a jeho charakter, proteinúriu, hematologické abnormality, deficity komplementu, prítomnosť ENA protilátok,

antifosfolipidových protilátok atď. (46). Pre určenie diagnózy SLE sa odporúčajú kombinácie veľkých a malých orgánových prejavov, či laboratórnych a imunologických náleзов, aby definovali čo najvýstižnejšie samo ochorenie (5). Podľa niektorých autorov sú kritériá ACR pre diagnostiku JSLE lepšie a výstižnejšie oproti kritériám SLICC (22).

Klasifikačné kritériá pre systémový lupus erythematosus podľa SLICC (35)

Klinické kritériá

1. a) **Akútny kožný lupus** (lupusový erytém na tvári), bulózný lupus, variant toxiko-epidermálnej nekrolýzy SLE, makulopapulózny a fotosenzitívny lupusový raš.
b) **Subakútny kožný lupus** (neindurované psoriaziformné a/alebo anulárne polycyklické lézie, ktoré sa hoja bez zjazvenia, niekedy s poruchami pigmentácie alebo telangiektáziami).
2. **Chronický kožný lupus** klasický diskoidný lupus (lokalizovaný na hlave, generalizovaný na krku či nižšie), hypertrofický (verukózný) lupus, lupusová panikulitída, sliznicový lupus a ďalšie varianty.
a) **Orálne ulcerácie** lokalizované na podnebí, bukálnej sliznici, na jazyku.
b) **Nazálne ulcerácie** s vylúčením iných príčin (vaskulitída, virózy, Bechcetov syndróm, a i.).
3. **Synovitída s opuchom 2 alebo viacerých kĺbov** s výpotkom alebo opuchom, citlivosť 2 alebo viacerých kĺbov a ranná stuhnutosť v trvaní aspoň 30 minút.
4. **Sérozitída** (pleuritída, auskultačne trecí pleurálny šelest, exsudatívna pleuritída). **Perikarditída** s bolesťou trvajúcou viac ako jeden deň, exsudatívna perikarditída, alebo prítomný trecí perikardiálny šelest, resp. potvrdená perikarditída na ekg (s vylúčením iných príčin).
5. **Obličkové prejavy** (pomer proteínu/kreatinínu alebo proteinúria viac ako 500 mg za 24 h, alebo erytrocytúria).
6. **Neurologické prejavy** – kŕče, psychóza, mononeuritis multiplex (s vylúčením primárnej vaskulitídy ako príčiny), myelitída, akútne stavy zmätenosti (s vylúčením iných príčin, ako je primárna vaskulitída, metabolický rozvrat, urémia atď.).
7. **Hemolytická anémia**.
8. **Leukopénia** menej ako 4000/mm³ s **lymfopéniou** menej ako 1000/mm³, obe hodnoty zistené aspoň jeden raz s vylúčením iných príčin.
9. **Trombocytopenia** menej ako 1000/mm³ zistená aspoň raz pri vylúčení iných príčin.

Imunologické kritériá pre SLE podľa SLICC (35)

1. **ANA** vo vyšších titroch, ako sú referenčné hodnoty zodpovedajúce norme.

2. **Anti ds DNA** – protilátky nad hornou laboratórnou hranicou (pri ENA je potrebný dvojnásobok hornej hranice normy).

3. Anti Sm.

4. **Antifosfolipidové protilátky** (lupus antikoagulans, falošná pozitivita testov na lues – VDRL, antikardiolipínové protilátky IgA, IgG alebo IgM, ich stredné a vysoké hladiny, protilátky proti antiβ2glykoproteínu 1).

5. **Znížené hladiny komplementu a jeho zložiek** – CH 50, C3, C4.

6. **Pozitívny priamy Coombsov test** pri chýbaní hemolytickej anémie (ak sú prítomné oba znaky, počítajú sa ako jeden).

Diferenciálna diagnostika JSLE

V diferenciálnej diagnostike JSLE musíme v prvom rade odlišiť systémovú formu JIA (Stillova forma s vysokými teplotami, leukocytózou, artritídou, orgánovými prejavmi a charakteristickým exantémom), ďalej Sjögrenov syndróm, pri ktorom býva podobný profil autoprotilátok (ANA, anti Ro, anti La) v klinike s tzv. sicca syndrómom – suché oči a suché sliznice aj s postihnutím iných systémov. Diferenciálnodiagnosticky treba odlišiť aj ochorenia najmä s postihnutím obličiek v popredí, alebo s postihnutím srdca, pľúc, kože, či CNS, ba dokonca aj malignitu. V rozvojových krajinách je nevyhnutné vylúčiť aj tuberkulózu a v niektorých oblastiach aj infekciu HIV (41).

Napriek novým poznatkom, využitiu dostupnej laboratórnej a modernej vyšetrovacej techniky hľadaním čo najväčšieho počtu symptómov v korelácii s diagnostickými kritériami, je určenie diagnózy SLE či JSLE stále náročné. Revidovanie a dopĺňanie jednotlivých diagnostických a imunologických kritérií v priebehu 40 rokov dosiaľ nenašlo jediný biomarker patognomický pre toto ochorenie.

Liečba JSLE

Kedže dosiaľ nie je známa príčina ochorenia, ani jeho liečba nie je kauzálna. Pri ľahších formách SLE (aj JSLE) vystačíme s podávaním **antimalarík**. Orgánová manifestácia v úvode ochorenia svedčí o vysokej aktivite, takže sú indikované **kortikoidy** v plnej dávke, t. j. 2 mg/kg/deň, pričom sa neprekračuje celková dávka 60 mg prednizónu denne. Táto sa podáva 4 – 6 týždňov podľa dosiahnutia výrazného zlepšenia, resp. remisie, potom sa postupne detrahuje na dávku 5 – 10 mg na deň pri pravidelnom sledovaní biochemických parametrov. Aj u detí, aj u dospelých sa používa v liečbe aj **intravenózne podávanie kortikoidov – metylprednizolónu – formou tzv. pulznej liečby**, v závislosti od pracoviska (3 dni po sebe, resp. každý druhý deň) podľa aktuálneho stavu chorého.

V liečbe sa uplatnilo aj **i.v. podávanie imunoglobulínov**, hlavne pri ťažkej trombocytopenii, pretrvávajúcej a nezlepšujúcej

sa lupusovej glomerulonefritíde, ale je plne indikovaná aj pri autoimunitnej hemolytickej anémii (AIHA). Liečba imunoglobulínmi je finančne veľmi náročná, pretože dávka 300 – 400 mg/kg/deň najmä u hmotnostne ťažších detí pri opakovanom podávaní (3 dni po sebe a následne v časových intervaloch) mimoriadne zaťažuje liečebné náklady.

Metotrexát možno podávať aj menším deťom pre pomerne dobrú toleranciu a málo vedľajších účinkov pri menej závažných formách JSLE, kde v klinike dominujú kožné prejavy či artritída, aj keď pri SLE nebýva deformujúceho charakteru. Dávkovanie je od 7,5 do 15 až 20 mg raz v týždni, podľa povrchu tela a hmotnosti. Možno ho podávať per os, ale aj parenterálne. Pri podávaní metotrexátu nesmieme zabudnúť na suplementáciu kyseliny folovej.

Z transplantácie medicíny po skúsenostiach imunosupresívnych účinkov sa zaviedli aj niektoré **imunosupresíva** do liečby SLE, podobne aj JSLE. Je to hlavne **azatioprin**, pomerne bezpečný pri dobrom monitorovaní laboratórnych parametrov. Dávkovanie býva spravidla 1 – 2 mg/kg/deň, hlavne v období dosiahnutej remisie ochorenia. Dobré monitorovanie v takom prípade dovoľuje redukovat dávku kortikoidov, ktoré samozrejme pri dlhodobom podávaní majú aj vedľajšie účinky (sekundárny Cushing, leukocytóza, steroidový diabetes, steroidová hypertenzia, hypertrichóza, osteoporóza, akné atď.).

Ako ďalšie imunosupresívum sa môže použiť **cyklofosamid** v perorálnej forme, ale je oveľa toxickjší a má dosť nepriaznivých účinkov, hlavne hemoragickú cystitídu, tvorbu áft, ako aj zmeny v krvnom obraze. Dávkovanie je väčšinou 1 mg/kg/deň, ale pre menej nepriaznivý efekt sa u starších detí môže podávať **cyklofosamid** aj v **intravenózných infúziách**, ktoré sa v istých časových intervaloch opakujú. V takomto prípade sa dávka upravuje podľa stavu, veku a hmotnosti dieťaťa podľa štandardizovaných schém. Túto liečbu treba vždy zvážiť nielen pre nežiaduce účinky, ale cyklofosamid navyše spôsobuje **ireverzibilné zmeny na gonádach**, hlavne u mužov, nevynímajúc dospievajúcich chlapcov.

Pre potlačenie imunitných abnormalít, ako aj udržanie chorého v remisii možno použiť v liečbe SLE aj **cyklosporín A**, ktorý sa tiež radí k imunosupresívam. U detí sa používa menej často, predovšetkým pri závažnej progredujúcej glomerulonefritíde. Dávka je 2 – 3 mg/kg /deň. Počas podávania je potrebné monitorovať pacienta pre riziko rozvoja hypertenzie, hyperkaliémie a často sa ako nepriaznivý efekt udáva gingivitída a hypertrichóza.

Mykofenolát mofetyl bol podľa správ z literatúry **stiahnutý z liečebných aplikácií pre rozvoj infekcií a teratogénne**

účinky, preto ani ŠUKL používanie tohto liečiva neodporúča.

Využitie imunologických poznatkov na molekulovej úrovni prinieslo zavedenie **tzv. biologík** do liečby SLE, u detí sa táto liečba ešte zvažuje, vyžaduje si viac skúseností. Ide o liečivá, ktoré ovplyvňujú aktivitu B-lymfocytov (produkcia imunoglobulínov prostredníctvom plazmatických buniek). Do úvahy prichádzajú biologiká, ktoré sú v podstate monoklonálne protilátky, ktoré sa viažu na solubilný aktivátor B-lymfocytov, a tak potláčajú ich funkciu. Na druhej strane iné monoklonálne protilátky pôsobia na molekulovej úrovni väzbou na receptory B-lymfocytov s ich likvidáciou.

Očkovanie

Všeobecne platí, že pacienti s SLE môžu byť očkovaní bežnými vakcínami okrem živých vakcín počas imunosupresívnej liečby, aby sa predišlo ťažkým infekciám a komplikáciám (2, 24).

Prežívanie a mortalita

JSLE je závažné, chronické, nevyliciteľné ochorenie, ktoré sa dá do určitej miery ovplyvniť adekvátnou liečbou a uviesť do remisie. Tektonidouová uvádza, že prognóza detí so JSLE sa od roku 1950 do roku 1980 zlepšila zo 60 – 70 % na 90 %. Pravdepodobne to bolo spôsobené precíznejšou diagnostikou, kombinovanou liečbou a zvládaním komplikácií (42). Metaanalýzy viacerých štúdií hovoria, že u dospelých, ako aj u detí so JSLE sa všeobecne prežívanie zlepšilo. Zo štúdií boli vylúčené deti s NLE. Nemalú úlohu však pripisujú autori aj lepším socioekonomickým pomerom. Do určitej miery ovplyvňuje prežívanie chorých aj možnosť prístupu k špecialistovi v zmysle finančných nárokov na cestovanie, liečbu atď. s nepriaznivým efektom (10, 11, 19, 32, 38, 41, 45). Prežívanie dospelých nepresahuje väčšinou dobu 15 rokov, u detí pre nízke počty nie sú relevantné údaje, ale udáva sa prežitie približne do 10 rokov. Naša pacientka, u ktorej bol diagnostikovaný JSLE v 10. roku života, prežíva dosiaľ 22 rokov (pacientka 4) (pozri tab. 2). Pokles úmrtnosti na SLE v rokoch 1970 – 1978 bol 12,6 roka za obdobie 1997 – 2005 došlo k poklesu na 3,46 roka podľa Urowitza (45).

Napriek všetkému úsilíu je priebeh u každého postihnutého jedinečný, nemusí mať kompletne symptómy, ktoré sme vyššie uviedli. Regulovanie priebehu závisí v najväčšej miere od imunologickej aktivity, orgánového postihnutia a relapsov ochorenia. Nedá sa poprieť aj účasť zodpovedného prístupu jedinca k ochoreniu. Pravidelné sledovanie takto chorých detí patrí do rúk špecialistov, nielen detských reumatológov, ale vyžaduje si interdisciplinárny prístup tak, ako sa vyjadril profesor Wagenhäuser už v minulosti na Svetovom reumatologickom

kongrese v Bangkoku, ale je odporúčaním aj mnohých citovaných autorov (2, 7, 17, 28, 39, 41).

Vzplanutie ochorenia môže spôsobiť bežná vírusová infekcia, zastavenie liečby samotným pacientom v období remisie (SLE v podstate nie je bolestivé ochorenie ako napr. reuma). Aj takéto udalosti sme pozorovali u našich pacientov, keď dokonca liečbu vynechal samotný rodič.

Kazuistiky

V závere publikácie uvádzame veľmi ťažký a komplikovaný priebeh JSLE u pacientky 20 (tab. 2) v krátkej kazuistike 1, príbeh malej Lenky s NLE (kazuistika 2) a kazuistiku 3 najdlhšie prežívajúcej našej pacientky.

Počas klinickej praxe od roku 1970 do roku 2016 sme na I. detskej klinike DFNSP a Lekárskej fakulty UK (teraz Národný ústav detských chorôb) v Bratislave diagnostikovali a liečili spolu 32 detí s JSLE, z toho 7 chlapcov a 25 dievčat. Do súboru našich pacientov išlo o deti z rôznych lokalít Slovenska) sme zaradili aj 3 deti (1 dievča a 2 chlapci) rómskeho etnika z dvoch konsanguinných manželstiev s deficitom C1q zložky komplementu (44). U nich išlo o lupus-like syndróm, t. j. ochorenie podobné SLE v klinickom priebehu aj s imunologickými abnormalitami (pacienti 5 a 6 – tab. 1 a pacient 8 – tab. 2).

Kazuistika 1

Z anamnézy treba spomenúť, že sestra pacientky zomrela na Ewingov sarkóm. Naša pacientka ako 14-ročná bola hospitalizovaná v rajóne, pretože sa po prekonanej angíne cítila zle, objavili sa teploty, únava, artralgie. Opäť bola hospitalizovaná a pre predpokladanú reaktívnu artritídu bola liečená prednizónom v dávke 30 mg denne, antibiotikami a v tomto období bola vykonaná tonzilektómia. Po výkone pre zvyšujúcu sa FW a diskretnú artritídu bola preložená na našu kliniku. Už v prvom vyšetrení u nás sa zistila pozitívna ANF a vysokopozitívny LE bunkový test. Typizácia autoprotilátok v NURCH Piešťany (referenčné pracovisko pre typizáciu autoprotilátok) bola s nálezom ANA/IF 3+++HM, anti DNP 248 j., anti ds DNA 5 %, z komplexu ENA boli pozitívne anti Ro a anti La, ktoré svedčili o vysokej imunologickej aktivite ochorenia. Pacientka bola liečená plnou dávkou kortikoidov s príslušnou ostatnou liečbou, samozrejme že došlo k rozvoju sekundárneho Cushingovho syndrómu. V priebehu času sonografické vyšetrenie potvrdilo exsudatívnu perikarditídu, chlopňový aparát srdca bol v tom období intaktný. V longitudinálnom sledovaní, ktoré sa opakovalo aj v kratších obdobiach

ako 2 mesiace, a pri opakovaných hospitalizáciách pretrvávala kolísavá, ale vždy pozitívna typizácia autoprotilátok. V liečbe bola monitorovaná dávka kortikoidov, prechodne boli podávané aj pulzy metylprednizolónu. Bioptické vyšetrenie obličky potvrdilo mieru mezangiálnu proliferatívnu glomerulonefritídu. Pod intenzívnou liečbou sa stav zlepšil natoľko, že pacientka nepociťovala bolesti, nemala výraznejšie problémy a liečbu spontánne vynechala. Pri ďalšej kontrole u nás (po 1,5 roku od začiatku diagnostikovaného JSLE) sme zistili arytmiu, v objektívnom náleze manifestný LE exantém na tvári, dyspnoe. Matka odmietla hospitalizáciu dieťaťa, no v priebehu 48 hodín sa stav natoľko zhoršil, že pri teplotách sa manifestovala centrálna symptomatológia, kŕče a bezvedomie. Eeg vyšetrenie potvrdilo ťažkú difúziu poruchu elektrogezy. Pacientka bola preložená do NÚRCH, pri pulznej liečbe kortikoidmi a komplexnej terapii sa postupne stav zlepšil, upravil sa aj obraz postihnutia CNS. Ako nový nález sa potvrdilo sonograficky postihnutie chlopňového aparátu ako aortomitrálna chyba, s mitrálnou insuficienciou III. stupňa a aortálnou insuficienciou II. – III. stupňa. Napriek maximálnemu úsiliu a kombinovanej liečbe stav progredoval a po 2 rokoch trvania JSLE pacientka exitovala pre multisystémové zlyhanie.

Kazuistika 2

29-ročná matka počas prvej gravidity v 23. týždni prestala cítiť pohyby plodu. Týždeň po indukovanom potrate mŕtveho plodu mala zvýšenú teplotu, bolesti v lýtku a pod kolenom. Bola diagnostikovaná flebotrombóza a anémia. Vyšetreniami sa potvrdil antifosfolipidový syndróm a bola liečená heparínom, fraxiparínom a anopyrínom. Počas druhej gravidity v 34. týždni gestácie pre zachytenú bradykardiu plodu (70/min) bol indikovaný pôrod per s.c. (cisárskym rezom). Vybavený plod bol ženského pohlavia s pôrodnou hmotnosťou 1800 g a dĺžkou 44 cm. Apgarovej skóre bolo 5/7 a bola konštatovaná výrazná prenatálna hypotrofia plodu. Nasledovala resuscitácia, dieťa bolo zaintubované

a z rájonnej nemocnice preložené na našu kliniku (v tom čase na Oddelenie patologických novorodencov), s diagnostikovanou kompletnou vrodenou A–V blokádou III. stupňa. Pri prijatí bola frekvencia komôr 50 – 60/min. Dieťa bolo hemodynamicky kompromitované so znakmi nízkeho kardiálneho výdaja, so systémovou hypotenziou, periférnou vazokonstrikciou a metabolickou acidózou napriek inotropnej podpore adrenalinom. Urgentne bola indikovaná externá stimulácia myokardu a bola zavedená elektróda do hrotu pravej komory srdca. Pri kanylácii v. jugularis interna l. dx. došlo k hemotoraxu a pneumotoraxu. Srdce bolo stimulované frekvenciou 125/min. Postupne sa stav stabilizoval, na ekg však pretrvávala A–V blokáda II. stupňa s prevodom 2 : 1. V komplexnej liečbe dieťa vyžadovalo agresívny ventilačný režim, pre RDS-like syndróm bola podaná jedna dávka surfaktantu (Alveofact). V ostatnej liečbe pre septický stav a pozitívne hemokultúry bola podávaná kombinácia antibiotík podľa citlivosti. Hyperbilirubinémia si vyžadovala dvojdnú fototerapiu. Na 14. deň života sa spontánne povytiahla elektróda externej stimulácie, čo viedlo k opätovnej hemodynamickej kompromitácii a potrebnej riadenej ventilácii. Na 15. deň života bol dieťaťu implantovaný kardiostimulátor. Po ďalších sprievodných komplikáciách (exsudatívna perikarditída s fibrínovou organizáciou) sa pod intenzívnou liečbou postupne stav upravil a dieťa bolo ďalej sledované v Det-skom kardiocentre (t. č. DK NÚSCH).

Laboratórne a imunologické vyšetrenia nielen u dieťaťa, ale aj u matky v pravidelných intervaloch (ANA, anti ds DNA, anti Ro, ACLA) konfrontované v NÚRCH Piešťany preukazovali dynamiku s postupným poklesom týchto autoprotilátok u dieťaťa (pokles v priebehu pol roka), čo potvrdzuje skutočnosť, že sa transplacentárne prenesené autoprotilátky prirodzene odbúrajú (8, 17) (tab. 3). Vyšetrenia potvrdili u matky SLE s antifosfolipidovým syndrómom.

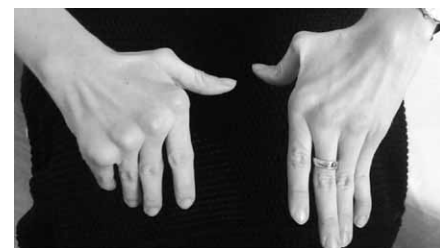
Tabuľka 3. Hodnotenie autoprotilátok u dieťaťa s CCHB v 4. a 7. týždni života a v 6. mesiaci života a u matky 7 týždňov po pôrode (kazuistika 2) (33).

Dieťa	anti DNP	anti ds DNA	ANA/Hep 2	anti Ro	ACLA
4.týždeň	5	negat.	2+Z	pozit.	Nevyšetrené
7.týždeň	11	negat.	2-3+Z	pozit.	negat.
6.mesiace	5	negat.	2+Z	negat.	negat.
Matka 7. týždeň po pôrode	20	negat.	2-3+Z	pozit.	IgM 50,9

Kazuistika 3

U 10-ročnej pacientky, hospitalizovanej u nás s angínou, sa manifestoval JSLE s exsudatívnou perikarditídou. V neskoršom priebehu sa objavila glomerulonefritída, verifikovaná biopsiou obličky ešte v reverzibilnom štádiu. V jej 26. roku života sa postupne objavili pozitívne antifosfolipidové protilátky bez manifestnej trombozy. Pacientku sme sledovali do 32 rokov života (už na inom pracovisku). T. č. dostáva kombinovanú antiagregačnú liečbu, prednizón a biologickú liečbu belimumabom (Benlysta). Počas celého obdobia sledovania sa už viac nevyskytla exsudatívna perikarditída, močový nález vrátane renálnych parametrov (urea, kreatinín, glomerulárna filtrácia, odpad bielkovín) je pri kontrolách v referenčnom pásme. Pacientka bola monitorovaná pri liečbe kortikoidmi podľa aktuálneho stavu pri kontrolách, dôkladne boli liečené infekcie, dodržiavala prísne životosprávu. Napriek všetkému došlo k rozvoju tzv. Jaccoudovej artropatie s deformitami na rukách, ktoré zodpovedajú za postihnutie šlachového aparátu (pacient 4) (pozri tab. 2, obr. 10).

Obrázok 10. Jaccoudova deformita pri JSLE (pacientka 4).



Literatúra

1. Amezcua-Guerra, L.M., Springall, R., Marquez-Velasco, R. et al.: Presence of antibodies against citric citrullinated peptides in patients with „rhus“: a cross-sectional study. *Arthritis Res Ther*, 2006; 8: 1 – 5.
2. Arici, Z.S., Batu, E.D., Ozen, S.: Reviewing the Recommendations for Lupus in Children *Curr Rheumatol Rep*, 2015; 17: 1 – 13.
3. Arisaka, O., Obimata, K., Sasaki, H. et al.: Chorea as an initial manifestation of systemic lupus erythematosus. A case report of a 10-year-old girl. *Clin Pediatr*, 1984; 23: 298 – 300.
4. Belot, A., Cimaz, R.: Monogenic forms of lupus erythematosus: new insights into SLE pathogenesis. *Pediatr Rheumatol Online*, 2012; 10:21.
5. Bertsias, G.K., Pamfil, C., Fanouriakis, A. et al.: Diagnostic criteria for systemic lupus erythematosus: has the time come? *Nat Rev Rheumatol*, 2013; 103: 1 – 8.
6. Botto, M., Dell'Angola, C., Bygrave, A.E. et al.: Homozygous C1q deficiency causes glomerulonephritis associated with multiple apoptotic bodies. *Nat Genet*, 1998; 19(1): 56 – 59.
7. Brunner, H.I., Silverman, E.D., To, T. et al.: Risk factors for damage in childhood-onset systemic lupus erythematosus: cumulative disease activity and medication use predict disease damage. *Arthritis Rheum*, 2003; 49: 436 – 444.
8. Capone, C., Buyon, J.P., Friedman, D.M. et al.: Cardiac manifestation of neonatal lupus: A review of antibody associated congenital heart block and its impact in an adult population. *Cardiol Rev*, 2012; 20: 72 – 76.

9. Carbone, L.D., Lohr, K.M.: Ethnic differences in male lupus. *J Clin Rheumatol*, 2002; 8: 239 – 240.
10. Cervera, R., Abarca-Costalago, M., Abramovicz, D. et al.: Systemic lupus erythematosus in Europe at the change of the millennium: Lessons from „Euro-Lupus Project“. *Autoimmun Rev*, 2006; 5: 180 – 186.
11. Cervera, R., Khamashta, M.A., Font, J. and the European Working Party on Systemic Lupus Erythematosus: Systemic Lupus Erythematosus: Clinical and immunologic patterns of disease expression in a cohort of 1000 patients. *Medicine*, 1993; 72: 113 – 124.
12. Clowse, M.E.B., Eudy, A.M., Kiernan, E. et al.: The prevention, screening and treatment of congenital heart block from neonatal lupus: a survey of provider practices. *Rheumatology*, 2018; 57: 9 – 17.
13. De Caluwé, E., Van de Bruene, A., Willems, R. et al.: Long Term Follow-Up of Children with Heart Block from Mothers with Systemic Lupus Erythematosus: A Retrospective Study from the Database Pediatric and Congenital Heart Disease in University Hospitals Leuven. *PACE*, 2016, 39(9): 935 – 943.
14. Descloix, E., Durieu, I., Cochat, P.: Paediatric systemic lupus erythematosus: prognostic impact of antiphospholipid antibodies. *Rheumatology*, 2008; 47: 183 – 187.
15. Erkan, D., Harrison, M.J., Levy, R. et al.: Aspirin for primary thrombosis prevention in the antiphospholipid syndrome: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial in an asymptomatic antiphospholipid antibody-positive individuals. *Arthritis Rheum*, 2007; 56 (7): 2382 – 2391.
16. Farivar, S., Tezerjani, M.D., Shiari, R.: Association of HLA-DRB1 Alleles with Juvenile-onset Systemic Lupus Erythematosus (SLE) in Iranian Children. *Int J Pediatr*, 2015; 3(2): 555 – 560.
17. Friedman, D.M., Rupel, A., Buyon, J.P.: Epidemiology, etiology detection and treatment of antibody-associated congenital heart block in neonatal lupus. *Curr Rheumatol Rep*, 2007; 9: 101 – 108.
18. Gomes, K., Sumi, S., Kabir, M. et al.: Association of components of Extractable Nuclear Antigens with organ involvement in childhood Systemic Lupus Erythematosus. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 2018; 33(1): 305.
19. Gottlieb, B.S., Illowitz, N.T.: Systemic Lupus Erythematosus in Children and Adolescents. *Pediatrics in Review*, 2006; 27(9): 323 – 330.
20. Hanscombe, K.B., Morris, D.L., Noble, J.A. et al.: Genetic fine mapping of systemic lupus erythematosus MHC associations in Europeans and African Americans. *Human Molecular Genetics*, 2018: 1 – 12.
21. Harel, L., Sandborg, C., Lee, T. et al.: Neuropsychiatric manifestations in pediatric systemic lupus erythematosus and association with antiphospholipid antibodies. *J Rheumatol*, 2006; 33(9): 1873 – 1877.
22. Hartman, E.A.R., van Royen-Kerkhof, A., Jacobs, J.W.G. et al.: Performance of the 2012 Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria versus the 1997 American College of Rheumatology classification criteria in adult and juvenile systemic lupus erythematosus. A systemic review and meta-analysis. *Autoimmunity reviews*, 2018; 17: 316 – 322.
23. Hedrich, C.H., Smith, E.M.D., Beresford, M.W.: Juvenile-onset systemic lupus erythematosus (JSLE) – Pathophysiological concepts and treatment options. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 2017; 32: 488 – 504.
24. Heijstek, M.W., De Bruin, L.M.O., Bijl, M. et al.: EULAR recommendation for vaccination paediatric patients with rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis*, 2011; 70, 10: 1704 – 1712.
25. Hochberg, M.C.: Updating The American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*, 1997; 40: 1725.
26. Klippel, J.H., Dieppe, A. et al.: *Rheumatology*. Mosby London, 1994, 1760 p.
27. Lewis, M.J., Jawad, A.S.: The effect of ethnicity and genetic ancestry on the epidemiology, clinical features and outcome of systemic lupus erythematosus. *Rheumatology*, 2017; 56: 67 – 77.
28. Lukáč, J. a kol.: Systémové choroby spojivového tkaniva (systémové autoimunitné choroby). PN print s.r.o., Piešťany, 2010; 448 p.
29. Manderson, A.B., Botto, M., Walpost, M. et al.:

The role of complement in the development of systemic lupus erythematosus. *Ann Rev Immunol*, 2004; 22: 431 – 456.

30. Mashi, H.M., Jaafari, A.A., Jafari, Z.A. et al.: Systemic Lupus Erythematosus Presenting with Fulminant Autoimmune Hemolytic Anemia. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 2017; 69(8): 3104 – 3310.
31. Mehrani, T., Petri, M.: Association of IgA Anti-beta 2 glykoprotein 1 with clinical and laboratory manifestation of systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*, 2011; 38: 450 – 453.
32. Moroni, G., Tantarini, F., Gallelli, B. et al.: The long-term prognosis of renal transplantation with lupus nephritis. *Am J Kidney Dis*, 2005; 45(5): 903 – 911.
33. Mozolová, D., Mináriková, M., Vaňatka, R. et al.: Novorodenec matky s antifosfolipidovým syndrómom. *Rheumatologia*, 2001; 15(4): 189 – 194.
34. Mozolová, D., Rovenský, J.: Juvenilný systémový lupus erythematosus u chlapcov. In: Rovenský, J., Blažíčková, S., Cervera, R.: Systémový lupus erythematosus u mužov. SAP Bratislava, 2015; p. 77 – 80.
35. Petri, M., Orbai, A.M., Alarcon, G.S. et al.: Derivation and validation of the Systemic International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*, 2012; 64: 2677 – 2686.
36. Pickering, M.C., Botto, M., Taylor, R. et al.: Systemic lupus erythematosus, complement deficiency, and apoptosis. *Adv Immunol*, 2000; 76: 227 – 324.
37. Ravelli, A., Duarte-Salazar, C., Buratti, S. et al.: Assessment of damage in juvenile-onset systemic lupus erythematosus: a multicenter cohort study. *Arthritis Rheum*, 2003, 49(4): 501 – 507.
38. Rovenský, J., Lukáč, J., Tuchyňová, A. et al.: Systemic lupus erythematosus in Slovakia – survey results. *Rheumatologia*, 2011; 25(4): 195 – 197.
39. Rovenský, J., Cervera, R., Payer, J.: Systémový lupus erythematosus. SAP Bratislava 2013; 442 p.
40. Sanna, G., Bertolaccini, M.L., Cuadrado, M.J. et al.: Neuropsychiatric manifestations in systemic lupus erythematosus: prevalence and association with antiphospholipid antibodies. *J Rheumatol*, 2003; 30: 985 – 992.
41. Spital, G.W., Lewandowski, L.B., Scott, C.: A clinical update on paediatric lupus. *A Sfr Med J*, 2015; 105(12): 1075.
42. Tektonidou, M.G., Lewandowski, L.B., Hu, J. et al.: Survival in adults and children with systemic lupus erythematosus: a systemic review and Bayesian meta-analysis of studies from 1950 to 2016. *Ann Rheum Dis*, 2017; 1 – 8.
43. Torregiani, S., Torcoletti, M., Cuoco, F. et al.: Chorea, a little-known manifestation in systemic lupus erythematosus: short literature review and four case reports. *Pediatr Rheumatol*, 2013; 11: 36.
44. Tóth, J., Starša, Z., Buc, M. et al.: Family study of natural killer cell activity in C1q-deficient patients with systemic lupus erythematosus-like syndrome: association between impaired natural killer cell function and C1q deficiency. *Immunology*, 1989; 180(1): 47 – 54.
45. Urowitz, M.B., Gladmann, D.D., Tom, B.D. et al.: Changing patterns in mortality and disease outcomes for patients with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*, 2008; 35: 2152 – 2158.
46. Yu, C., Gershwin, E., Chang, C.: Diagnostic criteria for systemic lupus erythematosus: A critical review. *J Autoimmunity*, 2014.

Do redakcie došlo 6.6.2019.

Adresa pre korešpondenciu:

Prof. MUDr. Jozef Rovenský, DrSc.

e-mail: rovensky@nurch.sk

Predstavujeme nové knihy

Radovan Hrubý: Depresia a včasné emočné, kognitívne a behaviorálne regulácie

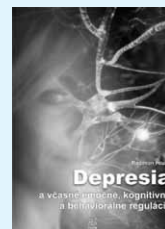
Martin: VEEM, 2017, 275 s.

Predložená monografia má ráz klinickej perspektívnej štúdie. Autor najprv predostiera na 163 stranách pojem „depresie“ (depresívneho syndrómu) a jej klinicko – spoločenských súvzťažností na báze recentných odborne – vedeckých poznatkov. Rozvádza sa i významný farmakodynamický efekt medikamentózne liečby v kombinácii so psychoterapiou.

Jeho vlastný – i keď nerozmerný – súbor s prevahou ženského pohlavia poskytuje dostatočne relevantný materiál k nastolenej originálnej analýze. Pozornosť sa venuje rodinnému zázemiu chorého jedinca, jeho detskému veku v zmysle ovplyvnenia manifestácie choroby. Autor si uvedomuje a ilustruje prienik príbuzných disciplín (psychológie, pediatrie, neurológie a neurofyziológie). Použitie štatistické metódy odhaľujú signifikanciu postulovaných téz oproti kontrolnej skupine, hoci sa jedná o ukazovatele viac kvalitatívne ako kvantitatívne. Na s. 227 až 252 prebieha fundovaná diskusia podložená konfrontáciou s aktuálnym písomníctvom.

Depresívna porucha nepochybne patrí medzi najzávažnejšie ochorenia ľudskej spoločnosti so závažnými dôsledkami (od invalidizácie až po suicídium). Všetky nové poznatky získavané z optimálne vypracovaných dotazníkov odhaľujú nové skutočnosti, ktoré dopĺňajú náš vedomostný obzor. MUDr. R. Hrubý, PhD., odhaľuje nové fakty aplikovateľné v klinickej praxi a zároveň pootvára dvere „trinástej komory“ lekárstva. Zobrazuje „depresiu“ ako exkluzívny neuropsychiatrický fenomén. Všetko sa deje v exaktnej a pútavej adjustácii. Jeho sústredený zámer poznať a pomáhať výstižne vyjadruje talianske „Avanti popolo“.

Prof. MUDr. Peter Kukumberg, PhD.



Prehľadová práca

História pulmonálnej embolektómie. Masívna pulmonálna tromboembólia

Július Mazuch

Chirurgická klinika na TC JLF UK a UNM v Martine, Slovenská republika

Súhrn

História pulmonálnej embolektómie má už 110 rokov a po počiatočných neúspechoch v liečbe masívnej pulmonálnej tromboembólie (MPTE) bola embolektómia po dlhých rokoch život zachraňujúca operácia. Operačná liečba sa v posledných rokoch zdokonalila a zlepšili sa aj pooperačné výsledky a dlhodobé prežívanie. Aj v Československu sme zachytili pozitívne svetové trendy a zaznamenali pozitívne výsledky. Prvú úspešnú pulmonálnu embolektómiu v Československu a v strednej Európe vôbec urobili 14.2.1968 na Chirurgickej klinike FN LF UK v Martine prof. Šteiner a kolektív.

Prvú úspešnú intrapulmonálnu trombolýzu MPTE urobili na Chirurgickej klinike FN a LF UK v Martine 27.7.1971 Mazuch a kolektív. Obidve kazuistiky boli publikované v zahraničnej aj v domácej literatúre. Samotné kazuistiky, aj keď už majú len historickú hodnotu, sú o to cennejšie, že približujú historické skutočnosti a vtedajšiu realitu smrteľných MPTE.

Kľúčové slová: pulmonálna embolektómia, história, súčasnosť.

Úvod

Uplynulo už 110 rokov od čias, keď prof. Trendelenburg (1908) navrhol riešiť masívnu pulmonálnu tromboembóliu (MPTE) chirurgicky – pulmonálnu embolektómiu. Dovtedy sa MPTE považovala za smrteľnú diagnózu. Napriek začiatkovým neúspechom sa v súčasnosti aj vďaka pulmonálnej embolektómii pri liečbe MPTE dosahujú pozitívne výsledky a záchrana života pacienta.

Pulmonálna embolektómia je dnes jedným z možných riešení liečby MPTE. O MPTE hovoríme, ak obštrukcia pľúcneho riečiska je väčšia ako 50 %, pretrvávajúca dysfunkcia pravej komory, šokový stav, vysoké hladiny troponínov a pretrvávajúca hemodynamická instabilita (24, 44).

MPTE je súčasťou venózneho tromboembolizmu. Má závažnú prognózu, a mortalita i liečenej MPTE sa pohybuje okolo 20 % (44). MPTE je tretou najčastejšou príčinou kardiovaskulárnych úmrtí, hneď po infarkte myokardu a cerebro-vaskulárnych príhodách. V dôsledku MPTE zomrie v krajinách EÚ dvojnásobne viac pacientov, ako pri všetkých do-
pravných úrazoch, AIDS, rakovine prostaty a prsníka spolu (42).

Čo sa týka diagnostiky podľa Widimského, akútna pľúcna tromboembólia je najhorším rozpoznávaným srdcovým ochorením (44). Klinicko-patologické štúdie v USA ukázali už roku 1955, že pľúcna embólia bola nerozpoznaná u 70 % chorých, kde až pätina dokázala pľúcnu embóliu ako hlavnú alebo prispievajúcu príčinu úmrtia (37).

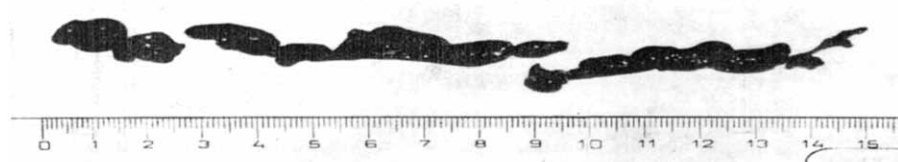
História potvrdila, že pre správny liečebný postup – pulmonálnu embolektómiu, je

nevyhnutná objektivizácia diagnózy MPTE. Aj preto je história pulmonálnej embolektómie veľmi poučná a prínosná, nakoľko zaznamenala početné úspechy embolektómie aj u moribundných pacientov s masívnou embolizáciou.

Obrázok 1. Prof. Fridrich Trendelenburg.



Obrázok 2. Početné tromboemboly z pravej a ľavej a. pulmonalis veľkosti 1 x 6 cm odstránené na Chirurgickom oddelení OUNZ v Lučenci 1977 (op. J. Mazuch).



História chirurgickej liečby MPTE

Priekopníkom chirurgickej liečby MPTE bol Fridrich Trendelenburg, profesor chirurgie a šéf univerzitnej kliniky v Lipsku (obr. 1).

Vychádzal z experimentálnych poznatkov u zvierat (teľce), u ktorých modeloval MPTE a per toracotómiam robil embolektómiu pulmonalis. Operačný postup si overil aj na mŕtvolách. Prvú operáciu – pulmonálnu embolektómiu vykonal prof. Trendelenburg u 70-ročnej pacientky, ktorá embolizovala po fraktúre stehennej kosti, emboly odstránil, ale funkciu srdca sa mu nepodarilo obnoviť. Trendelenburg sa pokúsil o embolektómiu ešte dvakrát – avšak neúspešne, aj keď jeden pacient mu preživil dva dni po operácii (39).

Prvú úspešnú embolektómiu a. pulmonalis na svete vykonal žiak prof. Trendelenburga Martin Kirschner u pacienta po operácii hernie. Pacient bol po operácii štyri dni v bezvedomí, potom sa mu vedomie vrátilo a operáciu prežil. Odvtedy sa embolektómia a. pulmonalis nazýva Trendelenburgova operácia (39). Úspešný výsledok operácie sa v tom čase považoval za heroický výkon a senzáciu. Ale treba si uvedomiť, že v tom čase sa ešte nerobila endotracheálna anestézia a technika bola tiež limitovaná.

Do roku 1930 sa o embolektómiu a. pulmonalis pokúsilo viac ako 300 chirurgov, ale operáciu prežilo menej ako 10 pacientov (3 %), ale aj to sa považovalo za veľký úspech, lebo už sama diagnóza MPTE sa považovala za smrteľnú (39). Mimotelový obeh – extrakorporálna cirkulácia (ECC) sa v tom čase ešte nepoužíval. Neskôr bolo vykonaných bez ECC len 16 úspešných pulmonálnych embolektómií, a z toho Mayer publikoval 4, Crafoord a Nyström po 2 úspešné embolektómie (39).

Roku 1952 prof. Marion navrhol a aj urobil úspešnú selektívnu embolektómiu a. pulmonalis – resp. retrográdnú embolektómiu cez ľavú a. pulmonalis, ktorú opakoval trikrát, z toho dvakrát úspešne (12, 13).

Ďalší rozvoj kardiouchirurgie umožnil nový prístup cez mediálnu sternotómiu a sama embolektómia sa vykonala za súčasného priškrtenia oboch dutých žíl. Túto techniku použili dve nemecké skupiny: Nissen a spol. (26) a Vosschulte a spol. (43) a zaznamenali 2 a 6 úspešných embolektómií.

Treba poznamenať, že aj publikované prípady neúspešných pulmonálnych embolektómií sú veľmi cenné a poučné. U nás prof. Rappant (30) publikoval 5 neúspešných

prípadoch pulmonálnej embolektómie. Markalous a Kessler (14) publikovali dva prípady s kritickou analýzou. Prof. Matejíček vykonal 30.6.1958 v Košiciach pulmonálnu embolektómiu (osobné zdenie). Pacientka však pre kardiálnu insuficienciu exitovala. Prof. Mazuch urobil 7.4.1977 v NsP v Lučenci (17, 24) urgentnú pulmonálnu embolektómiu bez ECC. Odstránené boli početné tromboemboly veľkosti 1 x 6 cm (obr. 2).

Operácia bola vykonaná v modifikácii podľa Vosschulteho na zlyhávajúcom srdci s priškrtím oboch dutých žíl. Po odstránení tromboembolov z oboch a. pulmonalis boli kontrakcie srdca ojedinelé, myokard bol vyčerpaný (défaillance cardiac) a akciu srdca sa nepodarilo obnoviť (24).

Prof. Šimkovič urobil 6 pulmonálnych embolektómií (2 bez ECC – pacienti prežili, 4 s použitím ECC – z toho 2 pacienti neprežili) (39). Podľa údajov v svetovej literatúre bolo na svete vykonaných celkovo 67 úspešných pulmonálnych embolektómií bez ECC.

Mortalita pulmonálnych embolektómií bez ECC sa už presne nedá vyčíslit, ale je vysoká (neúspešné prípady sa väčšinou nepublikovali). Okrem toho mnohé prípady publikované v literatúre sú nepresné, a bolo by zaujímavé poznať podiel insuficiencie srdca pri úspešných embolektómiách, ako to uvádzajú Marion a Estanove (11). Zo série 16 pulmonálnych embolektómií Marion a Estanove uvádzajú 8 embolektómií vykonaných na bijúcom srdci, kde zaznamenali 4 úspechy a 8 embolektómií na zlyhávajúcom srdci, kde nezaznamenali žiadny úspech (12).

Sharp použil ako prvý na svete ECC pri pulmonálnej embolektómii vo februári 1961 (35). O dva mesiace neskôr, v apríli 1961 Colley a spol. (4) vykonali tiež úspešnú embolektómiu a. pulmonalis za pomoci ECC. To umožnilo širšie použitie ECC pri záchrane pacientov s masívnou MPTE na kardiochirurgických pracoviskách, čo bolo príčinou početnejších úspechov ako predtým.

V nasledujúcich rokoch veľmi významne vzrástol aj počet publikácií o úspešných pulmonálnych embolektómiách pomocou ECC, o ktoré sa zaslúžili napr. Dubost a spol., 1961 (6); Couves a spol., 1962 (5); Rosenberg a spol., 1962 (34); Binet a spol., 1965 (2); Négre a spol., 1966 (25); Paneth a spol., 1967 (27); Gilmet a spol., 1967 (8); Šteiner a spol., 1969 (41); Enjalbert a spol., 1969 (7); Cabrol a spol., 1969 (3); Hazan a spol., 1970 (9); Langlois a spol., 1970 (10); Schram a spol., 1973 (36); Pol a spol., 2007 (29); Ševčík a spol., 2007 (38).

Nádej na prežitie pacientov s MPTE je teda podstatne vyššia v kardiochirurgických centrách vybavených ECC a skúsenosťami. V Centre kardiovaskulárnej chirurgie v Brne prof. Černý a spol. vykonali 8 pulmonálnych embolektómií s ECC s 3 úmrtiami (37,5 %). Traja pacienti mali súčasne aj paradoxnú embóliu (29). Výsledky niektorých pracovísk sú povzbudivé a po embolektómii celkove prežije 40 – 90 % operovaných (40).

Zaujímavú kazuistiku o úspešnej pulmonálnej embolektómii s odstránením obrovského trombu z pravej predsene a vetiev a. pulmonalis publikoval Ševčík a spol. (38) z Hradca Králové. Išlo o 44-ročného trombofilného pacienta s hlbkovou venóznou trombózou na pravej dolnej končatine. Dlhý tromboembolus (30 cm) bol odstránený z pravej aj ľavej a. pulmonalis. Po výkone bol zavedený kávalny filter ako prevencia ďalšej embolizácie. Po každej úspešnej pulmonálnej embolektómii by sa mala vykonať plikácia dolnej dutej žily, alebo zaviesť intrakávalny filter ako prevencia recidivujúcej fatálnej pulmonálnej tromboembólie (39, 40).

V našej literatúre venovali veľkú pozornosť chirurgickej prevencii MPTE prim. Pavlík (28) a prof. Mayzlík (15). Najväčšie skúsenosti s chirurgickou prevenciou MPTE u nás mal prof. Mayzlík (Ostrava) s veľkým počtom - vyše 500 - preventívnych výkonov na dolnej dutej žile (15).

Kazuistika 1

Prvá úspešná pulmonálna embolektómia v Československu bola 14.2.1968 na Chirurgickej klinike FN a LF v Martine

Išlo o 53-ročného pacienta, ktorý bol operovaný pre hemoragický duodenálny vred. Na 5. pooperačný deň pocítil pacient ostrú bolesť za sternom, bol cyanotický, mal dyspnoe, závraty a hypotenziu (TK: 70/30 torrov), tachykardiu a typické zmeny na EKG. Bola vykonaná kateterizácia pravej srdca a angiopulmografia potvrdila diagnózu MPTE. Centrálny venózný tlak (CVT) bol 35 cm H₂O a tlak v pravej komore 45 mm Hg. Nasadený bol heparín i.v., keďže sme v tom čase ešte nemali k dispozícii trombolitiká. TK sa zvýšil na 110/70 torrov. Po 10 hodinách po prvom ataku (okolo polnoci) došlo k sukcesívnej embolizácii. Pacient bol opäť dyspnoický, cyanotický a systolický arteriálny tlak bol 40 mm Hg, pulz na a. radialis bol nehmateľný a vedomie pacienta zastreté. Predpokladali sme sukcesívnu embolizáciu do pľúc. Keďže som mal v tom čase pohotovostnú službu na chirurgickej klinike v Martine a zhodou okolností šlo o pacienta v mojej starostlivosti, v nočných hodinách sme informovali prof. Šteinerja o závažnom stave pacienta. Po konzultácii padlo rozhodnutie o indikácii na pulmonálnu embolektómiu. Mali sme aj priaznivú okolnosť, keďže na druhý deň sme mali operovať defekt komorového septa, mali sme už pripravený prístroj ECC – Premacard II (obr. 3).

Po pripojení na ECC, parciálny by-pass, sa stav pacienta zlepšil. Cyanóza bola menšia a systolický tlak stúpol na 90 mm Hg a CVT klesol na 15 cm H₂O. Po uvedení do anestézie (prim. Šteinerová) a intubácii pacienta bola vykonaná mediálna sternotómia. Tlak v a. pulmonalis bol 52 torrov. Embolektómiou cez truncus a. pulmonalis bolo odstránených 6 veľkých tromboembolov (obr. 4).

Obrázok 3. ECC – Premacard II (J. Mazuch vľavo).

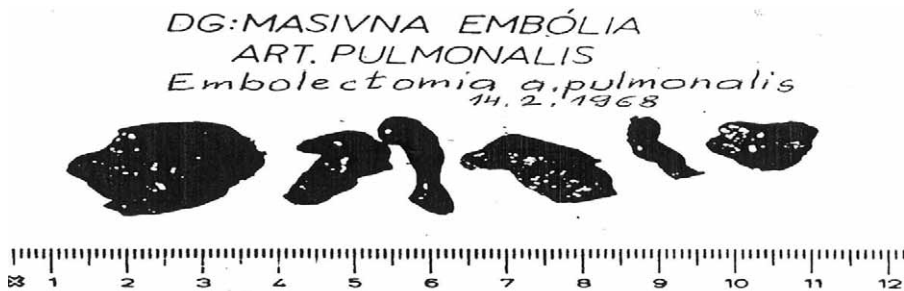


Summary

The history of pulmonary embolectomy has been known for over 110 years, and after initial failures in the treatment of massive pulmonary thromboembolism (MPTE), embolectomy has been life-saving surgery for many years. Operational treatment has improved in recent years and postoperative outcomes have also improved long-term survival. Even in the Czech Republic and Slovakia, we have seen positive global trends and positive results. The first successful pulmonary embolectomy in the Czech Republic and Slovakia was carried out on February 14 in 1968 at the Clinic of Surgery of University hospital and the Faculty of Medicine, Charles University, Martin by prof. Šteiner et al.

Also, the first successful intrapulmonary thrombolysis of MPTE was performed at the Clinic of Surgery Surgery of University hospital and the Faculty of Medicine, Charles University in Martine on July 27 in 1971, by J. Mazuch et al. Both case studies were published in both foreign and domestic papers. The case reports, even if they are of historical value, are more valuable to bring to the light the historical facts and the former reality of the deadly MPTE.

Key words: pulmonary embolectomy, history, present.

Obrázok 4. Odstránené tromboemboly (6) pulmonálnou embolektómiou pomocou ECC.

Parciálny by-pass trval 30 minút a totálny by-pass 20 minút. Ako prevenciu proti ďalšej tromboembólii sme vykonali hneď po embolektómii plikáciu dolnej dutej žily opichovými ligatúrami. Pacient dostal niekoľko transfúzií citrátovaj krvi počas operácie a po nej. Po operácii bol pacient napojený počas 12 hodín na volumový respirátor. Po odpojení pacient dostatočne ventiloval. Postupne sa artériový a venózný tlak pacienta normalizoval. Ďalší priebeh bol bez komplikácií a pacient bol v dobrom stave prepustený domov (41). Pri opakovaných kontrolách sa pacient cítil dobre a vrátil sa do pôvodného zamesnania. Prežil viac ako 12 rokov bez recidívy venózneho tromboembolizmu.

Kazuistika 2

Prvá úspešná intrapulmonálna aplikácia trombolytickej liečby pri MPTE v Československu vykonaná 27.7.1971 na Chirurgickej klinike FN a LF v Martine (Mazuch a spol., 16).

Išlo o 67-ročnú pacientku, ktorá bola prijatá na Internú kliniku FN a LF v Martine pre ľavostranne dekompenzovanú ischemickú chorobu srdca. O štyri dni vznikla akútna iliofemorálna flebotrombóza pod obrazom phlegmasia cerulea dolens na ľavej dolnej končatine (L'DK). Končatina bola silne edematózná, fialovo mramorovaná a chladná. Nasadená bola i.v. heparinoterapia. Na ďalší deň v dopoludňajších hodinách pocítila pacientka prudkú retrosternálnu bolesť a úzkosť. Pacientka bola bledá, dýchavičná, mala tachykardiu, tachypnoe, hypotenziu, pocit dusenia, periférnu akrocynózu a horor mortis. Okamžite bolo zvolané

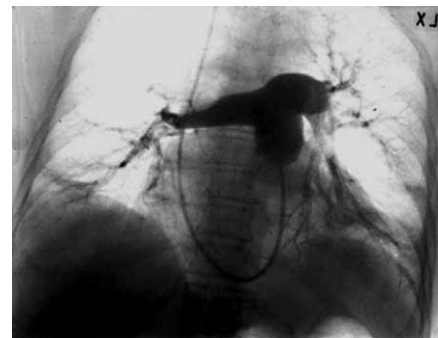
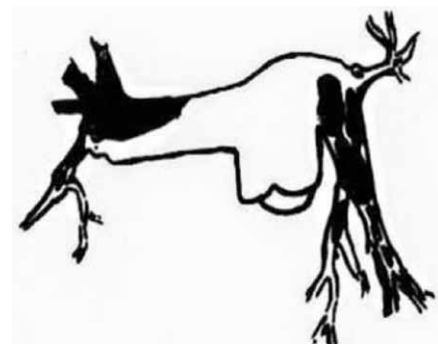
chirurgické konzílium, kde sme na základe klinického obrazu predpokladali masívnu embolizáciu do pľúc. Pacientka bola preložená na I. chirurgickú kliniku FN a LF v Martine. Vypreparovali sme v. jugularis interna vpravo, cez ktorú sme zaviedli srdcový katéter do kmeňa a. pulmonalis, cez ktorý sme vykonali angiopulmografiu. Na angiograme pľúc (obr. 5) je v pravej a. pulmonalis v hornej časti ostro konturovaný plošný defekt v oblasti odstupe hornej lobárnej artérie vpravo. Nástený defekt má dĺžku 4 cm. Na lobárnej artérii je pre stredný a dolný lalok pľúc vidno defektnú a slabú náplň. V ľavej a. pulmonalis vidno oválny defekt 2 x 1 cm, od ktorého pokračuje ďalší defekt v dĺžke 4 cm do dolnej lobárnej vetvy a. pulmonalis (obr. 5, 6).

Na schématickom nákrese názorne vidno lokalizáciu tromboembolov po masívnej pulmonálnej embolizácii (pozri obr. 6).

Záver APG: Masívna pulmonálna tromboembólia obojstranne. Vpravo je obturácia vetiev pre horný, stredný a čiastočne aj pre spodný lalok pľúc. Veľké emboly ľavej a. pulmonalis, ktoré obturujú pľúcne laloky inkompletne (pozri obr. 5).

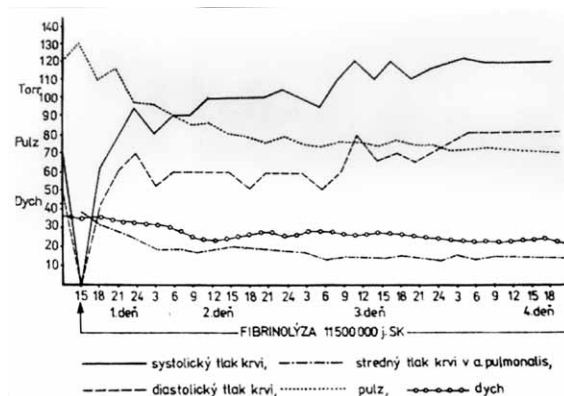
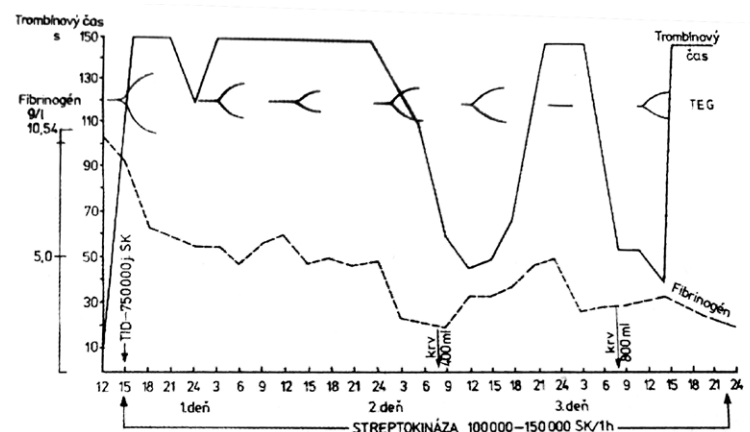
Na EKG zázname je preťaženie pravej komory a priečne uložené srdce. Stredný tlak v truncus a. pulmonalis je 38 mm Hg. Stav pacientky sa zhoršil. Pretrvávala tachykardia, tachypnoe, systémový TK klesol na nemerateľné hodnoty (obr. 7).

Pridružili sa príznaky mozgovej hypoxie a pacientka bola v hlbokom bezvedomí, nereagovala na bolestivé podnety, zrenice boli izokorické, bez fotoreakcie. Neurologické konzílium konštatovalo ťažký komatózny stav na

Obrázok 5. APG – 67-ročná pacientka, masívna obojstranná pľúcna tromboembólia.**Obrázok 6.** Schéma pľúcneho angiogramu MPTE obojstranne u 67-ročnej pacientky.

podklade hypoxie. TK nebolo možné udržať ani vazopresormi. Vzhľadom na kardiálnu chorobu a moribundný stav sme upustili od pulmonálnej embolektómie. Rozhodli sme sa pre aplikáciu fibrinolytickej liečby priamo cez ponechaný katéter v truncus a. pulmonalis. Pod clonou kortikoidov - hydrokortizónu (100 mg) sme aplikovali streptokinázu (SK). Ako titračnú iniciačnú dávku (TID) SK sme podali 750 000 jednotiek SK/ 30 minút a pokračovali sme udržiavacími dávkami 100 000 jednotiek/ hod vo forme permanentnej infúzie cez katéter zavedený do truncus a. pulmonalis. Fibrinolytickú aktivitu sme sledovali hemokoagulačnými laboratórnymi skúškami v trojhodinových intervaloch (obr. 8).

Po 6 hod fibrinolytickej liečby sa stav pacientky podstatne zlepšil. Pacientka reagovala na bolestivé podnety, otvorila spontánne oči,

Obrázok 7. Schéma pľúcneho angiogramu MPTE obojstranne (67-ročná pacientka).**Obrázok 8.** Laboratórne hodnoty počas fibrinolytickej liečby.

TK už bol merateľný, ale hypotenzia pretrvávala s tachykardiou a pulmonálnou hypertenziou (pozri obr. 7). Po 12 hodinách už pacientka reagovala na otázky.

Koncentrácia fibrinogénu klesla po 6 hodinách liečby z 1044,2 mg% na 590 mg% a v ďalších hodinách sa udržiavala na hodnotách 200 – 300 mg% (pozri obr. 8). Tromboelastogram neukázal kompletnú lýzu, preto sme zvýšili udržiavaciu dávku SK na 150 000 jednotiek/ 1 hodina. Prejavilo sa to ďalším poklesom fibrinogénu.

Po 24 hodinách fibrinolýzy pretrvávala už len mierna hypotenzia, TK: 100/60 mg Hg. Tlak v truncus a. pulmonalis klesol na 21 mm Hg, P: 80/ minútu, dych 26/ minútu (pozri obr. 7). Pacientka už bola pri vedomí a na otázky odpovedala adekvátne. Po 48 hodinách fibrinolytickej liečby sa systémový TK normalizoval, vedomie bolo jasné a kontakt s pacientkou bol dobrý. Dyspnoe ustúpilo, dýchanie bolo čisté. Obväz na krku v mieste zavedeného katétra bol pretečený krvou, vzhľadom na anémiu sme opatrne podali 400 ml krvi.

Po 48 hodinách fibrinolytickej liečby sme vykonalí kontrolnú angiopulmografiu cez katéter ponechaný v truncus a. pulmonalis. Na angiograme vymizol defekt v pravej a. pulmonalis pri odstupe hornej vetvy, ktorá sa dobre plnila kontrastnou látkou. Vľavo vymizol defekt v a. pulmonalis a čiastočne aj v dolnej lobárnej artérii. Pretrvávala čiastočne obturácia dolných lalokových vetiev v ľavej a. pulmonalis (obr. 9).

Obrázok 9. Angiopulmografia po 48 hod trombolitickej liečby streptokinázou.



Obrázok 10. Angiopulmografia po 78 hod trombolitickej liečby MPTE (67-ročný pacient). Kompletná lýza tromboembolov. Prvá úspešná intrapulmonálna lýza tromboembolov v Česko-Slovensku (autor J. Mazuch, Martin 27.7.1971).



Rozhodli sme sa ďalej pokračovať v trombolitickej liečbe vzhľadom na pretrvávajúce menšie emboly v dolných lalokových artériách a flebotrombózu ĽDK. Koncentrácia fibrinogénu nikdy neklesla pod 200 mg%, preto sme bez obáv zvýšili udržiavaciu dávku na 200 000 jednotiek SK/ hod počas posledných 15 hodín fibrinolytickej liečby (pozri obr. 9).

Po 78 hodinách liečby sme uskutočnili kontrolnú angiopulmografiu (APG). Na APG (obr. 10) nastala oproti predošlému vyšetreniu kompletná lýza tromboembolov (obojstranne), preto sme po 78 hodinách trombolitickej liečby SK prešli na heparinoterapiu v dávke 4 x 10 000 jednotiek/ 24 hod pri kontrole Lee-Whitea. Na tretí deň liečby sme podali 800 ml krvi pre anémiu. Aj počas heparinoterapie pretrvávala anémia a hemotorax. Celkovo sme podali 1500 ml krvi a postupne došlo k normalizácii a k ústupu anémie. Po fibrinolytickej a heparinovej liečbe sa podstatne upravila aj iliofemorálna trombóza ĽDK. Ustúpil opuch, vymizlo fialové sfarbenie ĽDK a obvod stehna sa zmenšil o 12 cm a predkolenia o 6 cm. Po týždni od akútnej MPTE bola vykonaná posledná APG, kde sme zaznamenali kompletnú lýzu tromboembolov v oblasti lobárnych a segmentálnych artérií aj dolných lalokov. Srdcový katéter bol zrušený a pokračovali sme v liečbe perorálnymi antikoagulantami.

Ďalší priebeh skomplikovala stafylokoková sepsa, ktorá bola zvládnutá antibiotikami. Celková telesná a kardiálna slabosť umožnili len postupnú rehabilitáciu. Na 64. deň po MPTE bola pacientka prepustená domov v dobrom stave. Ustúpila aj flebotrombóza na ĽDK.

Pacientka bola v priebehu roka opakovane kontrolovaná, užívala ďalej perorálne antikoagulanty a kardiotoniká. Ustúpili aj príznaky posttrombotického syndrómu na ĽDK. Pacientka prežila po príhode ešte viac ako 10 rokov.

Tento prípad bol hodnotený a považovaný, aj vtedajšími expertmi (prof. MUDr. L. Donner, DrSc., prof. MUDr. J. Widimský, DrSc.) za prvý úspešný prípad vyliečenej MPTE fibrinolytickou

liečbou v Česko-Slovensku a objektivizovaný angiopulmograficky (prof. J. Mazuch, 16).

Záver

História pulmonálnej embolektómie je bohatá a poučná. Technika embolektómie sa v priebehu 110 rokov postupne vylepšovala a modifikovala rôznymi autormi. Každá úspešná pulmonálna embolektómia zdobila činnosť úspešného chirurga. Úspešní boli väčšinou tí chirurgovia, ktorí už boli teoreticky aj technicky pripravení.

Dnes sa pulmonálna embolektómia vďaka ECC a pokrokom kardiouchirurgie považuje za pomerne jednoduchý výkon. Problémom však ostáva včasná diagnostika, objektivizácia urgentného stavu a čo najrýchlejšia de-obštrukcia pľúcneho riečiska. Aj tu platí: „Nestrácať čas, ale rýchlo a účelne konať!“ a „Šťastie praje pripraveným a zorientovaným!“

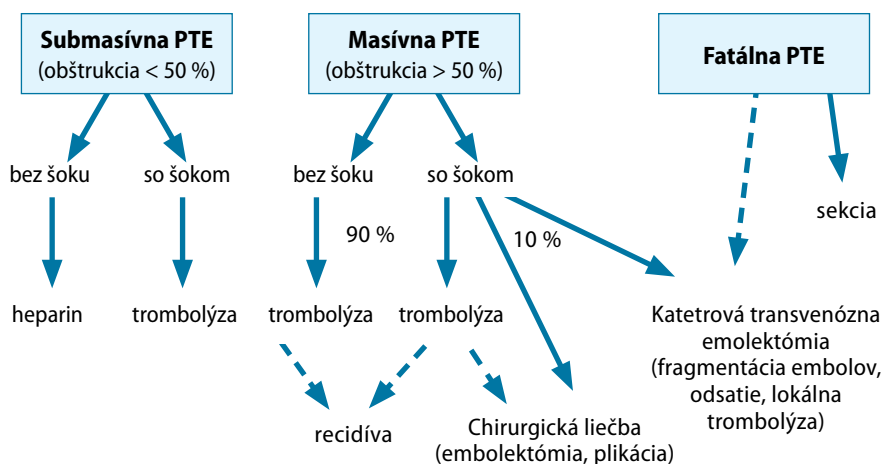
Boli to práve chirurgovia, ktorých najviac trápili náhle pooperačné úmrtia na MPTE. Preto práve chirurgovia ako prví pristupovali k radikálnemu riešeniu a k intenzívnej prevencii MPTE.

