



Najstarší aktívny slovenský lekárske spolok oslavuje 90. výročie

Správa tasr.sk

Spolok slovenských lekárov (SSL) pri príležitosti oslavy 90. výročia svojho vzniku udelil dnes v bratislavskom Primaciálnom paláci ocenenia 70 významným osobnostiam súčasnej medicíny, ako aj predstaviteľom kultúrno-spoločenského života na Slovensku. Záštitu nad slávnostnou jubilejnou schôdzou prevzal prezident SR Ivan Gašparovič.

Medzi ocenenými sú zástupcovia univerzitných spolkov, hlava štátu, bratislavský primátor Andrej Ďurkovský, prezidenti Spolku lekárov českých v Prahe a Brne, prezident Českej lekárskej spoločnosti, predstavitelia Spolku lekárov z Košíc a Martina. Ocenenia putovali aj do rúk zástupcov významných inštitúcií, ako je Univerzita Komenského, Slovenská zdravotnícka univerzita, Ministerstvo zdravotníctva SR, Fakultná nemocnica v Bratislave, Národný onkologický ústav či Národný ústav srdcových a cievnych chorôb.

Spolok slovenských lekárov je prvý a najväčší všeobecný spolok lekárov na

Slovensku a v súčasnosti má viac ako 3500 členov. Pravidelné stretnutia sa konajú takmer každý týždeň, od vzniku SSL do súčasnosti sa konalo viac ako 2900 schôdzí a bolo na nich prednesených 12 000 vedeckých prednášok. Predsedom SSL je od roku 1998 profesor Igor Riečanský.

Spolok vznikol roku 1920 z iniciatívy profesorského zboru Lekárskej fakulty Univerzity Komenského s cieľom vytvoriť podmienky pre rozvoj vedeckej práce, vybudovať priestor na prezentovanie odborných prác, diskusie a riešenie vedeckých problémov. Za 90 rokov svojej existencie pomáhal Spolok pri výchove a vzdelávaní lekárov, poskytoval priestor na odborné prednášky. Stál aj pri vzniku Bratislavských lekárskeho listov, ktoré začal vydávať ako vôbec prvý lekárske časopis na Slovensku. Ten vychádza dodnes.



Z OBSAHU

Monitor medicíny SLS

Na aktuálnu tému

Liečba

Konzervatívna liečba benígnej prostatickej hyperplázie v roku 2010

Prehľadová práca

Chronické (vírusové) hepatitidy – závažný medicínsky problém sveta

Môžeme zvyšovať kvalitu života u chorých v terminálnom štádiu ochorenia?

Pôvodná práca

Špecifická záťaž práce sestry na geriatrickom oddelení

90 rokov Spolku slovenských lekárov v Bratislave (1920-2010)

Vzdelávanie

Projekt CIEVY – cieleňé vysvetľovanie cievnych chorôb a vaskulárnej medicíny

Vývoj slovenskej lekárskej terminológie

Ako zdokonaľovať zdravotníckych pracovníkov?

Čo by asi na to jeho Magnificencia Ján Jessenius z Turca

Správa

Správa o rokovaní Európskeho fóra lekárske spoločností a SZO

Doctores Honoris Causa Univerzity P.J. Šafárika

Právne okienko

Dohody o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru (všeobecne podľa platných právnych predpisov)

Kronika Monitoru medicíny SLS
Blahoželáme k jubileám

Recenzie

Autizmus z pohľadu neuropsychobiológie

Geriatрия

Výzva na spoluprácu

Osobnosti slovenskej medicíny vo svete



SLOVENSKÁ LEKÁRSKA SPOLOČNOSŤ

Slovenská lekárska spoločnosť
Slovenská spoločnosť všeobecného praktického lekárstva
Slovenská onkologická spoločnosť
Liga proti rakovine

v spolupráci so

Slovenskou dermatovenerologickou spoločnosťou, Slovenskou gastroenterologickou spoločnosťou,
Slovenskou gynekologicko-pôrodnickou spoločnosťou, Slovenskou hematologickou a transfuziologickou spoločnosťou,
Slovenskou pneumologickou a ftizeologickou spoločnosťou, Slovenskou urologickou spoločnosťou,
Slovenskou spoločnosťou pre štúdiá a liečbu bolesti, Slovenskou spoločnosťou pre otolaryngológiu a choroby hlavy a krku
a spoločnosťou Solen

Vás pozývajú na

XV. Kongres

Slovenskej lekárskej spoločnosti

28. - 29. 4. 2011

Žilina, hotel Holiday Inn

Hlavná téma:

Onkologický pacient v ambulancii všeobecného praktického lekára

(prevencia, záchyt, paliatívna liečba a kompletná starostlivosť)

www.sls.sk

Registrovaným účastníkom budú pridelené kredity SACCME

www.solen.sk

Priezvisko, meno, titul (čitateľne): _____

Adresa pracoviska: _____

Adresa pre fakturáciu: _____

Tel., fax: _____ E-mail: _____

Ičo: _____ Dič: _____

Reg. č. Slovenskej lekárskej komory: _____

Účastnícky poplatok: - členovia SLS: 20 € (platba vopred) 25 € (platba v hotovosti pri registrácii)
- nečlenovia SLS: 30 € (platba vopred) 35 € (platba v hotovosti pri registrácii)

Závazná objednávka ubytovania v hoteli Holiday Inn (ubytovanie sa uhrádza na recepcii hotela):
jednolôžková izba štandard 99 € dvojlôžková izba štandard 119 €

Mám záujem o ubytovanie: z 27. na 28. 4. 2011 z 28. na 29. 4. 2011

Chcem byť ubytovaný(á) s:

SOLEN
MEDICAL EDUCATION

Týmto dávam súhlas spoločnosti SOLEN, s.r.o. na spracovanie mojich osobných údajov, uvedených v tomto dokumente na účel spracovania prihlášok a rozosielanie informačných e-mailov v zmysle Zák. č. 428/2002 Zb. o ochrane osobných údajov. Tento súhlas je možné kedykoľvek odvolať písomnou formou.

Vyplnenú prihlášku pošlite na adresu organizačného sekretariátu. Na základe prihlášky Vám zašleme zálohovú faktúru.

Rezervácia ubytovania je záväzná, zmena je možná bez účtovania storno poplatku do 13. apríla 2011. Po tomto dátume bude naúčtovaný 100 % storno poplatok.

Telefonické prihlásenie na podujatie nie je možné.



Monitor medicíny SLS
Vydáva Slovenská lekárska spoločnosť

Šéfredaktor

Prof. MUDr. Peter Krištúfek, CSc.

peter.kristufek@szu.sk

Vedúci odborný redaktor

Doc. MUDr. Marián Bernadič, CSc., mim. prof.

marian.bernadic@fmed.uniba.sk

Redakčná rada

Doc. MUDr. Ivan Bartošovič, PhD., mim. prof.

bartosovici@mail.t-com.sk

Prof. MUDr. Ján Breza, DrSc.

janbreza@hotmail.com

Prof. MUDr. Andrej Černák, DrSc.

andrej.cernak@npba.sk

Prof. RNDr. Jozef Čizmarík, CSc.

cizmarik@fpharm.uniba.sk

Prof. PhDr. Dana Farkašová, CSc.

dana.farkasova@szu.sk

Doc. MUDr. Jozef Glasa, CSc.

jozef.glasa@szu.sk

Doc. MUDr. Eva Goncalvesová, CSc., FESC

eva.goncalvesova@nusch.sk

Prof. MUDr. Jozef Holomáň, PhD.

jozef.holoman@szu.sk

Prof. MUDr. Karol Holomáň, CSc.

holoman@ruzinov.fnspsba.sk

Prof. MUDr. Štefan Hrusovský, PhD.

stefan.hrusovsky@szu.sk

Prof. MUDr. Peter Kothaj, CSc.

pkothaj@nspbb.sk

Prof. MUDr. László Kovács, DrSc., MPH

kovacs@dfnsp.sk

Prof. MUDr. Peter Kukumberg, PhD.

peter.kukumberg@kramare.fnderera.sk

PhDr. Želmíra Máčová, MPH

macova@sls.sk

Doc. MUDr. Jozef Marenčák, PhD.

marencak@ehs.sk

Prof. MUDr. Miroslav Mydlík, DrSc.

katarina.derzsiova@netkosice.sk

Prof. MUDr. Juraj Payer, CSc.

payer@ruzinov.fnspsba.sk

Prof. MUDr. Peter Pruzinec, CSc.

peter.pruzinec@szu.sk

Prof. MUDr. Igor Riečanský, CSc.

kk_sekr@nusch.sk

Prof. MUDr. Jozef Rovenský, DrSc., FRCP

rovensky.jozef@nurch.sk

Prof. MUDr. Tibor Šagát, CSc.

sagat@dfnsp.sk

MUDr. Irina Šebová, CSc.

irina.sebova@npba.sk

Prof. MUDr. Stanislav Španík, PhD.

spanik@ousa.sk

PharmDr. Dominik Tomek, MPH

tdmia@slovanet.sk

Prof. MUDr. Július Vajó, DrSc.

vajojuli@central.medic.upjs

Prof. MUDr. Anton Vavrečka, CSc.

vavrecka@petrzalka.npba.sk

Redakcia: Monitor medicíny SLS, Slovenská

lekárska spoločnosť, Cukrová 3, 813 22

Bratislava

e-mail: secretarysma@ba.telecom.sk

Grafická príprava a tlač:

Kníhtlač Gerthofer, Struhárova 2, Zohor

www.gerthofer.sk

Vážení čitatelia, milí priatelia,

lietať nadzvukovou rýchlosťou je dnes celkom všednou záležitosťou, miliardy baktérií kapitulujú pred vakcínami, ale stále je veľa vecí, ktoré človek nedokáže. Napríklad sedieť na hojdacej stoličke a nehojdať sa ...

Tento mierne absurdný citát Jiřího (Juraja) Suchého mi napadol, keď sme riešili na Slovenskej lekárskej spoločnosti množiace sa prípady sťažností našich členov, ktorí majú pocit, že sa musia súdiť, lebo vyčerpali všetky možnosti na presadenie svojich názorov a okolie ich neakceptuje. Chceli by do niečoho hovoriť, ale kolegovia im to neumožnia. Majú pocit, že ich názor má hodnotu zlata a nikto ho neberie vážne. Argumentujú porušením stanov – alebo aspoň etických noriem, morálneho kódexu a slabším povahám sa vyhrážajú súdnym konaním a medializáciou. Takýchto „riaditeľov zemegule“ nemôžete presvedčiť logickými argumentmi, lebo svet by mal byť nastavený podľa ich pravidiel. Našťastie sa v ich prípadoch nejedná o pacientov, ale iba o menej podstatné veci na úrovni spomínanej hojdacej stoličky.

Škoda, že máme viac sťažovateľov ako osobností, ktorých názory na hodnotenie kvality zdravotnej starostlivosti, hradenie výkonov alebo optimálne algoritmy diagnostiky, či liečby by mali podstatný význam pre riešenie dlhodobej krízy.

Pokusy o riešenie tu už boli, ale nesmierna práca a námaha autorov katalógov zostala nedotiahnutá a ďalšie riešenia sú vo vzduchu. Hodnotenie kvality bolo tiež zaujímavým projektom, ale prvé pokusne stanovené indikátory kvality bolo treba vylepšovať a už sa nepokračovalo. Takto by sa dalo vyplakávať donekonečna. Keď sa ide niečo s veľkým nadšením komisionálne riešiť, vždy ma napadne jeden z Murphyho zákonov – ak chceš vec zahrať do autu, vymenuj komisiu.

Ale irónie už bolo hádam dosť. Dajme si za domácu úlohu menovať aspoň desať zdravotníckych manažérov, ktorí by dokázali nielen pútavo rozprávať o tom, ako by sa malo a čo by sa malo, ale vedeli by to aj realizovať. Ja som ich napočítal päť, aj to by pri tom museli spolu úzko spolupracovať a nemať osobné záujmy vyplývajúce z ich orientácie alebo kvalifikácie. Potom by mali dostať zelenú a k tomu tvrdú spätnú väzbu, aby sa nerobili chyby. Už sme tu mali manažment typu všetko je „špatné“, naspäť na stromy, karimatku, elektrické kreslo, ale aj teoreticky dobre podkutý „kinder“ manažment podporený všetkého schopným podnikateľom, alebo vysokého „sympaťáka“, ktorý musel hrať podľa cudzieho scenára. Myslíte si, že nepokrivení zdravotníci by nevedeli nájsť a zapchať tú tajomnú čiernu dieru? Treba k tomu aj zopár drobností z iných rezortov – vymožitelnosť práva, nastavenie financovania podľa skutočných výkonov, nezaťažovanie svedomia kamuflovaním bodovníka, revitalizácia kultúry dobrého správania sa k pacientom, možnosť bez straty spoločenskej prestíže pomenovať nedostatky a dosiahnuť aj ich nápravu. Dobré ráno. Prepáčte, že som sníval, ale čo keby motyka vystrelila?

Úspešný Nový rok 2011 želá

Váš Peter Krištúfek

Podrobný obsah MM 3-4/2010

3 Na aktuálnu tému

Krištúfek Peter

Liečba

5 Konzervatívna liečba benígnej prostatickej hyperplázie v roku 2010

Jozef Marenčák, Danica Fačkovcová

Správa z kongresu

14 Chronické (vírusové) hepatitídy – závažný medicínsky problém sveta

Jozef Holomáň, Jozef Glasa

Prehľadová práca

17 Môžeme zvyšovať kvalitu života u chorých v terminálnom štádiu ochorenia?

Eva Morovicsová

Ošetrovatelstvo

22 Špecifická záťaž práce sestry na geriatrickom oddelení

Anna Mazalánová, Alžbeta Mendelová, Jitka Němcová

Odborná informácia

27 Alergénová imunoterapia

Eva Lapšanská

Z histórie SLS

30 90 rokov Spolku slovenských lekárov v Bratislave (1920 – 2010)

Igor Riečanský, Marián Bernadič

32 Pamätná medaila k 90. výročiu vzniku Spolku slovenských lekárov v Bratislave

Marián Bernadič, Michal Valent

34 Príhovor predsedu Spolku lekárov českých v Praze

Ján Kvasnička

Vzdelávanie

37 Vývoj slovenskej lekárskej terminológie

Katarína Martinková

42 Projekt CIEVY – cieleňé vysvetľovanie cievnych chorôb a vaskulárnej medicíny

Peter Gavorník

Úvaha

44 Čo by asi na to jeho Magnificencia Ján Jessenius z Turca

Milan Žuffa

46 Ako ďalej? Ako zdokonaľovať zdravotníckych pracovníkov?

Ivan Hulín

Správa

26 Doctores Honoris Causa Univerzity P.J. Šafárika

Ladislav Mirossay

44 Správa o rokovaní Európskeho fóra lekárskejších spoločností a Svetovej zdravotníckej organizácie – Petrohrad 19. – 21. 9. 2010

Irina Šebová

Právne okienko

39 Dohody o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru (všeobecne podľa platných právnych predpisov)

Mária Mistríková

Kronika Monitoru medicíny SLS

47 Profesor MUDr. Dezider Velits (Velič) 1860 – 1921

Michal Valent, Ján Štencel

49 Prof. MUDr. Eugénia Štekláčová, vedúca Anatomického ústavu LFUK v rokoch 1943 – 1953

Jozef Beňuška, Karol Kapeller, Miloš Tichý

51 MUDr. Alexander Klika – deväťdesiatročný

Michal Valent, Ján Štencel

52 Prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc. – sedemdesiatročný

Július Vajó

53 Profesor Andrej Dukát, jubilujúci šesťdesiatnik

Peter Gavorník

Recenzia

10 Princípy chirurgie II

Jan Wechsler

19 Geriatria

Helena Bernadičová

Výzva na spoluprácu

54 Osobnosti slovenskej medicíny vo svete

Jozef Rovenský

Blahoželania Prezídia SLS

16, 28

Liečba

Konzervatívna liečba benígnej prostatickej hyperplázie v roku 2010

Jozef Marenčák, Danica Fačkovcová

Urologické oddelenie NsP, Skalica

Conservative treatment of benign prostatic hyperplasia in the year 2010

Súhrn

V minulosti sa predpokladalo, že príznaky dolných močových ciest (LUTS – lower urinary tract symptoms) súvisia priamo, alebo nepriamo s benígnou prostatickou hyperpláziou (BPH), s benígnym zväčšením prostaty (BPE – benign prostate enlargement) alebo s benígnou obštrukciou prostaty (BPO (benign prostate obstruction)). Niekedy je však zložité, až takmer nemožné nájsť priamu súvislosť medzi LUTS a BPH. Posledné vedomosti a vývoj naznačujú, že nie všetky príznaky (symptómy) močového mechúra u starších mužov musia nevyhnutne súvisieť s BPH (BPH – LUTS), ale môžu byť spôsobené močovým mechúrom (hyperaktivita detruzora – hyperaktívny močový mechúr /OAB – overactive bladder), prípadne hypoaktivita detruzora) alebo obličkami (nočná polyúria). Tieto zmeny v pohľade na LUTS spôsobili, že panel expertov tvoriacich smernice Európskej urologickej spoločnosti (EAU – European Association of Urology) premenoval smernice BPH na smernice neneurogénnych mužských LUTS. Pretože pacienti hľadajú pomoc pre symptómy dolných močových ciest a nie pre BPH, očakáva sa, že smernice orientované na príznaky prinesú realističnejší a praktickejší návod na riešenie klinického problému ako smernice špecifikované na ochorenie. Hlavným cieľom konzervatívnej terapie LUTS/ BPH je zlepšiť „obťažujúce“ príznaky, obnoviť akceptovateľnú kvalitu života, ale tiež identifikovať pacientov v riziku progresie ochorenia – čo umožní znížiť výskyt neželaných komplikácií (napr. akútnej retencie moču a pod.). Podaný stručný prehľad aktuálnych názorov na konzervatívnu liečbu LUTS u mužov. Jedna kapitola sa venuje aj súčasnému stavu terapie a sledovania pacientov s LUTS/ BPH na Slovensku, výsledky boli získané na základe prieskumu robeného v roku 2010.

Kľúčové slová: benígna prostatická hyperplázia, BPH, konzervatívna liečba, rok 2010, Slovenská republika.

Úvod

Benígna prostatická hyperplázia (BPH) je časté ochorenie, ktoré postihuje starších mužov – 40 % prevalencia u päťdesiatnikov a až 90 % výskyt u deväťdesiatročných jedincov (1). Prechodná zóna prostaty tvorí približne 5 % predstojnej žľazy a je miestom vývoja BPH. Proliférácia tkaniva prostaty môže zapríčiniť obštrukciu na úrovni krčka močového mechúra (BOO – bladder outlet obstruction), ktorá sa bežne klinicky prejaví ako LUTS, OAB, ne-

kompletné vyprázdnenie močového mechúra a niekedy aj ako akútna retencia moču (AUR – acute urinary retention) (tab. 1) (2, 3). Na vývoji BOO pri BPH sa spolupodieľajú dve zložky: 1. tzv. statická (sprostredkovaná účinkom zvýšeného objemu prostaty), 2. ale aj tzv. dynamická zložka (pretože už dávnejšie bolo dokázané, že kontrakcia hladkého svalstva prostaty je sprostredkovaná alfa-1-adrenoreceptor-mi) (2, 3, 4). Hlavný intracelulárny androgén zodpovedný za reguláciu rastu

prostatickej žľazy je dihydrotestosterón (DHT). DHT je konvertovaný primárne v bunkách prostatickej strómy z prekursora testosterónu enzýmom 5-alfareduktázou, ktorá existuje v dvoch izoformách: typ 1 – s menšou expresiou a aktivitou v prostate, ale s predominantným pôsobením v extraprostatických tkanivách, ako sú koža a pečeň; typ 2 – s prevažujúcou expresiou a aktivitou v prostatickom tkanive (2, 3, 4, 5).

Predominantným neurotransmitterom v močovom mechúri je *acetylcholin*, ktorý stimuluje muskarínové (M) receptory na povrchu hladkých svalových buniek detruzora. M-receptory sa však nachádzajú aj v epitelových bunkách slinných žliaz, urotelových bunkách močového mechúra alebo v nervových bunkách periférneho a centrálného nervového systému (2, 3, 6, 77). Je známych 5 podtypov M-receptorov, z toho M2- a M3- podtypy sú prítomné v detruzore (2, 3, 6, 7). Hoci väčšinu (približne 80 %) receptorov v močovom mechúri tvorí subtyp M2 a len 20 % podtyp M3; práve M3-receptory sa podieľajú na kontrakcii svalstva detruzora u zdravých ľudí (2, 3, 6, 7). Úloha M2-podtypu zostáva zatiaľ neobjasnená. Dokázalo sa však, že u chorých jedincov (napr. s neurogennou dysfunkciou močového mechúra, alebo s obštrukciou výpuste mechúra) sa na kontrakcii podieľajú aj M2-receptory (2, 3, 6, 7, 8).

Posúdenie LUTS/ BPH v súvislosti s medikamentóznou liečbou BPH

V poslednej dekáde vytvorili viacerí autori smernice na zhodnotenie, liečbu a sledovanie mužov s LUTS/ BPH (tab. 2) (2, 3). Dotazník IPSS (international prostate symptom score), ktorý zahrňuje aj hodnotenie kvality života, je dôležitý nielen pre úvodné posúdenie závažnosti príznakov (mierne, stredné, závažné), ale aj pre stanovenie efektivity liečby BPH. *Zlepšenie o dva body sa všeobecne považuje za klinicky významný parameter účinnosti aplikovanej terapie* (2, 3). Medzi ďalšie objektívne ukazovatele BOO a súčasne aj faktory, ktoré sa môžu použiť pri klinickom zhodnotení efektivity liečby BPH, patria: maximálny prúd moču (Q max.), objem postmikčného reziduálneho moču (PVR – post void residual volume), objem prostatickej žľazy (PV – prostate volume) a hodnota prostatického špecifického antigénu (PSA) v sére. Boli stanovené aj *rizikové faktory pre klinickú progresiu LUTS/ BPH: objem*

Summary

In the past, lower urinary tract symptoms (LUTS) in elderly men were always assumed to be directly or indirectly related to benign prostatic hyperplasia (BPH), benign prostatic enlargement (BPE), or benign prostatic obstruction (BPO). However, it is sometimes difficult or even impossible to make a direct link between symptoms and BPH. The latest knowledge and developments suggest that not all bladder symptoms of elderly men are necessarily linked to the prostate (BPH – LUTS), but instead might be caused by the bladder (detrusor overactivity – overactive bladder syndrome /OAB/, detrusor underactivity) or kidney (nocturnal polyuria). This more distinguished view on LUTS has led to re-information of the content and panel of the EAU (European Association of Urology) guidelines, which have been renamed from the EAU guidelines on BPH to the EAU guidelines on non-neurogenic male LUTS. Because patients seek help for LUTS and not BPH, it is expected that symptom – oriented guidelines will deliver a more realistic and practical guide to the clinical problem than disease – specific guidelines. The main aim of conservative therapy in LUTS/ BPH is to improve bothersome LUTS, restore an acceptable quality of life, and to identify patients at risk of disease progression in order to avoid an unfavorable outcome, such as acute urinary retention, etc. Filed a brief overview of current views of conservative treatment of LUTS in men. One chapter is devoted to the current state of treatment and monitoring of patients with LUTS/ BPH in Slovakia, the results were obtained on the basis of survey registered in 2010.

Key words: benign prostatic hyperplasia, conservative treatment, year 2010, Slovakia.

prostata ≥ 30 g a PSA v sére $\geq 1,4$ ng/ml. Klinická progresia LUTS/ BPH môže byť definovaná ako: zhoršenie príznakov (symptóm skóre) ≥ 4 body nad počiatočnú hodnotu, ďalej prítomnosť: akútnej retencie moču, inkontinencie moču, obličkovej nedostatočnosti, alebo recidivujúcej infekcie močových ciest (IMC) (2, 3, 9).

Vždy je dôležité a potrebné vylúčiť aj iné možné príčiny LUTS, ako sú karcinóm prostaty (KP), konkrementy v močovom systéme, striktúra močovej rúry, karcinóm močového mechúra a pod.

Konzervatívna liečba mužských LUTS

Závažnosť príznakov a ich vplyv na kvalitu života („obťažnosť“) pacienta sú rozhodujúce pre začatie liečby LUTS/ BPH. Muži so strednými (IPSS 8 – 19) až závažnými (IPSS 20 – 35) príznakmi a pri vyššom skóre (4 – 6) zhodnocujúcom kvalitu ich života potrebujú nejakú formu terapie BPH (tab. 2) (2, 3). Po základnom diagnostickom zhodnotení (IPSS, digitálne rektálne vyšetrenie (DRV), uroflowmetria a pod.) môže byť iniciovaná medikamentózna terapia LUTS/BPH.

Sledovanie (WW – watchful waiting)

Muži s malými ťažkosťami (IPSS 0 – 7)

sú vhodní na sledovanie (WW), teda nie sú liečení medikamentózne ani chirurgicky. Súčasťou WW je vzdelávanie, ubezpečenie pacienta, že príčinou ťažkostí nie je rakovina, pravidelné monitorovanie a rady týkajúce sa životného štýlu.

Všetci muži s LUTS by mali byť pred začatím liečby vyšetrení, aby sa vyselekovali tí, u ktorých je potrebná intervenčná liečba. Na WW sú vhodní muži s miernymi až stredne závažnými nekomplikovanými LUTS (nespôsobujúce závažné zdravotné problémy), ktorých symptómy výrazne neobťažujú. Nie je presne známe, prečo sa niektorí pacienti na WW zhoršia a iní nie. Zhoršovanie príznakov a postmikčné rezíduum sú najvýznamnejšími prediktormi zlyhania prostého sledovania jedincov s LUTS/ BPH (2, 3).

Malé zmeny životného štýlu a správania (zníženie príjmu tekutín v určitom čase s cieľom znížiť frekvenciu močenia, keď je to najnevhodnejšie (v noci alebo na verejnosti), odporúčaný denný príjem tekutín 1500 ml by sa nemal redukovať, obmedzenie príjmu alkoholu a kofeínu, tréning močového mechúra, liečba obštipácie a pod.) môžu pozitívne ovplyvniť symptómy a predchádzať zhoršeniu stavu vyžadujúcemu medikamentózne alebo chirurgickú liečbu.

Ďalší výskum a skúsenosti v tejto oblasti sú však potrebné.

Odporúčania: Muži s miernymi symptómami sú vhodní na sledovanie (WW). Mužom s LUTS možno poradiť zmeny týkajúce sa životného štýlu pred alebo spolu s liečbou (2, 3, 8).

Farmakoterapia

Antagonisty alfaadrenoreceptorov (alfablokátory, AB)

Dlhodobu sa predpokladá, že α -blokátory inhibujú endogénne uvoľňovaný noradrenalin v hladkých svalových bunkách prostaty, a tým spôsobujú zníženie napätia (tonusu) v oblasti predstojnej žľazy a krčka močového mechúra. Dominantnú úlohu v tomto procese majú tzv. α_1 -adrenoreceptory. Ukázalo sa však, že α -blokátory majú malý účinok na urodynamicky potvrdenú rezistenciu výpuste močového mechúra (2, 3, 10, 11). Lokalizácia α -adrenoreceptorov (nielen α_1 A, ale aj α_1 B a α_1 D) mimo prostatického tkaniva (napr. v močovom mechúri, v mieche, centrálnom nervovom systéme, cievach a pod.) je zrejme zodpovedná za vznik nežiaducich účinkov alfablokátorov. Súčasný koncept uprednostňuje na bežné terapeutické použitie selektívnych antagonistov α_1 -adrenoreceptorov. Stále však zostáva nezodpovedaná otázka, či α_1 -selektivita je jediný a hlavný faktor determinujúci dobrú tolerabilitu lieku (2, 3, 10, 11).

Dostupné lieky: alfuzosín, doxazosín, tamsulosín, terazosín. Nepriame, ale aj limitované priame porovnania medzi jednotlivými α -blokátormi ukazujú, že všetky vyššie uvedené medikamenty majú podobnú účinnosť pri vhodnom dávkovaní (2, 3, 8). Klinické štúdie potvrdili, že α -blokátory redukujú IPSS o 35 – 40 % a zvyšujú maximálny prietok moču (Q max.) o 20 – 25 % (2, 3, 8). Účinnosť α -blokátorov nezávisí od veľkosti prostaty a v dlhodobých štúdiách sa dokázalo, že táto skupina liekov neredukuje objem prostatickej žľazy a nepredchádza vzniku akútnej retencie moču (AUR) – čiže časť pacientov bude musieť byť (skôr či neskôr) chirurgicky liečená pre BPH (2, 3, 8). Alfablokátory sú efektívne aspoň počas liečby 4 rokov (2, 3, 8). Z hľadiska profilu nežiaducich účinkov (NÚ) je alfuzosín podobný tamsulosínu a doxazosín terazosínu (2, 3, 8, 12). Najčastejšie sa vyskytuje asténia, závraty a ortostatická hypotenzia. Vazodilatačné účinky sú výraznejšie pri doxazosíne a terazosíne.

Pozorovalo sa, že pacienti s kardiovaskulárnymi sprievodnými ochoreniami sú vnímavejší na vazodilatačné účinky vyvolané α -blokátormi (2, 3, 8, 12). Napriek dlhodobému používaniu α -blokátorov sa až nedávno zaznamenal tzv. IFIS (intraoperative floppy iris syndrome) v súvislosti s operáciou katarakty, hlavne v spojitosti s tamsulosínom (2, 3, 8, 12, 13). Alfablokátory niekedy spôsobujú aj retrográdnú ejakuláciu (2, 3, 8, 12).

Alfablokátory sú liekmi prvej voľby u mužov s LUTS. Všetky α -blokátory sú dostupné v dávkovaní raz denne. V záujme zníženia NÚ sa odporúča titrácia dávky na začiatku liečby doxazosínom a terazosínom, nie je však potrebná pri liečbe alfuzosínom a tamsulosínom. Pre rýchly nástup účinku sú α -blokátory vhodné aj na *intermitentné použitie u pacientov so symptómami s kolísajúcou (fluktuujúcou) intenzitou*, keď nie je potrebná dlhodobá liečba (2, 3, 8).

Odporúčanie: alfablokátory sú vhodné pre mužov so stredne závažnými a závažnými LUTS (2, 3, 8).

Inhibítory 5-alfareduktázy (5-ARI)

5-ARI indukujú apoptózu v prostatických epitelových bunkách, čo vedie k redukcii: objemu prostaty o 15 – 25 % a hladiny PSA o 50 % po 6 – 12 mesiacoch liečby. Zníženie objemu prostaty môže

byť výraznejšie po dlhšie trvajúcej liečbe (2, 3, 5, 8).

Dostupné lieky: finasterid, dutasterid. Finasterid inhibuje len 5- α reduktázu typ 2, dutasterid (tzv. duálny inhibítor) však inhibuje s podobnou intenzitou oba typy tohto izoenzýmu. Klinické účinky v porovnaní s placebom sú viditeľné po 6 – 12 mesiacoch kontinuálnej terapie. *Po dvoch až štyroch rokoch liečby 5-ARI redukujú LUTS (IPSS) o 15 – 30 %, objem prostaty o 18 – 28 % a zvyšujú Q max. o 1, 5 – 2 ml/s u pacientov s BPH (2, 3, 8, 13, 14, 15, 16).* Zlepšenie symptómov po finasteride závisí od objemu prostaty a nemusí byť účinnejšie od placebo u pacientov s prostatami menšími ako 40 g (2, 3, 8). Dutasterid redukuje: IPSS, objem prostaty (PV – prostate volume) a riziko AUR a súčasne zvyšuje Q max. u mužov s BPH a prostatou ≥ 30 – 40 g (2, 3, 8, 13, 14, 15, 16). Komparatívne štúdie s α -blokátormi dokázali, že 5-ARI zlepšujú symptómy pomalšie a v prípade finasteridu aj menej efektívne (2, 3, 8, 16). Dlhodobá štúdia s dutasteridom u symptomatických mužov s PV > 30 g potvrdila lepšiu efektivitu (účinnosť na LUTS) v porovnaní s tamsulosínom (2, 3, 8, 13). 5-ARI redukujú pri dlhodobej liečbe riziko AUR alebo potrebu chirurgického výkonu najmä pri prostatách s objemom ≥ 30 – 40 g (2, 3, 8, 13, 14, 15). Presný mechanizmus účinku 5-ARI v znížení progresie BPH nie

je ešte celkom objasnený, ale je zrejme dôsledkom zníženia rezistencie výpuste močového mechúra (2, 3, 8). Medzi najčastejšie NÚ 5-ARI patria: znížené libido, erektilná dysfunkcia (ED), poruchy ejakulácie, znížená tvorba semena a pod. (2, 3, 8, 13, 14, 15, 16). Incidencia NÚ je všeobecne nízka a klesá úmerne s dĺžkou aplikácie 5-ARI – najmä dutasteridu (2, 3, 8, 14, 15).

Liečba 5-ARI by sa mala zvažovať u mužov s LUTS/ BPH, ktorí majú prostatu ≥ 30 (40) g. V dôsledku pomalšieho nástupu účinku sú 5-ARI vhodné len na dlhodobú terapiu. *Vplyv 5-ARI (napr. 50% zníženie sérovej hodnoty PSA) je potrebné vziať do úvahy pri diferenciálnej diagnostike karcinómu prostaty (KP).* 5-ARI môžu ďalej znižovať stratu krvi pri operácii (transuretrálnej resekcii) BPH, pravdepodobne v dôsledku vplyvu na vaskularizáciu prostaty (2, 3, 5, 8).

Odporúčania: 5-ARI sú určené pre mužov so stredne závažnými a závažnými LUTS/BPH a zväčšenou prostatou (≥ 30 /40/ g). 5-ARI môžu predchádzať progresii BPH v dôsledku zníženia výskytu akútnej retencie moču (AUR) a potreby chirurgického zákroku na prostate (2, 3, 8).

Antagonisty muskarínových receptorov

Inhibícia muskarínových receptorov znižuje (redukuje) kontrakciu hladkých svalových buniek močového mechúra (2, 3, 8).

Dostupné lieky: darifenacín, fesoterodín, oxybutynín, propiverín, solifenacín, tolterodín, trospium chlorid (2, 3, 8). Tieto lieky sú indikované v liečbe hyperaktívneho močového mechúra (OAB) (symptómov z uskladnenia moču u mužov a žien (2, 3, 8). Sú kontraindikované u mužov s BPH) obštrukciou výpuste močového mechúra z dôvodov možnosti nebezpečia nekompletného vyprázdnenia mechúra alebo až vzniku retencie moču (2, 3, 8). Anticholinergiká (antimuskariniká) sa v minulosti skúšali hlavne u žien, pretože sa predpokladalo, že LUTS u žien sú spôsobené mechúrom, a preto sa musia liečiť špecifickými liekmi ovplyvňujúcimi práve detruzor (2, 3, 8). Donedávna sa tiež a nesprávne tvrdilo, že mužské LUTS sú spôsobené prostatou, a preto sa musia liečiť medikamentmi ovplyvňujúcimi prostatickú žľazu (2, 3, 8). Subanalýza otvorenej štúdie s 2250 mužmi a ženami s príznakmi OAB liečenými tolterodínom jednoznačne dokázala, že *signifikantný vplyv na*

Tabuľka 1. Súčasná terminológia pri benígnych ochoreniach prostaty (2, 3).

Termín	Opis	Definícia
LUTS	Príznaky dolných močových ciest (lower urinary tract symptoms)	Nešpecifický termín pre príznaky, ktoré môžu byť v súvislosti s dysfunkciou dolných močových ciest. Rozoznávajú sa dve hlavné skupiny symptómov: uskladňovacie* (predtým tzv. „iritačné“) a vyprázdňovacie** (predtým tzv. „obštrukčné“)
BPH	Benígna prostatická hyperplázia (benign prostatic hyperplasia)	Histologický základ pre diagnózu BPE, ktorá môže viesť k BOO, ktorého dôsledkom sú LUTS
BOO	Obštrukcia krčka močového mechúra (bladder outflow obstruction)	Urodynamicky dokázaná obštrukcia pasáže moču
BPE	Benígne zväčšenie prostaty (benign prostatic enlargement)	Klinický nález zväčšenej prostaty v dôsledku predpokladanej BPH
BPO	Benígna prostatická obštrukcia (benign prostatic obstruction)	BOO zapríčinená v dôsledku BPE
OAB	Hyperaktívny močový mechúr (overactive bladder)	Syndróm urgencie s alebo bez urgentnej inkontinencie moču, bežne spojený s častým močením cez deň (polakizúriou $\geq 7x$) a s močením v noci (noktúriou $\geq 1x$)

Vysvetlivky: * – symptómy uskladňovania moču sa vyskytujú počas plnenia močového mechúra a patria sem: denné frekventné močenie, noktúria, urgencia, inkontinencia moču. ** – symptómy vyprázdňovania moču sa vyskytujú počas mikcie a patria sem: slabý prúd moču, vejárovité močenie, prerušovaný prúd moču, retardované močenie, tlačenie počas močenia, terminálne odkvapkavanie, pocit neúplného vyprázdnenia močového mechúra, postmikčné odkvapkavanie.

urgenciu, frekvenciu alebo urgentnú inkontinenciu moču má vek a nie pohlavie (2, 3, 8, 17). Najčastejšie nežiaduce účinky antimuskariník sú: sucho v ústach, obstipácia, ťažkosti s močením, nazofaryngitída, závraty a pod. U mužov s obštrukciou výpuste močového mechúra sa antimuskariniká neodporúčajú pre teoreticky „nižšiu silu“ svalstva mechúra, s čím môže súvisieť postmikčné rezíduum alebo retencia moču (2, 3, 8). Hoci sa väčšina štúdií u starších mužov s LUTS/BPH a s príznakmi OAB robila s tolterodínom alebo fesoterodínom, podobné účinky a NÚ sa zaznamenali aj pri ostatných antimuskarinikách (2, 3, 8, 18). Stále chýbajú dlhodobé štúdie o účinku anticholinergík u mužov s LUTS,

a preto by bolo potrebné tieto lieky predpisovať s opatrnosťou a pri pravidelnom hodnotení IPSS a objemu postmikčného rezídua (2, 3, 8).