Chirurgická liečba MPTE má dodnes svoje opodstatnenie a je indikovaná asi u 10 % prípadov (22, 24). Sú to prípady, kde cirkulácia rýchlo zlyháva a šokový stav je rezistentný na akúkoľvek medikamentóznou liečbu.

Urgentná pulmonálna embolektómia sa aj v súčasnosti považuje za život zachraňujúcu operáciu. Pulmonálna embolektómia pomocou ECC je však viazaná na kardiouchirurgické pracovisko. Väčšiu nádej na prežitie majú pacienti v kardiouchirurgickom centre - alebo sú tam včas transportovaní (24). Veľmi dôležitá je aj trvalá dostupnosť erudovaného kardiológa a kardiouchirurga, pretože až 60 % pacientov s MPTE je urgentne operovaných cez vikendové pohotovosti (40). Aklog a spol. (1) (Boston, USA), ktorí sa riadili uvedenými princípmi liečby MPTE, vykonalí za 2 roky 29 akútnych pulmonálnych embolektómií s prežitím 89 % postihnutých pacientov.

Obrázok 11. Schéma liečebnej taktiky pľúcnej tromboembólie (24).

Schéma liečebnej taktiky pľúcnej tromboembólie - PTE



Predstavujeme nové knihy

Ivan Frič, Mirko Zibolen, Viera Haľamová, František Bauer a kolektív: História neonatólogie na Slovensku

Bratislava: A-medi, 2019, 328 s.

Starostlivosť o novorodencov u nás začala v 18. storočí zakladaním nálezcov a sirotinco. Situácia v Čechách bola lepšia ako na Slovensku. Neskôr uvedenú starostlivosť prebrali pôrodníci a pediatri. Až roku 1960 Alexander Schaffer zaviedol termín neonatológia a špecializovaná starostlivosť o novorodencov sa začala prudko zlepšovať. Autori sa v knihe venujú hlavným míľnikom vo vývoji neonatológie vo svete a u nás, opisujú vývoj odboru v jednotlivých časových obdobiach, pozornosť venujú starostlivosti o novorodencov, tiež v neonatologických centrách v Bratislave, Nových Zámkoch, Martine, Banskej Bystrici a Košiciach. Samostatná kapitola je zameraná na perinatológiu, spoluprácu s pôrodníkmi, chorobnosť a úmrtnosť novorodencov a ošetrovateľskú starostlivosť. Kniha uvádza tiež najdôležitejšie prednášky, publikácie a ostatné vedecké výstupy podľa regiónov Slovenska. Osobitná časť publikácie je venovaná práci Neonatologickej sekcie Slovenskej pediatrickej spoločnosti. Táto vznikla 29. 6. 1984, jej prvou predsedníčkou bola MUDr. Viera Haľamová. Od roku 1991 bol predsedom prof. MUDr. František Bauer, PhD., po ňom primár MUDr. Ivan Frič, následne prof. MUDr. Mirko Zibolen, CSc., od roku 2011 doc. MUDr. Darina Chovancová, PhD., v súčasnosti je predsedníčkou doc. MUDr. Katarína Maťašová, CSc. Čestnými členmi sú MUDr. Frič, prof. Huttová, MUDr. Haľamová a doc. Benedeková. Posledná časť knihy uvádza nestorov, významných neonatológov v minulosti a teraz ako i neonatologické sestry. Zoznam obsahuje niekoľko desiatok mien, niektoré kurikulá spolu s fotografiami. Kniha dokumentuje úspešný príbeh, ktorým slovenská neonatológia od svojho vzniku prešla. Je významným počínom autorov a dôstojne zapadá do osláv 50. výročia založenia Slovenskej lekárskej spoločnosti. Gratulujem autorom, podakovanie patrí vydavateľovi a sponzorom.

Kniha začína spomienkou na profesora Jiřího Brdlika a jeho knižku „Dětské lékařství v minulosti“, ktorá bola vydaná pred 61 rokmi. Ústrednou ideou recenzovaného diela je myšlienka: „Kto nepozná minulosť, nie je hodný prítomnosti“.

Ján Buchanec



V súčasnosti je perspektívna aj katérová embolektómia spojená s pulverizáciou a sukciou tromboembolov a následnou trombolýzou reziduálnych tromboembolov. Táto metóda možno v budúcnosti nahradí chirurgickú embolektómiu (24, 32). V liečbe čerstvých foriem akútnej MPTE má stále najväčšie perspektívy trombolytická liečba – až 90 % (16, 19, 21, 23, 24, 31, 42, 44). Stratégiu a taktiku liečby pľúcnej tromboembólie znázorňujeme na obrázku 11 (24).

Rozhodnutie o liečbe MPTE musí vychádzať z klinického úsudku s ohľadom na klinický a hemodynamický stav pacienta, rozsah embolickej obštrukcie, technické možnosti a skúsenosti príslušného zdravotníckeho zariadenia a personálu. Dnes platí viac ako inokedy, že nie každý pacient s MPTE musí zomrieť.

Literatúra

1. Aklog, L., Williams, C.S., Byrne, J.G., Goldhaber, S.Z.: Acute pulmonary embolism: A contemporary approach. *Circulation*, 2002, 105(12): 1416-1419.
2. Binet, J.P., Langlois, J., Testard, J. et al.: Embolectomie pulmonaire d'urgence sous circulation extracorporelle, chez un malade de 69 ans. *Mém Acad Chir*, 1965, 91: 24-25, 832-838.
3. Cabrol, C., Cabrol, A., Guiraudon, G. et al.: Le traitement des embolies pulmonaires à l'aide de la circulation extracorporelle. *Ann Chir Thorac Cardiovasc*, 1969, 8(1): 11-15.
4. Cooley, D.A., Beall, A.C., Alexander, J.K.: Acute massive pulmonary embolism. Successful surgical treatment using temporary cardiopulmonary bypass. *JAMA*, 1961, 177: 283-286.
5. Couves, C.M., Sproutle, B.J., Frasser, R.S.: Pulmonary embolism using heart lung by-pass. *Canas Med Ass J*, 1962, 86: 1056-1061.
6. Dubost, C., Duranteau, A., Jouasset, D.: Massive pulmonary embolism. Trendelenburg operation and ligation of the inferior vena cava. *Recovery Mem Acad Chir*, 1961, 87: 344-352.
7. Enjalbert, A., Mathé, J., Mignon, J.P. et al.: A prolonged form of massive pulmonary embolism surgically treated successfully under extracorporeal circulation. *Ann Chir Thorac Cardiovasc*, 1969, 8(1): 53-55.
8. Guilmet, D., Rey, A., Berretti, E. et al.: Case of acute pulmonary embolism treated under extra-corporeal circulation with counter-flow perfusion of the pulmonary bed. *Ann Chir Thorac Cardiovasc*, 1967, 6(4): 1191-1196.
9. Hazan, E., Neveux, J.Y., Bloch, G. et al.: Pulmonary embolism: a series of 8 operated cases, 7 of them successfully. *Chirurgie*, 1970, 96(2): 113-126.
10. Langlois, J., Moine, D., Mine, J. et al.: A case of acute pulmonary embolism operated on with success at a non-specialized center with the aid of a portable heart-lung apparatus. *Chirurgie*, 1970, 96(2): 127-132.
11. Marion, P., Estanove, S.: Current surgical treatment of severe pulmonary embolism (apropos of 121 embolectomies performed in France and of our own experience). *Chirurgie*, 1970, 96(2): 109-112.
12. Marion, P., Estanove, S.: Embolectomies pulmonaires. Bilan de notre experience des formes lentes. *Ann Chir Thor Card*, 1969, 8(1): 17-20.
13. Marion, P.: Acute cor pulmonale; left pulmonary arteriotomy, partial retrograde embolectomy, therapy. *Mem Acad Chir*, 1953, 79: 239-242.
14. Markalous, P., Keszler, H.: Pulmonary embolism during general anesthesia. *Rozhl Chir*, 1965, 44(8): 556-567.
15. Mayzlik, J.: Chirurgická prevencia pľúcnej embólie. *Novinky v medicíne*. Praha: Avicenum, 1989, s. 44-79.
16. Mazuch, J., Radakovič, M., Kukura, A., Darmo, V.: Pripad akútnej masívnej tromboembólie a. pulmonalis a pľegmasio ceruleodolens úspešne zvládnutý a vyliečený fibrinolytikami. *Bratisl Lek Listy*, 1974, 61(3): 358-365.
17. Mazuch, J.: Embolektómia art. pulmonalis, jej história a súčasný stav. *Rozhl Chir*, 1978, 57(1): 72-78.
18. Mazuch, J., Kukura, A. a kol.: Pľúcna tromboembólia v klinickej praxi. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 1978, 316 s.
19. Mazuch, J., Kukura, A., Radakovič, M. et al.: Thrombolytic Therapy of Pulmonary embolism. *Acta Med Scient*

Hung, 1981, 38(3): 269-278.

20. Mazuch, J.: Trombolytická a chirurgická liečba masívnej pulmonálnej embólie. *Prakt Flebol*, 1993, (3-4): 109-112.
21. Mazuch, J., Mištuna, D., Golian, D.: Thrombolytic therapy of massive pulmonary embolism. *Central European Vascular J*, 2003, (1): 26-27.
22. Mazuch, J.: Chirurgické aspekty tromboembolickej choroby a venózných trombóz. *Prakt Flebol*, 2004, 3(1): 18-24.
23. Mazuch, J.: Pľúcna tromboembólia: diagnostika a liečba. *Via Pract*, 2006, 3(11): 523-527.
24. Mazuch, J. a kol.: Tromboembolická choroba venózneho pôvodu. Martin: Osveta, 2008, 252 s.
25. Nègre, E., Thevenet, A., Pujol, H., Mary, H.: Embolectomies pulmonaires sous la circulation extracorporelle. *J Chir*, 1966, 5: 92.
26. Nissen, R.: Diagnosis of peroperative massive lung embolism. *Schweiz Med Wochenschr*, 1961, 91: 793-795.
27. Paneth, M.: Pulmonary embolism. An analysis of 12 cases. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 1967, 53(1): 77-83.
28. Pavlík, V., Kukura, A., Mazuch, J. et al.: Význam prehradenia dolnej dutej žily v prevencii tromboembólie art. pulmonalis v klinike a experimente. *Rozhl Chir*, 1972, 51(12): 802-808.
29. Pol, J., Uchytel, B., Ondrášek, J. et al.: Surgical treatment of pulmonary embolism. *Central Europ Vasc J*, 2007, 6(1): 25.
30. Rapant, V.: Chirurgie embolie pľúcnic. *Čas Lék Čes*, 1968, 107(17): 489-493.
31. Remková, A.: Žilová trombóza a pľúcna embólia. Bratislava: Samedy, s.r.o., 2013, 263 s.
32. Roček, M.: Liečba pľúcnej embólie a žilnej trombózy katektrem. In: Widimský, J., Malý, J. a kol.: Akutní pľúcni embolie a žilní trombóza. Praha: Triton, 2002, s. 187-196.
33. Rosenberg, P., Sherman, S.K., Rawn, J.D. et al.: Critical role of inferior vena cava filter placement after pulmonary embolism. *J Cardiac Surgery*, 2005, 20(5): 289-290.
34. Rosenberg, D.M., Ekman, P.J., Pearce, C.W.: Surgical treatment of massive pulmonary embolism with the use of extracorporeal circulation. *J Cardiovasc Surg*, 1962, 3: 428-435.
35. Sharp, E.H.: Pulmonary embolism: successful removal of a massive pulmonary embolus with the support of cardiopulmonary bypass. *Case report Ann Surg*, 1962, 156: 1-4.
36. Schram, G., Vogel, W., Heberer, G.: Pulmonale embolectomie mit hilfe der extracorporellen zirkulation. *Chirurg*, 1973, 44: 200-207.
37. Stein, P.D., Henry, J.W., Gopalakrishnan, D., Relyea, B.: Asymmetry of the calves in the assessment of patients with suspected acute pulmonary embolism. *Chest*, 1995, 107(4): 936-939.
38. Ševčík, R., Dominik, J., Bis, J. et al.: Trombektómia obrovského trombu z pravej predsiene a vetiev arteria pulmonalis. *Interv Akut Kardiolog*, 2007, 6: 70-72.
39. Šimkovic, I.: O chirurgii, chirurgoch a nielen o nich. Bratislava: Smeragd pedagogické nakladateľstvo, 2001, 187 s.
40. Špatenka, J.: Chirurgická embolektómia a. pulmonalis. In: Widimský, J., Malý, J. a kol.: Akutní pľúcni embolie a žilní trombóza. Praha: Triton, 2002, s. 183-184.
41. Šteiner, P., Biringier, A., Slameň, J. et al.: Pulmonary embolism (Report of a successful case). *J Cardiovasc Surg*, 1969, 10(2): 67-70.
42. Štvrtinová, V. a kol.: Venózný tromboembolizmus. Bratislava: SAP, 2018, 388 s.
43. Vosschulte, K., Stiller, H., Eisenreich, F.: Emergency embolism by the transternal approach in acute pulmonary embolism. *Surgery*, 1965, 58(2): 317-323.
44. Widimský, J., Malý, J. a kol.: Akutní pľúcni embolie a žilní trombóza. Praha: Triton, 2002, 303 s.
45. Trendelenburg, F.: Über die operative Behandlung der Embolie der Lungen-arterie. *Arch Klin Chir*, 1908, 86: 686-700.

Do redakcie došlo 30.1.2019.

Adresa pre korešpondenciu:

Prof. MUDr. Július Mazuch, DrSc.
Chirurgická klinika na TC JLF UK a UNM
Martin, Slovenská republika
E-mail: mazuchj@zoznam.sk

Predstavujeme nové knihy

Viliam Mojto: Diabetes mellitus – komplikácie a liečba

Bratislava: A-medi management, s.r.o., 2019, 204 s.

ISBN 978-80-89797-41-7

Predložená monografia Diabetes mellitus – komplikácie a liečba sa stala dôležitým medzníkom pre XXIX. diabetologické dni s medzinárodnou účasťou, ktoré sa uskutočnili na Štrbskom plese v dňoch 17.-19.5.2019. Predsedníčka Slovenskej diabetologickej spoločnosti doc. MUDr. Katarína Rašlová, CSc., počas spoločenského večera na uvedenom odbornom podujatí uviedla túto monografiu do života. Vyzdvihla význam monografie, predstavila autora, jeho odborné zameranie a samozrejme podrobnejšie uviedla aj obsah monografie. Ocenila a vyzdvihla prípravu takejto monografie nielen z hľadiska zvyšovania odbornej úrovne diabetológov, ale aj študentov medicíny, farmácie a ostatných medicínskych pracovníkov, ktorí sa zaoberajú problematikou diabetu a sú zapojení do starostlivosti o pacientov s diabetes mellitus. Problematika diabetes mellitus sa akceleruje v súvislosti so zvyšujúcim sa výskytom tohto ochorenia nielen v našej populácii, ale aj mnohých ďalších vyspelých krajinách sveta. Do roku 2030 bude na svete odhadom asi 550 miliónov ľudí s diabetom! Diabetes mellitus sa stáva významným rizikovým faktorom pre kardiovaskulárne choroby, ktoré sú na najvyšších miestach mortality a morbidity

aj v našej populácii. Úsilie odborníkov v danej oblasti smeruje na odstraňovanie príčin civilizačných ochorení – a to sú zlá životospráva, zlé stravovanie a nedostatočná fyzická aktivita. Význam monografie teda nie je len v sumarizácii najnovších poznatkov z oblasti 1. a 2. typu diabetes mellitus, ale aj v osvetovo-výchovnej činnosti, ktorá by mala viesť k podstatne vyššiemu zdravotnému sebauvedomeniu súčasnej populácie a výchove novej generácie vo vzťahu k zdraviu.

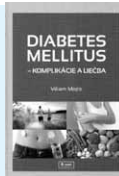
Kniha je písaná s ohľadom na praktické potreby zdravotníckych pracovníkov – diabetológov, obsahuje nielen teóriu, ale aj mnohé cenné praktické usmernenia a rady. Po úvodnej časti, kde je klasifikácia, definícia a základné postupy pri diagnostike diabetu, nasleduje druhá a tretia časť, kde autor približuje biosyntézu inzulínu, spontánnu remisiu diabetu a monogénové formy diabetes mellitus. Od štvrtej časti sa autor sústreďuje na liečbu diabetes mellitus (nefarmakologická liečba, monitorovanie glykémie, redukcia hmotnosti, stravovanie atď.), piata časť liečba diabetu inzulínom, šiesta a siedma časť liečba DM 2. typu. V ôsmej kapitole sa opisujú komplikácie diabetes mellitus (akútne – diabetická ketoacidóza, hyperglykemický

hyperosmolárny sy, laktátová acidóza, hypoglykémia; chronické – diabetická nefropatia, retinopatia, neuropatia). V samostatnej časti sa autor venuje problematike tehotnosti a diabetu, ale aj problematike hypoglykémie a vedenia motorového vozidla. V záverečnej časti autor uvádza možnosti liečby diabetickej dyslipidémie, významu mitochondrií a koenzýmu Q10, problematiku diabetu a NCMP a poruchám kognitívnych funkcií, infekcia vírusom hepatitídy C pri diabetes mellitus. V závere knihy je vecný index. Monografia vznikla ako súčasť riešenia grantu KEGA 063UK-4/2017 Ministerstva školstva Slovenskej republiky.

Pozitívami knihy sú stručné, jasné a zrozumiteľné definície, prehľadné schémy a tabuľky. Autor obsiahol najdôležitejšie oblasti, s ktorými pracuje každý lekár, nielen špecialista. Kniha vo formáte B5 je v pevnej väzbe, čierno-biela tlač, iba reklamy sú farebné. Zrejme časová tieseň alebo chyba technickej redakcie knihy spôsobili, že kniha nemá „patitul“ vo vnútri knihy, ktorý tiráž nemôže nahradiť. Rovnako čitateľovi prekáža zaradenie textových a obrazových reklám do textu, ktoré osobitne do vedeckej monografie ani nepatria.

Knihu odporúčame do pozornosti praktickým lekárom, diabetológom, ale aj študentom medicíny a ostatných zdravotníckych smerov. Veľa odborných pohľadov a rád by mohlo byť mimoriadne cenných aj pre samotných pacientov s diabetes mellitus. Odporúčame preto autorovi považovať nad spracovaním podobnej publikácie určenej pacientom.

Prof. MUDr. Marián Bernadič, CSc.,
MUDr. Inka Bernadičová



Predstavujeme nové knihy

Lekárka Mária Jasenková: Smrť nás učí dobre žiť

(v rozhovore s Martinom Ližičiarom)

BeneMedia 2019, 121 s.

V edícii "Inšpirujúci" vyšla t.r. útlá knižka z rozhovorov s lekárkou Máriou Jasenkovou, ktorá založila detský domáci hospic "Plamienok". Plamienok je nezisková organizácia, ktorá poskytuje pomoc, poradenstvo aj liečbu nevyliciteľne chorým deťom a ich rodinám na Slovensku. Formou rozhovoru s doktorkou Jasenkovou získal čitateľ podrobné informácie o zrode Plamienka, jeho prvých krokoch a nadosbudnutých skúsenostiach so smútiacimi deťmi a ich rodinami. Pomáhať tak, aby život nevyliciteľne chorých a zomierajúcich detí bol radostnejší, je mimoriadne náročná úloha, ktorá si vyžaduje veľmi citlivý prístup. Veľká časť knižky hovorí o spôsoboch pomoci týmto deťom a smútiacim rodinám. Všeobecne môžeme konštatovať, že o smrti, o zraniteľnosti na konci našej životnej cesty, sa dnes málo píše, vyzdvihuje sa hlavne úspech a sila. Téma smrti sa vo vedomí ľudí skrýva, akoby sme chceli zabudnúť

a vylúčiť túto nevyhnutnú udalosť z nášho života. Súčasťou knižky je i životná cesta autorky od jej študentských čias, začiatkov na detskej onkológii až k paliatívnej starostlivosti v detskom hospici. Jej denná práca s nevyliciteľnými deťmi, kontakt so zomieraním a smrťou, poznamenali aj jej život. Úprimne a otvorene ho hodnotí: "Smrť a život sú dve strany jednej mince a život dostáva zmysel práve smrťou. Smrť nás učí dobre žiť". Je to knižka nielen o smrti, ale aj o zmysle života a jeho naplnení. Vedomie smrti by nás malo naučiť plnohodnejšie žiť. V závere nájdeme cenné postrehy a myšlienky autorky, vyplývajúce z jej skúseností v problematike detskej paliatívnej starostlivosti. Knižku odporúčam všetkým, ktorí sa zamýšľajú nad zmyslom života a snažia sa nájsť tú pravú cestu k jeho naplneniu. Rozhovory s Máriou Jasenkovou budú pre nich určite inšpirujúce.

Vladimír Bzdúch



Kronika Monitoru medicíny SLS

Jubilantka pani docentka MUDr. Marta Hájková, CSc.

Významného životného jubilea sa dňa 10. novembra 2019 dožíva popredná telovýchovná lekárka doc. MUDr. Marta Hájková CSc.



Vážená a milá pani docentka, nielen mojim menom, ale aj v mene Vašich bývalých kolegov a spolupracovníkov Vám želim predovšetkým veľa zdravia, šťastia a spokojnosti do ďalších rokov života.

Ad multos annos!

MUDr. Monika Bartošová
Oddelenie telovýchovného
lekárstva UNB

Prehľadová práca

Karcinóm penisu v roku 2019

Jozef Marenčák

Súhrn

Incidencia karcinómu penisu (KPe) v Európe sa pohybuje v rozmedzí 0,9 až 2,1 prípadov na 100 000 osôb ročne. Karcinogenéza je spojená s infekciou vírusom ľudského papilómu (HPV) a s chronickým zápalom. 95 % prípadov KPe histologicky predstavuje skvamocelulárny karcinóm (SCC), ktorého početné podtypy majú rôzne klinické priebehy. Chronický zápal predkožky, spôsobený fimózou alebo lichen sclerosus je často krát spojený s KPe. Cirkumcizia znižuje riziko KPe (miera rizika: 0,33). Chirurgické riešenie maximálne šetriace orgán s bezpečnostnými okrajmi nie viac ako niekoľko milimetrov je v súčasnosti terapeutickým štandardom. Miestna recidíva, ak sa objaví, môže byť ešte ďalej lokálne liečená s kuratívnym zámerom. Lymfogénne metastázy sa musia liečiť radikálnou lymfadenektómiou (LAD) a adjuvantnou chemoterapiou (CHT). Pacienti s klinicky nezávažnými inguinálnymi lymfatickými uzlinami (LU) však tiež vyžadujú invazívne stanovenie štádia ich postihnutia v dôsledku vysokej pravdepodobnosti prítomnosti lymfogénnych mikrometastáz. V mnohých krajinách sa liečba tohto zriedkavého ochorenia už centralizovala. V článku sú zhrnuté súčasné poznatky o ochorení a stratégii manažmentu KPe s cieľom zdôrazniť zložitosť tejto problematiky a ukázať, že oneskorené alebo nesprávne liečenie môže byť pre postihnutého jedinca život ohrozujúce.

Kľúčové slová: karcinóm penisu, etiopatogenéza, diagnóza, liečba.

Úvod

Karcinóm penisu (KPe) je zhubný, najčastejšie skvamocelulárny karcinóm (SCC, squamous cell carcinoma) kože žaluďa alebo vnútornej vrstvy predkožky pohlavného údu, charakterizovaný invazívnym rastom a včasným rozšírením metastáz do lymfatických uzlín (LU). Liečba KPe je často spojená s významnými kozmetickými a funkčnými poruchami. Skoré rozšírenie metastáz do regionálnych LU môže byť život ohrozujúce. Oneskorenie v diagnostike a začiatku liečby býva spôsobené väčšinou pacientom, ale niekedy to môže byť aj ošetrovujúcim lekárom. Je to aj v dôsledku toho, že KPe je pomerne zriedkavé ochorenie a mnohí lekári nie sú dostatočne oboznámení s jeho manažmentom. Niektoré krajiny preto centralizovali liečbu tohto zriedkavého nádoru. Vzhľadom na nízky počet pacientov nie sú k dispozícii žiadne prospektívne randomizované, ale len menšie retrospektívne štúdie a maximálne ich metaanalýzy.

Epidemiológia karcinómu penisu

V Európe a severnej Amerike je výskyt KPe približne 1 nový prípad na 100 000 obyvateľov (1, 2). V Slovenskej republike (SR) sa v poslednom štatisticky spracovanom a publikovanom roku 2011 registrovalo 41 novodiagnostikovaných prípadov zhubných nádorov penisu, čo predstavovalo hrubú incidenciu 1,6/ 100 000 a štandardizovanú incidenciu 1,1/ 100 000 (3). Roku 2011 na Slovensku zomrelo 13 mužov na zhubný nádor penisu; to predstavovalo hrubú mortalitu 0,5/ 100 000 a štandardizovanú mortalitu 0,3/ 100 000 (3, 4). V niektorých

rozvojových krajinách však predstavuje KPe závažný zdravotný problém. Zrejme to súvisí s nedostatkami v systéme zdravotnej starostlivosti, nedostatočnou hygienou, vysokým výskytom pohlavne prenosných infekcií a fimózy (2, 5).

Patológia a patogenéza karcinómu penisu

Skvamocelulárny KPe (SCC) tvorí až 95 % všetkých malignít penisu; pričom asi polovica SCC pochádza z nekeratinizovaného epitelu glansu alebo vnútornej vrstvy prepúcia. Ďalšie malignity (melanóm, sarkóm) alebo metastázy v oblasti pohlavného údu sú extrémne

zriedkavé. Na základe klasifikácie UICC (Union for International Cancer Control) sa v klasickom SCC rozlišujú viaceré histologické podtypy (1, 2, 6, 7). Tieto podtypy majú rôzne histologické a molekulovo genetické charakteristiky a líšia sa aj patogenézou a prognózou. Na vývoji KPe sa podieľajú dve odlišné patogénne dráhy. Asi jedna tretina prípadov je spojená s infekciou vírusom ľudského papilómu (HPV, human papilloma virus). Druhou patogénnou cestou KPe je chronický zápal, spojený napríklad s lichen sclerosus alebo s chronickou balanopostitídou súvisiacou s fimózou. Z dôvodu týchto dvoch odlišných patogénnych ciest rozlišuje nová klasifikácia UICC medzi KPe spojenými s HPV a bez asociácie s HPV (1, 2, 6, 7).

Rizikové faktory a prevencia karcinómu penisu

Medzi epidemiologicky potvrdené rizikové faktory KPe patria: fimóza (miera rizika /HR – hazard ratio/: 3, 5) a chronický zápal – balanopostitída (HR: 9, 5). Cirkumcizia urobená v detstve významne znižuje prevalenciu KPe (HR: 0, 33) (3). Odstránenie predkožky tiež redukuje exponovanú plochu nekeratinizovanej kože penisu o 50 %. V epidemiologických štúdiách je chronické fajčenie cigariet opísané ako ďalší rizikový faktor (HR: 2, 8) (tab. 1) (1). S rizikovými faktormi súvisí súčasne vnímanie efektívnej prevencie KPe (tab. 2) (1, 2, 5, 8, 9).

Diagnostika primárneho karcinómu penisu

Pacienti samotní väčšinou zaznamenávajú zmeny v oblasti glansu a prepúcia, ale nemusia (aspoň zo začiatku) pociťovať žiadnu bolesť. V mnohých prípadoch je diagnóza exofytického KPe stanovená už pohľadom (obr. 1) (1, 8, 9). Superficiálne štádiá KPe (Tis, Ta) sú často obmedzené na povrchové zmeny na pohlavnom úde (obr. 2) (1, 8). Včasná podozrenie na možný výskyt KPe a jeho biopsické potvrdenie sú potrebné na zabránenie oneskorenia v iniciácii

Tabuľka 1. Niektoré rizikové faktory pre vznik a vývoj karcinómu penisu (1).

Rizikové faktory	Riziko vzniku a vývoja (progresie) KPe
Fimóza	11 – 16-krát vyššie riziko vs jedinci bez fimózy
Chronický zápal pohlavného údu (balanopostitída súvisiaca s fimózou), lichen sclerosus, ...	zvýšené riziko
Sporalén a ultrafialová fototerapia na liečbu rôznych dermatologických ochorení (napr. psoriáza a pod.)	9,51-násobné riziko pri vykonaní > 250 zákrokov
Fajčenie (chronické: > 15 – 20 rokov)	5-násobne zvýšené riziko vs nefajčiari
HPV infekcia, condyloma acuminatum	
Viacerí sexuálni partneri, skorý vek pri prvom pohlavnom styku	3- až 5-násobne zvýšené riziko
Vidiecke oblasti, nízky sociálny ekonomický status, slobodní muži, ...	? (prebieha intenzívny výskum)

Vysvetlivky: KPe – karcinóm penisu, HPV – human papilloma virus (vírus ľudského papilómu), SCC – squamous cell carcinoma (skvamocelulárny karcinóm).

Tabuľka 2. Súčasné vnímanie efektívnej prevencie karcinómu penisu (1, 2, 5, 8, 9).

Zvýšenie hygieny genitálu
Obmedzenie/ zanechanie fajčenia
Cirkumcizia*
Vakcinácia** (?)
Iné

*Vysvetlivky: *okrem iného je spojená aj so znížením rizika HPV (human papilloma virus) infekcie; včasná obriezka síce znižuje riziko karcinómu penisu (KPe) 3 – 5 krát, ale pri neonatálnej cirkumcizii sa odstraňuje približne len polovica tkaniva z ktorého sa môže vyvinúť KPe; cirkumcizia urobená v dospelosti u mužov bez fimózy už nemá žiadny preventívne – ochranný efekt na vznik a vývoj KPe.*

***v súčasnosti (s výnimkou niekoľkých krajín) neexistuje všeobecné odporúčanie na očkovanie proti HPV u jedincov mužského pohlavia z dôvodu rôznych typov rizík súvisiacich s HPV pri KPe; primárne je potrebné najskôr komplexne zhodnotiť epidemiologické účinky očkovania proti HPV u dievčat v rámci prevencie rakoviny krčka maternice.*

adekvátnej liečby (1, 2, 10, 11). Histologický podtyp a stupeň bunkovej diferenciácie (G – grading) nádoru sú kľúčovými determinantami prognózy. Patologické spracovanie vzorky by sa malo vykonať s veľkou dôslednosťou.

Diferenciálna diagnóza karcinómu penisu

Pri diferenciálnej diagnostike KPe sa musí zvážiť a vylúčiť množstvo iných, benígnych aj prekanceróznych lézií penisu. Najčastejšie sa jedná o condyloma acuminatum, Buschke-Löwensteinov tumor, balanitis xerotica obliterans (BXO) a pod., ako aj viac infekčných stavov (napr. primárny syfilitický vred, mäkký venerologický vred, herpes genitalis, lymfopatia venereum, granuloma inguinale, tuberkulóza a pod.) (1, 2, 4, 8, 9).

Summary

The incidence of penile cancer (PeC) in Europe lies in the range of 0,9 to 2,1 cases per 100 000 persons per year. Carcinogenesis is associated with human papilloma virus (HPV) infection and with chronic inflammation. 95 % of cases of PeC are accounted for by squamous cell carcinoma (SCC), whose numerous subtypes have different clinical courses. Chronic preputial inflammation due to phimosis or lichen sclerosus is often associated with PeC. Circumcision lowers the risk of penile cancer (hazard ratio: 0,33). Maximally organ – preserving surgery with safety margins of no more than a few millimeters is the current therapeutic standard, because a local recurrence, if it arises, can still be treated locally with curative intent. Lymphogenic metastasis must be treated with radical lymphadenectomy (LAD) and adjuvant chemotherapy (CHT). Patients with clinically unremarkable inguinal lymph nodes (LNs) nonetheless need invasive lymph node staging because of the high rate of lymphogenic micrometastasis. In many countries, the treatment of this rare disease entity has already been centralized. This article summarizes the current knowledge of the disease and the management strategies for penile cancer. The aim of this article is to highlight the complexity of this cancer and to show that delayed or incorrect treatment can be life – threatening.

Key words: penile cancer, etiopathogenesis, diagnosis, therapy.

Stanovenie štádia karcinómu penisu

Stanovenie štádia (stagingu) KPe je nevyhnutné na plánovanie liečby. Hodnotenie LU a prítomnosti/ neprítomnosti vzdialených metastáz je takisto mimoriadne prognosticky významné (1, 2, 6, 7, 11).

Manažment primárneho karcinómu penisu

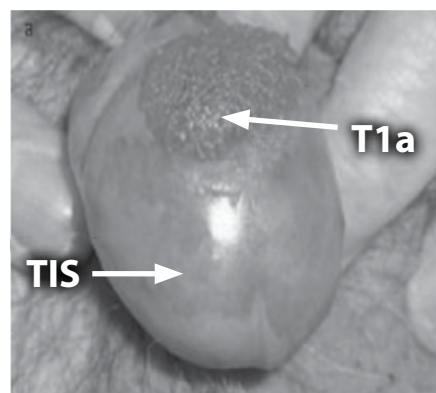
Najmä v počiatočných štádiách KPe, obmedzených na predkožku alebo glans sú k dispozícii viaceré možnosti liečby s prakticky rovnakou efektívnosťou. Chirurgická liečba KPe sa riadi princípom maximálneho zachovania orgánu pri dodržaní primeranej/ potrebnej radikálnosti. KPe obmedzený na vnútornú vrstvu predkožky je riešený „radikálnou cirkumciziou“. V prípade povrchových nádorov glans penis, ktoré sú obmedzené na epitel (pTis, pTa), je potrebné zachovať žľad pohlavného údu. To možno dosiahnuť použitím fokálnej chemoterapie (CHT) alebo imunoterapie, laserovej ablácie, radiačnej terapie (RT) alebo chirurgickým zákrokom. Karcinóm in situ (pTis) sa môže úspešne liečiť v polovici prípadov použitím topickej imunoterapie alebo CHT (imiquimod vo forme krému, 5-fluorouracil aplikovaný ako vodný roztok) (1, 2, 6, 12, 13). Ďalšie možnosti liečby, ktoré je potrebné zvážiť (aj napr. pri recidíve alebo pretrvávajúcej lézii po inej topickej terapii), zahŕňajú abláciu laserom (CO₂ – oxid uhličitý; Nd:YAG – neodymium: yttrium aluminium garnet), úplné odstránenie epitelu žľadu (GR – glans resurfacing = obnovenie/ vytvorenie nového povrchu glansu) alebo RT (1, 2, 11, 12, 14). GR pozostáva z odstránenia epitelu z časti (< 50 % žľadu = parciálny GR) alebo z celého glans penis (= totálny GR), po ktorom nasleduje rekonštrukcia žľadu s využitím štepu (odoberatá koža z oblasti stehna alebo bukálna sliznica) (obr. 3) (8, 9). Úspech fokálnej terapie musí byť potvrdený biopsky (negatívne okraje). Najnovšia stratégia odporúča dosiahnutie negatívnych okrajov na základe stupňa bunkovej diferenciácie (G – grading): 1 mm pre G1, 5 mm pre G3 (1, 2, 11, 12).

Obrázok 1. Skvamocelulárny karcinóm penisu (T2) u 65-ročného asociálne žijúceho muža (8, 9).



Vysvetlivky: T2 – tumor invaduje corpus spongiosum s alebo bez postihnutia močovej rúry.

Obrázok 2. Karcinóm penisu (Tis-T1) u 47-ročného muža s HPV infekciou (8).

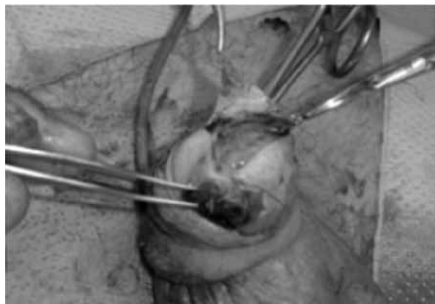


Vysvetlivky: Tis – karcinóm in situ, T1a – tumor invaduje subepitelové spojivé tkanivo, bez lymfovaskulárnej invázie a nie je zle diferencovaný, alebo je nediferencovaný (T1G1-2), G – grading (stupeň bunkovej diferenciácie), HPV – human papilloma virus (ľudský papiloma vírus).

Invazívne KPe (pT1, pT2) sa liečia lokálnou excíziou, čiastočnou (parciálnou) resekcíou glansu alebo amputáciou žľadu pohlavného údu. Väčšie KPe s inváziou do corpus spongiosum (pT2) alebo do corpus cavernosum (pT3) vyžadujú amputáciu žľadu a v niektorých prípadoch aj odstránenie hrotov toporivých telies. Pokiaľ je to len trochu možné, tak v týchto prípadoch by sa mala vykonať plastická rekonštrukcia v maximálne možnej miere. Extenzívne nádory (pT4) vyžadujú rozsiahlejší chirurgický zásah: čiastočnú alebo radikálnu penektómiu (jej súčasťou býva trvalá perineálna uretrotómia). V týchto prípadoch sú neskoršie rekonštrukčné techniky náročné a mali by byť indikované len po určitom časovom odstupe u pacientov bez progresie základného ochorenia (1, 2, 4, 11, 15).

Karcinómy zo skvamózných buniek všeobecne patria medzi rádiosenzitívne nádory. Takže KPe môže byť v zásade liečený perkutánnou, lokálnou RT alebo fokálnou brachyterapiou (BT). Avšak chýbajú presné údaje o stupni citlivosti jednotlivých histologických typov KPe na RT, takže nie je možné presne stanoviť výšku

Obrázok 3. Chirurgické vytvorenie nového kompletného povrchu glans penis u 47-ročného muža s multifokálnym karcinómom penisu v štádiu T1a G1-2: ostrá preparácia a excízia sliznice a subepitelového tkaniva z celého glans penis (A, B) (8, 9).



Vysvetlivky: T1a – tumor invaduje subepitelové spojivé tkanivo, bez lymfovaskulárnej a perineurálnej invázie a nie je zle diferencovaný (T1G1-2), G – grading (stupeň bunkovej diferenciácie), G1 – dobre diferencovaný, G2 – stredne diferencovaný.

dávky a dĺžku aplikácie tohto spôsobu riešenia KPe. Potenciálnou výhodou RT je zachovanie morfolologickej integrity orgánu, ale časté sú aj komplikácie a funkčné poruchy v dôsledku vplyvu aktinoterapie na kavernózne telesá (erektilná dysfunkcia), stenóza vonkajšieho ústia močovej rúry (v 10 – 35 %) s následnou dyzúriou a pod (1, 2, 4, 11).

Manažment lymfatických uzlín pri karcinóme penisu

Regionálne LU pre penis sú inguinálne (ako povrchové, tak aj hlboké) a následne panvové (hlavne obturátorne a pozdĺž arteria iliaca interna) LU. Vzhľadom na tendenciu včasného lymfatického rozsevu je liečba regionálnych LU mimoriadne významná pre prognózu postihnutého jedinca. Približne 20 % pacientov má v čase diagnostiky primárneho KPe hmatateľné inguinálne LU (1, 2, 4, 11).

V prípade nezväčšených (nehmatateľných) inguinálnych LU je treba vedieť, že 20 až 25 % pacientov má už prítomné mikrometastázy (0,2 až 2 mm v priemere) v závislosti od lokálneho štádia a gradingu (G) primárneho KPe (1, 2, 11). Neliečenie takéhoto stavu vyústi v priebehu jedného až dvoch rokov do regionálnej progresie LU, čo má samozrejme negatívny vplyv na prognózu – dlhodobu prežíva menej

ako 40 % postihnutých mužov. Ani moderné zobrazovacie techniky (CT – computed tomography, MRI – magnetic resonance imaging a pod.) nedokážu v súčasnosti spoľahlivo detegovať metastázy v LU menšie ako 1 cm. V dôsledku toho sa u pacientov ($\geq$ pT1 a $\geq$ G2-3) s klinicky nepalpovateľnými inguinálnymi LU vykonávajú invazívne diagnostické postupy, ako sú: dynamická biopsia sentinelovej LU (DSNB – dynamic sentinel lymph node biopsy) a modifikovaná inguinálna lymfadenektómia (ILAD). DSNB je vysoko efektívnou (90 – 95 % senzitivita detekcie mikrometastáz v LU, falošne negatívne výsledky len v 5 až 10 %) diagnostickou metódou s nízkou morbiditou (1, 2, 4, 11).

U pacientov s hmatnými, suspektnými inguinálnymi LU je potrebné histologické potvrdenie prítomnosti karcinómu (rýchlou intraoperačnou analýzou zmrazených rezov) a v prípade pozitívnych nálezov je indikované chirurgické odstránenie – radikálna ILAD. Dlhodobé pokusy s antibiotickou liečbou na sániciu predpokladaného zápalového zväčšenia inguinálnych LU sú už v súčasnosti obsolentné a kontraindikované (1, 2, 5). Ak je potvrdená prítomnosť dvoch alebo viacerých pozitívnych LU na jednej inguinálnej strane, je potrebné vykonať aj ipsilaterálnu lymfadenektómiu (LAD) malej panvy (1, 2, 11). Odstránenie inguinálnych LU je však spojené so značnou morbiditou vo forme lymfedému, lymfokély, komplikácií hojenia rán a pod. V starších klinických sériách táto morbidita dosiahla úroveň až 50 %, ale pokrok v chirurgickej technike viedol k zníženiu pooperačných komplikácií o polovicu (na približne 25 %) (1, 2, 4, 11, 15). Minimálne invazívne chirurgické techniky (laparoskopické, robotické) disekcie inguinálnych LU sú spojené s ešte nižšou morbiditou (1, 2, 11).

Adjuvantná chemoterapia (CHT) aplikovaná po radikálnej LAD zlepšuje prežitie špecifické pre nádor (CSS, cancer specific survival). V závislosti od rozsahu metastáz v LU a počtu súbežných ochorení (komorbidít) pacienta je potrebných 4 až 6 cyklov adjuvantnej CHT na dosiahnutie tohto prežitia (1, 2, 11, 16). Adjuvantnú rádioterapiu (RT) na oblasť inguinálnych LU v súčasnosti neodporúčajú žiadne smernice kvôli nedostatku relevantných údajov. Malý prospech bol zaznamenaný len pri adjuvantnom ožarovaní panvy po chirurgickom odstránení metastáz KPe v panvových LU (1, 2, 11).

Manažment pokročilých štádií karcinómu penisu

Lokálne pokročilé štádiá SCC penisu sa môžu liečiť (väčšinou s paliatívnym zámerom) buď radikálnym chirurgickým zákrokom alebo RT. U pacientov s veľkými inguinálnymi uzlinovými masami (klinicky N3) možno dosiahnuť ich operovateľnosť, ak reagujú na neoadjuvantnú CHT, čo nakoniec vedie k dlhodobému prežívaniu až u 50 % jedincov (1, 2, 4, 17, 18).

U pacientov so systémovou metastázou (najčastejšie v pľúcach, pečeni a mozgu) môže paliatívna CHT dosiahnuť obmedzený priaznivý efekt na prežitie. V súčasnosti existuje niekoľko chemoterapeutických liekov, ktoré sú efektívne pri SCC penisu. Nové kategórie liekov, ktoré by mohli byť zaujímavé pre rozvoj liečby KPe sú v tabuľke 3 (19, 20).

Prežívanie a prognóza pacientov s karcinómom penisu

Prognóza pacientov závisí hlavne od štádia KPe v čase jeho diagnózy. Celková 5-ročná relatívna miera prežitia bola 97 % pre nádory pTis/pTa, 90 % pre pT1, 66 % pre pT2, 55 % pre pT3 a 46 % pre pacientov s pozitívnym nálezom na LU (pN1-3). Pri správnom manažmente metastáz v LU zostáva prognóza pre postihnutého muža s KPe dobrá (1, 2, 4, 11). Lokálne recidívy primárneho KPe väčšinou dobre reagujú na ďalšiu liečbu a majú len malý negatívny vplyv na prognózu prežitia (1, 2, 11). V prípade recidívy v LU sa prežívanie špecifické pre KPe (CSS) zhoršuje na úroveň pod 40 % (1, 2, 11). Rozsiahle metastázy v LU možno „vylicit“ len vtedy, ak pacienti dobre reagujú na neoadjuvantnú CHT (1, 2, 4, 11, 21). Prognóza u pacientov so systémovými metastázami však zostáva extrémne zlá.

Záver

KPe (SCC) zahŕňa početné histologické podtypy, z ktorých niektoré sú spojené s HPV infekciou a často sú to agresívne nádory. V poslednej dobe sa intenzívne diskutuje HPV karcinogenéza KPe v súvislosti s možnosťou preventívnej vakcinácie. Analogicky s očkovaním u dievčat (predchádzanie karcinómu čapika maternice) je rozumné predpokladať, že vakcinácia proti HPV u chlapcov môže zabrániť vzniku aspoň niektorých KPe. Zatiaľ však nie sú k dispozícii žiadne jednoznačné údaje. Od januára 2019 je vakcína plne hrazená zdravotnými poisťovňami aj na Slovensku. **Chirurgická liečba KPe je založená na princípe maximálnej onkologickej radikálnosti, ale s čo najväčšou snahou o zachovanie pohlavného orgánu. Liečba regionálnych inguinálnych LU je rozhodujúca pre prognózu postihnutého muža. Sledovanie alebo opakované vyšetrowanie pacientov s karcinómom penisu (KPe) je dôležité z viacerých dôvodov: zhodnocuje vykonanú liečbu, umožňuje včasné zistenie recidívy a odhaľuje prípadné skoré/neskoré komplikácie terapie. Okrem onkologického hľadiska sa nesmie zabúdať ani na to, že KPe a jeho liečba majú negatívny vplyv na sexuálne funkcie a intimitu, telesný vzhľad, močové funkcie, duševné zdravie a kvalitu života postihnutých osôb. Pri manažmente tohto zriedkavého nádoru je dôležité vytvoriť centrá so skúsenosťami a odbornými znalosťami nielen v oblasti diagnózy a liečby, ale aj psychologickú podporu pacientov s KPe.**

Literatúra

1. **Hakenberg, O., Compérat, E., Minhas, S. et al.:** EAU Guidelines on penile cancer. Guidelines of European Association of Urology, Arnhem: EAU Guidelines Office, 2019, 1-32 s. ISBN/EAN 978-94-92671-04-2.
2. **Hakenberg, O., Dräger, D., Erbersdobler, A. et al.:** The diagnosis and treatment of penile cancer. Dtsch Arztebl Int, 2018, 115(4): 646-652.
3. **Hlodáková, A., Safael-Diba, C.:** Incidencia zhubných nádorov v Slovenskej republike 2011. NCZI. Bratislava, 2018, 198 s. ISBN 978-80-89292-64-6.
4. **Nagy, V.:** Karcinóm penisu. In: Breza, J., Haruštiak, S., Kothaj, P. a kol.: Princípy chirurgie IV. 1. vyd. Bratislava: SAP, 2015, 269-282 s. ISBN 978-80-89607-37-2.
5. **Atalla, K., Paulucci, D., Blum, K. et al.:** Demographic and socioeconomic predictors of treatment delays, pathologic stage, and survival among patients with penile cancer: a report from the national cancer database. Urol Oncol, 2018, 36(1): 14 e17-14, e24.
6. **Brierley, J., Gospodarowicz, M., Wittekind, C.H.:** TNM Classification of Malignant Tumours. 8th Eds. International Union Against Cancer. London: Wiley-Blackwell, 2017, s. 188-189. ISBN 978-1-119-26357-9
7. **Erbersdobler, A.:** Pathology and histopathological evaluation of penile cancer. Urologie A, 2018, 57(7): 391-397.
8. **Marenčák, J. a kol.:** Karcinóm penisu. 1. vyd. Šumperk: Solen, Meduca Bratislava, 2019, 156 s. ISBN 978-80-89858-15-6.
9. **Marenčák, J.:** Súčasný pohľad na karcinóm penisu. Klin Urol, 2019, 15(1): 12-18.
10. **Compérat, E.:** Pathology of penile cancer. Eur Urol, Suppl., 2018, 17(1): 132-137.
11. **Pettaway, C., Crook, J., Pagliaro, L.:** Tumors of the penis. In: Wein, A., Kavoussi, L., Partin, A. et al.: Campbell – Walsh Urology, 11th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2016, 846-878 s. ISBN 978-0-323-34148-6
12. **Sujenthiran, A., Hegarty, P., Watkin, N.:** Penile sparing surgical approaches in the management of primary penile tumours. In: Spiess, P.: Penile cancer – diagnosis and treatment. 2nd ed. New York: Springer, 2017, 31-43 s. ISBN 978-1-4939-6677-6
13. **Manjunath, A., Brenton, T., Wylie, S. et al.:** Topical therapy for non – invasive penile cancer (Tis) – updated results and toxicity. Trans Androl Urol, 2017, 6(5): 803-808.
14. **Marenčák, J.:** Možnosti liečby zachovávajúcej pohlavný úd u pacientov s karcinómom penisu. 1. časť. Lekárske listy, odborná príloha Zdravotníckych novín, 14.2. 2019, s. 5-8.
15. **Johnston, M., Nigam, R.:** Recent advances in the management of penile cancer. F1000 Research, 2019, 8(F1000 Faculty Rev): 558-597.
16. **Necchi, A., Pond, G., Raggi, D. et al.:** Clinical outcomes of perioperative chemotherapy in patients with locally advanced penile squamous-cell carcinoma: results of a multicenter analysis. Clin Genitourin Cancer, 2017, 15(5): 548-555.
17. **Pešl, M.:** Diagnostika a liečba karcinomu penisu. Urol praxi, 2018, 19(4): 176-180.
18. **Necchi, A.:** Systemic therapy for penile cancer. Eur Urol, Suppl., 2018, 17(1): 160-163.
19. **Hui, G., Ghafouri, S., Shen, J. et al.:** Treating penile cancer in the immunotherapy and targeted therapy era. Case Rep Oncol Med, 2019, s. 1-4. ID8349793.
20. **Fishman, M.:** New systemic approaches and clinical trials in penile cancer. In: Spiess, P.: Penile cancer – diagnosis and treatment. 2nd ed. New York: Springer, 2017, s. 135-148. ISBN 978-1-4939-6677-6
21. **Necchi, A., Lo Vullo, S., Perrone, F. et al.:** First-line therapy with dacarbazine, an orally available pan-HER tyrosine kinase inhibitor, for locally advanced or metastatic penile squamous cell carcinoma: results of an open-label, single-arm, single-centre, phase 2 study. BJU Int, 2018, 121(3): 348-356.

Do redakcie došlo 4.6.2019.

Adresa pre korešpondenciu:
Doc. MUDr. Jozef Marenčák, PhD.
 Zadunajská cesta 6/ A
 851 01 Bratislava
 e-mail: jozef.marencak@gmail.com

Z histórie medicíny

Časopis Praktická gynekológia (1994 – 2009), ktorý ukázal, akí sme a čo dokážeme



Roku 1993 prestal vychádzať celoštátny časopis Čs. Gynekologie. Výbor SGPS SLS začal r. 1994 vydávať časopis Slovenská gynekológia a pôrodnictvo (teraz je šéfredaktorom doc. MUDr. Martin Redecha, PhD.). Pamätníkov tohto času rozdeľovania a hľadania ubúda, ale dôkazy ostávajú, nie ako fragment a alegória doby, ale ako osvedčenie sa v korektnej komparácii.

Pri zrode časopisu Praktická gynekológia „stáli sudičky“, priatelia a skúsení odborní redaktor prof. Marián Bernadič, CSC., a redaktorka PhDr. Helena Bernadičová. Úloha šéfredaktora mi bola potešením, ale aj balvanom v batohu na chrbte. Predchádzajúce redaktorské a editorské skúsenosti som mal možnosť uplatniť ako šéfredaktor pri založení aj pri vydávaní vedecko – odborného časopisu Praktická gynekológia. Vďaka obetavosti a úsiliu redakčného tímu bolo prvé signálne číslo časopisu k dispozícii čitateľom vo veľmi krátkom čase. V prvom ročníku vyšli len dve čísla. Realizácia časopisu bola vo Vydavateľstve Slovak Academic Press (SAP) v Bratislave. Vydavateľom časopisu bola Nemecko – Slovenská spoločnosť *Edukácia v gynekológii a pôrodnictve*. Prezidentom spoločnosti bol doc. MUDr. Július Štefanovič, CSC.

Praktická gynekológia prinášala pôvodné klinické i experimentálne práce, informovala o najnovších aktivitách gynekologicko – pôrodníckej obce v Slovensku, ale aj o životných jubileách, výročiach, oceneniach a uznaniach významných osobností, nielen ženského lekárstva. Gynekologická obec časopis akceptovala, bol bezplatne dostupný všetkým členom SGPS. Praktická gynekológia (PG) úspešne stúpala v rebríčku svojho odborného poslania. Posielali sme ho do zahraničia, citácie sa objavovali v databázach, práce sa vykazovali pri odborných postupoch. Formovalo sa záemie stálych čitateľov a prispievateľov s bohatými praktickými skúsenosťami a teoretickými vedomosťami. Uverejňovali sa aj konkrétne diskusné príspevky k jednotlivým prácam. Diskusia bola prínosom pre všetkých čitateľov. V priebehu 16 rokov vyšlo spolu 56 čísel periodika. Celkový počet vytlačených strán časopisu bol úctyhodných 3139!

S veľmi dobrým ohlasom sa stretali články z histórie ženského lekárstva, informácie o pracoviskách slovenskej medicíny. Uverejňovali sme históriu česko – slovenskej a slovenskej gynekologicko – pôrodníckej spoločnosti. Priestor dostali aj zápisnice spoločnosti *Edukácia v gynekológii a pôrodnictve*. Treba

spomenúť aj recenzie domácich a zahraničných knižných publikácií, informácie MZ SR a zdravotných poisťovní. Vybrané práce sa uverejňovali dvojazyčne (anglicky a slovensky, resp. česky).

Od tretieho čísla 8. ročníka (2001) sme na titulnej strane obálky časopisu uverejňovali reprodukcie obrazov malujúcich lekárov napr. Zikmund, Činčár, Považan, Černay, Sečanský, Odler, Šimun a iní, ale aj akademických maliarov Weiner – Král, Horecký a ďalší. Predstavili sme aj dielo akademického sochára – medailéra Mariána Polonského.

Časopis Praktická gynekológia uverejňoval recenzované práce, mal prepojenie na zahraničie a budoval si stále významnejšie pozície. Pozitívne bolo, že rástol záujem českých gynekológov a pôrodnícikov publikovať práce v PG. Zvyšoval sa počet pôvodných prác.

Vďaka sponzorským finančným príspevkom časopis vychádzal do roku 2010 štyrikrát ročne. Celé roky bol pre členov SGPS distribuovaný bezplatne. Žiaľ, po roku 2010 sa problémy súvisiace s finančným zabezpečením vydávania časopisu prehĺbili a v rokoch hospodárskej a finančnej krízy napokon viedli k zániku časopisu. Dnes už nie je nádej, že by sa vydávanie časopisu niekedy obnovilo.

Na tomto mieste, po odstupe rokov desať rokov od ukončenia vydávania časopisu, chcem úprimne poďakovať všetkým, ktorí nezištne vydávanie časopisu podporovali. Ďakujem farmaceutickým firmám, rôznym organizáciám, ale aj priateľom a známym podporovateľom. Osobitne chcem oceniť a poďakovať prof. Bernadičovi a pani doktorke Bernadičovej za hodiny strávené nad prípravou rukopisov, za nezištnú redakčnú prácu pre Praktickú gynekológiu, ktorá sa stala súčasťou ich života a srdca. Najmenej päť posledných rokov sme pracovali bez nároku na finančnú odmenu, to sa nedá zabudnúť! Úprimné poďakovanie patrí členom „Zboru konzultantov“ – domácim aj zahraničným.

Viem, že príde čas, v ktorom sa zúročí naša práca, ktorý objaví práce slovenských autorov, ktorý bude čerpať z opisanej histórie slovenskej gynekológie a pôrodnictva. Verím, že aj bez vravného filozofovania sú moje vety ľahko čitateľné a pochopiteľné. Nesťažujem sa, nič neprikrášľujem – iba pripomínam skutočnosti, ktoré boli a ktoré osvedčujú, že sme podaromníci nezaháľali.

Prof. MUDr. Michal Valent, DrSc.
 Emeritný šéfredaktor

Pôvodná práca

Ako môže v univerzite scientometrická analýza usmerniť manažment lekárskej vedy

Palkovičová Murínová L., Fábelová L., Richterová D., Tihányi J., Wimmerová S., Trnovec T.

Fakulta verejného zdravotníctva, Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

V predchádzajúcich prácach (Trnovec a spol., 2013; Fábelová a spol., 2019) sme zverejnili scientometrickú analýzu slovenskej lekárskej vedy v medzinárodnom kontexte, kde sme konštatovali 15-ročnú stagnáciu jej vývoja. Cieľom tejto práce je ukázať, ako scientometrická analýza môže vyhodnotiť stav lekárskej vedy v rámci univerzitných kolektívov, a ako môže pomôcť pri usmernení manažmentu vedeckej práce. Mnoho ľudí zamestnaných na univerzitách a vo výskumných zariadeniach pochopiteľne odmieta takúto analýzu, nakoľko parametrizuje ich vedeckú prácu. Platí tu staré známe „Kto sa rozčuľuje nad kritikou, dáva najavo, že si ju zaslúži“ (1).

Metodika tejto práce vychádza z databázy Scopus, čo je multidisciplinárna bibliografická, citačná a abstraktová databáza prevádzkovaná vydavateľstvom Elsevier. Patrí medzi najväčšie databázy svojho druhu na svete. Funguje od roku 2004. Rýchlo prenikla do povedomia knižníc, univerzít a výskumných inštitúcií a stala sa konkurenciou dovtedy dominujúcej bibliografickej databázy Web of Science prevádzkovej spoločnosťou Thomson Reuters. Nie je voľne prístupná, prístup k nej je licencovaný a poplatný (2). To, že scientometrická analýza je účinný nástroj na správny manažment vedeckej práce sa všeobecne akceptuje (Leydesdorff a Milojevič, 2015; Mingers a Leydesdorff, 2015).

Po otvorení databázy Scopus sme vo vyhľadávacom (Document search) cez afiliácie (Affiliations) postupne vkladali subjekty historicky najviac pôsobiace v lekárske vedách na Slovensku. Výnimkou bola Lekárska fakulta UPJŠ, pre ktorú Scopus nemá jednoznačný vstup cez afiliáciu, podobne ako majú nasledujúce 4 subjekty: Lekárska fakulta Univerzity Komenského (LF UK) (Comenius University Medical School), Jesseniova lekárska fakulta UK (JLF UK) (Jessenius Faculty of Medicine), Slovenská zdravotnícka univerzita (SZU) (Slovak Medical University) a jeden z jej predchodcov Ústav preventívnej a klinickej medicíny (ÚPKM) (Institute of Preventive and Clinical Medicine). Neuniverzitné pracoviská SAV sme do analýzy nezahrnuli. Z titulnej strany sme zaznamenali údaje

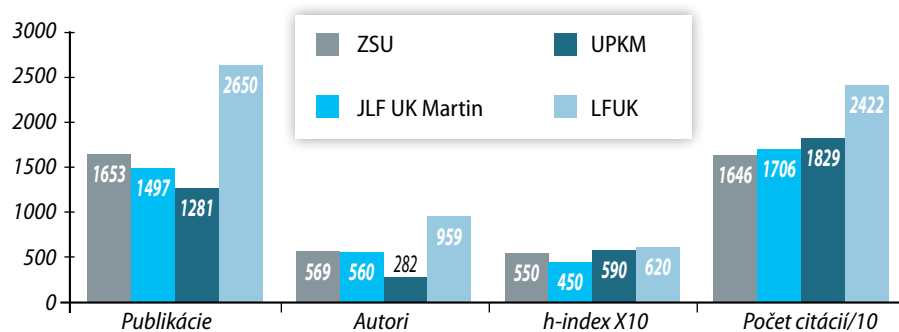
pre „Documents, affiliation only“ a „Authors“. Otvorili sme prvý súbor a z prvej strany sme zaznamenali počet publikácií za jednotlivé roky. Potom sme vybrali všetky publikácie a otvorili „View citation overview“. Zaznamenali sme Hirschov index (h -index) inštitúcie, celkový počet citácií a tiež za jednotlivé roky, kde sme nevylučovali autocitácie. Pre vysvetlenie, h -index autora alebo inštitúcie závisí od počtu citačných ohlasov (počtu citácií = citačný index) jeho/jej jednotlivých vedeckých prác (článkov) (3). Ide o číslo h , označujúce počet článkov majúcich citačný index rovný alebo vyšší ako h . Rovnako ako o h -index inštitúcie sme sa zaujímali o h -index publikujúcich autorov. Porovnali sme dva približne rovnako početné subjekty, a to SZU a JLF UK. JLF UK h -indexy svojich pracovníkov pravidelne publikuje (4). SZU to nerobí

a preto sme ho pre všetkých publikujúcich autorov vypísali z databázy Scopus. Do analýzy, podobne ako JLF UK, sme zahrnuli len publikujúcich v zamestnaneckom pomere s inštitúciou (afiliáciou) a vylúčili autocitácie. Z prvej strany sme ešte vypísali „Documents by subject area“.

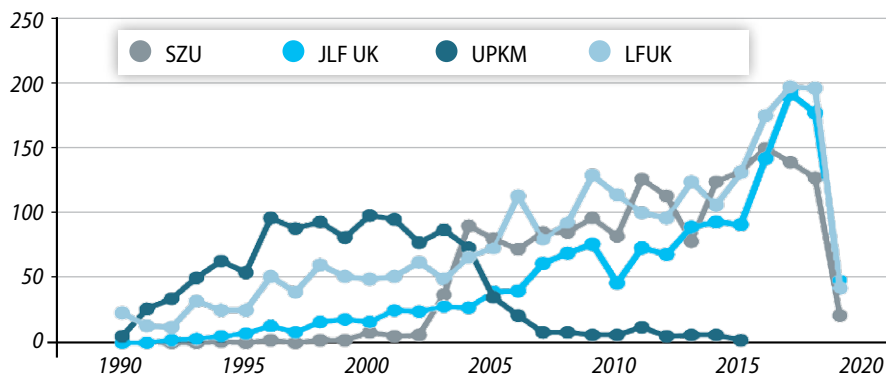
Na prvom grafe (obr. 1) sú dáta o celkovej publikačnej aktivite, počte publikujúcich autorov, celkovej citovanosti publikácií pochádzajúcich z univerzity alebo lekárskej fakulty a o h -indexe inštitúcie (stav 19. 3. 2019). Vidno, že Scopus eviduje najviac publikácií z LF UK (2650), ktorý má aj najviac autorov (959), citácií (24225) a h -index (62). Za LF UK nasledujú SZU a JLF UK s približne rovnakými parametrami. Uvádžame tiež dáta pre ÚPKM, ktorý splynul so SZU, ale s dátami SZU sme dáta pre ÚPKM nesumarizovali. Napriek tomu, že ÚPKM je už od roku 2003 neaktívny, jeho publikácie sú stále citované, čomu zodpovedá aj h -index (59).

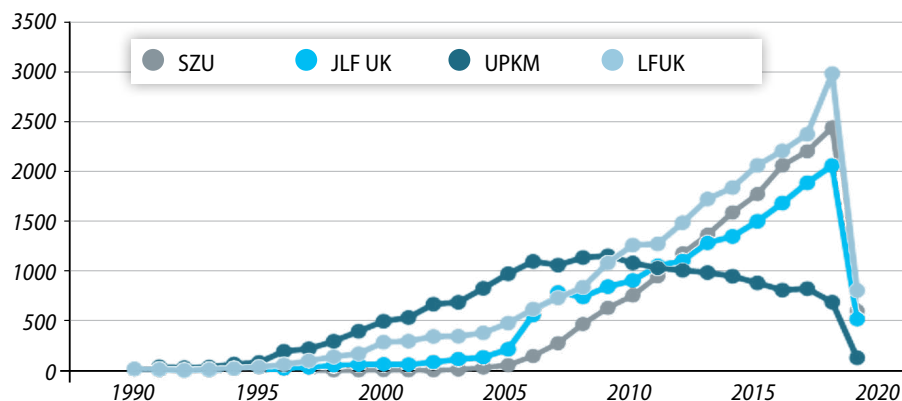
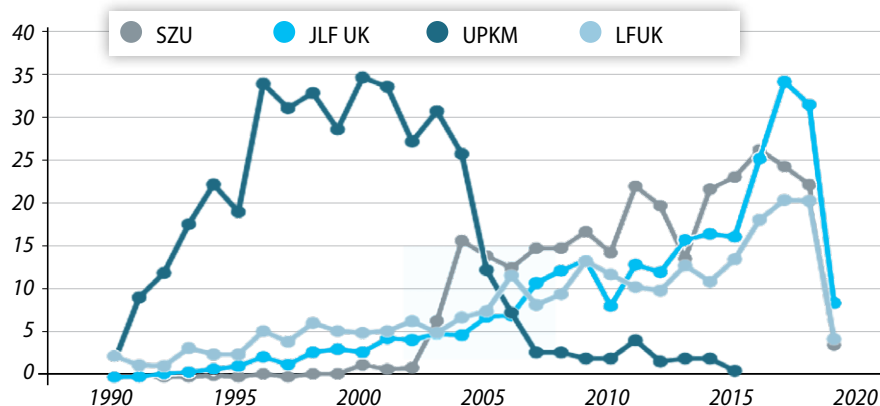
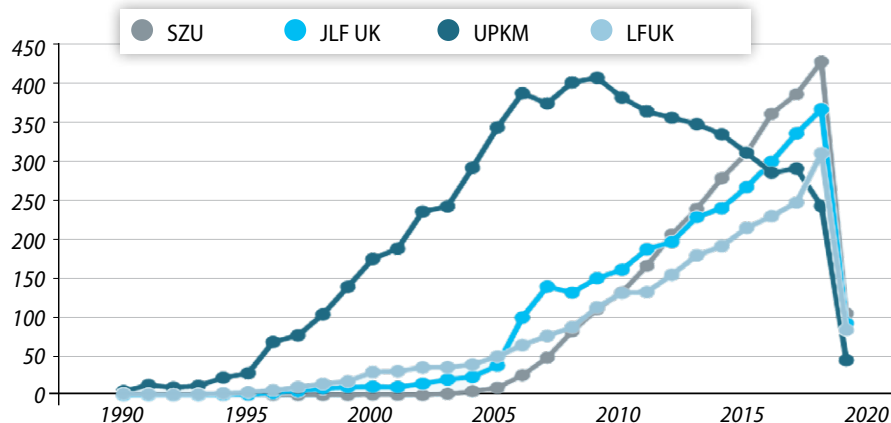
Zaujímavejšie ako súhrnné dáta sú trendy jednotlivých parametrov. Obrázok 2 zobrazuje časovú závislosť publikačnej aktivity 4 porovnávaných inštitúcií. Znárodňuje prudko rastúci priebeh publikovania pri JLF UK, ktorý sa v absolútnych číslach vyrovnáva početnejšej LF UK. Od ich zlúčenia r. 2003, krivka pre ÚPKM splyva so SZU, ktoré pred r. 2002 publikovalo výrazne menej. Rast za posledné 4 roky je pri JLF UK a LF UK výrazný, pri SZU je ročný prírastok menší a dokonca v období 2016–2018 hodnota výrazne klesá.

Obrázok 1. Počet publikácií, autorov, h -index inštitúcie a citácií porovnávaných inštitúcií.



Obrázok 2. Časová závislosť publikačnej aktivity 4 porovnávaných inštitúcií.



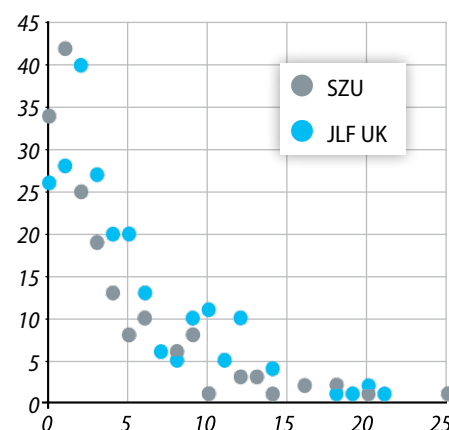
Obrázok 3. Vývoj počtu citácií 4 porovnávaných inštitúcií od roku 1990 do 2019.**Obrázok 4.** Vývoj počtu publikácií 4 porovnávaných inštitúcií v prepočte na 100 autorov.**Obrázok 5.** Vývoj počtu citácií 4 porovnávaných inštitúcií v prepočte na 100 autorov.

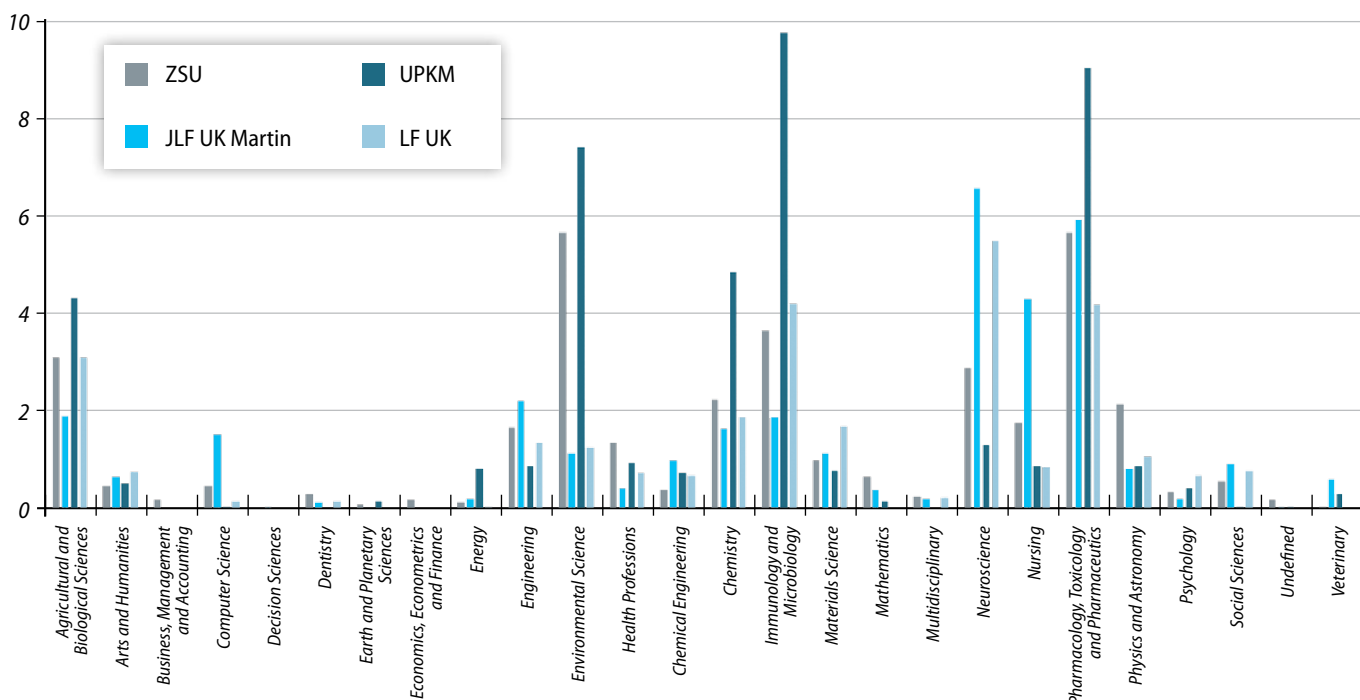
Dlhodobu najvyššiu citovanosť svojich publikácií (obr. 3) má LF UK. Za ním nasleduje SZU, ale pokiaľ by sa mu prirátali citácie ÚPKM, ktorého je nasledovníkom, predstihol by LF UK. Krivka ohlasov na práce JLF UK má menšiu strmosť ako LF UK a SZU, čo môže súvisieť s menším prienikom do medzinárodných spoluprác. Publikácie rezultujúce z nich sú prirodzene viac citované. Zaujímavé (aj z metodického hľadiska) je, že publikácie z ÚPKM sú aj 12 rokov po zániku jeho afiliácie citované viac ako 600-krát do roka. Svedčí to o ich vysokom impakte.

Obrázky 4 a 5 znázorňujú publikačnú aktivitu a citovanosť publikácií inštitúcií vztiahnuté na počet autorov uvedený v databáze Scopus (k 19. 3. 2019). Ukazujú publikačnú produktivitu. Z grafu na obrázku 4 vidno, že v desaťročnom období 2006–2016 malo SZU v tomto parametre najlepšie hodnoty z porovnávaných subjektov. R. 2016 sa mu ale vyrovnalo JLF UK a v období rokov 2017 a 2018 výrazne predstihlo SZU, čo s najväčšou pravdepodobnosťou nie je prechodný jav. Naviac, r. 2018 SZU v tomto parametre kleslo takmer na úroveň LF UK. Trendy

v citovanosti publikácií sa oneskorujú za ich uverejnením o niekoľko rokov. Tomu zodpovedá to, čo vidíme pri porovnaní grafov na obrázkoch 4 a 5. V období 2012–2018 si prím v počte citácií normalizovaný na počet publikujúcich autorov drží SZU. Pokiaľ by sa SZU za tieto roky prirátal citačný index jeho predchodcu ÚPKM, bol by jeho náskok ešte výraznejší. V celom desaťročnom období leží krivka JLF UK pod krivkou SZU a pod ňou je LF UK. Vzhľadom na zákonitý oneskorovanie citačného ohlasu za dátumom zverejnenia vedeckej práce, pri pohľade na obrázky 2 a 4 možno v tomto parametre očakávať neodvratiteľnú stratu vedúcej pozície SZU.

V krajinách s vyspelou vedou je *h*-index vedeckého pracovníka súčasťou jeho CV, informácie o ňom sú zverejnené na webe, vychádza sa z neho pri posudzovaní žiadostí o granty a kariérny postup. *h*-index je ukazovateľ, ktorý sa snaží merať produktivitu ako aj impakt publikovanej práce vedca. Založený je na distribúcii citačných ohlasov na publikácie daného autora. Zvyšuje imidž individuálneho vedca a ukazuje, koľko jeho vedeckých publikácií použili iní vedci. Tak napríklad ak jeho *h*-index je 25, jeho 25 článkov bolo citovaných 25-krát alebo viac. *h*-index sa stal dominujúcim metrickým nástrojom na hodnotenie akademických aplikácií na pozície, promócie a granty. Stretnúť sa možno aj s kritikou *h*-indexu. Mnohým sa nepáči, že práca určitého vedca sa redukuje na jedno číslo. Vyslovujeme názor, že čím skôr slovenská akademická obec začne akceptovať tento prvok hodnotenia, tým skôr sa zvýši jej uplatnenie v globálnom prostredí svetovej vedy, nakoľko tieto aspekty idú ruka v ruku. Na obrázku 6 je porovnanie *h*-indexov publikujúcich pracovníkov SZU a JLF UK. Toto porovnanie je veľmi poučné a môže prispieť k racionálnemu manažmentu vedeckej práce. Mohlo sa urobiť aj vzhľadom na približne rovnaký počet publikujúcich pracovníkov: SZU 569, JLF UK 560. Na vodorovnej osi sú zobrazené *h*-indexy a na zvislej osi počty pracovníkov, ktorí príslušný *h*-index majú. Vidno, že v oblasti *h*-indexov

Obrázok 6. Porovnanie počtu pracovníkov SZU a JLF UK s rovnakým *h*-indexom.

Obrázok 7a. Percentuálne vyjadrenie publikačnej činnosti 4 porovnávaných inštitúcií v jednotlivých oblastiach („Documents by subject area“).

15-25 sú SZU a JLF UK vyrovnané: SZU 6 a JLF UK 5 pracovníkov. Ide o pracovníkov s dlhšou vedeckou praxou. Od *h*-indexov 2 po 14 je ale výrazná dominancia JLF UK. S výnimkou *h*-indexu 8, má JLF UK podstatne viac zástupcov vo všetkých *h*-indexoch ako SZU. Tento rozdiel je najmarkantnejší v oblasti od 2 do 6, ale veľký je aj v hodnotách 10 a 12. Mnohí nositelia týchto indexov sú pracovníci spôsobilí pre ďalší vedecký rast a preto je ich počet pre budúcnosť inštitúcie veľmi dôležitý.

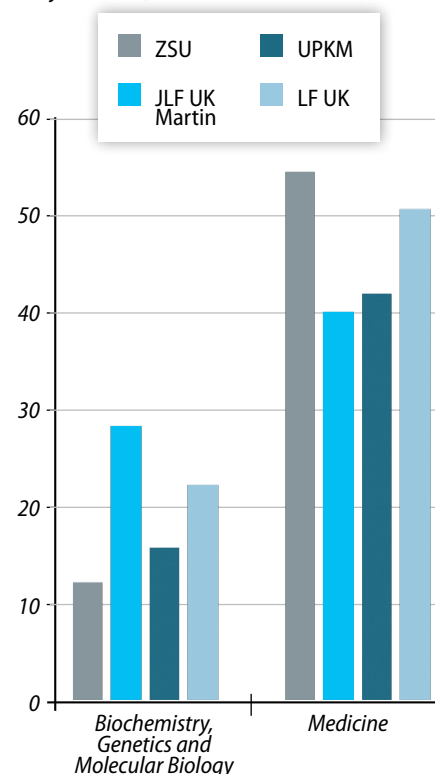
Záver

Z vykonanej analýzy možno vyvodiť tieto závery: Podľa našej skúsenosti, trvá asi 10 rokov vychovať jedného vedeckého pracovníka na úroveň *h*-indexu okolo 10 s počtom publikácií približne 10 a citácií 300. Vzhľadom na tento čas by bolo vhodné, aby inštitúcia trvale sledovala časové trendy svojej vedeckej produkcie (počty publikácií a ich citačný ohlas) a bola schopná veľmi skoro reagovať na náznaky stagnácie alebo prepadu. Z toho vyplýva, že hodnotenie univerzít v 6-ročných akreditačných cykloch na účinnú reguláciu nestačí. Inštitúcie by si mali byť vedomé, že akékoľvek usmernenia alebo nápravné opatrenia sa prejavajú za veľmi dlhé obdobie, až decénium. Univerzity s výrazným komponentom vedeckej práce nemôžu byť riadené mechanizmom „autopilota“. Vybudovať inštitúciu, ktorú možno porovnať s podobnými na primeranej medzinárodnej úrovni, aj v rámci V4, trvá desaťročia, zdegradovať ju možno administratívnymi rozhodnutiami rýchlo.

Pre vysokú produktivitu lekárskej vedy treba viac zložiek – predovšetkým sú to motivovaní vedeckí pracovníci, ich dobrá

kvalifikačná štruktúra, teda vysokokvalifikovaní vedci spôsobilí získať grant na vedecký projekt, viesť a vyriešiť štúdiu a pritom vychovať začínajúcich adeptov vedy, ako aj prispievať k zvyšovaniu kvalifikácie ostatných vedeckých spolupracovníkov. Takýchto pracovníkov, v dimenziách slovenských lekárskejších fakúlt, netreba desiatky, ale bez niekoľkých kľúčových pracovníkov sa proces nepohne. Obrazne povedané slúžia ako „kryštalizačné jadro“. Toto by mala byť priorita. Publikovateľné výsledky v lekárskejších vedách sa získavajú v laboratóriách v spolupráci s akreditovanými zverincami, s klinikami a v terénnych štúdiách. Naznačené trendy v publikačných a citačných parametroch SZU (pozri obr. 2 a 4) treba hľadať aj v zásahoch, ktoré sa vykonali pred 10 rokmi – redukcia laboratórnych priestorov, odchod viacerých vysokokvalifikovaných vedcov (ako príklad uvádzame troch vedcov s *h*-indexom 28, 33 a 43 a citáciami 2556, 2664, 7406) a preferovanie hlavne výučbovej zložky univerzity. V terajšom vysoko kompetitívnom domácom a zahraničnom prostredí mohli odídenci mať významnú úlohu pri získavaní grantov na projekty a pri výchove mladých vedeckých pracovníkov. Ešte k pozitívnej motivácii pracovníkov. Ku kvalifikačnej štruktúre pracovníkov JLF UK, ktorá je zobrazená na obrázku 6, jednoznačne prispieva motivácia, a to osobným hodnotením zamestnancov na základe *h*-indexu (5).

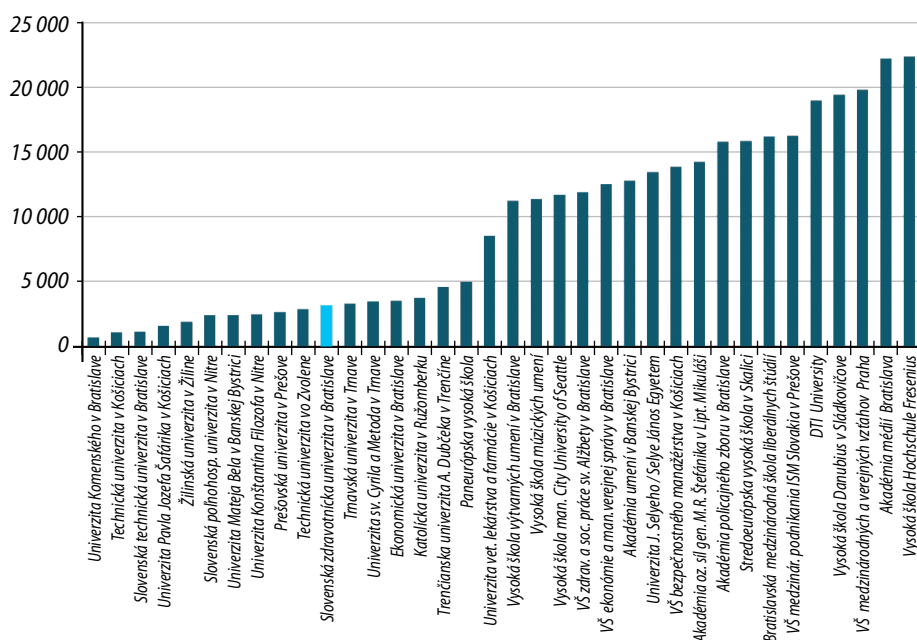
Na obrázkoch 7a a 7b sú dáta z „Documents by subject area“, a to osobitne pre každú z porovnávaných inštitúcií. Z metodického hľadiska treba ešte čitateľa informovať, že Scopus zaraďuje práce podľa ich

Obrázok 7b. Percentuálne vyjadrenie publikačnej činnosti 4 porovnávaných inštitúcií v jednotlivých oblastiach („Documents by subject area“).

zamerania do jednej alebo do dvoch a viac kategórií. Tá istá práca sa napríklad môže, ale nemusí, objaviť v kategórii „Medicine“ ale aj „Biochemistry, Genetics and Molecular Biology“. Kategória „Medicine“ je doménou SZU a LFUK. Oproti tomu v skupine „Biochemistry,

Tabuľka 1. Poradie hodnotených univerzít na Slovensku za rok 2018 podľa systému Scimago.

Rank in Slovakia	Global Rank	Institution
1	(596)	Slovak Medical University in Bratislava
2	(623)	Comenius University in Bratislava
3	(649)	Slovak University of Technology
4	(668)	Technical University of Kosice
5	(694)	Pavol Jozef Safarik University in Kosice
6	(698)	Constantine the Philosopher University in Nitra
7	(700)	University of Zilina
8	(744)	Technical University in Zvolen
9	(746)	Slovak University of Agriculture in Nitra
10	(749)	University of St. Cyril and Methodius in Trnava
10	(749)	Univerzita Mateja Bela v Banskej Bystrici
11	(754)	University of Presov in Presov
12	(760)	University of Economics in Bratislava

Obrázok 8. Poradie hodnotených univerzít na Slovensku v Ranking Web of Universities.

Genetics and Molecular Biology“ dominuje JLF UK a najmenej sa prezentuje SZU. Dramatický rozdiel v publikačnej aktivite v oblasti „Environmental Science“ je medzi SZU a ÚPKM na jednej strane a JLF UK a LFUK na strane druhej. Pri podrobnej analýze ešte vidno dominanciu JLF UK v „Computer Science“, „Engineering“ a „Neuroscience“. Cieľom by v žiadnom prípade nemala byť vyrovnanosť inštitúcií v jednotlivých oblastiach, ale naopak ich rôznorodosť, ktorá môže byť prínosom pre slovenskú lekársku vedu ako celok. Na druhej strane, orgány rozhodujúce o finančnej podpore by sa mali snažiť o alokáciu finančných zdrojov do rôznych špecializácií a mali by sa vyvarovať preferovania jedného smeru.

Na záver komentujeme ešte jeden scientometrický produkt Scopusu v spolupráci s Consejo Superior de Investigaciones

Científicas (CSIC), University of Granada, Extremadura, Carlos III (Madrid) and Alcalá de Henares (6). Slovenská akademická komunita venuje veľkú pozornosť svojmu umiestneniu v rôznych rebríčkoch v súvislosti s PR a nepriamo s financovaním svojich univerzít. Údaje o rebríčkoch a o postavení slovenských vysokých škôl možno nájsť na viacerých adresách. Z nich za dva najrelevantnejšie považujeme tie, ktoré kladú dôraz na kvalitu vedeckého produktu: Scimago Institutions Rankings (7) a Ranking Web of Universities (8).

V prvom uvedenom je SZU v hodnotení slovenských univerzít v roku 2018 na prvom mieste (9). Fakulty porovnávané v tejto štúdii nefigurujú samostatne, ale v rámci UK. Poradovník hodnotených univerzít na Slovensku za rok 2018 zo systému Scimago, ktorý kladie dôraz na kvalitu vedeckého produktu

je uvedený v tabuľke 1. V Ranking Web of Universities (obr. 8) možno opäť nájsť SZU, fakulty v ňom nefigurujú. Kritériá, podľa ktorých sa poradia zostavujú v týchto dvoch hodnotiacich systémoch, sa diametrálne líšia. Scimago, kladie dôraz na vedeckú excelentnosť, kým RWU na nepriame parametre významne závislé od veľkosti inštitúcie a jej PR. Umiestnenie SZU je veľmi dobré v oboch systémoch, hoci paradoxne niekoľko rokov SZU nemalo prístup do tuzemských grantových agentúr. V RWU je SZU pred mnohými podstatne lepšie financovanými inštitúciami. Kolektívy, ktoré najviac prispeli k vynikajúcemu hodnoteniu v Scimago a RWU žijú z podstaty, ktorá sa vytvorila zo zahraničných spoluprác (NIH a EÚ).

Na záver opakujeme princípy manažmentu:

- neoddeliteľnosť vedeckej, pedagogickej a praktickej medicínskej činnosti,
- zásluhovosť pri získavaní vedeckých a pedagogických hodnôt,
- cieľená výchova mladých spolupracovníkov, ktorí nahradia starnúcich kolegov,
- odmeňovanie vedeckého produktu na základe scientometrických dát,
- reálna podpora vedeckých projektov, nielen verbálna.

Literatúra

1. Trnovec T., Wimmerová S., Lancz K.: Slovenská lekárska veda: deštrócie stagnácie. Monitor medicíny SLS, 2013, č. 1-2, s. 1, 3-7.
2. Fábelová L., Palkovičová Murínová L., Richterová D., Trnovec T.: Slovenská lekárska veda: päť nástrojov stagnácie. Monitor medicíny SLS, 2019, č. 1-2, s. 8-10.
3. Leydesdorff L., Milojević S.: Scientometrics. Forthcoming. In: Lynch M.(Ed.): International Encyclopedia of Social and Behavioral Sciences, Section 8.5: Science and Technology Studies, Subsection 85030. Elsevier, 2015.
4. Mingers J., Leydesdorff L.: A Review of Theory and Practice in Scientometrics. European Journal of Operational Research, 2015.

Citácie z internetu

1. <http://www.juko56.dobrosoft.sk/vyroky2t.htm>
2. <https://sk.wikipedia.org/wiki/Scopus>
3. <http://www.ef.umb.sk/ef/UploadFolder/1305/obrazky/kratky%20slovník%20vedeckych%20pojmov/ HIR-SCHOV%20INDEX.pdf>
4. <https://www.jfmed.uniba.sk/veda/h-index>
5. https://www.jfmed.uniba.sk/fileadmin/jlf/Dekanat/Sekretariat/Legislativa/ Rok_2016/VP_2016_9 Odmeňovanie_vedecko-pedagogických_zamestnancov.pdf
6. <https://www.scimagojr.com/aboutus.php>
7. <https://www.scimagojr.com>
8. <http://www.webometrics.info/en>
9. <http://www.scimagojr.com/rankings.php?sector=Higher%20educ.&country=SVK> a v druhom na 11. mieste (<http://www.webometrics.info/en/Europe/Slovakia%20>

Do redakcie došlo 8.4.2019.

Adresa pre korešpondenciu:
tomas.trnovec@szu.sk

Súhrny prác prednesených na odborných podujatiach

II. Jakubíkovej deň 2019

Úvodné slovo

II. Jakubíkovej deň 2019 sa konal dňa 15.2.2019 v Národnom ústave detských chorôb v Bratislave. Organizovala ho Detská otorinolaryngologická klinika (ďalej DORLK) LF UK a NÚDCH v spolupráci s Klinikou detskej pneumológie a ftizeológie LF UK, SZU a NÚDCH v Bratislave a OZ ORLík DFNSP. Program bol venovaný MUDr. Romanovi Staníkovi, dlhoročnému pracovníkovi a primárovi DORLK, pri príležitosti jeho odchodu do zaslúženého dôchodku. Témou podujatia boli kazuistiky detských pacientov týkajúce sa ochorenia hrtana a dolných dýchacích orgánov. Spolu odznelo 16 prednášok, súčasťou podujatia bolo minisymposium firmy Cochlear. Podujatia sa aktívne zúčastnili dvaja zahraniční kolegovia z Kliniky ušnej, nosovej a krčnej 2. LF UK a FN Motol MUDr. Rami Katra, PhD., a MUDr. Nikola Brzobohatá.

MUDr. Roman Staník nastúpil hneď po promócií na lekárskej fakulte dňa 1.8.1976 na Oddelenie detskej otorinolaryngológie Detskej fakultnej nemocnice v Bratislave ako mladší sekundárny lekár. Špecializačnú skúšku v odbore otorinolaryngológia prvého stupňa úspešne zložil dňa 11.6.1980 a nadstavbovú špecializačnú atestáciu v odbore detská otorinolaryngológia absolvoval dňa 14.11.1984. V atestačnej práci sa venoval téme „Vrodená atrézia vonkajšieho zvukovodu“, kde vyzdvihol potrebu predoperačného CT vyšetrenia spánkových kostí. Po úspešne absolvovanej atestačnej skúške pokračoval v práci na pôvodnom pracovisku ako starší sekundárny lekár. V klinickej praxi sa zameriaval predovšetkým na problematiku diagnostiky a liečby ochorení ucha, hrtana a tracheobronchiálneho stromu. Roku 1995 sa stal zástupcom primára oddelenia a roku 2007 zástupcom prednostu Detskej otorinolaryngologickej kliniky. V období rokov 2003 až 2009 bol členom výboru Slovenskej spoločnosti pre otorinolaryngológiu a chirurgiu hlavy a krku. Prednášal a publikoval práce predovšetkým na domácich odborných podujatiach. Vo funkcii zástupcu prednostu zotrval až do dňa 1.3.2015. Významným spôsobom sa podieľal na výchove mladších kolegov predovšetkým v otolaryngológii a endoskopii detských pacientov a udržaní chodu kliniky v období 2012-2014, kedy na klinike chýbal prednosta. Na klinike ostal pracovať na čiastočný úväzok ako starší sekundárny lekár, podporil v práci novú prednostku kliniky a naďalej odovzdával svoje dlhoročné

vedomosti a skúsenosti mladším lekárom. Dňa 20.1.2019 sa rozhodol definitívne ukončiť pracovný pomer v NÚDCH, pričom na tunajšom pracovisku strávil neprerušovane celý svoj profesionálny život.

Za plodné celoživotné pôsobenie na Detskej otorinolaryngologickej klinike LF UK a NÚDCH primárovi MUDr. R. Staníkovi poďakoval generálny riaditeľ NÚDCH doc. MUDr. Ladislav Kužela, PhD., za Slovenskú spoločnosť otorinolaryngológie a chirurgie hlavy a krku SLS súčasný prezident doc. MUDr. Pavel Doležal, PhD., a za kliniku prednostka MUDr. Irina Šebová, CSc., MPH. Spolu mu odovzdali bronzovú medailu Slovenskej lekárskej spoločnosti. Pán primár sa v svojom príspevku poďakoval všetkým prítomným a predniesol krátky prejav venovaný svojej profesionálnej kariére. Osviežil ho mnohými veselými spomienkami na svojich spolupracovníkov z radov lekárov a zdravotných sestier a prítomným priblížil budovanie detskej otorinolaryngologickej kliniky.

Súčasťou podujatia bola výstavka firmy Cochlear, ktorá spolu s firmou Radix II. Jakubíkovej deň 2019 podporila. Odborný program tvoril pestrý pohľad na často zložené ochorenia hrtana a dolných dýchacích orgánov v detskom veku, ktoré vyžadujú často interdisciplinárne riešenie. NÚDCH takto podmienky pre liečbu detských pacientov vytvára a naše diagnostické a liečebné možnosti sa každým rokom zlepšujú. Svedčí o tom obnovené endoskopické vybavenie nášho pracoviska, zavádzanie nových metodológií do klinickej praxe a intenzívnejšia spolupráca so zahraničnými pracoviskami – konkrétne v Českej republike a SRN. Od leta 2018 sme zaradili do nášho chirurgického portfólia kochleárne implantácie a úspešne sme rozvinuli prácu Centra pre deti s poruchou sluchu, kde deťom od začiatku roka 2018 poskytujeme komplexnú starostlivosť, či sa už jedná o konzervatívnu alebo chirurgickú liečbu.

Irina Šebová

Závažná invazívna mykotická infekcia u pacientky s cystickou fibrózou

Nina Bližnáková, Iveta Neuschlová,
Vladimír Pohanka, Jaroslava Orossová
Klinika detskej pneumológie a ftizeológie LF SZU
a NÚDCH, Bratislava

Východisko: Cystická fibróza je geneticky podmienené multiorgánové ochorenie. Za fenotyp ochorenia je zodpovedná prítomnosť dvoch mutácií v géne pre CFTR – transmembránový regulátor vodivosti. Predĺžené prežívanie pacientov s cystickou fibrózou prináša so sebou nové komplikácie a do popredia sa dostávajú mykotické infekcie.

Kazuistika: Prezentujeme prípad 17-ročnej pacientky s cystickou fibrózou, v minulosti liečenej pre alergickú bronchopulmonálnu aspergilózu, u ktorej sme supponovali exacerbáciu chronickej alergickej bronchopulmonálnej aspergilózy. Napriek intenzívnej liečbe podľa protokolu nedochádzalo k zlepšeniu klinického stavu. Na základe výsledkov vyšetrenia bronchoalveolárnej laváže sme potvrdili invazívnu mykotickú infekciu a začali kombinovanú antimykotickú systémovú liečbu, pri ktorej postupne došlo k úprave klinického obrazu.

Záver: Uvedenou kazuistikou chceme poukázať na možnosti realizácie bronchoskopických vyšetrení a výplachov paranazálnych dutín u pacientov s cystickou fibrózou, u ktorých nemáme dlhodobú kultivačnými vyšetreniami k dispozícii záchyt patogénov. Upozorňujeme na potrebu skvalitniť a sprístupniť možnosti vyšetrenia pôvodcov závažných invazívnych mykotických infekcií v našich laboratóriách, ktoré by urýchlili diagnostiku ako aj cieľenú liečbu pacientov.

Kľúčové slová: cystická fibróza, alergická bronchopulmonálna aspergilóza, bronchoskopia, systémová mykotická infekcia.

Zánětlivý myoblastický pseudotumor trachey - myofibromatosis tracheae

Nikola Brzybohatá, Rami Katra,
Michal Jurovčík, Jiří Skřivan
Klinika ušní, nosní a krční 2. LF a FN v Motole,
Praha, Česká republika

Východisko: Inflamatorní myofibroblastický tumor (IMT) je jednotka pôvodne popísaná v pľúcach, neskôr i v dutine břišní, nazývaná tiež inflamatorní pseudotumor. Histologicky je charakterizovaná denzní lymfoplasmocytární infiltrací a proliferací vřetenitých buněk obecně pokládaných za myofibroblasty. IMT

patří do skupiny tzv. zánětlivých pseudotumorů, které jsou definovány jako patologické procesy, které růstem napodobují nádory, ale nemají neoplastickou povahu. Jedná se o heterogenní skupinu tumorů, které mají určité nebo velmi pravděpodobně zánětlivý původ.

Kazuistika: Na naší klinice jsme zachytili dva podobné případy pacientů s endotracheálně rostoucím útvarem obturujícím lumen průdušnice. V jednom případě se tumor propagoval i extratracheálně. Přednáška představuje posluchačům obě kazuistiky včetně klinických projevů, vyšetřovacích postupů i následné léčby. V prvním případě byla provedena endoskopická exstirpace útvaru. Dále byl pacient již bez obtíží, pouze dispenzarizován. Histologické vyšetření potvrdilo zánětlivou pseudotumorózní afekci charakteru myofibroblastického pseudotumoru, etiopatogeneticky vzniklou v.s. po stimulaci externí noxou. Nádorový původ byl vyloučen. V druhém případě, u pacientky s výraznou dušností, kdy tumorózní expanze zasahovala i extratracheálně, byla provedena resekce trachey s tumorem a sutura end to end. Další klinický průběh byl již bez dechových obtíží. Po chirurgické intervenci byli pacienti dispenzarizováni a při opakovaných endoskopických i zobrazovacích vyšetřeních byl náález negativní.

Záver: Inflamatorní myofibroblastický tracheální tumor lze definovat jako vzácný náález, který může činit diferenciálně diagnosticky velké potíže. Typickým klinickým projevem je inspiračně-expirační dušnost a kašel. Pacienty je nutno i po chirurgické intervenci dále sledovat.

Klíčové slová: inflamatorní pseudotumor, trachea, chirurgická intervence, dispenzarizace.

Aktinomykóza u dětského pacienta

Martina Fabianová¹, Pavol Omaník², Peter Čížňár¹, Marieta Hricová¹

¹Detská klinika LF UK a NÚDCH, Bratislava,

²Klinika detskej chirurgie LF UK a NÚDCH, Bratislava

Východisko: Aktinomykóza je chronická purulentná granulomatózná infekcia spôsobená baktériami rodu *Actinomyces*. Ide o gram-pozitívne anaeróbne baktérie. Sú komensálmi v ľudskom organizme. Rozvoj infekcie je podmienený porušením mukózne bariéry s následným prienikom mikroorganizmov. Najčastejším patogénom u ľudí je *Actinomyces israelii* vyvolávajúci cervikofaciálne infekcie. *Actinomyces meyeri* je zriedkavou príčinou aktinomykózy u ľudí. Je pôvodcom pľúcnej formy tohto ochorenia. Infekcie spôsobené týmto druhom sa prezentujú nespecifickými symptómami, pomalou progresiou pľúcneho poškodenia s rizikom tvorby hrudného empyému.

Kazuistika: Autori prezentujú kazuistiku 11-ročnej pacientky s komplikovanou pleuropneumóniou a masívnym pyotoraxom. Okrem širokospektrálnej antibiotickej liečby bola potrebná opakovaná torakotomická revízia hrudníka. Kultivačným vyšetrením empyému bol dokázaný etiologický agens – *Actinomyces meyeri*. Vzhľadom na to bola modifikovaná antibiotická liečba. Na komplexnej terapii sa klinický stav pacientky stabilizoval. Na kontrolnom CT vyšetrení hrudníka došlo k regresii patologických zmien s reziduálnymi fibrotickými zmenami pľúcneho parenchýmu a periostálnou reakciou zápalom zasiahnutým rebier.

Záver: Pľúcna aktinomykóza je raritným ochorením v detskom veku. Doteraz bolo opísaných len málo prípadov v tejto vekovej skupine. Najvyššia incidencia je u mužov v strednom veku, s preexistujúcim pľúcny poškodením alebo u imunokompromitovaných pacientov. Alkoholizmus, stomatologické ochorenia, zdroje fokálnej infekcie v ORL oblasti alebo úrazy tváre a dutiny ústnej sú významnými predisponujúcimi faktormi rozvoja infekcie. V našom prípade išlo o imunokompetentné dievča, ktoré na liečbu zareagovalo úpravou klinického stavu a pľúcneho nálezu.

Klíčové slová: aktinomykóza, antibiotická liečba, torakotómia, dieťa.

Recidivujúca hemoptýza u dieťaťa

Mária Homolová¹, Samuel Kunzo¹, Peter Olejník²

¹Detská ORL klinika LF UK a NÚDCH, Bratislava,

²Detské kardiocentrum NÚSCH, Bratislava

Východisko: Hemoptýza je definovaná ako vykašľavanie krvi z dolných dýchacích ciest a pľúc. Masívna hemoptýza sa označuje ako hemoptoe a predstavuje život ohrozujúci stav. Hemoptýzou sa manifestuje široké spektrum ochorení, v detskom veku ide predovšetkým o akútne infekcie dolných dýchacích ciest. Inými príčinami sú aspirácia cudzieho telesa, trauma, vrodené srdcové chyby a cievné anomálie, systémové autoimunitné ochorenia, a i. Tumory v respiračnom systéme sú u detí zriedkavé.

Kazuistika: Na Detskej ORL klinike LF UK a NÚDCH v Bratislave sme riešili prípad 2-ročného dieťaťa preloženého z pneumologického pracoviska pre recidivujúcu hemoptýzu. Dieťa bolo prvýkrát hospitalizované kvôli epizodám hemoptýzy ako 11-mesačné. Zdroj krvácania nebol v danom čase napriek vykonaným vyšetreniam identifikovaný. Približne po roku dieťa v domácom prostredí opäť vykašľovalo krv. Klinický stav pacientky sprevádzali príznaky akútnej respiračnej infekcie. Anamnesticky i objektívne sme vylúčili krvácanie z ústnej dutiny, horných dýchacích orgánov a gastrointestinálneho traktu. Na základe realizovaného

HRCT hrudníka bolo vyslovené podozrenie na hypopláziu pľúcnych vén vpravo. U pacientky bola indikovaná diagnostická bronchoskopia v celkovej anestézii. Endoskopicky sme verifikovali podslizničné venektázie v oblasti celej pravej strany bronchiálneho stromu. Príslušný náález bol konzultovaný s kardiologickým pracoviskom, na ktorom pacientka následne absolvovala katetrizačné vyšetrenie v celkovej anestézii. U pacientky bola potvrdená atrézia pravostranných pľúcnych vén. Jediný venózný návrat z pravej strany pľúc je z tenkej MAPCA, ktorá odstupuje z descendentej aorty a smeruje k pravému hlavnému bronchu. Táto MAPCA sa považuje za pravdepodobný zdroj krvácania a teda príčinu recidivujúcej hemoptýzy u dieťaťa. Pri danej anatómii však nie je možná žiadna kardiokirurická ani katetrizačná intervencia. V prípade ďalších klinicky významných epizód hemoptýzy je potrebné zváženie resekcie postihnutej časti pľúc pneumológom. Pacientka je aktuálne dispenzarizovaná v pneumologickej a v kardiologickej ambulancii.

Záver: Hemoptýza môže byť príznakom závažného ochorenia, z toho dôvodu je dôležitá promptná a dôsledná diagnostika a následná terapia základnej príčiny. Manažment pacienta s hemoptýzou si častokrát vyžaduje interdisciplinárny prístup.

Klíčové slová: recidivujúca hemoptýza, HRCT hrudníka, bronchoskopia, katetrizácia.

Chronická cizí tělesa v dolních dýchacích cestách u dětských pacientů

Rami Kutra, Nikola Brzybohata

Klinika uší, nosní a krční 2. LF UK a FN Motol, subkatedra dětské otorinolaryngologie, Praha, Česká republika

Východisko: Problematika aspirace cizích těles zabírá menší, ale svou závažností významnou část spektra diagnóz v dětské otorinolaryngologii. Ještě užíší částí jsou chronická aspirovaná cizí tělesa. Nejčastější jsou aspirace u dětí do 3 let věku, ale nejsou výjimkou ani ostatní věkové kategorie. Chronická aspirovaná cizí tělesa se projevují rekurentní pneumonií. Cizí těleso mechanicky působí na dýchací cesty, ale může také obsahovat látky dráždivé sliznice dýchacích cest, např. ořechy obsahují mastné kyseliny, které se časem vylučují a působí místní chronický zánět. Záleží na objemu a typu aspirovaného materiálu, přítomnosti bakterií a na celkovém stavu a imunologické kompetenci dítěte před aspirační příhodou.

Metodika: V retrospektivní studii prezentujeme jen soubor dětských pacientů s aspirací delší než 24 hodin, 48 hodin a delší než 1 měsíc, v období od 2006 do 2016, na klinice ORL 2. LF UK a FN Motol.

Výsledky: Ve sledovanom období jsme provedli 230 pozitivních endoskopií dýchacích cest, u 137 chlapců a 93 dívek. Medián věku pacientů byl 2 roky. Do 24 hodin bylo provedeno 52% endoskopií. U 30% dětí se jednalo o aspiraci delší než 48 hodin. Téměř 9% odstraněných cizích těles bylo aspirováno před více než 1 měsícem.

Závěr: Ročně na našem pracovišti provedeme cca 250-280 rigidních a cca 100 flexibilních bronchoskopií. Pokud je podezření na chronické aspirované cizí těleso, měla by se provést endoskopie dýchacích cest na specializovaném pracovišti, pro možné per i pooperační komplikace.

Klíčová slova: aspirace, cizí těleso, bronchoskopie, dětský pacient.

Inflamatorný myofibroblastový tumor priedušnice

Andrej Koman¹, Natália Galoová²

¹Otorinolaryngologické oddelenie, Detská fakultná nemocnica Košice,

²Oddelenie detskej onkológie a hematológie, Detská fakultná nemocnica Košice

Východisko: Inflamatorný myofibroblastový tumor (WHO 2002) je pomerne vzácny „low grade“ tumor postihujúci predovšetkým deti a mladých jedincov. V minulosti bol označovaný aj ako inflamatorný fibrosarkóm, plazmocelulárny granulóm alebo inflamatorný pseudotumor. Postihuje rozličné orgány. Histopatologickou charakteristikou tumoru sú granulómy plazmatických buniek a vretenobunkových myofibroblastov infiltrované plazmatickými bunkami, eozinofilmi a lymfocytmi s celulárnymi atypiami a nepravidelnou vaskularizáciou. 50% buniek býva pozitívnych na expresiu anaplastickej lymfómovej kinázy (ALK). V Detskej fakultnej nemocnici Košice sme liečili tumor v dvoch prípadoch a to v oblasti hltana a priedušnice. Prejavuje sa ako lokálne rastúci tumor s podielom autoimunity, s účasťou Epstein-Barr vírusu alebo Herpes vírusu. Recidívy literatúra eviduje v 11-37% a metastázy v 11%. Bolo publikovaných 7 kazuistík s výskytom tumoru v tracheobronchiálnom strome liečených endoskopicky, zabezpečené kortikoterapiou alebo diklofenakom. Recidívy ochorenia bývajú liečené rádioterapiou, carboplatinou, paclitaxelom, crizotinibom. Metastázy v kostiach a vzdialených orgánoch boli dlhodobo liečené protizápalovou medikáciou.

Kazuistika: 3-ročný chlapec s dvojmesačnou anamnézou pokojového stridoru, posledný týždeň aj s prejavmi auxiliárneho dýchania prijatý v júni 2018 na ORL oddelenie Detskej fakultnej nemocnice Košice za účelom histologizácie a stanovenia rozsahu ochorenia. Direktným vyšetrením na otvorených dýchacích cestách bol zistený oválny tumor 4 mm

polomeru, ktorý obturoval 60% lúmenu hrtana v oblasti prstienkovej chrupavky a postihoval aj prvé prstence priedušnice. Tumor bol krehký, drobný, chondroidne sarkoidný, bez významnejšieho krvácania. Histomorfologicky bol zistený vretenobunkový tumor s evidentnou pozitivitou ALK. Po mikrochirurgickom ošetrovaní diódovým laserom 7 dní po výkone bol hrtan bez známkov tumoru. Do troch týždňov od endoskopického liečby však tumor dorástol do pôvodného objemu. Po konzultácii s onkológom zvažujeme riziká liečby indikovanej obvykle pre recidívu tumoru v prospech lokálnej liečby podľa indikačnej schémy (Monnier a kol.) určenej pre benigne stenózy hrtana a priedušnice v detskom veku. Onkológ nemá výhrady k jednorazovej indikácii mitomycínu C po chirurgickej liečbe. Po endoskopickom debridemente shaverom a následnej aplikácii mitomycínu C je dieťa v súčasnosti bez známkov recidívy tumoru.

Záver: V práci autori poukazujú na biologické vlastnosti málo početného tumoru detského veku, ktorý dokáže prekvapiť časťou recidívou aj invazivitou, prípadne vzácne aj metastázou napriek jeho „low grade“ vlastnostiam. Súčasne bolo cieľom oboznámiť odbornú verejnosť s možnosťami chirurgie hrtana a priedušnice mikrochirurgickou intervenciou na otvorených dýchacích cestách v apnoickej pauze, bez nevyhnutnosti kontinuálnej orotracheálnej intubácie alebo zabezpečovacej tracheotómie v perioperačnom období. Veľmi efektívnym postupom v liečbe sa v tomto prípade ukázala aj lokálna aplikácia mitomycínu C po primárnom zhojení epitelu.

Klíčové slova: inflamatorný myofibroblastový tumor, priedušnica, mikrochirurgia, shaver, mitomycín C.

Postintubačná stenóza trachey u dieťaťa s kongenitálnou fibrózou pečene

Samuel Kunzo, Roman Staník

Detská otorinolaryngologická klinika LF UK a NÚDCH, Bratislava

Východisko: Iatrogénne poranenie trachey pri intubácii je najčastejšou príčinou získanej stenózy trachey. Zlatým štandardom diagnostiky je endoskopické vyšetrenie, liečba je konzervatívna alebo chirurgická - endoskopickým alebo otvoreným prístupom.

Kazuistika: V práci autori opisujú prípad 11-ročného chlapca s kongenitálnou fibrózou pečene a pridruženými diagnózami, u ktorého sa po prekonaní hemoragického šoku a multiorgánového zlyhania pre krvácanie z ezofageálnych varixov vyvinula postintubačná stenóza trachey. Po extubácii sa u dieťaťa objavil progresívny, hlasný inspiračný stridor,

pri námahe bolo dyspnoické, čo obmedzovalo jeho fyzickú aktivitu. CT vyšetrením bola identifikovaná suspektná stenóza trachey. Bronchoskopické vyšetrenie v rájonnej nemocnici bolo komplikované desaturáciami a vzhľadom na koagulopatiu v súvislosti so základným ochorením bolo dieťa odoslané na Detskú ORL kliniku LF UK a NÚDCH za účelom chirurgického riešenia. Na našom pracovisku bola po hematologickej príprave pacienta realizovaná direktná laryngo-tracheoskopia s nálezom stenózy II. stupňa podľa Cotton-Myera v strednej časti trachey v dĺžke 1 cm. Stenóza bola incizovaná a súčasne bola vykonaná balónová dilatácia stenózy. Pooperačne ťažkosti s dýchaním u dieťaťa kompletne ustúpili. Kontrolná tracheoskopia po mesiaci ukázala ľahkú reziduálnu stenózu I. stupňa, ktorá bola opakovane dilatovaná. 1,5 roka po zákroku je dieťa bez subjektívnych ťažkostí s dýchaním.

Záver: V prípade symptomatickej získanej stenózy trachey u pacientov s vážnymi komorbiditami je nevyhnutné chirurgické riešenie indikovať po dôkladnom zvážení možných perioperačných komplikácií. Tieto komplikácie možno minimalizovať kvalitnou multiodborovou spolupracou. Endoskopické riešenie je jednou z terapeutických možností aj u týchto pacientov.

Klíčové slova: postintubačná stenóza trachey, balónová dilatácia, chirurgia, dieťa.

Možnosti chirurgickej liečby posttracheostomickej stenózy trachey u detí

Martin Lučenič¹, Miroslav Janík¹, Svetozár Haruštiak¹, Irina Šebová²

¹KHCH SZU a UN Bratislava,

²DORL LF UK a NÚDCH, Bratislava

Východisko: Vytvorenie tracheostómie u detského pacienta prináša riziko možných komplikácií. Tieto môžu vzniknúť použitím nesprávnej techniky výkonu, prítomnosťou samotnej kanyly a neadekvátnou manipuláciou s kanylou. Rizikovými lokalitami pre vznik stenózy sú tracheostomický otvor, stena trachey v úrovni balónika kanyly a jej hrotu. Vznik stenózy proximálne od tracheostomického otvoru vzniká najčastejšie chronickým dráždením rigidnou kanylou pri jej pohybe. Posttracheostomická stenóza detskej priedušnice patrí medzi zriedkavé ochorenia. Jej incidencia nie je známa.

Kazuistika: Autori uvádzajú kazuistiku 2-ročnej pacientky s Pierre-Robinovou sekvenciou s rozvojom respiračnej insuficiencie s potrebou tracheostómie v prvom mesiaci života. Následkom uvedeného výkonu vznikla u pacientky stenóza Cotton-Myer IV postihujúca 9 mm úsek trachey proximálne od

tracheostomického otvoru. Po zhodnotení bronchoskopického a CT nálezu bola u pacientky indikovaná chirurgická liečba. Pacientka podstúpila segmentálnu resekciu trachey v mimotelovom obehu. Počas výkonu bol odstránený úsek v dĺžke 2,5 cm s end-to-end anastomózou s jednotlivo uzlenými Maxon stehmi 4/0 a 5/0. Súčasťou resekovaného úseku bola aj oblasť s pôvodným tracheostomickým otvorom. Pri kontrolnej bronchoskopii bola anastomóza suficientná, bez známk granulácií.

Záver: Operačné riešenie nálezu s resekciou postihnúť úseku a end-to-end anastomózou je metódou voľby, ktorá ponúka dobré výsledky, ak je vykonaná špecialistami zaoberajúcimi sa ochoreniami trachey. Použitie mimotelového obehu u pacientov s nízkym vekom a tomu zodpovedajúcou konštitúciou umožňuje bezpečnú preparáciu delikátnych anatomických štruktúr detského organizmu. Multidisciplinárna spolupráca je podmienkou úspešnej liečby pacientov s patológiou trachey.

Kľúčové slová: tracheostómia, stenóza trachey, resekcia, mimotelový obeh.

Karcinóm trachey s príznakmi atypickej astmy

Ivana Matejová, Ivona Szaboová, Irina Šebová

Detská otorinolaryngologická klinika LF UK a NÚDCH, Bratislava

Východisko: Asthma bronchiale (AB) je chronický alergický zápal dolných dýchacích ciest a patrí k najčastejším chronickým ochoreniam v detskom veku. U 80 % prípadov začína do piateho roku života. Sprevádzaná je klinickými príznakmi ako epizodické záchvaty kašľa, piskotov, dýchavice (podľa zúženia priedušiek) a ich zhoršovaním v noci, resp. nadržaním. Opakované exacerbácie alebo záchvaty sú vyprovokované spúšťacími, dráždivými látkami, telesnou námahou alebo vírusovými infekciami. Akútny astmatický záchvat sprevádza mierna cyanóza, úzkosť, ortopnoická poloha, suchý, neproduktívny kašeľ, dýchavičnosť.

Kazuistika: 8-ročný pacient bol odoslaný na ORL vyšetrenie imunoalergológom, kde bol sledovaný pre suspektnú AB, spirometrické vyšetrenie však bolo negatívne. V čase vyšetrenia užíval Levocetirizín (antihistaminikum) a Montelukast (antiastmatikum) s pozitívnym efektom, RTG hrudníka bolo opakovane negatívne a laboratórne výsledky boli v norme. Pískavé dýchanie počas inšpiria a expiria pretrvávalo u dieťaťa rok v trvaní niekoľkých hodín kedykoľvek počas dňa. Počas posledných 3 týždňov pred ORL vyšetrením sa k ťažkostiam pridružilo aj zachrípnutie. V lokálnom náleze dominovala akútna faryngitída a LFS

vyšetrenie nepreukázalo iný patologický nálezu. Pacient následne absolvoval tracheobronchoskopiu v celkovej anestéze, pri ktorej sa našiel ružovočervený laločnatý tumorózny útvar vyrastajúci z pravej strany steny trachey. Po doplnení CT vyšetrenia hrudníka sa potvrdil tumorózny útvar kaudálnym smerom asi 5 cm od hlasiviek, cirkulárne zužujúci lumen trachey na šírku 2 mm s rozmermi 10x9x8 mm. Pacientovi bolo indikované endoskopické odstránenie tumoru v celkovej anestéze. Pri kontrolnej tracheoskopii pretrvávalo vyklenutie v mieste čiastočného odstránenia tumoru. Po interdisciplinárnom rozhodnutí s hrudným chirurgom bola u pacienta indikovaná parciálna resekcia trachey. Trachea bola resekovaná pod a nad úrovňou tumoru vo vzdialenosti približne 0,5 - 0,7 cm, tumor mal bohaté cieвне zásobenie a vykonaná bola anastomóza end-to-end. V pooperačnom sledovaní bolo dýchanie voľné a hlas jasný. Histologické a molekulo-genetické vyšetrenie preukázalo mukoe-pidermoidný low-grade karcinóm trachey vychádzajúci z malej slinnej žľazy steny priedušnice s prítomnou reaktívnou skvamocelulárnou metapláziou ako následok predchádzajúcej probatórnej excízie. Dieťa je dispenzarizované onkológom a v pravidelných časových intervaloch sú na DORLK realizované endoskopické kontroly priedušnice, t.č. s negatívnym nále-zom recidívy v sledovaní 8 rokov.

Záver: Hoci sú nádory priedušnice u detí veľmi zriedkavé, základom úspešnej diagnostiky a následnej liečby zisteného ochorenia je endoskopické vyšetrenie. Pomocou endoskopického vyšetrenia môžeme zistiť u dieťaťa s AB iné, viac či menej závažné ochorenia, ktoré len imitujú príznaky astmy.

Kľúčové slová: bronchiálna astma, karcinóm priedušnice, resekcia, endoskopia, dispenzarizácia.

Diagnóza J18 a nakoniec všetko inak

Iveta Neuschlová¹, Miroslav Janík², Irina Šebová³

¹Klinika detskej pneumológie a ftizeológie LF SZU a NÚDCH, Bratislava,

²Klinika hrudníkovej chirurgie SZU a UN Bratislava,

³Klinika detskej otorinolaryngológie LF UK a NÚDCH, Bratislava

Východisko: Onkologické ochorenia v oblasti hrudníka v detskom veku sa vyskytujú raritne, ale patria do diferenciálnej diagnostiky nejasných či stacionárnych RTG nále-zov.

Kazuistika: Spracované sú 2 prípady dievčat v pubertálnom veku s anamnézou rôznych respiračných ťažkostí odoslaných na Klinik-u detskej pneumológie roku 2018 so vstupnou diagnózou bronchopneumónie ev. pleuropneumónie.

Záver: Pri objavení sa hemoptýzy, event. opakovaní hemoptýzy u detí je nevyhnutné

forsírovať bronchoskopické vyšetrenie. Navyše pri pleurálnom syndróme jednoduchý B-mode USG rýchlo odhalí charakter nálezu. Pri rozšírení o USG elastografiu a shaer wave pľúc, event. v kombinácii s endobronchiálnym USG, ale najmä prudko sa rozvíjajúcim kontrastnom vyšetrením bude možné aj bez HRCT odlišiť zápalové ložiská od tumoróznych. Pri rýchlo nastupujúcom dyspnoe u mladého športovca je akútnosť vyšetrenia v oblasti hrudníka, vrátane orientačného vyšetrenia ECHO srdca, otázkou prežitia a vyšetrenie by malo patriť k základným vyšetreniam. Hemoptýza, nejasný pleurálny syndróm, progresia dušnosti sú z pohľadu pneumológa varovnými signálmi, kde USG hrudníka môže pomôcť v diagnostike ako aj určení urgentnosti stavu a liečby. V kombinácii s bronchoskopiou sú vynikajúcimi modalitami v diagnostike aj raritne sa vyskytujúcich onkologických ochorení v hrudníku.

Kľúčové slová: hemoptýza, pleurálny syndróm, bronchoskopia, USG hrudníka.

Multidisciplinárna spolupráca pri riešení Jóbovho syndrómu

Pavol Omaník¹, Jana Barkociová², Michaela Omaniková³, Walter Klepetko⁴, Peter Čiznár⁵

¹Klinika detskej chirurgie LF UK a NÚDCH, Bratislava,

²Detská otorinolaryngologická klinika LF UK a NÚDCH, Bratislava,

³Detská klinika anestéziológie a intenzívnej medicíny LF UK a NÚDCH, Bratislava,

⁴Klinische Abteilung für Thoraxchirurgie, Universitätsklinik für Chirurgie, Allgemeines Krankenhaus, Wien,

⁵Detská klinika LF UK a NÚDCH, Bratislava

Východisko: Autori príspevku na príklade raritného primárneho imunodeficientného ochorenia dokumentujú komplexnosť daného stavu a nevyhnutnosť multidisciplinárnej spolupráce pri jeho riešení.

Kazuistika: Hyper IgE syndróm (nazývaný aj Jóbov syndróm) patrí medzi zriedkavé primárne imunodeficiencie, charakterizované zvýšenou hladinou sérového IgE a rekurentnými bakteriálnymi infekciami kože a pľúc. Autori prezentujú prípad aktuálne 6-ročného chlapca s Jóbovým syndrómom, u ktorého sa vo veku 3 a pol roka vyvinula pravostranná abscedujúca pneumónia. Stav si vyžadoval chirurgickú intervenciu – torakotómiu, debridement pleurálnej dutiny a sanáciu intraparenchymového abscesu s uzáverom bronchopleurálnej fistuly. Ochorenie však postupne progredovalo do vývoja chronického opúzdreného pneumotoraxu na podklade rekurentnej bronchopleurálnej fistuly. Nevyhnutná torakotómia s dekortikáciou pľúc bola realizovaná na zahraničnom pracovisku, pričom bola dosiahnutá kompletná reexpanzia pľúcneho

Predstavujeme medailu SDS

Medaila Slovenskej dermatovenerologickej spoločnosti, o.z. SLS

Na averze Medaile Slovenskej dermatovenerologickej spoločnosti, o.z. SLS je portrét zakladateľa systematickej dermatológie Josepha Jacoba Plancka, rakúšana, ktorý pôsobil v období rokov 1738-1807 na Trnavskej univerzite. Pripomenutím práce tohto profesora chirurgie a pôrodníctva sú jeho knižné diela de novo sa tvoriaceho odboru dermatovenerológie „Doctrina de morbis cutaneis“ a „Doctrina de morbis venereis“. Obe diela napísal počas svojho pôsobenia na Lekárskej fakulte Trnavskej univerzity. Profesorom Trnavskej univerzity sa stal ako 35-ročný. V hornej časti obrazu je latinský názov odbornej spoločnosti Scietas dermatovenerologica Slovaca SLS. Klasický Esculapov had len dopĺňa medicínsky rámec výtvarného obrazu. Reverz medaily je riešený netradične a výtvarne mimoriadne esteticky. Neohraničený obraz krásnej dievčiny s rozvratými vlasmi sčasti pokrýva mikroskopický detail zdravej kože. Celý obraz dotvára nápis vyjadrujúci určenie medaile v latinčine „Pro fructibus insignibus in dermatovenerologiae progressu“. Autorom výtvarného spracovania medaily je akademický sochár Marián Polonský, jeho podpis je na konci rozvratých vlasov.

Podľa Štatútu udeľovania Medaily, ktorý bol uverejnený v časopise Česko-slovenská dermatologie roku 2012) sa udeľuje táto medaila ako ocenenie významného prínosu slovenskej alebo zahraničnej osobnosti pre rozvoj dermatovenerológie na Slovensku, cieľom je stimulácia vývoja a upevnenie postavenia nášho odboru. **Medailu Slovenskej dermatovenerologickej spoločnosti** udeľuje Slovenská dermatovenerologická spoločnosť (SDVS), organizačná zložka Slovenskej lekárskej spoločnosti. Medaila bola doteraz udelená prof. MUDr. J. Buchvaldovi, DrSc., prof. MUDr. A. Rehákovovi, DrSc., prim. MUDr. B. Holému, doc. MUDr. T. Danillovi, CSc. a doc. MUDr. D. Jarčuškovej, CSc.

*Doc. MUDr. Dušan Buchvald, CSc.
prezident Slovenskej dermatovenerologickej
spoločnosti, o.z. SLS*



parenchýmu. Po štyroch bezpríznakových týždňoch nastala recidíva pneumotoraxu. V tejto fáze už chirurgická liečba narážala na svoje limity, a tak sa ako najmenej invazívne riešenie ukazovala možnosť endoluminálnej oklúzie recidivujúcej bronchopleurálnej fistuly. Po bronchoskopickej verifikácii bronchopleurálnej fistuly v hornom laloku pravých pľúc bola úspešne okludovaná aplikáciou tkanivového lepidla do segmentálneho bronchu. Rekonvalescencia bola bezpríznaková, avšak po 4 mesiacoch musel byť pacient opätovne hospitalizovaný pre príznaky pravostrannej pleuropneumónie s empyémom hrudníka, vyžadujúcim opätovnú drenáž hrudníka. Kultivačným vyšetrením výpotku bol dokázaný *Aspergillus fumigatus*. Mykotická pneumónia bola zvládnutá dlhodobou systémovou plus lokálnou (intrapleurálne aplikovanou) antimykotickou liečbou. Aktuálne je pacient už osem mesiacov v domácom prostredí, bez klinických ťažkostí, sledovaný pneumológom a imunoalergológom.

Záver: Komplexné ochorenia si vyžadujú interdisciplinárny prístup.

Kľúčové slová: hyper IgE syndróm, abscedujúca pneumónia, mykotická pneumónia, bronchopleurálna fistula, bronchoskopia.

Nerozpoznané cudzie teleso v bronchu

Igor Onufrák, Andrea Jovankovičová, Samuel Kunzo

Detská otorinolaryngologická klinika LF UK a NÚDCH, Bratislava

Východisko: Aspirácia cudzieho telesa je náhla, život ohrožujúca príhoda s najvyššou incidenciou vo veku 1-3 rokov. S aspiráciou cudzieho telesa sa spája široké spektrum symptómov a komplikácií, ktorých správne rozpoznanie nie je vždy úplne zrejmé.

Kazuistika: V tejto práci autori opisujú prípad 1,5-ročného pacienta, ktorý podľa udania matky doma aspiroval arašid a následne bol uňho počutelný piskot pri dýchaní. Dva dni bol hospitalizovaný na oddelení pediatrie, kde mal normálny RTG nález, auskultačne puerilné dýchanie. Pacient bol prepustený do domáceho ošetrovania. V nasledujúcom období sa matka opakovane sťažovala na stridor u pacienta, na čo lekári nebrali ohľad. Až o dva mesiace po dožadovaní matky bolo vykonané kontrolné RTG vyšetrenie hrudníka a pre pozitívny nález bol pacient odoslaný na Detskú ORL kliniku LFUK a NÚDCH v Bratislave za účelom tracheobronchoskopického vyšetrenia. Tam bol prijatý s pozitívnym auskultačným a RTG nálezom, bez zvýšenej zápalovej aktivity. Z dýchacích ciest bol pacientovi endoskopicky odstránený kusok arašidu. Bez potreby medikamentózneho liečby bol v stabilizovanom stave prepustený do domácej starostlivosti.

Záver: Diagnostika aspirácie cudzieho telesa je občas zložitá. U najmenších detí je potrebné myslieť aj na cudzie teleso v dýchacích cestách pri respiračných ťažkostiach trvajúcich dlhšie ako 2 mesiace a cielene pátrať po pozitívnej anamnéze. V prípade pozitívnej anamnézy je bronchoskopia indikovaná vždy aj pri negatívnom auskultačnom a RTG náleze.

Kľúčové slová: aspirácia, cudzie teleso, RTG hrudníka, bronchoskopia.