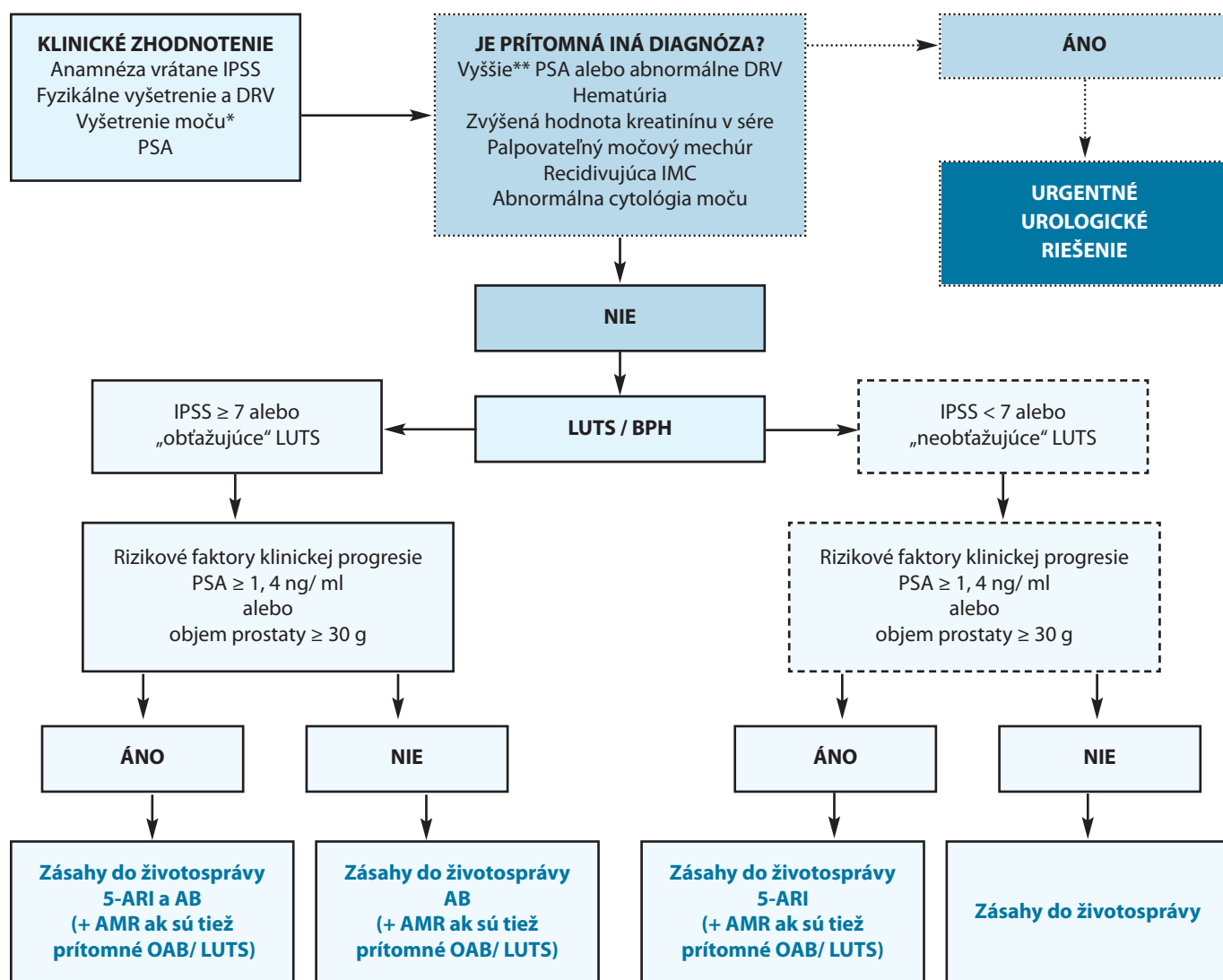
Odporúčania: Antimuskariniká sú určené predovšetkým mužom so stredne závažnými až závažnými LUTS, u ktorých prevládajú príznaky z uskladnenia moču. Zvýšená opatrnosť je potrebná pri prítomnosti obštrukcie výpuste močového mechúra (2, 3, 8).

Fytoterapia

Fytoterapia znamená medicínske použitie rôznych extraktov z rôznych rastlín. Je však otázne, ktoré komponenty fytopreparátov sú zodpovedné za zlepšenie

symptómov LUTS. Medzi najvýznamnejšie zložky fytoterapeutík používaných u mužov s LUTS/BPH patria fytosteroly, β -sitosterol, mastné kyseliny a lektín (2, 3, 8). „In vitro“ štúdie ukázali, že rastliny môžu pôsobiť viacerými mechanizmami: a) protizápalový, antiandrogénový alebo estrogénový účinok, b) znižujú SHBG (sexual hormone binding globulin), c) inhibujú: aromatázu, lipoxygenázu, rastové faktory stimulujúce proliferáciu prostatických buniek, α -adrenoreceptory, 5 α -reduktázu, muskarínové receptory, dihydropyridínové a vaniloidné receptory a pod., d) zlepšujú funkciu detruzora, e) môžu neutralizovať voľné radikály a pod. (2, 3, 8). Väčšina „in vitro“ efektu fytoterapeutík sa

Tabuľka 2. Diagnostika a medikamentózna liečba príznakov dolných močových ciest u mužov s benignou hyperpláziou prostaty (2, 3).



Vysvetlivky: IPSS – International Prostate Symptom Score, DRV – digitálne rektálne vyšetrenie, *zo stredného prúdu moču, PSA – prostatický špecifický antigén, **vyššie hodnoty ako zodpovedajú príslušnému veku, IMC – infekcia močových ciest, LUTS – príznaky dolných močových ciest (lower urinary tract symptoms), BPH – benigná prostatická hyperplázia, 5-ARI – inhibítory 5-alfareduktázy, AB – alfablokátory, AMR – antimuskariniká (anticholinergiká), OAB – hyperaktívny močový mechúr (overactive bladder).

vsak nepotvrdila „in vivo“, a preto *presný mechanizmus účinku fytopreparátov zostáva nejasný!* (2, 3, 8, 19).

Dostupné lieky: serenoa repens, cucurbita pepo, hypoxis rooperi, pygeum africanum, secale cereale, urtica dioica a iné. Rôzni výrobcovia používajú rôzne extrakčné techniky, distribuujú účinnú látku s rôznymi kvalitatívnymi a kvantitatívnymi vlastnosťami, alebo kombinujú viac látok do jednej tablety. Extrakty tej istej rastliny produkované rôznymi výrobcami nemusia mať rovnaký biologický alebo klinický účinok, čiže efektívnosť jedného lieku nemôže byť extrapolovaná na iný medikament. Dokonca dve rozdielne šarže toho istého výrobcu môžu obsahovať rozličné koncentrácie účinnej látky, a tým spôsobovať aj odlišný biologický efekt v dôsledku rôznej farmakokinetiky (2, 3, 8, 19). Fytopreparáty významne znižujú objem prostaty, ale *žiadna štúdia nedokázala redukciu obštrukcie výpuste močového mechúra alebo zníženie progresie BPH* (2, 3, 8, 19). Fytoterapeutiká sú heterogénnou skupinou rastlinných extraktov používaných na zlepšenie BPH/LUTS. Fytoterapia je diskutabilná aj v tom, že sa používajú rozličné koncentrácie účinnej látky v rozličných preparátoch toho istého fytoterapeutika.

Je teda *problematické urobiť kvalitnú a dostatočne validnú metaanalýzu extraktov tej istej rastliny* (2, 3, 8, 19). Medzi najčastejšie NÚ fytopreparátov patria gastrointestinálne ťažkosti (2, 3, 8).

Odporúčanie: Zatiaľ nemožno určiť jednoznačné, špecifické odporúčania týkajúce sa fytoterapie u mužov s LUTS v dôsledku heterogenity rastlinných produktov a aj pre metodologické problémy súvisiace s metaanalýzou štúdií (2, 3, 8).

Analógy vazopresínu – desmopresín

Antidiuretický hormón vazopresín (AVP – arginine vasopressin) má kľúčovú úlohu v homeostáze telesnej vody a v kontrole tvorby moču väzbou na V2 receptor v zberných kanálikoch obličiek. AVP zvyšuje reabsorpciu vody, ako aj osmolalitu moču a znižuje exkréciu vody, a tým aj celkový objem moču. AVP sa môže použiť na terapeutické ovplyvnenie množstva vylúčeného moču, avšak AVP pôsobí aj na V1 receptor sprostredkujúci vazokonstrikčné/hypertenzívne účinky a má veľmi krátky sérový polčas – čo robí hormón nevhodným na liečbu noktúrie/nočnej polyúrie (2, 3, 8).

Dostupný liek: desmopresín. Je syntetický analóg AVP s afinitou k V2-receptoru

a s antidiuretickými vlastnosťami. Nemá žiadnu afinitu k V1-receptoru, a preto jeho aplikácia nevyvoláva hypertenziu. Je určený *na liečbu noktúrie u dospelých mužov a žien. Užíva sa pred spaním, znižuje exkréciu moču počas noci, oddaluje urgentnú mikciu a znižuje aj frekvenciu močenia* (2, 3, 8, 20). Desmopresín v klinických štúdiách významne znižoval nočnú diurézu (až o 40 %), redukoval počet nočných močení (tiež približne o 40 %) a predĺžil čas do prvého nočného močenia (2, 3, 8, 20, 21). Z NÚ sa najčastejšie zaznamenali: bolesti hlavy, nauzea, hnačka, bolesti brucha, závraty, sucho v ústach, hyponatriémia, periférne edémy, hypertenzia (2, 3, 8). Desmopresín sa má užívať raz denne (pred spaním). Hoci dávkovanie sa u jednotlivých pacientov líši, liečba by sa mala začať nízkou dávkou (0,1 mg/deň) a môže sa zvyšovať každý týždeň až po dosiahnutie maximálnej účinnosti. Odporúčaná maximálna denná dávka je 0,4 mg/deň. Pacienti by nemali piť aspoň jednu hodinu pred užitím desmopresínu a 8 hodín potom. Desmopresín je kontraindikovaný u jedincov starších ako 65 rokov, ktorí majú koncentráciu sodíka (Na) v sére nižšiu, ako je norma (2, 3, 8, 20, 21). U starších pacientov (> 65 rokov) je potrebné

Tabuľka 3. Konzervatívne možnosti liečby non-neurogénnych príznakov dolných močových ciest u mužov (2, 3).

Liečba	Nástup účinku	LUTS	UFM (Qmax.)	PV	PVR	Progresia choroby
WW, zásahy do životosprávy	(+)	+	(+)	-	(+)	?
Alfablokátory (AB)	+++	++	++	-	(+)	+++ (príznaky)
Inhibítory 5-alfareduktázy (5-ARI)	(+)	+	++	+ až ++	(+)	+++ (retencia moču)
Antagonisty M-receptorov (AMR)	++	++*	-	-	++**	?
Fytopreparáty	++	+	(+)	-	-(+)	+
Kombinácia AB + 5-ARI	++	++	++	+ až ++	(+)	+++ (príznaky + retencia)
Kombinácia AB + AMR	+++	++	++	-	(+)	?
Inhibítory PDE5 (I-PDE5)	++	+	-	-	-	?

Rýchlosť nástupu účinku:

(+) veľmi pomalý (mnoho mesiacov)
+ pomalý (niekoľko mesiacov)
++ stredne rýchly (týždne)
+++ rýchly (dni)
++++ veľmi rýchly (hodiny)

Účinok (ovplyvnenie)

- bez ovplyvnenia
(+) diskretný účinok
+ slabý účinok
++ stredný účinok
+++ silný účinok
++++ veľmi silný účinok
? neznámy účinok

Vysvetlivky: LUTS – príznaky dolných močových ciest (lower urinary tract symptoms), UFM – uroflowmetria, Q max. – maximálny prúd moču (maximum urinary flow rate), PV – objem prostaty (prostate volume), PVR – postmikčné rezíduum (postvoid residual urine), AB – alfablokátory, 5-ARI – inhibítory 5-alfareduktázy, AMR – antimuskariniká, * – uskladňovacie (plniace) príznaky dolných močových ciest, ** – zvýšenie postmikčného rezídua, I-PDE5 – inhibítory fosfodiesterázy 5. typu (phosphodiesterase 5 inhibitors)

Recenzia knihy

Princípy chirurgie II

Když roku 2007 spatřilo světlo světa nádherné vydání prvního dílu plánované chirurgické pentalogie Princípy chirurgie, byla to nevšední událost chirurgie slovenské i české. Editor a duchovní otec díla prof. MUDr. Jaroslav Siman, DrSc., spolu s koeditory – předními slovenskými chirurgy profesory Haruštíakem, Kothajem, Pechanem a Vajó předložili odborné lékařské i medicke společnosti dílo, nad jehož komplexností se tají dech. Mohu sebekriticky přiznat, že jsem při studiu této knihy zapochyboval, zda se dočká pokračování v dílu druhém a pak dalších. Prof. Siman a tým jeho nejbližších spolupracovníků předložili v tom nejlepší slova smyslu monografii výsostně propeutického charakteru, postihující všechny atributy komunikace s chirurgickými nemocnými i popisem a vysvětlením převážně většiny patofyziologických situací, postihujících pacienty chirurgických oborů z hlediska zorných úhlů všech spolupracujících oborů.

Vydání druhého dílu, rovněž vydavatelstvím Slovak Academic Press se již bohužel nedočkal prof. Siman, který nás navždy opustil. Štafetu vedoucího editora převzal prof. Svetozár Haruštíak, s odborným týmem spolupracovníků, jako u dílu prvního. Prof. Siman je stále zcela oprávněně uveden mezi editory díla, neboť je autorem krásných kapitol zejména v oblasti chirurgie hrudní, a to u dospělých i dětí.

Princípy chirurgie II představují pokračování unikátního díla a dávají tušit, že v průběhu času bude celý grandiózní projekt úspěšně dovršen. Osvědčený tým výše uvedených koeditorů celé dílo rozsahu 832 stránek uspořádal citlivě v duchu iniciátora pentalogie – profesora Jaroslava Simana a symbolicky je uvedl citátem Horatia – exegi monumentum aere perennius – trvalejší než kov pomník jsem postavil. Kultivovanost předloženého je též zdůrazněna krásnou kresbou mistra Oldřicha Kulhánka na přední straně vazby obdobně jako u prvního dílu.

Náplní Principů chirurgie II jsou rozsáhlé a podrobné kapitoly jednotlivých oborů z chirurgie odvozených a chirurgickými principy charakteristických. Jedná se o neurochirurgii, oftalmochirurgii, stomatochirurgii, chirurgii hrudníku a samostatnou oblast stavů přetlaku v jednotlivých tělesných kompartmentech, které v dřívějších publikacích nenalzáme. Autoři uvedených oborů představují ve své oblasti vrcholné pracovníky a potěšitelné je, že profesorem Paškem je zastoupena i chirurgie česká.

stanovovat sérovou koncentraci Na niekoľkokrát, a to 3. a 7. deň a po mesiaci od prvej aplikácie desmopresínu; a ak sú hodnoty sodíka v normálnom rozmedzí – odporúča sa kontrolovať Na v intervaloch tri až 6 mesiacov (2, 3, 8).

Odporúčanie: Desmopresín sa môže používať na liečbu noktúrie, ktorej príčinou je polyúria (2, 3, 8).

Kombinovaná liečba

Alfablokátory (AB) a inhibítory 5-alfareduktázy (5-ARI)

Kombinácia α -blokátorov s 5-ARI kombinuje rôzne mechanizmy účinku týchto dvoch skupín liekov, s cieľom dosiahnuť synergický efekt v zlepšení príznakov a prevencie progresie BPH.

Dostupné lieky: alfablokátory (alfuzosín, doxazosín, terazosín, tamsulosín); inhibítory 5-alfareduktázy (finasterid, dutasterid). *Klinický účinok α -blokátorov sa dosiahne v priebehu niekoľkých hodín až dní po aplikácii, kým 5-ARI potrebujú na pozitívny efekt niekoľko mesiacov* (2, 3, 8, 22).

V klinických štúdiách sa testovali kombinácie: finasterid s alfuzosínom, doxazosínom alebo terazosínom a dutasterid s tamsulosínom. Pri kombinácii liekov sa nezistili rozdiely vo farmakokinetických alebo farmakodynamických vlastnostiach v porovnaní s jednotlivými liekmi (2, 3, 8). Výsledky z krátkodobých štúdií (6 – 12 mesiacov) ukázali, že α -blokátor je účinnejší v zlepšení symptómov a kombinovaná liečba nebola lepšia ako monoterapia α -blokátorom (2, 3, 8, 16). Nedávno boli referované 4-ročné údaje zo štúdie MTOPS (Medical Therapy Of Prostatic Symptoms) a 2 – 4-ročné dáta zo štúdie CombAT (Combination of Avodart® and Tamsulosin) (23). Do štúdie CombAT boli zaradení muži s vyšším rizikom progresie ochorenia (objemovo väčšou prostatou a s vyššou hodnotou PSA v sére) (23). V protiklade s krátkodobými štúdiami, dlhodobé dáta potvrdili, že kombinovaná liečba je lepšia v porovnaní s monoterapiami v zlepšení symptómov a Qmax. a v porovnaní s α -blokátormi v znížení rizika AUR a potreby chirurgického výkonu pre BPH (23). Štúdia CombAT ukázala, že kombinovaná liečba je lepšia: nielen v porovnaní s oboma monoterapiami v zlepšení symptómov a Qmax. už od 9. mesiaca, ale aj v redukcii rizika AUR a potreby chirurgického výkonu po 8 mesiacoch po začatí aplikácie v porovnaní s α -blokátormi (2, 3, 8, 23). Rozdielne vý-

sledky medzi štúdiami MTOPS a CombAT boli pravdepodobne spôsobené odlišnými inklúznymi a exklúznymi kritériami, ako aj použitím rôznych typov α -blokátorov alebo 5-ARI. Dutasterid a finasterid znižujú objem prostaty rovnako účinne ako kombinovaná liečba (2, 3, 8, 23). Tri štúdie riešili *problematiku vysadenia α -blokátora*. Prvá štúdia hodnotila kombináciu tamsulosínu s dutasteridom a vplyv vysadenia tamsulosínu po 6 mesiacoch. Po prerušení aplikácie α -blokátora nehlásilo zhoršenie príznakov takmer 75 % pacientov. *Pacienti so závažnými symptómami (IPSS \geq 20) na začiatku liečby však mali prospech z dlhšie trvajúcej kombinovanej terapie* (24). Druhá štúdia hodnotiaci vplyv monoterapie finasteridu 3 a 9 mesiacov po prerušení 9-mesačnej kombinovanej liečby (finasterid + α -blokátor) potvrdila *zachovanie dosiahnutého zlepšenia symptómov LUTS aj po vysadení aplikácie α -blokátora* (25). V tretej, retrospektívnej štúdii sa počas 12 mesiacov hodnotila pravdepodobnosť vysadenia α -blokátora (použitého v kombinácii s dutasteridom alebo finasteridom) založená na rozhodnutí pacienta. *64 % pacientov užívajúcich dutasterid vysadilo α -blokátor oveľa skôr (rýchlejšie) v porovnaní s jedincami, ktorí sa liečili kombináciou α -blokátor + finasterid* (26). Obe klinické štúdie (MTOPS a CombAT) jednoznačne potvrdili, že *kombinovaná liečba je lepšia v porovnaní s monoterapiami v prevencii klinickej progresie (ktorá bola definovaná ako zvýšenie IPSS o \geq 4 body, výskyt AUR, infekcie močových ciest (IMC), inkontinencie moču, alebo zvýšenie hladiny sérového kreatinínu o \geq 50 % v porovnaní so začiatkom liečby)* (2, 3, 8, 9, 23). Zaznamenali sa aj rozdiely medzi oboma štúdiami: a) zníženie celkového rizika progresie BPH – o 44 % (MTOPS) a o 66 % (CombAT); b) progresia symptómov – 64 % vs. 41 %; c) výskyt AUR – 81% vs. 68 %; d) inkontinencia moču – 65 % vs. 26 %; potreba chirurgického riešenia BPH – 67 % vs. 71 % (2, 3, 8, 23). *Monoterapia s použitím 5-ARI redukuje riziko výskytu AUR a potreby chirurgického riešenia BPH rovnako účinne ako kombinovaná liečba (rozdiel nie je významný), hoci preventívne účinky sú výraznejšie pri kombinácii α -blokátora + 5-ARI* (2, 3, 8, 23). Výsledky zo štúdie MTOPS naznačujú, že aj α -blokátor v monoterapii môže znižovať riziko progresie BPH (9). V oboch štúdiách CombAT a MTOPS boli zaznamenané NÚ (typické pre α -blokátory a 5-ARI) signifikantne čas-

tejšie počas kombinovanej liečby v porovnaní s monoterapiou (2, 3, 8, 9, 23).

Kombinovaná liečba, v porovnaní s monoterapiou α -blokátorom alebo 5-ARI vedie k výraznejšiemu zlepšeniu LUTS, ku zvýšeniu Q max. a k oveľa významnejšej prevencii progresie BPH, ale súčasne je spojená s väčším výskytom NÚ (2, 3, 8, 23). Kombinovaná liečba by sa preto mala používať primárne u mužov so stredne závažnými až závažnými LUTS s rizikom progresie BPH (väčší objem prostaty, vyššia koncentrácia PSA, vyšší vek). Kombinácia α -blokátora s 5-ARI by sa mala aplikovať len dlhodobo (viac ako 12 mesiacov) a problematika by mala byť prediskutovaná s pacientom ešte pred začatím liečby. Vysadenie α -blokátora po 6 mesiacoch kombinovanej terapie možno zväziť u mužov so stredne závažnými LUTS (2, 3, 8, 23).

Odporúčania: Kombinovaná liečba α -blokátor + inhibítor 5 α -reduktázy (5-ARI) je určená mužom so stredne závažnými až závažnými LUTS, zväčšenou prostatou a so zníženým Q max. (= muži s progresiou BPH). Kombinovaná liečba nie je odporúčaná ako krátkodobá terapia (< 1 rok) (2, 3, 8).

Alfablokátory (AB) a antimuskariniká

Mechanizmus účinku takejto kombinácie spočíva v dosiahnutí synergického efektu oboch skupín liekov – blokádou α -receptorov a muskarínových receptorov.

Dostupné lieky: v klinických štúdiách sa hodnotili len kombinácie α -blokátorov doxazosínu, tamsulosínu a terazosínu a antimuskarník oxybutynínu, propiverínu, solifenacínu a tolterodínu (2, 3, 8). V súčasnosti nie je k dispozícii kombinovaná tableta.

Doteraz bolo urobených a dokončených 9 štúdií, ktorých cieľom bolo sledovať efektivitu takejto kombinácie medikamentov u dospelých mužov s LUTS (2, 3, 8). Kombinovaná liečba bola *účinnnejšia v znížení: častosti močenia, noktúrii alebo IPSS v porovnaní s α -blokátorom alebo s placebom a významne redukovala epizódy urgentnej inkontinencie moču a podstatne zlepšila kvalitu života* (2, 3, 8). Počas kombinovanej terapie sa zaznamenali NÚ (najčastejšie xerostómia) typické pre obe použité skupiny liekov (2, 3, 8). Skupinový efekt je zodpovedný za vyššiu účinnosť a lepšiu kvalitu života pacientov liečených α -blokátormi a antimuskarinikami. Pri takejto kombinácii liečiv sa odporúča pravi-

delné meranie postmikčného rezídua (na posúdenie možnosti jeho zvýšenia, prípadne dôkazu retencie moču) (2, 3, 8).

Odporúčania: Kombináciu α -blokátora a antimuskarinika je potrebné zväziť u pacientov so stredne závažnými až závažnými LUTS, ak nedošlo k zlepšeniu príznakov po monoterapii. Opatrnosť sa odporúča pri predpisovaní takejto kombinácie liečiv u mužov s podozrením na obštrukciu výpuste močového mechúra (2, 3, 8).

Nové lieky

Inhibítory fosfodiesterázy 5. typu (I-PDE5)

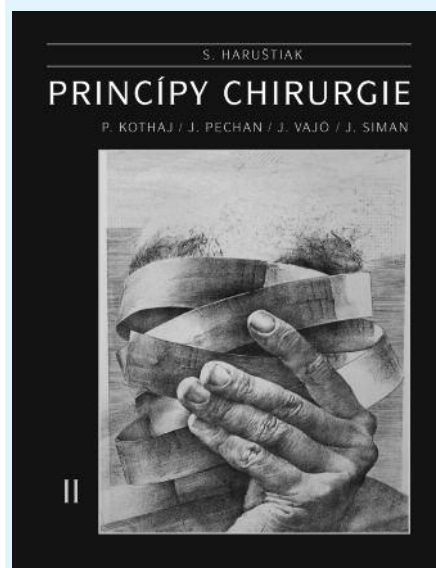
Oxid dusnatý (NO) predstavuje významný neadrenergický, necholínergický neurotransmitter, ktorý je dôležitý najmä pri prenose nervových vzruchov v močovom systéme človeka. Syntetizovaný NO prechádza do buniek a stimuluje syntézu cGMP (cyclic guanosine monophosphate) prostredníctvom enzýmu guanylylcyklázy. Cyklický GMP aktivuje proteín kinázu, iónové kanály a cGMP viažúcu PDE (phosphodiesterase), čo následne vedie k relaxácii hladkých svalových buniek uvoľnením (depléciou) intracelulárneho Ca²⁺ a desenzitizáciou kontraktálnych proteínov. Účinok cGMP je ukončený izoenzymami PDE katalyzujúcimi hydrolyzu cGMP na neaktívne formy (2, 3, 8, 27). *Inhibítory PDE zvyšujú koncentráciu a predlžujú aktivitu intracelulárneho cGMP, znižujú tonus hladkého svalstva detruzora, prostaty a močovej rúry.* Doteraz bolo identifikovaných 11 rozličných typov PDE, z ktorých PDE 4 a 5 sú *predominantne prítomné v prechodnej zóne prostaty, v močovom mechúri a v uretre* (2, 3, 8, 27). *NO sa môže podieľať na mikcii inhibíciou reflexného oblúka v mieche a vplyvom na neurotransmisiu v dolných močových cestách* (2, 3, 8, 27).

Dostupné lieky: sildenafil, tadalafil, vardenafil sú indikované v liečbe erektilnej dysfunkcie (ED) a pľúcnej artériovej hypertenzie, zatiaľ ale nie v terapii mužských LUTS (2, 3, 8). „Post hoc“ analýzy pacientov s ED liečených sildenafilom ukázali významné zlepšenie sprievodných LUTS a kvality života (stanovené pomocou IPSS dotazníka) (2, 3, 8, 28). *Všetky inhibítory PDE5 podstatne zlepšujú IPSS o 17 – 35 % (rovnako symptómy z vyprázdnenia aj uskladnenia), ďalej zlepšujú Q max. a zvyšujú kvalitu života* (2, 3, 8, 28). Najčastejšie sa zaznamenali tieto NÚ: bolesti hlavy, začervenanie, závraty, dyspepsia, zdurení sliznice nosa (nazálna kongescia), myalgia,

I když se jedná o různorodé oblasti chirurgické činnosti, je dodržen systém klasifikace, fyziologie, patofyziologie, vyšetřování a léčby, to vše na vysoké současné úrovni. V přípravě celého souboru pěti dílů autoři dali přednost filozofii ucelených oborových kapitol před sestavou jednotlivých v různé době vydávaných příruček. Studující (ne pouze student lékařské fakulty) v tomto souboru najde vše o dané části chirurgického oboru i o faktech z ostatních chirurgických disciplín. Práce je konstruována tak, aby vždy byly formulovány nejmodernější zásady komplexní péče o nemocného a lze velmi odpovědně prohlásit, že se vyrovná a v mnohém i předčí publikace ve vyspělém zahraničí.

Jak v předmluvě k úvodnímu dílu napsal prof. Šiman, není to kniha do postele před usnutím, ale ke stolu a tvrdé židli. Pevně věřím, že se stane zdrojem, z kterého bude naše odborná veřejnost často čerpat a oceňovat myšlenku koncentrovaných informací v jednom celém obor zahrnujícím souboru. Principy chirurgie II se jistě stanou nepostradatelnou součástí příručních knihovniček chirurgicky činných pracovníků všech disciplín a věkového rozvrstvení. Autoři druhého dílu jej uvedli citátem Horatia, já si dovoluji tuto recenzi ukončit výrokem Pavla z Nového zákona – fundamentum posui: alius autem superaedificat – základy jsem položil, jiný však na nich bude stavět. Nic patrně lépe nesdělí odkaz prof. MUDr. Jaroslava Šimana, DrSc. Těším se na díl v pořadí třetí.

Jan Wechsler



hypotenzia, synkopa, tinitus („hučanie“ v ušiach), konjunktivitída, zhoršenie videnia a pod. (2, 3, 8, 27, 28, 29). Inhibítory PDE5 sú kontraindikované u pacientov užívajúcich nitráty alebo nicorandil pre akcentované vazodilatačné účinky, ktoré môžu viesť k hypotenzii, infarktu myokardu u pacientov s koronárnou chorobou srdca alebo s náhlou cievnou mozgovou príhodou (NCMP) (2, 3, 8). I-PDE5 sú oficiálne indikované len na liečbu ED a pľúcnej artériovej hypertenzie. Liečba v iných indikáciách je *experimentálna* a nemôže sa rutinne používať. Zatiaľ chýbajú dlhodobé skúsenosti u pacientov s LUTS a nedostatočné sú aj informácie týkajúce sa kombinácie I-PDE5 s inými medikamentmi schválenými na terapiu LUTS. Postavenie inhibítorov PDE5 (v kontexte s ostatnými účinnými liekmi: α -blokátory, 5-ARI, antimuskariniká) v liečbe LUTS/ BPH je teda potrebné ešte len stanoviť.

Odporúčania: Inhibítory PDE5 znižujú stredne závažné až závažné symptómy LUTS. Inhibítory PDE5 sú v súčasnosti určené len pre mužov s erektilnou dysfunkciou, pľúcnou artériovou hypertenziou alebo tým jedincom, ktorí majú LUTS a zúčastňujú sa na klinickom skúšaní (2, 3, 8).

Ďalšie lieky

V klinickom skúšaní (randomizované štúdie fázy II a III) sú v súčasnosti nasledovné lieky ovplyvňujúce:

- prostata (antagonisty gonadotropín uvoľňujúceho hormónu, antagonisty estrogénových receptorov, lieky indukujúce apoptózu, vakcíny, agonisty vitamínu D, liečba nahradzujúca androgény a pod.),
- močový mechúr (agonisty β 3-adrenoreceptorov a pod.),
- nervový systém (blokátory neuromuskulárnych procesov, antagonisty tachykinínových receptorov a pod.).

Doteraz publikované výsledky sú však len predbežné a nedostatočné, a preto ani jeden z týchto liekov zatiaľ nemožno používať v rutinej klinickej praxi (2, 3, 8).

Súčasný stav medikamentózneho liečby LUTS/BPH v Slovenskej republike

O súčasných „preskripčných“ zvyklostiach urológov v liečbe BPH na Slovensku informujú výsledky aktuálneho, kvantitatívneho výskumu, ktorý urobila nezávislá agentúra STEN/MARK (BPH 04/ 2010) (30). Na prieskume sa zúčastnilo 50 urológov z celej SR formou internetového dotazovania.

Počas jedného mesiaca navštívi urológa na Slovensku 450 – 460 pacientov, z toho počet mužov s novo diagnostikovanou BPH je 28 (medián) a už liečených na BPH 95 (medián). *Približne jedna pätina pacientov (20 %) je len sledovaná (WW), približne dve tretiny (70 %) sa liečia medikamentózne a jedna desatina (10 %) sa lieči chirurgicky* (najmä transuretrálnou resekciou). Z tých, ktorí sú liečení medikamentózne, dostáva 60 – 70 % *monoterapiu a 20 – 30 % kombinovanú liečbu*. Pacient s BPH na Slovensku dostáva *priemerne monoterapiu 20 mesiacov*. Zhoršovanie jednotlivých parametrov ochorenia sa zisťuje (najčastejšie pomocou: IPSS, stanovenia PSA/veľkosti prostaty a uroflowmetrického vyšetrenia) urológmi v období 6 – 12 mesiacov po iniciácii monoterapie. *Alfablokátory sa v rámci monoterapie používajú u 70 % liečených mužov, u 20 % pacientov s LUTS/BPH sa využívajú inhibítory 5-ARI a fytopreparáty u zvyšných 10 %*.

Pri výbere liekov pre liečbu LUTS/BPH sú pre lekárov na Slovensku dôležité nasledovné parametre: zlepšenie mikcie, zlepšenie kvality života, zníženie akútneho rizika retencie moču, vplyv liečby na každodenný život s dlhodobého hľadiska, výhodné dávkovanie a aj rýchly nástup účinku. Najčastejšie dôvody pre výber: a) monoterapie alfablokátormi: spokojnosť/zlepšenie stavu pacienta, účinnosť prípravku, predchádzajúca dobrá skúsenosť s liečbou; b) monoterapie 5-ARI: spokojnosť/zlepšenie stavu pacienta, veľkosť prostaty, nežiaduce účinky predchádzajúcej liečby; c) monoterapie fytopreparátmi: želanie pacienta, účinnosť prípravku, spokojnosť/zlepšenie stavu pacienta.

Najčastejšie používanou kombinovanou liečbou na Slovensku je aplikácia alfablokátora + 5-ARI, ktorá sa využíva až u polovice pacientov s LUTS/BPH, ktorí dostávajú kombinovanú terapiu. „Preskripcia“ finasteridu a dutasteridu v kombinovanej liečbe je vyrovnaná (44 % finasterid a 56 % dutasterid). K vysadeniu alfablokátora v rámci terapie alfablokátor + 5-ARI dochádza u 10 – 20 % pacientov (vo väčšine prípadov z dôvodov: subjektívneho zlepšenia symptómov ochorenia, zlepšenia Q max., nežiaducich účinkov, zmenšenia objemu prostaty, či zlepšenia ostatných parametrov). *Ostatné kombinácie sa používajú v Slovenskej republike (SR) v menšej miere: alfablokátor + antimuskarinikum (19 %), alfablokátor + fytopreparát (17 %) a alfablokátor + inhibítor PDE5 (17 %)*. Najčastejšie

dôvody pre výber kombinovanej liečby LUTS/BPH na Slovensku sú: veľkosť prostaty, spokojnosť/zlepšenie stavu pacienta, účinnosť prípravkov.

Chirurgický výkon na prostate sa volí na Slovensku najmä *po zlyhaní medikamentózneho liečby LUTS/ BPH, ale aj po opakovaní retencie moču*.

Väčšina pacientov s monoterapiou alebo využívajúcich kombinovanú terapiu dodržiava liečebný režim, vrátane lekárom odporúčaného dávkovania medikamentov. Počas prvého roku liečby muži s LUTS/ BPH na Slovensku využijú v priemere až 90 % lekárom predpísanej dávky liekov. Lekári si pozývajú medikamentózne liečených mužov s LUTS/BPH na kontroly raz za 3 – 6 mesiacov, čo viac ako 90 % pacientov rešpektuje.

Záver

Výber konzervatívnej liečby LUTS/BPH závisí od viacerých faktorov:

- nálezu zisteného pri klinickom vyšetrení postihnutého muža,
- preferencií individuálneho (a primerane informovaného) pacienta,
- možností liečebnej modality ovplyvniť zistený nález,
- očakávaní v zmysle rýchlosti nástupu účinku, efektivity, nežiaducich účinkov terapie, kvality života a progresie ochorenia.

Liečebné možnosti súčasne prístupnej, konzervatívnej terapie non-neurogénnych LUTS u mužov s BPH ukazujú tabuľka 3 (2, 3).

Literatúra

- Berry, S., Coffey, D., Walsh, P. a spol.: The development of human benign prostatic hyperplasia with age. *J. Urol.*, 1984, 132, č. 3, s. 474 – 479.
- Oelke, M., Bachmann, A., Descazeaud, A. a spol.: Guidelines on conservative treatment of non – neurogenic male LUTS. European Association of Urology guidelines 2010 edition. Arnheim, 2010, s. 1–38. ISBN/ EAN: 978-90-79754-70-0.
- Moore, K., Khatstgir, J.: LUTS/ benign prostatic hyperplasia. S. 73 – 87. In: Shergill, S., Arya, M., Grange, P.: *Medical therapy in urology*. London: Springer Verlag, 2010. ISBN 978-1-84882-703-5.
- Marenčák, J.: Čo je nové v benígnej prostatickej hyperplázii? *Urologie pro praxi*, 3, 2002, č. 4, s. 150 – 153.
- Marenčák, J.: Inhibítory 5 α fareduktázy v liečbe benígnej prostatickej hyperplázie.

- Urológia, 13, 2007, č. 4, s. 7 – 13.
6. Kalsi, V., Chowdhury, A., Mammen, K.: Overactive bladder and incontinence. S. 89 – 103. In: Shergill, S., Arya, M., Grange, P.: Medical therapy in urology. London: Springer Verlag, 2010. ISBN 978-1-84882-703-5.
 7. Marenčák, J.: Inkontinencia moču u mužov. Súčasná klinická prax, 5, 2008, č. 1, s. 43 – 48.
 8. Auffenberg, G., Helfand, B., Mc Vary, K.: Established medical therapy for benign prostatic hyperplasia. In: Blaivas, J., Weiss, J.: Benign prostatic hyperplasia and lower urinary symptoms. Saunders, 36, 2009, č. 4, s. 443 – 460. ISBN 13-978-1-4377-1279-7.
 9. Mc Connell, J., Roehrborn, C., Bautista, O.: The long term effects of doxazosin, finasteride, and combination therapy on the clinical progression of benign prostatic hyperplasia. N. Engl. J. Med., 349, 2003, č. 6, s. 2387 – 2398.
 10. Michel, M., Vrydag, W.: Alfa 1-, alfa 2- and beta-adrenoceptors in the urinary bladder, urethra and prostate. Br. J. Pharmacol., 2006, 147, Suppl. 2, s. 88 – 119.
 11. Barendrecht, M., Abrams, P., Schumacher, H. et al.: Do alfa-1 adrenoceptor antagonists improve lower urinary tract symptoms by reducing bladder outlet resistance? Neurourol. Urodyn., 2008, 27, č. 3, s. 226 – 230.
 12. Nickel, J., Sander, S., Moon, T.: A meta-analysis of the vascular-related safety profile and efficacy of alfa-adrenergic blockers for symptoms related to benign prostatic hyperplasia. Int. J. Clin. Practice, 2008, 62, č. 10, s. 1547 – 1559.
 13. Roehrborn, C., Siami, P., Barkin, J. a spol.: The effects of dutasteride, tamsulosin and combination therapy on lower urinary tract symptoms in men with benign prostatic hyperplasia and prostatic enlargement: 2-year results from CombAT study. J Urol., 2008, 179, č. 2, s. 616 – 621.
 14. Naslund, M., Miner, M.: A review of the clinical efficacy and safety of 5 alfa-reductase inhibitors for the enlarged prostate. Clin. Ther., 2007, 29, č. 1, s. 17 – 25.
 15. Roehrborn, C., Siami, P., Barkin, J. a spol.: The influence of baseline parameters on changes in international prostate symptom score with dutasteride, tamsulosin, and combination therapy among men with symptomatic benign prostatic hyperplasia and enlarged prostate: 2-year data from the CombAT study. Eur. Urol., 55, č. 2, s. 461 – 471.
 16. Roehrborn, C.: BPH progression: concept and key learning from MTOPS, ALTESS, COMBAT, and ALF – ONE. BJU Int., 2008, 101, Suppl. 3, s. 17 – 21.
 17. Dmochowski, R., Abrams, P., Marschall – Kehrel, D. a spol.: Efficacy and tolerability of tolterodine extended release in male and female patients with overactive bladder. Eur. Urol., 2007, 51, č. 4, s. 1054 – 1064.
 18. Herschorn, S., Jones, J., Oelke, M. a spol.: Efficacy and tolerability of fesoterodine in men with overactive bladder: a pooled analysis of 2 phase III studies. Urology, 2009, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19914702>.
 19. Madersbacher, S., Berger, I., Ponholzer, A. a spol.: Plant extracts: sense or nonsense? Current Opin. Urol., 2008, 18, č. 1, s. 16 – 20.
 20. Breza, J., Kliment, J., Marenčák, J. a spol.: Nokturia: jej klinický význam a vplyv na kvalitu života. Medicínsky Monitor, 2006, č. 4, s. 1 – 6.
 21. Van Kerrebroeck, P., Rezapour, M., Cortesse A. a spol.: Desmopressin in the treatment of nocturia: a double blind placebo – controlled study. Eur. Urol., 2007, 52, č. 1, s. 221 – 229.
 22. Marenčák, J.: Aktuálny stav kombinovanej medikamentózneho liečby príznakov dolných močových ciest u mužov. Urologie pro praxi, 8, 2007, č. 5 – 6, s. 200 – 205.
 23. Roehrborn, C., Siami, P., Barkin, J. a spol.: The effects of combination therapy with dutasteride and tamsulosin on clinical outcomes in men with symptomatic benign prostatic hyperplasia: 4-year results from the CombAT study. Eur. Urol., 2010, 57, č. 1, s. 123 – 131.
 24. Barkin, J., Guimaraes, M., Jacobi, G. a spol.: Alpha-blocker therapy can be withdrawn in the majority of men following initial combination therapy with the dual 5alpha-reductase inhibitor dutasteride. Eur. Urol., 2003, 44, č. 4, s. 461 – 466.
 25. Nickel, J., Barkin, J., Koch, C. a spol.: Finasteride monotherapy maintains stable lower urinary tract symptoms in men with benign prostatic hyperplasia following cessation of alpha blockers. Can. Urol. Assoc. J., 2008, 2, č. 1, s. 16 – 21.
 26. Issa, M., Lin, P., Eaddy, M. a spol.: Comparative analysis of alpha-blocker utilisation in combination with 5-alpha reductase inhibitors for enlarged prostate in a managed care setting among Medicare – aged men. Am. J. Manag. Care, 2008, 14, Suppl. 2, s. 160 – 166.
 27. Uckert, S., Oelke, M., Stief, C. a spol.: Immunohistochemical distribution of cAMP – and cGMP – phosphodiesterase (PDE) isoenzymes in the human prostate. Eur. Urol., 2006, 49, č. 4, s. 740 – 745.
 28. Guven, E., Balbay, M., Mete, K. a spol.: Uroflowmetric assessment of acute effects of sildenafil on the voiding of men with erectile dysfunction and symptomatic benign prostatic hyperplasia. Int. Urol. Nephrol., 2009, 41, č. 2, s. 287 – 292.
 29. Roehrborn, C., Kaminetsky, J., Auerbach, S. a spol.: Changes in peak urinary flow and voiding efficiency in men with signs and symptoms of benign prostatic hyperplasia during once daily tadalafil treatment. BJU Int., 2010, 105, č. 4, s. 502 – 507.
 30. Večerková, B., Mrázová, A.: Liečba benígnej hyperplázie prostaty – kvantitatívny výskum medzi urológmi v Slovenskej republike: záverečná správa z exkluzívneho výskumu pre spoločnosť GSK Slovakia. STEN/MARK, apríl 2010, 78 s.

Do redakcie došlo 21. 11. 2010.

Adresa autorov:

Doc. MUDr. Jozef Marenčák, PhD.,
Urologické oddelenie NsP Skalica,
Koreszkova 7, 909 82 Skalica
e-mail: marencak@ehs.sk
MUDr. Danica Fačkovcová, PhD.,
GlaxoSmithKline, s.r.o., Galvaniho 7/A, 821
04 Bratislava
e-mail: danica.d.fackovcova@gsk.sk

1. informácia

XV. Kongres Slovenskej lekárskej spoločnosti

28. - 29. apríl 2011, Žilina (hotel Holiday Inn)

Tematické zameranie:

„Onkologické ochorenia v ordinácii lekára prvého kontaktu“

Bližšie informácie o podujatí zverejníme vo februári 2011 na stránke www.sls.sk.

Správa z kongresu

Chronické (vírusové) hepatitídy – závažný medicínsky problém sveta

Jozef Holomáň, Jozef Glasa

Národné referenčné centrum pre liečbu chronických hepatitíd ÚFKF SZU v Bratislave, Slovenská hepatologická spoločnosť

V dňoch 14. – 15. októbra 2010 sa v Bruseli konala závažná európska konferencia *HEP Summit*. Bola mimoriadna z hľadiska aktívnej účasti najvýznamnejších európskych inštitúcií, z hľadiska miesta svojho konania (Brusel), ako aj z hľadiska významnosti riešeného problému. *HEP Summit* sa venoval rozpracovaniu rezolúcie Valného zhromaždenia Svetovej zdravotníckej organizácie (VZ SZO) (*Resolution 63.18*) z mája 2010 v Ženeve, ktorou boli vírusové hepatitídy (VH) zaradené do zoznamu zdravotníckych priorít sveta. Jedným z principiálnych dôvodov tohto kroku bolo aj to, že VH sú najčastejšou príčinou vzniku rakoviny pečene vo svete.

Na bruselskej konferencii sa zúčastnili zástupcovia Európskeho parlamentu (EP), Európskej rady (EC), Európskej asociácie pre štúdium pečene (EASL), Európskej asociácie pacientov s chorobami pečene (ELPA), Svetovej aliancie hepatitíd (WHA), Rady pre prevenciu vírusových hepatitíd (VHPB), Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogové závislosti (EMCDDA), Svetovej zdravotníckej organizácie (SZO/WHO), Medzinárodného centra pre zdravie, migráciu a rozvoj, Európskeho centra pre prevenciu a kontrolu chorôb (ECDC) a pozvaní medzinárodných expertov z krajín EÚ. Cieľom konferencie bolo definovať konkrétne možnosti a postupy vyplývajúce z výzvy urgentnej potreby pre koordináciu stratégie, prevencie a liečby vírusových hepatitíd v EÚ. Zúčastnilo sa na nej približne 150 odborníkov, ktorí v závere prijali akčnú výzvu pre členské štáty EÚ a Európsku komisiu. Prvý deň konferencie sa venoval v štyroch sekciách otázkam: I. Hepatitída B a C – podhodnotený problém, II. Hepatitída B a C – hlavná príčina chorobnosti a úmrtnosti na rakovinu pečene; Národný program hepatitídy – okružný stôl, III. Hepatitída B a C – je preventabilná. Druhý

deň sa účastníci zaoberali programom: IV. Hepatitída B a C je liečiteľná a vyliečiteľná, V. Členské štáty EÚ a Európska komisia: Zodpovednosť za aktívny prístup. Na záver podujatia sa konalo zasadnutie formou okružného stola na tému: Urgentná potreba koordinovania stratégie prevencie a liečby vírusových hepatitíd v Európe – výzva k akčnosti.

V tomto stručnom referáte uvediem niektoré podstatné údaje a závery k jednotlivým sekciám.

Ad I) Zástupkyňa ECDC (M. van de Laar) konštatovala, že VH patria medzi 49 najsledovanejších ochorení v EÚ. Prezentované dáta, ako napr. prevalencia vírusových hepatitíd C (VHC) je 10/100 000 s aktuálnym trendom nárastu; 29 000 ročne novodiagnostikovaných prípadov VHC v Európe, rastúci problém morbidity vírusových hepatitíd B (VHB) a VHC u migrantov a drogovu závislých avizujú, že problém je podhodnotený. Je závažnejší v krajinách juhovýchodnej než severozápadnej Európy.

Riaditeľ EMCDDA L. Wiessing v prednáške *Drogovo závislé osoby v Európe – kľúčová riziková populácia pre hepatitídu B a C* konštatoval nedostatočný manažment problému, nízky podiel liečených pacientov, ako aj fakt, že liečba aktívnych intravenózných narkomanov (IDU-s) je prínosnejšia (cost/effective) ako liečba neaktívnych narkomanov (ex-IDU-s).

Ad II) *Komplikácie a chorobnosť pri vírusových hepatitídach* – G. Dusheiko uviedol, že v rokoch 2020 – 2030 sa očakáva maximum nárastu cirhózy pečene VHC etiológie. Na svete sa predpokladajú približne 2 mld. osôb infikovaných VHB, z toho približne 200 mil. chronických hepatitíd B (CHB), 200 tis. umiera ročne na cirhózu pečene a 300 tis. na rakovinu pečene.

Karcinóm pečene – závažná komplikácia vírusových hepatitíd – J. Bruix uviedol,

že riziko vzniku ca pečene B/C etiológie je 100-krát vyššie, ak je súčasná komorbidity s obezitou a diabetes mellitus II. EASL pripravuje nový guideline – Manažment HCC.

Ad III) *Svetový vplyv vakcinácie VHB* – A. Zanetti pripomenul objav a zavedenie vakcinácie od roku 1981. Ide o najefektívnejší postup prevencie VHB. Vakcinácia VHC je zatiaľ nedostupná, prebieha intenzívny celosvetový výskum.

Vakcinačné programy v európskom regióne – R. Martin uviedol, že SAGE (Strategic Advisory Group of Experts) odporúča od roku 2009 očkovanie novorodencov do 24 hodín po pôrode.

Populácia migrantov – bariéra prevencie a liečby – M. Carballo uviedol, že vo svete je približne 250 mil. migrantov, približne 10 mil. v EÚ. 60 % mladých migrantov je pod vplyvom drogovej scény, Rómovia (10 – 16 mil. v EÚ) majú vysokú prevalenciu VH, napr. v Španielsku sa zistila 14% prevalencia VHB. Vyslovil výzvu a potrebu európskeho štandardu riešenia problému.

Skríningové programy pre VHB/C v európskej populácii – M. Salminen vyslovil spokojnosť so skríningom u darcov krvi. Upozornil na potrebu doplniť skríning VHC u gravidných žien, ako aj definovať a realizovať ciele skríningové programy v rizikových skupinách obyvateľstva, ktoré sú prínosné aj ekonomicky.

Návrhy na transformáciu prístupu k problému hepatitíd B a C – A. Lok uviedla, že v USA je približne 1,4 mil. CHB, 3,9 mil. chronických hepatitíd C (CHC), 10 – 15 tis. úmrtí ročne. Kritizovala, že problém CHB, CHC bol podcenený i v porovnaní s HIV. Administratíva prezidenta Obamu a zdravotnícka reforma kladie dôraz na riešenie problému VHB a VHC. Aktívny skríning ochorení je esenciálnou požiadavkou a je ekonomicky prospešný. Uviedla príklad jedného zavádzaného modelu: „San Francisco – mesto bez VHB“ s rozpočtom 2,5 mil. USD.

M. Rizzetto a D. Goldberg koordinovali okružný stôl s témou „Národný program“. Zaujal referát o škótskom modeli: Škótsko (5,2 mil. obyvateľov) má od roku 2004 definovaný a s vládou podporou realizovaný akčný plán boja s VHC, ktorý predpokladá pri liečbe 2000 osôb ročne pokles výskytu cirhózy o 5000 a pečenoých zlyhaní o 2700 prípadov. Aktuálne bolo v Škótsku roku 2009 liečených 900 osôb. Zaznamenali päťnásobné zvýšenie

počtu liečených väzňov. Rozpočet na 3 roky predstavuje 43 mil. £ (približne 50 mil. eur).

V Holandsku bol skrining orientovaný na výskyt VHB u Čiňanov a Turkov – u 1100 vyšetrených potvrdili prevalenciu 8,4 % HBsAg. Francúzsko implementovalo už tretí národný program (1999, 2002, 2009), ktorého cieľom je identifikovať 75 % CHB a 65 % CHC. Mal by sa realizovať na regionálnych úrovniach.

V Taliansku kladú dôraz na aktívny skrining, ktorý je aj ekonomicky efektívny. Mal by mať charakter „masového“ skriningu, kde má kľúčovú úlohu koordinácia spolupráce a aktívny prístup praktického lekára.

Ad IV) *Hepatitída B je liečiteľná* – H. Janssen uviedol, že pacienti nezomierajú na infekciu, ale na jej dôsledky (cirhóza pečene, rakovina pečene). Aktuálny je problém CHB poddiagnostikovaný a podcenený.

Súčasný liečebný štandard dokumentujú a umožňujú, že až 90 % pacientov s CHB môže dosiahnuť remisiu choroby. CHB nie je vyliečiteľná, ale je liečiteľná a musí byť celoživotne kontrolovaná.

Heptitída C je vyliečiteľná – H. Wedemeyer od prvých začiatkov liečby (interferón, Hoofnagle, 1986) výskum priniesol viacero terapeutických inovácií. Očakávaný prínos bocepreviru a telapreviru má dokladovanú zvýšenú efektívnosť súčasného štandardu (pegIFN + ribavirín) o 20 %. Efektívna liečba CHC znamená súčasne nádej na trvalú eradikáciu vírusu, resp. choroby, t. j. CHC je pri súčasných inovatívnych možnostiach vyliečiteľná!

Pridružené ochorenia pečene sú liečiteľné – M. Thursz uviedol, že cirhóza pečene v určitom štádiu a pri efektívnej liečbe je reverzibilná, fibróza a zápalové zmeny v pečeni v priebehu 5 rokov efektívnej liečby ustupujú.

Liečba je prospešná – M. Buti uviedol, že súčasná liečba je nielen medicínsky efektívna, ale aj významne ekonomicky prospešná (cost/effective).

Národný program boja proti HCV v Egypte – G. Esmat uviedol, že situácia v Egypte je alarmujúca. Prevalencia infekcie HCV je 5 – 25 % podľa jednotlivých regiónov, incidencia 3 – 7/1000 ročne. Národný program (od roku 2008) rieši potrebu dostupnosti centier do 100 km a má za cieľ liečiť až 50 % CHC. V Egypte je v 90 % prípadov prítomný genotyp 4.

Ad V) *Vírusové hepatitídy a dohľad Európskej politiky* – C. Gore (WHA).

Svojpomoc pacientov v Európe – N. Piorkowsky (ELPA).

Európske iniciatívy pre transformovanie prevencie a liečby CHB, CHC – A. Peterle (EP) vyslovil jednoznačnú podporu EP a potrebu politickej podpory riešenia v rámci EÚ.

Program verejného zdravia EÚ pre VH – J. Ryan (EC DG SANCO): Európska komisia podporuje iniciatívu, ako aj potrebu prijatia „Recommendation on prevention of VHB/C“.

Európsky program pre VH – A. Lönnroth (EC DG Research) podporil nevyhnutnosť koordinácie výskumu a jeho náležitého financovania.

Okrúhly stôl, závery a výzva k akčnosti koordinovali M. Manns, G. Thomas v konštruktívnej diskusii s účastníkmi summitu.

Závery diskusie boli zhrnuté a formulované do nasledujúceho konsenzu:

A) Urgentná potreba posilniť sledovanie hepatitídy B a hepatitídy C, dôvody:

- a) aktuálne dáta sú limitované nedostatočne zadaným spoločným cieľom a nekompletnými hláseniami;
- b) nedostatočné zastúpenie ohrozených a rizikových skupín v súčasných prevalečných štúdiách;
- c) potreba vytvorenia rozšírenej siete sledovania (pozri HIV model);
- d) potreba spoločného protokolu pre prevalečné štúdie.

AA) Vakcinácia zostáva najefektívnejším preventívnym opatrením boja proti hepatitíde B, dôvody:

- a) 47 z 53 krajín ponúka vakcináciu pre všetkých;
- b) existujú rozdiely vo vakcinačnej politike v rámci Európy;
- c) nízke pokrytie vakcinácie proti hepatitíde B v porovnaní s MMR a inými vakcináciami v detskom veku.

AB) Viac zdrojov by sa malo venovať na skriningové programy pre rizikové skupiny, dôvody:

- a) ECDC správa naznačuje efektívnosť a nákladovú efektívnosť skriningu vo vybraných rizikových populáciách;
- b) skriningové programy musia byť spojené s poradenstvom integrovaným do existujúcich zdravotníckych postupov a verejného zdravotníctva;
- c) vzdelávanie lekárov zaistiť správne odporúčanie skriningu pacientom.

B) Naliehavosť včasnej diagnostiky a liečby, dôvody:

a) 95 % prípadov chronickej hepatitídy B môže byť liečených a zlepšenie kvality života;

b) 60 % prípadov chronickej hepatitídy C môže byť vyliečených, resp. zvrátenie prirodzeného priebehu;

c) rozšírenie liečby na väčší počet pacientov má preukázateľný dopad na mortalitu, znižuje infekčnosť, a tým aj prenosnosť.

BA) *Európa si konečne uvedomuje dopady rakoviny pečene, dôvody:*

- a) celosvetovo tretí najvýznamnejší typ rakoviny, pokiaľ ide o mortalitu, šiesty vzhľadom na incidenciu;
- b) 80 % rakoviny pečene zapríčiňujú vírusové hepatitídy.

BB) *Dosiahli sa úspechy národných/lokálnych iniciatív, dôvody:*

- a) vysoké epidemiologické údaje sú nevyhnutné na uplatnenie politických opatrení;
- b) účinnosť cielených opatrení u migrantov;
- c) liečba aktívnych užívateľov intravenózných drog je preukázateľne efektívna, i nákladovo efektívna;
- d) kvantifikovateľné ciele zabezpečujú dôležitú motiváciu.

C) *Pacientske skupiny majú rozhodujúcu úlohu v uplatňovaní politických opatrení a pri starostlivosti o pacienta, dôvody:*

- a) vodcovia kampaní na zvyšovanie informovanosti;
- b) vyplnenie významnej medzery prostredníctvom poradenstva a poskytovaním psychologickéj podpory pacientom;
- c) najväčšiu prekážku predstavuje nízky záujem/informovanosť praktických lekárov.

CA) *Európa musí uznať dôležitosť vírusových hepatitíd, jej dôsledkov a vytvoriť dostupné zdroje na plnenie politických rozhodnutí, dôvody:*

- a) mnohé inštitúcie podnikajú v tomto smere významné kroky;
- b) ECDC zahajuje rozšírené sledovanie hepatitídy B a C (správa v roku 2011);
- c) regionálna stratégia SZO pre Európu uznáva významnosť vírusových hepatitíd;
- d) národné orgány musia odpovedať na európske rozhodnutie tým, že sa vírusové hepatitídy stanú prioritou zahrnutou v národnom plánovaní a rozpočtoch.

Riadiaca skupina pre summit o hepatitíde B a hepatitíde C spolu so svojimi partnerskými asociáciami vyzýva členské štáty EÚ a Európsku komisiu:

1. Zvýšiť povedomie o hrozbe a dôsledkoch, ktoré predstavujú hepatitída B a hepatitída C:

- informácia, že hepatitídy B a C predstavujú významné riziko pre zdravie verejnosti a sú hlavnou príčinou vzniku rakoviny pečene, sa musí neprestajne pripomínať tvorcom politických rozhodnutí aj širokej verejnosti,
- na zabezpečenie informovanosti jednotlivcov o rizikách infekcie a prenosu hepatitídy B a hepatitídy C sú potrebné inovatívne a citlivé verejné kampane verejného zdravotníctva. Súčasne sa musí venovať starostlivosť odstigmatizovaniu vírusových hepatitíd a povzbudzovaniu k sociálnej integrácii ľudí infikovaných vírusmi hepatitídy B a C.

2. Integrovať preventívne programy pre hepatitídu B a hepatitídu C do systému verejného zdravotníctva:

- vakcinačné programy proti hepatitíde B by sa mali integrovať do rutinných zdravotníckych programov, aby zachytili čo najväčší počet osôb,
- v súčasnosti jestvujúce vakcinačné opatrenia proti hepatitíde B by sa mali znovu prehodnotiť, aby prihliadali na aktuálnu epidemiológiu a podchytili rizikové cieľové skupiny,
- testovanie a liečba hepatitídy C u intravenózných užívateľov drog, medzi ktorými sa hepatitída C prenáša najčastejšie, by sa malo stať imperatívom verejného zdravotníctva a malo by sa úplne začleniť do národných programov pre osoby závislé od návykových látok.

3. Posilniť dohľad nad hepatitídou B a hepatitídou C v rámci Európy:

- na úrovni EÚ a v koordinácii s Európskym centrom pre prevenciu a kontrolu chorôb by sa mal vypracovať a zaviesť dôkladný a posilnený systém dohľadu nad hepatitídou B a C,
- národné protokoly sledovania ochorenia musia byť v súlade so systémom EÚ pre dohľad nad hepatitídou B a C. Z dôvodu závažnosti, ktorú dané ochorenia predstavujú, môžu zahŕňať i sledovanie prípadov chronickej hepatitídy B a C.

4. Podporiť vývoj a začlenenie nákladovo efektívnych technológií a postupov prevencie, kontroly a manažmentu

vírusových hepatitíd, vrátane skríningu vysokorizikových osôb/skupín na základe vedeckých a epidemiologických dôkazov:

- posilniť zdravotnícke systémy s cieľom adekvátneho zabezpečenia miestnej populácie nákladovo najefektívnejšími a dostupnými postupmi podľa miestnej epidemiologickej situácie,
- skrínung vysokorizikových osôb sa má stať prioritou. Vždy treba zvážiť legálne a etické dôsledky.

5. Zabezpečiť všeobecne dostupné včasné poradenstvo a liečbu osôb infikovaných vírusmi hepatitídy B a C:

- aktuálne dostupné liečebné postupy sú potenciálne kuratívne. Znižujú úmrtnosť pre cirhózu a rakovinu pečene,
- univerzálne a rovnocenne dostupné poradenstvo, resp. liečba hepatitídy B a hepatitídy C, sa musí pokladať za prioritu v celej Európe, aby sa znížili ich dopady na zdravie verejnosti.

6. Zvýšiť rozpočet a prostriedky na výskum hepatitídy B a hepatitídy C:

- výzva národným organizáciám a organizáciám EÚ financujúcim výskum, aby sa prideliili transparentné zdroje na výskum epidemiológie, prevencie a liečby hepatitídy B a C,
- pečennové ochorenia, vrátane hepatitídy B a C, by sa mali stať prioritnou oblasťou pre budúci výskum v rámci 7. a 8. rámcového výskumného programu EÚ.

Zvláštnu pozornosť si zaslúžia:

- Rezolúcia 63. valného zhromaždenia SZO prijatá 21. mája 2010;
- Výzva k akčnosti na tému Hepatitídy B poslanca Európskeho parlamentu Thomasa Ulmera roku 2006 a Písomná deklarácia Európskeho parlamentu na tému Hepatitídy C, požadujúca okrem iného Odporúčanie komisie na podporu skríningu hepatitíd;
- Správa Európskeho parlamentu z apríla 2010 o Správe Európskej komisie „Opatrenia proti rakovine“, ktorá „naliehavo žiada, že ... prevenciou a kontrolou ochorení, ktoré môžu viesť k vzniku rakoviny, napríklad primárna a sekundárna prevencia a – kde je to vhodné – liečba vírusových hepatitíd, by sa mala zaoberať Spoločnosť pre rakovinu (angl. Cancer Partnership), a v budúcnosti iniciatívy EÚ, ako napr. revidovanie Odporúčania Rady Európy pre skrínung rakoviny;
- Zaradenie hepatitídy B a C do progra-

mov stáleho sledovania a monitorovania Európskeho centra pre prevenciu a kontrolu chorôb a Európskeho monitorovacieho centra pre drogy a drogovú závislosť (EMCDDA);

- Aktuálne aktivity Európskej asociácie pre pečennové ochorenia (EASL), Európskej asociácie pacientov s ochorením pečene (ELPA), Rady pre prevenciu vírusových hepatitíd (VHPB);
- Bratislavská deklarácia (Bratislava declaration), Progress in Hepato-Pharmacology, 13, 2009, 48 – 51.*

Do redakcie došlo 1. 10. 2010.

Adresa autora:

Prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.,
Národné referenčné centrum pre liečbu chronických hepatitíd, ÚFKF LF SZU v Bratislave, Limbová 12 – 14, 833 03 Bratislava, Slovensko
e-mail: jozef.holoman@szu.sk

BLAHOŽELANIA PREZÍDIA SLOVENSKEJ LEKÁRSKEJ SPOLOČNOSTI

JUDr. Ján KOVÁLIK – 85. ročný

Prezídium SLS srdečne blahoželá JUDr. Jánovi Koválikovi k životnému jubileu (85 rokov), ktorého sa dožil dňa 28. novembra 2010. S vďakou si pripomíname jeho dvadsaťročné pôsobenie vo funkcii riaditeľa Sekretariátu SLS. Vážime si a oceňujeme jeho podiel na budovaní Slovenskej lekárskej spoločnosti. Uznanie za vykonanú prácu mu vyslovili spolu s nami mnohé osobnosti slovenskej medicíny a reprezentanti Slovenskej lekárskej spoločnosti, na čele s akademikom T.R. Nederlandom. Sme radi, že jubilant sa napriek svojmu ťažkému životnému osudu, akým bolo väzenie (politický väzeň), prenasledovanie v totalitnom režime, predčasná smrť jeho jedinej a milovanej dcéry – lekárky a mnohých ďalších životných útrap dožil vysokého veku, síce s podlomeným zdravím, ale v mentálnej sviežosti. Prezídium SLS v snahe akceptovať jubilantovo želanie, vyplývajúce zo skromnosti jemu vlastnej, mu blahoželá len týmto krátkym pozdravom. Do ďalších rokov jubilantovi želáme predovšetkým dobré zdravie, oporu tých, ktorých má najradšej, radosť a spokojnosť z výsledkov svojej práce a rozsiahlych aktivít a ešte veľa krásnych a šťastných chvíľ.

Prezídium SLS

*Stručná správa o priebehu a výsledkoch konferencie HEP Summit bola autormi zaslaná na uverejnenie v týždenníku Zdravotnícke noviny.

Prehľadová práca

Môžeme zvyšovať kvalitu života u chorých v terminálnom štádiu ochorenia?

Eva Morovicsová

Ústav ošetrovateľstva Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave

Can we improve the quality of life for patients in the terminal stage of disease?

- pozitívna citová odozva najbližšieho okolia,
- sebaúcta,
- kompetentnosť,
- autonómia,
- autenticita,
- sociálna opora (Křivohlavý, 2002).

U ťažko chorých a umierajúcich sa kvalita života viaže na fyzickú, psychickú, sociálnu a duchovnú zložku. Subjektívne prežívanie a hodnotenie kvality života nevyliciteľne chorých a umierajúcich ovplyvňujú fyzické, psychické, sociálne a duchovné aspekty.

Fyzické aspekty hodnotenia kvality života podmieňujú ťažkosti vyplývajúce z choroby a jej sprievodných symptómov, ako sú napr. bolesť, vracanie, dýchavičnosť, nechutenstvo a iné, ako aj funkčný stav organizmu, predovšetkým výkonnosť jedinca, jeho schopnosť postarať sa o rodinu, deti, samostatne vykonávať bežné aktivity života.

Psychické aspekty hodnotenia kvality života vychádzajú z celkovej nálady a prežívania jedinca. U ťažko chorých a umierajúcich sa stretávame s prežívaním obáv z budúcnosti, často dominujú negatívne emócie, predovšetkým strach, pocit viny, žiaľu, zármutku, či depresie.

Sociálne aspekty hodnotenia kvality života ovplyvňuje obmedzovanie až strata spoločenských aktivít chorého, zmena vzťahov v rodine, neschopnosť chorého plniť rolu matky, otca, rolu v zamestnaní. Reintegrácia jedinca do normálneho života a jeho orientácia na budúcnosť je charakteristická skôr pre začiatkové štádiá ochorenia, keď chorý ešte popiera skutočnú realitu a nepripúšťa si nezvratnosť situácie. V terminálnych štádiách ochorenia sa táto reintegrácia a vytyčovanie nových plánov pre chorého stáva menej reálne.

Duchovné aspekty kvality života nie sú dané iba životnou orientáciou jedinca, zmyslom vlastného života, ale podmieňujú ho aj potreba lásky, nádeje, odpustenia, či schopnosť vyrovnáť sa so súčasnou situáciou.

K zhoršeniu kvality života chorého dochádza vtedy, ak sa nám nedarí dostatočne odstraňovať jeho utrpenie, ak sa chorý stáva stále viac závislým a nesebestačným v základných činnostiach, prípadne ak okolie nedostatočne pozná a chápe jeho ťažkú situáciu a neposkytuje chorému dostatok pomoci, pochopenia a podpory (Hanzlíková, 2004).

Súhrn

Autorka v príspevku približuje jednotlivé zložky kvality života umierajúcich a aspekty jej hodnotenia. Bližšie analyzuje klinické a ošetrovateľské problémy, ktoré sprevádzajú proces umierania ťažko chorých a terminálne štádiá ochorenia. Pozornosť venuje jednotlivým rovinám terminálnej starostlivosti a podstate ošetrovania ťažko chorých a umierajúcich. V závere približuje predpoklady poskytovania kvalitnej zdravotnej starostlivosti, ktoré môžu prispieť k zlepšeniu kvality života u chorých v terminálnych štádiách ochorenia.

Kľúčové slová: kvalita života, klinické a ošetrovateľské aspekty umierania, terminálna starostlivosť, hospicový tím.

Summary

The author focuses on aspects of quality of life measurement in dying patients. In addition she analyses clinical and nursing problems that are connected with dying and terminal stage. She also demonstrates basic pillars of nursing care. In conclusion the author presents key assumptions of providing high quality nursing care that might contribute to improvement of patient's quality of life during the end stage of their terminal disease.

Key words: quality of life, clinical and nursing aspects of dying, terminal care, hospice team.

Každé ochorenie predstavuje pre človeka a jeho najbližších náročnú životnú situáciu. O to viac ochorenia s infaustnou prognózou, ktoré svojím priebehom, spôsobom liečby a jej výsledkami nezasahujú iba do života chorého, ale vplývajú aj na jeho rodinu a okolie. Ovpływujú súžitie partnerov, rodinný život, ale aj plnenie pracovných povinností, záujmové aktivity a spoločenský život chorého. Výraznou mierou ovplyvňujú kvalitu života človeka. Do popredia sa dostáva problém ohrozenia vlastnej existencie, čo výrazne ovplyvňuje prežívanie a správanie sa chorého. Aj proces diagnostiky a liečby týchto ochorení prináša so sebou veľa zmien a problémov, ktoré sa v terminálnych štádiách ešte

umocňujú. Zvládnuť tieto problémy je ťažké z pozície umierajúceho, ktorý postupne chápe neodvratnosť svojho osudu, ako aj z pozície príbuzných a zdravotníckych pracovníkov, ktorí sú s umierajúcim v blízkom kontakte.

Kvalita života umierajúceho človeka

Psychologické chápanie kvality života vychádza z prežívania jedinca, z jeho myslenia, hodnotenia a z toho, čo chce, čo očakáva a čo nedostáva. Hodnotenie kvality je teda podmienené zhodou očakávaní a životnej reality. Kvalitu života vo všeobecnej rovine podmieňujú viaceré faktory:

- napĺňanie cieľov a životných plánov,

Správanie sa umierajúcich

Chorý v terminálnom štádiu ochorenia má veľa možností získavať informácie o svojom zdravotnom stave. Na nezvratnosť vlastnej situácie ho priamo upozorňujú okolnosti ochorenia, napr. rozsah ťažkostí a dĺžka ich trvania, spôsob liečby a jej účinnosť, postupné ubúdanie síl a pod. Nepriame dôkazy získava z reakcií svojho okolia, či už zo strany rodiny alebo zdravotníckych pracovníkov. Zo strany príbuzných to môže byť napr. zvýšený záujem a nezvyčajná starostlivosť, prejavy súcitu alebo odcudzenia. Zdravotnícki pracovníci svoje postoje k umierajúcemu prezentujú vedome alebo podvedome prostredníctvom jednotlivých zložiek verbálnej a neverbálnej komunikácie. V tomto smere je výpovednejšia práve neverbálna komunikácia, pretože je nevedomá alebo iba čiastočne vedomá a viac hovorí o skutočnom postoji zdravotníka k umierajúcemu. Vykonávanie jednotlivých terapeutických a ošetrovateľských postupov môže byť spojené s viac alebo menej nepríjemnými zrakovými, či čuchovými podnetmi a pre chorého predstavuje veľmi nepríjemnú situáciu. Nekontrolovaný prejav zdravotníckych pracovníkov prezentovaný v jednotlivých zložkách neverbálnej komunikácie môže túto nepríjemnosť pre chorého iba umocniť. Chorý si v takejto situácii uvedomuje nielen závažnosť a nezvratnosť vlastného osudu, ale aj svoju závislosť od iných.

Reakcie chorého na poznanie o umieraní

Ak sa umierajúci dozvie – či už priamo alebo nepriamo – o svojom stave, ocitá sa pred úlohou prijať a vyrovnáť sa s danou situáciou. Väčšina umierajúcich nechce otvorene hovoriť o svojich pocitoch a problémoch, s ktorými vnútorne zápasí. Je to podmienené tým, že sa obáva predovšetkým prejavov súcitu, prehnanej podpory alebo pomoci zo strany svojho okolia. Ďalším dôvodom, prečo sa umierajúci uzatvára, je aj skutočnosť, že nechce zaťažovať svojimi problémami blízkych, lekárov a sestry. Umierajúci sa snaží najprv porovnať svoj súčasný stav so skoršími podobnými zážitkami a podľa skúseností z prežitých konfliktov sa usiluje zvládnuť terajšiu situáciu. Skoro však pochopí, že túto situáciu nemôže riešiť tak ako predtým. Umierajúci stojí v zásade pred dvoma možnosťami, buď vedome a realite primerane zvládne skutočnosť, že umiera, alebo

sa snaží podvedome potlačiť alebo poprieť tento fakt. Charakteristickou črtou v správaní umierajúcich je práve ich kolísanie medzi uvedenými prístupmi, teda nereálnymi nádejami a vedomým akceptovaním osudu (Morovicsová, 2005).