Primárna ciliárna dyskinéza - rôzne fenotypové prejavy v rámci jednej rodiny

Elena Perdochová, Iveta Neuschlová, Vladimír Pohanka, Jaroslava Orosová

Klinika detskej pneumológie a ftizeológie LF SZU a NÚDCH, Bratislava

Východisko: Primárna ciliárna dyskinéza (PCD) je zriedkavé autozomálne recesívne dedičné ochorenie charakterizované abnormálnym pohybom riasiniek s následným nedostatočným mukociliárnym transportom, ktoré spôsobuje chronické infekcie horných a dolných dýchacích ciest s klinickými prejavmi od útleho veku a s poruchami fertility v dospelosti.

Kazuistika: Autori uvádzajú kazuistiku PCD postihnutej rodiny so zameraním sa na rôznorodosť klinických prejavov medzi súrodencami. Sledujeme a porovnávame vývoj klinických príznakov, pridružené komorbidity a výsledky diagnostických vyšetrení v rámci suspektnéj PCD. Priblížením konkrétnej kazuistiky poukážeme na obtiažnosť diagnostiky ochorenia, ktorá sa zakladá na dôkladnej anamnéze príhľadnuc na klinický stav, funkčné a štrukturálne vyšetrenie riasiniek, genetické vyšetrenie a ďalšie pomocné vyšetrenia. Liečba pacientov s PCD je zameraná na posilnenie motility cilií najmä dlhodobou rehabilitáciou a antibiotické preliečovanie akútnych infekcií.

Záver: Primárna ciliárna dyskinéza je chronické ochorenie, ktoré si vyžaduje komplexný prístup, nevyhnutná je pravidelná dispenzarizácia s kontrolami mikrobiologických, zobrazovacích, funkčných a iných vyšetrení a medziodborová spolupráca.

Kľúčové slová: primárna ciliárna dyskinéza, PCD, diagnostika, liečba, multidisciplinárny prístup.

Alstromov syndróm

Vladimír Pohanka¹, Iveta Neuschlová¹,
Ján Miertuš², Irina Šebová³, Kairit Joost⁴,
M. Mällo⁴, Andrej Zlatoš⁵

¹Klinika detskej pneumológie a ftizeológie LF SZU
a NÚDCH, Bratislava,

²Genius n.o. Trnava,

³Klinika detskej otorinolaryngológie LF UK
a NÚDCH, Bratislava,

⁴Asper Biogene Estonia,

⁵Ambulancia všeobecnej pediatrie Trnava

Východisko: Primárne ciliárne diskínézy patria do skupiny raritných chorôb, ktoré sú väčšinou autozomálne recesívne dedičné. Doteraz je známych asi 35 genomovarov, ale klinická prax stále prináša nové doteraz nie lekárskej verejnosti. Takým je aj Alstromov syndróm, ktorý ako kazuistiku predkladáme.

Kazuistika: 3-ročná pacientka z 2. gravidity, prvá gravidita: anembryomole, p. h. na hranici limitu, makulopatia s konickou dystrofiou spojenou s achromatopsiou, refrakčným defektom, binokulárnym konvergentným strabizmom, mierna periférna atrofia s pigmentovaným okrajom, fundus: jemné škvrnité hyperfluorescencie, makula s tenkým až dezintegrovaným retinálnym pigmentovým epitelom, škvrnitá hyperpigmentácia okolo „okienkového defektu“. Klinická interpretácia výsledkov podporila diagnózu Alstromovho syndrómu. NGS analýza: heterozygotné, pravdepodobne patognomické varianty v géne ALMS1. ALMS1 gén kóduje inštrukcie pre tvorbu proteínu (ALMS1), ovplyvňuje ciliárnu funkciu orgánov. Proteín je prítomný takmer vo všetkých tkanivách tela, čo vysvetľuje prečo sú postihnuté takmer všetky orgány tela pri ALMS1. Lokalizácia génu: 2. chromozóm v pozícii 2p13. Je opisovaných 80 mutácií ALMS1. U našej pacientky sa objavili glejové zátky v ušiach s potrebou myringotómie. Pri FOB bola odobratá vzorka na ELM vyšetrenie pre susp. PCD. ELM s negatívnym nálezom. Pre obštrukčné bronchitidy v liečbe Flixotide. Oftalmologická liečba s korektívnymi oranžovými sklami. Vývin dieťaťa po korekčnej liečbe kvalitatívne lepší - zlepšením sluchu a zraku sa podstatne urýchlil psychomotorický vývin. Laboratórne nálezy zamerané na imunologický profil negatívne. Rodičia bez genetického vyšetrenia.

Záver: Alstromov syndróm predstavuje jednu z mnohých aj pri raritných ochoreniach mnohých variácií primárnych ciliárnych diskínéz. V liečbe rovnako ako pri PCD - v popredí je komplexnosť vychádzajúca z personalizovaného manažmentu pacienta.

Kľúčové slová: Alstromov syndróm, primárne ciliárne diskínézy, NGS analýza, personalizovaný manažment.

Cudzie telesá v dolných dýchacích cestách – staronový problém

František Strmiska¹, Samuel Kunzo²,
Iveta Neuschlová¹, Jana Barkociová²

¹Klinika detskej pneumológie a ftizeológie LF SZU
a NÚDCH, Bratislava,

²Klinika detskej otorinolaryngológie LF UK
a NÚDCH, Bratislava

Východisko: Autori s dlhoročnými odbornými skúsenosťami predkladajú dve kazuistiky, ktoré sú výrazne odlišné v klinickej symptomatológii a priebehu ochorenia, ako aj diagnostickom a terapeutickom procese. Aspirácia sa najčastejšie vyskytuje u detí vo veku 2-5 rokov a považujeme ju stále za nebezpečnú náhlu prírodu v detskej respirológii. Táto problematika nie je nová a prakticky sa s ňou denne stretávame.

Kazuistika: Ventilačný emfyzém pri cudzom telese – dvojročný chlapec z mimobratisklavského pracoviska odoslaný na detskú pľúcnu kliniku s klinickými príznakmi pľúcnej infekcie. Z vyšetrení malo kľúčovú úlohu HRCT vyšetrenie pľúc a nález vo virtuálnej bronchoskopii, ktoré jednoznačne poukazovali pre ventilový mechanizmus pľúcneho emfyzému v ľavých pľúcach, ktorý bol spôsobený vdýchnutím burského orieška. Pre závažnosť situácie sme dieťa ihneď zverili do rúk otorinolaryngológom s cieľom extrakcie cudzieho telesa v celkovej anestézii. Táto bola náročná a vyžadovala si použitie rigidného bronchoskopu. Po výkone bolo dieťa na umelej pľúcnej ventilácii 48 hodín. Po úplnej stabilizácii spontánneho dýchania a po výraznom ústupe emfyzému bolo dieťa prepustené do ďalšej ambulantnej starostlivosti v antibiotickej liečbe.

Aspirácia známeho cudzieho telesa – na ambulanciu detskej pľúcnej kliniky bol odoslaný 8-ročný chlapec, ktorý doma pri hre so stavebnicou lego náhodne vdýchol plastovú časť. Klinický stav bol stabilizovaný. Väčšina vstupných vyšetrení bola v poriadku, pri HRCT vyšetrení pľúc a virtuálnej bronchoskopii sme našli cudzie teleso na začiatku ľavého dolného lobárneho bronchu. Extrakcia plastovej časti hračky v celkovej anestézii prebehla rýchlo, bez komplikácií. Pacient bol po jednodňovej observácii prepustený domov.

Záver: Záverom kladieme dôraz na rýchlu a energickú diagnostiku u detí s podozrením na aspiráciu cudzieho telesa. Rýchla revízia dýchacích ciest je nevyhnutá a často život zachraňujúca.

Kľúčové slová: aspirácia, cudzie teleso, CT vyšetrenie pľúc, celková anestézia, extrakcia.

Iatrogénne poškodenie zadnej steny priedušnice laserovou rúrkou

Irina Šebová¹, Samuel Kunzo¹,
Katarína Lauková²

¹Detská otorinolaryngologická klinika LF UK
a NÚDCH, Bratislava,

²Detská klinika anestéziológie a intenzívnej
medicíny LF UK, LF SZU a NÚDCH, Bratislava

Východisko: Endotracheálna intubácia môže byť príčinou včasných a neskorých komplikácií, s rôznymi prejavmi morbidita a niekedy aj mortalitou. K zriedkavým komplikáciám patrí ruptúra steny priedušnice.

Kazuistika: V práci pojednávame o 8-ročnom pacientovi, u ktorého pri intubácii laserovou kanylou Rusch 4,0 v novembri 2018 došlo k poraneniu pars membranacea priedušnice v dĺžke 4 cm, v šírke asi 0,5 cm, približne 1,5 cm nad hlavnou karínou. Jednalo sa o celkovo zdravého chlapca, ktorým mal hyperplastické podnebné a nosohltanovú mandľu a bola u neho vykonaná plánovaná endoskopická adenotómia a laserová tonzilotómia v celkovej anestéze. Intubácia uvedenou kanylou bola sťažená, balónik kanyly bol priveľký, samotná kanyla bola pomerne mäkká. Anestéziológ ju preto zaviedol do priedušnice pomocou klieští. Samotný chirurgický výkon prebehol bez ťažkostí. Extubácia bola opäť problematická, balónik napriek vypusteniu vody uviazol pod hlasivkovou štrbinou a pri jeho vyťahovaní hrozilo poškodenie hlasiviek. Anestéziológ si privalal na pomoc otorinolaryngológa a ten jemným krúživým pohybom balónik vytiahol. Došlo len k jemnému poškriabaniu hlasiviek. Vzhľadom na uvedené problémy sme indikovali kontrolnú tracheoskopiю a zistili sme vyššie uvedené poranenie priedušnice. Po konzultácii s hrudným chirurgom sme vykonali odlhávajúcu tracheotómiю, kontrolnú ezofagoskopiю s negatívnym nálezom a zaviedli sme pacientovi nazogastrickú sondu. Prekryli sme ho dvojkombináciou antibiotík a bol tri dni sledovaný na jednotke intenzívnej starostlivosti. Následne sa do 7 dní zhojil per primam intencionem, bola odstránená výživová sonda a spontánne sa priaznivo zhojila tracheostómia.

Záver: Po sťaženej intubácii je potrebné venovať zvýšenú pozornosť tracheobronchiálnemu stromu, ideálne je vykonať vždy kontrolnú endoskopiю po ukončení výkonu. Môže sa totiž stať, že sa prehliadne poranenie tejto oblasti s vážnymi následkami. Tlak v balóniku intubačnej kanyly je potrebné merať a dbať na opatrné polohovanie hlavy a krku počas výkonu.

Kľúčové slová: iatrogénne poškodenie, priedušnica, dieťa, intubácia.

Do redakcie došlo 13.6.2019.

Adresa pre korešpondenciu:
MUDr. Irina Šebová, CSc., MPH
E-mail: irina.sebova@gmail.com

Vedecská informácia

Biktegravir - nový integrázový inhibítor v jednotabletovom režime v kombinácii s TAF/FTC

Pavína Bukovinová

Prvý inhibítor integrázy raltegravir, bol do praxe uvedený pred viac ako 10 rokmi. V nasledujúcich rokoch boli schválené dva ďalšie inhibítory integrázy: dolutegravir a spolu s abacavirom a lamivudínom v jednotabletkovom režime a elvitegravir boostrovaný co-bicistatom spolu s tenofovir disoproxilom a emtricitabínom v jednotabletkovom režime a elvitegravir s co-bicistatom spolu s tenofovir alafenamidom a emtricitabínom v zlepšenom jednotabletkovom režime.

Roku 2017 bola schválená aj nová formulácia raltegraviru. Užívajú sa dve 600 mg tablety 1-krát denne. Inhibítory integrázy (INSTI) získali privilegované miesto v mnohých liečebných usmerneniach kvôli ich vlastnostiam. V poslednom období sa INSTI dostali na popredné miesto pri výbere kombinovanej anti-retrovírusovej liečby z viacerých hľadísk. Je to jednak dobrá znášanlivosť zo strany pacienta a z druhej strany účinnosť, pretože INSTI výrazne znižujú vírusovú záťaž, čím sa v pomerne krátkom čase dosiahne vírusová supresia.

Raltegravir (RAL) má z INSTI spolu s dolutegravirom podobné spektrum liekových interakcií (DDI). Raltegravir má však pomerne nízku genetickú bariéru voči rezistencii a vyskytli sa aj prípady s rabdomyolýzou (1, 2). Dolutegravir (DTG) má vysokú bariéru voči rezistencii u naivných aj predtým liečených HIV pozitívnych pacientov a tiež preukázal vysokú účinnosť u pacientov s INSTI-rezistenciou v dávke 2x denne (štúdia VIKING) (3, 4). Režimy obsahujúce elvitegravir majú síce vyššiu bariéru voči rezistencii ako raltegravir, ale potrebujú booster látku - co-bicistat. Tento liek zvyšuje a udržuje hladinu elvitegraviru v krvi, takže je možné dávkovanie 1x denne. Nevýhodou co-bicistatu je však väčšie množstvo liekových interakcií.

Roku 2018 bol v USA a niektorých európskych krajinách schválený nový inhibítor integrázy (INSTI) s vysokou genetickou bariérou voči rezistencii, bictegravir. Bictegravir je spolu s tenofovir alafenamidom a emtricitabínom formulovaný do jednotabletkového režimu s užívaním 1x denne s jedlom alebo bez jedla. Na rozdiel od režimov obsahujúcich elvitegravir, bictegravir nevyžaduje booster (posilňovaciu) látku.

Bictegravir/emtricitabín/tenofovir AF. Ako jednotabletkový režim Bictegravir/emtricitabín/tenofovir AF je indikovaný na liečbu infekcie HIV-1 u dospelých bez vírusovej rezistencie voči triede INSTI, emtricitabínu alebo tenofoviru.

bín/tenofovir AF je indikovaný na liečbu infekcie HIV-1 u dospelých bez vírusovej rezistencie voči triede INSTI, emtricitabínu alebo tenofoviru.

Farmakodynamika

Bictegravir bol vysoko účinný v in vitro podmienkach voči laboratórnym a aj klinickým izolátom HIV-1, vykazujúci aktivitu proti HIV-1 izolátom všetkých skupín (M, N a O) a subtypov A – G (5, 7, 8). Inhibítory integrázy druhej generácie, bictegravir, ako aj dolutegravir, bol významne ($p < 0,05$) aktívnejší u vírusových kmeňov HIV-1 izolovaných od naivných HIV pozitívnych pacientov (bez predchádzajúcej liečby INSTI) ako prvá generácia INSTI - elvitegravir a raltegravir.

Bictegravir tiež vykazoval in vitro aktivitu proti HIV-1 vírusu s mutáciami, ktoré spôsobujú rezistenciu na elvitegravir a raltegravir s jednou mutáciou asociovanou s INSTI rezistenciou (napr. Y143R, Q148R) a aj/alebo u väčšiny s dvojítmí alebo trojitými mutáciami (napr. E92Q/N155H ± G163R) (5, 6, 9, 22).

V tejto súvislosti je bictegravir podobný dolutegraviru, hoci celkový profil aktivity bictegraviru bol o niečo širší in vitro proti HIV-1 rezistentným kmeňom voči INSTI ako dolutegravir. V dvoch štúdiách, niektoré mutantné kmene (14 z 57 alebo 1 z 9) boli významne ($p < 0,01$) citlivejšie na bictegravir ako dolutegravir (napr. G140S/Q148R alebo G140S/Q148H, obe z týchto mutácií znižujú účinnosť dolutegraviru) (5, 6, 9, 22).

Bictegravir bol asi dvojnásobne účinnejší ako dolutegravir proti trinástim izolátom v tejto štúdii a významne ($p < 0,05$) účinnejší proti izolátom s vysokou INSTI rezistenciou nesúcim E92Q/N155H alebo G140C/S plus Q148R/H/K, s alebo bez iných INSTI rezistentných mutácií (5).

Bictegravir bol tiež plne aktívny proti HIV-1 vírusom rezistentných na iné antiretrovirotiká, vrátane NRTI, NNRTI a/alebo PI in vitro (5).

Rezistencia

Bictegravir, podobne ako dolutegravir, má vysokú bariéru voči rezistencii in vitro [8, 15–17]. Štúdie in vitro na rezistenciu naznačujú, že dve mutácie sú zodpovedné za vznik rezistencie na bictegravir (R263K/M50I a S153F plus prechodný T66I); zdá sa však, že sú spojené

len s minimálnym znížením citlivosti na liečivo (11).

Určité kombinácie RAM (s rezistenciou asociované mutácie), ktoré súvisia s rezistenciou na elvitegravir a raltegravir a/alebo zníženou citlivosťou na dolutegravir, znižujú tiež citlivosť HIV-1 na bictegravir in vitro, vrátane E138K/Q148K, G140A/Q148K, L74M/G140A/Q148R, E138K/G140A/Q148K, T97A/G140S/Q148H, L74M/T97A/G140S/Q148H a G140S/Q148H/N155H (hodnoty EC₅₀ 12 až > 200 nmol/l) (5, 9, 18, 22).

Skrížená rezistencia medzi NRTI je dobre známym faktom. Napríklad emtricitabínová RAM M184V/I tiež navodzuje rezistenciu na lamivudín a tenofoviru RAM K65R a K70E znižujú citlivosť na emtricitabín, ako aj abakavir, didanosín a lamivudín (7).

Ani bictegravir (až do šesťnásobku odporúčanej dávky) ani tenofovir alafenamid (AF) (až do päťnásobku odporúčanej dávky) nepredĺžili PR alebo QT/korigovaný QT (QTc) interval v štúdiách u zdravých dobrovoľníkov. Fakt, či emtricitabín ovplyvňuje QT interval nie je známy (8). Podobne ako u dolutegraviru a niektorých ďalších antiretrovirotík, bictegravir môže inhibovať tubulárnu sekréciu kreatinínu. Akékoľvek zvýšenie hladín kreatinínu v sére, ktoré sa môže vyskytnúť pri užívaní lieku, nie je indikátorom skutočných zmien glomerulárnej filtrácie, a preto sa považujú za klinicky nevýznamné (7,22).

Farmakokinetika

Po perorálnom podaní bictegraviru/emtricitabínu/tenofoviru AF s jedlom alebo bez jedla sa všetky zložky jednotabletkového režimu ľahko absorbujú, pričom čas do dosiahnutia maximálnej plazmatickej koncentrácie je 2-4 h pre bictegravir, 1,5-2 h pre emtricitabín a 0,5-2 h pre tenofovir AF (7, 8).

Jednotabletkový režim bictegravir/emtricitabín/tenofovir AF sa môže užívať bez ohľadu na jedlo, pretože podávanie emtricitabínu s jedlom neovplyvnilo systémovú expozíciu lieku a užívanie bictegraviru/emtricitabínu/tenofoviru AF alebo tenofovir AF s jedlom s vyšším obsahom tukov spôsobilo mierne, ale klinicky irelevantné, zvýšenie bictegraviru a tenofoviru AF-u (7, 8, 22).

Väzba na plazmatické proteíny je vysoká pre bictegravir (> 99 % in vitro) a tenofovir AF (≈ 80 % ex vivo) a nízka pre emtricitabín (< 4 % in vitro). Bictegravir sa metabolizuje prevažne prostredníctvom CYP3A a UGT1A1, pričom každá dávka sa eliminuje primárne stolicou (≈ 60 %) a v menšej miere močom (35 %; najmä ako glukuronid a iné oxidačné metabolity). Metabolizmus tenofoviru AF je prostredníctvom katepsínu A (v mononukleárných bunkách periférnej krvi (PBMK)/makrofágoch) a karboxylesterázy-1 (v hepatocytoch), pričom produkuje jeho hlavný metabolit tenofoviru, ktorý podlieha fosforylácii za vzniku aktívnej časti tenofovir-difosfátu.

Eliminácia tenofoviru AF nastáva po metabolizovaní lieku na tenofovir (ktorý sa vylučuje glomerulárnou filtráciou a aktívnou tubulárnou sekréciou), pričom < 1 % dávky sa eliminuje ako nezmenený liek v moči. Emtricitabín podlieha obmedzenému metabolizmu (prostredníctvom oxidácie a glukuronidácie) a eliminuje sa primárne glomerulárnou filtráciou a aktívnou tubulárnou sekréciou, pričom väčšina dávky sa vylučuje močom (napr. ≈ 86 %) a len 14 % stolicou (7, 8, 22).

Medián terminálneho plazmatického polčasu je 17 h pre bicitegravir, 10 h pre emtricitabín, 0,51 h pre tenofovir AF a polčas tenofovir-difosfátu v rámci PBMC je 150-180 h. Bicitegravir/emtricitabín/tenofovir AF sa môže používať bez úpravy dávkovania u pacientov s odhadovaným klírensom kreatinínu (CRCL) ≥ 30 l/min, hoci sa neodporúča používať u pacientov s CRCL < 30 ml/min, keďže údaje sú nedostatočné. Podobne, mierne (Child-Pugh trieda A) alebo stredne ťažké (Child-Pugh trieda B) poškodenie pečene nevyžaduje úpravu dávky bicitegraviru/emtricitabínu/tenofoviru AF, hoci tento jednotabletkový režim sa neodporúča u pacientov s ťažkou poruchou funkcie pečene (Child-Pugh). Triedy C. Rasa, pohlavie a vek neovplyvňujú expozíciu bicitegraviru, emtricitabínu alebo tenofoviru AF v žiadnom klinicky významnom rozsahu podľa populačných farmakokinetických analýz a malej farmakokinetickej štúdie (n = 50) pri japonských a kaukazských subjektoch; teda neodporúčajú sa žiadne úpravy dávky (7, 8, 19, 22). Farmakokinetika bicitegraviru, emtricitabínu a tenofoviru AF nebola hodnotená u pacientov súbežne infikovaných vírusom hepatitídy B (HBV) a/alebo vírusom hepatitídy C (HCV) (8).

Liekové interakcie

Vzhľadom na úlohu CYP3A a UGT1A1 pri metabolizme bicitegraviru sa plazmatické koncentrácie lieku môžu znížiť alebo zvýšiť, ak sa podáva spolu so silnými induktormi alebo inhibítormi týchto enzýmov (7, 8). Okrem toho, bicitegravir aj tenofovir AF sú substrátmi P-gp a BCRP; hoci klinický význam tejto vlastnosti ešte nie je známy pre bicitegravir, podávanie bicitegraviru/emtricitabínu/tenofoviru AF s liekmi, ktoré silne ovplyvňujú tieto transportéry, môže zmeniť absorpciu tenofoviru AF (napr. induktory/inhibítory P-gp môžu znížiť/zvýšiť absorpciu a následne plazmu). Niektoré lieky, ktoré indukujú CYP3A, UGT1A1 a/alebo P-gp, sú kontraindikované na použitie v kombinácii s bicitegravirom/emtricitabínom/tenofovirom AF, vrátane rifampicínu a ľubovníka bodkovaného sa neodporúča. Niektoré iné induktory (napr. rifabutin, rifapentín, karbamazepín, oxkarbazepín, fenobarbital, fenytoín) alebo inhibítory (atazanavir, kobicistat, azitromycín, klaritromycín, cyklosporín) týchto enzýmov sa tiež neodporúčajú používať v kombinácii alebo si môže vyžadovať opatrnosť alebo zváženie alternatív (7, 8, 22).

Bicitegravir/emtricitabín/tenofovir AF sa nemá podávať v kombinácii s inými antiretrovirotikami alebo adefovir-dipivoxilom (liečba HBV) (7, 8). Podobne ako u iných integrázových inhibítoroch, aby sa zabránilo chelácii bicitegravirom, existujú aj úpravy načasovania podávania a/alebo potravinové požiadavky na jednotabletkové režimy u pacientov užívajúcich lieky obsahujúce polyvalentné kationy (ako je horčík, hliník, železo alebo vápnik). Sukralfát sa neodporúča pri súbežnom podávaní s bicitegravirom. Bicitegravir a tenofovir AF neinhibujú/neindukujú enzýmy CYP ani CYP3A in vivo. Európski experti však odporúčajú opatrnosť pri súbežnom podávaní bicitegraviru/emtricitabínu/tenofoviru AF s metadónom, pretože zatiaľ nie je možné vylúčiť možnosť metabolizmov bicitegraviru inhibovať CYP1A2, 2B6 a/alebo 2D6. Emtricitabín má nízky potenciál pre liekové interakcie sprostredkované CYP. Keďže eliminácia AF emtricitabínom a tenofovirom je prevažne obličkami, koncentrácie sa môžu zvýšiť liekmi, ktoré znižujú funkciu obličiek alebo ktoré tiež podliehajú aktívnej tubulárnej exkrécii (7, 8, 22).

Terapeutická účinnosť

Predtým neliečení pacienti infikovaní vírusom HIV-1

V štúdií GS-US-380-1489 boli pacienti randomizovaní v pomere 1 : 1 na liečbu buď B/F/TAF (n = 314) alebo abakavirom/dolutegravirom/lamivudínom (600/50/300 mg) (n = 315) jedenkrát denne. V štúdií GS-US-380-1490 boli pacienti randomizovaní v pomere 1 : 1 na liečbu buď B/F/TAF (n = 320) alebo dolutegravirom + emtricitabínom/tenofovir-alafenamidom (50+200/25 mg) (n = 325) jedenkrát denne. B/F/TAF bol noninferiorný v dosahovaní hodnoty HIV-1 RNA < 50 kópií/ml v 48. týždni v porovnaní s kombináciou abakavir/dolutegravir/lamivudín alebo kombináciou dolutegravir + emtricitabín/tenofovir-alafenamid. Výsledky liečby boli podobné vo všetkých podskupinách podľa veku, pohlavia, rasy, východiskovej vírusovej záťaže, východiskového počtu CD4+ buniek.

Pacienti s HIV-1 infekciou a virologickou supresiou

V štúdií GS-US-380-1844 sa hodnotila účinnosť a bezpečnosť prechodu z kombinácie dolutegravir+abakavir/lamivudín alebo abakavir/dolutegravir/lamivudín na B/F/TAF v randomizovanej dvojito zaslepenej štúdií s dospelými pacientmi s HIV-1 infekciou a virologickou supresiou (HIV-1 RNA < 50 kópií/ml) (n = 563). Pacienti museli mať stabilnú supresiu (HIV-1 RNA < 50 kópií/ml) pri svojom východiskovom režime aspoň počas 3 mesiacov pred vstupom do štúdie. Pacienti boli na začiatku randomizovaní v pomere 1 : 1 buď na prechod na liečbu B/F/TAF (n = 282) alebo boli ďalej liečení svojim východiskovým antiretrovírusovým režimom (n = 281).

V štúdií GS-US-380-1878 sa hodnotila účinnosť a bezpečnosť prechodu z kombinácie abakavir/lamivudín alebo emtricitabín/tenofovir-dizoproxilfumarát (200/300 mg) plus atazanavir alebo darunavir (posilnené buď kobicistátom alebo ritonavírom) na B/F/TAF v randomizovanej, otvorenej štúdií s dospelými pacientmi s HIV-1 infekciou a virologickou supresiou (n = 577). Pacienti museli mať stabilnú supresiu pri svojom východiskovom režime aspoň počas 6 mesiacov a nesmeli byť predtým liečení žiadnym INSTI. Pacienti boli randomizovaní v pomere 1 : 1 buď na prechod na liečbu B/F/TAF (n = 290) alebo boli ďalej liečení svojim východiskovým antiretrovírusovým režimom (n = 287).

B/F/TAF bol noninferiorný ku kontrolnému režimu v oboch štúdiách. Výsledky liečby medzi liečebnými skupinami boli podobné vo všetkých podskupinách podľa veku, pohlavia, rasy a oblasti. V oboch štúdiách k výraznejšiemu zvýšeniu absolútneho počtu CD4+ buniek nedošlo (7, 8, 22).

Tolerancia

Liečba bicitegravirom/emtricitabínom/tenofovirom AF po dobu 96 týždňov bola vo všeobecnosti dobre tolerovaná u naivných aj už liečených HIV-1 pozitívnych pacientov v štúdiách fázy 3 (13–17, 20, 21). Počas 48 týždňov liečby bol profil znášanlivosti bicitegraviru/emtricitabínu/tenofoviru AF priaznivejší, ako profil liečby dolutegravirom (dolutegravir/ abakavir/ lamivudín (14, 16, 22) alebo dolutegravir plus emtricitabín/tenofovir AF v zmysle incidencie závažných vedľajších účinkov (AE) súvisiacich s liečbou, a to u pacientov bez predchádzajúcej liečby (18 oproti 26 %; 26 oproti 40 %) a aj u pacientov predtým liečených (8 vs. 16 %), so štatisticky významným rozdielom medzi režimami (v oboch prípadoch p < 0,05) (13, 14, 16, 22). Najčastejšie AE súvisiace s liečbou s bicitegravirom/ emtricitabínom/ tenofovirom založeným na AF a dolutegravirovej terapii zahŕňali bolesť hlavy (4 vs. 3 %), hnačku (3 vs. 3 %) a nauzeu (3 vs. 5 %) u predtým neliečených pacientov a bolesti hlavy (2 oproti 3 %) u pacientov liečených liečbou (13, 16, 22).

U pacientov súbežne koinfikovaných HIV-1 a HBV sa vyskytli závažné akútne exacerbácie HBV po vysadení liekov obsahujúcich emtricitabín a/alebo tenofovir DF a môžu sa tiež vyskytnúť takéto exacerbácie po vysadení bicitegraviru/emtricitabínu/tenofoviru AF, pretože (ako emtricitabín a tenofovir DF) tenofovir AF je účinný proti HBV (7, 8, 22).

Telesná hmotnosť

Počas antiretrovírusovej liečby môže dôjsť k zvýšeniu telesnej hmotnosti a hladín lipidov a glukózy v krvi. Takéto zmeny môžu čiastočne súvisieť s kontrolou ochorenia a životným štýlom. Dlhodobejšie rozdiely v liečebných režimoch medzi bicitegravirom/

emtricitabínom/ tenofovirom AF a dolutegravirom pri zmenách lipidov po 96 týždňoch liečby neboli buď štatisticky významné alebo boli štatisticky významné, ale nepovažovali sa za klinicky významné (20, 21).

Renálny profil

Celkový profil renálnej znášanlivosti bictegravirom/emtricitabínu/tenofovirom AF bol vo všeobecnosti podobný, ako u režimov na báze dolutegravirom po 48 alebo 96 týždňoch u naivných aj predtým už liečených HIV-1 pozitívnych pacientov (13, 14, 16, 20–22). Neboli zistené štatisticky významné rozdiely medzi bictegravirom/emtricitabínom/tenofovirom AF a dolutegravirom/abakavirom/lamivudínom, pokiaľ ide o mediánové zmeny meraní proteinúrie/tubulárnych funkcií alebo kreatinínu v sére v porovnaní s východiskovými hodnotami (14, 16, 20). Rozdiely medzi skupinami v zodpovedajúcich zmenách eGFR neboli buď štatisticky alebo klinicky významné (16). Podobne sa bictegravirom/emtricitabín/tenofovir AF významne nelíšil od dolutegravirom plus emtricitabínu/tenofovirom AF. B/F/TAF môže byť použitý u pacientov s poškodením obličiek s klírens kreatinínom (CRCL) > 30 ml/min.

Profil kosti

Počas 48-týždňovej liečby boli priemerné zmeny kostnej denzity (BMD) v ramene bictegravirom/emtricitabínu/tenofovirom AF malé oproti východiskovej hodnote v porovnaní s hodnotami pozorovanými v ramene s dolutegravirom/abakavirom/lamivudínom, ako u naivných, tak aj predtým liečených pacientov (14, 16, 22). Dlhodobšie rozdiely kostnej hustoty v oblasti bedrového kĺbu alebo chrbtice medzi bictegravirom/emtricitabínom/tenofovirom AF a dolutegravirom/abakavirom/lamivudínom zostali po 96 týždňoch liečby u naivných pacientov bez štatisticky významných zmien. Hlásené prípady osteonekrózy, ktorá je multifaktoriálna (kortikoidy, abúzus etylu, ťažká imunosupresia a pod.), súviseli s pokročilým štádiom HIV infekcie a dlhodobou expozíciou atiretrovírusovej liečby (20, 22).

Fertilita

Nie sú k dispozícii žiadne údaje o účinku B/F/TAF na fertilitu u ľudí. Štúdie na zvieratách nepreukázali priame alebo nepriame škodlivé účinky emtricitabínu z hľadiska parametrov fertility, gravidity, fetálneho vývoja, pôrodu alebo postnatálneho vývoja. Štúdie biktegravirom a tenofovir-alafenamidu, podávaných zvlášť, na zvieratách nepreukázali žiadny dôkaz škodlivých účinkov z hľadiska parametrov fertility, gravidity ani fetálneho vývoja.

B/F/TAF sa má používať počas gravidity, len ak potenciálny prínos odôvodňuje potenciálne riziko pre plod (7, 8).

Záver

Každoročne sú antivírusové liečebné režimy zjednodušované a upravované spoločnosťami špecialistov v oblasti HIV (EACS, BHIVA, DHHS atď.). V posledných rokoch sa v celosvetových odporúčaniach na liečbu HIV do popredia dostali režimy s INSTI. Výhodou neboostrovaných režimov vzhľadom k starnúcej HIV pozitívnej populácii s viacerými komorbiditami je nízky potenciál liekových interakcií s cART liečbou a súbežne podávanými liekmi.

B/F/TAF je nový inhibítor integrázy (INSTI) s vysokou genetickou bariérou voči rezistencii. Spolu s nukleozidovým a nukleotidovým inhibítorom reverznej transkriptázy emtricitabín a tenofovir alafenamid (AF) je bictegravirom v jednotabletkovom režime (STR) určený na liečbu infekcie HIV-1 v dávkovaní 1x denne u dospelých (bictegravirom/emtricitabín/tenofovir AF).

Táto neboostrovaná trojkombinácia s INSTI je vhodná aj pre pacientov s klírens kreatinínom, CRCL 30–50 ml/min. Vo všetkých klinických štúdiách bol noninferiorný v porovnaní s režimami založenými na dolutegravirom v dosiahnutí vírusovej supresie. V štúdiách u predtým liečených pacientov s vírusovou supresiou a prechodom liečby z režimov založených na dolutegravirom alebo elvitegravirom alebo proteázových inhibítoroch, režim s bictegravirom udržal vírusovú supresiu. Vo všetkých štúdiách bol režim s bictegravirom dobre tolerovaný.*

*Článok vznikol s podporou spoločnosti Gilead Sciences Slovakia s.r.o.

Literatúra

1. Hightower, K.E. et al.: Antimicrob Agents. Chemother, 2011; 55: 4552–4559.
2. SPC Isentress 600 mg tbl. <https://www.adc.sk/databazy/produkty/spc/isentress-600-mg-filmom-obalene-tablety-123480.html>
3. Tivicay summary of product characteristics. Last updated July 2017.
4. Walmsley, S., Baumgarten, A., et al.: Dolutegravirom Plus Abacavir/Lamivudine for the Treatment of HIV-1 Infection in Antiretroviral Therapy-Naive Patients: Week 96 and Week 144 Results From the SINGLE Randomized Clinical Trial. J Acquir Immune Defic Syndr, 2015; 70: 515–519.
5. Tsiang, M., Jones, G.S., Goldsmith, J. et al.: Antiviral activity of bictegravirom (GS-9883), a novel potent HIV-1 integrase strand transfer inhibitor with an improved resistance profile. Antimicrob Agents Chemother, 2016; 60(12): 7086–7097.
6. Hassounah, S.A., Alikhani, A., Oliveira, M. et al.: Antiviral activity of bictegravirom and cabotegravirom against integrase inhibitor-resistant HIVmac239 and HIV-1. Antimicrob Agents Chemother, 2017; 61(12): 1–9.
7. Gilead Sciences. Biktarvy 50 mg/200 mg/25 mg film-coated tablets: EU summary of product characteristics. 2019. <http://www.ema.europa.eu/>. Accessed 15 Jul 2019.
8. Gilead Sciences. Biktarvy® (bictegravirom, emtricitabine, and tenofovir alafenamide): US prescribing information. 2019. <https://www.accessdata.fda.gov/>. Accessed 15 Jul 2019.
9. Smith, S.J., Zhao, X.Z., Burke, T.R., Jr., et al.: Efficacies of cabotegravirom and bictegravirom against drug-resistant HIV-1 integrase mutants. Retrovirology, 2018; 15(37): 1–18.
10. Brenner, B.G., Oliveira, M., Ibanescu, R.I. et al.: In

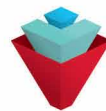
vitro selected resistance to new integrase inhibitors by B & non-B subtype viruses [abstract no. 549]. Top Antivir Med, 2018; 26(Suppl.1): 233 s.

11. US FDA. Application number: 210251Orig1s000 multi-discipline review. 2017. <https://www.accessdata.fda.gov/>. Accessed 30 Oct 2018.
12. Oliveira, M., Ibanescu, R.I., Anstett, K. et al.: Selective resistance profiles emerging in patient-derived clinical isolates with cabotegravirom, bictegravirom, dolutegravirom, and elvitegravirom. Retrovirology, 2018; 15(1): 56.
13. Sax, P.E., Pozniak, A., Montes, M.L. et al.: Coformulated bictegravirom, emtricitabine, and tenofovir alafenamide versus dolutegravirom with emtricitabine and tenofovir alafenamide, for initial treatment of HIV-1 infection (GS-US-380-1490): a randomised, double-blind, multicentre, phase 3, non-inferiority trial. Lancet, 2017; 390(10107): 2073–2082.
14. Gallant, J., Lazzarin, A., Mills, A. et al.: Bictegravirom, emtricitabine, and tenofovir alafenamide versus dolutegravirom, abacavir, and lamivudine for initial treatment of HIV-1 infection (GS-US-380-1489): a double-blind, multicentre, phase 3, randomised controlled noninferiority trial. Lancet, 2017; 390(10107): 2063–2072.
15. Daar, E.S., De Jesus, E., Ruane, P. et al.: Efficacy and safety of switching to fixed-dose bictegravirom, emtricitabine, and tenofovir alafenamide from boosted protease inhibitor-based regimens in virologically suppressed adults with HIV-1: 48 week results of a randomised, open-label, multicentre, phase 3, non-inferiority trial. Lancet, HIV, 2018; 5(7): e357–365.
16. Molina, J.M., Ward, D., Brar, I. et al.: Switching to fixed-dose bictegravirom, emtricitabine, and tenofovir alafenamide from dolutegravirom plus abacavir and lamivudine in virologically suppressed adults with HIV-1: 48 week results of a randomised, double-blind, multicentre, active-controlled, phase 3, non-inferiority trial. Lancet, HIV, 2018; 5(7): e357–365.
17. Kityo, C., Hagins, D., Koenig, E. et al.: Switching to bictegravirom/emtricitabine/tenofovir alafenamide in women [poster no. 500]. In: Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. 2018.
18. Zhang, W.W., Cheung, P.K., Oliveira, N. et al.: Accumulation of multiple mutations in vivo confers cross-resistance to new and existing integrase inhibitors. J Infect Dis, 2018; 218(11): 1773–1776.
19. Zhang, H., West, S., Vu, A. et al.: A study evaluating the pharmacokinetics, safety, and tolerability of the bictegravirom/emtricitabine/tenofovir alafenamide (B/F/TAF) single tablet regimen (STR) in Japanese subjects [abstract no. MOPE0332]. In: 9th International AIDS Society Conference on HIV Science. 2017.
20. Wohl, D.A., Yazdanpanah, Y., Baumgarten, A. et al.: A phase 3, randomized, controlled clinical trial of bictegravirom in a fixed-dose combination, B/F/TAF, vs ABC/DTG/3TC in treatment-naïve adults at week 96 [abstract no. LB4]. In: IDWeek. 2018.
21. Stellbrink, H.J., Arribas, J., Stephens, J.L. et al.: Phase III randomized, controlled clinical trial of bictegravirom coformulated with FTC/TAF in a fixed-dose combination (B/F/TAF) versus dolutegravirom (DTG) + F/TAF in treatment-naïve HIV-1 positive adults: week 96 [abstract plus presentation]. In: HIV Drug Therapy Conference. 2018.
22. Deeks, E.D. et al.: Bictegravirom/Emtricitabine/Tenofovir Alafenamide: A Review in HIV-1 Infection. <https://doi.org/10.1007/s40265-018-1010-7>.

Do redakcie došlo 8.7.2019.

Adresa na korešpondenciu:

MUDr. Pavlína Bukovinová, PhD., MPH
Klinika infektológie a geografickej
medicíny LF UK, SZU a UNB
Limbová 5
833 05 Bratislava
E-mail: p.bukovinova@gmail.com

**BIKTARVY®**biktegravir 50 mg/emtricitabín 200 mg/
tenofovir alafenamid 25 mg tablety

NOVÝ INTEGRÁZOVÝ INHIBÍTOR V KOMBINÁCIÍ S FTC/TAF¹

KRÁSA TOHO, ČO JE MOŽNÉ



Biktarvy je indikovaný na liečbu dospelých, ktorí sú infikovaní vírusom ľudskej imunodeficiencie typu 1 (HIV-1) bez známeho súčasného alebo minulého dôkazu vírusovej rezistencie voči triede integrázových inhibítorov, emtricitabínu alebo tenofoviru.¹

▼ 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 časti 4.8. v úplnej verzii SPC.

BIKTARVY® SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU • **Názov:** Biktarvy 50 mg/200 mg/25 mg filmom obalená tableta **Zloženie lieku:** Každá filmom obalená tableta obsahuje sodnú soľ biktegraviru zodpovedajúcu 50 mg biktegraviru, 200 mg emtricitabínu a tenofovir-alafenamid fumarát zodpovedajúci 25 mg tenofovir-alafenamidu. **Indikácie:** Liečba infekcie vírusom ľudskej imunodeficiencie typu 1 (HIV-1) u dospelých bez známeho súčasného alebo minulého dôkazu vírusovej rezistencie voči triede integrázových inhibítorov, emtricitabínu alebo tenofoviru. **Dávkovanie:** Jedna tableta užívaná perorálne jedenkrát denne, s jedlom alebo bez jedla. **Porucha funkcie obličiek:** U pacientov s odhadovaným klírensom kreatinínu (CrCl) ≥ 30 ml/min sa nevyžaduje úprava dávky Biktarvy. Liečbu Biktarvy sa neodporúča začať u pacientov s odhadovaným CrCl < 30 ml/min. **Porucha funkcie pečene:** U pacientov s ľahkou (Childova-Pughova trieda A) alebo stredne ťažkou (Childova-Pughova trieda B) poruchou funkcie pečene nie je potrebná úprava dávky Biktarvy. Biktarvy sa neskúmal u pacientov s ťažkou poruchou funkcie pečene (Childova-Pughova trieda C). **Pediatrická populácia:** Bezpečnosť a účinnosť Biktarvy u detí vo veku do 18 rokov neboli doteraz stanovené. K dispozícii nie sú žiadne údaje. **Kontraindikácie:** Precitlivenosť na liečivá alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. Súbežné podávanie s rifampicínom a lubovníkom bodkovatým. Podrobnosti o kontraindikáciách, pozri úplnú verziu SPC. **Osobitné upozornenia:** **Pacienti súbežne infikovaní vírusom HIV a vírusom hepatitídy B alebo C:** Ukončenie liečby Biktarvy u pacientov súbežne infikovaných vírusmi HIV a HBV môže súvisieť so závažnými akútnymi exacerbáciami hepatitídy, je potrebné dôkladne ich monitorovať. **Ochorenie pečene:** U pacientov s existujúcou dysfunkciou pečene vrátane chronickej aktívnej hepatitídy je počas kombinovanej antiretrovírusovej terapie (CART) zvýšená frekvencia abnormalít funkcie pečene. **Telesná hmotnosť a metabolické parametre:** Počas antiretrovírusovej liečby môže dôjsť k zvýšeniu telesnej hmotnosti a hladín lipidov a glukózy v krvi. **Mitochondriálna dysfunkcia:** Nukleoz(t)idové analógy môžu v rôznej miere ovplyvňovať mitochondriálnu funkciu. **Syndróm imunitnej reaktivity:** U pacientov infikovaných vírusom HIV so závažnou imunodeficienciou môže v čase nasadenia CART vzniknúť zápalová reakcia na asymptomatické alebo reziduálne oportúnne patogény, pacienti majú byť poučení. **Oportúnne infekcie:** U pacientov sa môžu aj naďalej rozvíjať oportúnne infekcie a iné komplikácie HIV infekcie. **Osteonekróza:** Pacientom sa má odporučiť, aby vyhľadali lekársku pomoc, ak budú mať bolesť kĺbov, stuhnutosť kĺbov alebo ťažkosti s pohybom. **Nefrotoxicita:** Nemožno vylúčiť potenciálne riziko nefrotoxicity vyplývajúce z dlhodobej expozície nízkym hladinám tenofoviru. **Súbežné podávanie iných liekov:** Biktarvy sa nemá podávať súbežne nalačno s antacidami obsahujúcimi horčík/hliník alebo s výživovými doplnkami obsahujúcimi železo. Biktarvy sa má podávať aspoň 2 hodiny pred podaním antacid obsahujúcich horčík a/alebo hliník, alebo s jedlom 2 hodiny po ich podaní. Biktarvy sa má podávať aspoň 2 hodiny pred podaním výživových doplnkov obsahujúcich železo, alebo sa má užívať s jedlom. Niektoré lieky sa neodporúčajú súbežne podávať s Biktarvy, napríklad: atazanavir, karbamazepín, cyklosporín (IV alebo perorálne použitie), oxkarbazepín, fenobarbital, fenytoín, rifabutin, rifapentín alebo sukralfát. **Interakcie:** Môžu sa objaviť akékoľvek interakcie, ktoré boli zistené jednotlivito u biktegraviru, emtricitabínu a tenofovir-alafenamidu. Biktarvy sa nemá súbežne podávať s inými antiretrovírusovými liekmi. **Kontraindikácie súbežného podávania:** Súbežné podávanie biktegraviru s liekmi, ktoré sú silnými induktormi enzýmov CYP3A a UGT1A1 ako je rifampicin alebo lubovník bodkovatý, môže významne znížiť plazmatické koncentrácie biktegraviru. Súbežné podávanie emtricitabínu s liekmi, ktoré sa vylučujú aktívnou tubulárnou sekréciou, môže zvyšovať koncentrácie emtricitabínu a/alebo súbežne podávaného lieku. Lieky, ktoré znižujú renálnu funkciu, môžu zvyšovať koncentrácie emtricitabínu. Súbežné podávanie Biktarvy s liekmi, ktoré silne ovplyvňujú aktivitu P-gp a BCRP, môže viesť k zmenám v absorpcii tenofovir-alafenamidu. V prípade liekov, ktoré indukujú aktivitu P-gp (napr. rifabutin, karbamazepín, fenobarbital), sa očakáva zníženie absorpcie tenofovir-alafenamidu, výsledkom čoho je zníženie plazmatickej koncentrácie tenofovir-alafenamidu. Ďalšie možné interakcie, pozri úplnú verziu SPC. **Fertilita, gravidita a laktácia:** Biktarvy sa má používať počas gravidity, len ak potenciálny prínos odôvodňuje potenciálne riziko pre plod, Biktarvy sa nemá užívať počas dojčenia. **Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje:** Pacienti majú byť informovaní, že počas liečby zložkami Biktarvy boli hlásené závraty. **Nežiaduce účinky:** Časté nežiaduce účinky: bolesť hlavy, závrat, depresia, abnormálne sny, hnačka, nauzea, únava. Podrobnosti o nežiaducich účinkoch, pozri úplnú verziu SPC. **Predávkovanie:** Symptomatická liečba, pozri úplnú verziu SPC. **Uchovávanie:** V pôvodnom obale na ochranu pred vlhkosťou, v dôkladne uzatvorenej fľaši. Nepoužívajte, ak je prvok proti manipulácii na otvore fľaše zlomený alebo chýba. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Gilead Sciences Ireland UC, Carrigtohill, County Cork, T45 DP77, Írsko. **Registračné číslo:** EU/1/18/1289/001-002. **Dátum revízie textu:** 06/2019. **Dátum prípravy:** 08/2019. • **Výdaj lieku je viazaný na lekárske predpis. Liek nie je hrađený z prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Viac informácií si pozrite v úplnej verzii Súhrnu charakteristických vlastností lieku.**

Referencie: 1. Biktarvy SPC

HIV/SK/19-08//1719 • Dátum prípravy: august 2019

Gilead Sciences Slovakia s.r.o., Laurinská 18, 811 01 Bratislava

**GILEAD**Advancing Therapeutics.
Improving Lives.

Kazuistika

Typická oportúnna infekcia u novodiagnostikovaného HIV pacienta

Lenka Balogová

44-ročný pacient bol v máji 2018 privezený na internú ambulanciu UNLP v Košiciach po tom, ako doma stratil vedomie a pomohol sa. Podľa údajov od príbuzných posledný polrok schudol asi 10 kg, v noci sa pomáha, má inkontinenciu stolice, nevie sa poriadne najesť, používať príbor, nevie sa napiť, ani sám umyť. Nespoznáva známych ľudí, rodinu.

Počas tohto obdobia mal subfebrilitu do 37,3 °C a kašeľ, preto bol vyšetrený pneumológom. Pre pozitívny Quantiferon užíval 3 mesiace (február-apríl 2018) chemoprophylaxiu TBC (izoniazid, rifampicín). Po neurologickom vyšetrení a CT vyšetrení mozgu so záverom incipientnej difúznej atrofie mozgu a suspektnej HIV encefalopatie (príbuzní uviedli, že pacient je homosexuálne orientovaný) bol prijatý na Kliniku infektológie a cestovnej medicíny (KICM) UNLP v Košiciach.

Počas hospitalizácie na KICM bola potvrdená diagnóza HIV, s extrémne nízkym počtom CD4 T-lymfocytov ($0,03 \times 10^9/l$). V rámci kompletného vyšetrenia sa realizovalo aj vyšetrenie Quantiferonu, ktoré bolo negatívne. U pacienta bola zahájená antiretrovirová liečba HIV (tenofovir alafenamid, emtricitabin, elvitegravir, kobicistát, v dávke 1x1 tbl) a profylaktická liečba oportúnnych infekcií. Pacient bol po stabilizácii stavu prepustený domov. O 2 mesiace sa u pacienta objavili subfebrilita a bolestivé červené zdurené na krku. Urobili sa základné laboratorné a sérologické vyšetrenia. Pacient bol vyšetrený pneumológom, ktorý vzhľadom na možnú TBC, ev. mykobaktériovú etiológiu krčnej lymfadenopatie odporučil konzultáciu pacienta v NÚTPCH a HCH Vyšné Hágy, s extirpáciou krčnej lymfatickej uzliny (LU).

Vo Vyšných Hágach urobili excíziu abscedovanej LU na krku vpravo, evakuáciu hnisu a exkochleáciu spodiny. Zo získaného materiálu sa metódou PCR potvrdila prítomnosť *Mycobacterium tuberculosis* complex. U pacienta bola zahájená liečba - izoniazid, etambutol, pyrazinamid, pyridoxín a zároveň sa pokračovalo v antiretrovirusej liečbe HIV (tenofovir alafenamid, emtricitabin, elvitegravir, kobicistát). Liečba rifampicínom bola pred začatím HIV liečby ukončená.

Histologické vyšetrenie potvrdilo nekrotizujúci granulomatózny zápal, v ktorého centre je prítomná nekróza s bazofilným popraškom, na okraji nekrozy s epiteloïdnými histiocytmi s nepočetnými obrovskými viacjadrovými bunkami Langhansovho typu, periférne od

epiteloïdného lemu sú prítomné lymfocyty a prímies eozinofilných leukocytov. Stav bol hodnotený ako tuberkulózný zápal kože.

TBC a HIV

Tuberkulóza je jednou z najčastejších príčin smrti u pacientov s HIV infekciou. HIV infekcia je najčastejším rizikovým faktorom aktivácie tuberkulózy u ľudí infikovaných *Mycobacterium tuberculosis* a zvyšuje riziko vývoja tuberkulózy buď endogénnou aktiváciou, alebo exogénnou reinfekciou. Zároveň táto koinfekcia zvyšuje letalitu tuberkulózy v dôsledku imunosupresie u týchto pacientov. HIV infekcia je najdôležitejším faktorom rozšírenia tuberkulózy v populácii s vysokou HIV prevenciou.

K reaktivácii tuberkulózy u HIV-infikovaných dochádza už pri poklese CD4 T-lymfocytov k hodnotám okolo $300/mm^3$. Atypické mykobaktérie sa klinicky manifestujú pri podstatne hlbšom imunodefците ako tuberkulóza - pri hodnotách $50-100/mm^3$ CD4 T-lymfocytov.

Klinická manifestácia pľúcnej tuberkulózy a röntgenový obraz závisia od stupňa imunodeficitu. Klinické príznaky sú typické pre tuberkulózu, röntgenové obrazy sú atypické v dôsledku zlyhania adekvátnej zápalovej reakcie v zmysle „neskorej precitlivenosti“. Ložiská bývajú menej ohraničené, častý je miliárny rozsev, infiltráty bývajú rozsiahle a pomerne zriedkavo dochádza ku kolikvácii kazeózne nekrozy. Kaverny vznikajú pri AIDS zriedkavo. Častá je mimopľúcna tuberkulóza (uzlinová forma, bazilárna meningitída, postihnutie obličiek, sleziny, „tuberkulóza sepsa“). U imunodeficitných pacientov sa uplatňujú predovšetkým multirezistentné kmene. Pozitívita pri tuberkulínovom kožnom teste sa vzhľadom k prehlbujúcemu imunodeficitu postupne mení na úplnú anergiu. Preto akákoľvek zachytená reaktivita pri tuberkulínovom teste môže byť známku aktívnej tuberkulózne infekcie. Pri AIDS z mykobakteriôz ide najčastejšie o infekciu spôsobenú *Mycobacterium avium* complex (MAC), menej často *Mycobacterium kansasii*, *Mycobacterium chelonae*, *Mycobacterium haemophilum*. Obzvlášť nebezpečné sú disseminované formy. Pôvodcu ochorenia - *Mycobacterium tuberculosis* - dokazujeme mikroskopicky a kultivačne zo spúta, či iného biologického materiálu (pleurálny výpotok, krv, stolica, materiál získaný bronchoalveolárnou lavážou, alebo transbronchiálnou punkciou z uzliny). Výskyt tuberkulózy u pacientov s HIV infekciou sa dnes považuje za

jedno z kritérií AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome).

Liečbu tuberkulózy - pľúcnej aj mimopľúcnej - u HIV infikovaného pacienta začíname štvorkombináciou základných antituberkulotík podľa I. kategórie odporúčania WHO. V iniciálnej fáze sa odporúča podanie izoniazidu, rifampicínu, pyrazinamidu a etambutolu. K izoniazidu sa pridáva pyridoxín - 50 mg denne. V pokračovaní liečby sa názory autorov rôznia - niektorí odporúčajú dvojkombináciu antituberkulotík počas 4 mesiacov, iní trojkombináciu antituberkulotík počas 2-3 mesiacov, alebo dvojkombináciu počas 9-12 mesiacov. Liečba steroidmi môže spôsobiť ďalšiu depresiu imunity a zvýšiť riziko oportúnnych infekcií. Steroidy majú význam u pacientov s tuberkulóznou perikarditídou.

Primárna profylaxia pri tuberkulóze je pri HIV infekcii indikovaná pri tuberkulínovom teste, ktorý sa konvertoval o viac ako 5 mm, či pri expozícii. Pri infekcii MAC je primárna profylaxia indikovaná pri poklese CD4 T-lymfocytov pod $50/mm^3$. Pokiaľ sa aspoň 3-6 mesiacov počty CD4 T-lymfocytov pohybujú nad $200/mm^3$, možno uvažovať o ukončení profylaxie (súčasne sa podáva účinná antiretrovirová liečba).

Pri primárnej profylaxii MAC sa odporúča azitromycín 1 200 mg 1 x týždenne alebo klaritromycín 2 x denne po 500 mg.

Sekundárna profylaxia je po prekonaní infekcie MAC doživotná. Vhodné kombinácie sú - klaritromycín 500 mg 2 x denne + etambutol 15 mg/kg/deň alebo azitromycín 500 mg denne + etambutol 15 mg/kg/deň.

HIV-pozitívni pacienti majú v porovnaní s HIV-negatívnymi jedincami 70x vyššie riziko infekcie a 100x vyššie riziko vývoja aktívnej tuberkulózy.

Je potrebné zaviesť programy na kontrolu tuberkulózy s programom na kontrolu HIV infekcie, najmä v krajinách s vysokou prevenciou tuberkulózy. Princípom prevencie u tuberkulózy je vyhľadávanie a liečenie pacientov, čím sa prenos infekcie od zdroja preruší. Pri HIV infekcii je v prevencii dôležité stavať predovšetkým na zdravotnej výchove zameranej na modifikáciu spoločenského správania.

Na záver treba uviesť, že pacienta sa nám podarilo stabilizovať, ako z hľadiska HIV ochorenia, tak aj z tuberkulózneho ochorenia.*

*Kazuistika vznikla za podpory spoločnosti Gilead Sciences Slovakia s.r.o

Literatúra u autora.

Do redakcie došlo 19.8.2019.

MUDr. Lenka Balogová, PhD.

Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ a UN LP Košice
Rastislavova 43, 04190 Košice
lenka.balogova@unlp.sk

Právne okienko Monitoru Medicíny SLS

Novelizácia zákona č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach

a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony. MZ SR predložilo do medzirezortného pripomienkového konania (MPK) návrh zákona, ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 362/2011 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a ktorým sa menia a dopĺňajú niektoré zákony. Návrh zákona bol zverejnený na portáli slov-lex rámci MPK, číslo legislatívneho procesu LP/2019/556.

Návrh zákona sme zasielali všetkým predstaviteľom organizačných zložiek za účelom možnosti uplatnenia zásadných, prípadne obvyčajných pripomienok. Návrh zákona bolo možné pripomienkovať **od 23. 7. 2019 do 31. 7. 2019**.

Dôvod predloženia návrhu zákona podľa dôvodovej správy

Implementácia ustanovení nariadenia EP a RADY (EÚ) č. 2017/745 z 5.4.2017 o **zdravotníckych pomôckach** a nariadenia EP a Rady (EÚ) 2017/746 z 5.4.2017 o **diagnostických zdravotníckych pomôckach in vitro**, ktoré sú v kompetencii členského štátu.

Účinnosť zákona: 1. január 2020, okrem čl. I bodov 4, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34, 36, 60, 62, 63, 65 a 99, čl. II až čl. IV ktoré nadobúdajú účinnosť dňa **26. mája 2020** a čl. I bodov 2, 23, 25, 27, 29, 31, 33, 35, 37, 61, 64, 66, 67 a 100, ktoré nadobúdajú účinnosť dňa **26. mája 2022**. Zmeny návrhu zákona o liekoch a zdravotníckych pomôckach sú uvedené v **103** bodoch.

Navrhaným zákonom sa menia a dopĺňajú tieto zákony:

- Zákon Národnej rady Slovenskej republiky č. 145/1995 Z. z. o správnych poplatkoch v znení neskorších predpisov,
- Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov,
- Zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Najdôležitejšie pripravované zmeny:

- **zriadenie etickej komisie MZ SR** pre klinické skúšanie zdravotníckych pomôcok, jej kompetencie a **činnosť**,
- **zriadenie etickej komisie MZ SR** pre štúdie výkonu diagnostických zdravotníckych pomôcok in vitro, jej kompetencie a **činnosť**,

- ďalšie opatrenia na **zabránenie reexportu humánnych liekov** zaradených do zoznamu kategorizovaných liekov, resp. na zabezpečenie ich dostupnosti pre pacientov v SR,
- vypustenie niektorých pojmov, ktoré sú definované v nariadení (EÚ) 2017/745 nariadení (EÚ) 2017/746,
- úprava pojmu **Transfúzny liek**,
- zavedenie pojmu **výdaj**, aby sa zamedzilo jeho nesprávnemu výkladu,
- spresnenie ustanovenia, že odborný zástupca poskytovateľa lekárenskej starostlivosti vo verejnej lekární nemôže vykonávať činnosť odborného zástupcu na dvoch miestach činnosti pri poskytovaní lekárenskej starostlivosti vo verejnej lekární,
- uloženie povinnosti držiteľovi povolenia na zaobchádzanie s liekmi a so zdravotníckymi pomôckami
- bezodkladne požiadať o vydanie nového povolenia, ak došlo k takej zmene, ktorá vyžaduje vydanie nového povolenia,
- spresnenie formulácie právnych povinností vyplývajúcich z ustanovení § 12 ods. 3 písm. a), resp. z ustanovenia §14, ktorý upravuje prípravu inovatívnych liekov,
- navrhnutie nového spôsobu charakterizovania "bezplatné darcovstvo krvi", spresnenie náhrady darcom krvi, zahrňujúce občerstvenie počas darovania krvi, cestovné náhrady vrátane stravného,
- úprava internetového výdaja zdravotníckych pomôcok a diagnostických zdravotníckych pomôcok in vitro,
- určenie oprávnených subjektov na vykonávanie internetového výdaja (predaja) liekov a zdravotníckych pomôcok. Ide o kamenné verejné lekárne a kamenné výdajne zdravotníckych pomôcok, ktoré sú držiteľmi povolenia na poskytovanie príslušného druhu lekárenskej starostlivosti;
- doplnenie nových povinností pre osoby zabezpečujúce internetový výdaj z členského štátu EÚ do Slovenskej republiky,
- úprava povinnosti lekárenskej pohotovostnej služby,
- doplnenie nových farmakovigilančných povinností pre držiteľa registrácie lieku,
- doplnenie nových povinností a zákazy pre držiteľov povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti a žiadateľa o povolenie na vývoz ľudskej plazmy,
- doplnenie nových povinností pre ŠÚKL, ak sa domnieva alebo má dôvod domnievať sa, že zdravotnícka pomôcka a diagnostická zdravotnícka pomôcka in vitro spôsobila škodu, na požiadanie ma povinnosť poskytnúť požadované informácie a požadovanú dokumentáciu:

- a) potenciálne poškodenému pacientovi alebo používateľovi, a prípadne aj jeho právnenému nástupcovi,
- b) zdravotnej poisťovni pacienta alebo používateľa alebo
- c) iným tretím stranám, ktorých sa škoda spôsobená pacientovi alebo používateľovi dotkla;
- uloženie povinnosti zdravotníckym zariadeniam poskytnúť informácie uvedené v karte implantátu všetkým pacientom, ktorým bola zdravotnícka pomôcka implantovaná, a to spoločne s kartou implantátu, na ktorej je uvedená totožnosť pacienta, ktorému bola zdravotnícka pomôcka implantovaná. Táto povinnosť sa nevzťahuje na tieto implantované zdravotnícke pomôcky: šijací materiál, skoby, zubné výplne, zubné podpory a zubné svorky, zubné korunky, skrutky, klíny, platničky, drôty, kolíky a čapy, spony a prípojky a svorky,
- vytvorenie systému náhrady škody v zmysle článku 65 nariadenia (EÚ) č. 2017/74,
- zákaz pre predpisujúceho lekára vyžadovať od pacienta, aby sa pred predpísaním humánneho lieku podľa odseku 5, zdravotníckej pomôcky alebo dietetickej potraviny preskripcijným záznamom, zaregistroval na spoľahlivú webovú stránku tretej osoby,
- zákaz pre zdravotnú poisťovňu určovať pacientovi, v ktorej verejnej lekární alebo výdajni zdravotníckych pomôcok si má predpísaný humánny liek, predpísanú zdravotnícku pomôcku alebo predpísanú dietetickú potravinu vybrať,
- uloženie povinnosti držiteľovi povolenia na poskytovanie lekárenskej starostlivosti uchovávať lieky iba v lekární,
- uloženie povinnosti zdravotníckym pracovníkom, poskytovateľom zdravotnej starostlivosti, zdravotným poisťovňami, výrobcom a ich splnomocnencom bezodkladne oznámiť Štátnemu ústavu pre kontrolu liečiv závažnú nehodu zdravotníckej pomôcky sprístupnenej na trh a závažnú nehodu diagnostической zdravotníckej pomôcky in vitro sprístupnenej na trh,
- doplnenie a spresnenie správnych deliktov a stanovenie výšky pokút,
- určenie prípadov, kedy sa zdravotnícky pracovník a poskytovateľ dopustí iného správneho deliktu
- spolupráca Slovenskej lekárenskej komory so samosprávnym krajom pri organizovaní a nariaďovaní lekárenskej pohotovostnej služby,
- v Prílohe č. 1 k zákonu č. 362/2011 Z. z. je uvedený „Zoznam liečiv“, ktoré sa musia predpisovať len uvedením názvu liečiva.

V rámci medzirezortného pripomienkového konania uplatnilo viacero subjektov, vrátane odborných spoločností SLS zásadné a obvyčajné pripomienky, ktoré v čase prípravy tohto právneho okienka neboli prerokované na MZ SR.