Najčastejšie problémy umierajúcich a ťažko chorých

U umierajúcich rozlišujeme všeobecné, psychické a neuropsychiatrické symptómy, ktoré sa môžu v rôznom poradí, v rôznej kombinácii a intenzite vyskytovať v jednotlivých štádiách umierania. Všeobecné symptómy odvodzujeme zo zmien na jednotlivých orgánových systémoch. Psychické symptómy sú výrazom dlhodobého procesu vyrovnávania sa umierajúceho s osudom, v terminálnom štádiu ochorenia sa môžu vyskytovať aj neuropsychiatrické symptómy. Zaradenie všetkých príznakov do určitého súboru je v praxi veľmi ťažké a takmer nemožné, pretože ich výskyt je podmienený mnohými faktormi. K podmieňujúcim faktorom môžeme zaradiť nielen základné ochorenie a spôsob liečby, ale aj fázu umierania, v ktorej sa chorý nachádza, ďalej pohlavie, vek, osobnostné vlastnosti, dennú dobu, prítomnosť sociálnej podpory a iné. Práve z týchto dôvodov nemožno ani vypracovať fixnú schému pre poskytovanie starostlivosti o umierajúcich. V každom prípade by sme sa mali riadiť zásadou, že pre umierajúceho je potrebné a dobré „len to najlepšie“.

Všeobecné symptómy umierania

K najčastejším všeobecným symptómom umierania patria: únava, nesamostatnosť, závislosť od okolia, obmedzenie pohybu, zvýšená potivosť, inkontinencia, znížený príjem tekutín, anorexia a zvláštne chute, sťažené dýchanie a iné. Jednotlivé symptómy sa navzájom ovplyvňujú a podmieňujú.

Únava je spôsobená ubúdaním telesných síl a núti umierajúceho, aby sa podriadil „diktátu svojho tela“. I keď existujú individuálne rozdiely, býva vyčerpanosť chorých výraznejšia v popoludňajších hodinách. Nadmernej únave pacienta je dôležité prispôbiť aj jednotlivé terapeutické a ošetrovateľské výkony. Z tohto dôvodu nie je správne do neskorých popoludňajších hodín zaradovať časovo náročné úkony (napr. umývanie vlasov a súčasne celkový kúpeľ na posteli). Je výhodnejšie naplánovanie jednotlivých po-

stupov prediskutovať s chorým a dodržiavať jeho zvyčajný biorytmus. Aktuálnemu telesnému stavu chorého je dôležité prispôbiť aj návštevy. Návštevy predstavujú spojenie chorých s vonkajším svetom, kam sa túžia vrátiť; vyjadrujú záujem príbuzných a priateľov o ich problémy. Vo všeobecnosti môžeme konštatovať, že návštevy pôsobia na všetky skupiny chorých v prevažnej miere pozitívne. Na umierajúcich môže negatívne pôsobiť a vyčerpať ho prítomnosť viacerých osôb súčasne alebo prejavy súcitu, či nedôvery príbuzných k práci zdravotníckych pracovníkov.

Nesamostatnosť a závislosť od okolia pri zabezpečovaní sebaobslužných aktivít. Úbytok telesných síl so sebou prináša aj zníženie schopnosti alebo až neschopnosť chorého pri vykonávaní bežných aktivít, ako je zabezpečenie hygienickej starostlivosti, obliekanie, stravovanie a vyprázdňovanie. Tieto činnosti vykonáva chorý s námahou a často mu trvajú podstatne dlhšie ako sestry. Umierajúci si uvedomuje svoju neschopnosť a závislosť od okolia, ktorá súvisí s neuspokojovaním potreby opatery a pomoci vo vzťahu k sebe. Umierajúci veľmi citlivo vníma svoju závislosť obzvlášť v uspokojovaní biologických potrieb, čo sa nesporne premieta do jeho prežívania a správania. Na umierajúceho negatívne vplyva aj náhlivosť a niekedy až podráždenosť sestier pri zabezpečovaní jednotlivých ošetrovateľských výkonov. Zo strany sestier je veľmi dôležité uvedomiť si, že čím dlhšie bude umierajúci schopný zabezpečovať si základné úkony sám, alebo aspoň sa bude na nich podieľať, tým dlhšie si zachová potrebnú mieru sebaúcty, psychickej vyrovnanosti a spokojnosti. Je preto potrebné udržať u chorého čo najdlhšie aj tú najmenšiu možnosť a mieru sebaobsluhy a umožniť chorému pohyb, aj keď s pomocou.

V ošetrovateľskej praxi sa často stretávame s tým, že ochrana umierajúceho pred pádom vedie k predčasnemu profylaktickému používaniu bočníc. Túto skutočnosť vníma umierajúci ako ďalšie obmedzenie svojho životného priestoru a často protestuje proti ich používaniu. Snaží sa prekonať túto bariéru, a to býva paradoxne príčinou zbytočných pádov u chorých.

Obmedzenie pohybu a neschopnosť aktívne meniť polohu je vyjadrením ťažkého stavu a zároveň výzvou pre poskytovanie aktívnej a adresnej starostlivosti.

Nedocenenie v tomto smere vedie k vzniku dekubitov, ktoré komplikujú celkový stav umierajúceho a sťažujú proces ošetrovania. Pri poskytovaní starostlivosti je preto veľmi dôležitá pravidelná polohovanie chorých, využívanie pomôcok na úpravu polohy, kontrola stavu pokožky na predilekčných miestach a uplatňovanie ďalších preventívnych opatrení.

Zvýšená potivosť umierajúceho je spojená s nepríjemnými taktilnými a čuchovými podnetmi. Často vedie k narušeniu osobného kontaktu medzi chorým a rodinou alebo jeho priateľmi. Je dôsledkom nedostatočnej hygienickej starostlivosti. Prevenciou a riešením je práve dôsledné dodržiavanie hygienickej starostlivosti. Do jej vykonávania aktívne zapájame chorého, čo závisí od úrovne jeho sebestačnosti. Nebránime sa ani záujmu rodiny o uspokojovanie tejto potreby u chorého a snažíme sa vytvárať vhodné prostredie a podmienky pre jej realizáciu.

Inkontinencia moču a stolice môže znamenať pre umierajúceho ťažký psychický konflikt. Často vyvoláva cit bezmocnosti a zníženie sebaúcty. Pri inkontinencii sa zvyrazňujú nesamostatnosť a závislosť pacienta od okolia. Zvládnutie tohto problému si vyžaduje zo strany sestier porozumenie, trpezlivosť, primerané a taktne riešenie konkrétnej situácie. Nie je správne zľahčovať problém a rozhodne nie predstierať pohoršenie. Odporúča sa zdôrazniť nevyhnutnosť vzájomnej spolupráce a zo strany umierajúceho včas signalizovať potrebu vyprázdňovania. V prípade zlyhania je dôležité prejavíť pochopenie, rešpektovať ľudskú dôstojnosť umierajúceho a opätovne zdôrazniť potrebu spolupráce.

Znížený príjem tekutín patrí k častým problémom umierajúcich. Nie je spôsobený zníženým pocitom smädu, ktorý je charakteristický pre obdobie staroby. Pociť smädu u chorých v terminálnom štádiu vymizne až krátko pred smrťou. Príčinou tohto problému môže byť úbytok telesných síl a znížená sebaopatera chorého, ale aj nedostatočná starostlivosť ošetrojúceho personálu o kontinuálne zabezpečovanie príjmu tekutín. Nedostatočný príjem tekutín môže spôsobovať zmeny v telesnej a v psychickej oblasti, ako sú napr. suchosť slizníc predovšetkým v dutine ústnej a jej následné poškodenie, zníženie turgoru kože, dezorientáciu, poruchy vedomia a iné. Neustále monitorovanie chorého a dopĺňanie tekutín je

veľmi dôležité nielen z hľadiska subjektívneho prežívania, ale aj z pohľadu prevencie prípadných komplikácií. Ich riešenie kladie vyššie nároky na poskytovanie starostlivosti a výrazne zaťažuje stav umierajúceho. Dôležitou súčasťou preventívnych opatrení je zvýšená starostlivosť o dutinu ústnu a jej neustále zvlhčovanie. Pociť suchosti v ústach je veľmi nepríjemný, zhoršuje prehltnutie, poškodená sliznica krváca a stáva sa zdrojom infekcií.

Anorexia a zvláštne chute sa prejavujú na jednej strane odmietaním jedla, inokedy požiadavkou umierajúceho o konkrétny, často špecifický druh jedla. Nechutenstvo v prejavoch umierajúcich dominuje. V tomto smere sa odporúča ponúkať jedlo častejšie, v menších dávkach, podnecovať samostatnosť a aktivitu chorého, rešpektovať jeho individualitu, podávať dostatok tekutín, dodržiavať základné hygienické návyky a zásady podávania jedál. Ak umierajúci prejaví záujem o určité jedlo, je dobré jeho požiadavku prekonzultovať s lekárom a zabezpečiť ju v spolupráci s príbuznými chorého.

Štážené dýchanie výrazne ovplyvňuje psychiku umierajúceho. Dýchavičnosť vo všeobecnej rovine navodzuje u chorého prežívanie negatívnych emócií, ako je úzkosť, strach z dusenia, zo smrti a bezmocnosť. Tieto emócie sa u chorých v terminálnych štádiách ešte viac zvyrazňujú. Pri prejavoch dýchavičnosti na umierajúceho pozitívne pôsobí fyzická prítomnosť a záujem sestry, podávanie kyslíka, úprava polohy a ďalšie opatrenia. Sestra v tomto prípade musí rešpektovať špecifikum potreby dýchania, ktorým je vzájomné ovplyvňovanie dýchania a psychiky jedinca. Zhoršené dýchanie vyvoláva negatívne emócie a ich prítomnosť navodzuje hyperventiláciu, čím sa chorý dostáva do určitého bludného kruhu (Blumenthal-Barby a spol., 1988, Morovicsová, 2007).

Psychické a neuropsychiatrické symptómy

Vyjadrujú spôsob vyrovnávania sa umierajúceho so svojím ochorením, problémami a osudom. K častým symptómom tejto skupiny môžeme zaradiť prežívanie bolesti, anticipačný smútok, depresiu, prežívanie strachu a úzkosti, bezmocnosť, v terminálnych štádiách halucinácie a eufóriu.

Prežívanie bolesti je u umierajúcich veľmi individuálne. Podmieňujú ho

Predstavujeme nové knihy

Geriatría - Hegyi L., Krajčík Š. (Eds.), Bratislava: Herba 2010, 602 strán, ISBN 978-80-89171-73-6

V týchto dňoch sa na knižných pulkoch objavila kniha, ktorá je v mnohých ohľadoch významná a zaslúhuje si našu pozornosť. Geriatría je odbor, ktorý sa v kontexte s významom, ktorý zastáva, dynamicky rozvíja. K rozvoju odboru patrí knižná publikácia. Zostavovatelia a hlavní autori prof. Hegyi a prof. Krajčík zapojili do prípravy diela široký tím skúsených geriatrov, internistov, ale aj odborníkov z ďalších hraničných odborov a spoločne sa im podarilo pripraviť komplexné dielo, ktoré sa môže považovať za základné pre slovenskú geriatriu.

Hlavné črty demografického vývoja na Slovensku sledujú trendy v najrozvinutejších krajinách Európskej únie. Stredná dĺžka života sa zvyšuje, čo zrejme odráža dostupnosť a úroveň zdravotnej starostlivosti, ktoré zvyšujú strednú dĺžku života v priemere o 10 – 25 %. Stredná dĺžka života vo veku 45 rokov sa zvýšila roku 2004 u mužov oproti roku 1990 o 1,66 roka (vek dožitia 72,13 roka) a u žien o 1,2 roka (vek dožitia 78,78 roka). Napriek tomu zaostáva mužská populácia Slovenska za najdlhšie žijúcimi Švédmi o viac ako 8 rokov a ženská populácia za najdlhšie žijúcimi Francúzkami o viac ako 5 rokov. Celkový demografický trend vyspelých krajín sveta – starnutie populácie – sa začína prejavovať aj u nás. Prináša viacero problémov, medzi nimi samozrejme aj pre zdravotnícku a sociálnu starostlivosť. Dĺžka veku však nie je jediná charakteristika, ktorá nás zaujíma. Stále viac sa hovorí o kvalite života.

Zvýšenie absolútneho počtu žijúcich starých ľudí najmä vo vyšších vekových skupinách zvyšuje hospitalizačný tlak na všetky medicínske odbory. Aby jednotlivé odbory boli schopné poskytovať adekvátnu starostlivosť, musia byť k dispozícii dostatočne nielen konziliárne, ale aj ambulatné, nemocničné a ďalšie geriatrické služby.

O osude seniora spravidla nerozhoduje akútne ochorenie, pre ktoré sa práve lieči, ale skôr početné nešpecifické komplikácie – tzv. geriatrické syndrómy. V praxi sú časté somatické geriatrické syndrómy (poruchy chôdze, pády, inkontinencia, závraty a iné); psychické (demencia, depresia, poruchy chovania a pod.) a sociálne geriatrické syndrómy (napr. sociálna izolácia, dysfunkcia rodiny, násilie voči starému človeku a iné). Je potrebné myslieť na to, že polymorbidita staršej populácie je dôsledkom vysokej prevalencie rizikových faktorov zdravia v mladšej populácii.

Napriek všetkým problémom ambulantnej geriatríie si myslíme, že vzhľadom na starnutie populácie sa bude zvyšovať potreba ošetrovania seniorov v ich domácom, rodinnom prostredí, s čím súvisí zvýšenie počtu geriatrických ambulancií. Súčasťou práce geriatrickej ambulancie musí byť dispenzarizácia seniorov. Indikáciou na zaradenie je významná multi-

morbidita s prítomnosťou geriatrických syndrómov (najmä geriatrického maladaptívneho syndrómu) a dlhovekosť. V praxi sa však vzhľadom na nedostačujúce finančné ohodnotenie a nadmerné pracovné zaťaženie ambulantných geriatrov dispenzarizácia presadzuje len veľmi ťažko. Perspektívne by sa mali geriatrické ambulancie užšie zameriavať aj na špecifické geriatrické syndrómy (inkontinencia, problematika pádov, kognitívne poruchy, malnutícia a iné).

Za špecifické pre geriatriciu je vyšetrenie funkčného stavu, ktoré je podstatou komplexného geriatrického posudzovania, tzv. geriatrického assessmentu. Funkčné geriatrické vyšetrenie okrem štandardného vyšetrenia zdravotného stavu zahŕňa i posúdenie fyzickej výkonnosti, sebestačnosti, duševného zdravia, socioekonomickej situácie seniora. Praktický význam funkčného posudzovania by mal byť v tom, aby sa v zdravotnej dokumentácii seniora neuvádzal len dlhý výpočet nozologických jednotiek, ale aj vyjadrenie o vývine, či výsledkoch riešenia malnutície, kognitívnej poruchy, pohybového postihnutia, užívania pomôcok, miery sebestačnosti a pod. To by malo súvisieť s nárastom geriatrickej rehabilitácie.

Predlžovanie ľudského veku prináša so sebou viacero problémov zdravotníckych a sociálnych nielen pre seniora, ale aj pre jeho rodinu a celú spoločnosť. Starnutie populácie ako typický jav modernej spoločnosti vyžaduje v mnohých oblastiach zmenu myslenia a postojo, od konzervativizmu lekárov až po nevíšimavosť politikov.

Táto publikácia nadväzuje na predchádzajúce mimoriadne úspešné vydania Geriatricie pre praktického lekára (2004, 2006) prof. Hegyiho a prof. Krajčíka. Prináša množstvo informácií o starom človeku v zdraví i chorobe. Publikácia je rozdelená na všeobecnú a špeciálnu časť. Všeobecná časť prináša informácie najmä zo sociálnej gerontológie, teda pohľad na spoločné problémy seniorov ako populačnej skupiny. Špeciálna časť sa delí na geriatrickú syndromológiu a na najčastejšie a najvýznamnejšie klinické jednotky – choroby, ktoré majú najväčší podiel na chorobnosti a úmrtnosti starších ľudí.

Ani na tomto mieste nemôžeme neuviesť aktivity Vydavateľstva zdravotníckej literatúry HERBA, s.r.o., v Bratislave, konkrétne p. prim. MUDr. Radka Menkynu, ktorý ako vedúci redaktor vydavateľstva bol iniciátorom myšlienky pripraviť knihu Geriatricia v našich podmienkach a pre našich lekárov. V diele cítiť aj starostlivú ruku recenzenta doc. MUDr. Š. Litomerického, CSc., ktorý nielen posúdil rukopis, ale ho aj doplnil. Kniha je určená predovšetkým geriatrom, internistom, všeobecným lekárom prvého kontaktu, nielen pre postgraduálne vzdelávanie, ale aj pre štúdium vybraných kapitol v rámci pregraduálneho vzdelávania na lekárske fakultách. Sme presvedčení, že toto dielo nadviaže na úspech predchádzajúcich dvoch vydaní geriatricie pre praktického lekára.

Helena Bernadičová

viaceré faktory, ako napr. vek a pohlavie, osobnostné vlastnosti, priebeh ochorenia a spôsob liečby, denná doba, pôsobenie rušivých faktorov, prítomnosť blízkych osôb. Pre terminálne štádiá ochorenia je charakteristická neúčelová bolesť, ktorá chorého zaťažuje a negatívne vplyva na jeho psychiku. Podávanie analgetík je potrebné prekonzultovať s chorým, pretože ich nekontrolované podávanie môže spôsobiť, že sa chorý cíti vyradený z procesu liečby. Podľa niektorých autorov spotreba analgetík pred smrťou klesá.

Anticipačný smútok je častým javom v prípade onkologických ochorení, ktoré si vyžadujú radikálne riešenie. Do popredia sa dostáva otázka, nakoľko trvalý telesný defekt alebo zmena anatomickej štruktúry, či fyziologickej funkcie tela ovplyvní sebakoncepciu a vlastnú sebarealizáciu chorého v rôznych oblastiach.

Depresiu môže na začiatku ochorenia vyvolať správa o jeho zhubnosti, o nevyhnutnom výkone, ktorý so sebou prináša zmenu obrazu tela. Môže spôsobovať nechutenstvo, plačlivosť chorého, sklúčenosť, poruchy spánku, stratu jeho ambícií, uzatváranie sa do seba, odmietanie kontaktu s okolím. Depresiu vyvolávajú dve odlišné príčiny. Je to jednak ľútosť nad tým, čo musí umierajúci opustiť, ale aj zármutok nad rozlúčkou s osobami, ku ktorým mal umierajúci určitý vzťah. Depresia zvyčajne sprevádza tú fázu umierania, v ktorej sa umierajúci postupne vzdáva svojich nereálnych nádejí.

Prežívanie strachu a úzkosti sa vyskytuje u umierajúcich vo všetkých fázach umierania. Príčinou je obava chorého nad vlastným osudom. Chorý môže prežívať strach zo samoty, z postupnej straty sociálnych rolí, zo straty kontroly nad sebou, zo straty ľudskej dôstojnosti, či z bezmocnosti. Úzkostné stavy prežíva umierajúci priamo, v zastretej forme alebo aj nevedome. Vyznačujú sa rôznou intenzitou nepríjemnej predtuchy a napätia, ktoré umierajúci nevie bližšie opísať.

Bezmocnosť vyvoláva u umierajúcich ohrozenie vlastnej existencie, postupnú stratu kontroly nad situáciou a vlastným dianím, ako aj narastajúcu závislosť od okolia (Morovicsová, 2007).

Pre terminálne štádiá a vlastné umieranie sú príznačné dva špecifické neuropsychiatrické symptómy – a to prítomnosť halucinácií a prežívanie eufórie (Blumenthal-Barby a spol., 1988).

Halucinácie zaraďujeme do skupiny

kvalitatívnych porúch vnímania. U umierajúcich sa stretávame so zrakovými alebo sluchovými klamami. Prejavujú sa tým, že umierajúci napríklad uvádza, že počuje hlasy svojich zomretých príbuzných, rozpráva sa s nimi a pod.

Eufória sa môže vyskytovať u umierajúcich krátko pred smrťou. Umierajúci vtedy necíti bolesť a upadá do rojčenia. Zdravotnícky pracovník v tejto situácii prežíva ťažkú úlohu. Spočíva v prežívaní konfliktu svedomia, pretože na jednej strane pozná pravdu o nezvratnosti situácie umierajúceho a na druhej strane si uvedomuje rojčenie chorého, ktoré mu nemôže vyvracať. V tejto fáze nie je dôležité naliehať na umierajúceho, aby si uvedomil svoju situáciu. Umierajúci má právo na takúto ilúziu a nikto nie je oprávnený mu ju vziať.

Ošetrovanie ťažko chorých a umierajúcich

Ošetrovanie ťažko chorých a umierajúcich predstavuje pre zdravotníckych pracovníkov psychickú záťaž. Ide predovšetkým o veľké nároky v oblasti psychického a telesného vypätia, pohotové rozhodovanie, spôsob komunikácie s umierajúcim a jeho príbuznými, vlastný citový ohlas na ťažkú situáciu, správnu profesionálnu adaptáciu a iné. Je potrebné zdôrazniť, že zdravotnícki pracovníci by mali byť schopní objektivizovať jednotlivé symptómy a posúdiť, aký význam majú pre umierajúceho a ako ich prežíva. Tejto situácii je potom nevyhnutné prispôbiť poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti, v ktorej musí dominovať citlivý a trepezlivý prístup, rešpektovanie ľudskej dôstojnosti a individuality chorého.

Takto orientovanú starostlivosť môže poskytnúť interdisciplinárny hospicový tím, ktorí tvoria chorý a jeho rodina, hospicový lekár a sestra, asistent sestry, sociálni pracovníci, psychológ, vykonávateľ spirituálnej starostlivosti, dobrovoľníci a laici. Centrom starostlivosti je chorý a jeho rodina a konkrétnu pomoc členovia hospicového tímu orientujú v oblasti jednotlivých potrieb chorého. Spoločne zodpovedajú za plánovanie a následné riešenie problémov chorého.

Roviny poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti

Zhoršenie kvality života citlivo vníma nielen umierajúci, ale aj jeho rodina, ktorá

okrem smútku nad blížiacou sa stratou, prežíva aj bezmocnosť a neschopnosť odstrániť alebo aspoň zmierniť utrpenie blízkej osoby. V tomto smere má starostlivosť o ťažko chorých a umierajúcich smerovať k uspokojovaniu nielen telesných potrieb, ale má zabezpečiť aj psychickú a sociálnu podporu chorému a jeho rodine. Prebieha v biologickej, psychologickej, spirituálnej, sociálnej a etickej rovine.

1. *Biologická rovina terminálnej starostlivosti* sa zameriava na liečbu bolesti, jednotlivých symptómov a telesných ťažkostí, ako sú napr. horúčka, svrbenie, zápcha, hnačka a na realizáciu vlastnej ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá sa poskytuje v spolupráci s odborníkmi a rodinnými príslušníkmi.
2. *Psychologická rovina terminálnej starostlivosti* spočíva v poskytovaní psychoterapie zomierajúcim a v psychickej podpore rodine a podporným osobám.
3. *Spirituálna rovina terminálnej starostlivosti* je zameraná na uspokojovanie spirituálnych potrieb a duchovnú starostlivosť, ktorú poskytujú predovšetkým kňazi, prípadne laici.
4. *Sociálna rovina terminálnej starostlivosti* sa orientuje na spoluprácu zdravotníckych pracovníkov so zomierajúcim, rodinou a priateľmi a jej hlavným zameraním je vytvoriť podmienky pre ľahšie vyrovnávanie sa s odchodom blízkej osoby.
5. *Etická rovina terminálnej starostlivosti* sa vzťahuje predovšetkým k rešpektovaniu práva umierajúceho na dôstojné umieranie. Práca zdravotníckych pracovníkov musí vychádzať zo zaujatia ich postoja k svojej vlastnej smrteľnosti. Správanie všetkých zdravotníkov má

byť autentické, nie je správne schovávať sa za profesionálne postoje, prípadne predstierať emócie. Zdravotnícki pracovníci musia byť teda v svojich postojoch úprimní, musia akceptovať správanie chorého, nepodávať mu skreslené, či nepravdivé informácie. V prípade, že sú zaskočení otázkou umierajúceho, na ktorú nevedia, alebo nie sú kompetentní odpovedať, je vhodné poradiť sa s kolegom, prípadne poskytnúť danú informáciu lekárovi (Hanzlíková a spol., 2004).

Záver

Predpokladom poskytovania kvalitnej zdravotnej starostlivosti a zvyšovania kvality života chorých v terminálnych štádiách ochorenia je:

- znalosť prežívania a správania umierajúcich, monitorovanie uspokojovania ich potrieb a výskytu problémov,
- aktívny, citlivý a trpezlivý prístup k chorému a jeho rodine, rešpektovanie práv umierajúcich,
- prevencia syndrómu vyhorenia u chorého a jeho príbuzných,
- hľadanie primeraných cieľov a orientácie v danej situácii.

Záverom sa pokúsme odpovedať na otázku, či môžeme zvyšovať kvalitu života u chorých v terminálnom štádiu ochorenia? Odpoveď znie áno – ak:

- budeme rešpektovať individuálne osobitosti chorého a jeho rodiny,
- poskytovanie starostlivosti bude zabezpečovať interdisciplinárny tím, jeho jednotlivé zložky budú úzko spolupracovať a stredobodom ich záujmu bude chorý, jeho potreby a potreby rodiny,
- prístup všetkých zúčastnených bude

- aktívny, komplexný a trpezlivý,
- poskytovanie starostlivosti bude vychádzať z psychoterapeutického prístupu a terapeutickú komunikáciu,
- v snahe eliminovať, prípadne minimalizovať problémy chorého budeme využívať všetky podporné zložky.

Najmä však celkový náš prístup by sa mal riadiť zásadou: ... pre chorého v terminálnom štádiu a pre umierajúceho je dobré „len to najlepšie“.

Literatúra

1. Blumenthal-Barby, K. a spol.: Opatrovanie ťažko chorých a umierajúcich. 1. vyd. Martin: Osveta, 1988, 240 s.
2. Hanzlíková, A. a spol.: Komunitné ošetrovateľstvo. Martin: Osveta, 2004, 280 s.
3. Kübler-Rossová, E.: O smrti a umírání. 1. vyd. Turnov: Arica, 1993, 251 s.
4. Křivohlavý, J.: Psychologie nemoci. Praha: Grada Publishing, 2002, 200 s.
5. Morovicsová, E.: Psychologické problémy ťažko chorých a umierajúcich a možnosti ich riešenia. S. 397 – 405. In: Zborník príspevkov z 6. medzinárodnej vedeckej konferencie: Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovateľstve. CD, Martin, Jesseniova LF Martin, LF Univerzity Palackého Olomouc, 2005.
6. Morovicsová, E.: Klinické a ošetrovateľské aspekty umierania. S. 181 – 183. In: Florence (CZ), III, 2007, č. 4.

Do redakcie došlo 20. 5. 2010.

Adresa autorky:

Doc. PhDr. Eva Morovicsová, PhD., MPH, Psychiatrická klinika UN a LFUK, Špitálska 24, 813 72 Bratislava, Slovensko
e-mail: eva.morovicsova@fmed.uniba.sk

Karboanhydráza IX ako nový marker nádorových buniek

24. a 25. novembra 2010 sa na 1. LFUK v Prahe konala Celoštátna vedecká študentská konferencia študentov bakalárskych a magisterských študijných programov uskutočňovaných na lekárskech a zdravotníckych fakultách v SR a ČR. V dvojdňovom programe bolo zahrnutých 37 študentských príspevkov zo 14 lekárskech fakúlt Česka a Slovenska. Súťažilo sa v 3 sekciách: klinické odbory a zubné lekárstvo, teoretické a predklinické odbory a nelekárske odbory. Lekársku fakultu UK v Bratislave reprezentovala

študentka 5. ročníka všeobecného smeru Martina Ondříková, úspešná účastníčka fakultnej konferencie ŠVOČ na LF UK.

Práca, ktorú prezentovala MUC. Ondříková - Expresia karboanhydrázy IX (CA IX) v nádoroch štítnej žľazy - bola ohodnotená cenou za najlepšiu prácu v sekcii Teoretických a predklinických odborov (školiteľ prof. MUDr. Pavol Babál, CSc., Ústav patologickej anatómie LFUK v Bratislave). Práca je súčasťou širšieho projektu v spolupráci s prof. RNDr. Silviou Pastorekovou, DrSc., z Virologického ústavu SAV. Karboanhydráza IX je jednou z molekúl, ktoré by sa dali využiť ako nový marker nádorových buniek a tiež potenciálny cieľ terapeutického zásahu. Výsledkom imunohistochemickej analýzy expresie CA IX v súbore

124 archívnych bioptických vzoriek rôznych chorôb štítnej žľazy bolo zistenie, že tento enzým je prítomný výlučne v jednom type nádoru, a to v medulárnom karcinóme štítnej žľazy. Na základe týchto výsledkov sa môže zvažovať využitie CA IX ako diagnostického markera a aj vhodného cieľa liečebného zásahu u pacientov s medulárnym karcinómom štítnej žľazy.

Práca vznikla s podporou grantu MZSR 2006-23-UK-02 a vďaka podpore v rámci operačného programu Výskum a vývoj pre projekt: TRANSMED, ITMS: 26240120008, spolufinancovaný zo zdrojov Európskeho fondu regionálneho rozvoja.

M. Bernadič

Ošetrovatelstvo

Špecifiká záťaže práce sestry na geriatrickom oddelení

Anna Mazalánová, Alžbeta Mendelová, Jitka Němcová¹

Ústav ošetrovatelstva Lekárska fakulta UK, Bratislava, ¹Vysoká škola zdravotnícká, o.p.s., Praha

The specifics of the nurse burden at a geriatric department

Súhrn

Telesné a duševné preťaženie sestier pracujúcich na geriatrickom oddelení sú hlavnými atribútmi, ktoré poukazujú na náročnosť práce sestier na predmetnom oddelení a na neúmernú pracovnú záťaž. Sestra sa pri svojej práci denne stretáva s telesným a psychickým poškodením u ľudí, stojí tvárou v tvár bolesti, utrpeniu a smrti, je nepretržite pod tlakom stresu a fyzického prepätia. Osobnosť sestry je vystavovaná vysokým morálnym požiadavkám, vyžaduje sa od nej konanie dobra, spoľahlivosť, dôveryhodnosť, úcta k človeku a nezištnosť. Predložená štúdia prináša výsledky dotazníkového prieskumu zameraného na zisťovanie profesionálnej záťaže a vybraných ukazovateľov zdravotného stavu sestier pracujúcich na geriatrickom oddelení a predkladá aj komparáciu s identickým výskumom u pedagógov.

Kľúčové slová: ošetrovatelstvo, geriatrický pacient, stres, psychická záťaž, sestra, profesia učiteľa.

Summary

The main factors that enhance the burden of nurses are physical overload plus psychological demands of their work. Daily they are in contact with mentally and physically disabled people. Nurses also face pain, suffering, and death. They work under the pressure of stress and also experience physical overload. It is expected, that nurses will be highly moral. They are supposed to do good things, to be reliable, respectful and unselfish. The article presents a questionnaire survey. The focus of the study was to evaluate health status and professional strain of nurses working at a geriatric department. The author compares these results with results of a survey conducted in a sample of teachers.

Key words: nursing, geriatric patient, stress, psychical burden, nurse, teachers.

V posledných desaťročiach nastáva významný posun vo vekovom zložení obyvateľstva. K hlavným prejavom tohto demografického vývoja patrí pokles dojcenskej úmrtnosti, zníženie pôrodnosti a predlžovanie strednej dĺžky života. Výsledkom sú zmeny v zložení jednotlivých vekových skupín, ktoré sa prejavujú relatívnym zvyšovaním podielu osôb vo veku nad 60 rokov života (Lauková, 2004).

Nárast počtu ľudí, ktorí sa dožívajú staroby, ako aj zvýšenie počtu dlhovekých vo veku nad 90 rokov je pozitívnym ukazovateľom rozvoja každej spoločnosti, no prináša so sebou i mnohé problémy, nielen pre samotného jedinca, ale aj pre spoločnosť. Väčšina ľudí vo vyššom veku trpí polymorbiditou a je vo zvýšenej miere odkázaná na sociálnu a zdravotnú pomoc.

Na Slovensku, podobne ako v ďalších transformovaných krajinách Európy, stúpol priemerný vek obyvateľstva. Populácia starších ľudí v našej republike tvorí jednu štvrtinu. Zdravotná starostlivosť pre starú populáciu sa poskytuje v rámci geriatrickej starostlivosti, kde sa kladie veľký dôraz na prevenciu, diagnostiku, liečbu, rehabilitáciu a ošetrovatelstvo starých ľudí. Kľúčovými činiteľmi v uvedenej starostlivosti sú zdravotníci a sociálni pracovníci, ktorých charakter práce zaraďuje medzi tzv. pomáhajúce profesie.

Pomáhajúca profesia je charakteristická svojou hlavnou pracovnou náplňou – pomáhať ľuďom. Zdravotné sestry, pedagógovia, sociálni pracovníci a psychológovia disponujú vedomosťami a schopnosťami, ktoré je potrebné si nielen osvojiť, ale aj „zvnútorniť“. Na rozdiel od iných povolání má významnú úlohu v predmetných profesiách ľudský vzťah medzi pomáhajúcim profesionálom a jeho klientom, pričom hlavným nástrojom pracovníka je jeho osobnosť. Klient potrebuje dôverovať, cítiť sa bezpečný a prijímaný (Kopřiva, 1997).

Na základe uvedených skutočností možno konštatovať, že pomáhajúce profesie charakteristikou svojej práce sú vystavené dlhodobému stresu, čím dochádza k vyčerpanosti hlavne psychickej a k tomu sa pridávajú aj choroby fyzické, pretože psychicky oslabený organizmus ľahko podlieha vplyvom prostredia, ktoré môže pôsobiť škodlivo na ľudský organizmus.

Zdravotník ošetrojúci starých ľudí musí čeliť ťažkostiam, ktoré vyplývajú zo zvláštneho koloritu staroby. Obraz starého, chorého a nevládneho človeka odzrkadľuje osobnú perspektívu vlastnej staroby a pre zdravotníka znamená dennú konfrontáciu s nemožnosťou, starobou a smrťou.

Haškovcová sa vo svojej knihe „Fenomén stáří“ zaoberá problematikou psychiky zdravotníkov a determinantami vzťahu zdravotníkov k starým ľuďom. Predovšetkým je to ujasnený vzťah k starobe ako k vývojovému obdobiu jedinca a vzťah k starému človeku ako k takému. Vytvoriť si vzťah k životu a smrti druhého však nejde bez toho, aby sme si ujasnili vzťah k vlastnej starobe a smrti. U sestry, ktorá nemá ujasnený vzťah k starobe a smrti, hrozí psychická traumatizácia a často povolanie opúšťa, alebo profesionálna deformácia – psychicky a fyzicky sa od umierajúceho človeka vzdiali, môže sa stať necitlivá až agresívna.

Základom zvládnutia psychickej záťaže je psychické zdravie jednotlivca. Pri hodnotení psychického zdravia sa zameriavame na funkciu organizmu po telesnej i psychickej stránke, na priebeh životných procesov a prejavov prirodzeným, správnym a optimálnym spôsobom. Biologickým substrátom psychického zdravia je činnosť mozgu. Poznanie príčin rôznych psychických porúch a chorôb vedie k ich úspešnej liečbe. Podľa mnohých vedcov je obsah a náplň pojmu psychické zdravie oveľa širšia a zahŕňa aj také znaky, ako sú pocit spokojnosti, pozitívne postoje k vlastnej osobe, záujem a schopnosť starať sa o iných ľudí, schopnosť prekonávať prekážky a dosahovať určené ciele. Neodmysliteľnou súčasťou kvalitnej práce zdravotnej sestry je jej schopnosť vyrovnávať sa s vonkajšou, ale aj s vnútornou psychickou záťažou.

Prostredie, v ktorom sa človek nachádza, ho formuje, človek však pasívne neprijíma z prostredia všetko. Aktívne sa zúčastňuje na tvorbe sociálnych vzťahov svojou činnosťou, z každého sa stáva osobnosť s neopakovateľnými vlastnosťami, myslením a prejavmi. Ako uvádza Mellanová (2001): „Život človeka nie je domovom s mnohými izbami, v ktorom môžeme prechádzať z miestnosti do miestnosti a súčasne so zatvorením dverí prestať myslieť na predchádzajúcu miestnosť. V živote človeka sa všetko prelína, všetko má svoje súvislosti. Z každého stretnutia s druhými ľuďmi si niečo odnesieme, radosť, smútok, uspokojenie, rozladenie. A v práci sestry to platí dvojnásobne.“

Ak sa má zdravotná sestra starať o pacientov, nemala by zabúdať ani na starostlivosť o samu seba. Keď nie sme sami v poriadku, tak sa nemôžeme úplne angažovať pre druhých. Preto je starostlivosť o seba samých rovnako dôležitá ako starostlivosť o iných. Pri starostlivosti o psychiku máme na zreteli naše predstavy, ako vnímame ľudí a udalosti, ktoré prežívame (emócie a city), čo v živote chceme dosiahnuť, čo je cieľom a zmyslom nášho života a najmä zdroje radosti v živote. Tak ako pri iných pomáhajúcich profesiách aj v práci sestry je nevyhnutné predchádzať psychickému vyhoreniu (syndróm vyhorenia). Syndróm vyhorenia vzniká v prípade, ak je naša energetická bilancia dlhodobo záporná. Prejavuje sa stratou ideálov, je podmienený workoholizmom a dôsledkami teroru príležitostí. Jeho prevenciou je organizovanie času, efektívne riešenie problémov, pomenovanie zdroja stresu, ranná

príprava režimu dňa, pozitívny prístup k životu a najmä relaxácia.