Príprava: JUDr. Mária Mistríková

Kronika Monitoru medicíny SLS

K životnému jubileu primára MUDr. Michala Belašiča

Vážený pán primár MUDr. Michal Belašič,

bol by som nerád, keby sa na vážených, slušných, dobrých, múdrych ľudí - a nielen lekárov - zabúdalo. Je ľudské i prirodzené a predovšetkým kolegiálne, aby sme myšlienkami slovami i skutkami pripomínali svoje lekárske vzory, lebo si to zaslúžia. A Vy medzi nich patríte!

Veľké lekárske činy robia veľkých lekárov, ale je aj každodenná lekárska práca, obetavá a nezištná, ktoré tiež zdobia veľkých lekárov. Pri príležitosti 90 rokov pána primára MUDr. Michala Belašiča mi dovoľte reaktívnu reminiscenciu a skromnú laudáciu. Primár MUDr. Michal Belašič mi ukázal krásu a veľkosť internej medicíny vo forme „interna – regina et speculum medicinea“. Narodil sa 14.10.1929 v Ivanke pri Dunaji a svoju profesionálnu túžbu začal naplňovať po promócii LF UK v Bratislave r. 1954. Ani si nestihol uvedomiť, že vysokoškolské roky sú preč. Dostal umiestnenku do nemocnice v Peseranech, ktoré neboli ani na mape Československa. Len z počutia sa dozvedel, že je to niekde v lučeneckom okrese. Autobusom prišiel do Lučenca, kde mu povedali, že Peserany sú medzi Veľkým Krtišom a Želovcami, kde bol nemocničný monoprímarát a kde sa liečilo „všetko“. Chcel byť chirurgom. V Peseranech rýchlo pochopil, že keď chce operovať, najprv musí kolegovi uspať pacienta, aby jemu kolega lekár tiež uspal pacienta, ktorému bolo treba vybrať zapálené, „slepé črevo“. Predoperačné vyšetrenie si robil sám. Ako spomína – bola to medicína sui generis. V mladých lekárskejších časoch ešte niekoľko rokov robil aj obvodného lekára vo Veľkej Čalomiji, kde doteraz s láskou spomínajú na svojho „obvodáka“. Ale najviac mu učarilo vnútorné lekárstvo. S krátkym intermezom, keď vykonával funkciu riaditeľa Okresného ústavu národného zdravia novovzniknutého okresu Veľký Krtíš (1968). Neskôr pracoval dlhé

roky ako prednosta interného oddelenia, ale aj predseda Spolku lekárov JEP, predseda komisie účelnej farmakoterapie a komisie pre antibiotiká, bol aktívnym organizátorom a účastníkom Novohradsko-gemerských lekárskech a zdravotníckych dní na juhu Slovenska. Ja som nastúpil na jeho interné oddelenie roku 1979. Mal som rád jeho štýl práce, poriadok a organizáciu, pozorne som ho počúval počas vizít, hoci hovoril dosť ticho. Niektoré príjemné postrehy po rokoch. Počas veľkej vizity priniesli pacienta na lehátku v bezvedomí na chodbu oddelenia, primár Belašič prerušil vizitu, priložil fonendoskop na hrudník a počúval asi 2-3 minúty. V duchu som si pomyslel, robí divadlo. Potom sa otočil k nám a tichým hlasom hovorí (doteraz ho počujem) - fibrilačno-predsievňová arytmia s mitrálnym stenotickým vitom so suspektnou embóliou do mozgu a prejavom mozgovej príhody. Bez EKG, bez echa, bez CT... Hneď som urobil lumbálnu punkciu, nebolo krvácanie pod pleň alebo do iných štruktúr mozgu, nebola xantochromia liquoru, dali sme 10 000 j heparínu do žily, pacient sa začal preberať a na internom oddelení nezomrel. V mojej rezidentskej lekárskej hlave bolo rozhodnuté. Chcem byť internista. A primariát – to je lekárska dokonalosť. Pamätám si jedno raňajšie sedenie a hlásenie o službe počas 48 hodinového víkendu. Mladý lekár (skončený cum laude), šikovný a sčítaný kolega, referoval o exite mladého človeka, 35-ročného etyliku na delirium tremens. Čo všetko mu dal do žily a do infúzie (faustan, manitol, heminevrin, pyridoxin, thamin, chlorprothixen), konzultoval ARO, toxikológiu, že urobil všetko, čo sa dalo a bolo písané v zdravotníckej literatúre. Primár mu odpovedal s určitým hnevom v hlase: „Neurobili ste všetko!“ „Čo som neurobil?“ pán primár. „Nezavolali ste ma.“ Vtedy som si

prvýkrát uvedomil, ako by som ja - ako primár reagoval... Svoje chirurgické zručnosti zužitkoval pri svojich punkčných výkonoch pečeneových, obličkových a evakuačných všetkých telesných dutín, laparoskopoval, robil semiflexibilnú gastroskopiu, rektoskopiu, počas jeho primárovania sa zaviedlo funkčné vyšetrenie kardiovaskulárneho systému (ergometria, polykardiografia), reohepatografia, grafický záznam reflexu Achilovej šľachy, spirometria, nefroparametria, šli sa malé rany, extrahovali sa večer alebo v noci zuby (ak boleli). Jeho 1% prokaínové obstruktory presakovali už v ten deň postavili na nohy mnohých vertebrogénnych pacientov. Začal som to aj ja, ale hneď prvý pacient dostal alergickú reakciu, tak som pokračoval v 1% mezokaínových periarthroinfiltračných výkonoch. Darmo – platí (a nielen v medicíne) - keď dvaja robia to isté, nie je to isté. Po čase sa mi priznal, že vždy večer robil malý probatórny pupenec pacientovi do kože, ako reaguje na prokaín. Koncom roku 1989 sa vzdal funkcie prednostu interného oddelenia a začal pracovať ako poliklinický internista a svoje lekárske umenie ukončil v rodnom meste Ivanka pri Dunaji ako všeobecný lekár pre dospelých. Pracoval do 80 rokov svojho veku v dobrej telesnej i duševnej sile.

Vďaka a úcta by sa mala vyjadriť pozeraním na človeka zdola nahor. Preto sa virtuálne skláňam pred Vami pán primár a nahlas Vám hovorím za zdravotníckych pracovníkov regiónu Gemera a Novohradu i za občanov Veľký Krtíš: „Máme Vás radi a ďakujeme!“

Vážený pán primár, s vďakou a úctou na Vás myslíme a želáme Vám, aby ste s minimálnymi algiami, v dobrom kardiorespiračne kompenzovanom stave, s optimálnymi synaptickými prevodmi, v tlakovej normotenzii a v pulzovej normofrekvencii nažili, nech Vám zmysly dlho slúžia a teloméry nechudnú...

MUDr. Ondrej Kollár

Váš sekundár a teraz emeritný primár interného oddelenia

Kronika Monitoru medicíny SLS

K významnému životnému jubileu MUDr. Dagmar Mozolovej, CSc.

MUDr. Dagmar Mozolová, CSc., je významná slovenská detská lekárka, reumatologička. Po pri lekárskej klinickej praxi publikovala celý rad prác z oblasti svojho klinického záujmu. Pracovala aj ako výskumná pracovníčka VÚRCH Piešťany a ako ordinárka pre reumatológiu.

MUDr. Dagmar Mozolová, CSc., sa narodila 14.5.1939 v Bratislave. Po maturite na gymnáziu absolvovala štúdium na LF UK v období r. 1957-1963. Po promócii krátky čas pracovala v SAV, neskôr v OÚZ v Nitre. R. 1967 nastúpila na

I. detskú kliniku LF UK v Bratislave, kde pôsobila nepretržite do r. 2017 ako sekundárna lekárka, výskumná pracovníčka VÚRCH Piešťany (detašované pracovisko) a neskôr ako ordinárka pre reumatológiu. Popri práci na klinike sa venovala aj výskumu a priebežne obhájila 3 výskumné úlohy s reumatologickou a imunologickou tematikou ako samostatná riešiteľka.

V období po roku 1968 bola I. detská klinika LF UK jediným pracoviskom na Slovensku, ktoré sa zaoberalo diagnostikou a liečbou



reumatických chorôb u detí. Široká paleta chorôb detí z celého Slovenska umožnila diferenciálne diagnostikovať aj mnohé zriedkavé ochorenia, niekedy aj s genetickým rysom, čo vyústilo do autorkiných početných unikátnych publikácií s vlastným dokumentačným materiálom, ktoré boli uverejnené v domácich a zahraničných odborných časopisoch.

MUDr. Mozolová postupne získala atestáciu I. a II. stupňa z pediatrie a atestáciu z reumatológie. R. 1981 obhájila kandidátsku dizertačnú prácu na tému „Extraartikulárne manifestácie pri juvenilnej reumatickej artritíde“. Počas pôsobenia na I. DK DFN a LF UK publikovala 66 vedeckých prác, z toho 57 ako prvá autorka. MUDr. Mozolová je aj spoluautorkou viacerých knižných publikácií s prof. MUDr. J. Rovenským, DrSc., ktoré vyšli nielen v slovenskom ale aj v anglickom jazyku. Jej inštruktívna monografia „Detská reumatológia v obrázkoch“ so spoluautorom MUDr. Dallosom, PhD., je výsledkom jej vyše 40-ročnej praxe v detskej reumatológii.

Kniha bola ocenená Slovenskou pediatrickou spoločnosťou ako najlepšia knižná publikácia r. 2014. V zborníku Vybrané kazuistiky v reumatológii má autorka 8 zaujímavých prác z klinického materiálu. Dlhšiu dobu pracovala aj v reumatologickej ambulancii MV SR pre dospelých, pričom využila svoje odborné znalosti v diferenciálnej diagnostike závažných ochorení, ktoré patria medzi systémové choroby spojiva a vaskulitidy. Aj po skončení aktívneho zamestnania menovaná naďalej publikuje výsledky svojej dlhoročnej praxe (In vitro, Lekársky obzor a i.).

MUDr. Dagmar Mozolová, CSc., bola v priebehu odbornej činnosti ocenená Striebornou aj Zlatou medailou „Propter merita“ Slovenskej pediatrickej spoločnosti SLS a aj Slovenskej reumatologickej spoločnosti SLS. R. 2002 jej udelila Slovenská reumatologická spoločnosť cenu za najlepšiu publikáciu a r. 2004 jej bolo udelené touto spoločnosťou aj čestné členstvo. R. 2009 dostala Medailu založenia Spoločnosti lekárske-slovanskej. Opakovane absolvovala zahraničnú

stáž v Reumatologickom inštitúte vo Varšave a získané poznatky uviedla do rutinných vyšetrení na pracovisku I. DK DFN a LF UK.

MUDr. Mozolová má dcéru - detskú očné lekárku a 2 už dospelých výnimočných vnukov. K jej záľubám patrila pešia turistika, má rada slovenské hory (Malá Fatra, Nízke Tatry). V mladšom veku hrala na klavíri, neskôr si obľúbila najmä folklór.

Vážená pani doktorka, ďakujeme Vám za vzornú prácu lekára, pre ktorého bol pacient vždy na prvom mieste. Ďakujeme Vám za príklad lekára, ktorý čerpal zo svojej práce množstvo myšlienok a skúseností, o ktoré ste sa dokázali podeliť cez svoje publikácie s ostatnými. Želáme Vám do ďalších rokov veľa zdravia, veľa neutechajúceho optimizmu a viery, že medicína sa nikdy neodkloní od pacienta a vždy tu bude najmä pre neho.

Ad multos annos!

*Prof. MUDr. Jozef Rovenský, DrSc.,
prof. MUDr. Marián Bernadič, CSc.*

Kronika Monitoru medicíny SLS

K životnému jubileu prof. Ing. Ivana Frollo, DrSc.

13. novembra 1939 sa v Prešove narodil popredný slovenský odborník v oblasti meracích metód a prístrojov pre medicínu, vedec a vysokoškolský pedagóg, dlhoročný riaditeľ Ústavu merania SAV a člen Spoločnosti biomedicínskeho inžinierstva a medicínskej informatiky SLS, profesor Ing. Ivan Frollo, DrSc.

Prof. Frollo zmaturoval na gymnáziu v Košiciach a po promócii na Elektrotechnickej fakulte SVŠT v Bratislave nastúpil v roku 1963 ako vývojový pracovník do podniku Tesla Elektroakustika. V auguste 1963 nastúpil na internú aspirantúru v Ústave teória merania SAV, kde jeho školiteľom bol RNDr. Ing. Juraj Bolf, CSc. Ešte pred obhajobou absolvoval 3-mesačný študijný pobyt na Ústave srdcovej a cievnej chirurgie Akadémie vied ZSSR, ktorý výrazne ovplyvnil jeho začínajúcu vedeckú dráhu.

Po obhájení kandidátskej dizertačnej práce (1967) bol poverený vedením výskumnej skupiny pre biologické merania a konštrukciu elektronických meracích prístrojov pre biológiu a fyziológiu. V spolupráci s akad. Karolom Šiškom a Ústavom experimentálnej chirurgie SAV sa v období 1969 - 1978 venoval výskumu a vývoju prístrojov pre mimotelový a podporný krvný obeh a pre intraaortálnu kontrapulzáciu. Spolupracoval tiež s prim. prof. MUDr. Jozefom Labusom a Ústavom respiračných chorôb v Novom Smokovci, pre ktorý vyvinul a realizoval celý rad originálnych prístrojov pre respirológiu, a s prof. MUDr. Ladislavom Šoltésom a II. detskou klinikou v Bratislave v oblasti neinvazívnych metód merania tlaku krvi u detí najmladšej vekovej skupiny.

Od roku 1978 pôsobil na Ústave merania SAV vo funkcii vedúceho Oddelenia automatizovaných systémov merania. V roku 1992 obhájil doktorskú dizertačnú prácu (DrSc.) na tému: Meracie metódy a systémy pre lekárske výskum. V období 1998 - 2006 bol riaditeľom ústavu, v súčasnosti je vedúcim Oddelenia zobrazovacích metód s orientáciou na tomografiu na princípe nukleárnej magnetickej rezonancie (NMR) pre medicínske a fyzikálne účely.

Ako pedagóg pôsobil prof. Frollo najmä na Strojníckej fakulte a Fakulte elektrotechniky a informatiky STU Bratislava. Na SJF STU sa roku 1993 habilitoval na docenta a roku 1995 na tej istej fakulte inauguroval a stal sa vysokoškolským profesorom v odbore Meracia technika. Prednášal a cvičil predmety Biomedicínska elektronika, Biomedicínske prístroje a biomedicínske merania, Diskrétné spracovanie biosignálov a rad ďalších. Bol tiež garantom doktorandského štúdia a dlhodobým predsedom Spoločnej odborovej komisie doktorandského štúdia v odbore Bionika a biomechanika. Vychoval 12 doktorandov, z ktorých viacerí zastávajú významné vedecké pozície v zahraničí. Bol tiež členom a predsedom štátnicových komisií a komisií pre obhajoby dizertačných prác.

Za jeho pedagogickú a vedeckú činnosť mu v roku 2005 minister školstva a vedy udelil Veľkú medailu sv. Gorazda. Bol ocenený aj Pamätnou medailou pri príležitosti 60. výročia založenia Strojníckej fakulty TU v Košiciach (2012), Medailou za spoluprácu s Katedrou automatizácie a merania SJF STU Bratislava (2004), Striebornou



medailou k 50. výročiu založenia Elektrotechnickej fakulty Žilinskej univerzity (2003), Pamätným listom k 40. výročiu založenia Katedry elektrotechniky Strojníckej fakulty STU Bratislava (2001) a Pamätnou medailou k 60. výročiu založenia Fakulty elektrotechniky a informatiky STU, Bratislava (2001).

Prof. Frollo absolvoval početné zahraničné študijné a vedecké pobyty v USA, Rusku, Nemecku, Švédsku, Francúzsku, Japonsku, Austrálii, Hong-Kongu, Fínsku, Brazílii a Kanade. Najdlhšie (1977-1978) pôsobil na University of California v Berkeley, kde sa venoval najmä problematike mikropočítačovej techniky a experimentom na báze magnetickej rezonancie. Navštívil aj 15 ďalších amerických univerzít a tak získal rozsiahle vedomosti z oblasti biomedicínskeho inžinierstva, mikropočítačovej techniky, ale predovšetkým z oblasti magnetickej rezonancie. Po návrate z USA inicioval výskum v oblasti zobrazovania na báze NMR na Ústave merania SAV a roku 1982 prezentoval prvé zobrazenia biologických vzoriek (do 10 cm) na malom NMR tomografe. Následne spolu so

svojimi spolupracovníkmi realizoval kompletne NMR zariadenie a tak sa ústav zaradil medzi málo európskych pracovísk, na ktorých prebiehal intenzívny výskum v tejto problematike.

Ťažiskom odbornej a vedeckej činnosti prof. Frollo bolo vždy riešenie projektov prepojených s praktickými aplikáciami v oblasti medicíny, ale aj biológie a fyziky. Už dlhší čas je jeho vedecký záujem zameraný na problematiku NMR, metódy zobrazovania na princípe NMR, zobrazovanie pľúc pomocou hélia, fyziku a metodiku hyperpolarizácie a digitálne rádiologické systémy. Patrí medzi zakladateľov tohto výskumu na Slovensku a svojou vedecko-výskumnou aktivitou dlhodobo ovplyvňuje rozvoj merania a meracej techniky najmä v medicínskej oblasti. Na tomografe, ktorý bol postavený ako prvý na Slovensku bola vychovaná celá generácia expertov na NMR. Časť z nich ďalej pôsobí na ústave, ale mnohí sa úspešne presadili v zahraničí a dodnes čerpajú z vedomostí získaných na tomto tomografe.

V poslednej dobe sa prof. Frollo venuje zobrazovaniu nanoštruktúr pomocou metód NMR, ktoré možno využiť v biomedicínskych aplikáciách, napríklad v personálnej medicíne, ale aj v materiálovom a chemickom inžinierstve, alebo pri ochrane cien a dokumentov. Aj v súčasnosti je zodpovedným riešiteľom APVV a VEGA projektov.

Prof. Frollo je medzinárodne uznávaný odborník vo vednom odbore „Meracia technika“. Má bohatú prednáškovú aktivitu na domácich i zahraničných vedeckých podujatiach a bohatú publikačnú činnosť vo vedeckých časopisoch. Spolu publikoval viac ako 400 vedeckých publikácií, z toho 112 v impaktovaných časopisoch evidovaných v databázach WOS a SCOPUS. Je autorom 22 patentov, ktoré našli uplatnenie tak vo výskume ako aj v praxi. Medzi patenty orientované na medicínsky výskum možno uviesť napr.: Fotoelektrické zariadenie na meranie pohybu bránice z röntgenového štítu, prístroj na neinvazívne meranie krvného tlaku,

synchronizované paralelné dvojfázové čerpadlo na pneumatický pohon, zariadenie na reguláciu výkonu čerpadla pri podpornom obeh v kardiochirurgii, ultrazvukový indikátor rýchlosti toku krvi na meranie krvného tlaku, fotoelektrický tlakomer s predpätou membránou, elektrometrický prístroj na meranie trecích síl v kvapalnom prostredí a rad patentov a autorských osvedčení orientovaných na technické vybavenie prístrojov na báze magnetickej rezonancie.

Za svoju vedeckú činnosť získal prof. Frollo viacero ocenení, medzi najvýznamnejšie možno uviesť: Member of Central European Academy of Science and Art (2000), Zaslúžilý pracovník SAV, zlatá medaila udelená Predsedníctvom SAV a SV OZ pracovníkov školstva a vedy (1984), Cena SAV „Za príspevok k rozvoju tomografických zobrazovacích metód na princípe NMR“ (1987), Strieborná plaketa A. Stodolu SAV „Za zásluhy v technických vedách“ (1989), Zlatá plaketa A. Stodolu SAV „Za zásluhy v technických vedách“ (1999), Zlatá medaila Johann Andrea von Segnera „K 85. výročiu metrologie na Slovensku“ (2004), Pamätný list za rozvoj metrologie na Slovensku „Pri príležitosti 130 výročia Metrickej konvencie a 50. výročia založenia Medzinárodnej organizácie pre legálnu metrologiu“ (2005), Medaila SAV za podporu vedy SAV (2005), Zlatá medaila SAV „Za celoživotnú prácu v oblasti vedy“ (2009), Cena SAV „Pracovníkom Národného centra NMR za budovanie prístrojovej infraštruktúry“ (2009), Prémia Literárneho fondu „Za rozvoj slovenskej vedy doma i v zahraničí – za celoživotné dielo“ (2012), Ocenenie Predsedníctva SAV „Významné osobnosti SAV“ 2014, Cena SAV „Za vedenie mladých vedeckých pracovníkov“ (2015), Cena SAV „za popularizáciu vedy“ (2015).

Mnohé ocenenia získal prof. Frollo za vedecké prístroje a zariadenia, ktoré realizoval, napríklad: Zlatú medailu Interlab' 71 (ako člen kolektívu) za „Zariadenie pre podporný obeh krvi“, (1971), Cenu I. stupňa ČSAV a SAV za „Klinickú synchronizačnú jednotku“ (1975), Cenu

I. stupňa ČSAV a SAV za „Reflexometer M8081“ (1980), Čestné uznanie v súťaži o najlepší vynález za „Ultrazvukový detektor UZD – 80“, výstava RACIO (1981), Čestné uznanie ČSAV a SAV za „Generátor impulzov pre NMR G – 8082“ (1982), Čestné uznanie Praha DNT ,86 za „NMR tomograf TMR-86“ (1986).

Prof. Frollo bol, a aj v súčasnosti je členom viacerých medzinárodných redakčných rád domácich a zahraničných vedeckých časopisov. Je zakladateľom a šéfredaktorom medzinárodného on-line časopisu MEASUREMENT SCIENCE REVIEW, ktorý Ústav merania SAV vydáva od roku 2001 a ktorý je v súčasnosti indexovaný v CCC, WoS, Scopus a v 40 ďalších databázach. Je zakladateľom významnej medzinárodnej konferencie MEASUREMENT, ktorá sa od roku 1997 koná každé 2 roky na zámku v Smoleniciach.

Spomenuté aktivity prof. Frollo iste nie sú úplným pohľadom, ktorý by umožnil podrobné ocenenie všetkých aspektov jeho vedeckého, spoločenského aj ľudského profilu, a jeho všestrannej angažovanosti. Je to nadšenec, ktorý nelutuje čas ani energiu pre dobro vecí, vedy aj ústavu. Vie si však nájsť aj chvíle voľna, kedy sa utieka do prírody, k práci v záhrade alebo k hudbe, ktorú miluje, a rád si zahrá na klavíri, gitare alebo husliach.

Vážený pán profesor, milý Ivan, v mene všetkých Tvojich spolupracovníkov, terajších i bývalých, v mene vedenia Ústavu merania SAV i vo svojom mene, dovoľujem si srdečne Ti zablahoželať k Tvojmu životnému jubileu. Prajeme Ti veľa zdravia a spokojnosti, veľa ďalších tvorivých nápadov a možností ich realizácie vo vedeckých projektoch a tiež veľa radosť a spokojnosť v kruhu Tvojej rodiny.

*Doc. Ing. Milan Tyšler, CSc.
Predseda výboru Spoločnosti biomedicínskeho
inžinierstva a medicínskej informatiky, SLS
Vedecký tajomník Ústavu merania SAV*

Kronika Monitoru medicíny SLS

K životnému jubileu profesora Jozefa Hašta

Profesor MUDr. Jozef Hašto, PhD., je významný slovenský psychiater, vedec a pedagóg. Narodil sa 8.5.1949 v Banskej Štiavnici v rodine obchodníka Jozefa Hašta (narodeného v USA), ktorý po 2. svetovej vojne spravoval továreň a predajne na obuv. Keď mal Jozef 9 rokov, jeho otca uväznili komunistický režim. Súčasťou trestu bolo aj prepadnutie majetku v prospech štátu. Otca prepustili z väzenia a rehabilitovali až keď mal Jozef 16 rokov. Tento zážitok podnietil záujem mladíka o ľudskú psychiku a vyústil do rozhodnutia študovať psychiatriu.

Profesor Jozef Hašto patrí medzi kľúčové postavy slovenskej psychiatrie. Je autorom

mnohých odborných publikácií, ale aj publikácií pre laickú verejnosť. Jeho práce boli preložené do cudzích jazykov. Medicínu vyštudoval na Fakulte všeobecného lekárstva Univerzity Karlovej v Prahe (1967 – 1973). Po promócii nastúpil do Krajskej psychiatrickej liečebne v Pezinku (1973–1982). Tu, v kolíske slovenskej psychiatrie, v ňom kolegovia našli nielen oddaného priateľa, ale aj múdreho a sčítaného lekára, ktorý rád odovzdával svoje vedomosti ostatným. Už počas pezinského pôsobenia sa prejavoval ako výnimočná osobnosť s vysokými vedomostnými a etickými nárokmi na seba. Hltal celú oblasť psychiatrie a vždy rád vykročil k disciplinám,



ktoré so psychiatriou hraničili, ako etológia, filozofia a umenie. Osobitne ho zaujímala problematika depresí. Pacientom, ktorí ňou trpeli, aplikoval spánkovú depriváciu, metódu dovtedy

nepoužívanú a jej efekt pedantne dokumentoval. V roku 1982 zmenil pôsobisko a nastúpil do Trenčína ako jeden z mála nestraníkov na primárské miesto na Psychiatrické oddelenie NsP Trenčín, z ktorého sa neskôr stala Psychiatrická klinika FN Trenčín. Z osobných referencií vieme, akú zvedavosť a očakávanie v nemocnici i za jej múrmi a samozrejme najviac u kolegov psychiatrov vzbudil príchod mladého lekára do Trenčína. Primár Hašto si dokázal vo veľmi krátkom čase vybudovať autoritu a v trenčianskom regióne uvádzal do praktického života to, čo ako hlavný autor postuloval v Reforme psychiatickej starostlivosti v SR. Osobne sa zaslúžil o budovanie regiónu štandardnej starostlivosti a Denný psychiatrický stacionár na Palackého ulici v centre mesta sa stal za krátky čas legendou v slovenskej psychiatickej obci. Stacionár slúžil predovšetkým pacientom, ale využíval sa aj na edukáciu verejnosti a psychotherapeutické výcviky. Viacerí máme v živjej spomienke, s akým entuziazmom a vkusom osobne zariaďoval a vyzdobil priestory DPS. Brázda, ktorú v tomto kraji Jozef Hašto vyhlbil, bola naozaj impozantná. Ako primár bol náročný ku kolegom, veľa vyžadoval, ale aj veľa dával. Jeho trenčianske roky ukončil zúžený priestor, ktorý mu nastavili politickí nominanti vedenia nemocnice, a aby mohol znovu slobodne dýchať, musel svoje dieťa - trenčiansku psychiatriu, opustiť.

V odbore psychiatria získal atestáciu I. stupňa (1977) a II. stupňa (1980). Roku 1990 pôsobil na ministerstve zdravotníctva ako poradca pre psychiatriu. Roku 1999 získal Európsky psychotherapeutický certifikát. Od r. 2005 pôsobí aj ako vysokoškolský pedagóg na Fakulte zdravotníctva a sociálnej práce v Trnave, kde sa stal aj hostujúcim docentom. Habilitoval sa na Vysoké škole sv. Alžbety v Bratislave (2011). V posledných rokoch prednáša na Univerzite v Olomouci a svoje

skúsenosti zo psychotherapie odovzdáva mladým lekárom v rámci špecializačného štúdia na SZU.

Je propagátorom komunitnej psychiatickej starostlivosti. Okrem odbornej práce venuje veľa úsilia publikovaniu a osvete – hlavne búranie predsudkov o psychiatrii, ktoré mnohým ľuďom bránia včas vyhľadať odbornú pomoc a získať lepšiu kvalitu života. Z jeho diel uvádzame aspoň niektoré: *Terapia depresí* (Trenčín: Vydavateľstvo F, 1995), *Reintegrácia psychosociálne postihnutých do spoločnosti* (spoluautor), (Trenčín: Vydavateľstvo F, 1998), *Reforma psychiatickej starostlivosti* (spoluautor), (Trenčín: Vydavateľstvo F, 1999), *Autogénny tréning* (Trenčín: Vydavateľstvo F, 2006; Triton, 2004), *Vzťahová väzba* (Trenčín: Vydavateľstvo F, 2005) a *Posttraumatická stresová porucha. EMDR a autogénny tréning pri pretrvávajúcom ohrození, prípadová štúdia*. Významné sú aj jeho preklady odbornej literatúry. Vo vydavateľstve F v Trenčíne mu vyšlo 13 monografií preložených z nemčiny. Možno spomenúť aj veľa vyžadaných prednášok a prednášok na medzinárodnej úrovni, vyžadané prednášky na domácich odborných podujatiach a tiež citovanosť jeho prác v domácej a zahraničnej literatúre. Okrem toho napísal aj niekoľko učebníc, skriptá, pripravil tri učebné programy pre vysokoškolských študentov.

Získal celý rad významných ocenení, napríklad ocenenie Osobnosť roka Mesta Trenčín za rok 2000 v oblasti zdravotníctva, v roku 2009 cenu Biela vrana, ktoré udeľuje Aliancia Fair-play a VIA IURIS. Čestné členstvo v Českej psychiatickej spoločnosti JEP 2009 za prínos pre českú psychiatriu. Profesor Jozef Hašto získal aj Cenu Ligy za duševné zdravie SR za dlhodobý prínos pre duševné zdravie, za vytrvalú snahu o komplexnosť liečby psychických porúch, za jeho priekopníctvo v oblasti psychotherapie a zavádzania denných psychiatrických stacionárov na

Slovensku, za jeho iniciatívu v oblasti vzdelávania a významné edičné prínosy. Za systematickú prezentáciu tém duševného zdravia medzi odbornou aj laickou verejnosťou, za neúnavnú propagáciu myšlienok LDZ SR nielen v rámci trenčianskeho regiónu ale aj v rámci celého Slovenska s výrazným osobným nasadením.

9. novembra 2016 ho prezident SR vymenoval za profesora v odbore sociálna práca.

Manželka MUDr. Mária Haštová je psychiatrička a psychotherapeutka v súkromnej praxi, rovnako ako dcéra MUDr. Natália Kaščáková. Mladšia dcéra MUDr. Nina Bližnáková pracuje ako sekundárna lekárka na Detskej klinike SZU v Bratislave.

Jubilant, dlhoročný člen redakčnej rady časopisu *Psychiatria – psychotherapia – psychosomatika*, je narodený v znamení býka. Bez toho, žeby sme preceňovali charakteristiku znamenia, v ktorom sa človek narodí, nemôžeme si nevšimnúť niektoré typické črty ako vytrvalosť, pedantnosť, zaujatie pre vec, systematickosť. Jeho húževnatosť je doslova „priam býčia“. Profesor Hašto je totiž jeden z mála, ktorý ide za svojou pravdou aj proti sile moci. Ukázal to na medicínskej obhajobe prípadu Hedvivy Malinovej a podstatnou mierou sa zasadil o to, aby štátna moc z nej neurobila politickú obeť.

Milý Jozef, v mene redakčnej rady ti želáme, aby ťa do ďalších plodných rokov sprevádzalo to, čo doposiaľ. Sviežosť, zvedavosť, originálne nápady, priateľskosť – a aby sme nezabudli na to najdôležitejšie - tvoja rola milujúceho manžela, otca, deda. Uživaj si ju nekonečne dlho.

Ad multos annos!

*Pavol Černák, Marián Bernadič
za redakčnú radu Psychiatria, psychotherapia,
psychosomatika*

Kronika Monitoru medicíny SLS

100 rokov od narodenia profesora MUDr. Ivana Šimkovica, DrSc.

Čoskoro si pripomenieme neuveriteľných 100 rokov od narodenia veľikána slovenskej kardiovaskulárnej chirurgie prof. MUDr. Ivana Šimkovica, DrSc. Profesor Ivan Šimkovic sa stal priekopníkom modernej slovenskej chirurgie v druhej polovici XX. storočia, pričom najviac úsilia venoval rozvíjaniu v tom čase najmladšej chirurgickej disciplíny – chirurgii srdca. V kardiochirurgii dosiahol najvyššie méty, aké človek len môže dosiahnuť. Popri nej sa venoval aj cievej chirurgii a nezanebával ani všeobecnú a hrudníkovú chirurgiu. Obrovské úsilie venoval aj experimentálnej chirurgii.

Dnes už nežije veľa svedkov jeho mimoriadne plodných a úspešných aktivít lekára, chirurga, vedca, výskumníka, pedagóga a publicistu.

Popri profesorovi Šimkovicovi vyrástli desiatky vynikajúcich lekárov, chirurgov v rôznych chirurgických disciplínach. Bol mimoriadne múdrom, trpezlivým, dobrosrdečným a v neposlednom rade skromným človekom - bez rozdielu, či ho s odstupom času hodnotíme ako lekára – chirurga, vedúceho pracovníka, vedca, pedagóga alebo examinátora. Celý život sa pridržal overených pravd a zásad, ktoré mu vštepila starostlivá rodičovská výchova. Jeho ľudské vlastnosti a zásluhy na medicínskom poli boli dôvodom, prečo sa stal „celebritou“ v plnom význame tohto v súčasnosti už sprofanovaného slova.

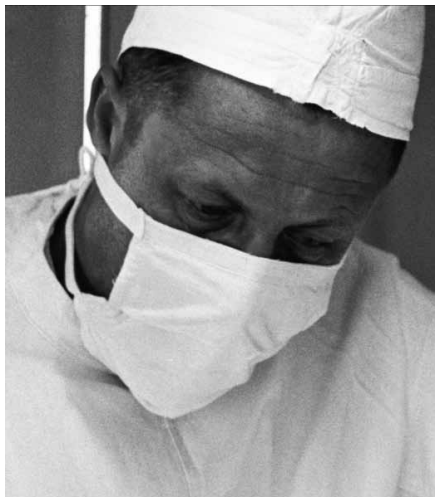
Professor Šimkovic sa narodil do rodiny luteránskeho farára v Senici 28. júna 1919. Po gymnaziálnych štúdiách v Senici a Malackách



sa prihlásil na Lekársku fakultu Univerzity Komenského, štúdium medicíny ukončil r. 1944. Po skončení štúdia nastúpil na Chirurgickú kliniku Univerzitnej nemocnice v Bratislave, kde bol prednostom profesor Konštantín Čársky. Možno povedať, že chirurgii a najmä kardiochirurgii zasvätil profesor Šimkovic plné dve tretiny svojho

plodného života. Aktívne pracoval takmer do konca života - aj po odchode do dôchodku (1990), kedy odovzdal vedenie Kliniky kardiovaskulárnej chirurgie Ústave kardiovaskulárnych chorôb (ÚKVCH) svojmu nástupcovi prof. V. Fischerovi, CSc. Profesor Ivan Šimkovic zomrel 26. októbra 2007 v Bratislave.

Profesor Šimkovic pri operácii srdca.



Základy chirurgie si profesor Ivan Šimkovic osvojil na Chirurgickej klinike Lekárskej fakulty UK v Univerzitnej nemocnici v Bratislave, vtedajšej vlajkovej lodi slovenskej chirurgie pod vedením vynikajúceho a vzdelaného chirurga prof. MUDr. K. Čárskeho, žiaka profesora Kostlivého. Hrudnej a srdcovej chirurgii sa venoval od príchodu na novo založené pracovisko – II. chirurgickú kliniku LF UK, vedenú akad. Karolom Šiškom r. 1951. Vedeckú hodnosť CSc. dostal r. 1957, DrSc. obhájil r. 1966. R. 1959 sa stal docentom chirurgie a r. 1967 univerzitným profesorom chirurgie. Mal zásadnú zásluhu na tom, že na Slovensku vznikla kardiouchirurgia ako samostatný chirurgický odbor. Jeho obrovskou zásluhou bola konštrukcia originálneho slovenského prístroja pre umelý obeh krvi v spolupráci s doc. Dr. Ing. Jurajom Bolfom, CSc., ktorý pracoval v Laboratóriu meracích prístrojov SAV. Išlo

o modifikáciu prístroja podľa Lillehei-De Walla. V podniku Chirana Stará Turá sa vyrábala sériovo asi 20 rokov a všeobecne sa používal nielen v celom Československu, ale aj v Rakúsku, Poľsku a ZSSR (napr. Gruzínsko). Prístroj umožnil operácie na otvorenom srdci, čo posunulo vývoj srdcovej chirurgie u nás veľmi rýchlo dopredu.

V období rokov 1968 – 1978 pôsobil profesor Šimkovic ako prednosta Chirurgickej kliniky Inštitútu pre vzdelávanie lekárov a farmaceutov (ILF, predchodca dnešnej Slovenskej zdravotníckej univerzity, SZU) v Dérerovej nemocnici na Kramároch. V týchto rokoch prevzal aj funkciu hlavného chirurga Slovenska a po smrti prof. MUDr. Pavla Šteineru (Martin) aj funkciu vedúceho Katedry chirurgie ILF. Stal sa zodpovedným za špecializačné štúdium v chirurgii na Slovensku. V období 1967-1968 absolvoval niekoľkomesačný študijný pobyt v USA (Baylor University, Waco, Texas), pod vplyvom ktorého zaviedol do svojej práce aj činnosti kliniky mimoriadne veľa nových poznatkov a zlepšení. Pod jeho vedením sa v týchto rokoch doškolovali slovenskí chirurgovia (všeobecní aj hrudní, v tom čase vrátane srdcových). Na chirurgickej klinike na Kramároch pracoval do konca r. 1978. V období 1979 – 1990 bol prednostom Kliniky kardiovaskulárnej chirurgie v Ústave kardiovaskulárnych chorôb v Bratislave na Partizánskej ulici (založeného na pôde II. chirurgickej a II. internej kliniky LF UK a FN). V týchto rokoch popri ďalšom rozvíjaní kardiovaskulárnej chirurgie bol zodpovedný za špecializačnú prípravu v kardiouchirurgii a cievej chirurgii na Slovensku. V období 1951 – 1990 (rok odchodu do dôchodku) sa pod jeho vedením resp. za jeho podstatnej účasti uskutočnilo približne 5000 operácií srdca, 5000 výkonov na cievnom systéme, z toho 2000 arteriálnych rekonštrukcií. Publikoval viac ako 220 článkov v odborných lekárskejších časopisoch a bol autorom resp. editorom štyroch monografií. Vychoval viacerých špičkových slovenských kardiouchirurgov a cievných chirurgov. Ich žiaci v súčasnosti vedú pracoviská srdcovej a cievej chirurgie v SR. Jeho práce a osobný kontakt podstatne ovplyvnili myslenie a konanie nielen

slovenských chirurgov (najmä kardiovaskulárnych), ale aj kardiológov a internistov. Bol členom početných domácich aj zahraničných odborných lekárskejších spoločností, veľmi aktívne pracoval v Čs. spoločnosti kardiovaskulárnej chirurgie a po rozdelení ČSFR v jej slovenskej nástupyni. V rokoch 1992 – 1995 bol prezidentom Spolku slovenských lekárov v Bratislave (vedecký sekretár prof. M. Bernadič). Bol nositeľom početných ocenení a vyznamenaní. Za svoju prácu dostal napr. Rád Práce (1969); Pribinov kríž II. triedy (2006); Sodoem Honoris Causa (2004); Cena Evanelistu Purkyně (1994, 2003).

Profesor Šimkovic nadviazal vo svojej chirurgickej a vedeckej činnosti na dielo svojich učiteľov: vo všeobecnej chirurgii prof. Konštantína Čárskeho, akad. Karola Šišku v hrudnej a srdcovej chirurgii. Treba povedať, že má veľkú zásluhu na pozdvižení slovenskej kardiovaskulárnej chirurgie na medzinárodnú úroveň. Vypracoval sa na brilantného všestranného chirurga, ktorého devízou bola pružná operačná stratégia, správne rozhodovanie pri operačnom stole aj v najťažších situáciách. Opieral sa popri znalostiach klinickej chirurgie o svoje hlboké poznanie medicínskej teórie, najmä patofyziológie a vychádzal aj zo svojich skúseností a poznatkov z experimentálnej chirurgie, ktorej venoval mimoriadne veľa úsilia a voľného času. Bol vo svojej činnosti mimoriadne svedomitý a cieľavedomý. O jeho ďalších ľudských vlastnostiach (bol naozaj múdry, trpezlivý, dobrý a v neposlednom rade skromný človek) sme sa už zmienili skôr. Prof. Šimkovic vybudoval pevné základy slovenskej srdcovej a cievej chirurgickej školy.

Pri stom výročí jeho narodenia je našou ctou a povinnosťou pokloniť sa jeho pamiatke. Určite hovorím za všetkých, ktorí ho poznali osobne a mali česť s ním spolupracovať, ale určite hovorím aj za lekárov mladšej generácie, ktorí dnes ťažia za jeho odkazu bez toho, že by si to uvedomovali.

Prof. MUDr. Vladimír Šefránek, PhD.

Kronika Monitoru medicíny SLS

K nedežitej storočnici prof. MUDr. Jozefa Holana, DrSc.

Prof. Holan sa narodil 13.8. 1919 v Žiline. Po maturite študoval medicínu na Lekárskej fakulte Karlovej univerzity v Prahe, promováný bol však pre vojnové udalosti až r. 1949. Po promócii nastúpil na Internú kliniku Fakultnej nemocnice v Košiciach, postupne získal špecializáciu z rádiológie, rádioterapie a onkológie. Po študijnom pobyte v Moskve sa stal primárom onkologického oddelenia v Martine (1958). Obhájením kandidátskej dizertačnej práce získal hodnosť

CSc. (1965) a následne sa habilitoval na docenta (1967). O desať rokov neskôr obhájil v Prahe titul DrSc. (1977) a stal sa profesorom nukleárnej medicíny (1979). Po vzniku Lekárskej fakulty UK v Martine (1969) stal vedúcim Ústavu lekárskej fyziky aj Kliniky nukleárnej medicíny (ako prvej v ČSR) vo Fakultnej nemocnici v Martine. Ako 65-ročný odovzdal (1984) vedenie Ústavu fyziky LF UK doc. MUDr. Albertovi Stránskemu, CSc., a neskôr (1990) Kliniku nukleárnej medicíny



doc. MUDr. Ivanovi Režňákovi, CSc.

Pracovné zameranie prof. Holana v oblasti fyziky bolo orientované na celé spektrum teoretickej biofyziky a praktické využitie týchto poznatkov v diagnostike a liečbe. V oblasti nukleárnej medicíny sa zameriaval na diagnostiku a liečbu ochorení štítnej žľazy, obličiek, pľúc, srdca a ciev a celému spektru onkologických ochorení. Prof. Holan úzko spolupracoval s klinickými pracoviskami, najmä pediatriou, internou, chirurgiou, klinikou chorôb z povolania, pľúcnou a ďalšími pracoviskami. Bol rozhladený, vzdelaný, tolerantný, spoločenský, texty kníh a odborných publikácií diktoval priamo sekretárke do stroja (počítače vtedy neboli). Po nemocničnom obede občas pozval kliniku alebo nechal sa pozvať na šálku kávy a spolu napísali prednášku, ktorá získala cenu napr. v Amsterdame. V medicínskej literatúre má evidovaných množstvo odborných článkov doma a v zahraničí, tiež 16 kníh a neuveriteľných 36 oponentúr kandidátskych (dnes PhD.) prác, 7 doktorských (DrSc.), oponoval habilitačné, inauguračné práce a množstvo záverečných správ výskumných úloh.

Obdivuhodná bola jeho všestrannosť. Už ako 17-ročný sa stal juniorským majstrom Žiliny v tenise. Ako skvelý maliar od gymnaziálnych čias maloval akvarely, kresbou zachytával prírodu a venoval sa portrétovaniu, neskôr najmä

karikatúram priateľov, spolupracovníkov, známych osobností a seba (obr. 1, autoportrét je v úvode spomienky). Bol výborným hudobníkom a organizátorom hudobných podujatí. Už v Košiciach bol členom sláčikového kvarteta, po príchode do Martina muzicíroval napr. s akademickým maliarom Martinom Benkom (obr. 2, pozvánka od M. Benku na muzicírovanie), viedol sláčikové kvarteto Pedagogického inštitútu v Martine a hudobné teleso martinskej nemocnice. Organizoval koncerty známych umelcov v Martine: T. Fraňová - klavír, J. Špitková - husle, M. Jurkovič - flauta, P. Michalica - husle, M. Vildner - harfa, E. Blahová - spev a ďalších, ako aj hudobných skupín: Trávníckovo kvarteto, Moyzesovo kvarteto, Filharmonické kvarteto, Štátny komorný orchester a iné. Bol tiež autorom štyroch medicínskych náučných filmov.

*Príjemný muž, dôstojný!
Som už zase doma!
Máme pohľadový mes, zapísať
a podľa možnosti:
Vr
M. Benko
24. X. 58*

Profesor Holan mal rád život. Do práce chodil spravidla pešo, cestou si písal melódie z opier, bol obľúbeným examinátorom, medikov skúšal niekedy nekonformne i tak, že keď bolo teplo, nohy si chladil v „lavóri“ s vodou. V lete i v zime často chodil v nedeľu pešo na Martinské Hole, tu debatoval s priateľmi, ale aj s návštevníkmi pri nápoji a káve. Na jar sme mu pomáhali zasaďť brezy v záhrade na chalupe vo Vrčiku, neskôr si hovel v ich tieni a písal spolu s vtáčikmi.

U profesora Holana sme už ako lekári pracovali v jeho laboratóriu, z výsledkov vznikli viaceré práce. Bola to neobvyklá možnosť, ako sa vzájomne obohacovať a využívať skúsenosti laborantov, inžinierov chémie a fyziky, lekárov nukleárnej medicíny až po samého pána profesora.

Jeho spolupracovníci mu darovali pri príležitosti jeho 70. narodenín Zborník prác a činností, odkiaľ sme čerpali časť informácií. Sme radi, že sme boli pri tom a teraz môžeme vzdať hold jeho práci. Pán profesor bol výborným človekom, lekárom, učiteľom, vedcom, manželom, otcom, starým otcom a skvelým priateľom. Zomrel 21. júna 2005 ako 86-ročný.

Ján Buchanec, Janka Buchancová

Kronika Monitoru medicíny SLS

Spomienka na doc. MUDr. Júliusa Hájka pri príležitosti jeho nedožitých 90. narodenín

Tento rok uplynie 90 rokov od narodenia významného slovenského fyziológa, skvelého vysokoškolského pedagóga a predovšetkých dobrého, čestného a skromného človeka, docenta Júliusa Hájka. Narodil sa 5.5.1929 na Orave v mestečku Krásno nad Kysucou, kde dostal okrem daru života aj výchovu pre poctivosť, svedomitosť, mravnosť a čestnosť. Na Fyziologický ústav Lekárskej fakulty UK - svojej alma mater - nastúpil ako mladý asistent hneď po skončení štúdií medicíny na LF UK v Bratislave roku 1954. Prežil tu viac ako 57 rokov života, čo je z 95-ročnej existencie ústavu viac ako polovica.

Už počas štúdií sa angažoval vo vedeckej práci v rámci študentskej vedeckej činnosti na otorinolaryngologickej klinike, na ústav prišiel vybavený aj ovládaním troch jazykov - nemčiny, francúzštiny a ruštiny. Neskôr k jazykovým znalostiam pribudla aj angličtina. To mladému asistentovi spolu s jeho technickými zručnosťami a dobrými základmi z fyziky a matematiky umožnilo ďalej sa vzdelávať v odbore a získané poznatky pretaviť do inovácie praktických cvičení. V tom čase bola československá fyziológia v štádiu obsahovej a metodologickej prestavby podľa princípov učenia I.P. Pavlova. Na ústave

sa zaviedla nová tematická časť - výskum podmienených reflexov. Obohatenie pavlovovského učenia spočívalo vo vypracovávaní reflexov pri aktivite experimentálneho zvieratá s predpokladom facilitačného vplyvu aktivity na tvorbu podmienených reflexov. Tieto výskumné práce s významnou participáciou docenta Hájka boli základom aktivítnej fyziológie, ktorou sa preslávila vedecká škola akademika Antala, prvého slovenského fyziológa, aj celý Fyziologický ústav LF UK. V rámci tohto dlhodobého projektu obhájl MUDr. Hájek titul kandidáta lekárskeho vied (1965). V šesťdesiatych rokoch, ktoré do histórie ľudstva vstúpili rozvojom kozmonautiky, sa venoval fyziológii letca a kozmonauta. V tejto novej oblasti fyziológie aj publikoval a popularizoval. V období 1968 - 69 absolvoval pobyt v Laboratóriu cerebroviscerálnej fyziológie profesora Corsona v USA, kde pracoval vo výskume podmienovania emočného stresu. V období 1981-83 pôsobil ako univerzitný učiteľ na Maltskej univerzite na Malte.

Docent Hájek bol zodpovedným riešiteľom viacerých výskumných projektov, ich výsledky pravidelne prednášal a publikoval v odborných periodikách. Neskôr na ústave študoval



v experimentálnych podmienkach normy statických a dynamických ukazovateľov dýchacieho systému a skúmal dýchanie v extrémnych polohách hrudníka. V posledných rokoch sa venoval histórii Fyziologického ústavu LF, najmä vedeckému a ľudskému profilu jeho predchodcov - dávnejších prednostov, ktoré spísal v roku 2014 pri príležitosti 90. výročia založenia FYU v knižočke „Mojich 57 rokov na Fyziologickom ústave LF UK“.

Osobitne treba vyzdvihnúť pôsobenie docenta Hájka vo funkcii prednostu Fyziologického ústavu LF UK v období rokov 1990 - 1995. Napriek tomu, že nikdy nebolo jeho snahou niekomu „šéfovať“, viedol ústav múdro a s jemu

vlastnou rozvahou a zodpovednosťou. Kládol dôraz na inováciu výučby medikov a perspektívu vedeckého zamerania ústavu. Roku 1993 stál pri zrode výučby fyziológie v anglickom jazyku pre zahraničných študentov. S nadšením editoval prvé v anglickom jazyku vydané učebné texty pre fyziologické praktikum. Je spoluautorom prvej knižnej slovenskej učebnice fyziológie a viacerých skriptov praktickej fyziológie. Docent Hájek bol exaktným vedcom, vyhľadávaným prednášateľom a konzultantom a až do odchodu na zaslúžený dôchodok v roku 2010 bol aktívnym učiteľom a erudovaným posudzovateľom slovenských aj anglických učebných textov lekárskej fyziológie.

Bol školiteľom viacerých doktorandov. Ja som bola jednou z nich a som vďačná pánu docentovi za jeho veľkorysosť a všetku odbornú aj ľudskú pomoc, bez ktorej by som nemohla pokračovať v neurofyziologickej orientácii výskumu na ústave, a založiť vlastnú vedeckú školu. S vďakou

si spomínam na všetky ľudsky milé aj odborne poučné rozhovory.

Roku 1990 sa doc. Hájek stal predsedom Slovenskej fyziologickej spoločnosti a roku 1992 posledným predsedom Československej fyziologickej spoločnosti, ktorá sa po vzniku samostatnej Slovenskej republiky v januári 1993 rozdelila na dve samostatné národné spoločnosti.

Počas svojho profesijného pôsobenia sa mu dostalo viacerých ocenení, medzi ktorými nechýba Zlatá medaila Slovenskej lekárskej spoločnosti, Medaila založenia Spoločnosti lekársko-slovenskej v Pešti, Zlatá medaila lekárskej fakulty Univerzity Komenského, Hynkova medaila Lekárskej fakulty UK, Laufbergerova medaila Českej fyziologickej spoločnosti aj Babkova medaila za prínos v respirológii.

Docent Hájek nás predišiel do večnosti 18. novembra 2017 vo veku 88 rokov. Na Lekárskej fakulte UK po sebe zanechal hlbokú stopu, do ktorej zasial semienka poctivej vedeckej

a pedagogickej práce, z ktorej ako jeho pokračovatelia stále čerpáme. Docent Hájek bol a po celý svoj život zostal veľmi skromným človekom. Napriek svojej odbornej erudovanosti a výsledkom vedeckej a pedagogickej práce, na ktorých staviame dodnes, bol človekom pokorným, skromným, zodpovedným a dochvilným v každodennom živote. Mal veľký zmysel pre spravodlivosť, ale aj pochopenie a cit pre potreby a ťažkosti iných a rád a bez okolov vždy pomohol.

Roky sa tak rýchlo mihajú, a z nás, jeho žiakov sa stali učiteľmi a školiteľmi ďalších generácií lekárov dnes už v medzinárodnom kontexte. Aj pre odkaz, ktorý na Fyziologickom ústave docent Hájek ako môj školiteľ zanechal, byť fyziológom považujem za privilégiu...

*Prof. MUDr. Daniela Ostatníková, PhD.
Prednostka Fyziologického ústavu LF UK*

Kronika Monitoru medicíny SLS

František Kalina - kreátor a realizátor slovenskej zdravotníckej literatúry

S úprimným a hlbokým smútkom priznávam, že mi bolo a stále mi je ľúto, že sme osireli - my priatelia Františka Kalinu, veľikána svojej doby. Priateľstvo dobrých ľudí mu bolo oporou a pociťá práca zmyslom života. Bol neústupčivý voči všeobecnej neprajnosti a svoje víťazstvá nevybojoval päsťou, ale po milimetroch meranou pravdou a vytrvalosťou. Často mám pocit, akoby sa jemu podobní už ani nerodili...

František Kalina takmer celý svoj život venoval vydavateľskej činnosti. Zdravotníckej - najmä odbornej literatúre - zasvätil celé svoje profesionálne snaženie. Ak sa slovenské zdravotníctvo môže preukázať stovkami publikácií na vysokej odbornej úrovni - je to aj výsledok jeho nevýdanej pracovitosti a koncepčného myslenia.

František Kalina sa narodil v Ilave 26.9.1919 - s vďakou a úctou si pripomínáme sté výročie jeho narodenia. Pochádzal z veľmi skromných pomerov. Po tragickom odchode svojej matky - mal iba 12 rokov - sa musel starať o 3 mladších súrodencov, pretože jeho otec, ktorý bol štátnym zamestnancom, sám na to nestačil. Neľahký život v nepriaznivých ekonomických podmienkach z Františka Kalinu od útleho veku formoval silnú osobnosť, čo sa prejavovalo počas celého jeho tvorivého, plodného, a pritom veľmi ťažkého života. Stal sa z neho cieľavedomý, nadpriemerne usilovný muž so železnou vôľou, sebadisciplínou, zásadovosťou a čestnosťou. Ako študent bol nútený si privyrábať na živobytie a štúdiu vlastnou prácou. Doučoval slabších žiakov i študentov z bohatších rodín. Poctivým štúdiom získaval rozsiahle jazykové, ale aj odborné vedomosti. Aktívne ovládal nemecký,

anglický a francúzsky jazyk, pasívne hovoril rusky, taliansky, španielsky a samozrejme po česky. Neskôr sa stal profesorom na gymnáziu a na Obchodnej akadémii v Martine. V období 1952-1953 pôsobil ako odborný pracovník v Matici slovenskej.

Vo Vydavateľstve Osveta začal pracovať roku 1953 vo funkcii vedúci redaktor zdravotníckej literatúry a od roku 1969 ako šéfredaktor. V tejto funkcii pracoval celý život, až do dôchodku, kedy naďalej pomáhal vydavateľstvu ako zástupca šéfredaktora (1981 - 1985), v období 1986 - 1989 ako redaktor.

Vydavateľská práca ho pohltila celého. Uplatňoval svoje vyhranené charakterové a osobnostné vlastnosti, šarm, ostrovtip a široký všeobecný rozhľad. Bol uznávaný, vyhľadávaný, partneri si ho vážili. Mal dar rozdávať okolo seba dobrú náladu, životný optimizmus a elán. Sršal schopnosťou tešiť sa zo života, mal zmysel pre humor. Nikdy nerobil iné, len pomáhal druhým a dobrej veci. Po práci si aj doma večer - deň čo deň - sadal za pracovný stôl a aj keď mal problémy so zrakom, pracoval vždy po polnoci.

Šéfredaktor František Kalina bol pre nás mladších profesor. Stretol som sa s ním okolo roku 1966. Bol som v kontakte s profesorom MUDr. Jozefom Hyni, DrSc. (1900 - 1989), šéfom Sexuologického ústavu Univerzity Karlovej v Prahe. Prof. Hynie vydal skriptá „Lekárska sexuológia“. Prejavil záujem o ich vydanie v slovenčine. S F. Kalinom sme ich preložili. Kniha vyšla vo Vydavateľstve Osveta v Martine roku 1970. Táto monografia bola schválená ako príručka pre vysoké školy v ČSSR.



Prácu šéfredaktora F. Kalinu som dôkladne mal možnosť spoznať pri mnohých projektoch - Zdravoveda pre manželov (1975); Zdravoveda (1980, 1989, 1990). Bol som členom redakčnej rady zdravotníckej literatúry, kde bol predsedom prof. Dionýz Dieška, DrSc. (1914 - 2006). Ďalej to bola knižná publikácia v Dérerovej zbierke Urogenitálna trichomoniáza, Gynekológia a pôrodnictvo (I. -V. diel), Tehotenské a pôrodnické krvácanie, Urogenitálna trichomoniáza, Prevencia v gynekológii a pôrodnictve, Hemolytická choroba novorodencov, Gynekologická endokrinológia, Výchova k rodičovstvu, Vybrané kapitoly zo sexuológie a hraničných odborov a mnohé ďalšie publikácie.

František Kalina doslova pomáhal na svet a uvádzal do nášho zdravotníctva originálne koncepcie a nové poznatky, vydával monografie, učebnice a robil osvetu. Tým sa dostal do sieň slávy v kultúrnom rozvoji nášho národného spoločenstva.

Počas tridsaťpäť rokov neúnavnej práce podnecoval tvorbu pôvodnej zdravotníckej literatúry. Viackrát zastupoval Slovensko na

medzinárodných konferenciách vydavateľstiev zdravotníckej literatúry.

Dbal na odbornú terminológiu a štylistiku pri úzkostlivej starostlivosti o čistotu slovenského jazyka. Venoval sa prekladaniu beletrie, dramatickej tvorbe a populárno - náučným dielam (preklady z nemčiny, francúzštiny a angličtiny). Písal predhovory a doslovy k mnohým publikáciami.

V osobnom živote osud Ferka Kalinu nešanoval. Bez reptania znášal veľké utrpenie vlastnej choroby a choroby manželky. Určite sa mu žiadalo obyčajného ľudského šťastia, ku ktorému si pre samú prácu nestačil hľadať cestu. Život, ako žil on, život bohatý na prácu, nemohol byť márný. Pri všetkom pracovnom vypätí bol výnimočne obetavým, dobrým a láskavým manželom, otcom a starým otcom, ktorý sa s nesmiernou láskou od roku 1954 staral so svojou ťažko chorú manželku, radosť mu robili deti a vnúčatá.

U Ferka Kalinu nastal veľký psychický a fyzický zlom po 70. roku života. Nemocnú manželku,

ktorú už nevládala opatrovať musel umiestniť do ústavu pre dlhodobu chorých. Zvýraznili sa aj jeho bolesti.

V osudný deň 29. apríla 1992 som bol v Martine na Redakčnej rade, mali sme sa stretnúť. Nestalo sa tak. Doma som našiel neočakávanú správu – vzácny človek, drahý priateľ profesor Ferko Kalina tragicky zahynul pri dopravnej nehode. Odišiel do nečasu večnosti skromne a v tichosti.

Posledný list do Priateľa Ferka Kalinu (5.2.1992)

Úprimná vďaka za list z 2.2.1992. Si môj posledný priateľ, ktorý si na človeka ľudsky spomenie a preto, čo ako ťažko mi je, usilujem sa Ti pobieme napísať, hoci viem, že pomôcť mi nemôžeš, čo ako by si chcel. Každý z nás je zašitý do vlastnej kože a zakliaty do vlastného osudu. O tomto trochu viac o sebe nakoniec.

Teraz pár zúfalých výronov o mne. Tá nešťastná nespavosť ma zabíja. Nielen, že cítim, ako mi

chradne mozog, ale od včera mi začalo akosi divne haprovať srdce. Nedá mi ani ležať, ani sedieť, ani chodiť, ani myslieť, ani čítať, ani písať. Som slabý a mám permanentný pocit „prázdnej hlavy, bezvládnosti toho, čo ja volám rakovina duše a vôle“. Stratil som všetku nádej, aj keď sa to hádam ani tak nezdá. Preto sa modlím za to, čo mi tak predvídavo želaš, aby som sa vládol starať o svoju každodennú existenciu. Bojím sa, típnem, lebo slabnem. A koniec nevidím. Tebe to môžem napísať! Drž mi prosím palce. S mnohými dobrými želaniami Tvoj do smrti vďačný Fero

My, priatelia a spolupracovníci sa v hlboké úcte skláňame pred Tvojim životom a dielom múdreho Muža – zakladateľa a tvorcu slovenskej zdravotníckej literatúry. Skláňame sa pred rýdzošťou Tvojho ducha a pred Tvojou veľkou láskou k slovu.

Ďakujeme, nezabúdame, spomínáme!

Prof. MUDr. Michal Valent, DrSc.
Profesor Emeritus UK

Kronika Monitoru medicíny SLS

Profesor František Pór, zakladateľ košickej internistickej školy, „Apuš“ košických lekárov

Oliver Rácz¹, Miroslav Mydlík¹, Katarína Derzsiová¹, Pavol Mešťan²

¹ Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika, Košice

² Múzeum židovskej kultúry, Bratislava

Život a práca Františka Póra – rané roky

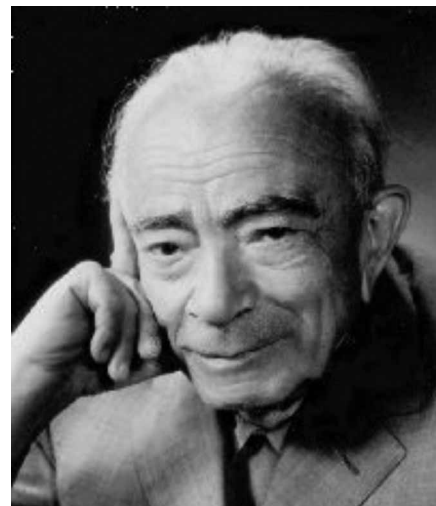
František Pór sa narodil 15. apríla 1899 vo Zvolene ako najmladšie - ôsme - dieťa rodiny Pórovcov. Od svojho najstaršieho brata, známeho maliara Bartolomeja, bol František mladší takmer o dvadsať rokov (obr. 1, tab.1).

Tabuľka 1. Rodina Františka Póra.

Rodičia
Móric Pór (pôvodne Pollatschik), 1851 – 1943; Babiná, neskôr Zvolen; úradník
Terézia Pórová, rodená Pick, 1860 – 1933
Manželka
Margita Fiser, 1901 – 1988; zubná lekárka; manželstvo bolo bezdetné
Súrodenci
Bartolomej, 1880 – 1964; akademický maliar
Karol, 1882 – ?*; správca pily
Janka Sternbergová, 1885 – ?*
Hermína Somló, 1886 – ?*
Ilona Abrahámová, 1888 – ?*
Ľudovít, 1894 – 1949; úradník, vystažoval sa do Kanady
Gejza, 1896 – ?; roku 1939 sa vystažoval do Kanady; riaditeľ akciovej spoločnosti
František, 1899 – 1980; profesor vnútorného lekárstva

* Z ôsmich detí Pórovcov sa štyri nevrátili z koncentračného tábora. Bartolomej žil počas vojny v Paríži a v roku 1948 sa vrátil do Maďarska. Františkov život zachránila skutočnosť, že mohol pracovať ako lekár v sereďskom a terezínskom koncentračnom tábore. Prehľad sme zostavili na základe údajov od pani Hanky Bertovej, sekretárky pána profesora a od dr. Margity Pórovej. Údaje boli získané medzi rokmi 1960 až 1972.

Obrázok 1. Pór Bertalan: Család (Rodina) (1909), najmenšie dieťa je desaťročný František.



Obrázok 2. Prof. MUDr. František Pór, DrSc.

František maturoval vo Zvolene (1917). O rok ho prijali na Lekársku fakultu budapeštianskej Maďarskej kráľovskej univerzity (1918). Táto univerzita bola založená roku 1769 v Trnave. Od roku 1920 pokračoval vo svojich štúdiách na nemeckej Lekárskej fakulte Karlovej univerzity v Prahe, neskôr v Göttingene (1, 2). Nemáme poznatky o príčine prestupu, ale pravdepodobne to súviselo so vznikom Československa roku 1918. Promoval roku 1925 v Prahe.