Teoretické východiská a cieľ prieskumu

Prieskumom sme monitorovali telesnú, duševnú a sociálnu pohodu sestier pracujúcich na geriatrických oddeleniach, ktoré majú špecifickú atmosféru. Zúčastňujú sa na nej všetci členovia pracovného kolektívu, ale aj pacienti a technické a ekonomické možnosti daného pracoviska.

Cieľom prieskumu bolo zistiť profesionálnu záťaž a dodržiavanie zásad duševnej hygieny v práci sestier na uvedenom oddelení. Určili sme nasledovné hypotézy:

H1: Predpokladáme, že zdravotný stav ošetrojúceho tímu pracujúceho s geriatrickým pacientom je na konci kalendárneho roka neuspokojivý.

H2: Predpokladáme, že zdravotnícky personál pracujúci s geriatrickým pacientom má zlú životnú pohodu.

H3: Predpokladáme, že zdravotnícky personál pracujúci na geriatrických jednotkách ovláda relaxačné techniky, resp. princípy správneho životného štýlu.

Súbor a metódy

V prieskume sme použili empirickú dotazníkovú metódu. Položky tvoril všeobecný dotazník a štandardizovaný dotazník Cornel index 3+ zameraný na zisťovanie maladaptácie, depresie, gastrointestinálnych príznakov a pod. Získané informácie sme kvantitatívne analyzovali, numericky, percentuálne a graficky.

Respondentskú vzorku tvorili sestry pracujúce na geriatrických oddeleniach. Vek sestier bol od 24 do 63 rokov. V súbore bolo 40 sestier s rôznou dĺžkou praxe a vzdelaním. Prieskum sme robili v septembri 2008 v Bratislavskom kraji.

Analýza výsledkov a diskusia

Demografické údaje

Prieskumnú vzorku tvorilo 23 % sestier vo veku 24 až 34 rokov, 40 % sestier vo veku 35 až 44 rokov, ktoré tvoria najpočetnejšiu skupinu a 37 % sestier vo veku 45 až 63 rokov (tab. 1).

Tabuľka 1. Vek respondentov.

Vek	n	%
a) 24 – 34	9	23
b) 35 – 44	16	40
b) 45 – 63	15	37
Spolu	40	100

Mierne najpočetnejšia bola skupina, v ktorej pracuje v povolani sestra, v rozmedzí 1 až 10 rokov, 38 % respondentiek. 30 % pracuje ako sestra v rozmedzí 11 až 24 rokov a 32 % sestier pracuje viac ako 25 rokov (tab. 2).

Tabuľka 2. Počet odpracovaných rokov v povolani sestry.

Počet rokov	n	%
a) 1-10	15	38
b) 11 – 24	12	30
b) 25 a viac	13	32
Spolu	40	100

Sestry, ktoré majú odpracované na geriatrickom oddelení viac ako 10 rokov, tvoria 32 % skúmanej vzorky. V rozmedzí 5 až 9 rokov pracuje 30 % sestier a 38 % pracuje na geriatrickom oddelení 1 až 4 roky (tab. 3).

Tabuľka 3. Počet odpracovaných rokov na geriatrickom oddelení.

Počet rokov	n	%
a) 1-10	15	38
b) 11 – 24	12	30
b) 25 a viac	13	32
Spolu	40	100

Psychický stav sestier podľa WHO dotazníka životnej pohody vyjadrený v hrubom skóre medzi 11 až 25 bodov predstavuje až 62 % respondentskej vzorky. Zvyšných 38 % je do 10 bodov. Rozsah HS je od 0 do 25, pričom 0 reprezentuje najhoršiu možnú kvalitu životnej pohody a HS 25 reprezentuje najlepšiu možnú kvalitu životnej pohody (tab. 4).

Tabuľka 4. WHO dotazník životnej pohody – hrubé skóre.

WHO dotazník životnej pohody – hrubé skóre (hodnoty)	N	%
b) do 10	15	38
b) od 11 do 25	25	62
Spolu	40	100

Práceschopných bolo 50 % sestier. 1 – 2-krát bolo PN 30 % sestier. Zhodne po 8 % PN bolo 2 – 3-krát a 3 – 5-krát (tab. 5).

Tabuľka 5. Počet PN v priebehu roka.

Počet	n	%
0	20	50
a) 1 – 2-krát	12	30
b) 2 – 3-krát	3	8
c) 3 – 5-krát	3	8
d) viackrát	2	4
Spolu	40	100

Počas roka nenavštívilo lekára 43 % respondentiek. Jednu až dve návštevy lekára uviedlo 28 %. 2 návštevy 8 %. Viac návštev 3 – 5 uviedlo 13 % a viackrát ako 5 bolo u lekára až 8 % respondentiek (tab. 6).

Tabuľka 6. Počet návštev lekára počas roka.

Počet	n	%
0	18	43
1 – 2-krát	11	28
2 – 3-krát	3	8
3 – 5-krát	5	13
viackrát	3	8
Spolu	40	100

Najčastejšie sestry udávajú bolesti chrbtice, 37 % sestier. O niečo menej, 25 % udáva gynekologické problémy. Choroby horných dýchacích ciest uviedlo 18 %, chrípku 15 % a napokon GIT 5 % sestier (tab. 7).

Tabuľka 7. Najčastejšie ochorenia respondentov.

Ochorenia	n	%
a) bolesti chrbtice	15	37
b) gynekologické	10	25
c) horné dýchacie cesty	7	18
d) GIT	2	5
e) chrípka	6	15
Spolu	40	100

Ako faktor, ktorý najviac ovplyvňuje zdravotný stav, uviedlo 30 % sestier nadmernú záťaž. Stres uviedlo 25 %. Zlá organizácia práce prekáža 20 %. Nepretržitá prevádzka zhoršuje zdravotný stav u 5 % sestier. Iné faktory uviedlo 20 % respondentiek (tab. 8).

Tabuľka 8. Faktory v zamestnaní ovplyvňujúce zdravotný stav.

Faktory najviac ovplyvňujúce Váš zdravotný stav	n	%
a) stres	10	25
b) zlá organizácia práce	8	20
c) nepretržitá prevádzka	2	5
d) nadmerná záťaž	12	30
e) iné	8	20
Spolu	40	100

Nefajčiarov je 72 % a fajčiarov 28 % sestier (tab. 9).

Tabuľka 9. Počet fajčiarov.

Počet	n	%
a) fajčiar	11	28
b) nefajčiar	29	72
Spolu	40	100

Alkoholické nápoje zriedkavo, alebo vôbec nepožíva 88 % sestier. V 11 % prípadov je konzumácia 1 – 3-krát za týždeň. Denne, alebo takmer denne požíva alkoholický nápoj 1 % (tab. 10).

Tabuľka 10. Konzumácia alkoholických nápojov.

Ako často konzumujete alkoholický nápoj	destiláty	%	víno	%	pivo	%	Priemer	%
a) denne / takmer denne	0	0	0	0	1	3	0,33	1
b) 1 – 3-krát týždenne	2	5	9	22	2	5	4,33	11
c) zriedkavo / vôbec	38	95	31	78	37	92	35,3	88
Spolu	40	100	40	100	40	100	40	100

Tabletky na upokojenie vôbec neužíva 87 % sestier. Požitie priznalo 13 % sestier (tab. 11).

Tabuľka 11. Používanie tabletiiek na upokojenie.

Možnosti	n	%
a) áno	5	13
b) nie	35	87
Spolu	40	100

Najpočetnejšia skupina sestier sa stravuje 3-krát denne (74 %). Štyri jedlá denne udáva 13 % a 10 % sestier udáva 5 jedál denne. Len 3 % sestier stačia za deň dve jedlá (tab. 12).

Tabuľka 12. Počet jedál denne.

Počet jedál	n	%
a) 1	0	0
b) 2	1	3
c) 3	30	74
d) 4	5	13
e) 5	4	10
f) 6	0	0
g) viac ako 6	0	0
Spolu	40	100

Viackrát týždenne športuje 13 % sestier. Rovnaké percento sestier športuje aspoň raz týždenne. Menej sa športu venuje 8 % a vôbec nešportuje 66 % sestier (tab. 13).

Tabuľka 13. Fyzická aktivita.

Fyzická aktivita – pravidelný šport	n	%
a) viackrát týždenne	5	13
b) maximálne raz týždenne	5	13
c) menej	3	8
d) vôbec	27	66
Spolu	40	100

Spánok je najčastejší prostriedok boja proti únave, čo uviedlo 37 % sestier. Rovnako 15 % udáva ako spôsob relaxu odpočinok s knihou a šport. Iný spôsob udáva 33 % (tab. 14).

Tabuľka 14. Spôsoby predchádzania únave.

Možnosti	n	%
a) relaxujem s knihou	6	15
b) spánok	15	37
c) prechádzky a šport	6	15
d) iné	13	33
Spolu	40	100

Pri výpočte Cornel-index 3+ sme použili vzorec, kde súčet patognomických odpovedí (áno) sa delí súčtom všetkých odpovedí príslušnej skupiny a násobí 100. Výsledné skóre znamená percento patognomických odpovedí na každej stupnici. Významné sú hodnoty nad 50 %, ktoré sa nepotvrdili. Medzi najvýznamnejšie hodnoty môžeme považovať hypochondriu a asténiu, čo predstavuje 17,32 % odpovedí. Ďalšou sú neurocirkulačné symptómy so 17 %. Nervozita a úzkosť predstavuje 16 % kladných odpovedí (tab. 15).

Tabuľka 15. Cornel-index 3+.

Cornel-index 3+	n	%
a) Strachy a maladaptácia	111	9,25
b) Depresie	54	9,64
c) Nervozita a úzkosť	80	16,60
d) Symptómy neurocirkulačné	34	17,00
e) Desové reakcie	40	8,33
f) Symptómy psychosomatické	77	12,03
g) Hypochondria a asténia	97	17,32
h) Symptómy gastrointestinálne	74	10,27
i) Senzitivita a podozrievavosť	26	13,00
j) Psychopatické ťažkosti	37	11,56

Interpretácia výsledkov

Počas výkonu zdravotníckej praxe sestry často prichádzajú do kontaktu s ošetrovaním pacientov s rôznymi druhmi postihnutia. Na geriatrických oddeleniach prevláda zvýšená fyzická a psychická záťaž pri starostlivosti o imobilných a premorbidných pacientov.

V štúdiu približujeme problematiku dopadu všetkých stresorov, ktoré vplyvajú na sestru a jej duševnú pohodu. Prieskumný vzorku tvorilo štyridsať respondentiek vo veku 24 až 63 rokov s rôznou dĺžkou praxe. Obsahová forma otázok bola zameraná na psychickú a fyzickú stránku práce sestier.

V hypotéze 1 sme predpokladali, že zdravotný stav ošetrojúceho tímu pracujúceho s geriatrickým pacientom je na konci kalendárneho roka neuspokojivý. Zistili sme, že väčšina sestier na konci roka pociťuje prepracovanosť a psychické vyčerpanie. Tretina sestier udávala svoj zdravotný stav z dlhodobého hľadiska ako zlý. Vzhľadom na zistené skutočnosti môžeme konštatovať, že hypotéza sa potvrdila.

V hypotéze 2 sme predpokladali, že zdravotnícky personál pracujúci s geriatrickým pacientom má zlú životnú pohodu. Podľa dotazníka WHO životnej pohody vyjadrenej hrubým skóre (tab. 4) je rozsah HS od 0 do 25, pričom 0 reprezentuje najhoršiu možnú kvalitu životnej pohody a HS 25 reprezentuje najlepšiu možnú kvalitu životnej pohody. 62 % sestier udáva svoju pohodu podľa HS v rozmedzí 11 až 25 bodov. Tabletky na upokojenie vôbec neuzíva 87 % sestier. Užívanie priznalo 13 % sestier. Hypotéza sa nepotvrdila. Psychická pohoda sestier je uspokojivá.

V hypotéze 3 sme predpokladali, že zdravotnícky personál pracujúci na geriatrických jednotkách ovláda relaxačné techniky, resp. princípy správneho životného štýlu. Skutočnosť je znázornená v tabuľkách 9 – 14. Naša hypotéza sa potvrdila. Sestry dbajú na zdravý životný štýl, poznajú škodlivé účinky fajčenia a alkoholu a vyvarujú sa ich – okrem fyzickej aktivity, kde až 66 % sestier udáva, že vôbec nešportuje.

Diskusia

Pri porovnaní výsledkov s údajmi u pedagógov, ktorí sú charakterom svojej práce tiež zaradení medzi pomáhajúce profesie, až 87 % udáva dobrý zdravotný stav oproti 82 % zdravotníkov. Zlý zdravotný stav uviedlo 14 % učiteľov a 0,7 % zdravotníkov (Príloha k Bulletinu hlavného hygienika SR, 1999) (Lauková, 2006).

Kým denne užíva sedatíva až 5 % učiteľov, v porovnateľnom súbore zdravotníkov išlo len o 0,5 % súboru (Príloha k Bulletinu hlavného hygienika SR, 199) (Lauková, 2008).

Alarmujúci je však vzostup konzumácie alkoholu u krátko učiacich a najdlhšie učiacich pedagógov. Pri porovnaní s pracovníkmi v zdravotníctve pije pivo 1 – 3-krát týždenne 16 % učiteľov a len 6 % zdravotníkov, destiláty 1 – 3-krát týždenne 4 % učiteľov a 1,7 % zdravotníkov a víno 1 – 3-krát týždenne 12 % učiteľov a 7 % zdravotníkov (Lauková a Ševčíková, 2006).

Rovnako veľmi nepriaznivý je vzostup fajčiarov medzi pedagógmi. Podľa výsledkov v súčasnosti fajčí každý štvrtý pedagóg (27 %). Porovnateľné údaje ukázali, že medzi zdravotníkmi je až 30,3 % fajčiarov (Príloha k Bulletinu hlavného hygienika SR, 1999).

Za hlavné prostriedky boja proti únave učiteľia v zhode so zdravotníkmi považujú spánok a aktívny odpočinok, pričom v minulosti vo vyššej miere. V súčasnosti má

vzostupnú tendenciu počúvanie hudby.

Čiernu kávu ako stimulačný prostriedok uvádza 8 % učiteľov, čo je oveľa menej ako 17 % zdravotníkov (Príloha k Bulletinu hlavného hygienika SR, 1999) (Lauková a Ševčíková, 2006).

Vzťahy v kolektíve, technické problémy, v minulosti aj vysoký počet žiakov v triede, podľa učiteľov nepriaznivo ovplyvňujú ich zdravotný stav a pracovné výsledky.

Zdravotníci udávajú v tejto oblasti zlú organizáciu práce aj zlé medzilidské vzťahy.

O nedobrej psychickej situácii učiteľov a zdravotníkov našej respondentskej vzorky svedčia výsledky dotazníka Cornel-index 3+. Je veľmi znepokojujúce, ak narastá počet depresí, strachov, úzkostí, psychosomatických symptómov, nervozity a maladaptácie. Nemožno obchádzať ani zdanlivo nižšie percentá podozrievavosti a psychopatických ťažkostí

Tendencia klesania úrovne celkovej životnej pohody s rastúcou dĺžkou učiteľskej a zdravotníckej praxe sa ukazuje pri aktívite, ranej sviežosti a plnohodnotnosti života v hrubom skóre (Lauková a Ševčíková, 2006).

Zarážajúca je nízka pohybová aktivita učiteľov aj zdravotníkov, ktorí cvičia málo, alebo necvičia vôbec. Údaje o pohybovej aktivite odzrkadľujú celkovú situáciu u dospeljej slovenskej populácie. Výsledky u zdravotníckych pracovníkov sú ešte nepriaznivejšie, kde iba 6,4 % cvičí viackrát týždenne a 27 % necvičí vôbec (Príloha k Bulletinu hlavného hygienika SR, 1999).

Pri stravovacom režime uviedlo optimálnych 5 – 6 jedál denne iba 17 % učiteľov. Pritom učiteľia majú lepšie stravovacie návyky ako zdravotnícki pracovníci, ktorých iba 24 % konzumuje 3 – 4 jedlá denne, ostatní menej (Príloha k Bulletinu hlavného hygienika SR, 1999).

Len pri optimálnej starostlivosti o telesné a psychické zdravie a zabezpečení sociálnej pohody možno očakávať a vyžadovať kvalitnú a efektívnu prácu, najmä pri uvedených pomáhajúcich profesiách.

Záver a odporúčania pre prax

Výsledky štúdie poukazujú na kompenzáciu záťaže a únavy zdravotne nevhodným spôsobom a správaním sa (konzumácia liekov, alkoholu, cigariet a kávy) a na mimoriadne pracovné vypätie, ktorému sú vystavení pracovníci pomáhajúcich profesií. V našom prieskume sestier pracujúcich na geriatrickom oddelení

vedie pri všeobecnom nedodržiavaní zásad duševnej hygieny k pokračujúcemu oslabovaniu zdravia.

Zo zistených poznatkov navrhujeme nasledovné riešenia:

- odporúčame zvýšiť informovanosť o danej problematike nielen medzi zdravotníckym personálom, ale aj v laickej verejnosti,
- zabezpečiť dostatok informačných materiálov, resp. pravidelné informačné sedenia zdravotníckeho personálu,
- vytvoriť motivujúce pracovné prostredie s harmonickým tímom spolupracovníkov,
- odporúčame sestrám venovať sa po práci aktivitám podporujúcim regeneráciu organizmu v zmysle dostatočného oddychu a venovania sa vlastným záľubám a koníčkom v čase pracovného voľna,
- venovať sa fyzickým aktivitám a športu,
- ovládať relaxačné techniky,
- uprednostňovať zdravý životný štýl.

Uvedené poznatky sú významné pre smerovanie ochrany a podpory zdravia pomáhajúcim profesiám a aj návrhy intervenčných postupov, ktoré predpokladajú opatrenia od výberu kandidátov na povolanie, cez ich prípravu v oblasti duševnej hygieny a osvojenie si aplikácie efektívnych zdravotno-výchovných metód po zabezpečenie ergonomických, psychosociálnych a ekonomických podmienok práce.

Literatúra

1. Bulletin hlavného hygienika SR. SZÚ SR, 9, 2000.
2. Haškovcová, H.: Fenomén stáří. Praha: Panorama, 1990, 407 s.
3. Kopřiva, K.: Lidský vztah jako součást profese. Praha: Portál, 1997, 147 s.
4. Lauková, P.: Podmienky efektívnej komunikácie s geriatrickým pacientom. Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metód, 10, 2004, č. 1, s. 38 – 40.

5. Lauková, P., Ševčíková, L.: Profesionálna záťaž a vybrané ukazovatele zdravotného stavu pedagógov. S. 293 – 298. In: Životné podmienky a zdravie. Bratislava, ÚVZ SR, 2004.

6. Lauková, P., Ševčíková, L.: Zdravotné riziká v práci učiteľov. Revue ošetrovateľstva, sociálnej práce a laboratórnych metód, 12, 2006, č. 1, s. 36 – 38.

7. Lauková, P., Ševčíková, L.: Health status trend of teachers and behavioural risk factors. In: Activitas nervosa superior. International CIANS conference abstract, 50, 2008, č. 3, s. 74.

8. Melanová, A., Čechová, V., Rozsypalová, M.: Speciální psychologie. Brno: IDVPZ, 2001, s. 105.

Do redakcie došlo 12. 6. 2010

Adresa autorky:

PhDr. Anna Mazalánová, PhD., Ústav ošetrovateľstva LFUK, Sasinkova 2, 811 08 Bratislava 1, Slovensko

Správa

Doctores Honoris Causa Univerzity P.J. Šafárika

Ladislav Mirossay
Univerzita P.J. Šafárika, Košice

Svetový deň obličiek bol iniciovaný pred 5 rokmi Medzinárodnou nefrologickou spoločnosťou, Medzinárodnou federáciou národných nadácií pre výskum chorôb obličiek a EDTA-ERA. V tejto súvislosti treba zdôrazniť, že cieľom tohto podujatia, ktoré sa organizuje v Európe už piatykrát, je informovať verejnosť o funkcii obličiek v ľudskom organizme, ako možno predchádzať chorobám obličiek, a keď sa vyskytnú, ako možno tieto choroby liečiť.

11. marca 2010 Svetový deň obličiek (World Kidney Day 2010) na tému „Prežívanie nestačí, dôležitá je kvalita života“ v Kežmarku zorganizovala Univerzita P.J. Šafárika v Košiciach spolu s Mestským úradom v Kežmarku, so Slovenskou lekárskou spoločnosťou, Slovenskou nefrologickou spoločnosťou, Spolkom lekárov v Košiciach, Spolkom lekárov MUDr. Vojtecha Alexandra v Kežmarku, Lekárskou fakultou Univerzity P.J. Šafárika, Univerzitnou nemocnicou L. Pasteura v Košiciach a Dialyzačným strediskom DIALCORP, s.r.o., v Kežmarku (podrobnejšie sme o tomto

podujatí informovali v minulom čísle nášho časopisu).

V tejto súvislosti možno spomenúť aj udelenie čestných titulov Doctor Honoris Causa (1993 – 2006) významným nefrológom z Európy a USA. Univerzita P.J. Šafárika v Košiciach sa tak rozhodla na základe ich dlhoročnej spolupráce s univerzitou, Lekárskou fakultou UPJŠ a Univerzitnou nemocnicou L. Pasteura v Košiciach. Išlo o nasledujúcich internistov–nefrológov: prof. S.G. Massry, MD (Los Angeles, USA), prof. J.D. Kopple, MD (Los Angeles, USA), prof. F. Kokot, MD, DSc., (Katowice, Poľsko), prof. H. Klinkmann, MD, DSc. (Rostok, Nemecko), prof. N.G. De Santo, MD (Neapol, Taliansko), prof. G. Bellinghieri, MD (Messina, Taliansko), prof. V. Bonomini, MD (Bologna, Taliansko).

Menovaní profesori opakovane prednášali v Košiciach a vo východoslovenskom regióne, na rôznych konferenciách, kongresoch a sympóziách. Okrem toho boli hosťujúcimi profesormi na Lekárskej fakulte UPJŠ, prednášali študentom Lekárskej a Prírodovedeckej fakulty a v rámci Spolkov lekárov v Košiciach, Michalovciach, Bardejove, Poprade a inde. Niektorí z nich sa zúčastnili na odhalení pamätníka Franza Kafku roku 2001 v Tatranských Matliaroch, vo Vysokých Tatrách.

Táto spolupráca sa prejavila aj pri riešení grantových vedeckovýskumných

úloh a príprave publikácií zo spoločných výsledkov v zahraničných karentových časopisoch v Európe a USA.

Vďaka spolupráci navštívili naši pracovníci prof. MUDr. M. Mydlík, DrSc., a Ing. K. Derzsiová viacero zahraničných pracovísk (v Poľsku, Nemecku, Taliansku, USA a v Japonsku), aktívne sa zúčastnili na mnohých medzinárodných kongresoch, kde prezentovali svoje najnovšie výsledky a publikovali prednesené prednášky v odborných časopisoch a zborníkoch.

„Doctores Honoris Causa“ v posledných rokoch opakovane navštívili Košice a východné Slovensko, prednášali na rôznych sympóziách a kongresoch vo východoslovenskom regióne. Prof. S.G. Massry sa zúčastnil na slávnosti pri príležitosti 50. výročia založenia Lekárskej fakulty UPJŠ v Košiciach, bol aktívnym účastníkom spolu s prof. G. Bellinghierim a prof. J.D. Kopplem na memoriáli prof. MUDr. A. Válka, DrSc., roku 2009 v Tatranskej Lomnici. Prof. N.G. De Santo inicioval prof. M. Mydlíka k medzinárodnej aktivite World Kidney Day 2010, ktorá sa napokon konala v Kežmarku. Vďaka prof. G. Bellinghierimu a prof. N.G. De Santovi zvolili prof. M. Mydlíka, DrSc., za člena predsedníctva Medzinárodnej spoločnosti pre históriu nefrológie na VII. kongrese tejto spoločnosti v Toruni (Poľsko, 2010).

Prezídium SLS srdečne blahoželá oceneným

Prezident Slovenskej republiky Ivan Gašparovič udelil dňa 3. januára 2011 pri príležitosti 18. výročia vzniku SR štátne vyznamenania popredným osobnostiam verejného a spoločenského života. Boli medzi nimi aj významné osobnosti slovenského zdravotníctva, dlhoroční členovia a reprezentanti Slovenskej lekárskej spoločnosti, ktorí sa významnou mierou zaslúžili o rozvoj medicíny, medicínskej vedy, výskumu a vzdelávania u nás.

- Prof. MUDr. Michalovi VALENTOVI, DrSc., dlhoročnému členovi a reprezentantovi odborných spoločností SLS, čestnému vedeckému sekretárovi Slovenskej gynekologickej a pôrodnickej spoločnosti SLS, k udeleniu Radu Ľudovíta Štúra I. triedy za mimoriadne zásluhy o rozvoj medicínskych vied v oblasti gynekológie, pôrodnictva a parazitológie,

- Prof. MUDr. Danielovi BARTKOVI, DrSc., dlhoročnému členovi a reprezentantovi SLS, bývalému vedeckému sekretárovi SLS a predsedovi Slovenskej neurologickej spoločnosti SLS, k udeleniu Radu Ľudovíta Štúra II. triedy za mimoriadne zásluhy o rozvoj vedy, výskumu a zdravotníctva,

- Prof. MUDr. Jánovi BREZOVI, DrSc., dlhoročnému členovi a reprezentantovi SLS – bývalému predsedovi Slovenskej urologickej spoločnosti SLS a súčasnému viceprezidentovi SLS, k udeleniu Radu Ľudovíta Štúra II. triedy za mimoriadne zásluhy o rozvoj medicínskej vedy, osobitne v oblasti urológie.

Prezídium SLS si vysoko váži udelenie štátnych vyznamenaní svojim členom a reprezentantom a vníma to aj ako ocenenie a uznanie aktivít, ktorými prispeli k rozvoju Slovenskej lekárskej spoločnosti.

Cena Krištáľové krídlo

Pod záštitou premiérky Ivety Radičovej sa dňa 16. januára 2011 v novej budove Slovenského národného divadla uskutočnil už 14. ročník udeľovania **Ceny Krištáľové krídlo**. Udeľuje sa v kategóriách: hudba, divadlo a audiovizuálne umenie, publicistika a literatúra, medicína a veda, šport, hospo-

dárstvo, výtvarné umenie, architektúra. Osobitnou cenou je mimoriadna cena za celoživotné dielo, mimoriadny úspech v zahraničí a iný významný počin.

Nominovaní musia spĺňať tieto kritériá: vysoká a mimoriadna odbornosť v danej kategórii a zároveň výrazný úspech a prezentácia výsledkov práce, či tvorby, prípadne dosiahnutie výrazných medzinárodných úspechov za hodnotený rok.

V kategórii „medicína a veda“ boli v tomto roku nominovaní:

prof. MUDr. Mária Frankovičová, PhD., viceprezidentka Slovenskej spoločnosti cievnej chirurgie SLS, **prof. MUDr. Peter Kothaj, CSc.**, prezident Slovenskej chirurgickej spoločnosti SLS a **prof. RNDr. Anatolij Dvurečenskij, DrSc.**, riaditeľ a vedúci vedecký pracovník Matematického ústavu SAV.

Komisia v kategórii medicína a veda pracovala v zložení: predseda – prof. RNDr. Jaromír Pastorek, DrSc., predseda SAV; členovia – prof. MUDr. Pavol Traubner, CSc., I. neurologická klinika FN LF UK a člen Európskej akadémie vied a umenia; RNDr. Eva Majková, DrSc., popredsedníčka SAV pre výskum; prof. MUDr. Ján Breza, DrSc., prednosta Urologickej kliniky LF UK s Centrom pre transplantácie obličiek FNŠP akad. L. Déreza a laureát Ceny Krištáľové krídlo za rok 2009; a Mgr. Drahošlav Hulínek, PhD., odborný riaditeľ SAHI a šéfredaktor Historickú revue. V tajnom hlasovaní komisia rozhodla o udelení Ceny Krištáľové krídlo za rok 2010

Prof. MUDr. Márii Frankovičovej, PhD.

Prezídium SLS s potešením prijalo túto informáciu a laureátke ceny za rok 2010, pani **prof. MUDr. Márii Frankovičovej, PhD.** k jej udeleniu srdečne blahoželá.

Prof. MUDr. Mária Frankovičová, PhD. je prednostkou Kliniky cievnej chirurgie UPJŠ LF a VÚSCH, a.s. a prvou profesorkou chirurgie v dejinách slovenskej medicíny. Je členkou Európskej spoločnosti cievnych chirurgov a členkou medzinárodnej spoločnosti chirurgov SIC, v ktorej 14 rokov pôsobila ako národný delegát za SR. Pedagogicky pôsobí na LF UPJŠ, kde sa venuje slovenským a zahraničným poslucháčom medicíny a ďalšiemu vzdelávaniu našich chirurgov špecialistov.

Zamyslenia

prof. MUDr. Vladislava Zikmunda, DrSc

Pravda

Pravda je zhoda medzi tým, čo si myslíme a tým, ako sa majú veci v skutočnosti.

Človek je večným hľadačom pravdy. Dokáže však spraviť aj najneuveriteľnejšie veci, aby sa nemusel pozrieť do očí pravde, ktorej sa obáva.

Presvedčenie je stotožňovanie osobného názoru so skutočnosťou.

Ani najhlbšie presvedčenie nemôže zabrániť, že sa môžeme aj hlboko myliť.

Pravda nie je demokratická. Neriadi sa názorom väčšiny. Je neosobná. Môže ju mať hocikto, ale nemusí ju mať nik.

Najneodbytnějšíe hľadavce sú pochybnosti.

Sloboda

Pre slobodný život treba nielen vonkajšie podmienky, ale aj vnútornú spôsobilosť.

Sloboda človeka je vždy iba relatívna. Nevedomosť ho zväzuje, poznanie zaväzuje.

Človek nie je iba svojim vládcom, ale aj svojim otrokom.

V demokracii sa dá hovoriť a písať o hocičom. Nemalo by sa to však robiť hocijako.

Česť

Človek je ako osoba viac alebo menej múdry, ako osobnosť čestný, alebo nečestný.

Najcitlivejší na svoju česť bývajú ľudia, ktorí s ňou majú problémy.

Do svedomia iným ľuďom najradšej stúpajú tí, ktorí nemajú vlastné.

Keď chcete niekomu stúpať do svedomia, pozrite sa, či máte čistou obuv.

Premeny

Prestal sa pretvarovať. Už sa iba tvári.

Nezmenil postoje, zmenil iba pózy. Komu sa vyhrážal, tomu už len hrozí.

Keď sa bublina zväčšuje, prázdno v nej narastá.

Odborná informácia

Alergénová imunoterapia

Eva Lapšanská

Imuno-alergologická ambulancia Poprad/Levoča

Alergénová imunoterapia, ktorú roku 1911 zaviedli Noon a Cantab (11), sa v súčasnosti považuje za jedinú kauzálnu liečebnú metódu, ktorá zabraňuje rozvoju príznakov alergického ochorenia tým, že **mení jeho prirodzený priebeh**.

Dlhoročnými štúdiami a skúsenosťami sa dokázalo, že imunoterapia v tradičnej subkutánnej forme, ktorá sa používala v praxi ako prvá, zmiernuje príznaky i potrebu užívania antialergík, pričom tieto účinky pretrvávajú aj po vysadení liečby. Niektoré štúdie nasvedčujú tomu, že subkutánna alergénová imunoterapia môže zabrániť dokonca aj rozvoju astmy a nových senzibilizácií (3, 7, 10).

Subkutánna alergénová imunoterapia má však svoje nevýhody (2): 1. injekcie sú nepríjemné a bolestivé, 2. hrozí možnosť výskytu závažných nežiaducich účinkov, čo v praxi obmedzuje vykonávanie tejto formy liečby.

V snahe prekonať tieto ťažkosti boli vyvinuté alternatívne spôsoby aplikácie, pohodlné pre pacientov, z ktorých najviac pozornosti upútala a naďalej upútava sublingválna alergénová imunoterapia (SLIT). SLIT predstavuje metódu liečby, ktorá v súčasnosti budí záujem v mnohých krajinách sveta. Dlhoročnou a osvedčenou formou je kvapková forma imunoterapie. Najnovší trend sublingválnej imunoterapie predstavuje prípravok ORALAIR® vo forme tabliet.

Cieľom liečby je pôsobenie na imunitný systém (IS). Ide o snahu indukovať odpoveď IS na alergén. Ukázalo sa, že liečba prípravkom Oralair® indukuje systémovú kompetitívnu protilátkovú odpoveď na trávy a vyvoláva zvýšenie koncentrácie špecifického IgG (12). V priebehu imunoterapie bol zachytený celý rad imunologických zmien, ktoré naznačujú, že imunoterapia navodzuje včasnú imunitnú reguláciu so vzostupom produkcie cytokínov, ktoré sú charakteristické pre regulačné T-lymfocyty, ako je interleukín 10 (IL-10), alebo transformujúci rastový faktor – beta (TGF-β) a neskôr prešmyk z TH2 na TH1 typ odpovede (1). Predpokladá sa, že tabletová forma imunoterapie by mohla navodiť aj tzv. dlhodobú toleranciu.

V poslednom období pribúda štúdií u dospelých aj u detských pacientov, pri ktorých sa používa komplexnejší systém hodnotenia účinnosti a bezpečnosti v súlade s prísnymi požiadavkami medicíny založenej na dôkazoch.

Účinnosť: Štúdie Didiera a spol. (6) a Wahna a spol. (13) zamerané na sublingválnu alergénovú imunoterapiu s predsezónnou (4-mesačnou) a sezónnou liečbou, preukázali 37% zníženie skóre príznakov u dospelých a 39,3% u detí (medián). Došlo aj k poklesu užívania antialergík o 46% u dospelých a o 48,7% u detí (medián). Zistilo sa, že účinnosť imunoterapie neklesla pri polysenzibilizácii ani pri výskyte sezónnej astmy (9).

Bezpečnosť: Bezpečnosť liečby je vždy veľmi dôležitá, obzvlášť pokiaľ ide o liečbu detí. Celkovú vysokú prevalenciu miernych až stredne závažných nežiaducich účinkov je v dlhodobých štúdiách nevyhnutné očakávať. Získané údaje potvrdzujú, že u aktívne liečených pacientov sa mierne až stredne závažné nežiaduce účinky vyskytovali vo väčšej miere vo všetkých štúdiách zame-

raných na sublingválnu imunoterapiu, pričom väčšinou išlo o lokálne svrbenie a opuch v ústach. Závažné nežiaduce účinky boli zriedkavé a so sublingválnou liečbou nesúviseli. V žiadnej zo štúdií sa nezaznamenali anafylaktické reakcie, ani nebolo potrebné použiť adrenalin. Jednou z najnovších štúdií, ktoré potvrdili účinnosť a bezpečnosť liečby dávkou 300 IR, je Wahnova a Didierova štúdia (6, 13). Veľmi pekný prehľad o účinnosti, bezpečnosti a dobrej tolerancii liečby počas celej peľovej sezóny, aj na jej vrchole, u detí od 5 rokov aj adolescentov podáva článok Halkena (8).

Z najnovších – ešte neukončených, ale pokračujúcich štúdií je najzaujímavejšia nasledujúca: Štúdia VO53.06 je historicky prvá prospektívna medzinárodná, multicentrická, randomizovaná, dvojito zaslepená, placebo kontrolovaná štúdia fázy III, ktorá sleduje účinnosť, bezpečnosť a pretrvávanie dlhodobého účinku tabletovej formy alergénovej imunoterapie. Dĺžka štúdie je 5 rokov: 3 roky predsezónnej a sezónnej liečby a 2 roky sledovania, tzv. follow-up. Štúdia zahŕňa 633 pacientov s alergickou rinokonjunktivitídou vyvolanou peľom tráv zo 45 centier, z 10 krajín vo veku 18 – 51 rokov. Vyhodnotenie 3-ročnej predsezónnej a sezónnej liečby prinieslo veľmi pozitívne výsledky. Dokázalo sa štatisticky a klinicky signifikantné zníženie symptómov u dospelých. Primárnym parametrom štúdie bolo priemerne upravené skóre symptómov AASS („average adjusted symptom score“), teda skóre symptómov rinokonjunktivitídy, prihliadajúce užívanie úľavovej liečby počas štúdie. U pacientov liečených Oralairom štyri mesiace pred začiatkom peľovej sezóny a v jej celom priebehu došlo k štatisticky signifikantnému zníženiu AASS v porovnaní s placebom o 27% v 1. roku, o 43% v 2. roku a dokonca o 48% v 3. roku liečby (hodnoty v mediáne). Nežiaduce účinky súvisiace s liečbou boli mierne až stredne závažné a prechodného charakteru; ich počet sa výrazne znížil v 2. roku a ostal nízky aj v 3. roku liečby. Nikdy sa nevyskytli závažné systémové reakcie, akou je anafylaktická reakcia. Štúdia bude pokračovať ďalšie dva roky s cieľom vyhodnotiť pretrvávanie účinnosti Oralairu aj po ukončení liečby (4).