V období rokov 1926 až 1932 žil v Prahe. Z tohto obdobia nemáme o ňom presné údaje, vieme však, že pôsobil na II. internej klinike univerzity. V tomto čase sa zúčastnil na študijnom pobyte u prof. Bergmana v Berlíne a u prof. Nageliho v Zürichu. Nevieime presne, prečo zanechal univerzitu, no tušíme, že jeho nadriadený prof. Nonnebruch¹, nemal v oblúbe mladého

¹ Profesor Nonnebruch už ani v Prahe neskrýval svoje nacionalistické názory. Neskôr bol aktívnym členom národnosocialistickej strany.

ambiciózneho lekára židovského pôvodu, ktorého prvá publikácia pochádza práve z tohto obdobia [3], a nepripustil ho k habilitácii.

Z Prahy sa doktor Pór vrátil na Slovensko. V období rokov 1932 až 1940 bol primárom Interného a Tuberkulózneho oddelenia Verejnej mestskej nemocnice v Ružomberku. Potom sa so svojou manželkou, zubnou lekárkou Margitou, presťahoval do Nového Mesta nad Váhom, kde si otvoril ambulanciu. Prehľad pôsobenia a života dr. Póra v období rokov 1940 až 1945 prinášame v dodatku podľa spomienok profesora Mešťana.

26. januára 1945 doktora Póra aj s manželkou zatklo gestapo a boli deportovaní do koncentračného tábora v Seredi, neskôr do koncentračného tábora v Terezíne.

Profesor Pór a lekárska fakulta košickej univerzity

Po vojne sa rodina presťahovala do Košíc, kde Františka Póra vymenovali za primára interného oddelenia štátnej nemocnice. Aktívne sa zapájal do organizovania výučby budúcich lekárov na košickej lekárskej fakulte, ktorá ako pobočka bratislavskej Univerzity Komenského začala svoje pôsobenie roku 1948 a roku 1959 sa stala jednou zo zakladajúcich fakúlt Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach.

Doktora Póra roku 1948 vymenovali za dočenta a za prodekana novovzniknutej fakulty. Profesorom sa stal roku 1961. Úlohu primára, ktorá obsiahla všetky oblasti vnútornej medicíny, vykonával do roku 1971, keď odišiel do dôchodku (tab. 2, obr. 2).

Jeho zásluhy by sme mohli menovať na viacerých stranách, no jeden oficiálny a jeden neoficiálny „ukazovateľ“ napovie omnoho viac, ako vymenovanie všetkých funkcií. Bez nároku na úplnosť pripomenieme niektoré momenty jeho činnosti.

Podľa oficiálnych stanovísk bol prof. Pór zakladateľom košickej internistickej školy, no neoficiálne bol „Apušom“ všetkých spolupracovníkov a kolegov. A toto má väčšiu hodnotu ako všetky ostatné tituly. Ešte väčšie ako vedomosti pána profesora, ktoré obsiahli všetky oblasti medicíny, boli snád iba jeho skromnosť a humanizmus. Ako jeho bezprostredný poslucháč (R. O.) nikdy nezabudnem na jeho prednášky, ktoré sa nepohybovali v oblakoch, ale hovorili o tom, ako treba v každodennej praxi rozpoznať jednotlivé choroby a ako ich treba liečiť (5). Ako skúšajúci bol prísny, no spravodlivý. Vedel, že študent nemôže vedieť všetko. Ak ktosi vyriekol veľký nezmysel, iba ticho poznamenal: „Ale, pán kolega! V medicíne je všetko možné, ale čo tvrdíte, je veľmi málo pravdepodobné. Ak mi to vysvetlíte, prijmem váš argument“. Na jednej štátnej skúške som bol svedkom, ako môj kolega nevedel odpovedať na otázku predsedajúceho. Témou bola otrava olovom a otázka

Tabuľka 2. Niektoré funkcie profesora Póra po roku 1945.

Prednosta Internej kliniky novozaloženej LF v Košiciach, neskôr 1. internej kliniky LF UPJŠ
Zástupca dekana na novozaloženej Lekárskej fakulte v Košiciach
Predseda Košickej sekcie všeobecného lekárstva, Československá lekárska spoločnosť.
Podpredseda Sekcie vnútorného lekárstva, Československá lekárska spoločnosť.
Krajský odborník pre vnútornú medicínu, Východoslovenský kraj
Predseda Spolku lekárov v Košiciach
Predseda komisie pre obhajobu kandidátskych dizertačných prác
Členstvá
Vedecká rada MZ ČSR v Prahe
Poradný zbor hlavného internistu ČSSR
Poradný zbor Internej katedry ILF
Vedecká rada Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky pre internú medicínu
Komisia pre racionálnu farmakoterapiu, Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky.
Vedecká rada Lekárskej fakulty, Univerzita P.J. Šafárika v Košiciach

sa týkala hornej prípustnej hranice koncentrácie olova v krvnej plazme. Apuš zastavil skúšajúceho a poznamenal, že to ani on nevie, no údaj je v učebniciach. Študent musí vedieť to, koho ohrozuje otrava olovom a aké sú jej príznaky.

Profesor Pór nebol tým lekárom, ktorý by chrlil publikácie. Dokonca v databáze košickej univerzitnej knižnice nemá zaevidovanú žiadnu prácu. V medzinárodných databázach je však veľa dôležitých údajov. Prvá publikácia pochádza ešte z Prahy, ale roku 1946 - už pod košickou adresou - bola zverejnená krátka kazuistika v rubrike dopisovateľov v *British Medical Journal* pod názvom „Transient Non-specific W. R.“, po ktorej roku 1947 nasledovala ďalšia práca (6, 7). V databázach Scopus a Google Scholar sme do roku 1967 našli 16 publikácií. Viaceré z nich boli zverejnené vo významných medzinárodných časopisoch v nemeckom, anglickom a francúzskom jazyku (8 – 16). Skutočný počet publikácií bude pravdepodobne vyšší, preto autori tohto článku považujú za svoju povinnosť spracovať všetky publikácie z pozostalosti pána profesora a sprístupniť ich v univerzitnej knižnici.

Koncom 60. rokov sa zdravotný stav profesora Póra, obľúbeného Apuša, zhoršil, ale aj po odchode do dôchodku v roku 1971 pravidelne chodieval na interné oddelenie. Umrel 8. septembra 1980.

Odkaz profesora Póra pre mladých lekárov

Prvé *Východoslovenské lekárske dni* zorganizoval pán profesor už roku 1961 v Novom Smokovci v Szontágovom pľúcnom sanatóriu (známom ako „Penzák“). Jeho žiaci a nasledovníci pokračovali v tejto tradícii a roku 2018 sa konali už 55. dni v rámci celoslovenského kongresu venovaného otázkam preventívnej medicíny.

Z iniciatívy prof. Mydlíka bol roku 1994 usporiadaný *I. memoriál profesora MUDr. Františka Póra*. Pri tejto príležitosti odhalili organizátori

Obrázok 3. Pamätná tabuľa profesora Póra pri vchode VI. pavilónu Univerzitnej nemocnice L. Pasteura v Košiciach.



pri vchode do VI. pavilónu Univerzitnej nemocnice pamätnú tabuľu (obr. 3).

Hlavný referát na memoriáloch zvyčajne prednáša niekto zo žiakov pána profesora, v posledných rokoch to bývajú už žiaci jeho žiakov. Pozvaní prednášatelia získavajú od roku 2015 pamätnú plaketu z tvorby sochára Petra Ilčíka. V apríli 2018 sa uskutočnil jubilejný 25. memoriál a v máji 2019 bol memoriál venovaný 120. výročiu narodenia pána profesora. Hlavnou témou boli reumatické choroby a memoriálovú prednášku mala doc. MUDr. Želmíra Macejová, PhD., MPH. Žiaľ táto udalosť sa uskutočnila bez pána profesora Mydlíka, ktorý nás opustil 6. septembra 2018.

19. septembra 2017 v Bratislave slávnostne uviedol prezident SLS profesora Póra do Dvorany slávy slovenskej medicíny.

Obrázok 4. Spomienková slávnosť pri príležitosti memoriálu profesora Póra v košickom Verejnom cintoríne v roku 2017.



2 Pán profesor bol aj pre nás „Apušom“, no on nás oslovoval „páni kolegovia“ (nie súdruhovia).

Prvé roky pregraduálnej medicínskej výchovy mali veľmi vysokú úroveň. Na fakulte pôsobili významní pedagógovia a výskumníci (profesori Korec, Kutlík, Mäsiar, Maršala, Kňazovický a mnohí iní) (17, 18). K poklesu úrovne výuky a výskumu došlo po okupácii Československa armádami Varšavskej zmluvy a následnou „normalizáciou“, čo v preklade z orwellovského newspeaku znamenalo prepustenie odporcov režimu a ich náhradu v mnohých prípadoch politickými nominantmi. Pána profesora sa to netýkalo, pretože odišiel do dôchodku práve v tomto období³. Napriek tomu jeho odkaz prežil aj tie zlé roky a našou úlohou je naďalej pestovať pamiatku našich učiteľov a učiť budúcich lekárov podľa definície McDermotta [19] aj v ére genomickej a molekulyvej medicíny: ***Medicine is not a science but a learned profession, deeply rooted in a number of sciences and charged with the obligation to apply them for man's benefit.****

*Článok je skrátenou verziou práce, ktorá vyšla v januári 2019 v Orvosi Hetilap [20]. Preklad: MUDr. Peter Dombrovský. Preklad publikujeme na základe písomného súhlasu šéfredaktora časopisu.

Dodatok

Prof. PhDr. Pavol Mešťan, DrSc.: Profesor MUDr. František Pór - spomienky z detstva

Prečo Nové Mesto nad Váhom? Ako je Vám dobre známe zo životopisu pána profesora, od 1. septembra 1940 pôsobil ako lekár v Novom Meste – ako Žid tu totiž dostal výnimku. A tu pôsobil až do 26. 1. 1945. Dovoľte mi veľmi stručne povedať niečo o Novom Meste nad Váhom v období od roku 1940 do roku 1945, teda v čase, keď tam žili manželia Pórovci. Je to obdobie, v ktorom sa intenzívne zblížili s mojimi rodičmi. Ich nadštandardný priateľský vzťah pretrval až do smrti oboch manželských párov.

V priebehu roku 1940 boli Židia postupne zbavení občianskych práv a slobôd. Ich pestrý spoločenský život úplne zanikol. Na jeseň 1940 bola vytvorená okresná pobočka Ústredne Židov ako jediná oficiálne uznávaná židovská organizácia, do kompetencie ktorej spadalo židovské obyvateľstvo celého okresu. Do funkcie dôverníka bol dosadený továrnik Július Löwinger. S ním spolupracoval aj môj otec Ing. Artúr Marmorstein. A tu vznikla trojica nerozlučných priateľov: Löwinger – Marmorstein – Pór.

Čo považujem za mimoriadne dôležité, je založenie starobinca Ohel Dávid v Novom Meste. Zaslúžil sa o to významný novomestský rabín

Armin Frieder, ktorého si vážili Židia na celom Slovensku. Uvedomil si, že je potrebné starať sa o to, aby Židia neostali bez strechy nad hlavou a aby netrpeli hladom. Bol to on, komu sa podarilo realizovať svoj plán, dal postaviť rituálnu kuchyňu, prebudovať a zväčšiť existujúci starobinec. Nový sociálny ústav dostal názov Stánok Dávid (Ohel Dávid) podľa knihy chýrneho rabína Dávida Deutschera. Po jeho otvorení začal efektívny a dobre organizovaný program sociálnej starostlivosti v rámci náboženskej obce a onedlho si získal vysoké ocenenie.

Je len samozrejmé, že svoje lekárske služby starobincu ponúkol aj František Pór. Čo považujem za nutné spomenúť je, že na mojich rodičov, ktorí boli v tomto období bezdetní, sa obrátil, podporený svojou ambulatnou sestríčkou (jeho pravou rukou) Jolou Mezníkovou, či by si nevzali jedno krásne 5-ročné poľské dievčatko. Volala sa Hanka a bola úplná sirota. Môj otec to bez akéhokoľvek uvažovania urobil. Toto dievčatko sa po mojom narodení (1946) stalo mojou milovanou staršou sestrou. Často som bol svedkom rozhovorov medzi mojim otcom a Feri-báčim (ako som hovoril ujovi doktorovi), v ktorých sa obaja navzájom uistovali o správnosti svojich rozhodnutí. Môj otec, že si Hanku adoptoval, a Dr. Pór, že mu to poradil. Krásny vzťah vznikol aj medzi Pórovcami a mojou sestrou.

Okresný úrad v Novom Meste referoval o Dr. Pórovi, že je všeobecne známym špecialistom a ľudomilom a niet miesta neho žiadnej náhrady na celom šírom okolí. Získal si veľkú dôveru, bol obľúbený a vážený vo všetkých vrstvách obyvateľstva, ale zvlášť u sociálne slabých, ktorým venoval nezištnú starostlivosť. Na základe paragrafu 22 vládneho nariadenia číslo 198/41 Slovenského zákona získal žltú legitimáciu, ktorá ho chránila pred sústredením a deportáciou. Jeho manželka Margita, ktorá s ním žila v Novom Meste, mala od roku 1940 zákaz lekárskej praxe ako zubná lekárka. Keďže bola evidovaná na jeho výnimke, ani ona nepodliehala drastickým nariadeniam, ktoré viedli k odsunu Židov.

To isté sa týkalo aj môjho otecka a mamičky. Otec ako inžinier realizoval technické práce a plány ďalšieho rozvoja mesta. Stal sa tak hospodársky dôležitým Židom pre slovenský štát. Moji rodičia mohli zostať v Novom Meste len do vypuknutia SNP. Pretože otec zneužil svoje pracovné postavenie na mestskom úrade a vydával falošné legitimácie či osvedčenia, jeho pobyt v meste sa stal nebezpečným. Odišiel na neďaleké kopanice s mojou mamou a sestrou, kde sa však mohli skrývať len dovtedy, kým si úkryt vedeli zaplatiť. Potom ich sedliak udal. Nasledovali udalosti, ktoré neboli v tom období ničím výnimočné – odviezli ich najskôr do Sereďe a potom do Terezína.

A prečo píšem o niektorých životných milníkoch svojich rodičov? Jednoducho preto, že je až neskutočné, ako sa niektoré momenty ich osudu preplietajú s osudom Pórovcov, ba v istých prípadoch sú spoločné.

Dr. Pór síce zostal v Novom Meste, ale nebol by to on, veľký človek a veľký lekár, aby stál bokom od udalostí danej doby. A tak chodiac po okolitých kopaniciach začal pomáhať partizánom, a zvlášť raneným partizánom. Túto činnosť vykonával ešte dlho po potlačení Povstania, lebo celé okolie Nového Mesta bolo de facto povstaleckým územím. Nastal však zlom. 26. januára 1945 Dr. Póra a jeho manželku uväznili gestapo (môj otec bol až do svojej smrti presvedčený, že ich niekto z miestnych udal). Odviezli ich do Sereďe, do tábora, ktorý už v tom čase zmenili z pracovného na koncentračný, ale napriek tomu tu ešte existovala táborová nemocnica, kde sa Dr. Pór stal táborovým lekárom.

Manželia Pórovci tu zotrvali do 10. marca 1945, keď ich deportovali do Terezína. Vzápätí sa Dr. Pór stal vedúcim lekárom miestnej táborovej nemocnice L410. A tu sa opäť stretli starí priatelia – Marmorsteinovci a Pórovci – a dočkali sa oslobodenia. Moja mamička už bola v čase príchodu Pórovcov skúsená „koncentračníčka“ a tak sa stala akousi školiteľkou svojej priateľke Mancinéní, poučila o živote v Terezíne, čo bol ďalší moment k ich celoživotnému zblíženiu. Pamätám sa, že sa o tom často rozprávali. Predo mnou nahlas a otvorene, až keď som začal chodiť do školy. Spomínali zvlášť na to, ako upratovali a čistili v Terezíne ubytovne Nemkám. Mal som k počutému vždy veľa otázok, ale na niektoré odpovede som bol pravdepodobne ešte malý. Až keď som trochu podrástol, moja mama mi prezradila, prečo nemám starých rodičov.

Žiaľ, Pórovci sa z Nového Mesta odsťahovali, ale navštevovali nás dosť často na to, aby som si ich začal predstavovať ako svojich starých rodičov, doslova som si ich týmto spôsobom adoptoval. A viete si iste predstaviť, čo som ja znamenal pre Pórovcov, ktorí sami nemali deti.

Ako dieťa som miloval ich príchody, predovšetkým pre to, že som okrem iných darčiek dostával veľa žuvačiek. Kde ich Mancinéní zháňala dodnes neviem, ale ja som bol v tom období najobľúbenejší medzi spolužiakmi.

Keď Pórovci zavítali do Nového Mesta, mali vždy tri „zastávky“. Najskôr navštívili Elzinku Folkmanovú – bola to ekonómka ich výborného priateľa Ernesta Löwingera, ktorý vojnu neprežil. Július Löwinger sa vďaka svojej ne-židovskej manželke zachránil, ale odišiel do Palestíny, zobral si so sebou syna a manželku s dcérou nechal v Novom Meste. Okrem toho, že ich navštevovali, Pórovci obe tieto ženy finančne podporovali. Boli veľmi chudobné, veď po roku 1948 prišli o všetko.

No a napokon veľa svojho dovolenkového času trávil u nás. Moja mamička bola vychýrená kuchárka, výborne varila a piekla. To čo vždy zháňala pred ich príchodom, bola husacia pečienka, veľmi radi mali aj polievku s macesovými knedličkami. A nesmierne sa vždy tešili na fantastický „žerbószelet“, ktorý podľa Mancinéní mohli podávať aj na stole anglickej

3 Výnimkou bola I. klinika Lekárskej fakulty UPJŠ, ktorú po odchode profesora Póra do dôchodku viedol významný kardiológ prof. Mikuláš Takáč, jeden zo žiakov profesora Póra.

kráľovnej. Pri kávičke potom všetci spolu spomínali na život vo vojnu poznačenom Novom Meste, no neopomenuli ani zážitky z Terezína. Až neskôr som pochopil, prečo som vždy musel Mancí-není ukazovať svoj chrup a odpovedať na otázku, či som nejedol veľa cukríkov – veď Mancí-není bola zubná lekárka! ... a tento „výsluch“ si všetci užívali, najmä si ho nikdy neodpustila moja „adoptovaná stará mama“.

Dodnes si ju pamätám ako veľmi elegantnú, pestovanú dámu s množstvom šperkov. Bola dôstojná ale milá na jednej strane, no na strane druhej generál – šéfovala aj Feri-báči. Jednoducho, v tej domácnosti nosila nohavice ona.

Po rokoch postupne odchádzali z môjho života Pórovci a neskôr aj moji rodičia. A s nimi aj moje spomienky. Bol to profesor Mydlík, ktorý ich oživil. Neveril som vlastným ušiam, keď ma informoval, čo všetko sa urobilo a robí, aby verejnosť nezabudla na výnimočne vzácneho človeka, významného lekára a profesora Františka Póra.

Literatúra

1. Kiss, L.: Hungarian medical historical relations of Kassa, the European Cultural Capital. (Maďarské medicínske vzťahy Košíc, hlavného mesta kultúry Európy). Orv Hetil, 2013; 154: 1194–1196.

2. Kiss, L.: Hungarian teachers of the German medical faculty founded 135 years ago in Prague. (Maďarskí vyučujúci na nemeckej lekárskej fakulte založenej pred 135 rokmi v Prahe.) Prághi Tükör, 2017; 25: 23–29.
3. Beutel, A., Pór, F.: Clinical and X-ray signs in perforation of anthracosis induced lymph node in a bronchus. Beitr Klin Tuberkul Tuberkul-Forsch. 1932; 81: 659–664.
4. Mydlík, M., Derzsiová, K.: The founders of Košice school of internal medicine. In: Mydlík, M., Vajó, J.(eds.): História Univerzitnej nemocnice Louisa Pasteura v Košiciach. UPJŠ Košice, 2012; s. 107–115.
5. Mydlík, M., Derzsiová, K., Rácz, O.: Professor František Pór, MD – an outstanding internist from former Czechoslovakia. Vesalius. Acta Internat Hist Med, 2013; 19: 8–10.
6. Rácz, O.: Teaching of pathological physiology according to professor MUDr. František Pór. Vnit Lék, 2002; 49: 148–150.
7. Friedmann, I., Pór, F.: Transient Non-specific W.R. Br Med J, 1947; 494.
8. Pór, F., Friedmann, I.: Treatment of polyomyositis interstitialis (Wagner) with penicillin. Schweiz Med Wschr, 1948; 78: 125.
9. Pór, F., Neubauer, E.: Results of novocaine therapy of diabetes insipidus and attempt to produce conditioned reflexes. Bratisl Lek Listy, 1954; 34: 1423–1427.
10. Pór, F., Neubauer, E., Filo, O.: The influence of cecilanid and glutamic acid on electrolyte metabolism in cardiac failure. Rev Czech Med, 1958; 4: 217–224.
11. Neubauer, E., Pór, F.: Level of antidiuretic hormone in the blood of diabetes insipidus patients in liver disorders. Cas Lek Cesk, 1959; 98: 1006–1008.
12. Pór, F., Stančák, A.: The effect of one dose application of estradiolbenzoat on the secretion of corticoids. Acta Endocrinol, 1959; 30: 481–484.
13. Neubauer, E., Pór, F., Hončariv, O.: The effect of si-

multaneous administration of cecilanid with glutamic acid and ATP on electrolyte metabolism in decompensated heart diseases. Part 2. Z Gesamte Inn Med, 1959; 14: 966–968.

14. Neubauer, E., Pór, F., Klvaňová, H.: Antidiuretic hormone in the serum of diabetes insipidus patients following injection of novocain. Act Nerv Super (Praha), 1962; 4: 388–393.
15. Pór, F., Takáč, M., Orčo, J. et al.: Electrocardiogram, ventricle gradient and vectorcardiogram in patients with silicosis. Kreislaufforsch, 1964; 53: 1201–1208.
16. Pór, F., Galajdová, E., Cesneková, M.: The effect of reserpine on blood coagulation. Cas Lek Cesk, 1967; 106: 434–437.
17. Mydlík, M., Vajó, J.(Eds.): História Univerzitnej nemocnice Louisa Pasteura v Košiciach. Košice: UPJŠ, 2012, 428 s. ISBN 978-80-7097-976-1
18. Pella, D. a spol.(Eds.): Lekárska fakulta v Košiciach 1948-2018. Košice: UPJŠ LF, 2018, 270 s. ISBN 978-80-8152-618-3
19. Cecil Textbook of Medicine. Vol. 1. Chicago: Saunders, 2004, ISBN 0721696538
20. Rácz, O., Mydlík, M., Derzsiová, K., Mešťan, P.: Pór Ferenc profesor, a kassai belgyógyászati iskola alapítója, a kassai orvosok „Apusa”. Orvosi Hetilap, 2019, 160, 73-77

Do redakcie došlo 20.5.2019

Adresa pre korešpondenciu:
Prof. MUDr. Oliver Rácz, PhD.
E-mail: olliracz@gmail.com

Kronika Monitoru medicíny SLS

Za prof. MUDr. Miroslavom Antonom Šašinkom, DrSc. (13.6.1935 – 4.3.2019)

Prof. MUDr. M. A. Šašinka, DrSc., bol významný slovenský lekár, vedec, autor mnohých kníh a dlhoročný šéfredaktor Lekárskeho obzoru. Vážime si ho nielen pre jeho múdrosť, pracovitosť, životné skúsenosti, ale aj jeho otvorenosť pre riešenie akýchkoľvek problémov – medicínskych, pracovných alebo obvyčajných ľudských. Mal som možnosť poznať pán profesora najmä ostatné roky pri redakčnej práci, pri spracúvaní rukopisov na publikovanie. Jeho prístup k práci bol naozaj príkladný. Nepodcenil žiadnu prácu, pozorne ju prečítal, odborné aj formálne zhodnotil, navrhol autorom konštruktívnu úpravu. Je pre mňa veľkou ctou, že ma odporučil za svojho nástupcu vo funkcii šéfredaktora Lekárskeho obzoru. Pamätám si ešte z minulých čias, že posledná rozlúčka sa začínala na prahu rodného domu zosnulého. Pre pána profesora bola redakcia Lekárskeho obzoru ostatné roky prácou, poslaním, záľubou, naplnením a stala sa aj jeho odkazom. Aj preto mu venujeme čestné miesto v našom časopise, ktoré si svojou redaktorskou prácou za dlhé roky právom zaslúžil.

Prof. MUDr. Miroslav Anton Šašinka, DrSc., sa narodil sa 13. júna 1935 v Bánovciach nad Bebravou. Základné i stredoškolské vzdelanie absolvoval v Trenčíne. V r. 1959 promoval s vyznamenaním na LF UK v Bratislave. Už počas štúdií pracoval na Katedre histológie LF UK

a Katedre biochémie, kde ho formovali také osobnosti ako boli akademici Stanek a Niederland, či profesor Dzúrik). Akademik Niederland vždy hovorieval, že najväčším šťastím učiteľa je vychovať vynikajúceho študenta, v neskoršom profesori Šašinkovi takéhoto študenta stretol. Prof. Šašinka pokračoval v práci po celý svoj aktívny život v rovnakom „niederlandovskom“ duchu.

Lekársku kariéru začínal MUDr. M. Šašinka na Detskom oddelení NSP vo Vranove nad Topľou (1959), kde pôsobil ako sekundárny lekár, neskôr ako zástupca primára (do r. 1963). Avšak jeho túžba získať štúdiom neustále nové vedomosti (a nielen medicínske) ho viedla ďalej. Bolo len otázkou času, kedy objaví obzory ďalšieho rozletu. Našiel ich na mieste odborného asistenta Katedra pediatrie Ústavu pre ďalšie vzdelávanie lekárov a farmaceutov v Trenčíne, ktorý sa neskôr presunul do Bratislavy. Jeho odborný rast odrážal línie jeho záujmov: 1962 atestácia I. stupňa z pediatrie, 1965 atestácia II. stupňa z pediatrie, 1969 kandidát lekárskeho vied, 1979 atestácia z dorastového lekárstva, 1980 atestácia z nefrológie, 1981 doktor vied (DrSc.), 1989 univerzitný profesor v odbore pediatria. Pôsobil na Katedre pediatrie, Subkatedre dorastového lekárstva, neskôr Katedre dorastového lekárstva v rámci Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie lekárov



a farmaceutov. R. 1991 prijal ponuku Univerzity P.J. Šafárika v Košiciach na miesto prednostu Detskej kliniky LF a FNŠP. Obdobie jeho pobytu v Košiciach bolo jeho najkreatívnejším obdobím. Významným spôsobom prispel k pozdvihnutiu kvalitatívnej úrovne pediatrie na východnom Slovensku. Klinika sa pod jeho vedením zaradila medzi špičkové pediatrické pracoviská a právom získala rešpekt a obdiv v odborných kruhoch.

Roku 1999 odišiel z Košíc a vrátil sa na svoju Alma mater – Slovenskú postgraduálnu akadémiu medicíny, t.j. Slovenskú zdravotnícku univerzitu v Bratislave. Pediatria mu ostala, pokračoval v aktívnej práci na Katedre pediatrie, ale pribudla mu redaktorská práca a stal sa

šéfredaktorom časopisu *Lekársky obzor*. Pod jeho vedením sa podarilo reštartovať časopis, ktorý sa stal oficiálnym časopisom Slovenskej zdravotníckej univerzity, podarilo sa mu zvýšiť obsahovú i formálnu stránku časopisu. *Lekársky obzor* je jeden z najstarších slovenských medicínskych periodík, je to doslova časopis slovenských klinických a praktických lekárov. Pod vedením prof. Šašinku sa časopis stal významným prostriedkom ďalšieho vzdelávania lekárov. Časopis sa spája aj so zdravotníckym vydavateľstvom Herba, kde profesor Šašinka dostal priestor ako odborný redaktor knižných publikácií, ktorý využil aj ako plodný autor výnimočných učebníc a monografií. Súčasne pracoval aj ako odborný redaktor ďalších dvoch pediatrických časopisov – *Detský lekár* a *Pediatria*.

Jeho pedagogicko-publikačno-vedecký profil je neuvěřiteľný. Pedagogický profil by nbol úplný, keby sme nepripomenuli jeho zanietene prednášanie s vysokou kvalitou v postgraduálnom, neskôr pregraduálnom vzdelávaní, bol vyhľadávaným a požívaným prednášateľom na podujatiach usporiadaných Slovenskou i Českou lekárskou spoločnosťou. Bol mnohokrát vyžadánym prednášateľom na domácich i zahraničných odborných podujatiach zahraničných lekárskejších spoločností, kde predniesol viac ako 450 prednášok. Bol členom, neskôr predsedom komisie pri atestačných skúškach z pediatrie, dorastového lekárstva a nefrológie, členom komisie pre štátne rigorózne skúšky Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave i na Lekárskej fakulte Univerzity P.J. Štefánika v Košiciach. Po návrate na SZU sa pravidelne zúčastňoval na špecializačných skúškach z pediatrie i nefrológie.

Bol školiteľom naozaj mnohých doktorandov, ktorí úspešne obhájili kandidátsku (CSc., resp. PhD.) dizertačnú prácu. Jeho klinická škola zahŕňa viacerých docentov a dvoch profesorov. Bol oponentom mnohých kandidátskych a viacerých doktorských dizertačných prác, habilitačných prác i posudzovateľ inauguračných pokračovaní. Výsledok jeho činnosti možno zhrnúť do konštatovania, že vychoval celú generáciu vysoko erudovaných pediatriov, ktorí zastávajú zodpovedné vedúce miesta v tomto odbore a hrdosť sa hlásia k prof. Šašinkovi ako k svojmu učiteľovi. Vynikajúce výsledky a manažérske schopnosti prof. Šašinku predurčovali k tomu, že pracoval aj ako expert MZ SR pre postgraduálne vzdelávanie, člen vedeckej rady MZ SR, podpredseda celoštátnej komisie pre obhajobu doktorských a kandidátskych dizertačných prác vo vednom odbore pediatria, hlavný odborník MZ SR pre dorastové lekárstvo, námestník riaditeľa ILF pre vedeckú činnosť, člen VR UPJŠ Košice.

Hodnotenie jeho publikačného profilu je veľmi jednoduché – patrí pravdepodobne k najaktívnejším autorom časopiseckých vedeckoo-b odborných publikácií. Publikoval okolo 400 prác v domácich a viac ako 80 prác v zahraničných periodikách s tematikou najmä nefrológie, endokrinológie, dorastového lekárstva,

ale i všeobecnej pediatrie. Jeho práce – knižné i časopisecké, majú vysokú citovanosť. Za publikačnú a prednáškovú činnosť na úseku detskej a adolescentnej nefrológie bol zvolený za člena European Society of Pediatric Nephrology (1976) a celosvetovej International Pediatric Nephrology Association (1986).

Zlatým klincom jeho publikačnej činnosti je fakt, že patrí aj k najplodnejším autorom knižných publikácií v medicíne na Slovensku. Spracoval 30 domácich a 4 zahraničné knižné publikácie, z ktorých najdôležitejšie sú *Vademecum medicíni*, *Nefrológia detí a mladistvých* (80.–90. roky), učebnica *Nefrológie* (2004, rozobrala sa v rekordnom čase), ale hlavne *Pediatria I. a II.* (komplexná 1600 stranová učebnica), ktorá sa stala základným študijným materiálom nielen slovenských a českých medikov, ale aj pediatriov na Slovensku a v Čechách. Jeho odkaz ostane navždy zakódovaný práve v tejto knihe, ktorú pripravil v opakovanom a doplnenom vydaní s kolektívom editorov a spoluautorov. Je dobre, že táto kniha vychádza aj v týchto dňoch vo Vydavateľstve Herba, doplnená a rozšírená v editorstve prof. T. Šagáta. Už od začiatku sme pracovali s rukopismi s pracovným názvom „Šašinkova pediatria“, som presvedčený, že tento odkaz sa rozšíri a bude toto dielo už sprevádzať na počtu pánu profesorovi navždy.

Bohatá publikačná aktivita prof. Šašinku sa opierala o jeho široký vedecký záber. Od r. 1963 sa zapojil do vedecko-výskumnej práce na Inštitúte pre ďalšie vzdelávanie lekárov a farmaceutov (teraz SZU) a na viacerých pracoviskách LF v Bratislave a Košiciach. Bol zodpovedným riešiteľom alebo spoluriešiteľom mnohých vedecko-výskumných prác rezortného a štátneho výskumného plánu technického rozvoja. Výskumné práce boli obhájene v skupine A, publikované a výsledky sa úspešne zaviedli do zdravotníckej praxe.

Význam prof. Šašinku pre česko-slovenskú nefrológiu vyzdvihli aj českí nefrológovia v knihe o dejinách českej nefrológie (Matoušovic, K. a kol., 2009) a pediatri v publikáciách k výročiu českej a česko-slovenskej pediatrie. Akademik Zvara a prof. Breza z príležitosti 1000 transplantácie obličky na Urologickej klinike zaradili prof. Šašinku medzi zakladateľov slovenskej detskej nefrológie. Prezident SR Rudolf Schuster ocenil prácu a zásluhy prof. Šašinku udelením osobného vyznamenania a prezident Ivan Gašparovič udelením Pribinového rádu II. triedy za zásluhy o rozvoj slovenskej pediatrie a slovenskej medicíny.

Za publikačnú činnosť dostal prof. Šašinka celú sériu ocenení: viackrát Cenu SLS, Hálkovu cenu, Dérerovu cenu, Jeseniovu cenu, niekoľko cien za najlepšie publikácie od Slovenskej pediatrickej spoločnosti SLS, Slovenskej endokrinologickej spoločnosti SLS, Spoločnosti dorastového lekárstva SLS, Spoločnosti patológov SLS. Ďalej dostal Cenu Literárneho fondu za knihu roka 1998 „Nefrológia detí a mladistvých“ a prímiu Literárneho fondu za „Vademecum

medicíni“. Cenu Prezídia ČS. lekárskej spoločnosti J.E. Purkyně dostal za najlepšiu publikáciu v československej medicínskej literatúre. Z ďalších významných ocenení spomeniem niektoré ďalšie: Strieborná medaila SLS (1985), Zlatá medaila SLS (1995), čestné členstvo Spoločnosti dorastového lekárstva SLS (1996), Medaila Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie lekárov a farmaceutov Praha (1985 a 1995), Strieborná Reimanova medaila SL Prešov (1999), čestné členstvo Slovenskej pediatrickej spoločnosti (2000), Čestné členstvo SLS, Diešková medaila SZU, Zlatá oblička Slovenskej nefrologickej spoločnosti, Zlatá Reimanova medaila SL Prešov (2003), právom dostal aj Prímiu Literárneho fondu za rozvoj slovenskej vedy doma i v zahraničí (2013).

Aj na tomto mieste – aspoň v stručnosti – chceme povedať, že veľký podiel na výsledkoch práce profesora Šašinku majú jeho najbližší. Profesionálny život sa nedá oddeliť od rodinného. Najväčšiu oporu vždy mal vo svojej manželke, synoch a vnukoch, ktorí mu nielen pomáhali, ale ho aj inšpirovali a on motivoval ich.

Je ťažké zhodnotiť prácu takého človeka, ako bol prof. Šašinka. Ale nie je nič ťažšie, ako písať slová poslednej rozlúčky. Na stole nám ostalo množstvo poznámok, v knižnici mnohé knihy, v pamäti jeho uvážlivé slová a úprimný úsmev aj čistý pohľad, ktorý vyjadroval záujem o človeka, ale už dnes nám chýba jeho úsmev a povzbudenie...

Vážený pán profesor, ďakujeme Vám za všetku prácu, za Váš odkaz... Na tomto mieste mi nedá, aby som neuviedol posledné slová z Vášho parte: Celý život som zasvätil medicíne a uzdravovaniu chorých. Ďakujem všetkým, ktorým som mohol pomôcť... Pán profesor, my ďakujeme Vám menom mnohých Vašich malých pacientov, ktorí mali v nešťastí svojej choroby to šťastie, že stretli Vás, ďakujeme za tisíce Vašich študentov a stovky lekárov, ktorých ste viedli na klinikách, ktorých ste skúšali na atestáciách, či pri obhajobách všetkých typov prác. Ďakujeme Vám za rodičov detí, ktoré ste vyliečili a vrátili do života a vrátili do ich rodín šťastie a zmysel života. V neposlednom rade Vám ďakujeme za autorov a čitateľov časopisu *Lekársky obzor*, ktorých ste viedli k celoživotnému štúdiu a trpezlivo ste budovali dialnicu poznatkov, ktorá vedie k tým, čo ich potrebujú. V tejto práci budeme pokračovať a Váš odkaz pone sieme ďalej.

Čeť Vašej pamiatke!

Marián Bernadič
Vedecký sekretár SLS
a šéfredaktor *Lekárskeho obzoru*

Igor Riečanský
Člen Prezídia SLS
a predseda RR *Lekárskeho obzoru*

Kronika Monitoru medicíny SLS

Nečakaná smrť nadaného lekára Tibora Vyslockého (32)

MUDr. Tibor Vyslocký († 32) pracoval v trnavskej nemocnici na Klinike anestéziológie a intenzívnej medicíny. Kolegovia si ho vážili, sestry, ďalší personál, ale aj pacienti ho doslova zbožňovali. Považovali ho za anjela na zemi a pre všetkých bol veľkým slniečkom. Stále chodil dobre naladený. Prišiel a povedal: „Ideme na to!“ O to bolestnejšie sa všetkých dotkla správa, že doktor Tibor Vyslocký nečakane náhle zomrel 13.2.2019 vo veku 32 rokov.

Tibor Vyslocký už ako tínedžer pracoval v Slovenskom Červenom kríži ako dobrovoľník, za čo dostal viacero uznaní a diplomov.

Svoje poslanie pomáhať ľuďom bral vždy vážne. Nikdy nepodceňoval žiadne úrazy a všetko robil s veľkou pokorou. Tibor bol oddaný svojej práci. Často slúžil aj 24 hodín. Vo voľnom čase viedol rôzne zdravotnícke kurzy, školiť a robil rôzne záchranné akcie. Bol prezidentom mládeže

slovenského Červeného kríža. Rád a veľmi zodpovedne pracoval aj na záchranke a naozaj mnohým pacientom zachránil život.

Žiaľ, v ten osudný deň, keď sa vrátil po službe domov a prišlo mu náhle nevoľno, mu už ani kolegovia, ktorí bojovali o jeho život, nedokázali pomôcť. Tiborovi zlyhalo srdce.

Jeho rodina, priatelia i spolupracovníci sú v slzách. „Je to pre nás obrovská strata. Bol to vynikajúci syn, brat, nesmierne nám chýba,“ so slzami v očiach povedal Tiborov brat.

K mnohým, ktorí súčítia a vyslovujú úprimnú sústrasť rodine a priateľom MUDr. Tibora Vyslockého, sa pripájajú aj členovia Prezídia Slovenskej lekárskej spoločnosti a kolektív redakcie Monitoru medicíny SLS.

*Marko a Inka Bernadičovi
za priateľov a kolegov*



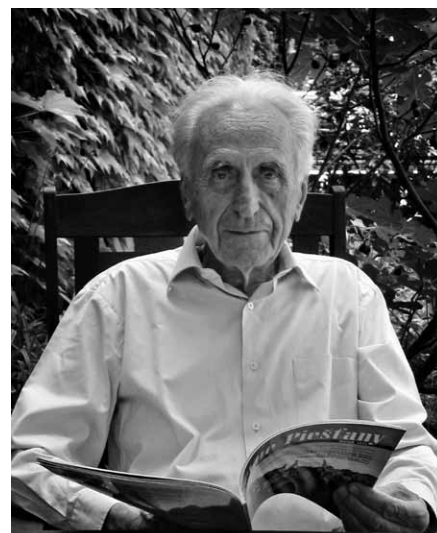
Kronika Monitoru medicíny SLS

Posledné zbohom docentovi MUDr. Tiborovi Urbánkovi, CSc.

Po veľkonočných sviatkoch v utorok 23.4.2019 zomrel významný slovenský lekár – reumatológ a organizátor zdravotníctva, učiteľ a vedec – autor mnohých pôvodných vedeckých a klinických odborných prác z problematiky alkaptonúrie a ochronózy, nositeľ medzinárodných ocenení, člen početných vedeckých spoločností a výnimočný človek dobrého srdca doc. MUDr. Tibor Urbánek, CSc.

Tibor Urbánek sa narodil 1. 10. 1923 v Budmericiach. Klasické gymnaziálne vzdelanie získal na Gymnáziu v Malackách. Medicínu študoval na Lekárskej fakulte Slovenskej univerzity v Bratislave a na Karlovej univerzite v Prahe, kde roku 1948 promoval. Už ako medik pracoval počas letných prázdnin v Štátnych kúpeľoch u MUDr. Š. Kollára a na Internom oddelení Štátnej nemocnice v Piešťanoch. Roku 1951 nastúpil na reumatologické oddelenie do Liečebného ústavu v Trenčianskych Teplách k prof. Sitajovi, s ktorým pracoval 40 rokov. Venoval sa problematike alkaptonúrie a ochronózy. Svoje poznatky zhrnuli spolu so Sitajom a Červeňanským do prvej a doteraz ojedinelej monografie vo svetovom meradle, ktorá vyšla po rokoch v ďalšom vydaní (Rovenský J., Urbánek T. a spol.: Alkaptonúria a ochronóza. Bratislava: SAP, 2011). Je spoluzakladateľom NÚRCH (predtým VÚRCH) Piešťany, kde pracoval od 1. marca 1953 ako zástupca riaditeľa. Inicioval výstavbu novej budovy VÚRCH v Piešťanoch. Predmetom jeho výskumu sa stala epidemiológia reumatickej horúčky,

reumatoidnej artritídy a ankylozujúcej spondylitídy. Vedecko-výskumné a klinické výsledky prednášal na mnohých domácich a zahraničných odborných podujatiach, významná bola účasť na XV. kongrese ILAR roku 1981 v Paríži, kde získal cenu AFLAR – Francúzskej spoločnosti pre boj proti reumatickým chorobám. Prednášal na Ústave pre doškoľovanie lekárov na Jesseniovej lekárskej fakulte UK v Martine. Výsledky vedeckej a organizačnej práce ho posúvali do funkcií v odborných domácich a zahraničných spoločnostiach. Je autorom vyše 160 prác v domácich i zahraničných periodikách, autorom a spoluautorom mnohých knižných publikácií a učebných textov. Bol členom stáleho výboru pre epidemiológiu EULAR (neskôr pre sociálnu ligu), podpredsedom Slovenskej reumatologickej spoločnosti, ako aj členom i čestným členom Federálneho výboru československej reumatologickej spoločnosti, ktorá mu udelila za vynikajúcu prácu čestné členstvo. Je členom francúzskej vedeckej spoločnosti Centre Oncologique et Biologique de Recherche Appliquée. Pracoval niekoľko desaťročí ako šéfredaktor významného reumatologického vedecko-odborného časopisu Rheumatologia, ktorý reprezentuje slovenskú reumatológiu aj v zahraničí. Je spoluzakladateľom Ligy proti reumatizmu na Slovensku, členom jej predsedníctva a redakčnej rady jej Bulletinu. Je nositeľom Medaily J.E. Purkyně, Medaily J.B. Guotha, dostal Pamätnú medailu SNP a Pamätnú medailu mesta Piešťany. Stále sa zaujíma



o balneohistóriu, je členom redakčnej rady periodika Balneologického múzea v Piešťanoch Balneologický spravodajca. Píše články s historickou tematikou. Roku 2003 bol prijatý za člena Slovenskej spoločnosti pre dejiny vied a umení pri SAV. V roku svojich 90. narodenín, ktorých sa dožíva plný životného elánu, odovzdal redakčnú štafetu svojim nasledovníkom.



Je pre nás ctou, že sme mohli stretávať na mnohých redakčných stretnutiach vzácného a múdreho človeka, že nám dovolil načerpať pre neho typického životného pozitívneho pohľadu na život a svet. Chvilu strávené pri príprave rukopisov sa práve vďaka jeho prístupu, jeho skúsenostiam a práci stali chvíľami, na ktoré sa nezabúda, z ktorých človek čerpá novú silu a elán do ďalšej práce. Vzor pána docenta Urbánka je príkladom, ktorý vedie, usmerňuje, radí, ktorý pofúka rany a neúspechy a ktorý ukazuje cez všetky prieky cestu ďalej. Pán docent, Váš príklad urobiť každý deň aspoň jeden dobrý skutok, je príkladom pre tento svet, ktorý sa nám mnohým

stále menej páči a ktorý by sme chceli zmeniť a nevieme, ako. Váš príklad, ktorý ste dokázali naplniť celý svoj život a každý deň, je receptom, ktorý môžete ako skúsený lekár predpísať na rany tohto sveta. Váš prístup chceme aj my uplatňovať a svojím príkladom odovzdávať ďalej.

Vážení pán docent, dovoľte nám, aby sme Vám poďakovali za Váš životný príklad, za Vašu prácu nielen v našom mene, ale aj menom tisícov pacientov, ktorým ste vrátili nádej, ktorých ste vrátili do života, pre ktorých ste žili, ktorým ste preukázali nielen ako lekár, ale ako výnimočný človek dobrého srdca nezištný

dobro... Dlhá, mimoriadne úspešná a pracou naplnená lekárska púť bola určite odmenou za všetko to, čo ste dokázali urobiť pre svojich pacientov, priateľov a aj úplne neznámych ľudí. Naplnili ste svoje predsavzatie urobiť každý deň aspoň jeden dobrý skutok!

*S hlbokou úctou a vďakou
Češť Vašej pamiatke!*

Marián Bernadič, Helena Bernadičová

Kronika Monitoru medicíny SLS

Rozlúčili sme sa s doc. MUDr. Ivanom Ruttkay-Nedeckým, DrSc., nestorom svetovej a slovenskej elektrokardiológie a vektorkardiografie

27. augusta 2019 navždy odišiel nestor svetovej a slovenskej elektrokardiológie a vektorkardiografie doc. MUDr. Ivan Ruttkay-Nedecký, DrSc., významný slovenský lekár, vedec a pedagóg, past prezident svetovej elektrokardiografickej spoločnosti, človek mimoriadneho nadania, a ľudských kvalít.

Doc. MUDr. Ivan Ruttkay-Nedecký, DrSc., sa narodil 22.12.1926 v Banskej Bystrici. Vo výskume sa orientoval na neurofyziológiu a elektrokardiológiu. Najvýznamnejšie výsledky dosiahol v oblasti sledovania nervovej regulácie obehového systému u človeka a pri štúdiu zdrojov variability elektrokardiologických veličín a využití počítačovej simulácie pri štúdiu mechanizmu vzniku variability elektrického poľa srdca v norme i v patológii. Získal nové poznatky o neurovegetatívnej zložke vplyvu hlbokého vdychu na periférnu vazomotoriku, frekvenciu akcie srdca a elektrické pole srdca. Opisal zmeny maximálneho priestorového vektora repolarizácie myokardu vo vzťahu k adrenergickým vplyvom na srdcový sval. Určil normálne hranice podpriestorov momentálnych vektorov aktivácie a repolarizácie srdcových komôr a navrhol ich konkrétne využitie v diagnostike chorôb z nich. Opisal rozdiely medzi normálnym vektorkardiogramom človeka, makaka a paviana.

Je autorom mnohých domácich a zahraničných prioritných vedeckých prác a monografií (Elektrické pole srdca, 1983, The orthogonal electrocardiogram and vectorcardiogram of baboons and macaques, 1977, Effects of respiration and heart position on the cardiac electric field, 1976, Attention and autonomic (heart rate) regulations, 1969, Computer simulation of cardiac excitation, 1982, a mnohých iných).

Dosiahol najvyššie uznanie na medzinárodnej

úrovni, keď bol zvolený za prezidenta svetovej elektrokardiografickej spoločnosti. Funkciu vykonával viac volebných období. Roku 2016 dostal Prémium Literárneho fondu Slovenskej republiky za celoživotný vedecký prínos v oblasti lekárskej vied.

Popri plnení vedecko-výskumných úloh pracoval postupne v mnohých funkciách na Ústave normálnej a patologickej fyziológie SAV v Bratislave, koordinoval prácu viacerých výskumných tímov, zaslúžil sa o celý rad prioritných výsledkov.

Z výpočtu naplnených výskumných úloh, publikácií, či významných funkcií však nie je rozpoznateľný jeho mimoriadny a jedinečný osobnostný rozmer človeka, vedca, učiteľa a jeho práce pre rozvoj vedeckej činnosti v zložitom období po 2. svetovej vojne v Česko-Slovensku. Preto považujeme za vhodné priblížiť jeho prácu cez naše videnie, videnie tých, ktorí s nim spolupracovali a ktorých on uviedol do vedeckej komunity a vedeckého života.

Docent MUDr. Ivan Ruttkay-Nedecký, DrSc., pracoval v Slovenskej akadémii vied, bol kľúčovou osobnosťou pri budovaní medzinárodných aktivít v oblasti elektrokardiológie, je zakladajúcim členom Medzinárodnej elektrokardiologickej spoločnosti (formálne rozhodnutie sa uskutočnilo na XXIII. medzinárodnom elektrokardiologickom kongrese 1996 v Clevelande (USA). Doc. Ruttkay-Nedecký bol naviac integrujúcou osobnosťou. Dokázal motivovať mladých vedcov, pritiaľnuť ich k vedeckej činnosti – prakticky bez prostriedkov, bez prísľubu odmen, len z úprimného entuziazmu, svojím osobným príkladom, na základe túžby po poznávaní. Doc. Ruttkay-Nedecký otvoril svoje srdce a dvere svojho pracoviska pre širokú spoluprácu s naozaj interdisciplinárnym tímom všetkých, ktorí sa



venovali elektrokardiológii. Spojil vedecké skupiny viacerých profesorov klinických disciplín aj z teórie, ktoré sa stretali na spoločných odborných podujatiach a riešili diskutované problémy.

V 50. rokoch sa intenzívny záujem lekárov, matematikov a biofyzikov sústreďoval na riešenie „inverznej úlohy elektrokardiografie“, t.j. na charakterizáciu konfigurácie zdroja elektrického poľa (t.j. srdca) na základe rozloženia elektrických potenciálov na povrchu tela (t.j. EKG záznamu). Jedným z predpokladov bolo vytvoriť a používať racionálny zvodový systém – ortogonálny elektrokardiogram – ktorý by svojou racionalitou nahradil tradičný 12-zvodový elektrokardiogram.

Do tohto obdobia, t.j. do 50. rokov minulého storočia, siahajú aj počiatky Medzinárodnej elektrokardiologickej spoločnosti (International Society of Electrocardiology, ISE). Doc. Ruttkay-Nedecký, DrSc., sa zúčastnil malého medzinárodného workshopu, ktorý organizovali prof. Kowarzyk a prof. Kowarzykova roku 1960 vo Wroclawi. Prednášky workshopu pokrývali teoretické aspekty elektrokardiológie a vektorkardiografie, doplnené praktickým kurzom ako používať „axonokardiograf“, originálny Kowarzykov grafický inštrument, ktorý umožňoval transformovať optickú projekciu ortogonálnych x, y, z elektrokardiogramov nielen do plochy ale aj do priestoru v tvare priestorovej slučky. Bolo

zrejme, že na zabezpečenie vedeckej komunikácie je potrebné usporadúvať stretnutia v rôznych krajinách. Roku 1961 sa preto uskutočnilo ďalšie stretnutie v Starom Smokovci pod názvom „Colloquium Vectorcardiographicum“ a následne sa stretnutia konali každoročne s postupne narastajúcim záujmom. R. 1966 sa stretnutia v Smoleniciach zúčastnili už najvýznamnejšie osobnosti svetovej elektrokardiológie: D. A. Brody, R. McFee, J. P. Boineau, R. C. Barr, T. C. Pilkington, R. Plonsey, D. Fleming, H. Gelertner, H. Blackburn, M. S. Spach a O. H. Schmitt z USA a T. Sano z Japonska. Pri tejto príležitosti sa kreoval medzinárodný programový výbor: P. Rijlant (Brusel) ako predseda a H. Abel (Wiesbaden), R. Z. Amirov (Moskva), V. Laufberger (Praha), R. Koechlin (Paríž), H. a Z. Kowarzyk (Wrocław), I. Ruttkay-Nedecký (Bratislava), E. Schubert (Lipsko), B. Taccardi (Miláno) a R. Wenger (Viedeň) ako členovia.

Táto skupina organizovala každoročne medzinárodné stretnutia, striedavo v krajinách východnej a západnej Európy. Ústrednou postavou bol prof. Rijlant, osobnosť elektrokardiológie, zapálený a diplomatický líder svetovej elektrokardiológie, ktorý však náhle zomrel rok (1982) pred kongresom v Bratislave (1983). Počas kongresu v Bratislave sa programový výbor transformoval na Medzinárodný elektrokardiologický výbor (International Council on Electrocardiology). Doc. MUDr. Ivan Ruttkay-Nedecký, DrSc., sa stal v tajných voľbách jeho predsedom a prof. Peter Macfarlane z Glasgowa jeho trvalým sekretárom. Postupným vývojom sa vytvorila Medzinárodná elektrokardiologická spoločnosť, jej oficiálny štatút bol prijatý na 20. medzinárodnom elektrokardiologickom kongrese v Kananaskis (Kanada) roku 1993.

Je obdivuhodné, ako pomerne malá skupina aktívnych nadšencov dokázala organizovať každoročné stretnutia od roku 1959 napriek ideologickým a politickým rozdelenému svetu, vyhnúť sa

spojením so štruktúrami, kde by sa mohli uplatniť politické alebo ideologické vplyvy.

Kľúčová účasť doc. Ruttkay-Nedeckého, DrSc., v medzinárodných aktivitách mala výrazný benefit pre rozvoj elektrokardiológie na Slovensku. Doc. Ruttkay-Nedecký, DrSc., významne podporoval elektrokardiológiu ako interdisciplinárnu oblasť vedy a bol lídrom intenzívnej interdisciplinárnej spolupráce na Slovensku.

Na SAV inicioval roku 1970 vytvorenie Oddelenia humánnej fyziológie na Ústave normálnej a patologickú fyziológie SAV, so zameraním výskumu na fyziológiu elektrického poľa srdca, fyziologickú variabilitu, vplyv ortostázy, emočného stresu, fyzickej záťaže, zaujímal sa o nervovú reguláciu kardiovaskulárneho systému, ďalej priestorovú vektorovú analýzu vplyvu respirácie a polohy srdca na elektrické pole srdca, vzťah depolarizácie a repolarizácie. Venoval sa aj komparatívnej elektrokardiológii a v spolupráci s prof. Čerkovičovou zo Suchumi aj štúdiu elektrického poľa primátov. Taktiež bol vypracovaný počítačový model ventrikulárnej aktivity a repolarizácie, výsledky simulačných štúdií s využitím tohto modelu sú podkladom pre súčasné zásadné prehodnocovanie diagnostických EKG kritérií. Na základe skúseností s vyhodnocovaním vektorkardiogramov vypracoval podklady pre automatizované počítačové hodnotenie lokalizácie infarktu myokardu.

Doc. Ruttkay-Nedecký, DrSc., bol kľúčovou osobnosťou pre intenzívnu interdisciplinárnu spoluprácu s bioinžiniermi z Ústavu merania SAV v oblasti mapovanie elektrického poľa srdca (BSPM), kde sa vyvinuli technické systémy na registráciu a spracovanie EKG signálu, možnosti počítačového modelovania a jeho klinická interpretácia a využitie v klinickej diagnostike. Zásluhou doc. Ruttkay-Nedeckého, DrSc., sa na Slovensko dostal program Veteran Administration Hospital (VAH) - program počítačovej analýzy EKG pre

hodnotenie Frankovho ortogonálneho EKG, ktorý bol inštalovaný vo Výskumnom ústave lekárskej bioniky v Bratislave, a inicioval sa intenzívny výskum v tejto oblasti. Tento vyústil do zaradenia počítačového hodnotenia EKG do preventívnych prehliadok na Slovensku a do spolupráce s Chirinou, s výrobcom elektrokardiografův.

Doc. Ruttkay-Nedecký DrSc. vytvoril na Slovensku silnú elektrokardiologickú/vektorkardiografickú školu. Pod jeho vedením vyrástli dvaja ďalší členovia Medzinárodného elektrokardiologického výboru MUDr. Ljuba Bachárová, DrSc., (zvolená prezidentka Medzinárodnej elektrokardiologickej spoločnosti, 1997-1999), a doc. Ing. Milan Tyšler, PhD. (tajomník Medzinárodného elektrokardiologického výboru). Silné medzinárodné postavenie Slovenska sa odrazilo aj v poverení organizovať medzinárodné podujatia na Slovensku.

Kontinuita výskumu na Slovensku v oblasti elektrokardiológie od roku 1959 má jeden unikátny výstup – kompletnú kolekciu zborníkov elektrokardiografických kongresov od roku 1959. Kompletnú kolekciu zborníkov venovali doc. Ruttkay-Nedecký, DrSc., a MUDr. Ljuba Bachárová, DrSc., Slovenskej národnej knižnici v Martine, kde bola zdigitalizovaná a tieto historické dokumenty účasti Slovenska v oblasti elektrokardiológie sú takto všeobecne dostupné.

Vážení pán docent, vzácny učiteľ,
chceme poďakovať za celoživotný príklad skutočného učiteľa, vynikajúceho vedca, propagátora vedy a dobrého mena Slovenska na celosvetovej aréne. Veríme, že Váš odkaz pre svetovú vedu a výzva pre Slovensko ostanú navždy živé a navždy budú inšpiráciou pre posolstvo pravdy a hľadanie umeleckého krásna.
Česť Vašej pamiatke!

Ljuba Bachárová, Slavomíra Filipová,
Vavrinec Szathmáry, Marián Bernadič

Kronika Monitoru medicíny SLS

MUDr. Karel Zuska, CSc., 29. 5. 1927 – 3. 5. 2018

MUDr. Karel Zuska, CSc., sa narodil v Prahe 29.5.1927. Otec František bol dôstojníkom, ale študoval aj výtvarné umenie na Akadémii v Drážďanoch. Karel Zuska nastúpil (1947) na Lekársku fakultu Karlovej univerzity v Prahe. Promoval roku 1952 na LF UK v Olomouci. Po promócii pracoval na Internom oddelení NsP v Náchode a na neuroinfekčnom stredisku v Hořicích. Po absolvovaní základnej vojenskej služby nastúpil roku 1956 na miesto sekundárneho lekára na neurologické oddelenie v Martine, kde sa stal od roku 1959 vedúcim EEG laboratória. Tu pôsobil v tom čase ako primár MUDr. Ladislav Bevilacqua (1921-2009), od roku 1967 viedol neurologickú kliniku prof. MUDr. Václav

Pitřa (1908-1974), ktorý v minulosti viedol aj neurologické kliniky v Hradci Králové a Plzni. MUDr. Zuska mal od mladosti záľubu vo vede, publikoval v odborných časopisoch. Roku 1967 získal na LF Karlovej univerzity v Prahe vedeckú hodnosť kandidáta lekárskeho vied v odbore neurológie. Téma jeho dizertačnej práce bola „Elektroencefalogram pri agenéze septi pellucidi človeka“. Pred získaním tohto vedeckého ocenenia mal v domácej i zahraničnej odbornej literatúre uverejnených 34 odborných prác. Atestáciu II. stupňa v odbore neurológie získal v Bratislave (1968).

Roku 1969 nastúpil ako ambulantný neurológ do OÚNZ v Bardejove. Nebolo to jeho



prvé stretnutie s týmto mestom. Už v období 1.1.1966 až 31.5.1966 tu pracoval na neurologickom oddelení (zriadené 1.1.1965). Roku 1971 bol menovaný primárom neurologického oddelenia. Od svojho nástupu do tejto funkcie vychoval mnoho dobrých odborníkov, viacerí z jeho žiakov pracovali ako erudovaní neurológovia nielen v Bardejove, ale aj v iných mestách na Slovensku. Zaviedol viac nových diagnostických metód, významne sa zaslúžil o rozvoj elektroencefalografie. Záujem o vedecko-odbornú činnosť prejavoval aj v Bardejove. Prednášal na pôde spolku lekárov, na krajských seminároch, celoštátnych neurologických podujatiach a publikoval. Roku 1973 sa stal vedeckým sekretárom Spolku lekárov v Bardejove. V tejto funkcii pôsobil nepretržite 17 rokov. Oddelenie viedol až do roku 1989, po ukončení pracovného pomeru sa vrátil do Čiech. Ako dôchodca

býval v Prahe, posledné roky života prežil na chalupe blízko mestečka Chrudim.

Pri príležitosti 30 rokov Spolku lekárov Bardejove mu Prezídium Slovenskej lekárskej spoločnosti udelilo Zlatú medailu Za zásluhy o Slovenskú lekársku spoločnosť. Cenu prijal s potešením a členom spolku poslal pekný ďakovný list

Medzi jeho záľuby patrilo poľovníctvo a príroda. Jeho obľúbeným miestom bolo najmä okolie Krížov v bardejovskom okrese. Spomínal, že tu získal aj svoje najkrajšie poľovnícke trofeje. Mal široký rozhľad v rôznych oblastiach života, vedel diskutovať nielen o odborných otázkach, ale aj o mnohých témach histórie i kultúry. Jeho koníčkom bola aj maliarska tvorba. Vzťah k umeniu mal hlboké korene v rodine, výtvarnému umeniu sa venoval jeho otec, k blízkym príbuzným patrila aj významný český

operný spevák Karel Burian.

Manželka Libuša pracovala v bardejovskej nemocnici vo funkcii vedúcej sestry fyziatricko-rehabilitačného oddelenia, dcéra Klaudia pôsobí ako docentka na Ústave telesnej výchovy a športu Univerzity P.J. Šafárika v Košiciach a ako športový psychológ. Veľmi statočne znášal chorobu svojej druhej dcéry, ktorá podľahla závažnému neurologickému ochoreniu.

MUDr. Karel Zuska, CSc., zomrel vo veku nedožitých 91 rokov 3.5.2018. Posledná rozlúčka sa konala vo vzácnom drevenom kostole sv. Bartolomeja v Kočí, neďaleko mestečka Chrudim. Pochovaný je v Prahe na cintoríne v Modřanoch.

Česť jeho pamiatke!

Ondrej Kollár

Kronika Monitoru medicíny SLS

In memoriam

MUDr. Štefan Petříček, PhD., MPH (1948 – 2018)

Dňa 25. októbra 2018 nás náhle navždy opustil náš kolega lekár, primár, spolupracovník a priateľ, emeritný riaditeľ Špecializovanej nemocnice sv. Svorada Zobor, n.o., MUDr. Štefan Petříček, PhD., MPH.

Narodil sa 25. mája 1948 v Nových Zámkoch. Mladosť prežíval v Nitre, kde roku 1966 aj maturoval. Lekársku fakultu Univerzity Komenského v Bratislave ukončil promóciou r. 1972. Ako novo promovovaný lekár nastúpil do vtedajšej Krajskej tuberkulózy liečebne Nitra-Zobor a tomuto zariadeniu s terajším názvom Špecializovaná nemocnica sv. Svorada Zobor, n.o., zostal verný až do odchodu do dôchodku (2010).

Roku 1977 absolvoval atestáciu z vnútorného lekárstva I. stupňa a okrem práce na lôžkovom pľúcnom oddelení bol poverený vedením a organizáciou pojazdného rtg štítkovača, ktorým sa zabezpečovala rádiografická depistáž pľúcnej tuberkulózy na území vtedajšieho Západoslovenského kraja.

Ako lekár pôsobil 4 roky v Misurate v Líbyi. Po návrate domov získal roku 1986 špecializáciu v odbore tuberkulóza a respiračné choroby a roku 1990 ako jeden z prvých lekárov v Nitre následne i lekársku špecializáciu z geriatrickej. Roku 1992 stal primárom lôžkového oddelenia tuberkulózy a respiračných chorôb s pneumogeriatrickým zameraním a zakrátko na to aj námestníkom liečebno-preventívnej starostlivosti vtedajšieho Odborného liečebného ústavu tuberkulózy a respiračných chorôb v Nitre na Zobore. Už v tomto čase pochopil, že pre zdarný chod celej liečebno-preventívnej starostlivosti nepostačujú iba medicínske znalosti a medzi

prvými lekármi na Slovensku vôbec sa v porevolučnom období začal venovať aj problematike manažmentu zdravotníctva. Na City University v Bratislave (filiálka britskej The Open University), získal profesionálny certifikát v manažmente pre oblasť zdravotníctva. Patril medzi prvých frekventantov Školy verejného zdravotníctva, kde pod vedením prof. Badalíka obhájil roku 1993 manažérsky titul Master of Public Health (MPH). Roku 1998 si doplnil špecializáciu zo sociálneho lekárstva a organizácie zdravotníctva. Roku 1993 pri reforme zdravotníctva, dekompozícii krajského ústavu národného zdravia a zavádzaní zdravotného poistenia ako vtedajší námestník liečebno-preventívnej starostlivosti vyvinul mimoriadne úsilie pri odčleňovaní zoborského ústavu od Ústavu tuberkulózy a respiračných chorôb v Podunajských Biskupiciach. Ústav na Zobore tak od 1. januára 1994 získal právnu subjektivitu. V tomto roku bol po úspešnom výberovom konaní ministrom zdravotníctva menovaný za riaditeľa vtedajšieho Odborného liečebného ústavu TaRCH Nitra – Zobor.

Vo funkcii riaditeľa pri riešení problémov súvisiacich so získaním právnej subjektivity a prebiehajúcimi transformačnými zmenami v zdravotnej politike plne využíval svoje riadiace a organizačné schopnosti a erudíciu. Veľkým vzorom mu bol pritom doc. MUDr. Rudolf Krutý, CSc., ktorý ako zakladajúci riaditeľ prakticky vybudoval pôvodné zariadenie. Aj v ťažkých podmienkach neustálych reforiem zdravotníctva vedel získať prostriedky na rozsiahle rekonštrukcie a prestavby, výrazne vylepšoval prístrojové vybavenie zdravotníckou technikou,



pričinil sa o vybudovanie funkčného komplexného informačného systému zariadenia. Roku 1994 zriadil povedľa štyroch pľúcnych lôžkových oddelení aj dve oddelenia klinickej onkológie so zameraním na pneumoonkológiu, dve oddelenia geriatrickej (jedno z nich sa neskôr pretransformovalo na oddelenie dlhodobých chorých). Roku 1997 inicioval vznik úseku intenzívnej a intermediárnej starostlivosti, ktorý sa od roku 1999 pretransformoval na samostatné oddelenie anesteziológie a intenzívnej medicíny – špecializované pre komplexnú intenzívnu liečbu respiračnej insuficiencie.

Popri jestvujúcich zdravotných činnostiach, reagoval na zdravotné potreby obyvateľov a postupne zaviedol aj starostlivosť o pacientov s komplikáciami diabetes mellitus - diabetickou nohou, inicioval vznik Osteocentra pre celý Nitriansky kraj.

Osobitne treba poukázať na vytvorenie širokej siete odborných ambulancií, keď z pôvodných 6 ambulancií v 3 medicínskych odboroch zo začiatku 90. rokov v súčasnosti pôsobí

v zariadení už 18 ambulancií v 12 medicínskych odboroch. Vytvoril tým podmienky, aby celý rad mladých lekárov mohol získať špecializácie v rôznych medicínskych odboroch, prevažne interného zamerania, viacerí získali hodnotu kandidátov lekárskej vied, resp. philosophiae doctor a dvaja hodnotu docentov.

Výnimočnú starostlivosť venoval aj vzdelávaniu vtedajších stredných zdravotníckych pracovníkov, ich pomaturitnému štúdiu a získavaniu vyššieho a vysokoškolského vzdelávania sestier, čo bolo veľmi dobrým základom pre zavedenie a rozvoj ošetrovateľského procesu. Ako lekár-geriater patrila medzi lídrov na Slovensku, ktorý nevyhnutnosť a potrebu tohto kroku pochopil a aktívne v tom i napomáhal. Zariadenie tak bolo v druhej polovici 90. rokov v celoslovenskom meradle priekopníkom v rozvoji ošetrovateľstva, čo podporil i vytvorením funkčného miesta náместníčky pre ošetrovateľskú zdravotnú starostlivosť, čím sa ošetrovateľský proces mohol zaviesť plošne v celom zariadení, čo v tých časoch nebolo obvyklé.

Okrem funkcie riaditeľa zastával aj funkciu krajského odborníka pre sociálne lekárstvo, organizáciu a riadenie zdravotníctva, ako i spomínanú geriatricu. Bol členom viacerých komisií na Ministerstve zdravotníctva SR, podieľal sa na riešení problematiky rôznych celoštátnych zdravotníckych projektov. V 90. rokoch minulého storočia bol koordinátorom programov PHARE 3/EU a HOPE, externým konzultantom Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) v oblasti ľudských zdrojov, externým zástupcom MZ SR v expertnom združení MIDNET – regionálneho úradu WHO v Ženeve a Kodani. Absolvoval niekoľko zahraničných študijných pobytov týkajúcich sa organizácie a riadenia nemocníc. Roku 2000 sa zaslúžil (po splnení potrebných kritérií – najmä v podpore komunitného zdravia) o zaradenie zoborskej nemocnice do medzinárodnej siete Nemocníc podporujúcich zdravie. Nemocnica sa tak stala pevnou a trvalou súčasťou rozvoja komunitného zdravia v meste Nitra v rôznych oblastiach – zdravie pľúc, astma, onkologické pľúcne choroby, protifajčiarske aktivity, osteoporóza a ďalšie. Mnohé z týchto problémov aktívne prezentoval doma i v zahraničí na medzinárodných konferenciách.

Roku 2004 vo Vysokošpecializovanom ústave tuberkulózy a respiračných chorôb úspešne završil proces transformácie z pôvodnej štátnej príspevkovej organizácie na neziskovú organizáciu poskytujúcu všeobecne-prospešné služby – terajšiu Špecializovanú nemocnicu sv. Svorada Zobor, n.o. Ďalej rozvíjal nemocnicu a s ňou aj portfólio zdravotníckych služieb poskytovaných obyvateľstvu – inicioval vznik Centra spánkovej medicíny. Presunul Národné referenčné centrum pre mykobaktérie na Zobor po jeho zániku v Podunajských Biskupiciach. Toto centrum pôsobilo v zariadení v období 2006 – 2011, až do jeho presunu do Národného ústavu tuberkulózy, pľúcnych chorôb a hrudníkovej chirurgie vo Vyšných Hágoch. Roku 2006 pod jeho

vedením nemocnica medzi prvými v Nitrianskom kraji získala Certifikát manažérstva kvality podľa normy ISO 9001:2000, ktorý nemocnica úspešne obhajuje až do dnešných čias. Na Zobore sa z jeho iniciatívy postavil v roku 2009 nový diagnosticko-liečebný pavilón, usporiadený dispozične i na liečbu tuberkulózy, čo umožnilo presunúť celú zdravotnícku činnosť z časti Horné Lefantovce na Zobor.

Dr. Petříček inicioval založenie Výučbovej základne Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave v zoborskej nemocnici, čím vytvoril podmienky pre univerzitné postgraduálne vzdelávanie lekárov v odbore pneumológia a ftizeológia a u sestier v oblasti komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti v tomto odbore. Aktívne vystupoval na rôznych odborných fórach doma aj v zahraničí s prezentáciami zameranými na pneumoftizeologickú problematiku starších ľudí, zdravotnícko-organizačnú problematiku a problematiku kvality zdravotnej starostlivosti. Je autorom viac ako 20 a spoluautorom ďalších vyše 100 publikácií v daných oblastiach doma i v zahraničí. Aktívne sa podieľal aj na viacerých klinických štúdiách rôznej problematiky. Roku 2008 úspešne obhájil doktorandskú prácu vo vednom odbore sociálna práca a získal akademický titul PhD. Dlhé roky bol členom redakčnej rady časopisu *Respiro*.

Vždy patrila medzi aktívnych členov Slovenskej lekárskej spoločnosti, v rámci ktorej bol aj členom výboru geriatrickej spoločnosti. Na návrh Výboru Slovenskej pneumologickej a ftizeologickej spoločnosti ho roku 1994 MZ SR menovalo za člena Národnej pneumologickej a ftizeologickej rady. Je zakladateľom Zoborských dní, ktoré sa od roku 1994 až do dnešných dní kvôli ich interdisciplinárnemu zameraniu (i keď pneumológia a ftizeológia zostáva ich základným obsahovým jadrom) tešia veľkej obľube odbornej zdravotníckej verejnosti. O tom svedčí aj to, že v apríli 2018 sa konal v poradí už XXXV. zoborský deň, na ktorom sa ako emeritný riaditeľ osobne zúčastnil. Tu prebral vysoké ocenenie Slovenskej lekárskej spoločnosti – Zlatú medailu Propter merita.

Jednými z najväčších podujatí, ktoré organizoval z pozície predsedu organizačného výboru, boli v roku 1997 XXIV. Gressnerove geriatrické dni a roku 2004 XII. kongres Slovenskej a Českej pneumologickej a ftizeologickej spoločnosti s medzinárodnou účasťou, ktoré sa konali v Nitre.

Roku 2005 bol ocenený Českou lekárskou spoločnosťou J.E. Purkyně – čestným uznaním. Je aj nositeľom najvyššieho rezortného ocenenia MZ SR - Medaily akademika Ladislava Dérera – za rozvoj slovenského zdravotníctva v odbore tuberkulóza a respiračné choroby a v oblasti organizácie a riadenia zdravotníctva. Za mimoriadny prínos pre rozvoj nitrianskeho zdravotníctva mu bola roku 2008 udelená Cena primátora mesta Nitry.

Napriek plnému pracovnému vyťaženiu sa venoval viacerým záľubám - rekreačnému

športu, hrával aktívne volejbal, mal rád turistiku, cestovanie a hudbu. V mladších rokoch pôsobil aj ako externý zahraničný sprievodca. V posledných rokoch sa rád venoval svojej záhradke a malému vinohradu.

Výnimočnými vlastnosťami riaditeľa dr. Štefana Petříčka boli neuveriteľná precíznosť a cieľavedomosť, ktoré však boli podložené vysokou odbornou erudovanosťou a komplexným prehľadom nielen v odbornej sfére, ale aj v organizácii zdravotníckych systémov. Mal dar nezvyčajnej predvídavosti a vedel vycítiť, akým smerom treba posúvať ďalší rozvoj zariadenia, čo zároveň prenášal i do praktickej realizácie. Vedel k tomu zaangažovať a presvedčiť svojich najbližších spolupracovníkov, zapojiť ich do tvorivej práce, i keď častokrát vyžadoval nekompromisnú a tvrdú prácu. Výsledky, ktoré však dosiahol, pomohli posunúť celú nemocnicu o významný krok vpred a vytvoriť tak fungujúci a jedinečný prototyp moderného špecializovaného zdravotníckeho zariadenia.

Bolo mi ctou, že som počas takmer 14-ročného pôsobenia v pozícii náместníka mohol úzko s Dr. Petříčkom spolupracovať pri plnení náročných spoločných cieľov a zároveň obdivovať jeho neskutočný rozhľad, vízie rozvoja zariadenia a neustále sa priučiť z jeho širokých skúseností. Po jeho boku ho počas celoživotnej púte verne sprevádzala vzácna obetavá manželka Janka, ktorá dokázala zladit' život rodiny s jeho náročným medicínsko - ľudským poslaním, a jeho dcéra Janka s rodinou a dvoma vnúčatami, ktoré nesmierne ako starý otec miloval.

Životná púť tohto vzácného človeka, vynikajúceho odborníka – lekára, primára, riaditeľa, ale i dobrého manžela a otca a starého otca sa skončila náhle večer 25. októbra 2018.

Vážení pán riaditeľ, milý Štefan, chceme sa s Tebou aj takto rozlúčiť a poďakovať za všetko to, čo si pre nás spolupracovníkov, ale i pre pacientov, ktorí to potrebovali najviac, urobil.

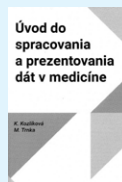
Čeť Tvojej pamiatke!

*Za vedenie Špecializovanej nemocnice
sv. Svorada Zobor, n.o.,
kolegov z celej lekárskej obce,
spolupracovníkov a priateľov
MUDr. Daniel Magula, CSc.*

Predstavujeme nové knihy

Kozlíková K., Trnka M.: Úvod do spracovania a prezentovania dát v medicíne

Košice: Equilibria, 2018, 226 s. ISBN 978 80 8143 234 7



Medicína sa stále viac posúva z humanitných vied (čo udáva vzťah k pacientovi) do prírodovedných disciplín (stupeň poznania v definovaných prírodovedných odboroch). Poznávanie, vedecký výskum, testovanie a overovanie zistených skutočností, prenášanie overených poznatkov do teórie a klinickej praxe si vyžaduje postupy evidence based medicine, ktoré musia byť vyjadrené biomedicínskymi štatistickými postupmi a potvrdené overiteľnými experimentami a až potom využité v klinickej praxi. Na rozdiel od prírodovedných disciplín medicína prekračuje rámec teórie a využíva zistené poznatky pri liečbe pacientov. Tieto stupne sú nesmierne náročné na prípravu študentov medicíny, ktorí už na fakulte musia porozumieť podstatnými vzťahom a zákonitostiam nielen medicíny, ale aj zákonitostiam spracovania a interpretácie biomedicínskych údajov zistených od zdravých aj chorých ľudí.

V prezentovanej knihe je sympatický prístup autorov k tému už v tom, že v úvodnej kapitole (Meranie a spracovanie výsledkov merania) vysvetľujú nielen merania ako také, ale hovoria aj o chybách a neistotách merania, ktoré je najmä v biomedicíne značné. Autori sa venujú odhadu neistôt z viacerých meraní, neistote merania závislej aj nezávislej veličiny. Mimoriadne

je dôležité – iné ako v matematike – zaokrúhľovanie číselných výsledkov. Typickým príkladom je napr. meranie frekvencie akcie srdca – namerané hodnoty 77 a 78 dávajú v priemere 77,5 – čo je nezmysel, navyše obe hodnoty spadajú do rámca normálnych hodnôt bez patologického obsahu. Je vhodnejšie interpretovať ich ako interval.

V ďalšej časti autori oboznamujú čitateľa s možnosťami prezentácie výsledkov merania – pomocou slovného vyjadrenia, pomocou tabuliek a grafov. Aj tu si treba zvážiť, či je potrebné napr. v tabulkách uvádzať všetky zistenia od pacienta, alebo vybrať len tie, ktoré sú predmetom sledovania. Často sa stáva, že autori v slovnom vyjadrení napíšu, že súbor tvorilo 50 žien a 50 mužov v určitom veku a podobne a hneď zaradia kruhový graf, kde je polovica kruhu modrá (ženy) a polovica červená (muži). Je zrejmé, že takýto graf každý redaktor škrtne, pretože čitateľovi stačí slovné vyjadrenie. Rôzne typy grafov možno využiť pri porovnaní viacerých položiek a ich vzájomnom vzťahu, ktorý nevidieť v tabulke.

Autori použili dlhoročné pedagogické skúsenosti a kapitolu začínajú vysvetlením základných štatistických pojmov a štatistickým triedením. V kapitole Výberové charakteristiky opisujú

miery polohy (priemer, stredné hodnoty), miery variability a základné štatistické charakteristiky populácie. V kapitole Úvod do štatistickej indukcie hovoria o intervale spoľahlivosti, intervale spoľahlivosti pre výberový priemer a intervale spoľahlivosti pre medián a iné kvantily.

Dôležitou časťou sú Štatistické tabuľky a ich príprava a spracovanie. Autori osobitne uvádzajú normované normálne rozdelenie, Studentovo rozdelenie, interval spoľahlivosti pre medián, nepárové rozdelenie a párové rozdelenie. V poslednej kapitole (Dodatky) je množstvo užitočných dodatkov, ktoré v biomedicíne možno využiť – normálne (Gaussovo) rozdelenie, Studentovo rozdelenie, rovnomerné rozdelenie, ďalšia grécka abeceda, veličiny a jednotky, symboly a značky, skratky, príklady. Na záver je literatúra a register.

Záverom nám ostáva zagratulovať autorom k veľmi praktickej knižke plnej návodov a dobrých rád pri spracovaní základných biomedicínskych dát a pri ich zaradení do odbornej alebo vedeckej publikácie a prezentácie. Myslíme si, že zámer autorov, pripraviť odbornú publikáciu pre študentov nepovinne voliteľných predmetov, študentov v rámci vedeckej študentskej práce a tiež pri príprave diplomovej práce sa naplnil. Knižku odporúčame do pozornosti nielen študentom pregraduálneho štúdia, ale aj v rámci 3. stupňa vzdelávania, pre vedeckých pracovníkov, ale aj lekárov, ktorí pripravujú na prezentáciu vlastné klinické alebo experimentálne výsledky.

Prof. MUDr. Marián Bernadič, CSc.,
MUDr. Marko Bernadič

Predstavujeme nové knihy

Nová charta zdravotníckych pracovníkov

Edícia dokumenty Svätej stolice.

Kongregácia pre pastoraáciu v zdravotníctve.

Trnava: SSV, 2017, 151 s. ISBN 9 788081 612824



Pápež Ján Pavol II. si uvedomoval ľudské utrpenie, ktorým je strata zdravia a ktoré „sa týka dobra ľudskej osoby i samotnej spoločnosti“. Roku 1985 založil **Pápežský rad pre zdravotníckych pracovníkov**, ktorá publikovala (1994) prvé vydanie **Charty zdravotníckych pracovníkov**. Ako každá oblasť ľudského poznania, tak aj medicína, biomedicínsky výskum a jeho aplikácie na ľudský život sa rýchlo rozvíjajú a za vyše 20 rokov pribudlo veľa nových poznatkov. To bol dôvod prečo Pápežská rada v Novej charte zdravotníckych pracovníkov pristúpila k revízii a aktualizácii tohto dokumentu.

Nová charta zdravotníckych pracovníkov (2016) je rozdelená na tri časti. **Plodiť, žiť, zomrieť**. Vo všetkých troch častiach sa systematicky stretávame s množstvom etických problémov. Nová charta v uvedenom rozsahu nemôže dať vyčerpávajúce odpovede na všetky situácie, problémy a otázky súvisiace s chorobou a zdravím. Ponúka však zásadné orientačné línie pre riešenie etických problémov súčasného zdravotníctva, línie, ktoré sú v súlade s Ježišovým učením a magisteriám Cirkvi.

Keď hovoríme v súvislosti s Novou chartou o etike, treba zdôrazniť, že nie je jedna

univerzálna etika, obsahovo delíme etiku na dve základné skupiny. Etiku založenú na **nenaturalistických prístupoch**, ktoré chápu človeka ako jednotu tela a duše ako osoby, a etiku **naturalistických prístupov**, ktoré vychádzajú z biologického chápania človeka, ktoré priznávajú človeku výnimočné postavenie v prírode. Vzhľadom k tejto skutočnosti je potrebná znalosť rozdielnych etických prístupov najmä u lekárov, pretože etický prístup sa dotýka osoby chorej i zdravej aj z pohľadu jej vierovyznania a pomáha pochopiť mnohé požiadavky pacientov na zdravotnícku starostlivosť.

Nová charta zdravotníckych pracovníkov má 149 strán, slovenský preklad vydal Spolok sv. Vojtecha (2017).

Prof. MUDr. Bohumil Chmelík, PhD.
emeritný profesor Trnavskej univerzity v Trnave

Pozvánka

Spolok slovenských lekárov v Bratislave

Spolok slovenských lekárov v Bratislave a Slovenská lekárska spoločnosť Vás pozývajú na odborné večery, ktoré sa konajú v Malej posluchárni NTÚ LF UK, Bratislava, Sasinkova 4, vždy v pondelok o 17,00 hodine.



PROGRAM:

7. 10. 2019

Večer Spolku lekárov českých z Prahy

Predsedá – prof. MUDr. J. Raboch, DrSc.

1. Raboch J., Ptáček R.: Duševní poruchy a životní styl
2. Ptáček R., Raboch J.: Syndrom vyhoření u lékařů a dalších profesí.

Program pripravila Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha.

14. 10. 2019

Slávnostný večer Slovenskej gynekologicko-pôrodnickej spoločnosti SLS, SSL, SPS pri SAV pri príležitosti 90. narodenín prof. MUDr. M. Valenta, DrSc.

Predsedá – doc. MUDr. Martin Redecha, PhD.

1. Štencl J.: Michal Valent – 90. narodeniny
2. Totková A.: Parazitologický ústav LF UK 1957-2008
3. Kliment M.: Problémy plánovaného rodičovstva na Slovensku
4. Bartl I.: História Slovenskej sexuologickej spoločnosti SLS.

21. 10. 2019

Klinicko – patologickoanatomická konferencia

Predsedá – prof. MUDr. Ľ. Danihel, PhD.

28. 10. 2019

Večer Urologickej kliniky LFUK a UNB

Predsedá: Dr.h.c. prof. MUDr. J. Breza, DrSc., MHA

1. Jankovich M.: Oplyvňuje obezita príznaky ochorenia dolných močových ciest?
2. Gojdič M.: Močovod po transplantácii obličky
3. Miháľová M., Celec P.: Urosepsa
4. Chrástina M.: Orgány nepoužité na transplantáciu – analýza.

4. 11. 2019

Večer bratislavských chirurgických kliník

Predsedá: prof. MUDr. J. Pechan, CSc.

1. Brychta I.: Miniinvazívna tyroidektómia
2. Danihel Ľ., Rajčok M., Belan V., Vereš P., Drahoušková M., Kukučka M., Oravský M., Longauer J., Schnorrer M.: Moderný manažment pacientov s karcinómom rekta na podklade magnetickej rezonancie – 3-ročný follow up
3. Sabol M., Donát R., Palaj J., Rekeň V., Dyttert D., Durdík Š.: Chirurgická liečba hepatálnych metastáz kolorektálneho karcinómu
4. Prochotský A., Majeský I., Mazalán P., Hrká R.: Úskalia onkologického pacienta v koncepcii novej stratifikácie nemocníc
5. Pindák D., Pechan J.: Onkochirurgia v Slovenskej republike.

11. 11. 2019

Večer Kliniky plastickej, estetickej a rekonštrukčnej chirurgie LF UK a UNB

Predsedá: MUDr. D. Palenčár, PhD.

1. Palenčár D.: MACS lift
2. Počisk M., Belej O., Čaniga F.: Dupuytrenova kontraktúra: etiológia a chirurgická liečba
3. Valčíková J., Palenčár D.: Význam sentinelovej uzliny v diagnostike malígneho melanómu
4. Belej O., Plišová M., Mendel M., Kocour J., Palenčár D.: Použitie medicínskych pijavíc v rekonštrukčnej chirurgii.

25. 11. 2019

Večer Slovenskej spoločnosti klinickej biochémie (SSKB) na tému: Dedičné metabolické poruchy

Predsedá: doc. MUDr. V. Bzdúch, CSc.

1. Kiššová M.: Poruchy glykozylácie
2. Brennerová K.: Závažná neurologická symptomatológia deficitu vitamínu B12
3. Bzdúch V.: Primárny deficit karnitínu
4. Martinkovičová T.: Liečebná výživa u detí s dedičnými metabolickými poruchami.

2. 12. 2019

Slávnostný večer Ústavu súdneho lekárstva LF UK pri príležitosti 100. výročia začiatku výučby

Predsedá: doc. MUDr. J. Šidlo, CSc., MPH, FIALM

1. Šidlo J., Kuruc R., Haverlová N., Baloghová A., Kováč P., Valuch J., Moravský N.: História Ústavu súdneho lekárstva LF UK
2. Galbavý Š., Šikuta J., Kutíšová D., Hojsík D., Kovács A., Šidlo J.: Krsekove súdnolekárske konferencie
3. Šidlo J., Mikuláš Ľ., Valent D., Nižňanský Ľ., Smolka A., Očko P.: Význam a postavenie odboru súdneho lekárstva v medicíne a spoločnosti.

9. 12. 2019

Slávnostný večer Mikrobiologického ústavu LF UK a UNB pri príležitosti 90. výročia jeho vzniku a pri príležitosti životného jubilea prof. MUDr. Daniely Kotulovej, CSc.

Predsedajú: Dr.h.c. prof. MUDr. V. Krčméry, DrSc., a doc. RNDr. L. Slobodníková, CSc.

1. Slobodníková L.: K životnému jubileu prof. MUDr. Daniely Kotulovej, CSc.
2. Krčméry V.: 90-ročná história Mikrobiologického ústavu na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského
3. Slobodníková L.: Biofilm a jeho medicínsky význam
4. Jalili N.: Skúsenosti zo študijného pobytu v Juhovýchodnej Ázii
5. Koreň J.: Nové antibiotiká.

Vážený pán doktor/ doktorka!

Výbor Spolku slovenských lekárov v Bratislave v snahe zabezpečiť vhodný program na pravidelné odborné večery (január – marec 2020), si Vás dovoľuje požiadať o nahlásenie Vašich príspevkov na adresu vedeckého sekretára Spolku slovenských lekárov (Doc. MUDr. V. Bzdúch, CSc., Detská klinika LF UK a NÚDCH, Limbová 1, 833 40 Bratislava 37).

V návrhu uveďte autorov, názov prednášky (blok prednášok), panelovej diskusie, pracovisko (odbornú spoločnosť) garantujúce program a Vám vyhovujúci predbežný termín zaradenia prednášky do programu Spolku SL, ako aj spätnú adresu, telefón, e-mail, príp. fax. Krátke zdelenia prednesených prednášok budú po dodaní vedeckému sekretárovi SSL (bzduch@gmail.com) uverejnené v Monitore Medicíny SLS.

Homepage Spolku slovenských lekárov v Bratislave: www.sslba.sk

Slovenská akreditačná rada pre kontinuálne medicínske vzdelávanie prideliť 2 kredity za účasť na odbornom večeri Spolku slovenských lekárov.

Program odborných podujatí SLS na II. polrok 2019

SEPTEMBER 2019

Odborný večer Spolku slovenských lekárov v Bratislave

Každý pondelok o 17:00 hod., Bratislava, Malá poslucháreň, NTÚ LF UK

Hlavný organizátor: Spolok slovenských lekárov v Bratislave
Doc. MUDr. Vladimír Bzdúch, CSc.
NÚDCH, I. detská klinika, Limbová 1,
833 40 Bratislava
Tel.: 02/59371103
e-mail: bzduch@gmail.com
www.sslba.sk

Aj so schizofréniou je možné žiť naplno! 4. september 2019, Bratislava, FACH

Miestny seminár

Hlavný organizátor:
Slovenská psychiatrická spoločnosť
MUDr. Ľubomíra Izáková, PhD.
Psychiatrická klinika LF UK a UNB
Mickiewiczova 13, 813 69 Bratislava
e-mail: lubomira.izakova@gmail.com
Organizačno-technické zabezpečenie:
Gedeon Richter, PharmDr. Miroslava Tarhajová, 0917
422230, m.tarhajova@richterg.sk
www.sls.sk

8. česko-slovenský ORL kongres

66. kongres Slovenskej spoločnosti pre otorinolaryngológiu a chirurgiu hlavy a krku
81. kongres České společnosti otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP
4.-6. september 2019, Šamorín, X Bionic sphere

Medzinárodný kongres
Téma: Otorinolaryngológia a chirurgia hlavy a krku.

Hlavný organizátor:
Slovenská spoločnosť pre otorinolaryngológiu a chirurgiu hlavy a krku
Doc. MUDr. Pavel Doležal, CSc., mim. prof.
e-mail: dolpavel@gmail.com

Spoluorganizátor:
Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP

Organizačno-technické zabezpečenie:
ROWEX, s.r.o., Hlaváčiková 39, 841 05 Bratislava,
MUDr. Igor Vico, 0903 762668, igor.vico@rowexpro.sk
www.sso.sk

MORPHOLOGY 2019- 45th International Congress of Slovak Anatomical Society 56th Loida Symposium on Histochemistry 5.-7. september 2019, Štrbské Pleso, Hotel Panorama Resort****

Medzinárodný kongres
Téma: Nové perspektívy v anatómii, histológii a embryológii.

Hlavný organizátor:
UPJŠ v Košiciach, Lekárska fakulta, Ústav anatómie
Doc. MUDr. Ingrid Hodorová, PhD.
Ústav anatómie, LF UPJŠ Košice
Šrobárova 2, 041 80 Košice
Tel.: 055/2343212
e-mail: ingrid.hodorova@upjs.sk

Spoluorganizátor:
Slovenská anatomická spoločnosť
Organizačno-technické zabezpečenie:
Doc. MUDr. Květuše Lovásová, PhD., Ústav anatómie,
LF UPJŠ Košice, Šrobárova 2, 041 80 Košice
055/2343209, 0903 662976,
kvetuse.lovasova@upjs.sk
http://www.lf.upjs.sk/morphology2019/
http://sas.lf.upjs.sk

X. zjazd SFS

5.-7. september 2019, Bratislava, FaFUK

Celoslovenská konferencia

Téma: Quo vadis scientia pharmaceutica – Kam smeruje farmaceutická veda.

Hlavný organizátor:

Slovenská farmaceutická spoločnosť
Dr.h.c. prof. RNDr. Jozef Čížmarík, PhD.

XLV. lekárnické dni SFS Milana Lehkého v rámci X. zjazdu SFS

5.-7. september 2019, Bratislava, FaFUK

Celoslovenská konferencia

Téma X. zjazdu : Quo vadis scientia pharmaceutica.
Téma XLV. LDSFS Milana Lehkého: Možnosti ovplyvnenia neurodegeneratívnych ochorení liekmi.

Hlavný organizátor: Lekárnická sekcia SFS
Doc. RNDr. Magdaléna Fulmeková
Farmaceutická fakulta UK
Kalinčiakova 8, 832 32 Bratislava
Tel.: 0905 455829
e-mail: fulmekova@fpharm.uniba.sk

Spoluorganizátor:
Farmaceutická fakulta UK, SLeK
Organizačno-technické zabezpečenie:
Farmi-Profi, s.r.o., Ing. Martina Novosedlíková,
0905 993675,
www.lekarnickedni.farmi-profi.sk

VIII. pracovná konferencia klinickej farmácie

6. september 2019, Bratislava, Farmaceutická fakulta UK

Medzinárodná konferencia

Téma: Klinická farmácia v slovenských podmienkach.

Hlavný organizátor: Sekcia klinickej farmácie
Slovenskej farmaceutickej spoločnosti
Prof. RNDr. Magdaléna Kuželová, CSc.
Katedra farmakológie a toxikológie FaFUK
Kalinčiakova 8, 832 32 Bratislava
Tel.: 02/50117367
e-mail: kuzelova@fpharm.uniba.sk

Spoluorganizátor:
Slovenská lekárnická komora,
Farmaceutická fakulta UK Bratislava,
Slovenská zdravotnícka univerzita Bratislava
www.slek.sk, www.fpharm.uniba.sk

21. pracovný deň Sekcie prírodných liečiv SFS v rámci X. zjazdu SFS

6. september 2019, Bratislava, FaFUK

Celoslovenská konferencia

Téma: Pokroky vo farmakognózii.

Hlavný organizátor: Sekcia prírodných liečiv SFS
Prof. Ing. Milan Nagy, CSc.
Katedra farmakognózie a botaniky,
Farmaceutická fakulta UK
Odbojárov 10, 832 32 Bratislava
Tel.: 02/50117201
e-mail: nagy@pharm.uniba.sk

Spoluorganizátor:
Slovenská farmaceutická spoločnosť
Organizačno-technické zabezpečenie:
PharmDr. Silvia Bittner Fialová, PhD., Katedra farmakognózie a botaniky, Farmaceutická fakulta UK,
Odbojárov 10, 832 32 Bratislava, Tel.: 02/50117206,
fialova@pharm.uniba.sk
http://www.sfs.herba.sk/index.php/sk/

Interdentálna papila: estetická výzva. Maňagment mäkkých tkanív pred a po implantácii.

6. september 2019, Bratislava

Medzinárodná konferencia

Téma: Interdental papila: the aesthetic challenge. Implants in periodontally compromised patients. Treatment of peri-implantitis. The importance of peri-implant keratinized tissue. Vertical bone augmentation: when and how? Soft tissue management before and after implant placement. Lifelong maintenance of dental implants. When and how to remove an implant?

Hlavný organizátor:

Slovenská parodontologická spoločnosť
JUDr. Eva Rusiňáková
Tel.: 0911 482774, e-mail: info@perio.sk

Spoluorganizátor:

Dently Academia, s.r.o.

Organizačno-technické zabezpečenie:

Dently Academia, s.r.o., JUDr. Eva Rusiňáková,
0911 482774, info@dentlyacademia.sk
www.perio.sk, www.dentlyacademia.sk

Seminár Spolku lekárov Humenné

12. september 2019, Humenné, Nemocnica A. Leňa, a.s.

Miestny seminár

Hlavný organizátor: Spolok lekárov Humenné

MUDr. Mária Kmitová

Tel.: 0577/7706333

e-mail: spolok.lekarov.he@gmail.com

Hildebrandove Bardejovské gastroenterologické dni

12.-14. september 2019, Bardejovské kúpele

Hlavný organizátor:

Slovenská Gastroenterologická spoločnosť, o.z.

Kontakt: Sekretariát SGS, sekretariat@sgssls.sk
www.sgssls.sk

XLI. česko-slovenská (26.medzinárodná) súdno psychiatrická konferencia

12.-14. september 2019, Trenčianske Teplice

Medzinárodná konferencia

Téma: Súdno znalecká psychiatrická expertíza v občiansko-právnej oblasti. Kazuistické varia.

Hlavný organizátor: Sekcia súdnej psychiatrie SPsS
Česká sekcie súdnej psychiatrie

MUDr. Miloš Burič

Psychiatrické centrum, s.r.o.

Štefánikova 14, 071 01 Michalovce

Tel.: 056/6426667, 0907 948569

Organizačno-technické zabezpečenie:

MD GROUP, s.r.o., Južná 34, Trenčín, Zuzana Mažonásová, 0911 330319
www.psychiatry.sk

51. dni posudkového lekárstva

18.-20. september 2019, Prešov

Celoslovenský kongres

Téma: Posudková problematika vybraných druhov zdravotných postihnutí. Varia.

Hlavný organizátor:

Slovenská spoločnosť posudkového lekárstva

Spoluorganizátor:

Sociálna poisťovňa, ústredie, Bratislava,

Sociálna poisťovňa, pobočka Prešov

Organizačno-technické zabezpečenie:

MUDr. Veronika Majtánová, Sociálna poisťovňa-ústredie, Ul.29.augusta 8-10, 813 66 Bratislava

MUDr. Mariana Kimák-Fejková, pob. Sociálnej poisťovne, Masarykova 1, 080 01 Prešov,

0906 174 812, mariana.kimak-fejkova@socpoist.sk

XXX. celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v onkológii

19. september 2019, Bratislava, Coop Jednota

Celoslovenská konferencia

Hlavný organizátor:

Slovenská onkologická spoločnosť

PhDr. Eva Baďuríková, PhD.

e-mail: eva.badurikova@nou.sk

Organizačno-technické zabezpečenie:

SOLEN, s.r.o. Daša Búzeková, 02/54131365,

buzekova@solen.sk

www.solen.sk

Seminár Spolku lekárov Humenné 19. september 2019, Humenné, Nemocnica A. Leňa, a.s.

Miestny seminár
Téma: OAIM

Hlavný organizátor: Spolok lekárov Humenné
MUDr. Mária Kmiťová
Tel.: 057/7706333
e-mail: spolok.lekarov.he@gmail.com

Vedecká pracovná schôdza Spolku lekárov Lučenec 19. september 2019, Lučenec, Stará radnica zasadačka

Miestny seminár

Téma: OÚCH. Súčasné trendy v ortopédii a úrazovej chirurgii.

Hlavný organizátor: Spolok lekárov Lučenec
MUDr. Peter Kirschner
Tel.: 047/4311265
e-mail: kirschner@lcnsp.sk

Vedecká pracovná schôdza Spolku lekárov v Michalovciach 19. september 2019, Veľká zasadačka NsP Michalovce

Téma: HTO.

Hlavný organizátor: Spolok lekárov v Michalovciach
MUDr. Dana Jurečková, PhD.
Špitálska 2, 071 01 Michalovce
Tel.: 0905 893311
e-mail: dana.jureckova@svetzdavie.com

Spoluorganizátor:
RLK Košice
<https://www.procare.sk/spolok-lekarov-sls/>

VITA NOVA

19.-20. september 2019, Bratislava, Incheba

Medzinárodná konferencia
Téma: Reprodukčná medicína.

Hlavný organizátor:
Slovenská gynekologicko-pôrodná spoločnosť
MUDr. Peter Harbulák, PhD.
www.sgps.sk

XXVI. Háľkové lekárske dni venované intenzívnej medicíne 19.-20. september 2019, Čadca

Medzinárodné podujatie
Téma: ÚPV a Varia

Hlavný organizátor: Spolok lekárov Kysuce
MUDr. Peter Szeghy
OAIM, KNsP Čadca
Palárikova 2311, 022 16 Čadca
Tel.: 041/4604492

Spoluorganizátor:
Slovenská spoločnosť anesteziológie a intenzívnej medicíny

Bratislavské onkologické dni, LVI. ročník 19.-20. september 2019, Bratislava, Hotel Holiday Inn

Medzinárodný kongres

Hlavný organizátor:
Slovenská onkologická spoločnosť
MUDr. Tomáš Šálek
e-mail: tomas.salek@nou.sk

Organizačno-technické zabezpečenie:
SOLEN, s.r.o. Daša Búzeková, 02/54131365,
buzekova@solen.sk
www.solen.sk

XXVII. slovenský angiologický kongres 19.-21. september 2019, Tále, Hotel Partizán

Medzinárodný kongres
Téma: Ochorenie periférnych ciev – rizikové faktory, prevencia a liečba.

Hlavný organizátor:
Slovenská angiologická spoločnosť
Doc. MUDr. Juraj Maďarič, PhD.
Národný ústav srdcových a cievnych chorôb a.s.,

Pod Krásnou hôrkou 1, 833 48 Bratislava
Tel.: 0903 556831
e-mail: madaricjuraj@gmail.com
MUDr. Ivar Vacula, PhD.
Angiologická ambulancia
Halenárska 13/A, Trnava
Tel.: 0907 722120
e-mail: ivarvacula@gmail.com

Organizačno-technické zabezpečenie:
SysCom, s.r.o., Zuzana Ujlakyová, 0905 288033
www.angiologysk

VI. kongres Slovenskej glaukómovej spoločnosti 19.-21. september 2019, Trenčianske Teplice

Medzinárodný kongres

Téma: Diagnostika a liečba glaukómu, inovatívne postupy v chirurgickej liečbe glaukómu, diskusné interdisciplinárne debaty /glaukóm a refrakčné operácie, glaukóm a neurodegeneratívne ochorenia/.

Hlavný organizátor:
Slovenská glaukómová spoločnosť
MUDr. Erika Vodrážková
Očná klinika SZU a UNB
Tel.: 0903 454699
e-mail: vodrazkova@pe.unb.sk

Organizačno-technické zabezpečenie:
TAJAPAN s.r.o., Ing. S. Nevlačil,
Hrachová 6, 821 06 Bratislava

29. konferencia klinickej farmakológie SSKF SLS sa uskutoční v rámci 8. česko-slovenskej konferencie klinickej farmakológie

19. - 21. september 2019, Rožnov pod Radhoštěm, Beskydský hotel Relax, Česká republika
Súčasťou podujatia budú: 20. česká konferencia klinickej farmakológie, 24. česká konferencia TDM a 22. česká konferencia DURG.

Informácie a prihlášky: sona.lachmanova@fno.cz
www.klinfarm.cz
Kontakt SSKF SLS - prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc., PhD.,
e-mail: jozef.glasa@szu.sk

63. zjazd slovenských a českých reumatológov 19. - 21. september 2019, Horný Smokovec, Grand hotel Bellevue

Medzinárodný zjazd

Téma: Postihnutie CNS pri reumatických ochoreniach. Zobrazovacie metódy v reumatológii – čo je nového. Naliehavé, život ohrožujúce komplikácie systémových ochorení spojiva. Tehotenstvo a reumatologické ochorenia. Osteoartróza. Zápalové myopatie. Míomokľbový reumatizmus, fibromyalgia. Hodnotenie ochorenia z pohľadu pacienta – kvalita života pri reumatických ochoreniach. Sekcia zdravotníckych pracovníkov. Varia.

Hlavný organizátor:
Slovenská reumatologická spoločnosť
Doc. MUDr. Želmíra Macejová, PhD., MPH, mim. prof.
e-mail: macejova@hotmail.com

Spoluorganizátor:
Česká reumatologická spoločnosť ČLS JEP
Organizačno-technické zabezpečenie:
Progress CA, s.r.o., Krivá 18, 040 01 Košice, beata.kapustova@progress.eu.sk
<http://www.srs-sls.sk/>

Kurz otoskopie pre pediatriov

20. september 2019, Bratislava, Zasadačka Detskej ORL kliniky LFUK a NÚDCH

Okresný workshop

Téma: Akútna otitída v ambulantnej praxi pediatra. Teoretické aj praktické aspekty, diagnostika a liečba zápalov vonkajšieho a stredného ucha spracovaná pre potreby pediatriov. Teoretické prednášky, praktický nácvik vyšetrovacích metód a princípy liečby.

Hlavný organizátor:
Slovenská spoločnosť pre otorinolaryngológiu a chirurgiu hlavy a krku
MUDr. Irina Sebová, CSc., MPH
Detská otorinolaryngologická klinika LFUK a NÚDCH
Limbová 1, 833 40 Bratislava
Tel.: 02/59371448

e-mail: irina.sebova@NÚDCH.sk
Spoluorganizátor:
Detská klinika LFUK a NÚDCH
Organizačno-technické zabezpečenie:
Sekretariát DORLK – NÚDCH Bratislava,
02/59371421, 02/59371207
www.sso.sk

34. celoštátna konferencia Slovenskej spoločnosti dorastového lekárstva s medzinárodnou účasťou

20.-21. september 2019, Doškoľovacie a rekreačné zariadenie Sociálnej poisťovne, Staré Hory
Medzinárodná konferencia
Téma: Hematológia. Pneumológia a fteizológia. Varia.

Hlavný organizátor:
Slovenská spoločnosť dorastového lekárstva
Doc. MUDr. Katarína Furková, CSc., mim. prof.
Klinika pre deti a dorast A.Getlíka LF SZU a UNB
Katedra pediatrie LF SZU
Tel.: 02/68672354, -2677
e-mail: katedrapediatrie@gmail.com

Spoluorganizátor:
Lekárska fakulta – Slovenská zdravotnícka univerzita,
A-medi management, s.r.o.

Organizačno-technické zabezpečenie:
A-medi management, s.r.o., Stromová 13, 831 01 Bratislava, 0903 224625, amedi@amedi.sk

XXVIII. sympóziu klinickej farmácie Lívie Magulovej 21. september 2019, Nitra

Medzinárodné sympóziu
Téma: Klinická farmácia v nemocničnom prostredí, na špecializovaných pracoviskách a vo verejných lekárnach.

Hlavný organizátor: Sekcia klinickej farmácie
Slovenskej farmaceutickej spoločnosti
PharmDr. Mária Göbbová, PhD.
Interná klinika FN
Špitálska 6, 950 01 Nitra
Tel.: 037/6545370
e-mail: goboova@fnnitra.sk

Spoluorganizátor:
MED-ART, s.r.o., Hornocermanska 4, 949 01 Nitra,
Slovenská lekárska komora,
Farmaceutická fakulta UK Bratislava,
Slovenská zdravotnícka univerzita Bratislava.
www.slek.sk, www.fpharm.uniba.sk

Celoslovenské stretnutie detských gastroenterológov 22.-23. september 2019

Hlavný organizátor:
Slovenská Gastroenterologická Spoločnosť, o.z.
Kontakt:
Sekretariát SGS, sekretariat@sgssls.sk
www.sgssls.sk

Porucha prehĺtania

22.-25. september 2019, Bratislava

Celoslovenské školiace miesto
Téma: Chirurgia štítnej žľazy.

Hlavný organizátor:
Slovenská spoločnosť pre otorinolaryngológiu a chirurgiu hlavy a krku
Doc. MUDr. Miroslav Tedla, PhD., MPH
Antolská 11, 851 07 Bratislava
Tel.: 02/68672052
e-mail: miro.tedla@gmail.com
Spoluorganizátor: Klinika ORL LFUK
Organizačno-technické zabezpečenie:
Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku
www.sso.sk

XXVII. vedecko-odborná konferencia s medzinárodnou účasťou Životné podmienky a zdravie 23.-25. september 2019, Kongresové centrum Kúpele Nový Smokovec, a.s.

Medzinárodná konferencia
Téma: Životné podmienky a zdravie. Objektívizácia

hluku, vibrácií a ďalších fyzikálnych faktorov v životnom a pracovnom prostredí. Epidemiológia a prevencia chronických chorôb. Epidemiológia a prevencia infekčných chorôb. Výživa, výživový stav a zdravie. Ochrana zdravia pri práci. Ergonómia pracovného prostredia. Faktory životného štýlu a zdravie. Ochrana a podpora zdravia detí a mládeže. Výchova a vzdelávanie vo verejnom zdravotníctve. Varia.

Hlavný organizátor:

Slovenská spoločnosť hygienikov
Prof. MUDr. Jana Jurkovičová, CSc.
Ústav hygieny LF UK
Špitálska 24, 813 72 Bratislava
Tel.: 02/90119464

e-mail: hygienika.sekretariat@fmed.uniba.sk

Spoluorganizátor:

Ústav hygieny LF UK Bratislava,
Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom
v Poprade, Slovenská spoločnosť pracovného
lekárstva, Slovenská epidemiologická
a vakcinologická spoločnosť.

Organizačno-technické zabezpečenie:

Kongresové oddelenie SLS,
Emília Kurucová, kurucova@sls.sk
<https://www.fmed.uniba.sk/pracoviska/teoreticke-ustavy/ustav-hygieny-lf-uk/aktualne-informacie/>

The 2nd Eastern and Central European Workshop in Pediatric Oncology and Hematology

24.-26. september 2019, Bratislava, NÚDCH

Medzinárodný workshop

Téma: Leukémie. Solidné nádory. Imunoterapia v detsekej onkológii. Nádorová predispozícia.

Hlavný organizátor:

Sekcia detskej onkológie a hematológie SPS
Doc. MUDr. Alexandra Kolenová, PhD.
KDH a O NÚDCH

Limbova 1, 833 40 Bratislava

Tel.: 02/59371230, 0905 111827

e-mail: sasa.kolenova@gmail.com

Spoluorganizátor:

LF UK Bratislava

Organizačno-technické zabezpečenie:

Detom s rakovinou, n.o., NÚDCH-KDH a O,

Limbova 1, 833 40 Bratislava,

Mgr. Katarína Kosegiová,

02/59371664, 0904 981026,

info@detomsrakovinou.sk

<https://www.fmed.uniba.sk/studium/specializacne-studium/rozhry-spezializacna-skuska/>

Vedecká pracovná schôdza Spolku lekárov v Dunajskej Stredě

25. september 2019, Dunajská Streda, NsP, Zasadka OAİM, Svet Zdravie

Téma: Fyziatria.

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov Dunajská Streda

MUDr. Edit Rajzák

Tel.: 031/5571215, -490, -227

e-mail: edit.rajzak@svetzdavia.com

Spoluorganizátor:

Riaditeľstvo Nemocnica Dunajská Streda a.s.,

člen siete nemocníc Svetu zdravia.

Seminár Spolku lekárov Oravy

25. september 2019, Dolný Kubín, Veľká zasadačka DONsP

Odborný seminár

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov Oravy

Neurologické oddelenie

MUDr. Marián Kyčina

e-mail: sekretarslo@gmail.com

54. nitriansky lekárske deň

25. september 2019, Agroinštitút Nitra

Krajská konferencia

Téma: Kontrola kvality diagnostiky a terapie. Varia.

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov Ponitrie

Prof. MUDr. Anna Lišková, PhD.

FN Nitra, Špitálska 6, 950 01 Nitra

Tel.: 037/6545700

Spoluorganizátor:

Fakultná nemocnica Nitra, MUDr. Marián Bakoš,
PhD., MHA, medicínsky riaditeľ
www.fnnitra.sk

Vedecká schôdza Spolku lekárov v Trenčíne

25. september 2019, Trenčín, FN Konferenčná miestnosť

Okresný seminár

Téma: Interdisciplinárna.

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov v Trenčíne

MUDr. Ladislav Badík, predseda SL

Spoluorganizátor:

Infektologické oddelenie

www.fntn.sk

XXIII. slovenská konferencia revízneho lekárstva a XX.slovensko-česká konferencia revízneho lekárstva

25.-27. september 2019, Piešťany, Hotel Park

Medzinárodná konferencia

Téma: Hepatológia. Intervenčná rádiológia. Varia.

Hlavný organizátor:

Slovenská spoločnosť revízneho lekárstva

MUDr. Viliam Vadrna

e-mail: viliam.vadrna@vszp.sk

Organizačno-technické zabezpečenie:

Kongresové oddelenie SLS: Valéria Petrovičová

www.ssril.sk

18. česko-slovenský psychiatrický zjazd

25.-28. september 2019, Brno, Česká republika

Medzinárodný zjazd

Téma: Po stopách česko-slovenskej psychiatrie k budúcnosti.

Hlavný organizátor:

Psychiatrická spoločnosť ČLS JEP (ČPS)

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

Spoluorganizátor:

Slovenská psychiatrická spoločnosť SLS

MUDr. Ľubomíra Izáková, PhD.

www.psychiatriy.sk

XXIV. vakcinačný deň Slovenskej republiky

26. september 2019, Žilina

Celoslovenská konferencia

Téma: Aktuálne problémy Imunizačného programu v SR.

Hlavný organizátor:

Slovenská epidemiologická a vakcinologická spoločnosť

Prof. MUDr. Henrieta Hudečková, PhD., MPH

ÚVZ JLF UK

Malá Hora 4/B, 036 01 Martin

Tel.: 0911 740766

e-mail: hudeckova@jfm.uniba.sk

Spoluorganizátor:

Slovenská pediatričná spoločnosť,

Ústav verejného zdravotníctva JLF Martin,

Regionálny úrad verejného zdravotníctva v Martine,

Regionálny úrad verejného zdravotníctva v Žiline.

Organizačno-technické zabezpečenie:

A-medi, Ing. Šurinová, 02/55647247, 0910 230209,

marketing@amedil.sk, www.amedil.sk

XX. cytologický deň

26. september 2019, Bratislava, Medirex Group Academy, n.o.

Celoslovenská konferencia

Hlavný organizátor:

Medirex Group Academy, n.o.

Spoluorganizátor:

Slovenská spoločnosť patológov

MUDr. Peter Vereš, Medicyt, s.r.o., člen MGA

MUDr. Henrieta Šidlová, PhD., Ústav patologickej

anatómie LF SZU, Cytopathos spol. s r.o.

Organizačno-technické zabezpečenie:

Bc. Lucia Veselková, 0917 772517,

lucia.veselkova@medirexgroup.sk

www.medirexgroupacademy.sk

Vedecká pracovná schôdza Spolku lekárov v Bardejove

26. september 2019, Bardejov

Okresný seminár

Téma: Interná.

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov v Bardejove

MUDr. Jozef Chovanec

NsP Sv. Jakuba 21, Bardejov

Tel.: 054/4788314

Organizačno-technické zabezpečenie:

SL Bardejov,

MUDr. Marcel Litavec,

054/4788563

www.nsp-bardejov.sk

Vedecko – pracovná schôdza Spolku lekárov Prievidza

26. september 2019, Bojnica, Hotel pod Zámkom

Téma: Chirurgické odd.

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov Prievidza

MUDr. Ladislav Frankovič

Psychiatrické oddelenie, NsP Prievidza,

Nemocnica so sídlom v Bojniciach

Tel.: 5112548, 5115532, 0918 717729

e-mail: ladislav@frankovic.sk

Vedecká pracovná schôdza Spolku lekárov Trebišova

26. september 2019, Trebišov

Miestny seminár

Téma: Zaujímavé kazuistiky.

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov Trebišova

MUDr. Martin Murcko

Chirurgické oddelenie NsP Trebišov, a.s.

ul.SNP 1079/76, 075 01 Trebišov

Tel.: 056/6660510

e-mail: martin.murcko@svetzdavia.com

Spoluorganizátor:

Nemocnica s poliklinikou Trebišov a.s.

Organizačno-technické zabezpečenie:

MUDr. Peter Mucha,

prezident SL Trebišov,

0907 419328

Akupresúra a ďalšie modifikácie akupunktúry

28. september 2019, Bratislava, SZU

Kurz

Hlavný organizátor:

Slovenská spoločnosť akupunktúry

Lektori: MUDr. Jozef Šmirala jr.,

MUDr. Alena Ondrejovičová, PhD.

Odborný garant: MUDr. Ondrej Bangha

Spoluorganizátor:

Slovenská zdravotnícka univerzita,

Katedra akupunktúry

www.akupunktura-sls.sk

Celoslovenská konferencia nutričných terapeutov

september 2019, Žilina

Hlavný organizátor:

Sekcia asistentov výživy Slovenskej spoločnosti

sestier a pôrodných asistentiek.

Organizačno-technické zabezpečenie:

Bc. Diana Kováčová,

UNB Bratislava – Kramáre, OLVaS,

Limbova 5, 833 05 Bratislava

0907 352820, dianakovacova@atlas.sk

XXX. konferencia sestier pracujúcich v onkológii

september 2019, Bratislava

Téma: Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o onkologického pacienta s pozície sestry

Hlavný organizátor:

Sekcia sestier pracujúcich v onkológii

Slovenskej spoločnosti sestier a pôrodných asistentiek, Slovenská onkologická spoločnosť

Organizačno-technické zabezpečenie:

PhDr. Eva Baďuríková, PhD.

Národný onkologický ústav,

Klenová 1, 833 10 Bratislava

0917 437911,

badurikova@gmail.com;

eva.badurikova@nou.sk;

Vedecká pracovná schôdza Spolku lekárov MUDr. Vojtecha Alexandra
september 2019, Kežmarok, reštaurácia Legenda
 Okresný seminár

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov MUDr. Vojtecha Alexandra Kežmarok
 MUDr. Peter Slovák
 Tvarožnínska 6, Kežmarok
 Tel.: 0908 268809
 e-mail: slovikipeter@centrum.sk
 MUDr. Peter Marko
 Kežmarok

Tel.: 0905 840000

Organizačno-technické zabezpečenie:

Empire, Pavol Mikulášik,
 Priekopa 23, Kežmarok, empire@stonline.sk

OKTÓBER 2019

Odborný večer Spolku slovenských lekárov v Bratislave
Každý pondelok o 17:00 hod., Bratislava, Malá poslucháreň, NTÚ LFUK

Hlavný organizátor:

Spolok slovenských lekárov v Bratislave
 Doc. MUDr. Vladimír Bzdúch, CSc.
 NÚDCH, I. detská klinika,
 Limbová 1, 833 40 Bratislava, Tel.: 02/59371103
 e-mail: bzduch@gmail.com
 www.sslba.sk

**9. medzinárodné vedecké a edukačné sympó-
 zium o bioregeneračnej medicíne**

2. október 2019, Bratislava, Mirbachov palác
 Medzinárodné sympóziu
 Téma: Bioregenerácia organizmu pomocou výživy,
 pohybovej liečby a psychoterapie.

Hlavný organizátor:

Slovenská spoločnosť
 pre bioregeneračnú medicínu
 Doc. MUDr. Jaroslava Wendlová, PhD.
 Krížna 30, 811 07 Bratislava
 Tel.: 02/55574823
 e-mail: jwendlova@mail.t-com.sk

Organizačno-technické zabezpečenie:

Kongresové oddelenie SLS
 www.ssbm.sk

Krajský gastroenterologický seminár

2. október 2019, Martin, VP UNM

Téma: Novinky a zaujímavé kazuistiky z vnútorného
 lekárstva a gastroenterológie.

Hlavný organizátor:

Interná klinika – Gastroenterologická JLF UK a UNM,
 Spolok lekárov Martin
 Prof. MUDr. Rudolf Hyrdel, CSc.
 MUDr. Renáta Michalová, PhD.

Akadémia ORL 2019

2.-4. október 2019, Tápe

Celoslovenský workshop

Téma: Podujatie je určené študentom špecializačného štúdia ORL, špecialistom so záujmom o vzdelávanie v ORL.

Hlavný organizátor:

Nadácia Sluch ako dar
 Prof. MUDr. Milan Profant, CSc.
 Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku
 Antolská 11, Bratislava, Tel.: 02/68672052

Spoluorganizátor:

Slovenská spoločnosť pre
 otorinolaryngológiu a chirurgiu hlavy a krku

Organizačno-technické zabezpečenie:

Nadácia Sluch ako dar,
 Prof. MUDr. Milan Profant, CSc.,
 Antolská 11, Bratislava,
 02/68672052, www.sso.sk

**XXXVI. zjazd slovenských a českých alergológov
 a klinických imunológov**

2.-5. október 2019, Horný Smokovec, Hotel

Bellevue

Medzinárodný zjazd

Téma: Klinická imunológia a alergológia.

Hlavný organizátor:

Slovenská spoločnosť alergológie
 a klinickej imunológie
 m.prof. MUDr. Peter Pružinec, CSc.
 Tel.: 0905 658777
 e-mail: peter@bonusccs.sk

Spoluorganizátor:

BONUS CCS

Organizačno-technické zabezpečenie:

BONUS CCS, Peter Pružinec,
 0905 658777, peter@bonusccs.sk

IX. pracovné dni neuropsychiatrie v Levoči

3.-4. október 2019, Levoča, Mestské divadlo

Medzinárodný kongres

Hlavný organizátor:

Neurologické oddelenie NsP Spišská Nová Ves
 MUDr. Miloslav Dvorák, PhD.
 e-mail: miloslav.dvorak@svetzdavaria.com

Organizačno-technické zabezpečenie:

SOLEN, s.r.o. Daša Búzeková,
 02/54131365, buzekova@solen.sk
 www.solen.sk

XXI. česko-slovenské dialógy o bolesti

XXVII. slovenské dialógy o bolesti

3.-5. október 2019, Stará Lesná, Vysoké Tatry

Medzinárodný kongres

Téma: Bolesť u najzraniteľnejších. Nádorová bolesť.
 Nenádorová bolesť.

Hlavný organizátor:

Slovenská spoločnosť pre štúdium a liečbu bolesti
 MUDr. Valéria Králiková
 Jarmočná 36, 058 01 Poprad
 Tel.: 0915 200098
 e-mail: kralikova.valeria@centrum.sk

Spoluorganizátor:

Sekcia paliatívnej medicíny SSŠLB,
 Sekcia intervenčnej algeziológie,
 Sekcia algeziologických sestier

Organizačno-technické zabezpečenie:

Kongresové oddelenie SLS
 www.pain.sk/dialogy/2019

**Slávnostná konferencia k životnému jubileu pre-
 zidenta SDVS**

4. október 2019, Bratislava, hotel Lindner

Medzinárodná konferencia

Téma: Dermatovenerológia, detská dermatovenero-
 lógia.

Hlavný organizátor:

Slovenská dermatovenerologická spoločnosť
 MUDr. Gabriela Kolátorová
 Prírodné liečebné kúpele Smrdáky
 Tel.: 0903 761019
 e-mail: kolatorova@mail.t-com.sk

Organizačno-technické zabezpečenie:

Kongresové oddelenie SLS,
 Emília Kurucová, kurucova@sls.sk

Stretnutie mladých gynekológov

4. október 2019, Banská Bystrica

Celoslovenská konferencia

Téma: Otázky doškolenia v odbore.

Hlavný organizátor:

Slovenská gynekologicko-pôrodná spoločnosť
 MUDr. Mikuláš Redecha, PhD.
 II. gynekol.-pôrod. klinika LFUK a UNB
 Ružinovská 6, 826 06 Bratislava
 www.ssgps.sk

**46. celoslovenská konferencia sociálnych sestier
 a sociálnych pracovníkov**

4. október 2019, Trenčín

Téma: Zdravotno-sociálna problematika v zdravotní-
 kom zariadení a zariadení sociálnych služieb.

Hlavný organizátor:

Sekcia sociálnych sestier a sociálnych pracovníkov
 Slovenskej spoločnosti sestier a pôrodných
 asistentiek, Fakultná nemocnica Trenčín, RÚVZ
 Trenčín, Fakulta zdravotníctva TNUAD v Trenčíne

Organizačno-technické zabezpečenie:

PhDr. Marta Majeríková, Fakultná nemocnica Trenčín,
 Sociálne oddelenie, Legionárska 28, 911 71 Trenčín
 032/6566633, 0908 535 661,
 majerikovamarta@gmail.com

XIII. Lábadýho sexuologické dni

**4.-5. október 2019, Košice, Trnava, Hotel Holiday
 Inn**

Medzinárodný kongres

Téma: Multidisciplinárna v sexuológii.

Hlavný organizátor:

Slovenská sexuologická spoločnosť
 MUDr. Dana Šedivá
 e-mail: dana.sediva@gmail.com

Organizačno-technické zabezpečenie:

Agentúra KAMI, s. r. o., Spišská Nová Ves, 0917
 830176, kami@agenturakami.sk
 www.sexology.sk

XIV. česko - slovenské dialógy o bolesti

4. – 6. október 2019

Téma: Chronická a akútna bolesť. Intervenčná alge-
 ziológia. Paliatívna medicína.

Hlavný organizátor:

Sekcia sestier pracujúcich v algeziológii Slovenskej
 spoločnosti sestier a pôrodných asistentiek, Sloven-
 ská spoločnosť pre štúdium a liečbu bolesti.

Organizačno-technické zabezpečenie:

Jana Snopková, FNŠP FDR,
 Algeziologická klinika SZU,
 Nám. Ľ. Svobodu 1, 975 17 Banská Bystrica
 0908 148808, jsnopkova@nspbb.sk

**IX. kongres Slovenskej spoločnosti klinickej mik-
 robiológie**

7.-9. október 2019, Nový Smokovec, Hotel Atrium

Celoslovenský kongres

Téma: Aktuálny pohľad na organizáciu mikrobiologic-
 kej diagnostiky, racionálna antimikrobiálna terapia.

Hlavný organizátor:

Slovenská spoločnosť klinickej mikrobiológie
 MUDr. Monika Czifruszová, PhD.
 Úzka 3379/3, 945 01 Komárno

Tel.: 0918 110223
e-mail: czirfusz@gmail.com

Spoluorganizátor:

Sekcia klinickej mikrobiológie SLK

Organizačno-technické zabezpečenie:

Kongresové oddelenie SLS, Emília Kurucová, kurucova@sls.sk
www.sskm.tym.sk

6. svetový deň trombózy

8. október 2019, Martin

Celoslovenská konferencia

Téma: Trombóza a trombofilia.

Hlavný organizátor:

Slovenská spoločnosť pre hemostázu a trombózu

Prof. MUDr. Ján Staško, PhD.

Klinika hematológie a transfúziológie JLF UK a UNM

Tel.: 43/4203153,-233

e-mail: stasko@jfmfmed.uniba.sk

Organizačno-technické zabezpečenie:

ROWEX, s.r.o., Hlaváčiková 39, 841 05 Bratislava,

MUDr. Igor Vico, 0903 762668,

igor.vico@rowexpro.sk

XXX. Izakovičov memoriál

9.-11. október 2019, Belá, Villa resort Hanuliak

Celoslovenská konferencia

Téma: Klinická genetika v medicínskej praxi.

Hlavný organizátor:

Slovenská spoločnosť lekárskej genetiky

MUDr. František Cisárik, CSc.

Oddelenie lekárskej genetiky FNsP

Spányola 43, 012 07 Žilina

Tel.: 041/2110698, 0902 731465

e-mail: cisgen@fnspza.sk

Organizačno-technické zabezpečenie:

Kongresové oddelenie SLS,

Emília Kurucová, kurucova@sls.sk

www.sslg.sk

Seminár Spolku lekárov Humenné

10. október 2019, Humenné, Nemocnica A. Leňa, a.s.

Miestny seminár

Téma: ODCH

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov Humenné

MUDr. Mária Kmitová

Tel.: 057/7706333

e-mail: spolok.lekarov.he@gmail.com

LABKVALITA 2019

10.-11. október 2019, Nový Smokovec, hotel Atrium

Celoslovenská konferencia

Téma: Preatalytické a analytické aspekty laboratórnej diagnostiky, kvalita interpretácie výsledkov, kvalita postanalytiky, vzájomná previazanosť ekonomiky a kvality v laboratóriách a systéme zdravotnej starostlivosti a v neposlednom rade tiež vízie, prognózy a perspektívy laboratórnej diagnostiky.

Hlavný organizátor:

Slovenská spoločnosť klinickej biochémie

RNDr. Mária Kačianiová

Klinická biochémia, s.r.o.

Tel.: 0905 485887

e-mail: kacaniova@klinickabiochemia.sk

MUDr. Hedviga Pivovarníková

synlab slovakia, s.r.o.

Tel.: 0917 555606

e-mail: hedviga.pivovarnikova@synlab.sk

Organizačno-technické zabezpečenie:

Kongresové oddelenie SLS,

Pavol Vician, vician@sls.sk

www.sskb.sk

Celoslovenská pediatrická konferencia

10.-11. október 2019, Bratislava

Téma: Všeobecná pediatria.