ORALAIR® je prvá tabletová forma sublingválnej imunoterapie, ktorá je indikovaná na liečbu dospelých i detských pacientov starších ako 5 rokov, trpiacich stredne ťažkou – ťažkou intermitentnou alergickou nádchou s/bez konjunktivitídy a všetkými formami perzistujúcej alergickej nádchy s/bez konjunktivitídy spôsobenej peľom tráv s klinicky relevantnými symptómami a pozitívnymi kožnými prick testami a/alebo špecifickými IgE na peľ tráv. Jedna tableta obsahuje peľ 5 tráv: reznáčka laločnatá (*Dactylis glomerata*), tomka voňavá (*Anthoxanthum odoratum* L.), mätonoh trváci (*Lolium perenne* L.), lípnica lúčna (*Poa pratensis* L.) a timotejka lúčna (*Phleum pratense* L.) so 100 a 300 IR (Index reaktivity) v tablete. Jednotka IR bola definovaná ako miera alergénovej účinnosti extraktu alergénov. Sublingválne tablety obsahujú aj monohydrát laktózy ako pomocnú látku. Liečbu Oralairom môže indikovať jedine špecialista v odbore klinická imunológia a alergológia.

Liečba pozostáva z iniciálnej fázy (vrátane 3-dňovej fázy navyšovania dávky: 100, 200 a 300 IR) a udržiavacej liečby 300 IR, so začiatkom liečby približne 4 mesiace pred peľovou sezónou a pokračovaním počas celej sezóny peľu tráv (5, 6, 12, 13).

Počas liečby sú pacienti vystavení alergénom, preto možno počas liečby očakávať mierne až stredne výrazné lokálne alergické reakcie, najčastejšie svrbenie sliznice v dutine ústnej, opuch sliznice dutiny ústnej a podráždenie hrdla. Závažné systémové reakcie typu anafylaxia neboli opísané. Pri uvedených alergických reakciách je vhodné užívať celkové antihistaminiká. Bežné alergické reakcie ustupujú priamoúmerne s dĺžkou imunoterapie. Ak by sa v ojedinelých prípadoch vyskytli silnejšie lokálne alebo celkové alergické reakcie, je potrebné ihneď prerušiť liečbu a konzultovať lekára.

Záver

Alergénová imunoterapia prechádza neustálym vývojom. V súčasnosti sa priklonila k sublingválnej imunoterapii a Oralair® vo forme tabliet je jej najnovšou a jednoznačne najlepšou formou, pretože spĺňa 5 kľúčových faktorov úspešnej sublingválnej alergénovej imunoterapie: 1. preukázaná účinnosť, 2. dobrý profil bezpečnosti a znášanlivosti, 3. predsezónna a sezónna liečba, ktorá lepšie zodpovedá sezónnosti symptómov a zlepšuje kompliance pacienta, 4. správne vyvážené zloženie peľu 5 tráv, 5. jedna tableta denne a žiadne špeciálne podmienky uskladňovania.

Literatúra

- Bohle, B. a spol.: Sublingual immunotherapy induces IL-10-producing T regulatory cells, allergen – specific T-cell tolerance, and immune deviation. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 120, 2007, s. 707 – 713.
- Bousquet, J. a spol.: Allergen Immunotherapy: therapeutic vaccines for allergic diseases: WHO position paper. *Allergy*, 53, 1998, Suppl. 44, s. 1 – 44.
- Des Roches, A. a spol.: Immunotherapy with a standardised Dermatophagoides pteronyssinus extract. VI: Specific Immunotherapy prevents the onset of new sensitisations in children. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 99, 1997, s. 450 – 453.
- Didier, A. a spol.: An assessment of sustained efficacy and safety of a 300IR five-grass pollen sublingual immunotherapy tablet in adults with grass pollen induced allergic rhinoconjunctivitis during a 3-year treatment study. *Allergy*, 65, 2010, Suppl. 92, s. 172.
- Didier, A. a spol.: Agreement of efficacy assessments for five-grass pollen sublingual tablet immunotherapy. *Allergy*, 64, 2009, s. 166 – 171.
- Didier, A. a spol.: Optimal dose, efficacy, and safety of once-daily sublingual immunotherapy with 5-grass pollen tablet for seasonal allergic rhinitis. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 120, 2007, s. 1338 – 1345.
- Durham, S.R. a spol.: Long-term clinical efficacy of grass – pollen immunotherapy. *N. Engl. J. Med.*, 341, 1999, s. 468 – 475.
- Halken, S. a spol.: Five-grass pollen 300 IR SLIT tablets: efficacy and safety in children and adolescents. *Pediatric Allergy Immunol.*, 21, 2010, s. 970 – 976.
- Malling, H.J. a spol.: Efficacy and safety of 5-grass pollen sublingual immunotherapy tablets in patients with different clinical profiles of allergic rhinoconjunctivitis. *Clin. Exp. Allergy*, 39, 2009, č. 3, s. 387 – 393.
- Moller, C. a spol.: Pollen immunotherapy reduces the development of asthma in children with seasonal rhinoconjunctivitis (the PAT-study). *J. Allergy Clin. Immunol.*, 109, 2002, s. 251 – 256.
- Noon, L., Cantab, B.: Prophylactic inoculation against hay fever. *Lancet*, 1, 1911, s. 1572 – 1573.
- Súhrn charakteristických vlastností lieku Oralair. December 2009.
- Wahn, U. a spol.: Efficacy and safety of 5-grass-pollen sublingual immunotherapy tablets in pediatric allergic rhinoconjunctivitis. *J. Allergy Clin. Immunol.*, 123, 2009, č. 1, s. 160 – 166.

Alergická rinitída spôsobená peľom tráv

Predstavujeme sezónne tablety na sezónnu alergiu

Pre radosť z jari



- Preukázaná účinnosť^{1, 2}
- Dobrý profil bezpečnosti a znášanlivosti^{1, 2}
- Iba jedna tableta denne²
- Správne vyvážené zloženie 5 tráv²
- Liečba pred začiatkom peľovej sezóny a v jej priebehu²

1– Didier A et al. Optimal. J Allergy Clin Immunol 2007; 120: 1338-45

2– Súhrn údajov o prípravku (SPC)

Oralair
100 IR & 300 IR, sublingválne tablety
300 IR, sublingválne tablety

Dáva zmysel!



Skrátaná informácia o lieku Oralair 100 IR & 300 IR sublingválne tablety Iniciačná liečba / **Oralair 300 IR sublingválne tablety** Pokračovanie liečby **Zloženie:** Extrakt alergénov trávových peľov: reznačka laločná (*Dactylis glomerata* L.), tomka voňavá (*Anthoxanthum odoratum* L.), mátonoh trváci (*Lolium perenne* L.), lipnica lúčna (*Poa pratensis* L.) a timotejka lúčna (*Phleum pratense* L.),...100 IR* alebo 300 IR* v jednej sublingválnej tablete. Pomocná látka: Monohydrát laktózy. **Terapeutické indikácie:** Liečba alergickej rinitídy s konjunktivitídou alebo bez konjunktivitídy vyvolanej trávovým peľom u dospelých, mladistvých a detí (vo veku nad 5 rokov) s klinicky významnými symptómami a pozitívnym kožným testom a/alebo pozitívnym titrom IgE špecifického na trávový peľ. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Liečba použitím Oralairu má byť predpísaná a iniciovaná lekármi s primeranou kvalifikáciou a skúsenosťami s liečbou alergických ochorení. V prípade pediatrickej liečby by lekár mal mať príslušnú kvalifikáciu a skúsenosti s detmi. Aby pacient mohol s lekárom diskutovať o akýchkoľvek vedľajších účinkoch a možných opatreniach, odporúča sa, aby pacient užil prvú tabletu Oralairu užívanú pod lekárskej dohľadom a aby bol pacient sledovaný počas 30 minút. **Dávkovanie u dospelých, adolescentov a detí (vo veku nad 5 rokov):** Liečba pozostáva z iniciačnej liečby (vrátane 3-dňového zvyšovania dávkovania) a z pokračovania liečby. Iniciačná liečba zodpovedá prvému mesiacu liečby sublingválnymi tabletami Oralair 100 IR a 300 IR: 1. deň: 1 x 100 IR tablet - 2. deň: 2 x 100 IR tablet - 3. deň: 1 x 300 IR tablet. Od 2. mesiaca musí liečba pokračovať jednou sublingválnou tabletou Oralairu 300 IR denne až do konca peľovej sezóny. Tableta sa musí vložiť pod jazyk, kým sa úplne nerozpustí (najmenej na 1 minútu) a potom prehltnúť. Na druhý deň liečby sa pod jazyk musia vložiť naraz 2 tablety 100 IR a potom prehltnúť. Odporúča sa užít tabletu ráno, nalačno. Liečba sa má začínať približne 4 mesiace pred očakávaným začiatkom sezóny trávových peľov a musí pokračovať počas celej sezóny trávových peľov. Klinické skúsenosti z imunoterapie s liekom Oralair u malých detí (< 5 rokov) a u pacientov starších ako 45 rokov zatiaľ chýbajú. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na ktorúkoľvek z pomocných látok; Súbežná liečba betablokátormi; Závažná a/alebo nestabilná astma (FEV₁ < 70% predpovedanej hodnoty); Závažná imunitná nedostatnosť alebo autoimunitné ochorenie; Maligné ochorenia (napr. nádor); Zápal ústnej dutiny (napr. ústny plochý lišaj, ústne ulcerácie alebo ústna mykóza). **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** V prípade chirurgického výkonu v ústnej dutine, vrátane extrakcie zuba, sa liečba Oralairom má prerušiť na 7 dní až do úplného zahojenia ústnej dutiny. Potom možno liečbu znova nasadiť s predchádzajúcim dávkovaním. Ak by prerušenie trvalo dlhšie, odporúča sa znova nasadiť liečbu s predchádzajúcim dávkovaním pod lekárskej dohľadom. Závažné alergické reakcie možno liečiť adrenalinom. Účinky adrenalinu môžu byť zosilnené u pacientov liečených tricyklickými antidepressívami a inhibítormi monoaminoxidázy (MAO) s možnými smrteľnými následkami. Na túto skutočnosť treba prihliadať pred nasadením špecifickej imunoterapie. Klinické skúsenosti súvisiace so súčasným očkovaním a liečbou Oralairom chýbajú. Očkovanie možno podať bez prerušenia liečby Oralairom po lekárskej zhodnotení celkového stavu pacienta. Tento liek nemajú užívať pacienti so vzácnymi dedičnými problémami intolerancie galaktózy, s lapačským deficitom laktázy alebo malabsorpciou glukózy-galaktózy. **Liekové a iné interakcie:** V klinických štúdiách s Oralairom sa nehlásili žiadne interakcie u pacientov, ktorí mohli užívať lieky na liečbu príznakov alergie (antihistaminiká, steroidy). **Gravidita a laktácia:** Neodporúča sa začínať imunoterapiu počas gravidity. Ak pacientka otehotnie počas liečby, liečba môže pokračovať pod starostlivým dohľadom. Neodporúča sa začínať imunoterapiu počas dojčenia. **Nežiaduce účinky:** Počas liečby Oralairom boli pacienti vystavení alergénom, ktoré môžu vyvolať miestne a/alebo systémové alergické príznaky. Počas obdobia liečby preto možno očakávať mierne až stredne závažné miestne alergické reakcie (T₁, opuchnutie úst alebo pocit nepohodlia). Vo veľmi zriedkavých prípadoch môže dochádzať k silnejším alergickým reakciám, ako pocit opuchnutia v hrdle, sťažené prehltnutie alebo dýchanie a zmeny hlasu. V takýchto prípadoch je potrebné okamžite sa poradiť s lekárom a liečba sa musí okamžite ukončiť. **Farmakoterapeutická skupina:** Extrakty alergénov, trávový peľ, kód ATC: V01AA02. **Čas použiteľnosti:** 2 roky. **Druh obalu a obsah balenia:** Začiatok liečby - 1 x 3 sublingválne tablety 100 IR v malom pretlačovacom balení + 1 x 28 sublingválnych tabliet 300 IR v pretlačovacom balení. Každé pretlačovacie balenie (AA/A) sa skladá z polyamid-hliník-polyvinylchloridovej fólie na jednej strane a tepelne zatavené fólie (hliník) s povrchovou úpravou vinylovým lakom na druhej strane. Pokračovanie liečby: 1 x 30 sublingválnych tabliet 300 IR v pretlačovacom balení (AA/A) zloženom z polyamid-hliník-polyvinylchloridovej fólie na jednej strane a tepelne zatavené fólie (hliník) s povrchovou úpravou vinylovým lakom na druhej strane. Balenie po 1 alebo 3 ks. Nie všetky veľkosti balenia musia byť uvedené na trh. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** STALLERGENES S.A. 6 rue Alexis de Tocqueville, 92160 ANTONY, Francúzsko. **Dátum poslednej revízie textu:** 12/2009. **Podrobnejšie informácie o lieku sú uvedené v úplnom znení Súhrnu charakteristických vlastností lieku.** **Výdaj lieku viazaný na lekársky predpis. Dátum pripravov:** 03/2010 Stallergenes CZ, s. r. o. - organizačná zložka, Česká 3, 831 03, Bratislava, Slovenská republika, Tel.: 02 4437 2371, Fax: 02 4437 2377, www.stallergenes.sk, info@stallergenes.sk

Z histórie SLS

90 rokov Spolku slovenských lekárov v Bratislave (1920 – 2010)

Marián Bernadič, Igor Riečanský, Želmíra Mácová, Peter Krištúfek

Ústav patologickej fyziológie LF UK, Bratislava, Kardiologická klinika NÚSCH, Bratislava, Slovenská lekárska spoločnosť, Bratislava

To the 90th anniversary of the Slovak Medical Society in Bratislava (1920 – 2010)

Súhrn

Vznik Spolku slovenských lekárov (SSL) v Bratislave 13.6.1920 (do r. 1939 Spolok československých lekárov) patrí medzi najvýznamnejšie medzníky novodobej histórie slovenskej medicíny a je priamym dôsledkom založenia Univerzity Komenského a jej prvej fakulty – Lekárskej. SSL začína v októbri 1921 vydávať vlastný časopis Bratislavské lekárske listy, prvý vedecký lekárske časopis na Slovensku po vzniku Československej republiky. Osemdesiat rokov existencie Spolku, ktorý je s temer 2500 členmi najväčším Spolkom lekárov v rámci Slovenskej lekárskej spoločnosti, potvrdzuje, že jeho podiel a prínos pre vývoj slovenskej medicíny je nenahraditeľný. Spolok bol po dlhé roky jediným fórom, kde sa slovenskí lekári pravidelne schádzali, kde odborne rástli vedeckí pracovníci bratislavskej lekárskej fakulty. Je tiež významným svedectvom materiálnej a duchovnej pomoci a spolupráce medzi českými a slovenskými lekármi v období prvej československej republiky.

Kľúčové slová: Spolok československých lekárov, Spolok slovenských lekárov, Slovenská lekárska spoločnosť, Bratislavské lekárske listy, Lekárska fakulta UK, história medicíny.

Roku 2009 sme si pripomenuli 40. výročie vzniku samostatnej Slovenskej lekárskej spoločnosti. Dnes si pripomínáme 90. výročie vzniku jednej z jej najvýznamnejších spoločenských, stavovských a zdravotníckych súčastí a východísk – Spolku slovenských lekárov. Spolok v čase vzniku roku 1920 niesol spoločné pomenovanie Spolok československých lekárov. K priblíženiu organizačnej štruktúry a miesta v systéme odborných spoločností možno uviesť, že Slovenská lekárska spoločnosť je založená na princípe asociácie odborných medicínskych a farmaceutických spoločností, regionálnych spolkov lekárov a farmaceutov.

Tradičia SLS siaha do 19. storočia, keď 5. januára 1833 založili mladí študenti na Lekárskej fakulte v Pešti pod vedením Jonáša Bohumila Guotha Spoločnosť lekársko-slovanskú ako samovzdelávací lekárske spo-

lok. Bol to významný národno-kultúrny čin, ktorým sa táto spoločnosť zapojila do aktív lekárske spoločnosti v stredoeurópskom kontexte. Stalo sa tak ešte pred aktivitami českých lekárov, ktorí pod vedením J.E. Purkyňu založili roku 1862 Spolek lékařů českých, a pred založením Spolku maďarských lekárov v Uhorsku (1840). Podobné aktivity vznikali aj na ďalších univerzitách s lekárske fakultami, kde boli študenti zo Slovenska (napr. Viedeň).

Významnou zmenou a posilnením týchto snáh bol vznik Československej republiky, ktorá vytvorila priaznivé podmienky pre organizovanie lekárov na Slovensku. Najstaršou stavovskou organizáciou lekárov na Slovensku bola „Slovenská lekárska župa“ v Žiline. Bolo to prvé zomknutie lekárov – národovcov v oslobodenej vlasti, ktorí sa tu zišli vo februári 1919 so zástupcami „Ústrednej jednoty českých

lekárov“ a pripojili sa k Jednote ako prvá a dočasne jediná slovenská župa. Na valnom zhromaždení 6. júna 1919 boli prijaté nové stanovy, a tým vznikla „Ústredná jednota československých lekárov“, ktorá sa stala jedinou stavovskou organizáciou v ČSR.

Ďalšie organizovanie išlo rýchlo. 13. júna 1920 bol založený „Spolok československých lekárov“ pre Slovensko so sídlom v Bratislave a XXX. západoslovenská župa ako jeho sociálna sekcia. Na ustanovujúcom valnom zhromaždení, ktoré sa konalo v posluchárni terajšej I. internej kliniky LFUK, sa zúčastnilo 50 lekárov a 14 medicínikov. Za predsedu Spolku čsl. lekárov v Bratislave (ďalej Spolok) bol zvolený popredný slovenský národovec, vtedajší poslanec národného zhromaždenia MUDr. P. Blaho, ktorý poukázal na dôležitosť tejto organizácie pre Slovákov. Pokladníkom sa stal prof. B. Polák. Za predsedu vedeckej sekcie bol zvolený prof. Spilka. Predsedom sociálnej sekcie sa stal dr. Izák. Výbor spolu s náhradníkmi tvorili prof. Brdlík, prof. Mysliveček, plk.dr. Hradský, dr. Šeliga, dr. Šaršún, dr. Dérer, dr. Vraný a dr. Trenkler. Za revízorov boli vymenovaní dr. Slabej a dr. Petřík. Stanovy Spolku boli uverejnené v Bratislavských lekárske listoch na obálke 5. zošita prvého ročníka.

Prvá pracovná schôdza Spolku čs. lekárov v Bratislave bola 18. októbra 1920, schôdzu otvoril podpredseda a predseda vedeckej sekcie prof. Spilka. Prvú odbornú prednášku v dejinách Spolku „Nové objasnenia k epidemiológii enterálnych nákaz“ predniesol prof. E. Ružička, prednosta Ústavu hygieny a baktériológie LFUK.

Prvé výročie zhromaždenie sa konalo 21. februára 1921. Vo vedení vedeckej sekcie prof. Spilku nahradil prof. Kristián Hynek, ktorý zostal potom na čele Spolku 10 rokov – až do svojho odchodu do Prahy (1930).

Spočiatku sa konali schôdze v 14-denných intervaloch, potom už týždenne, pravidelne v pondelok o 18,00 h v posluchárni terajšej I. internej kliniky vo Fakultnej nemocnici. V prvom školskom roku Lekárskej fakulty UK (1921 – 1922) bolo spolu 16 odborných večerov. Už nasledujúci rok to bolo 30 odborných akcií – teda približne rovnaký počet ako dnes. Odborný večer zo dňa 17. októbra 1921 bol prvým, o ktorom uverejnili správu aj novovzniknuté Bratislavské lekárske listy. Prvou zápisnicou zo schôdze Spolku uverejnenou v Bratislavských lekárske listoch bola prednáška

Summary

The establishment of the Slovak Medical Society (SMS) in Bratislava on 13th June 1920 (until 1939, the society was included into the Czechoslovak Medical Society) represents one of the most important milestones in the modern history of Slovak medicine. It was founded in direct consequence of the establishment of the first faculty of the Comenius University, namely the Medical Faculty. SMS began to issue its own journal Bratislavské lekárske listy (Bratislava Medical Journal) which was the first medical journal published in Slovakia after the origin of the Czecho-Slovak Republic. Eighty years of the existence of SMS which by its 2500 members forms the largest medical association, prove that the share of this society and its contribution to the development of Slovak medicine are essential. For many years, the society has been the only forum for Slovak physicians and scientific workers of the Medical Faculty where they could meet and increase their expertise. The society has witnessed also the significant material and moral support and co-operation between Czech and Slovak physicians during the period of the first Czechoslovak Republic.

Key words: Czecho-Slovak Medical Society in Bratislava, Slovak Medical Society in Bratislava, Slovak Medical Society, Bratislava Medical Journal, School of Medicine CU, history of medicine.

prof. M. Netouška, prednostu Propedeutickej kliniky LFUK, „Aký význam má štúdium patológie žliaz s vnútornou sekréciou?“

Dôležitou súčasťou činnosti Spolku československých lekárov bolo nadväzovanie kontaktov s významnými zahraničnými odborníkmi. Niektorí z nich sa stali čestnými členmi Spolku (profesori Henry Barcroft a Thomas Lewis z Anglicka, René Leriche a Emile Roux z Francúzska). Veľkému záujmu odbornej verejnosti sa tešili prednášky profesorov z Karlovej univerzity v Prahe a Masarykovej univerzity v Brne.

25. júla 1920 sa utvorila XXXI. východoslovenská župa v Košiciach, ktorá tam však už od roku 1919 fungovala ako „Volné združenie čl. lekárov“. Predsedom bol zvolený dr. Uram, primár a riaditeľ št. nemocnice. XXXII. stredoslovenská župa bola založená 19. marca 1921 v Turčianskom Svätom Martine pod predsedníctvom dr. Kohúta. 26. júla 1921 bola utvorená aj župa pre Podkarpatskú Rus „Semerádová“. Predsedom bol zvolený dr. Doškár.

Na vedeckom poli bola v najpriaznivejšom položení Západoslovenská župa. Spolok čl. lekárov týždenne usporadúval svoje vedecké schôdzky na pôde Lekárskej fakulty UK. V týchto prednáškach prvých profesorov LFUK a v pripojených klinických demonštráciách mali praktickí lekári ideálnu možnosť zostať v stálom spojení s pokračujúcou lekárskou vedou a zoznámali sa s najnovšími vymoženosťami modernej liečby.

Pre lekárov a rodiacich sa vedeckých pracovníkov na teoretických ústavoch bolo nevyhnutné nielen prednášať svoje práce, ale ich aj publikovať v odborných a vedeckých médiách. Úplne funkčný lekársky časopis v ČSR bol Časopis lékařů českých. Tento časopis však nemohol pokryť rastúce požiadavky troch lekárskech fakúlt (Praha, Bratislava, Brno). Prof. Hynek na tento stav okamžite reagoval a navrhol vytvorenie nového klinicko-experimentálneho časopisu, ktorý by niesol aj v mene svoje východiská. Preto vznikli pri Spolku čl. lekárov v Bratislave Bratislavské lekárske listy, ktoré sa stali orgánom Lekárskej fakulty UK. V ostatných župách sa členské schôdzky zvolávali striedavo do jednotlivých nemocníc, kde po prebratí stavovských otázok diskutovali aj k aktuálnym vedeckým otázkam.

S postupujúcim vývojom sa práca Spolku a práca župy začala diferencovať. K posaniu Spolku sa stále viac počítala jeho vedecko-odborná aktivita, prednášková činnosť, usporadúvanie konferencií a odborných podujatí. Pre župu boli náplňou dôležité stavovské a sociálne otázky. Oficiálne sa toto rozdelenie udialo na VII. valnom zhromaždení 14. marca 1927, kde bol za predsedu Spolku zvolený prof. MUDr. K. Hynek, prednosta Internej kliniky LFUK a za predsedu župy dr. J. Balažovjeh, mestský hlavný lekár v Bratislave. Župa, ktorá dovtedy účinkovala len ako sociálna sekcia Spolku, sa potom už venovala len stavovským otázkam.

V prvopočiatkoch zdravotníctva v ČSR mala významnú úlohu „Ústredná jednota čl. lekárov“, ktorá zastupovala aj celý – dovtedy neorganizovaný – lekárske stav na Slovensku. Osobitne je dôležité, že výsledky svojej práce sprístupnila aj kolegom iných národností tým, že utvorila pre nich zvláštnu župu XXXIV (10. 4. 1927). Jednota mala svoj „Vestník“ založený v Prahe (1888), ktorý sa zaoberal všetkými stavovskými otázkami. Ústrednej jednote čl. lekárov chýbala zákonom zriadená úradná stavovská ustanovizeň – lekárska komora.

V kontexte tejto organizačnej preštruktúry celého systému zdravotníctva na Slovensku je opäť nevyhnutné zdôrazniť neoceniteľnú zásluhu profesorského zboru Lekárskej fakulty UK v Bratislave. Jeho členovia nielenže viedli po odbornej a organizačnej stránke svoje kliniky, vyučovali a viedli fakultu (aj univerzitu), ale osobne stáli aj na čele tejto organizačnej práce, premožli ťažkosti začiatku, vychovali mnoho pracovníkov, ktorí boli schopní pokračovať v ich začatej práci.

MUDr. A. Rosival (1929) výstižne napísal, že Ústredná jednota čl. lekárov bola pilierom lekárskeho stavu v slobodnej vlasti. Atmosféru doby charakterizuje doslova splnenie odvekeho sna slovenských národovcov.

Dňa 20. 10. 2010 sa konala pod záštitou prezidenta SR Ivana Gašparoviča slávnostná schôdza Spolku slovenských lekárov v Bratislave (Primaciálny palác) pri príležitosti 90. výročia jeho založenia. Zišli sa tu osobnosti slovenskej medicíny, predstavitelia vysokého školstva, zdravotníctva, pamätníci a mnohí z tých, ktorí sa pravidelne zúčastňujú na práci Spolku slovenských lekárov v Bratislave. Je dobré, že prezident Spolku mal možnosť odmeniť dlhoročných aktívnych členov za prácu užitú pre všetkých, že mohol pripomenúť prácu tých, ktorí už nie sú medzi nami a udeliť oceneným Čestné členstvo Spolku slovenských lekárov, či Pamätnú medailu k 90. výročiu vzniku Spolku slovenských lekárov, ktorú inicioval prof. MUDr. Igor Riečanský, CSc., a ktorú pripravil akad. sochár M. Polonský. Pri zamýšľaní sa nad dobou, okolnosťami a dejmi spojenými so založením Spolku československých lekárov (ako sa Spolok slovenských lekárov vtedy nazýval) pred deväťdesiatimi rokmi je dobré pripomenúť si niektoré historické medzníky. Prvých 10 rokov prevažovali demonštrácie klinických pacientov, zaujímavé sekčné nálezy a klinické práce. Od druhej polovice

Pamätná medaila k 90. výročiu SSL

Opis Pamätnej medaily k 90. výročiu vzniku Spolku slovenských lekárov v Bratislave

Na slávnostnej schôdzi Spolku slovenských lekárov v Bratislave, ktorá sa konala pod záštitou prezidenta SR Ivana Gašparoviča v Primaciálnom paláci v Bratislave 20. 10. 2010 pri príležitosti 90. výročia jeho založenia, sa zišli mnohé osobnosti slovenskej medicíny, predstavitelia vysokého školstva, zdravotníctva, pamätníci a mnohí z tých, ktorí sa pravidelne zúčastňujú na práci Spolku slovenských lekárov v Bratislave. Prezident Spolku prof. MUDr. Igor Riečanský, PhD., odmenil dlhoročných aktívnych členov za prácu v prospech Spolku. Pripomenul aj prácu tých, ktorí už nie sú medzi nami. Ocenení účastníci prijali z jeho rúk Čestné členstvo Spolku slovenských lekárov v Bratislave, či Pamätnú medailu k 90. výročiu vzniku Spolku slovenských lekárov, ktorú pripravil akad. sochár M. Polanský. Prípravu úplne prvej medaily Spolku slovenských lekárov v Bratislave inicioval a o jej realizáciu sa najviac zaslúžil prof. MUDr. Igor Riečanský, CSc., prezident Spolku. Cieľom tejto stručnej správy je predstaviť čitateľom túto novú medailu, ktorú prezentujeme na titulnej strane časopisu.

Averz



Nápis „Spolok slovenských lekárov v Bratislave“ (Spolok) je umiestnený na ľavej strane okraja medaily v kruhopise. Mladá žena, ako alegória zdravia, stojaca vľavo od stredu, drží v pravej ruke symbol Bratislavy – hrad vztýčený nad vodami Dunaja. Vlvy vody sa menia na trojvršie s dvojramenným krížom, symbolom Slovenska. Symbol lekárstva, eskulapka, je

20. rokov sa prezentovali na Spolku aj súhrnné správy z rozsiahlejších prác, ktoré sa už pravidelne v plnom znení uverejňovali v Bratislavských lekárskejších listoch. Často to boli habilitačné a inauguračné práce vysokoškolských učiteľov novej generácie – absolventov bratislavskej fakulty. Tento trend bol nielen významným pre vnútrofakultnú oponentúru prednesených prác, ale bol aj výstupom univerzitného života do zdravotníckeho prostredia, v ktorom kandidát musel obhájiť svoj akademický stupeň. Je na škodu veci, že v posledných rokoch sa LFUK uzatvorila do seba a tradícia habilitačných a inauguračných prednášok na spolku sa skončila. Súčasťou programu Spolku boli aj pravidelné informácie prednostov kliník a ústavov o svojich zahraničných cestách, účastiach na konferenciách a medzinárodných kongresoch a o novostiach v medicíne. Najmä v období po II. svetovej vojne, keď sa začala prejavovať informačná izolácia, nedostatok popredných vedeckých časopisov v knižniciach a obmedzila sa účasť na zahraničných vedeckých podujatiach, to bola významná vzdelávacia funkcia.

Prednesené prednášky a protokoly z vedeckých schôdzí Spolku sa spočiatku uverejňovali v Časopise lekárov českých. Na návrh prof. Hynka Spolok čl. lekárov začal vydávať vlastný časopis, takže už 1. októbra 1921 vyšlo prvé číslo Bratislavských lekárskejších listov (vydávanie bolo spočiatku viazané na akademický rok). Bratislavské lekárske listy sa tak stali prvým lekárskejším časopisom na Slovensku. Zámer prof. K. Hynka uverejňovať vedecké práce z oblasti medicíny a vychovávať novú generáciu lekárov a vedeckých pracovníkov sa prejavil aj v tom, že sa každoročne vyhodnocoval najlepší uverejnený odborný článok a najlepšia prednáška prednesená na Spolku, ktoré boli odmenené vedeckou cenou. Je obdivuhodné a cenné, že si Bratislavské lekárske listy udržali kontinuitu aj v neľahkých časoch hospodárskej krízy, II. svetovej vojny, či zložitých politických dobách po nej a pravidelne vychádzajú dodnes. Hlavnými redaktormi časopisu sa stali prof. Hynek, neskôr prof. Netoušek, dr. Měška a od 6. čísla sa ako hlavný redaktor uvádza aj prof. Polák.

Na slávnostnej schôdzi pri príležitosti 10. výročia založenia Spolku (1931) za veľké

Tabuľka 1. Predsedovia a tajomníci (vedeckí sekretári) Spolku čl. lekárov – Spolku slovenských lekárov v Bratislave.

Obdobie	Predseda	Tajomník (vedecký sekretár)
<i>Spolok čl. lekárov</i>		
1920–1921	MUDr. Pavol Blaho	MUDr. Antonín Švácha
1921–1931	Prof. MUDr. Kristián Hynek	MUDr. Antonín Švácha
1932–1939	Prof. MUDr. Stanislav Kostlivý	Prof. MUDr. Ľudovít Valach
<i>Spolok slovenských lekárov</i>		
1939–1943	Prof. MUDr. Emanuel Filo	Prof. MUDr. F. Švec Prof. MUDr. S. Štefánik
1943–1946	Prof. MUDr. Ján Tréger	Prof. MUDr. Juraj Antal, DrSc.
1947–1948	Prof. MUDr. Jaroslav Sumbal	MUDr. Alojz Hasík
1948–1950	Prof. MUDr. Vojtech Mucha	MUDr. Alojz Hasík
1950–1952	Prof. MUDr. Dionýz Blaškovič	MUDr. Alojz Hasík
1952–1954	Prof. MUDr. Gejza Bárdoš	Prof. MUDr. Milan Vámoši, DrSc.
1954–1956	Prof. MUDr. Mikuláš Ondrejčka	Prof. MUDr. Milan Vámoši, DrSc.
1957–1958	Prof. MUDr. Miloš Nosál	Prof. MUDr. Milan Vámoši, DrSc.
1958–1959	Prof. MUDr. T.R. Niederland, DrSc.	Prof. MUDr. Ján Molčan, DrSc.
1959–1964	Doc. MUDr. Karol Holomáň	Prof. MUDr. Milan Kokavec, DrSc.
1964–1972	Prof. MUDr. Vladimír Haviar	Prof. MUDr. Milan Kokavec, DrSc.
1972–1988	Prof. MUDr. Anton Pontuch, CSc.	Prof. MUDr. Milan Kokavec, DrSc. Doc. MUDr. Marián Bernadič, CSc.
1988–1992	Prof. MUDr. Milan Kokavec, DrSc.	Doc. MUDr. Marián Bernadič, CSc.
1992–1995	Prof. MUDr. Ivan Šimkovic, DrSc.	Doc. MUDr. Marián Bernadič, CSc.
1995–1998	Prof. MUDr. Ivan Balazovjeh, DrSc.	Doc. MUDr. Marián Bernadič, CSc.
1998–doteraz	Prof. MUDr. Igor Riečanský, PhD.	Prof. MUDr. Juraj Payer, PhD. Doc. MUDr. Vladimír Bzdúch, PhD.

zásluhy pri budovaní univerzity, lekárskej fakulty, Spolku aj pri redigovaní Bratislavských lekárskeho listov zvolili prof. Hynka za čestného člena Spolku – ako prvého z fakulty. Po odchode prof. Hynka do Prahy sa predsedom Spolku na nasledujúcich desať rokov stal prof. S. Kostlivý, prednosta Chirurgickej kliniky LFUK.

Spolok – podobne ako Bratislavské lekárske listy – pracovali bez prerušenia kontinuálne, bez ohľadu na politickú situáciu i zložité spoločenské pohyby. Septembrové

udalosti roku 1938 – Mníchovská dohoda a jej tragické následky – negatívne ovplyvnili činnosť Spolku. Návštevnosť klesla. Na valnom zhromaždení Spolku roku 1939 sa upravili stanovy a premenil sa názov na Spolok slovenských lekárov (SSL) v Bratislave. Vojnové udalosti pôsobili nepriaznivo na prácu Spolku, takže oslobodenie zastihlo Spolok v 25. roku jeho trvania v úplnej stagnácii. Až po oslobodení začal Spolok znovu rozvíjať činnosť. Prejavom uznania historického významu Spolku

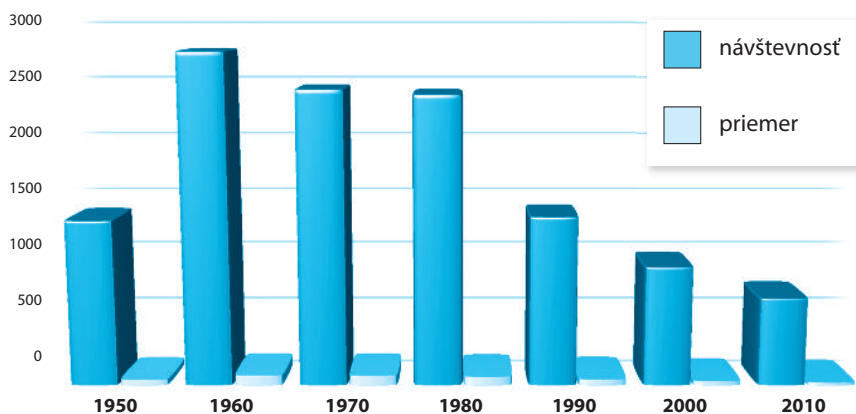
vytvorená hadom ovinutého kmeňa kvitnúcej lipy vyrastajúcej vpravo od alegorickej postavy.

V dolnej časti pravej polovice averzu je veľká doska s menoslovom doterajších predsedov Spolku. Nápis sa začína zvýrazneným letopočtom 1920 a dole sa končí rokom 2010 ako rokom deväťdesiateho výročia vzniku Spolku. V hornej časti pravej polovice medaily sú vzájomne previazané – prelínajúce sa architektúry Fakultnej nemocnice na Partizánskej ulici (bývalá Evanjelická nemocnica), Fakultnej nemocnice na Mickiewiczovej ulici (bývalá Štátna nemocnica), Aspremontovho paláca (Dekanát LF UK) a rohu budovy starých Teoretických ústavov LF UK. Horná a dolná polovica je prepojená listami papiera s nápisom Bratislavské lekárske listy (1921), ako odborným tlačovým orgánom Spolku. Signatúra autora akad. sochára Mariána Polonského je v ľavej časti pod korunou lipy.

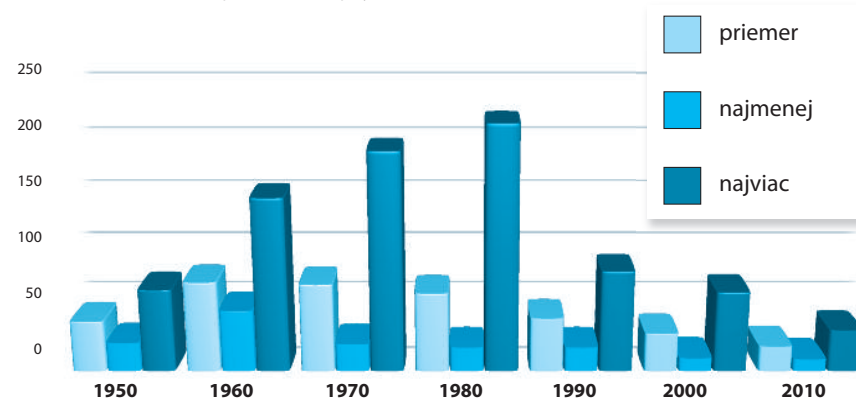
Tabuľka 2. Najúspešnejšie Spolky 1950 – 2010.

Spolok	Počet návštevníkov
1980 KVOP (Riečanský)	223
1981 Vertebrogénny syndróm (Palát)	201
1970 Anemický syndróm (Dieška)	199
1995 Akad. Niederland 80 (Šimkovic)	172
1955 Tumor srdca, film (Haviar, Šiška)	158
1980 Stop fajčeniu (Viršik, Pontuch)	158
1970–2010 Klinickopatologické konferencie (profesori Brozman, Zaviačič, Danihel)	

Obrázok 1. Ročná návštevnosť Spolku 1950 – 2010.



Obrázok 2. Návštevnosť Spolku 1950 – 2010 (priemer/schôdza – najnižšia a najvyššia účasť).



Reverz



V hornej časti v strede je umiestnený zaužívaný znak Spolku s erbom mesta Bratislavy, v ročnom MCMXX a s eskulapkou. V kruhospise je nápis v latinčine: Societas Medicorum Slovacaorum Bratislavensis.

Latinčina navodzuje aj antikizujúcu kompozíciu so sediacou mladou ženou „Salus“ s lipovým vencom. V pravej ruke drží vavrínovú ratolesť, ktorou dekoruje bustu Hippokrata. Ľavou rukou podáva miskú hadovi, ovinutému na kyjaku, ktorý drží Asklepios ovenčený olivovou halúzkou. Busta a socha symbolizujú minulosť, mladá žena súčasnosť medicíny.

Autorova signatúra je na rímsičke pri palci ľavej nohy Salus. Celkom dole v štvorčeku je značka MK – Mincovňa Kremnica.

Marián Bernadič, Michal Valent

90. výročie vzniku Spolku slovenských lekárov v Bratislave

Predseda Spolku lekárov českých v Praze k 90. výročiu Spolku slovenských lekárov v Bratislave



„...osud společnosti stále závisí na tvořivých menšinách“

Dámy a pánové, kolegyně a kolegové, vážený pane předsedo a vážení členové výboru a oslavenci – členové Spolku slovenských lekárov v Bratislave a na Slovensku. Není jistě nadsazené uvést, že Spolok slovenských lekárov ovplyvnil za dobu své devadesátileté existence přímo, či nepriamo radu generací lekárov jak na Slovensku, tak i v Čechách a jeho činnost má a stále bude mít význam nejen pro další vzdělávání a výchovu lekárov a jiných zdravotnických pracovníků, ale do jisté míry i socio-kulturní pro celý slovenský národ. Dokazuje to jeho soustavná pravidelná pondělková činnost a řada publikací a sdělení, která jsou stále pro současníky i budoucí dokumentovány v Bratislavských lékařských listech, jež tuto stavovskou instituci provázejí po celou dobu od jejího založení.

Mám nyní tu čest pozdravit Spolok slovenských lekárov v Bratislavě jménem Spolku lekárov českých v Praze a poděkovat při příležitosti oslav jeho devadesátiletého jubilea za přátelské vztahy, které mezi našimi Spolky existovaly a existují. Společné akce pořádáme se Spolkem slovenských lekárov v Bratislave každoročně na konci jarního semestru u nás v Praze a my máme možnost vystoupit na oplátku

slovenských lekárov a jeho priekopníckej odbornej činnosti je aj skutočnosť, že Spolku aj v organizačnej štruktúre Čsl. lekárskej spoločnosti J.E. Purkyňu bol ponechaný názov z roku 1939 – Spolok slovenských lekárov.

Po oslobodení roku 1945 sa činnosť SSL postupne oživila. Roku 1949 mal už 500 členov.

Od 1. 1. 1951 sa vydavateľom vedeckého lekárskeho časopisu Bratislavské lekárske listy stala na 41 rokov SAV. Časopis sa na Lekársku fakultu UK vrátil až 1. 1. 1993 na základe rokovania medzi riaditeľom CFV SAV akad. Zacharom a dekanom LF prof. Mrázom, ktoré viedol doc. Bernadič.

Výrazné oživenie Spolku nastalo po utvorení Čsl. lekárskej spoločnosti J.E. Purkyňu (1949), v ktorej sa Spolok slovenských lekárov stal jej všeobecnou sekciou. Toto organizačné začlenenie ostalo zachované aj v rámci Slovenskej lekárskej spoločnosti, kde Spolok SL v Bratislave zaujal z hľadiska počtu a aktivity prvé miesto medzi spolkami lekárov na Slovensku. Roku 1969 mal SSL 832 členov a roku 1980 už 2359 a v tomto roku 2010 počet členov dosiahol 3679. V procese federalizácie Česko-Slovenska na dva štáty (1969) sa rozdelila aj Československá lekárska spoločnosť J.E. Purkyňu na dve národné spoločnosti: Českú lekársku spoločnosť J.E. Purkyňu a Slovenskú lekársku spoločnosť. V organizačnej štruktúre SLS pôsobí 48 spolkov lekárov a viac ako 90 odborných spoločností.

Spolok slovenských lekárov v Bratislave je s prevahou najväčšou organizačnou zložkou SLS. Počet pracovných večerov ročne je 28 – 34. Na počte odborných akcií sa najviac podieľajú svojou aktivitou Ústav patologickej anatómie FN a LFUK, ktorý zorganizuje ročne 4 – 5 klinickopatologických konferencií, ktoré sú spomedzi všetkých najnavštevovanejšie (priemerne 70 účastníkov). Veľký záujem je vždy o program interne zameraných kliník (Kardiologická klinika NÚSCH, I. a II. detská klinika LFUK, I. a III. interná klinika LFUK), zo zdravotníckych pracovísk to boli najmä NÚSCH, NÚRCH, ÚTaRCH, ale aj I. a II. gynekologicko-pôrodná klinika LFUK. Zo SAV často prispieval najmä ÚNaPF CFV a Ústav experimentálnej a klinickej endokrinológie. Z odborných spoločností je dlhodobou najaktívnejšia Slovenská kardiologická spoločnosť (tab. 2), ktorá založila aj tradíciu Večerov mladých kardiológov. Na počesť dlhoročného predsedu Spolku sa vytvorila napr. tradícia Pontúchových večerov. V po-

sledných desaťročiach sa významne zvýšil počet večerov organizovaných teoretickými pracoviskami, na viacerých sa zúčastňujú aj študenti medicíny. Z pohľadu novších prístupov si zaslúžia pozornosť nové spôsoby prezentácie, najmä panelové diskusie, pri ktorých sa interdisciplinárne rozvíja diskusia k novým diagnostickým a liečebným postupom. Žiaľ, počet návštevníkov v posledných rokoch – napriek vzostupu počtu členov – klesá hlboko pod priemer 50 účastníkov (obr. 5 a 6).

Pracovné schôdze sa konajú pravidelne týždenne v Malej posluchárni NTÚ Lekárskej fakulty (Sasinkova 4). Program dostávali spočiatku štvrťročne, neskôr polročne všetci členovia poštou. Teraz sú informácie o programe Spolku publikované v Monitore medicíny SLS (predtým Medicínsky monitor), intermitentne aj v Zdravotníckych novinách.

90-ročná tradícia uverejňovať zápisnice zo Spolkov v Bratislavských lekárskejších listoch sa stala nielen mimoriadnym – dobovým – svedectvom života Spolku, ale aj cenným zrkadlom vývoja medicíny na Slovensku. Zápisnice dokumentujú vývoj názorov na hlavné medicínske problémy, odzrkadľujú spoločenské charakteristiky doby, zachovávajú autentickú výpoveď osobností medicíny. Informácie o rokovaní Spolku pravidelne publikovali Bratislavské lekárske listy až do posledného obdobia, v ktorom časopis vychádza iba v anglickej mutácii. Publikované zápisnice sú často výpoveďou doby, svedectvom snahy diskutujúcich riešiť problémy v zdravotníctve, poukazujú na chyby a navrhujú konkrétne riešenia. O hodnotnú úroveň zápisníc sa zaslúžili dobrovoľní zpisovatelia, spravidla členovia výboru SSL. Zúčastňovali sa na všetkých schôdzach a zaznamenávali podrobne nielen obsah prednášok, ale najmä diskusiu k jednotlivým témam. Z novej histórie, kde sa už uvádzalo aj meno zpisovateľa, môžeme spomenúť ako zpisovateľov profesorov Riečanského, Balažovjecha, Hulína, L. Zlatoša, docentov Popperových, Michalíka a od roku 1980 dodnes doc. Bernadiča. Doc. Bernadič, ktorý bol od roku 1993 do roku 2010 zástupcom šéfredaktora, zmenil uverejňovanie súhrnov prednášok na formu tzv. short communication, čo už odzrkadľovalo ambície časopisu zaradiť sa medzi indexované medzinárodné časopisy. Za 90 rokov trvania Spolku bolo touto formou uverejnených viac ako 2100 zápisníc – odborných



s našim prednášajúcim každoročne na podzim zde v Bratislave na prednáškových večeroch pořádaných Spolkem slovenských lekárov. Významný britský filozof a historik Arnold Joseph Toynbee, který se zabýval analýzou vzestupu, rozkvětu a pádu civilizací v historii, ve vztahu k dnešnímu globálnímu vývoji ve světě došel k názoru, že „...osud společnosti stále závisí na tvořivých menšinách.“

Spolku slovenských lekárov v Bratislave proto přejí, aby i v dalších letech byli jeho členové tou tvořivou menšinou, která posouvá hranice vědění pro budoucí generace slovenských lékařů dopředu a aby Spolek slovenských lekárov stále zastával to čestné místo nejstarší, ale stále činnorodé a vážené stavovské lékařské odborné společnosti na Slovensku, které mu po právu patří.

*Prof. MUDr. Jan Kvasnička, DrSc.
předseda Spolku lékařů českých v Praze*



publikácií. Bratislavské lekárske listy splnili svoju historickú úlohu, stáli pri výchove slovenských lekárov a vedeckých pracovníkov, učili ich písať a formulovať vedecké správy a klinické kazuistiky, slúžili ako cenný zdroj študijného materiálu pre praktických lekárov, postupne znamenali okno do svetovej medicíny. V súčasnosti predstavujú dôležitú informačnú cestu, cez ktorú sa výsledky slovenskej medicíny dostávajú do svetových informačných databáz (MEDLINE, PubMed, Scopus), pretože časopis už má pridelený „impact factor“, citácie sú v systéme SCI a očakáva sa vstup Bratislavských lekárskeho listov (Bratislava Medical Journal) medzi tzv. karentované časopisy.

Dôležitou zložkou činnosti SSL sú pravidelné každoročné vedecké kontakty so Spolkom českých lekárov v Prahe (prof. Kölbl, prof. Kvasnička, prof. Paľko a ďalší) a so Spolkom lekárov v Košiciach (prof. Mydlík, prof. Boor, prof. Rácz, prof. Vajó a ďalší). Dlhoročná spolupráca so Spolkom lekárov

vo Viedni (prof. Kaindl, prof. Weber, prof. Steinbach a ďalší) čaká na nové podnety a znovuoživenie.

V domácej lekárskej literatúre chýba hlbšia súhrnnejšia štúdia o činnosti SSL hodnotiaca obdobie od roku 1945 po súčasnosť. Medzeru iba čiastočne zaplňajú práce Červeňanskej (1969), Pontúcha a Remišovej (1981), Remišovej (1986), Bernadiča a spol. (1995), Šimkoviča a spol. (1997), Riečanského a Bernadiča (2001) a Riečanského (2001), ktoré sú väčšinou zamerané na prvé dekády existencie Spolku alebo približujú niektoré významné medzníky Spolku. V tabuľke 1 uvádzame vedúcich činníkov Spolku. Chceme im takto poďakovať za obetavú prácu, ktorá umožnila, že SSL dosiahol pri činnorodej aktivite 90-ročné jubileum svojho trvania. Z predsedov si zaslužia spomienku dr. Blaho, profesori Hynek, Kostlivý, Filo, Tréger, Sumbal, Mucha, Blaškovič, Bárdoš, Ondrejčka, Nosál, Niederland, Holomáň, Haviar, Pontúch, Kokavec, Šimkovic i Balažovjeh.

V súčasnosti je predsedom prof. I. Riečanský, CSc. (člen výboru SSL nepretržite od roku 1966).

Z vedeckých sekretárov najdlhšie pôsobil vo funkcii 26 rokov prof. Kokavec, potom doc. Bernadič, ktorý túto funkciu vykonával viac ako 15 rokov. V tejto funkcii ďalej pracovali dr. Švácha, profesori Valach, Švec, Štefánik, Antal, MUDr. Hasík, profesori Vámoši, Molčan, Kokavec, doc. Bernadič a prof. Payer. V súčasnosti je vedeckým sekretárom doc. MUDr. Vladimír Bzdúch, PhD.

Záver

Záverom je potrebné zdôrazniť, že podiel a prínos SSL pre vývoj slovenskej experimentálnej aj klinickej medicíny je nenahraditeľný a patrí medzi najvýznamnejšie medzníky jej novodobej histórie. Spolek pomáha SLS realizovať jej poslanie tak, že udržiava celkový pohľad lekára na pacienta, vzdeláva lekárov v oblasti klinického využívania špičkových diagnostických a liečebných postupov, nastoľuje

otázky a na základe širokej diskusie aj riešenia v oblasti biomedicínskej etiky, legislatívnych noriem v zdravotníctve, špecializovaných náplní v systéme ďalšieho vzdelávania. Môžeme povedať, že Spolok bol základom formovania kontinuálneho a celoživotného vzdelávania. Spolok slovenských lekárov bol mnoho rokov jediným fórom, kde sa slovenskí lekári pravidelne schádzali. V rokoch 1922 – 2010 bolo približne na 2940 stretnutiach prednesených viac ako 12 000 prednášok, na pracovných schôdzach sa zúčastnilo približne 180 000 účastníkov!

Spolok sa stal kolískou vedeckých a klinických škôl, ktoré sa viazali na bratislavskú lekársku fakultu, či „doškoľovák“. Významnou mierou sa spája so vznikom a vychádzaním Bratislavských lekárskeho listov, ktoré sú prvým a najstarším lekárskeým časopisom na Slovensku a ktoré sa postupom času transformovali na moderný medzinárodný časopis, ktorý je obsiahnutý v najvýznamnejších svetových databázach a podáva informácie o vývoji a úrovni lekárskeých vied na Slovensku. V tomto časopise sa postupne uverejnilo viac ako 2100 prednesených prednášok. Vznik SSL je významným svedectvom počiatkovej materiálnej a duchovnej pomoci a terajšej spolupráce medzi českými a slovenskými lekármi. V súčasnosti vytvára spoločnú platformu pre prezentáciu činnosti vrcholných medicínskych ustanovizní sídliajich v Bratislave – LFUK, SZU, SAV a špecializovaných ústavov rezortu zdravotníctva. Tento príkladný čin na poli šírenia medicínskeho poznania a vzdelávania je aj po 90 rokoch inšpirujúcim odkazom pre našu súčasnosť a záväzkom do ďalších dekád trvania Spolku slovenských lekárov v Bratislave.*

Literatúra

- Bernadič, M., Šimkovic, I., Balažovjeh, I., Riečanský, I.: 75 rokov Spolku slovenských lekárov v Bratislave. Med. Monitor, 1, 1995, č. 3, s. 27.
- Červeňanská, Ľ.: Spolok slovenských lekárov a Bratislavské lekárske listy. S. 166 – 173. In: Päťdesiat rokov Univerzity Komenského.
- Kolesár, M.: Zlatá kniha Slovenska. 1918 – 1928. Bratislava 1929, s. 311 – 312.
- Pontuch, A., Remišová, M.: Z histórie Spolku lekárov v Bratislave k 60. výročiu jeho založenia. Lek. Obzor, 30, 1981, č. 5, s. 275 – 278.
- Remišová, M.: Zápas o nové poslanie lekára v spoločnosti. Martin: Osveta, 1986, 129 s.
- Riečanský, I.: Konštituovanie Spolku česko-slovenských lekárov v Bratislave v roku 1920 – vklad českých lekárov do spoločného vývoja a prepojenosti českej a slovenskej medicíny. Čas. Lék. čes. 104, 2001, č. 9, s. 280 – 282.
- Riečanský, I., Bernadič, M.: Osemdesiat rokov Spolku slovenských lekárov v Bratislave (1920 – 2000). Bratisl Lek Listy 102, 2001, č. 5, s. 260 – 262.
- Šimkovic, I.: Vedecké a odborné informácie prednesené na Spolku slovenských lekárov v Bratislave. Bratisl. Lek. Listy, 98, 1997, č. 11, s. 646 – 650.
- Šimkovic, I., Riečanský, I., Bernadič, M.: Správa o činnosti Výboru Spolku slovenských lekárov v Bratislave za obdobie od 1. 1. 1991 do 31. 1. 1994. Bratisl. lek. Listy, 96, 1995, č. 4, s. 231 – 232.

Do redakcie došlo 1. 11. 2010.

Adresa pre korešpondenciu: Doc. MUDr. Marián Bernadič, CSc., Ústav patologickej fyziológie LF UK, Sasinkova 4, 811 08 Bratislava
e-mail: marian.bernadic@fmed.uniba.sk

*V skrátenej forme prednesené 20. 10. 2010 na Slávnostnej schôdzi Spolku slovenských lekárov v Bratislave pri príležitosti 90. výročia jeho založenia (Primaciálny palác, Bratislava).



Vzdelávanie

Vývoj slovenskej lekárskej terminológie

Katarína Martinková

Katedra jazykov, Farmaceutická fakulta, UK, Bratislava

Súhrn

Termíny nijakého vedného odboru nie sú natoľko internacionálne ako termíny lekárske vychádzajúce z latinčiny a gréčtiny, ktoré sa zároveň stávajú aj súčasťou domácej slovnnej zásoby. Je však úplne prirodzené, že slovenská lekárska veda sa usiluje o vytvorenie a používanie vlastných termínov. Toto úsilie sa začalo po vzniku I. ČSR, keď sa slovenčina stala úradnou rečou. Dovtedy, keďže bola zavrňovaná, neexistovala žiadna lekárska dokumentácia písaná po slovensky. O riešenie situácie sa ako prvý pokúsil MUDr. Anton Polákovič vydaním svojho slovníka roku 1920. Ďalší, v poradí druhý slovník vyšiel v Martine roku 1926 s podtitulom Návrh lekársko-lekárnického názvoslovie Pavla Halašu. K podstatnému zásahu vo vývoji slovenského anatomického názvoslovie došlo roku 1935 zásluhou J. A. Ledényi-Ladzianskeho vydaním práce Nomina anatomica. Až po 27 rokoch v SAV (pod vedeckou redakciou prof. PhDr. J. Horeckého, CSc.) vyšlo Anatomické názvoslovie, na spracovaní ktorého sa zúčastnilo viacero lekárov. Odvtedy sa neobjavilo žiadne komplexnejšie dielo, ktoré by prispelo k riešeniu otázok slovenskej lekárskej terminológie okrem trojjazyčného slovníka doc. MUDr. Anny Holomáňovej, PhD., a MUDr. I. Brucknerovej, PhD.: Anatomické názvy (2001 – 2003). Najúplnejším obrazom vývoja slovenskej lekárskej terminológie sú Bratislavské lekárske listy. Vývoj odbornej terminológie ani jednej vednej disciplíny nemôže byť ukončený. Terminologické problémy budú vznikať zároveň s ich rozvojom a riešiť ich možno len spoluprácou jazykovedcov a príslušných odborníkov.

Kľúčové slová: lekárska terminológia, medicína, názvoslovie, Bratislavské lekárske listy, slovenský jazyk.

Dejiny slovenskej lekárskej terminológie sú späté so vznikom Lekárskej fakulty UK ako prvej fakulty UK, na ktorej sa začalo vyučovať v akademickom roku 1919/1920. Slovenčina, ktorá ešte na začiatku storočia bola zavrňovaná, sa stala úradnou rečou celej štátnej a verejnej správy. Začalo sa v nej vyučovať aj na všetkých typoch škôl.

Termíny nijakého vedného odboru nie sú natoľko internacionálne ako termíny lekárske vychádzajúce z latinčiny a gréčtiny. Zároveň treba dodať, že nijaká vedná oblasť nevypracúva v rámci celosvetových odborných konferencií svoje termíny tak, ako to urobili odborníci v anatomickom názvosloví. Medzinárodný termín sa stal súčasťou domácej slovnnej zásoby. Prešiel však rôznymi zmenami z hľadiska jeho prepisu do slovenčiny a jeho prispôsobovania sa tvaroslovnej a gramatickej sústave. Slovenská lekárska veda sa nechce a ani nemôže vzdať

medzinárodne zaužívaných termínov, aj keď je úplne prirodzené, že sa usiluje o vytvorenie a používanie vlastných termínov. Pri tvorbe slovenského termínu pomáhal fakt, že latinské anatomické názvoslovie bolo dôkladne spracované a dávno kodifikované, takže pre určitú vec bolo treba nájsť len vhodný slovenský ekvivalent. Keďže slovenčina sa v poprevratových rokoch stala úradným jazykom takpovediac zo dňa na deň, nové požiadavky, ktoré sa na ňu kládli v oblasti rozličných vedných odborov, nemohli byť zvládnuté hneď v úplnom rozsahu, o to viac, že málopočetná vysokoškolsky vzdelaná inteligencia, vrátane lekárov, získavala vzdelanie predovšetkým v Budapešti, v Prahe a vo Viedni. Prvý slovenský lekár, ktorý sa za tejto situácie pokúsil o riešenie najnaliehavejších potrieb – vystaviť v slovenčine lekárske osvedčenie, chorobopis, zápis o pitve, po-

kútnom aborte alebo obhliadke mŕtvol, bol Anton Polákovič, rodák z Malaciek. Roku 1920 vydal slovník a uviedol v ňom aj vzory spomenutej lekárskej dokumentácie. Slovník vyšiel v Občianskej knihtlačiarňi v Brne a je dvojjazyčný. Prvý diel – maďarsko-slovenský, druhý diel – slovensko-maďarský. Heslá slovníka je jednoduchý, presnejšie, ide o abecedné zoradenie slov. V prvom dieli bez akejkoľvek gramatickej charakteristiky, v druhom dieli udáva gramatickú kategóriu rodu, aj to s rozličnými nepresnosťami. Vyskytuje sa v ňom pomerne veľa nárečových západoslovenských alebo čisto „záhoráckych“, niekedy i českých slov (želva, žiravina, včulejšek, zarudlý). Aj napriek spomenutým nedostatkom slovník bol prvý a jediný, a preto v tom čase slúžil pre lekárov ako dobrá pomôcka.

Najúplnejším obrazom všetkých peripetií, ktorými lekársky termín prešiel, sú Bratislavské lekárske listy, ktoré začali vychádzať roku 1921. Zachytávajú nielen rozvoj lekárskej vedy, ale sú aj odrazom vývoja termínov odborného lekárskeho jazyka a štýlu. Pretože Bratislavské lekárske listy sa tlačili v Brne a ich prispievateľmi boli univerzitní profesori, docenti a asistenti pôsobiaci na LFUK, veľmi často českej národnosti, sú prvé ročníky tohto časopisu poznačené českými pravidlami pri preberaní slov, čo sa automaticky prenášalo do slovenských príspevkov, ktorých v tých rokoch bolo ešte veľmi málo. Nejednotnosť a rozkolísanosť či už pri transkripcii alebo skloňovaní cudzích slov znepokojovala lekárov, ktorí hláskoslovný a tvaroslovný systém slovenčiny ovládali. (Pre zaujímavosť uvádzam, že napr. slovo gynekológ sa prepisovalo troma spôsobmi – gynaekológ, gynäkológ, gynekológ). Je pozoruhodné, že pokus o nápravu nevyšiel z radov jazykovedcov, ale opäť sa o to pokúsil lekár – MUDr. I. Paulínyi-Tóth, ktorý roku 1926 v Bratislavských lekárske listoch publikoval článok Skloňovanie cudzích slov v slovenčine. Týkal sa skloňovania slov zakončených na -us, -um, ktoré sa prebrali v skrátenej podobe, napr. ako reflex, absces, defekt, ale aj skloňovania substantív zakončených na -or, -itída. Príponu -itas navrhuje prebrať v podobe -ita, napr. mortalitas – mortalita, graviditas – gravidita. Sám autor považoval svoj článok iba za návrh. Slovenskí autori však jeho navrhované reformy akceptovali, čím dochádzalo v oblasti skloňovania internacionálnych pomenovaní k postupnému zjednocovaniu. V tom istom roku vyšiel v Turčianskom Svätom Martine

v poradí druhý Lekársky slovník s podtitulom Návrh lekársko-lekárnického názvoslovia lekára Pavla Halašu. Slovník pozostáva zo šiestich častí. Prvá časť je latinsko-slovenská, druhú časť tvorí maďarsko-slovenský slovník, tretiu – slovenské ľudové pomenovanie liekov (oleje, masti, loje, korene, listy). V štvrtnej časti sú latinské botanické názvy a ich slovenské pomenovania. Piata časť obsahuje zápisy o pitvách, v šiestej časti sa uvádzajú miery ľudského tela a jednotlivých orgánov. Halašova práca je teda cenná i tým, že umožňuje porovnanie uvedených údajov o ľudských orgánoch a fyzickom vstupe človeka so stavom súčasnej a budúcej populácie. Zároveň je svedectvom toho, ako za šesť rokov, ktoré uplynuli od vydania Polákovičovho slovníka, pokročila práca slovenských lekárov na vytváraní lekárskeho a lekárnického názvoslovia.

Keďže objavy a napredovanie v medicíne si vyžadovali vznik nových pomenovaní, termíny sa často preberali z iných jazykov, a to najmä z vyspelejšej češtiny s určitou hláskoslovnou zmenou alebo i bez nej. Nové slovenské termíny pochádzajúce poväčšine z nárečí, alebo ktoré vznikli ako novotvary, sa prebýjali len veľmi ťažko, čo bolo zapríčinené i tým, že ešte stále bolo v Bratislavských lekárskejších listoch len málo slovenských príspevkov (2, 226). Celkový vývoj slovenského jazyka nepriaznivo ovplyvnili v tomto období aj značné počesťovacie snahy, ale aj neskoršie protičeské separatistické tendencie.

Pokrok vo vývoji slovenského jazyka predstavoval rok 1932, keď začal vychádzať časopis Slovenská reč, autori ktorého sa snažili o jazykovú a pravopisnú správnosť slovenčiny. K zlepšeniu jazykovej úrovne došlo aj vďaka nastupujúcej generácii slovenských lekárov na LFUK, a tým zároveň aj k rozsiahlejšej publikačnej činnosti v slovenčine. K podstatnému zásahu vo vývoji slovenského anatomického názvoslovia došlo roku 1935, keď docent anatómie na LFUK MUDr. J. A. Ledényi-Ladziánsky vydal slovník, ktorým realizoval kodifikáciu pre nomina anatomica. Slovník má podtitul Slovenské telovedné názvoslovie. Dielo vyšlo v komplikovanom období I. ČSR, keď do novovznikajúcej slovenskej terminológie, a to nielen lekárskej, prenikalo, ako sme spomenuli vyššie, množstvo čechizmov, okolo čoho vznikali medzi jazykovedcami polemiky. MUDr. J. A. Ledényi-Ladziánsky sa zasadzoval za pestovanie vedy v národnom jazyku a východiskom mu boli nárečové

zdroje. Stal sa tak terčom urážok a politicky motivovaných útokov za „separatistické práce“. Napriek sporom, ktoré okolo uvedenej práce vznikli, slovenské anatomické názvoslovie sa predsa presadilo, žiaľ až po autorovej predčasnej smrti. J. E. Kutlík vo svojom článku K polstoročnému výročiu J. Ledényi-Ladziánskeho (1903 – 1943) v Bratislavských lekárskejších listoch hovorí, že Ladziánsky svojím dielom Nomina anatomica dokázal, že je v možnostiach a silách slovenskej medicíny vytvoriť pre slovenskú medicínu vlastný odborný jazyk, ktorým sa dajú mnohé pojmy vyskytujúce v medicíne vyjadriť slovenskými. Ladziánskeho dielo považuje nie za medzník, ale za „prielom“ v slovenskej lekárskej terminológii (11). Zásadná zmena pri transkripcii aj skloňovaní nastala však roku 1940 po vydaní Pravidiel slovenského pravopisu, ktoré sa stali záväznými. Zrod klinických termínov bol vždy pomalší než anatomických, a to v závislosti od toho, ako sa rozširovali a upresňovali vedomosti o rôznych druhoch ochorení. Napriek snahám pozorovaným v každom jazyku, teda i slovenskom, vytvoriť si vlastnú odbornú terminológiu, slovenské pomenovania nespĺňajú vždy všetky kritériá kladené na termín. Slovenské pomenovania – často stručné – nevystihujú podstatu ochorenia, napr. obrna v porovnaní s gréckym poliomyelitis (zápal sivej mozgovej hmoty), kde už sám termín udáva základné informácie o chorobe. Až po dvadsiatich siedmich rokoch, ktoré uplynuli od vydania Ladziánskeho slovníka, roku 1962 vydala SAV Anatomické názvoslovie. Vedeckým redaktorom slovníka bol prof. PhDr. Ján Horecký, CSc., z Ústavu slovenského jazyka SAV, ale na konečnej úprave pod vedením MUDr. J. Antala sa zúčastnili aj ďalší lekári – doc. MUDr. J. Lajda, MUDr. B. Ondruš, MUDr. I. Ruttkay-Nedecký a doc. MUDr. Linc. Od vydania Anatomického názvoslovia až do konca 20. storočia nevzniklo ucelenejšie dielo, ktoré by sa týkalo predmetnej tematiky.

Treba však oceniť prínos tých, či už ide o jazykovedcov alebo lekárov, ktorí sa ozývajú na stránkach odborných lekárskejších alebo jazykovedných časopisov a riešením niektorých čiastkových problémov prispievajú k zjednocovaniu, ale aj k systémovosti tvarovej podoby slovenského názvoslovia. K takýmto „zaniatencom“ patrí MUDr. B. Findo, ktorý sa zamýšľa nad slovenskými ekvivalentmi latinského názvu „plica“, spresňuje vymedzenie obsahu slova plece a rameno a jeho odvodenín (3), či pomeno-

vane herpes simplex, herpes zoster, pertusis a ďalších (5). Popredný slovenský odborník na lekársku terminológiu, klasicistický filológ doc. F. Šimon upozorňuje napríklad na nejednotnosť vznikajúcu v slovenských podobách klinických termínov obsahujúcich zložku micro- a macro-. V rôznych učebniciach a skriptách sa vyskytuje až päť podôb prekladu týchto zložiek do slovenčiny (16). Ako dobrá pomôcka pre lekárov a študentov slúžila aj slovenská verzia Stručného lekárskeho slovníka Jana Kábrta a Ladislava Valacha (Martin, Osveta, 1981 a jeho ďalšie vydania).

Príliv nových pojmov a termínov do rôznych oblastí vedy v posledných dvoch desaťročiach spôsobil nejednotnosť a rozkolísanosť viacerých terminologických sústav. Na jednej strane sa znásobujú termíny pre ten istý pojem, na druhej strane neexistujú spisovné termíny pre novovzniknuté pojmy. V súvislosti s medicínskou, či lepšie povedané anatomickou terminológiou je vhodné pripomenúť úvahu profesora anatómie MUDr. P. Mráza, ktorý v predhovore k publikácii doc. MUDr. A. Holomáňovej, PhD., a MUDr. I. Brucknerovej Anatomické názvy píše: „Hovorí sa, že anatómia je základom medicíny“. Zároveň si však kladie otázku: „...ktorá anatómia je základom medicíny? Tá, ktorú si študenti osvojujú počas štúdia na lekárskej fakulte, alebo tá, ktorú deformovanú používajú v medicíne lekári – klinici?“ (1,6). Na tom istom mieste aj profesor MUDr. I. Ďuriš uvádza: „Svet si stále menej a menej rozumie. Používa skratky, rovnaké slová nadobúdajú rôzny význam nielen v priebehu rokov, ale aj v súčasnosti v rôznych etnikách... Ako sa vyznať vo svete nepresnej reči, v dvojzmysle a chaose? Keď prechádza chaos do medicínskej literatúry, prichádza nadšenec, ktorý chce nastoliť poriadok a umožniť dorozumievanie nielen pre slovenských študentov, ale aj pre anglofónnu časť ľudstva, ktorej tzv. mŕtve jazyky sú už cudzie, aj keď sú podstatne presnejšie. Chce navodiť poriadok, ktorý platil v starom Grécku a príkladnú presnosť latinského jazyka.“ (1, 6). Trojdielny slovník anatomických názvov doc. MUDr. A. Holomáňovej a MUDr. I. Brucknerovej spĺňa všetky atribúty moderného slovníka. Jeho trojjazyčné latinsko-anglicko-slovenské spracovanie ho dostáva, takpovediac, „na pulz doby“. Prvá časť obsahuje všeobecnú anatomickú terminológiu, druhá – názvy orgánových sústav, tretia tvorí abecedný register latinských názvov. Autorky v súlade s tvrdením Ledényi-La-

dzianskeho, V. Bunčákovej, F. Šimona, či B. Finda považujú za nevyhnutné venovať pozornosť aj národnému jazyku, starať sa o kultivovanie, ustáľovanie a kodifikovanie jeho odborných pomenovacích prostriedkov aj napriek dominantnému postaveniu angličtiny vo svete. Mravčia práca, akú dielo tohto druhu obnáša, si zasluhuje uznanie, lebo podstatným spôsobom prispieva k odstraňovaniu nejednotnosti v oblasti jazyka medicíny.

Pri istej kodifikácii termínov, a nielen iba medicínskych, by mohla mať pozitívnu úlohu aj voľne prístupná terminologická databáza definovaná ako „kompletný súbor informácií o termínoch (spojených s príslušnými pojmami) z jedného alebo viacerých jazykov a z ľubovoľnej tematickej oblasti, ktorý je na počítačových médiách vo forme terminologických záznamov“ (14, 2). Výhodou takejto databázy je centralizácia dostupných informácií o termíne, možnosť popularizácie a šírenia štandardizovanej terminológie, flexibilita a priestor na vytvorenie konsenzu medzi odborníkom a lingvistom.

Vývoj slovenskej lekárskej terminológie nie je a ani nebude ukončený. Problémy budú vznikať v závislosti od toho, ako sa lekárske disciplíny budú rozvíjať. Môžeme však s istotou tvrdiť, že vo vytváraní si vlastnej slovenskej terminológie slovenská medicína bude pokračovať. To si vyžaduje spoluprácu medzi jazykovedcami a odborníkmi jednotlivých lekárskejších disciplín, lebo len takáto

spolupráca môže prispieť k tomu, že termín bude vyhovujúci po stránke obsahovej, ako aj formálnej.

Literatúra

1. Anatomické názvoslovie. Bratislava: SAV, 1962.
2. Bunčáková, V.: Vývoj slovenskej lekárskej terminológie od vzniku Bratislavských lekárskejších listov a LF UK. Bratisl. Lek. Listy, 80, 1983, č. 2, s. 221 – 235.
3. Findo, B., Schumacher, G.H.: Anatómia stomatólogov (recenzia). In: Slovenský lekár, 67, 1994, s. 60.
4. Findo, B.: Obstipácia, zápcha, zapečenosť. Kultúra slova, 13, 1979, č. 10, s. 329 – 331.
5. Findo, B.: Poznámky k slovenskej terminológii. www.google.sk.
6. Holomáňová, A., Brucknerová, I.: Latinsko-anglicko-slovenský slovník. Anatomické názvy – Anatomical terms I. Bratislava: Elán, 2001.
7. Holomáňová, A., Brucknerová, I.: Latinsko-anglicko-slovenský slovník. Anatomické názvy – Anatomical terms II. Bratislava: Elán, 2002.
8. Holomáňová, A., Brucknerová, I.: Latinsko-anglicko-slovenský slovník. Anatomické názvy – Anatomical terms III. Bratislava: Elán, 2003.
9. Holomáňová, A., Brucknerová, I.: Srdcovocievna sústava. Anatomické názvy. Latinsko-anglicko-slovenský slovník. Bratislava: Elán, 2000.
10. Kábrt, J., Valach, V.: Stručný lekárskejší slovník. Martin: Osveta, 1981 a ďalšie vydania.
11. Kutlík, I.E.: K polstoročnému výročiu smrti Jú-

liusa Alexandra Ladzianskeho (1903 – 1943). Bratisl. Lek. Listy, 95, 1994, s. 133 – 135.

12. Kutlík, I.E.: Július A. Ladziansky-Ledényi a jeho Nomina anatomica. Bratisl. Lek. Listy, 60, 1995, s. 34 – 49.
13. Ledényi-Ladziansky, J.A.: Nomina anatomica. Martin: Matica slovenská, 1935.
14. Levická, J.: Teoretické východiská budovania terminologickej databázy. Príspevok na 10. ročníku lexikografického semináru, 24. – 25. júna 2005, www.google.sk.
15. Masár, I.: Stav a úlohy slovenskej terminológie. Kultúra slova, 27, 1993, č. 5 – 6, s. 129 – 139.
16. Šimon, F.: Príspevok k slovenskej lekárskej terminológii. Kultúra slova, 13, 1979, č. 10, s. 346 – 349.
17. Švagrovský, Š., Ondrejovič, S.: Prvé pokusy o slovenskú lekársku a lekárskejší terminológiu. Slovenská reč, 68, 2003, č. 4, s. 193 – 205.
18. Švagrovský, Š.: Prvé pokusy o slovenskú lekársku a lekárskejší terminológiu. Odborný preklad 2. www.google.sk.