Hlavný organizátor:

Prof. MUDr. Ľudmila Podracká, CSc.

DK NÚDCH

Limbova 1, 833 40 Bratislava

Tel.: 02/59371208

e-mail: podracka12@yahoo.com

Organizačno-technické zabezpečenie:

Progress, s.r.o., Krivá 18, 040 01 Košice,

055/6806380, progress@progress.eu.sk

www.progress.eu.sk

X. Haľákové dni

10.-11. október 2019, Martin, Hotel Turiec

Celoslovenská konferencia

Téma: Difúzne parenchýmové choroby pľúc.

Hlavný organizátor:

Klinika pneumológie

a ftizeológie JLF UK a UN Martin

Doc. MUDr. Robert Vyšehradský, PhD.

e-mail: vysehradsky@jfmfmed.uniba.sk

Spoluorganizátor:

Slovenská lekárska spoločnosť, Jesseniova lekárska

fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratisla-

ve, Univerzitná nemocnica Martin, Slovenská pneu-

mologická a ftizeologická spoločnosť.

Organizačno-technické zabezpečenie:

Agentúra KAMI, s.r.o.,

Letná 82/70, 052 01 Spišská Nová Ves,

Mgr. Miroslava Kozáková,

0948 656488, agenturakami@agenturakami.sk

www.kongres-kami.sk/halakovedni/

SLOVAKODENT 2019

10.-11. október 2019, Žilina, Dom techniky

Celoslovenský seminár

Hlavný organizátor:

Slovenská stomatologická spoločnosť

Prof. MUDr. Peter Stanko, PhD.

Tel.: 02/32249710

e-mail: peter.stanko@ousa.sk

Organizačno-technické zabezpečenie:

Ing. Michal Šutara,

0903 222440, m.sutara@gmail.com

XVI. slovensko-český a XXI. český kongres spánkovej medicíny

10.-12. október 2019, Senec

Medzinárodný kongres

Téma: Poruchy spánku a neurologické ochorenia. Spánkové poruchy dýchania a pneumologické ochorenia. Nové trendy v diagnostike a liečbe porúch spánku a spánkových porúch dýchania.

Hlavný organizátor:

Slovenská spoločnosť spánkovej medicíny

MUDr. Imrich Mucska

Ambulancia pre Spánkové poruchy dýchania

Mickiewiczova 13, 813 69 Bratislava

Tel.: 02/57290646, 0905 200534

e-mail: imucska@gmail.com

Organizačno-technické zabezpečenie:

Tajpan, s.r.o., Monika Liedlová

www.SM2019.sk, www.zdravyspanok.sk

XII. kurz ISIA/ The International School for Instructors in Anesthesiology/

11.-12. október 2019, Banská Bystrica, FZ SZU

Seminár + postgraduálny kurz v anestéziológii

Hlavný organizátor:

ISIA + Slovenská spoločnosť

anestéziológie a intenzívnej medicíny

Organizačno-technické zabezpečenie:

MUDr. Katarína Galková, PhD., KAIM FN Nitra, 0903

667096, galkova@gmail.com, MUDr. Judita Capková,

PhD., KAIM Košice

www.ssaim.sk

V. konferencia gynekológov, urológov a sexuológov

11.-12. október 2019, Jasná, Hotel Družba

Celoslovenská konferencia

Téma: Spoločné urologicko-gynekologicko-sexuologické otázky.

Hlavný organizátor:

Slovenská gynekologicko-pôrodná spoločnosť

Doc. MUDr. Martin Redecha, PhD.

I.gynekol.-pôrod.klin. LFUK

Antolská 11, 851 07 Bratislava

Tel.: 02/68672725

Spoluorganizátor:

Slovenská urologická spoločnosť,

Slovenská sexuologická spoločnosť

www.sgps.sk

Dni prof. Vladimíra Novotného v Bojniciach

(11.Bojnická AT konferencia)

11.-13.október 2019, Bojnice

Celoslovenská konferencia

Téma: Lož v adiktológii.

Hlavný organizátor:

Sekcia drogových závislostí SPsS

MUDr. Miroslav Grohol

Tel.: 0907 948496

e-mail: miro.grohol@gmail.com

Organizačno-technické zabezpečenie:

Kongresové oddelenie SLS, Antónia Gulišová, guli-

sova@sls.sk

www.psychiatry.sk

44. kurz endoskopickej chirurgie nosa a PND

15.-17.október 2019, Žilina, ORL centrum JAS,

FNsP

Kurz

Téma: Endoskopická chirurgia nosa a PND.

Hlavný organizátor:

ORL centrum JAS, FNsP Žilina

Spoluorganizátor:

Slovenská spoločnosť pre

otorinolaryngológiu a chirurgiu hlavy a krku

Regionálna komora sestier Žilina

Organizačno-technické zabezpečenie:

MUDr. Pavol Lukášek, PhD.

ORL centrum JAS, FNsP, ul.V.Spanyola 43, 012 07

Žilina, 0904 472778, lukasek@fnspza.sk

Vedecká odborná schôdza Spolku lekárov Martin

16. október 2019, Martin, VP UNM

Téma: Varia.

Hlavný organizátor:

Ústav lekárskej biológie JLF UK

a UNM, Spolok lekárov Martin

Prof. MUDr. Martin Pěč, PhD.

41. kongres Slovenskej nefrologickej spoločnosti s medzinárodnou účasťou

9.-11. október 2019, Trnava, hotel Holiday Inn

Medzinárodný kongres

Hlavný organizátor:

Slovenská nefrologická spoločnosť

Doc. MUDr. Adrián Okša, CSc.

Slovenská zdravotnícka univerzita

Limbova 12, 833 03 Bratislava

e-mail: adrian.oksa@szu.sk

Organizačno-technické zabezpečenie:

FARMI-PROFI, s.r.o.,

Pestovateľská 2, 821 04 Bratislava,

Ing. Michaela Hladová, 0903 133638

hladova@farmi-profi.sk

www.nefro2019.sk

47. slovenský a český cerebrovaskulárny kongres

16.-18. október 2019, Horný Smokovec, Grand Hotel Bellevue

Medzinárodný kongres

Téma: Akútna liečba CMP, primárna a sekundárna

prevencia CMP, Zobrazovacie vyšetrenia pri CMP, Re-

habilitácia po CMP, Diagnostika a liečba dysfágie, Vas-

kulárne podmienené kognitívne poruchy.

Hlavný organizátor:

Slovenská neurologická spoločnosť

Sekcia pre cerebrovaskulárne ochorenia

Prof. MUDr. Zuzana Gdovinová, CSc., FESO, FEAN

Neurologická klinika LFUPJŠ a UNLP Košice

Trieda SNP 1, Košice

Tel.: 0907 915666

e-mail: z.gdovin@gmail.com

Spoluorganizátor:

Cerebrovaskulárni sekcie

České neurologické spoločnosti ČLS JEP

Organizačno-technické zabezpečenie:

Progress CA, s.r.o., Ing. Beata Kapustová,

055/6806261, 0905 411511,

beata.kapustova@progress.eu.sk,

www.progress.eu.sk

Seminár Spolku lekárov Humenné
17. október 2019, Humenné, Nemocnica A. Leňa, a.s.
 Miestny seminár
 Téma: RDO

Hlavný organizátor:
 Spolok lekárov Humenné
 MUDr. Mária Kmiťová
 Tel.: 057/7706333
 e-mail: spolok.lekarov.he@gmail.com

Vedecká pracovná schôdza Spolku lekárov Lučenec
17. október 2019, Lučenec, Stará radnica zasaďačka

Miestny seminár
 Téma: SVALZ. Aktuálne otázky, perspektívne trendy.
Hlavný organizátor:
 Spolok lekárov Lučenec
 MUDr. Peter Kirschner
 Tel.: 047/4311265
 e-mail: kirschner@lcnsp.sk

Vedecko pracovná schôdza Spolku lekárov v Rimavskej Soboti
17. október 2019, Rimavská Sobota

Téma: Laparoskopia v chirurgických odboroch.
Hlavný organizátor:
 Spolok lekárov v Rimavskej Soboti
 MUDr. Attila Gányovics
 Hostinského 1037/14,
 979 01 Rimavská Sobota
 Tel.: 0908 162031
 e-mail: dr.ati@azet.sk
Organizačno-technické zabezpečenie:
 MUDr. Attila Gányovics,
 0908 162031, dr.ati@azet.sk
 MUDr. Hana Sedláčková,
 0904 439621, hana.sedlackova@svetzdrazvia.com

XIV. novozámocké dni SSAIM
17.-18. október 2019, Palárikovo, Poľovnícky kaštieľ

Konferencia
 Téma: Pokroky a nové postupy v anesteziológii a intenzívnej medicíne.

Hlavný organizátor:
 Slovenská spoločnosť anesteziológie a intenzívnej medicíny
 FNŠP Nové Zámky, Klinika anesteziológie a intenzívnej medicíny
Organizačno-technické zabezpečenie:
 MUDr. Štefan Krbila, PhD.,
 KAIM FNŠP Nové Zámky,
 Slovenská 40, Nové Zámky,
 0905 651152,
 stefan.krbila@gmail.com
 www.ssaime.sk

XXV. výročný kongres Slovenskej oftalmologickej spoločnosti
17.-19. október 2019, Žilina, Holiday Inn

Celoslovenský kongres
 Téma: Kazuistiky, video prezentácie, foto.
Hlavný organizátor:
 Slovenská oftalmologická spoločnosť
Spoluorganizátor:
 Očné oddelenie Žilina
 www.soska.sk

XVI. psychofarmakologické sympóziu s medzinárodnou účasťou
17.-19. október 2019, Tatranská Lomnica, Grandhotel Praha, Vysoké Tatry

Celoslovenské sympóziu
 Téma: Limity psychofarmakoterapie.
Hlavný organizátor:
 Psychofarmakologická sekcia SPsS
 MUDr. Dagmar Breznoščíková, PhD.
Spoluorganizátor:
 LF UPJŠ Košice, ODOs o.z.
Organizačno-technické zabezpečenie:
 Berlina, s.r.o.,

RNDr. Katarína Šutovská, PhD., MBA,
 0915 728903
 www.psychiatriy.sk

16. tálske sesterské dni
18. – 19. október 2019, Tále, hotel Stupka

Hlavný organizátor:
 Sekcia sestier pracujúcich v pediatrii
 Slovenskej spoločnosti sestier
 a pôrodných asistentiek,
 Územná sekcia zdravotníckych pracovníkov
 nelekárskych odborov SSSaPA v Brezne,
 NSP Brezno, n.o.,
 Fakulta zdravotníctva SZU
 so sídlom v Banskej Bystrici,
 ŽP Rehabilitácia s.r.o.
Organizačno-technické zabezpečenie:
 Mgr. Zina Veždúrová,
 0902 713201, vezdurova@nspbr.sk

Gynekologická starostlivosť o ženu a matku
19. október 2019, Šamorín, X-Bionic Sphere

Celoslovenská konferencia
 Téma: Liečby myomatózy.
Hlavný organizátor:
 Slovenská gynekologicko-pôrodná spoločnosť
 Prof. MUDr. Ján Danko, PhD.
 Gynekol.-pôrod. klinika MFN
 a LFUPJŠ, Martin
 www.sgps.sk

Etické a ľudsko-právne aspekty dlhodobej liečby závažných duševných porúch IV.

19. október 2019, Grandhotel Praha, Tatranská Lomnica
 Celoslovenské sympóziu
 Téma: Etické a ľudsko-právne aspekty dlhodobej liečby závažných duševných porúch.

Hlavný organizátor:
 Slovenská psychiatrická spoločnosť
 MUDr. Ľubomíra Izáková, PhD.
 e-mail: luba.izakova@nextra.sk
 www.psychiatriy.sk

Lokalizácia akupunktúrnych dráh. Lokalizácia akupunktúrnych bodov.

19. -20. október 2019, Lučenec, RE-GYN-A
 Seminár
Hlavný organizátor:
 Slovenská spoločnosť akupunktúry
 Lektori: MUDr. Gabriel Petrovics,
 MUDr. Dagmar Balková
Odborný garant:
 MUDr. Alena Ondrejčáková, PhD.
Spoluorganizátor:
 Slovenská zdravotnícka univerzita,
 Katedra akupunktúry
 www.akupunktura-sls.sk

Dentálny týždeň vo Vysokých Tatrách (24. ročník)
19.-23. október 2019, Vysoké Tatry, Hotel Bellevue

Medzinárodná konferencia
 Téma: Prevencia. Parodontológia. Endodoncia. Chirurgia. Ekonomika. Manažment. Psychológia.
Hlavný organizátor:
 Slovenská parodontologická spoločnosť
 Doc. MUDr. Eva Kovaľová, PhD.
 Tel.: 0908 974703
 e-mail: kovalova@nextra.sk
 Mgr. Helena Hatalová
 Tel.: 0908 347071
 e-mail: helenahatalova87@gmail.com

Spoluorganizátor:
 Slovenská stomatologická spoločnosť,
 Slovenská dentálnohygienická spoločnosť,
 Fakulta zdravotníckych odborov PU v Prešove.
Organizačno-technické zabezpečenie:
 Slovenská dentálnohygienická spoločnosť,
 FZO PU, Partizánska 1, 080 01 Prešov,
 0908 347071,
 helenahatalova87@gmail.com
 www.zdravyusmev.sk

Vedecká odborná schôdza Spolku lekárov Martin
23. október 2019, Martin, VP UNM

Téma: Varia.
Hlavný organizátor:
 Klinika infektológie a cestovnej
 medicíny JLF UK a UN v Martine,
 Spolok lekárov Martin
 Doc. MUDr. Katarína Šimeková, PhD.

141. regionálna vedecká schôdza Spolku lekárov Záhoria

23. október 2019, Myjava, Hotel Štefánik
 Okresná konferencia
 Téma: Varia z oblasti medicínskych a nemedicínskych odborov rezortu zdravotníctva.
Hlavný organizátor: Spolok lekárov Záhoria
 PaedDr. Barbora Bunová, PhD.,
 vedecká sekretárka SLZ
Organizačno-technické zabezpečenie:
 Kongresové oddelenie SLS
 www.spoklzlz.sk

Seminár Spolku lekárov Oravy
23. október 2019, Dolný Kubín, Veľká zasaďačka DONSP

Odborný seminár
Hlavný organizátor:
 Spolok lekárov Oravy
 Gynekologické oddelenie
 MUDr. Milan Ostrihoň, MBA
 e-mail: sekretarslo@gmail.com

Networking mladých neuroológov
23. -24. október 2019, Tatranská Lomnica, Grandhotel Praha

Hlavný organizátor:
 Slovenská neurologická spoločnosť
 Doc. MUDr. Matej Škovránek, PhD.
Organizačno-technické zabezpečenie:
 SOLEN, s.r.o.
 Ambrova 5, 831 01 Bratislava, 02/54131365, kongres@solen.sk
 www.solen.sk

XXIV. Červenkove dni preventívnej medicíny
23.-25. október 2019, Tále hotel Stupka

Medzinárodná konferencia
 Téma: Nákazy preventabilné očkovaním. Alimentárne nákazy. Zoonózy. Nozokomiálne nákazy. Prevencia chronických chorôb.

Hlavný organizátor:
 Slovenská epidemiologická a vakcinologická spoločnosť
 Doc. MUDr. Mária Avdičová, PhD.
 Regionálny úrad verejného zdravotníctva
 Cesta k nemocnici 1,
 97556 Banská Bystrica
 Tel.: 048/4367441, 0918 129627
 e-mail: maria.avdicova@vzbbsk
Spoluorganizátor:
 Regionálny úrad verejného zdravotníctva
 Banská Bystrica, ÚVZ SR.
Organizačno-technické zabezpečenie:
 A-medi, Ing. Šurinová,
 02/55647247, 0910 230209,
 marketing@amedi.sk
 www.amedi.sk

Vedecká pracovná schôdza Spolku lekárov v Michalovciach

24. október 2019, Veľká zasaďačka NSP Michalovce
 Téma: Ambulancie ŠAS.
Hlavný organizátor:
 Spolok lekárov v Michalovciach
 MUDr. Dana Jurečková, PhD.
 Špitálska 2, 071 01 Michalovce
 Tel.: 0905 893311
 e-mail: dana.jureckova@svetzdrazvia.com
Spoluorganizátor:
 RLK Košice
 https://www.procure.sk/spolok-lekarov-sls/

Filov medzispolkový lekársky deň v Žiline**24. október 2019, Žilina**

Téma: Zaujímavé kazuistiky.

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov Prievidza
MUDr. Ladislav Frankovič
Psychiatrické oddelenie, NsP Prievidza,
Nemocnica so sídlom v Bojniciach
Tel.: 5112548, 5115532, 0918 717729
e-mail: ladislav@frankovic.sk

Vedecká pracovná schôdza Spolku lekárov Trebišov**24. október 2019, Trebišov**

Miestny seminár

Téma: Novinky v internej medicíne.

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov Trebišov
MUDr. Mária Bodnárová
Interné oddelenie NsP Trebišov, a.s.
ul.SNP 1079/76, 075 01 Trebišov
Tel.: 056/6660411
e-mail: maria.bodnarova@svetzdavia.com

Spoluorganizátor:

Nemocnica s poliklinikou Trebišov a.s.
Organizačno-technické zabezpečenie:
MUDr. Peter Mucha,
prezident SL Trebišov,
0907 419 328

XVII. celoslovenská konferencia sestier pracujúcich v neonatológii**24.-25. október 2019, Banská Bystrica**

Téma: Ošetrovateľská starostlivosť o fyziologického novorodenca. Varia.

Hlavný organizátor:

Sekcia sestier pracujúcich v neonatológii
Slovenskej spoločnosti sestier
a pôrodných asistentiek.

Organizačno-technické zabezpečenie:

Mgr. Renáta Jančovičová,
NÚDCH – NKIM,
Limbova 1, 833 40 Bratislava,
jancovicova.r@gmail.com

Sympóziu praktickej neurológie, Neurológia pre prax, XIII. ročník**24.-25. október 2019, Tatranská Lomnica, Grandhotel Praha**

Medzinárodné sympóziu

Hlavný organizátor:

Slovenská neurologická spoločnosť
Doc. MUDr. Vladimír Donáth, CSc.
e-mail: vdonath@isternet.sk

Organizačno-technické zabezpečenie:

SOLEN, s.r.o. Daša Búzeková,
02/54131365, kongres@solen.sk
www.solen.sk

Nitra's Coloproctologic Day, with International Participation, XXIII Nitra's Surgical Day**25. október 2019, Nitra, Prednášková miestnosť hotel MIKADO**

Medzinárodný kongres

Téma: Pokročilý karcinóm kolonu a rekta.

Hlavný organizátor:

Koloproktologická sekcia SCHS
Doc. MUDr. Jozef Korček, PhD.
Višňová č.22/A, 949 01 Nitra
Tel.: 0907 053430, 037/6545425,-430
e-mail: jozef.korcek@pobox.sk

Spoluorganizátor:

Slovenská gastroenterologická spoločnosť, o.z.

Organizačno-technické zabezpečenie:

Turancar Nitra,
0904 484497, 037/6555777,
sekretariat@turancar.sk
www.kolorektum.sk

Gynekologická starostlivosť o ženu a matku**25.-26. október 2019, Štrbské Pleso, Hotel Patria**

Celoslovenská konferencia

Téma: Hormonálna liečba v gynekológii.

Hlavný organizátor:

Slovenská gynekologicko-pôrodná spoločnosť
Prof. MUDr. Miroslav Borovský, PhD.
I.gynekol.-pôrodná klinika LFUK a UNB
Antolská 11, 851 07 Bratislava
Tel.: 02/68673679
www.sgps.sk

31. slovenský a český epileptologický zjazd**25.-26. október 2019, Tatranská Lomnica, Grandhotel Praha**

Medzinárodný zjazd

Hlavný organizátor:

Slovenská neurologická spoločnosť
Doc. MUDr. Vladimír Donáth, CSc.
e-mail: vdonath@isternet.sk

Organizačno-technické zabezpečenie:

SOLEN, s.r.o. Daša Búzeková,
02/54131365, kongres@solen.sk
www.solen.sk

Slovenská hematologická a transfúziologická konferencia 2019**27.-29. október 2019, Starý Smokovec, hotel Bellevue**

Medzinárodná konferencia

Téma: Akútne leukémie. Anémia. Hemostáza. Laboratórna diagnostika. Lymfómy. Lymfoproliferatívne neoplázie. Mnohobočinný myelóm. Myelodysplastický syndróm. Myeloproliferatívne neoplázie. Transfúziológia.

Hlavný organizátor:

Slovenská hematologická
a transfúziologická spoločnosť
MUDr. Marcela Skráková
Klinika hematológie a transfúziológie UNB
Antolská 11, 851 07 Bratislava
Tel.: 0905 982552
e-mail: skrakova@pe.unb.sk

Organizačno-technické zabezpečenie:

ROWEX, s.r.o.,
Hlaváčiková 39, 841 05 Bratislava,
MUDr. Igor Vico,
0903 762668,
igor.vico@rowexpro.sk

Vedecká pracovná schôdza Spolku lekárov v Dunajskej Stredě**30. október 2019, Dunajská Streda, NsP, Zasadacia OAIM, Svet Zdravia**

Téma: Gynekológia.

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov Dunajská Streda
MUDr. Edit Rajzák
Tel.: 031/5571215, -490, -227
e-mail: edit.rajzak@svetzdavia.com

Spoluorganizátor:

Riaditeľstvo Nemocnica Dunajská Streda a.s.,
člen siete nemocníc Svetu zdravia.

Vedecká schôdza Spolku lekárov v Trenčíne**30. október 2019, Trenčín, FN Konferenčná miestnosť**

Okresný seminár

Téma: Interdisciplinárna.

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov v Trenčíne
MUDr. Ladislav Badík, predseda SL

Spoluorganizátor:

Oddelenie TaPCH
www.fntn.sk

Vedecká pracovná schôdza Spolku lekárov v Bardejove**31. október 2019, Bardejov**

Okresný seminár

Téma: Chirurgická.

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov v Bardejove
MUDr. Jozef Chovanec
NsP Sv.Jakuba 21, Bardejov

Tel.: 054/4788314

Organizačno-technické zabezpečenie:

SL Bardejov, MUDr. Marcel Litavec, 054/4788563
www.nsp-bardejov.sk

XXXVII. slovenské pracovné dni sestier pracujúcich v anesteziológii a intenzívnej medicíne**október 2019, Banská Bystrica**

Téma: Tímová a medziodborová spolupráca – záruka kvality medicínskej a ošetrovateľskej starostlivosti. Varia.

Hlavný organizátor:

Sekcia sestier pracujúcich v anesteziológii
a intenzívnej medicíne Slovenskej spoločnosti
sestier a pôrodných asistentiek,
Slovenská spoločnosť anesteziológie
a intenzívnej medicíny, org. zl. SLS,
RK SaPA so sídlom v Banskej Bystrici,
FNsP F. D. Roosevelta v Banskej Bystrici,
FZ SZU so sídlom v Banskej Bystrici,
Banskobystrický samosprávny kraj.

Organizačno-technické zabezpečenie:

PhDr. Monika Matošová,
II. KAIM SZU FNsP F.D.Roosevelta
Nám. L. Svobodu 1, 975 17 Banská Bystrica
0905 412 207, 048 441 2744,
mmatosova@nspbb.sk

XXV. workshop sestier pracujúcich v diabetológii**október 2019, Trenčín**

Téma: Hospitalizovaný diabetik - čo s ním?

Hlavný organizátor:

Sekcia sestier pracujúcich v diabetológii Slovenskej
spoločnosti sestier a pôrodných asistentiek
Organizačno-technické zabezpečenie:
PhDr. Eva Szabóová, 0907 498493,
eva.szaboova58@gmail.com

Vedecká pracovná schôdza Spolku lekárov MUDr. Vojtecha Alexandra**október 2019, Kežmarok, reštaurácia Legenda**

Okresný seminár

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov MUDr. Vojtecha Alexandra Kežmarok
MUDr. Peter Slovák
Tvarožnínska 6, Kežmarok
Tel.: 0908 268809
e-mail: slovikipeter@centrum.sk
MUDr. Peter Marko
Kežmarok
Tel.: 0905 840000

Organizačno-technické zabezpečenie:

Empire, Pavol Mikulášik,
Priekopa 23, Kežmarok, empire@stonline.sk

NOVEMBER 2019

Odborný večer Spolku slovenských lekárov v Bratislave
Každý pondelok o 17:00 hod., Bratislava, Malá poslucháreň, NTÚ LFUK

Hlavný organizátor:
Spolok slovenských lekárov v Bratislave
Doc. MUDr. Vladimír Bzdúch, CSc.
NÚDCH, I. detská klinika,
Limbová 1, 833 40 Bratislava
Tel.: 02/59371103
e-mail: bzduch@gmail.com
www.sslba.sk

Internistický deň
7. november 2019, Bratislava, Hotel Saffron
Celoslovenský seminár
Téma: Imunológia v internej medicíne.

Hlavný organizátor:
Slovenská internistická spoločnosť
Doc. MUDr. Zdenko Killing, PhD.
V interná klinika LFUK a UN
Ružinovská 4, Bratislava
Doc. MUDr. Soňa Kiňová, PhD.
I. interná klinika LFUK a UN
Mickiewiczova 13, 813 69 Bratislava
Tel.: 02/57290249
e-mail: sonakinova@hotmail.com
Prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc., FRCP
I. interná klinika LF UPJŠ Košice
e-mail: ivica.lazurova@upjs.sk
Organizačno-technické zabezpečenie:
A-Medi management, s.r.o.,
Stromová 13, 831 01 Bratislava,
Ing. Šurinová, marketing@amedia.sk

Geriatrický pacient v ambulancii zubného lekára
7. november 2019, Košice, Kongresový hotel ROCA
Krajský seminár
Téma: Rizikové faktory u geriatrických pacientov, špecifika ošetrovania v jednotlivých stomatologických odboroch.

Hlavný organizátor:
Slovenská stomatologická spoločnosť
Ing. Igor Kubovčík
KVV Na doline 23, 040 14 Košice
Tel.: 055/6718291, 0907 374460
e-mail: kubovcik.igor@atk.sk

Seminár Spolku lekárov Humenné
**7. november 2019, Humenné, Nemocnica A. Le-
ňa, a.s.**

Miestny seminár
Hlavný organizátor: Spolok lekárov Humenné
MUDr. Mária Kmitová
Tel.: 057/7706333
e-mail: spolok.lekarov.he@gmail.com

XV. bratislavské dni klinic AIM – 15. Clinical Update Postgraduate - CUP 2019
7.-8. november 2019, Bratislava, hotel Crowne Plaza

Konferencia - Sympóziom
Téma: Anestézia a intenzívna starostlivosť v 21. storočí. Kvalita anestézie a pokroky v intenzívnej medicíne.

Hlavný organizátor:
Slovenská spoločnosť anestéziológie
a intenzívnej medicíny
Organizačno-technické zabezpečenie:
Doc. MUDr. Roman Záhorec, PhD.,
0905 624901, rzahorec@ousa.sk
www.ssaim.sk

Prešovský deň cievnej chirurgie
7.-8. november 2019, Prešov, hotel Villa Plaza Boutique

Hlavný organizátor:
Slovenská spoločnosť cievnej chirurgie
MUDr. Ján Tomka, PhD., MPH

Klinika cievnej chirurgie, NÚSCH, a.s.
Pod krásnou hôrkou 1, 833 48 Bratislava
Tel.: 02/59320637

Organizačno-technické zabezpečenie:
Farmi-Profi, s.r.o.,
Pestovateľská 2, 821 04 Bratislava,
PharmDr. Katarína Bilá
www.sscch.sk

**Preprotetická chirurgia – v kontexte protetického
ho a konzervačného ošetrovania**

8. november 2019, Žilina
Medzinárodná konferencia
Téma: Preprotetická chirurgia – augmentácia vs. Resekcia gingívy, plánovanie a klinické postupy v kontexte protetického a konzervačného ošetrovania.

Hlavný organizátor:
Slovenská parodontologická spoločnosť
JUDr. Eva Rusiňáková
Tel.: 0911 482774, e-mail: info@perio.sk
Spoluorganizátor: Dently Academia, s.r.o.
Organizačno-technické zabezpečenie:
Dently Academia, s.r.o.,
JUDr. Eva Rusiňáková,
0911 482774, info@dentlyacademia.sk
www.perio.sk, www.dentlyacademia.sk

Dermatológia pre prax
**8.-9. november 2019, Tatranská Lomnica,
Grandhotel Praha**
Celoslovenský kongres

Hlavný organizátor:
Slovenská dermatovenerologická spoločnosť
Doc. MUDr. Dušan Buchvald, PhD.
e-mail: buchvald@NÚDCH.sk
Organizačno-technické zabezpečenie:
SOLEN, s.r.o. Daša Búzeková,
02/54131365, buzekova@solen.sk
www.solen.sk

**42. slovenská konferencia farmaceutických la-
borantov a technikov pre zdravotnícke pomôcky**
8.-9. november 2019, Starý Smokovec

Celoslovenská konferencia
Téma: Komplexná starostlivosť o pacienta s neurodegeneratívnymi ochoreniami.

Hlavný organizátor:
Slovenská spoločnosť farmaceutických
laborantov a technikov pre zdravotnícke pomôcky
Alena Slezáček Bohušová
V. Spanyola 20, 010 01 Žilina
Tel.: 0908 934855
e-mail: alena.slezacek@gmail.com
Spoluorganizátor: Slovenská komora medicínskych
technikov pracovníkov.
www.sekmtp.sk

**Kurz chirurgickej anatómie krku a krčných ope-
rácií**

8.-9. november 2019, Bratislava

Celoslovenský workshop
Téma: Chirurgia hlavy a krku.

Hlavný organizátor:
Slovenská spoločnosť pre
otorinolaryngológiu a chirurgiu hlavy a krku
MUDr. Patrik Štefanička, PhD.
Antolská 11, 851 07 Bratislava
Tel.: 02/68672810
Spoluorganizátor:
Slovenská anatomická spoločnosť
www.sso.sk

**50. výročie samostatnej Slovenskej lekárskej
spoločnosti**
**70. výročie vzniku Československej lekárskej
spoločnosti J.E. Purkyně**
**13. november 2019, Bratislava, Univerzita Ko-
menského**

**Hlavný organizátor a organizačno-technické
zabezpečenie:**
Slovenská lekárska spoločnosť
www.sls.sk

Vedecká odborná schôdza Spolku lekárov Martin
13. november 2019, Martin, VP UNM

Téma: Choroby z povolania – diagnostika a výskyt
v Slovenskej republike.

Hlavný organizátor:
Klinika pracovného lekárstva a toxikológie JLF UK
a UNM, Spolok lekárov Martin
Doc. MUDr. Oto Osina, PhD.

XXVIII. Schwarzov deň
14. november 2019, Košice, Rektorát UPJŠ
Celoslovenská konferencia
Téma: Varia.

Hlavný organizátor:
Slovenská gynekologicko-pôrodná spoločnosť
Prof. MUDr. Alexander Ostró, PhD.
I. gynekol.-pôrod.klinika UPJŠ Košice
www.sgpps.sk

**8. slovenská konferencia o zriedkavých choro-
bách**

**14.-15. november 2019, Bratislava, Austria Trend
Hotel**
Celoslovenská konferencia

Hlavný organizátor:
Sekcia pre neuromuskulárne ochorenia,
Slovenská neurologická spoločnosť
Doc. MUDr. Peter Špalek, PhD.
e-mail: peter.spalek@seznam.cz
Spoluorganizátor:
Orphanet Slovakia,
Ministerstvo zdravotníctva SR,
Detská klinika LF UK a NÚDCH Bratislava
Organizačno-technické zabezpečenie:
SOLEN, s.r.o., Ambrova 5, 831 01 Bratislava,
02/54131365, kongres@solen.sk
www.solen.sk

Kongres Slovenskej spoločnosti pre liečenie rán
2019 s medzinárodnou účasťou

**14.-16. november 2019, Demänovská dolina, Ho-
tel Chopok**

Medzinárodný kongres
Téma: I. Edukačný workshop: hojenie, diagnostika
a manažment rán. II. Akútne rany, chronické rany,
diagnostika a manažment v nemocničnej a ambu-
lantnej praxi.

Hlavný organizátor:
Slovenská spoločnosť pre liečenie rán
Prof. MUDr. Ján Koller, CSc.
Tel.: 02/48234527
e-mail: koller@ru.unb.sk

Organizačno-technické zabezpečenie:
FARM-PROFI, s.r.o.,
Pestovateľská 2, 821 04 Bratislava,
Marcela Ildibeková,
02/64461555, -1614; 0918 569890,
ildibekova@farmi-profi.sk, rany@farmi-profi.sk
www.ssplr2019.sk

Novinky v genitourinárnych malignitách
15.-16. november 2019, Zvolen, Hotel Tennis
Celoslovenský seminár

Hlavný organizátor:
Slovenská onkologická spoločnosť
Prof. MUDr. Michal Mego, PhD.
Národný onkologický ústav,
Klenova 1, 831 01 Bratislava
Tel.: 0904 442530
e-mail: misomego@gmail.com

Organizačno-technické zabezpečenie:
SOLEN, s.r.o.,
Ambrova 5, 831 01 Bratislava,
Monika Horáková, 0903 452654,
horakova@solen.sk
http://onkologia.sk/pln-odbornych-akcii-na-r-2019/
www.solen.sk

III. kongres Slovenskej stomatologickej spoločnosti 15.-16.november 2019, Hotel Grand Jasná, Demänovská dolina

Medzinárodný kongres
Téma: Nové poznatky v etiológii, patogenéze a terapii zubného kazu. Moderné endodontické postupy. Nové poznatky v jednotlivých stomatologických odboroch.

Hlavný organizátor:

Slovenská stomatologická spoločnosť
MUDr. Jozef Minčík, PhD.
Tel.: 0907 928200
e-mail: jozefmin@post.sk

Organizačno-technické zabezpečenie:

Ing. Igor Kubovčík – KVV,
Na Doline 23, 040 14 Košice,
055/6718291, 0907 374460,
kubovcik.igor@atk.sk

<http://www.skzl.sk>, www.perio.sk, www.ssts.sk

Šmiralove dni akupunktúry 16. - 17. november 2019, Bratislava

Hlavný organizátor:

Slovenská spoločnosť akupunktúry
www.akupunktura-sls.sk

Vedecká odborná schôdza Spolku lekárov Martin 20. november 2019, Martin, VP UNM

Téma: Syntéza vedy a praxe vo verejnom zdravotníctve.

Hlavný organizátor:

Ústav verejného zdravotníctva JLF UK Martin,
Spolok lekárov Martin,
Prof. MUDr. Henrieta Hudečková, PhD, MPH

Seminár Spolku lekárov Oravy 20. november 2019, Dolný Kubín, Veľká zasaďačka DONsP

Odborný seminár

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov Oravy
Oddelenie dlhodobých chorých
MUDr. Ladislav Ninis
e-mail: sekretarslo@gmail.com

Seminár Spolku lekárov Humenné 21. november 2019, Humenné, Nemocnica A. Leňa, a.s.

Miestny seminár

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov Humenné
MUDr. Mária Kmitová
Tel.: 057/7706333
e-mail: spolok.lekarov.he@gmail.com

Vedecká pracovná schôdza Spolku lekárov Lučenec 21. november 2019, Lučenec, Stará radnica zasaďačka

Miestny seminár

Téma: Neurológia. ORL. Primárne bolesti hlavy.

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov Lučenec
MUDr. Peter Kirschner
Tel.: 047/4311265
e-mail: kirschner@lcnsp.sk

Vedecká pracovná schôdza Spolku lekárov v Michalovciach 21. november 2019, Veľká zasaďačka NsP Michalovec

Téma: Psychiatrická nemocnica.

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov v Michalovciach
MUDr. Dana Jurečková, PhD.
Špitálska 2, 071 01 Michalovec
Tel.: 0905 893311
e-mail: dana.jureckova@svetozdravia.com

Spoluorganizátor:

RLK Košice
<https://www.procare.sk/spolok-lekarov-sls/>

XXIII. jesenná rehabilitačná konferencia 21.-22. november 2019, Nové Zámky

Medzinárodná konferencia

Téma: Ochorenia centrálneho a periférneho nervového systému a liečebná rehabilitácia. Nové postupy v neurochirurgii a liečebná rehabilitácia. Varia.

Hlavný organizátor:

Slovenská spoločnosť fyziatrie,
balneológie a liečebnej rehabilitácie
MUDr. Emanuel Lorenz
Vajanského 45, 940 01 Nové Zámky
Tel.: 0905 602407
e-mail: lorenz@pksturovo.sk,
lorenz.pavol@gmail.com

Organizačno-technické zabezpečenie:

Kongresové oddelenie SLS
www.fblr.sk

51. Galandove dni

21.-22. november 2019, Martin, Aula Magna JLF UK

Medzinárodná konferencia

Téma: Všeobecná pediatria.

Hlavný organizátor:

Jesseniova lekárska fakulta UK v Martine
Prof. MUDr. Peter Bánovčin, CSc.
Klinika detí a dorastu JLF UK a UNM
Kollárova 2, 036 59 Martin
Tel.: 043/4203254
e-mail: banovcin@jfmf.uniba.sk

Spoluorganizátor:

Klinika detí a dorastu JLF UK a UNM,
Klinika detskej anestéziológie
a intenzívnej medicíny JLF UK a UNM,
Klinika detskej tuberkulózy
a respiračných chorôb JLF UK,
Národný ústav detskej TaRCH Dolný Smokovec,
Univerzitná nemocnica Martin,
Slovenská pediatrická spoločnosť,
Spolok lekárov v Martine.

Organizačno-technické zabezpečenie:

A-medi management, s.r.o.,
Kupeckého 3, 821 03 Bratislava,
02/5564746, 0903 224625,
marketing@amedia.sk
www.amedia.sk

Kurz otoskopie pre pediatriov

22. november 2019, Bratislava, Zasaďačka Detskej ORL kliniky LFUK a NÚDCH

Okresný workshop

Téma: Akútna otitída v ambulantnej praxi pediatra. Teoretické aj praktické aspekty, diagnostika a liečba zápalov vonkajšieho a stredného ucha spracovaná pre potreby pediatriov. Teoretické prednášky, praktický nácvik vyšetrovacích metód a princípy liečby.

Hlavný organizátor:

Slovenská spoločnosť pre
otorinolaryngológiu a chirurgiu hlavy a krku
MUDr. Irina Sebová, CSc., MPH
Detská otorinolaryngologická klinika LFUK
a NÚDCH
Limbová 1, 833 40 Bratislava
Tel.: 02/59371448
e-mail: irina.sebova@NUDCH.sk

Spoluorganizátor:

Detská klinika LFUK a NÚDCH

Organizačno-technické zabezpečenie:

Sekretariát DORLK – NÚDCH Bratislava,
02/59371421, 02/59371207
www.sso.sk

Pedostomatologická sekcia Slovenskej stomatologickej spoločnosti

22. november 2019, Bratislava, Klinika stomatológie a MFCH

Celoslovenská vedecko-odborná schôdza
Téma: Preventívna a liečebná stomatologická starostlivosť u detí a dorastu.

Hlavný organizátor:

Slovenská stomatologická spoločnosť,
Pedostomatologická sekcia

Doc. MUDr. Stanislava Veselá, CSc.
Klinika stomatológie a MFCH LFUK a OÚSA Bratislava
Heydukova 8, 812 50 Bratislava
Tel.: 02/32249767, 0902 354571

Spoluorganizátor:

Klinika stomatológie a maxilofaciálnej chirurgie
LFUK a OÚSA Bratislava.

Liptovský onkogynekologický deň 23. november 2019, Lúčky

Celoslovenská konferencia

Téma: Analýza onkologickej starostlivosti v roku 2018 v SR.

Hlavný organizátor:

Slovenská gynekologicko-pôrodná spoločnosť
Prof. MUDr. Miloš Mlynček, CSc.
Gynekol.-pôrodná klinika UN a UKF Nitra
www.sgps.sk

Vedecká pracovná schôdza Spolku lekárov v Dunajskej Stredě

27. november 2019, Dunajská Streda, NsP, Zasaďačka OAIM, Svet Zdravia

Téma: Pediatria.

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov Dunajská Streda
MUDr. Edit Rajžák
Tel.: 031/5571215, -490, -227
e-mail: edit.rajzak@svetozdravia.com

Spoluorganizátor:

Riaditeľstvo Nemocnica Dunajská Streda a.s.,
člen siete nemocníc Svetu zdravia.

Vedecká schôdza Spolku lekárov v Trenčíne 27. november 2019, Trenčín, FN Konferenčná miestnosť

Okresný seminár

Téma: Interdisciplinárna.

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov v Trenčíne
MUDr. Ladislav Badík, predseda SL

Spoluorganizátor:

Geriatrické oddelenie
www.fntn.sk

5. kurz ESA – CEEA

27.-29. november 2019, Košice

Postgraduálny kurz.

Téma: Vybrané témy z odboru AIM.

Hlavný organizátor:

Slovenské centrum CEEA,
UN Košice – I. KAIM LF UPJŠ

Spoluorganizátor:

Slovenská spoločnosť anestéziológie
a intenzívnej medicíny

Organizačno-technické zabezpečenie:

Doc. MUDr. Jozef Firment, PhD., I.KAIM LF UPJŠ,
MUDr. Štefan Trenkler, PhD., 0905 522 146,
jozef.firment@upjs.sk, stefan.trenkler@upjs.sk
www.ssaim.sk,
www.lf.upjs.sk/ceea/index.html

36. český a slovenský gastroenterologický kongres

27.-29. november 2019, Praha ČR, Clarion Congress Hotel Prague

www.sgssls.sk

Vedecká pracovná schôdza Spolku lekárov v Bardejove

28. november 2019, Bardejov

Okresný seminár

Téma: Interná.

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov v Bardejove
MUDr. Jozef Chovanec
NsP Sv. Jakuba 21, Bardejov
Tel.: 054/4788314

Organizačno-technické zabezpečenie:

SL Bardejov, MUDr. Marcel Litavec,
054/4788563
www.nsp-bardejov.sk

Vedecká pracovná schôdza Spolku lekárov Trebišov

28. november 2019, Trebišov

Miestny seminár

Téma: Rehabilitácia pri úžinovných sy periférnych nervov.

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov Trebišov
MUDr. František Michalčík
Oddelenie fyziatrie NsP Trebišov, a.s.
ul.SNP 1079/76, 075 01 Trebišov
Tel.: 056/6660818
e-mail: frantisek.michalcik@svetozdravia.com

Spoluorganizátor:

Nemocnica s poliklinikou Trebišov a.s.
Organizačno-technické zabezpečenie:
MUDr. Peter Mucha, prezident SL Trebišov,
0907 419328

Adenoidné vegetácie. Chronický serózny zápal stredného ucha. Eustachova trubica. 28.-29. november 2019, Bratislava, Klinika otorinolaryngológie a chirurgie hlavy a krku LFUK a UNB

Celoslovenská odborná stáž

Téma: Prezentácie na tému: Balónová dilatácia Eustachovej trubice, riešenie chronického serózneho zápalu stredného ucha, inzercia ventilačných trubičiek, endoskopická adenoidektómia, účasť na operačných výkonoch: EAT, BDET, inzercia VT, nácvik a prevedenie operačných výkonov.

Hlavný organizátor:

Slovenská spoločnosť pre otorinolaryngológiu a chirurgiu hlavy a krku
MUDr. Daniela Nechojdomová, PhD.
Klinika otorinolaryngológie a chirurgie hlavy a krku LFUK a UNB
Antolská 11, Bratislava
Tel.: 02/68672796
e-mail: danielan1@post.sk

Organizačno-technické zabezpečenie:

MUDr. Daniela Nechojdomová, PhD.,
Klinika otorinolaryngológie a chirurgie hlavy a krku LFUK a UNB
Antolská 11, Bratislava,
02/68672796, danielan1@post.sk
www.sso.sk

XXIII. košické chemoterapeutické dni

28.-30. november 2019, Košice

Medzinárodná konferencia

Téma: Antineoplastická a antiinfekčná chemoterapia, biologická liečba, imunoterapia, diagnostika nádorov, rádioterapia a podporná liečba.

Hlavný organizátor:

Slovenská chemoterapeutická spoločnosť
Doc. MUDr. Mária Wagnerová, CSc.
VOÚ a.s.
Rastislavova 43, 049 91 Košice
Tel.: 0905 943962
e-mail: wagnerova@vou.sk

Spoluorganizátor:

SOS, VOÚ a.s., LF UPJŠ

Organizačno-technické zabezpečenie:

Progress CA, s.r.o., Krivá 18, 040 01 Košice, Ing. Beata Kráľová, 0905 754457, progress@progress.eu.sk
www.chemodni-košice.sk, www.progres.eu.sk

IV. Gašparcov memorál v Martine

29. november – 1. december 2019, Martin, Hotel Turiec

Konferencia

Téma: Pokroky a nové postupy v pediatrickej anestéziológii a intenzívnej medicíne.

Hlavný organizátor:

Sekcia pediatrickej anestéziológie,
Sekcia intenzívnej medicíny SSAIM,
Klinika detskej anestéziológie a intenzívnej medicíny
Organizačno-technické zabezpečenie:
MUDr. Jozef Koppl, MPH,
DKAIM, Sekcia pediatrickej anestéziológie SSAIM,
Doc. MUDr. Slavomír Nosál, PhD.,
DKAIM JLF UK a UN Martin,
0905 651152, koppl@gmail.com
www.ssaaim.sk

11. slovenská konferencia cystickej fibrózy

29.-30. november 2019, Dolný Smokovec

Medzinárodná konferencia

Téma: Nové terapie pre CF, genetika, preimplantačná dg. Slovenský CF register. Respiračná fyzioterapia a CF. Možnosti ATB terapie u CF. Význam výživy v liečbe CF. Rôzne.

Hlavný organizátor:

Slovenská Asociácia Cystickej Fibrózy (CF Asociácia)
MUDr. Katarína Štěpánková
Tel.: 0903 608455

Spoluorganizátor:

NÚDTARCH Dolný Smokovec

Organizačno-technické zabezpečenie:

Slovenská Asociácia Cystickej Fibrózy (CF Asociácia),
Park Angelinum 2, 040 01 Košice,
MUDr. Katarína Štěpánková, 0903 608455
www.cfkonferencia.sk

Preciznosť v protetice, okluze a funkcie v každodenní praxi

29.-30. november 2019, Bratislava

Medzinárodná konferencia a workshop

Téma: 1.deň teoretická prednáška na tému oklúzie a funkcie v protetike. 2.deň workshop – praktický kurz na rovnakú tému.

Hlavný organizátor:

Slovenská parodontologická spoločnosť
JUDr. Eva Rusiňáková
Tel.: 0911 482774
e-mail: info@perio.sk

Spoluorganizátor:

Dently Academia, s.r.o.,
Organizačno-technické zabezpečenie:
Dently Academia, s.r.o.,
JUDr. Eva Rusiňáková,
0911 482774, info@dentlyacademia.sk
www.perio.sk, www.dentlyacademia.sk

Vedecko – pracovná schôdza Spolku lekárov Prievidza

30. november 2019, Bojnica, Hotel pod Zámkom

Téma: uni-KLINIKA

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov Prievidza
MUDr. Ladislav Frankovič
Psychiatrické oddelenie, NsP Prievidza,
Nemocnica so sídlom v Bojniciach
Tel.: 5112548, 5115532, 0918 717729
e-mail: ladislav@frankovic.sk

XXXX. vedecká konferencia s medzinárodnou účasťou

november 2019, Partizánske

Téma: Výchova a vzdelávanie v ošetrovatelstve zamerané na súčasné trendy vo vzdelávaní vo vednom odbore Ošetrovatelstvo a vo vednom odbore Verejné zdravotníctvo V. Varia

Hlavný organizátor:

Sekcia pedagogických pracovníkov Slovenskej spoločnosti sestier a pôrodných asistentiek,
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n.o., Bratislava

Organizačno-technické zabezpečenie:

Prof. PhDr. Ivica Gulášová, PhD., MHA,
Narcisová 40, 821 01 Bratislava,
0901 780780
e-mail: mpalun@gmail.com,
ivica.gulasova4@gmail.com

Vedecká pracovná schôdza Spolku lekárov MUDr. Vojtecha Alexandra

november 2019, Kežmarok, reštaurácia Legenda

Okresný seminár

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov MUDr. Vojtecha Alexandra Kežmarok
MUDr. Peter Slovík
Tvarožníanská 6, Kežmarok
Tel.: 0908 268809
e-mail: slovikpeter@centrum.sk
MUDr. Peter Marko
Kežmarok
Tel.: 0905 840000

Organizačno-technické zabezpečenie:

Empire, Pavol Mikulášik,
Priekopa 23, Kežmarok, empire@stonline.sk

DECEMBER 2019

Odborný večer Spolku slovenských lekárov v Bratislave

Každý pondelok o 17:00 hod., Bratislava, Malá poslucháreň, NTÚ LFUK

Hlavný organizátor:

Spolok slovenských lekárov v Bratislave
Doc. MUDr. Vladimír Bzdúch, CSc.
NÚDCH, I. detská klinika,
Limbová 1, 833 40 Bratislava
Tel.: 02/59371103
e-mail: bzduch@gmail.com
www.sslba.sk

Farmakoekonomika na Slovensku XXXVIII.

4. december 2019, Bratislava, Konferenčné priestory MZ SR

Celoslovenská odborná vedecká konferencia

Téma: Lieková politika. Farmakoekonomika a hodnotenie zdravotníckych technológií (HTA) v liekovej a zdravotnej politike. Kvalita života.

Hlavný organizátor:

Slovenská spoločnosť pre farmakoekonomiku
Doc. MUDr. Ján Bielik, CSc.
Fakulta zdravotníctva TnUAD
Študentská 20, 911 50 Trenčín

Tel.: 0907 553864

e-mail: jan.bielik@tnuni.sk

Spoluorganizátor:

Kancelária WHO na Slovensku,
Fakulta zdravotníctva Trenčianskej univerzity Alexandra Dubčeka v Trenčíne,
ISPOR Chapter Slovensko,
Slovenská spoločnosť klinickej farmakológie.

Organizačno-technické zabezpečenie:

Fakulta zdravotníctva Trenčianskej univerzity
Alexandra Dubčeka v Trenčíne,
Doc. MUDr. Ján Bielik, CSc.,
0907 553864, jan.bielik@tnuni.sk
www.who.sk, www.fz.tnuni.sk

XXI. prešovský pediatrický deň**5. december 2019, Prešov**

Medzinárodná konferencia

Téma: Diagnostika, liečba a prevencia v pediatrii.

Hlavný organizátor:

Slovenská pediatrická spoločnosť

MUDr. Ján Koval, PhD.

Klinika pediatrie, FNsP J.A.Reimana

Hollého 14, Prešov

Tel.: 051/7011116

e-mail: koval@fnspresov.sk

Spoluorganizátor:

Slovenská pediatrická spoločnosť,

FNsP J.A.Reimana Prešov,

Klinika pediatrie FNsP J.A.Reimana Prešov,

Fakulta zdravotníckych odborov

Prešovskej univerzity Prešov,

Regionálna komora sestier a pôrodných asistentiek

v Prešove, A-medi management.

Organizačno-technické zabezpečenie:

A-medi management, www.amedisk.sk

Jubilejný XX. kongres SSEDK s medzinárodnou účasťou - DERMARTY 2019**5.-7. december 2019, Žilina, Hotel Holiday Inn****Hlavný organizátor:**

Slovenská spoločnosť estetickej dermatológie a

kozmetiky

MUDr. Hana Zelenková, Ph.D., MBA

DOST, ul.dr. Pribulu 2, 089 01 Svidník

Tel.: 054/521521

e-mail: zelenkova@vl.sk

www.ssedk.sk

Monotematický hepatologický deň 2019**6. december 2019, Bratislava, Kongresová sála MZ SR**

Celoslovenská konferencia

Téma: Zlyhanie pečene.

Hlavný organizátor:

Slovenská hepatologická spoločnosť

Prof. MUDr. Štefan Hrušovský, CSc., Dr.SvS.

Svet zdravia a.s.-Nemocnica Michalovce

e-mail: hrusovsky.s@gmail.com

Organizačno-technické zabezpečenie:

Farmi-Profi, s.r.o., Marcela Ildibeková

www.slovhep.sk

XII. Sitajovo predvianočné reumatologické sympóziu**6.-7. december 2019, Spoločenské centrum SLK Piešťany, a.s.**

Celoslovenské sympóziu

Téma: Pľúcne komorbidity. Kazuistiky. Varia.

Hlavný organizátor:

Slovenská reumatologická spoločnosť

Doc. MUDr. Želmíra Macejová, PhD., MPH, mim. prof.

e-mail: macejova@hotmail.com

Doc. MUDr. Zdenko Killinger, PhD.

e-mail: killinger@nspr.sk

MUDr. Martin Žlnay, PhD.

e-mail: martin.zlnay@nurch.sk

Mgr. Viera Džurná

e-mail: viera.dzurna@nurch.sk

Spoluorganizátor:

Národný ústav reumatických chorôb,

SLK Piešťany, a.s.

Organizačno-technické zabezpečenie:

TAJPAN, s.r.o., Vážska 1, 821 07 Bratislava,

zuzana.fuzova@tajpan.com

http://www.srs-sls.sk/

Bystrický mikulášsky kurz (BMK) SKARA**7.-8. december 2019, Banská Bystrica, FZ SZU**

Postgraduálny kurz

Téma: Kurz regionálnej anestézie – SKARA 2019.

Hlavný organizátor:

Sekcia regionálnej anestézie SSAIM

Spoluorganizátor:

Slovenská spoločnosť anestéziológie

a intenzívnej medicíny

Organizačno-technické zabezpečenie:

MUDr. Michal Venglarčík, PhD.,

0903 667096, michal.venglarcik@gmail.com

www.ssaim.sk

Vedecká pracovná schôdza Spolku lekárov v Bardejove**12. december 2019, Bardejov**

Okresný seminár

Téma: Geriatrická.

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov v Bardejove

MUDr. Jozef Chovanec

NsP Sv.Jakuba 21

Bardejov

Tel.: 054/4788314

Organizačno-technické zabezpečenie:

SL Bardejov, MUDr. Marcel Litavec, 054/4788563

www.nsp-bardejov.sk

Seminár Spolku lekárov Humenné**12. december 2019, Humenné, Nemocnica A. Leňa, a.s.**

Miestny seminár

Téma: Gynekologicko-pôrodné odd.

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov Humenné

MUDr. Mária Kniťová

Tel.: 057/7706333

e-mail: spolok.lekarov.he@gmail.com

Vedecká pracovná schôdza Spolku lekárov Lučenec**12. december 2019, Lučenec, Stará radnica zasaďačka**

Miestny seminár

Téma: OVL. Nové terapeutické postupy v kardiológii.

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov Lučenec

MUDr. Peter Kirschner

Tel.: 047/4311265

e-mail: kirschner@lcnsp.sk

Vedecko pracovná schôdza Spolku lekárov v Rimavskej Sobotě**12. december 2019, Rimavská Sobota**

Téma: Atestačné práce mladých kolegov. Varia.

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov v Rimavskej Sobotě

MUDr. Attila Gányovics

Hostinského 1037/14, 979 01 Rimavská Sobota

Tel.: 0908 162031

e-mail: dr.ati@azet.sk

Organizačno-technické zabezpečenie:

MUDr. Attila Gányovics,

0908 162031, dr.ati@azet.sk

MUDr. Hana Sedláčková,

0904 439621,

hana.sedlackova@svetzdaviam.com

Vedecká pracovná schôdza Spolku lekárov Trebišova**12. december 2019, Trebišov**

Miestny seminár

Téma: Varia.

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov Trebišova

MUDr. Igor Babulák

OÚCH NsP Trebišov, a.s.

ul.SNP 1079/76, 075 01 Trebišov

Tel.: 056/6660551

e-mail: igor.babulak@svetzdaviam.com

Spoluorganizátor:

Nemocnica s poliklinikou Trebišov a.s.

Organizačno-technické zabezpečenie:

MUDr. Peter Mucha, prezident SL Trebišov,

0907 419328

20. smrdácke dni**13.-14. december 2019, Prírodné liečebné kúpele Smrdáky**

Celoslovenská konferencia

Téma: Psoriáza, atopická dermatitída, melanóm, balneoterapia, varia.

Hlavný organizátor:

Slovenská dermatovenerologická spoločnosť

MUDr. Ján Lidaj

Prírodné liečebné kúpele Smrdáky

Tel.: 0903 425950

e-mail: lidaj@spasmrdaky.sk

Organizačno-technické zabezpečenie:

Kongresové oddelenie SLS,

Emília Kurucová, kurucova@sls.sk

www.sdv.sk

Seminár Spolku lekárov Oravy**18. december 2019, Dolný Kubín, Veľká zasaďačka DONsP**

Odborný seminár

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov Oravy

Chirurgické oddelenie

MUDr. Ivan Mareta

e-mail: sekretarslo@gmail.com

Vedecká pracovná schôdza Spolku lekárov v Michalovciach**19. december 2019, Veľká zasaďačka NsP Michalovce**

Téma: Detské oddelenie.

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov v Michalovciach

MUDr. Dana Jurečková, PhD.

Špitálska 2, 071 01 Michalovce

Tel.: 0905 893311

e-mail: dana.jureckova@svetzdaviam.com

Spoluorganizátor:

RLK Košice

https://www.procure.sk/spolok-lekarov-sls/

Vedecká pracovná schôdza Spolku lekárov MUDr. Vojtecha Alexandra**december 2019, Kežmarok, reštaurácia Legenda**

Okresný seminár

Hlavný organizátor:

Spolok lekárov MUDr. Vojtecha Alexandra Kežmarok

MUDr. Peter Slovák

Tvarožniarska 6, Kežmarok

Tel.: 0908 268809

e-mail: slovikipeter@centrum.sk

MUDr. Peter Marko

Kežmarok

Tel.: 0905 840000

Organizačno-technické zabezpečenie:

Empire, Pavol Mikulášik,

Priekopa 23, Kežmarok, empire@stonline.sk



VÁŠ PARTNER V ONKO-UROLÓGII

Astellas Pharma s.r.o., organizačná zložka, Galvániho 15/C, 821 04 Bratislava, www.astellas.sk

Astellas Pharma s.r.o. so sídlom Sokolovská 100/94, 186 00 Praha 8, IČO: 26432765,
zapísaná v Obchodnom registri vedenom Okresným súdom Praha, oddiel C, vložka č. 81789.



Spoločne meníme vnímanie onkologických ochorení.

Naším cieľom je zmeniť priebeh onkologických ochorení. Snažíme sa o naplnenie našej vízie, aby onkologickým ochoreniam bolo možné predchádzať, prípadne zmeniť ich na chronické alebo vyliečiteľné.

Úzko spolupracujeme s najuznávanejšími odborníkmi z oblasti onkológie, akademickými a vládnyimi inštitúciami ako i odborníkmi v oblasti zdravotnej starostlivosti a pacientmi.

Naše úsilie spája spoločný cieľ: zmeniť dopady onkologických ochorení na pacienta a jeho príbuzných.

Poskytujeme moderné diagnostické a terapeutické postupy, ktoré predlžujú alebo zlepšujú život pacientov.

V spoločnosti Janssen využívame vedecké poznatky a pomáhame pacientom na celom svete.

janssen  Oncology

Janssen, Johnson&Johnson, s.r.o.
www.janssen.sk

Použitá fotografia má len ilustračný charakter.

CP-86866

Iný ako ostatné betablokátory¹

Duálny mechanizmus účinku²

**Liečba esenciálnej
hypertenzie u dospelých³**

**Liečba stabilného mierneho a stredne
ťažkého chronického srdcového zlyhania
(CHSZ) ako aditívna terapia ku štandardnej
terapii u starších pacientov vo veku
≥ 70 rokov³**

Nebilet® 5 mg

Liek na vnútorné použitie. **Liečivo:** 5 mg nebivololum (ako nebivololi hydrochloridum). **Terapeutické indikácie:** esenciálna hypertenzia u dospelých, stabilné mierne a stredne ťažké chronické srdcové zlyhanie (CHSZ) ako aditívna terapia ku štandardnej terapii u pacientov vo veku ≥ 70 rokov. **Dávkovanie a spôsob podávania:** **Esenciálna hypertenzia u dospelých:** zvyčajná dávka je 1 tableta (5 mg) denne, môže sa užívať s jedlom. **Chronické srdcové zlyhanie:** 1,25 mg nebivololu sa má zvýšiť na 2,5 mg nebivololu 1x denne, potom 5 mg nebivololu 1x denne, následne 10 mg nebivololu 1x denne. Maximálna odporúčaná dávka je 10 mg nebivololu 1x denne. Intervaly medzi zvyšovaním dávky sú 1-2 týždne. **Kontraindikácie:** precitlivosť na liečivo alebo ktorúkoľvek pomocnú látku, insuficiencia pečene alebo poškodenie funkcie pečene, gravidita a laktácia, akútne srdcové zlyhanie, kardiogénny šok alebo dekompenzácia pri srdcovom zlyhaní vyžadujúca intravenóznú inotropnú terapiu, syndróm sínusového uzla vrátane sino-atriálnej blokády, druhý a tretí stupeň srdcovej blokády (bez kardiostimulátora), bronchospazmus a bronchiálna astma v anamnéze, neliečený feochromocytóm, metabolická acidóza, bradykardia (pulz menej ako 60 úderov za minútu pred začiatkom terapie), hypotenzia (systolický krvný tlak < 90 mm Hg), ťažká periférna cirkulačná porucha. **Liekové a iné interakcie:** Kombinácie, ktoré nie sú odporúčané: antiarytmiká I. triedy (chinidín, hydrochinidín, flekainid, disopyramid, lidokain, mexiletín, propafenon), antagonisty vápnika verapamil/diltiazemového typu, centrálne pôsobiace antihypertenzíva (klonidín, guanfacín, moxonidín, metyldopa, rilmenidín). **Kombinácie používané s opatrnosťou:** antiarytmiká III. triedy (amiodaron), anestetiká - prchavé halogenáty, inzulín a perorálne antidiabetiká: napriek tomu, že Nebilet® 5 mg neovplyvňuje hladinu glukózy, môže maskovať niektoré symptómy hypoglykémie (palpitácia, tachykardia). **Kombinácie, ktorým je treba venovať pozornosť:** digitálisové glykozidy, antagonisty kalcia dihydropyridínového typu (amlodipín, felodipín, lacidipín, nifedipín, nikardipín, nimodipín, nitrendipín), antipsychotiká, antidepresíva (tricyklické, barbituráty, fenotiazíny), nesteroidové protizápalové lieky (NSAID), sympatomimetiká, baklofén (antispastikum), amifostín (antineoplastická prídavná liečba). **Farmakokinetické interakcie.** Vzhľadom na to, že nebivolol je metabolizovaný CYP2D6 izoenzýmom, súčasné podanie látok inhibujúcich tento enzým, najmä paroxetín, fluoxetín, tioridazín a chinidín, môže zvýšiť plazmatické hladiny nebivololu so zvýšeným rizikom excesívnej bradykardie a nežiaducich príhod. **Ovplyvnenie schopnosti viesť motorové vozidlá a obsluhovať stroje:** Nebilet® 5 mg neovplyvňuje psychomotorické funkcie. Počas vedenia automobilov alebo obsluhy strojov treba vziať do úvahy možnosť vzniku závratov a únavy. **Nežiaduce účinky:** časté: bolesť hlavy, závraty, parestézie, dyspnoe, obštipácia, nauzea, hnačka, únava, edémy. **Menej časté:** nočné mory, poruchy videnia, bradykardia, srdcové zlyhanie, spomalené vedenie AV, AV blok, hypotenzia, intermitentná klaudikácia, bronchospazmus, dyspepsia, flatulencia, vracanie, pruritus, erytém, impotencia, depresie. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Berlin Chemie AG, Glienicke Weg 125, 12489 Berlín, Nemecko. **Spôsob výdaja lieku:** na lekársky predpis. **Pred predpísaním lieku oboznámte sa, prosím, s úplnou informáciou o lieku v Súhrne charakteristických vlastností lieku. Posledná revízia textu:** júl 2019. **Dátum výroby materiálu:** september 2019. **Kód materiálu:** SK_NEB-06-2019-v01_Press. **Zastúpenie v SR:** Berlin-Chemie / A. Menarini Distribution Slovakia s. r. o., Galvániho 17/B, 821 04 Bratislava, tel.: 02/ 544 30 730, fax: 02/544 30 724, e-mail: slovakia@berlin-chemie.com. Tento materiál je určený pre odbornú verejnosť a interné účely spoločnosti.