Do redakcie došlo 1. 9. 2010.

Adresa autorky: PhDr. K. Martinková, Katedra jazykov, Farmaceutická fakulta UK, Odbojárov 10, 832 32 Bratislava

Právne okienko

Dohody o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru

(všeobecne podľa platných právnych predpisov)

1. Kedy môže uzatvoriť zamestnávateľ dohodu o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru?

V zmysle § 223 ods. 1 Zákonníka práce (ďalej len „ZP“) môže zamestnávateľ na plnenie svojich úloh alebo na zabezpečenie svojich potrieb výnimočne uzatvárať s fyzickými osobami dohody o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru, a to:

- dohodu o vykonaní práce,
- dohodu o pracovnej činnosti,
- dohodu o brigádnickej práci študentov.

2. Kedy zamestnávateľ uzatvára dohodu o vykonaní práce, dohodu o pracovnej činnosti a dohodu o brigádnickej práci študentov?

Zamestnávateľ uzatvára dohodu o vykonaní práce vtedy, ak ide o **prácu, ktorá**

je vymedzená výsledkom, dohodu o pracovnej činnosti a dohodu o brigádnickej práci študentov vtedy, ak ide o **príležitostnú činnosť vymedzenú druhom práce**.

3. Môže zamestnávateľ uzatvárať dohody na činnosti, ktoré sú predmetom ochrany podľa autorského zákona?

Zamestnávateľ v zmysle § 223, odsek 3 ZP dohody nemôže uzatvárať s fyzickými osobami na činnosti, ktoré sú predmetom ochrany podľa autorského zákona.

4. Aké sú povinnosti zamestnanca, ktorý uzatvoril dohodu o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru?

Zamestnanec, ktorý uzatvoril dohodu o vykonaní práce, je povinný najmä:

- a) vykonávať práce zodpovedne a riadne a dodržiavať podmienky dohodnuté v dohode,
- b) vykonávať práce **osobne**,
- c) dodržiavať právne predpisy vzťahujúce sa na prácu nimi vykonávanú, najmä právne predpisy na zabezpečenie BOZP, dodržiavať ostatné predpisy vzťahujúce sa na prácu ním vykonávanú, najmä na predpisy na zabezpečenie BOZP, s ktorými bol riadne oboznámený,
- d) riadne hospodáriť so zverenými prostriedkami a strážiť a ochraňovať majetok zamestnávateľa pred poškodením, stratou, zničením a zneužitím,
- e) vykonať pracovnú úlohu v dohodnutej dobe.

5. Aké sú povinnosti zamestnávateľa, ktorý uzatvoril o dohodu o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru?

Zamestnávateľ, ktorý uzatvoril dohodu o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru so zamestnancom, je povinný:

- a) utvárať zamestnancom primerané pracovné podmienky zabezpečujúce riadny a bezpečný výkon práce, najmä poskytovať potrebné základné prostriedky, materiál, náradie a osobné pracovné prostriedky (ak to vyžaduje povaha práce),
- b) oboznámiť zamestnancov s právnymi predpismi a ostatnými predpismi vzťahujúce sa na prácu nimi vykonávanú, najmä s predpismi na zabezpečenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci,
- c) poskytnúť zamestnancom za vykonanú prácu **dohodnutú odmenu** a dodržiavať ostatné dohodnuté podmienky, **nároky zamestnanca alebo iné plnenie v jeho prospech nemožno dohodnúť** pre zamestnanca **priaznivejšie, ako sú nároky a plnenia vyplývajúce z pracovného pomeru**,
- d) viesť evidenciu uzatvorených dohôd o vykonaní práce **v poradí**, v akom boli uzatvorené,
- e) viesť evidenciu pracovného času zamestnancov, ktorí vykonávajú prácu na základe dohody o pracovnej činnosti a dohody o brigádnickej práci študentov,

- f) prihlásiť do registra poistencov a sporiteľov starobného dôchodkového poistenia zamestnancov, ktorí uzatvorili dohodu o vykonaní práce, **a to najneskôr pred začatím výkonu činnosti, odhlásiť** zamestnanca najneskôr v deň nasledujúci po zániku poistenia, **zrušiť** prihlásenie do registra poistencov a sporiteľov starobného dôchodkového poistenia, ak poistný vzťah nevznikol.

6. Aká je zodpovednosť zamestnanca voči zamestnávateľovi, s ktorým je uzatvorená dohoda o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru?

Zamestnanec tiež zodpovedá zamestnávateľovi, s ktorým uzatvoril dohodu podľa § 223 ZP, za škodu spôsobenú zavineným porušením povinností pri výkone práce alebo priamej súvislosti s ním **rovnako ako zamestnanec v pracovnom pomere**. Náhrada škody spôsobená z neďbanlivosti nesmie presiahnuť **tretinu** skutočnej škody a nesmie byť vyššia ako tretina odmeny dohodnutej za vykonanie práce, okrem prípadov podľa § 182 až 185 ZP.

7. Aká je zodpovednosť zamestnávateľa voči zamestnancovi, s ktorým je uzatvorená dohoda o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru?

Zamestnávateľ zodpovedá zamestnancovi za škodu, ktorú utrpel pri výkone práce podľa uzatvorenej dohody alebo v priamej súvislosti s ním rovnako ako zamestnancovi v pracovnom pomere.

8. Aké sú podmienky na uzatvorenie dohody o vykonaní práce?

Podmienky pri uzatvorení dohody o vykonaní práce sú podrobnejšie upravené v § 226 ZP.

- dohodu o vykonaní práce (ďalej len dohoda) môže zamestnávateľ uzatvoriť s fyzickou osobou, ak predpokladaný rozsah práce (pracovnej úlohy), na ktorý sa táto dohoda uzatvára nepresahuje **350 hodín v kalendárnom roku**, do predpokladaného rozsahu sa započítava aj práca vykonávaná zamestnancom pre zamestnávateľa na základe inej dohody o vykonaní práce,
- dohoda sa **uzatvára písomne**, inak je neplatná,
- v dohode musí byť **vymedzená**:
 - **pracovná úloha**,
 - **dohodnutá odmena za jej vykona-**

nie,

- **doba, v ktorej sa ma pracovná úloha vykonať,**
- **predpokladaný rozsah práce, ak jej rozsah priamo nevyplýva z vymedzenia pracovnej úlohy.**

9. Kedy sa uzatvára dohoda o vykonaní práce?

V súlade s § 226 ods. 2 ZP dohoda sa uzatvára **najneskôr deň pred dňom** začatia výkonu práce.

10. Kedy musí zamestnanec vykonať pracovnú úlohu?

Pracovnú úlohu musí zamestnanec vykonať **v dohodnutej dobe**, inak môže zamestnávateľ od dohody odstúpiť.

11. Môže zamestnanec od dohody odstúpiť?

Zamestnanec môže od dohody odstúpiť len v tom prípade, ak **nemôže** pracovnú úlohu splniť preto, že mu zamestnávateľ nevytvoril dohodnuté pracovné podmienky. Zamestnávateľ však v takomto prípade je povinný zamestnancovi nahradiť škodu, ktorá mu tým vznikla.

12. Kedy je splatná odmena za vykonanie pracovnej úlohy?

Dohodnutá odmena za vykonanie pracovnej úlohy je splatná po dokončení a odovzdaní práce. Ak bolo medzi účastníkmi dohody dohodnuté, že časť odmeny bude splatná už pri vykonaní určitej časti pracovnej úlohy, zamestnávateľ je povinný v takomto prípade vyplatiť časť dohodnutej odmeny pri odovzdaní časti pracovnej úlohy.

13. Kedy môže zamestnávateľ dohodnutú odmenu znížiť?

Dohodnutú odmenu môže zamestnávateľ zamestnancovi primerane znížiť, ak vykonaná práca nezodpovedá dohodnutým podmienkam. Zamestnávateľ je povinný toto zníženie vopred prerokovať so zamestnancom.

14. Aké sú podmienky na uzatvorenie dohody o pracovnej činnosti?

Podmienky pri uzatvorení dohody o pracovnej činnosti sú podrobnejšie upravené v § 228a ZP:

- dohodu o pracovnej činnosti (ďalej len dohoda) môže zamestnávateľ uzatvoriť s fyzickou osobou v rozsahu **najviac**

10 hodín týždenne,

- dohoda sa **uzatvára písomne**, inak je neplatná,
- v dohode musí byť uvedená:
 - a) **dohodnutá práca,**
 - b) **dohodnutá odmena za vykonanú prácu,**
 - c) **dohodnutý rozsah pracovného času a doba, na ktorú sa dohoda uzatvára.**

15. Na akú dobu sa môže uzatvoriť dohoda o pracovnej činnosti a akým spôsobom sa môže ukončiť?

Dohoda o pracovnej činnosti sa môže uzatvoriť **na dobu určitú** alebo **na dobu neurčitú**. Spôsob jej ukončenia sa môže dohodnúť **priamo v dohode**. Ak spôsob ukončenia nebol dohodnutý v dohode, možno ho ukončiť **dohodou** účastníkov k dohodnutému dňu, alebo sa môže jednostranne ukončiť len **výpovedou bez uvedenia dôvodu**. Výpovedná doba je 15-denná a začína sa dňom, v ktorom sa písomná **výpoveď doručila**.

Postup v podmienkach SLS

Postup pri uzatváraní dohôd o prácach vykonávaných mimo pracovného pomeru (ďalej len dohôd) je v súlade s platnou legislatívou v podmienkach SLS je nasledovný.

1. Pre fyzické osoby, ktoré nie sú zamestnancami SLS

- a) návrh na uzatvorenie dohody s potrebnými údajmi predloží organizačná zložka (organizátor podujatia) Sekretariátu SLS najneskôr 3 (tri) dni pred dňom začatia práce, (z dôvodu povinnosti SLS prihlásiť zamestnanca do registra poistencov),
- b) návrh dohody podpisuje za organizačnú zložku prezident (predseda), prípadne ním poverený člen výboru, za SLS ako právne zastrešujúci subjekt dohodu podpisuje prezident SLS alebo riaditeľ SLS, prípadne iný poverený člen Prezídia SLS,
- c) návrh dohody musí byť podpísaný aj druhým účastníkom dohody (fyzickou osobou (zamestnancom),
- d) návrh dohody musí mať okrem osobných údajov, vyplnené náležitosti uvedené v predchádzajúcich bodoch, pričom pracovnú úlohu (dohodnutú prácu) je potrebné konkrétne vymedziť a bližšie opísať,
- e) dohodnutá výška odmeny za vyko-

nanú prácu musí byť primeraná, pri jej stanovení sa spravidla vychádza z náročnosti práce, počtu odpracovaných hodín v súlade s § 224, odsek 2, písm. c) ZP,

- f) predpokladaný rozsah práce (pracovnej úlohy) musí korešpondovať s dobou, v ktorej sa má pracovná úloha vykonať a aj s opisom pracovnej úlohy (za 1 deň nemožno odpracovať viac ako 12 hodín).

2. Pre fyzické osoby, ktoré sú zamestnancami SLS

O uzavretí dohody so zamestnancom SLS rozhoduje výlučne riaditeľ sekretariátu SLS. Pokiaľ organizačná zložka chce odmeniť zamestnanca **za práce iného druhu, ako je práca podľa pracovnej zmluvy**, ktorá bude vykonávaná nad rámec riadneho pracovného času, musí to vopred (najneskôr 2 týždne) prerokovať s riaditeľom Sekretariátu SLS. Organizačná zložka v žiadosti (návrhu) na uzavretie dohody je povinná:

- podrobne vymedziť a opísať pracovnú úlohu,
- presne vymedziť dobu, kedy sa má pracovná úloha vykonať,
- uviesť predpokladaný rozsah práce, predpokladaný rozvrh pracovného času,
- navrhnúť výšku primeranej odmeny v súlade s § 224, odsek 2, písm. c) ZP.

Zamestnávateľ posúdi, či navrhnutá odmena organizačnou zložkou je primeraná a či sú splnené všetky zákonné podmienky na jej vyplatenie. Podrobnejšie upravuje vnútorný predpis zamestnávateľa.

Kedy sa považuje práca nadčas?

Práca nadčas podľa § 97 ZP je práca, ktorá je vykonávaná zamestnancom na jeho **príkaz** alebo **s jeho súhlasom nad určený týždenný pracovný čas** vyplývajúci z vopred určeného rozvrhnutia pracovného času a **vykonávaná mimo rámca rozvrhu** pracovných zmien. Prácu nadčas možno **nariadiť** v rozsahu najviac **150 hodín** v kalendárnom roku a z vážnych dôvodov dohodnúť nad hranicu 150 hodín v rozsahu najviac **250 hodín**.

Na akú dobu sa môže dohodnúť pracovný pomer na dobu určitú?

S účinnosťou od 1. marca 2010 sa pracovný pomer na dobu určitú môže dohodnúť **najdlhšie na 2 roky a možno ho**

predĺžiť alebo opätovne dohodnúť v rámci dvoch rokov najviac dvakrát. Ďalšie predĺženie alebo opätovné dohodnutie pracovného pomeru na určitú dobu do dvoch rokov alebo nad dva roky možno len z dôvodov taxatívne uvedených v § 48, odsek 4, Zákonníka práce. Dôvod na predĺženie alebo opätovné dohodnutie pracovného pomeru podľa odseku 4 ZP sa uvádza v pracovnej zmluve. Ide o tieto dôvody:

- a) zastupovanie zamestnanca,
- b) vykonávanie prác, pri ktorých je potrebné podstatne zvýšiť počet zamestnancov na prechodný čas nepresahujúci osem mesiacov v kalendárnom roku,
- c) vykonávanie prác, ktoré závisia od striedania ročných období, každý rok sa opakujú a nepresahujú osem mesiacov v kalendárnom roku (sezónna práca),
- d) **vykonávanie opatrovateľskej služby podľa osobitného predpisu,**
- e) **vykonávanie prác, pre ktoré sa vyžaduje vzdelanie umeleckého smeru,**
- f) **vykonávanie prác tvorivého zamestnanca vedy, výskumu, vývoja,**
- g) vykonávanie prác dohodnutých v kolektívnej zmluve.

Bez dôvodov uvedených v § 48, odsek 4 možno predĺžiť alebo opätovne dohodnúť pracovný pomer na určitú dobu do dvoch rokov alebo nad dva roky **len v tom prípade, ak to ustanovuje zákon alebo medzinárodná zmluva.**

*Vypracovala a rubriku vedie:
JUDr. Mária Mistríková*

Vzdelávanie

Projekt CIEVY – cieleňé vysvetľovanie cievnych chorôb a vaskulárnej medicíny

Peter Gavorník

II. interná klinika LFUK a UNB, Prvé angiologické pracovisko (PAP)

Vedúci lekár Prvého angiologického pracoviska (PAP) v Bratislave inicioval roku 2009 pri príležitosti 35. výročia jeho vzniku (11) spolu so Sekciou angiológov SLK a Slovenskou internistickou spoločnosťou SLS projekt CIEVY pod akronymom **Cieleňé vysvetľovanie cievnych chorôb a cievnych porúch** (8, 9, 10). Jedným z cieľov je optimalizácia vaskulárneho lekárskeho názvoslovia, racionalizácia manažmentu cievnych chorôb a ich efektívnejšia prevencia a liečba. Gestor projektu spolupracuje pritom s Jazykovedným ústavom Ľudovíta Štúra SAV a aktívne spolupracuje pri príprave publikácie Slovenské lekárske názvoslovie (14).

V súčasnej slovenčine existujú dvojice rovnako znejúcich zložených prídavných mien, ktoré sa odlišujú významom, čo sa naznačuje aj tým, že jedno sa píše so spojovníkom a druhé bez spojovníka (1). Napríklad zložené prídavné meno **srdcovo-cievny (kardio-vaskulárny)** zahŕňa význam „srdcový a cievny“, kým zložené prídavné meno **srdcovocievny (kardio-vaskulárny)** vyjadruje význam „týkajúci sa srdcových ciev“.

Prvý typ zložených prídavných mien predstavujú tie, v ktorých sú obe zložky v priraďovacom a rovnocennom vzťahu, pričom význam takýchto prídavných mien je súhrnom významov oboch zložiek (1). **Srdcovo-cievny (kardio-vaskulárny)** je rovnocenným priraďovacím súhrnom významov prídavných mien „srdcový a cievny“. Napr. **srdcovo-cievny systém** (srdcový a cievny systém človeka; obehový systém organizmu); **srdcovo-cievne choroby** (choroby obehového systému; srdcové a cievne choroby; choroby srdca a ciev; srdcové necievne aj srdcové cievne choroby „centrálnej“ vencovitej srdcovej cirkulácie a choroby „periférnej“ artériovej a vénovej krvnej cirkulácie a lymfovej cievnej cirkulácie organizmu); **srdcovo-cievne**

poruchy (srdcové a cievne poruchy; srdcové necievne aj srdcové cievne poruchy „centrálnej“ srdcovej cirkulácie a poruchy „periférnej“ cievnej cirkulácie; poruchy srdca a poruchy ciev) (14). Teda všeobecne – **k cievny (vaskulárnym) chorobám** nepatria srdcové necievne choroby (napr. niektoré vrodené chyby srdca, chlopňové chyby srdca, perikarditída, kardiomyopatie, myokarditída atď.), hoci aj tieto patria medzi kardio-vaskulárne choroby.

Druhým typom sú tie zložené prídavné mená, ktoré vznikli z dvojslovných pomenovaní, a to zo spojenia prídavného mena s podstatným menom, napr. srdcová cieva: **srdcovocievny (kardiovaskulárny)**. Zložky týchto prídavných mien nie sú v priraďovacom, ale v podraďovacom vzťahu a píšú sa bez spojovníka (1). Napr. **srdcovocievny systém** (systém srdcových ciev; systém vencovitých ciev; systém koronárnych ciev; „centrálna“ koronárna cirkulácia; srdcový cievny systém); **srdcovocievne choroby** (choroby srdcových ciev); **srdcovocievne poruchy** (poruchy srdcových ciev) (14). Teda srdcovocievne choroby tvoria len časť srdcovo-cievnych chorôb a len jednu orgánovú časť (približne 1 % všetkých orgánových a tkanivových oblastí) cievnych chorôb.

Efektívna komunikácia, t. j. účinná výmena a prenos informácií, sa predovšetkým v odborných kruhoch nezaobíde bez jednoznačného jazyka, spoľahlivo formulujúceho metódy a výsledky najnovších výskumov.

Opakom takého vyjadrovania je priveľký komunikačný šum v podobe príliš variantného terminologického aparátu, ktorý zažíva ne jeden jazyk v mnohých vedeckých oblastiach (15). Komunikačný šum v medicíne však môže spôsobovať nielen nevýznamné nedorozumenie, ale aj chyby s vážnymi zdravotnými, sociálnymi a ekonomickými následkami. Imperatívom

je teda systematická starostlivosť o terminológiu daného odboru.

Cievne choroby srdca („centrálnej“, koronárnej cirkulácie) a cievne choroby iných vnútorných orgánov a tkanív „periférnej“ cirkulácie človeka sú v súčasnosti najrozšírenejšie, najzávažnejšie a najpálčivejšie problémy celého sveta, vrátane Slovenskej republiky (**angiopandémia tretieho milénia**) (3, 7). Môžu postihovať rôzne druhy a typy krvných ciev (**artériové cievne choroby**, ktorými sa zaoberá **arteriológia**; **vénové cievne choroby** – **flebológia**; choroby **malých ciev** – **mikrocirkulatológia**; **mikroangiológia**) a lymfových ciev (**lymfové cievne choroby** – **lymfológia**) a sú podmienené buď funkčnou poruchou (**funkčné cievne choroby**) a/alebo organickou štruktúrnou poruchou (**organické cievne choroby**). Pri postihnutí viacerých až všetkých ciev sa hovorí o **generalizovaných (systémových) cievnych chorobách**, pri postihnutí ciev jedného orgánu alebo tkaniva sa hovorí o **lokalizovaných (regionálnych, orgánových) cievnych chorobách** (3, 7). Treba zdôrazniť, že väčšina cievnych chorôb patrí medzi systémové organické cievne choroby a že prakticky žiadna cievna choroba, vrátane aterosklerózy, nie je špecificky srdcovocievna (lokalizovaná len na srdcové cievy). Rozdielna je však vnímavosť (senzitivita; reaktivita) jednotlivých orgánov a tkanív na cievne krvné zásobenie. Najzávažnejšie sú tie systémové organické stenotizujúce (obliterujúce) cievne choroby, ktoré postihujú vitálne dôležité orgány, teda choroby ciev srdca (**kardiovaskulárne choroby**), choroby ciev mozgu (**cerebrovaskulárne choroby**) a choroby ciev pľúc (**pulmovaskulárne choroby**). Klinicky významné sú aj končatinovocievne choroby (**extremovaskulárne choroby**), ktorých nová klinicko-etiológicko-anatomicko-patofyziologická klasifikácia by mala prispieť k podstatnému skvalitneniu manažmentu tejto choroby (12). Ďalej sú to obličkovocievne (**renovaskulárne choroby**), abdominálne mezenterické (**mezenterické vaskulárne choroby**), genitálne (**genitálnovaskulárne choroby**), očné (**okulovaskulárne choroby**), ušné (**otovaskulárne choroby**) a cievne choroby všetkých ďalších orgánov a tkanív periférnej cirkulácie. Ischémia až nekróza tkanív a orgánov spôsobuje nielen akútne zlyhanie a/alebo chronické zlyhávanie postihnutého orgánu, ale obvykle aj negatívne ovplyvňuje funkcie a štruktúry ďalších častí organizmu (3, 7).

Kardinálny význam v patogenéze cievnych i necievnych chorôb majú predovšetkým endotelové cievy bunky, ktoré patria medzi esenciálne zložky nielen cievnej a cirkulačnej regulácie, ale aj homeostatickej regulácie neuro-endokrinného systému. Už minimálna kvalitatívna a/alebo kvantitatívna zmena niektorej z jej mnohostranných funkcií (**dysfunkcia endotelu**) môže spôsobiť vážne poruchy rôznych orgánov a tkanív až fatálne následky celého organizmu (3, 4, 7).

Záver

Približne polovicu všetkých úmrtí populácie Európskej únie (13), vrátane Slovenskej republiky (16) spôsobujú srdcovocievne choroby (choroby obehového systému; choroby srdca a ciev), ktoré sú na 1. mieste mortality. Z toho asi polovica úmrtí je na srdcovocievne choroby (choroby srdcových ciev; koronárna choroba srdca) a druhá polovica úmrtí je spôsobená periférnymi cievnyimi chorobami (chorobami periférnej cirkulácie), predovšetkým mozgovocievnyimi, pľúcnicievnyimi a končatinocievnyimi chorobami. Ďalšia asi štvrtina všetkých úmrtí je na zhubné nádorové choroby, ktoré sú na 2. mieste mortality (13, 16). Aj keby sme nebrali do úvahy ďalšiu skutočnosť, že angiogenéza má veľký význam pri vzniku a progresii zhubných nádorových chorôb, tak platí, že **cievy, cievne choroby a cievne poruchy** sú najväznejším a najaktuálnejším problémom nielen internej medicíny, angiológie a kardiológie, ale takmer všetkých klinických medicínskych odborov. Internista-angiológ by mal byť hlavným koordinátorom manažmentu cievnych chorôb periférnej cirkulácie (2, 5, 6, 7). **Angiológia/vaskulárna medicína** je samostatný špecializovaný odbor internej medicíny (vnútorného lekárstva), ktorý sa zaoberá najmä diagnostikou, posudzovaním, prevenciou, liečbou i výskumom cievnych chorôb a porúch periférnej cirkulácie (angeion – cieva, logos – náuka, teda náuka o cievach). Angiológia je „dcérou“ svojej „matky“ – internej medicíny a je jej integrálnou súčasťou (2, 5, 6, 7, 17, 18). Je jedinou špecializáciou internej medicíny, ktorá umožňuje komplexný a integrujúci pohľad na pacienta, keďže cievy sú okrem malých výnimiek vo všetkých tkanivách a orgánoch organizmu človeka.

Hlavným cieľom projektu **Cielené vysvetľovanie** cievnych chorôb a cievnych porúch je zníženie súčasnej vysokej vasku-

lárnej morbidity a vysokej vaskulárnej mortality v Slovenskej republike. Publikovaná časť projektu **Cievy** má prispieť k zlepšeniu komunikácie medzi lekármi, sestrami a ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi, pacientmi i celej verejnosti, k optimalizácii slovenského lekárskeho názvoslovie a k účinnej prevencii cievnych chorôb (**angioprevencii; vaskulárnej prevencii**). Chráňme si naše cievy! Ochranou ciev si chránime aj naše orgány a tkanivá.

Literatúra

- Duchková, S.: Pravopis zložených prídavných mien. Kultúra slova, 42, 2008, č. 2, s. 125 – 126.
- Gavorník, P.: Angiológia ako najvýznamnejší špecializovaný (nastavbový) odbor, ale aj integrálna súčasť internej medicíny. Vnitř. Lék., 44, 1998, s. 606 – 608.
- Gavorník, P.: Ateroskleróza a iné choroby tepien. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského – Vydavateľstvo UK, 1999, 216 s.
- Gavorník, P.: Endotel ciev človeka. In: Gavorník, P, Gavorník, P.: Očný ischemický syndróm a iné vaskulárne choroby oka. 1. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského – Vydavateľstvo UK, 2008, 100 s.
- Gavorník, P.: I. slovenský angiologický kongres s medzinárodnou účasťou v Tatranských Zruboch. Koncepcia angiológie. Noninvas. Cardiol., 3, 1994, Suppl. 1, s. S1 – S2.
- Gavorník, P.: Súčasnosť a perspektívy angiológie na Slovensku. Založenie samostatnej angiologickej spoločnosti v Slovenskej republike. Noninvas. Cardiol., 1993, č. 2, s. 136 – 137.
- Gavorník, P.: Všeobecná angiológia. Angiologická propedeutika. Cievne choroby. 2. vyd. Bratislava: Univerzita Komenského – Vydavateľstvo UK, 2001, 268 s.
- Gavorník, P.: Cielené vysvetľovanie cievnych chorôb a cievnych porúch. Interná med., 9, 2009, č. 6, s. 326 – 327.
- Gavorník, P.: Cielené vysvetľovanie cievnych chorôb a cievnych porúch. „Srdcovocievne choroby“, „srdcovo-cievne choroby“, „srdcovocievny systém“, „srdcovo-cievny systém“, „srdcovo-cievne abnormality“, „srdcovocievne poruchy“, „kardiovaskulárne choroby“, „kardiovaskulárna medicína“ – počujeme a čítame to denne. Vieme, o čo ide? Cardiol., 18, 2009, č. 5, s. K/C84 – 85.
- Gavorník, P.: Cielené vysvetľovanie cievnych chorôb a cievnych porúch. Vnitř. Lék., 55, 2009, č. 10, s. 996 – 997.

- Gavorník, P.: Prvé angiologické pracovisko. 35. výročie vzniku prvého klinického angiologického pracoviska v Slovenskej republike. Cardiol., 18, 2009, č. 2, s. K/C 40 – 41.
- Gavorník, P.: Končatinocievne ischemické choroby. B 2.1/1 – 92. In: Gavorník, P., Hrubíško, M., Rozborilová, E. (Eds.): Diferenciálna diagnostika kardio-vaskulárnych, respiračných a hematologických ochorení. 1. vyd. Bratislava: Josef Raabe; 2010, 300 s.
- Graham, I., Atar, D., Borch-Johnsen, K. a spol.: European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Executive summary. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. (Constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur. Heart J., 28, 2007, č. 19, s. 2375 – 2414.
- Kadlec, O. (Ed.): Slovenské lekárske názvoslovie. Slovak medical terminology. Nomina medica slovacica. Diel V – Choroby. C14. Kardio-vaskulárne choroby. Bratislava: Vydavateľstvo Asklepios, 2010. V tlači.
- Levíková, J.: Slovenská terminologická databáza. Kultúra slova, 42, 2008, č. 3, s. 139 – 156.
- Národné centrum zdravotníckych informácií. Ročenka 2007. NCZI. Bratislava: 2008, 66 s.
- VAS (Vascular Independent Research and Education European Organization). Available from: <http://www.vas-int.org>
- Všeobecná angiológia (General angiology) 2001, 2002. Odborný lekársky časopis o vaskulárnej medicíne (cievnych chorobách a poruchách krvnej a lymfatickej cievnej cirkulácie). ISSN 1336-0299.

Do redakcie došlo 1. 11. 2010.

Adresa autora: Doc. MUDr. Peter Gavorník, PhD., mim. prof., II. interná klinika LFUK-UNB, Prvé angiologické pracovisko (PAP), Mickiewiczova 13, 813 69 Bratislava
e-mail: gavornik@faneba.sk

Úvaha

Čo by asi na to Jeho Magnificencia Ján Jessenius z Turca

Milan Žuffa

Budúci rok to už bude 390 rokov od smrti slovenského vzdelanca, lekára, učiteľa a vedca Jána Jessenia z Turca (1566 – 1621), rektora Pražskej a Witemberskej univerzity, osobného lekára cisára Rudolfa II. Ján Jessenius bol po bitke na Bielej hore popravený s mnohými českými národovcami. Jeho zásluhy o cisárovo zdravie boli odmenené tým, že jeho telo bolo rozštvrtené až po smrti, a nie zaživa ako u ostatných. Životné dielo Jána Jessenia sa opakovane veľmi kladne zhodnotilo. Ja by som chcel vyzdvihnúť na tú dobu revolučný medicínsky čin, ktorý urobil v dobe plnej spoločenských predsudkov – prvú verejnú pitvu (Praha, 1600). Aké nedorozumenie poučenia získala medicína z pitiev, upresňovaním diagnóz histologizáciou tkanív a iných ďalších vysokošpecializovaných vyšetrení, nemusím pripomínať. Bolo by dobre, keby nám dielo Jána Jessenia pripomínalo aj iné, ako meno martinskej lekárskej fakulty.

Viem, že moderné vyšetrovacie metódy veľmi markantne zredukovali diagnostickú potrebu patologickoanatomických pitiev, ale nie až natoľko, ako to vidíme dnes. Budem tu citovať extrémny prípad, ale typický. Išlo o pacienta s ťažkou periférnou a centrálnou neuropatiou, ktorá bola zapríčinená reakciou na anaplastický adenokarcinóm veľkosti špendlíkovej hlavičky (1). Môj učiteľ vnútorného lekárstva primár Mensatoris vždy zdôrazňoval, že pre seriózne pracujúceho lekára patológ nie je žalobcom, ale obhajcom. Pitvanosť vtedy na našom oddelení bola minimálne 90 %.

Negatívne stanovisko k pitvám majú často klinici, príbuzní (z pochopiteľných dôvodov), ale niekedy aj patológovia. Nedá sa predpokladať, že by diagnostická výťažnosť pomocou vyspelejšej vyšetrovacej techniky bola napr. vo Švédsku nižšia ako u nás, ale aj tak sa tam v nemocniciach pitve okolo 70 % chorých. V našich veľkých nemocniciach je to menej ako 30 % – kým v malých nemocniciach sa prakticky pitvy nerobia! Pritom najnovšie práce hlavne

Správa

Správa o rokovaní Európskeho fóra lekárskejších spoločností a Svetovej zdravotníckej organizácie – Petrohrad 19. – 21. 9. 2010

V dňoch 19. – 21. septembra 2010 privítal Petrohrad, nazývaný pre svoju mimoriadnu krásu Benátky severu, 150 účastníkov z rôznych krajín Euroregiónu WHO na **Fóre EFMA** (Európske fórum lekárskejších spoločností – European Forum of Medical Associations) a **WHO** (Svetová zdravotnícka organizácia – World Health Organisation).

Toto stretnutie sa koná každoročne od roku 1984 (www.efma-forum.org, www.efma-forum.com), keď na podnet WHO vzniklo s úmyslom mať priamy živý kontakt s lekárskou európskou obcou. Prvé fórum sa konalo v Kodani roku 1984 a venovalo sa programu WHO Health for all in Europe. Na terajšom podujatí oboznámila nová regionálna riaditeľka pani **Zsuzsanna Jakab** s novou víziou WHO **New European Health Policy: Health 2020** a s viacerými ďalšími prednáškami jej spolupracovníkov Dr. Nedret Emiroglu na tému **Chronic non-communicable diseases**

a Dr. Davida Mercera **Influenza H1N1: status report and discussion**. Pani Jakab sa celý život venuje problematike verejného zdravotníctva, prvý raz zastáva takúto funkciu odborníka, ktorý nie je lekárom. Zvláštny blok tvorili prednášky pracovníkov WHO z **European Observatory** venované úlohám tejto inštitúcie so zameraním na postavenie pacienta, migráciu lekárov v Európe a zdravotnému poisteniu. Ruská lekárska spoločnosť využila možnosť prezentovať pred medzinárodným fórom svoje skúsenosti z budovania systému rýchlej zdravotnej služby na území Ruska z hľadiska guidelineov a samotnej logistiky systému a o ochrane zdravia pracujúcich v Ruskej federácii. Samostatné prednášky sa venovali problematike zdravého životného štýlu, či už v podobe programu Change4life realizovanom v súčasnosti Britskou lekárskou spoločnosťou za podpory známeho televízneho seriálu Simpsonovci



Obrázok 1. Rokovanie generálnej riaditeľky Euroregiónu WHO pani Zsuzsanny Jakab, generálnej sekretárky EFMA pani Leah Wapner z Izraelskej lekárskej spoločnosti a pána Aruna Nandu z WHO s predstaviteľmi Ruskej lekárskej spoločnosti.

alebo výmenou skúseností o boji s pandémiami fajčenia, alkoholu a obezity v rôznych krajinách Euroregiónu. Rusko samo patrí ku krajinám, ktoré sú v spotrebe tabakových výrobkov a alkoholu na čele. Predstavitelia WHO konštatovali, že **WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)**, ktorá vznikla vo februári 2005, podpísalo doteraz 46 krajín a chýba už len malá skupinka, ktorú sa snažia pre túto iniciatívu získať. Mimoriadne ocenenie WHO dostal turecký premiér za svoju úspešnú aktivitu v boji proti fajčeniu v Turecku. Zvláštnu pozornosť venuje WHO očkovaniu ako významnému faktoru v prevencii mnohých ochorení, kde reba v rámci Euroregiónu stále vnímať problematiku prevencie chrípky, poliomyelitídy, osýpok a iných ochorení ako výzvu.

Súčasťou fóra sú každoročne workshopy a referáty o zdravotných systémoch niektorých krajín. Tohtoročné workshopy boli tri. Prvý pripravila Izraelská lekárska spoločnosť, Dr. Ran Balicer predniesol úvodný referát na tému **Social Disparities in Health**. Dôležitým posolstvom pre lekárov bolo konštatovanie, že znižovaním rozdielov v zdraví prispejeme k oveľa významnejšiemu zlepšeniu zdravotného stavu obyvateľstva ako zavádzaním nových technológií. **Solidarita, dostupnosť a rovnosť v prístupe k zdravotnej starostlivosti ostáva významným faktorom pri skvalitňovaní zdravotných systémov v Európe.** Ďalší workshop sa venoval pod taktovkou Nemeckej lekárskej spoločnosti a Portugalskej lekárskej spoločnosti problematike **Patient Safety: From Medical Liability to Critical Incident Reporting**. Dr. Diego Bartolo, Dr. Christian Thomeczek a Dr. Julia Rohe referovali o právnej zodpovednosti poskytovateľov voči pacientov a o rozvoji systémov zaznamenávajúcich a vyhodnocujúcich chyby a omyly v zdravotných systémoch. CIRS (Critical Incident Reporting System) vznikol prenesením skúseností z letectva do praxe zdravotných systémov. Roku 1995 Švajčiarsko ako prvé začalo rozvíjať zber potrebných dát o chybách a omyloch, roku 2000 sa pripojili k tejto iniciatíve USA. Veľká Británia roku 2003 zverejnila vyhodnotenie 500 000 zozbieraných pochybení v zdravotníckej praxi a roku

2005 Nemecko implementovalo CIRS do praxe nemeckých nemocníc (viac informácií na www.cirmsmedical.de). Zber údajov je v nemeckom systéme povinný, zadávanie je anonymné, okamžité a na záver dostáva zadávateľ vyrozumienie o opatreniach, ktoré majú do budúcnosti problému zabrániť. Iniciatíva má pomáhať skvalitňovať systém v záujme bezpečnosti pacienta podľa motta „toto sa nemalo stať, nechcem, aby sa to opakovalo“. Systém sa neodvíja od existencie guidelinov danej krajiny, je nezávislý. Určite je hodný povšimnutia aj v našich podmienkach. Posledný workshop pripravila Ruská lekárska spoločnosť na tému **Information Management Systems in Health**, prednášky predniesli prof. Oleg Medvedev, prof. dr. Rolf Engelbrecht, Mr. Konstantin Chebotaev a prof. Ivan Emelin. Zaujímavým prvkom práce je v Rusku satelitný systém, ktoré sprostredkuje kontakt lekára a pacienta v tejto veľkej krajine síce za primeranú úplatu, zato však bez ohľadu na vzdialenosť. Časť získaných honorárov ide správcovi siete (20 %), zvyšok tvorí honorár lekára. E-health, M-health a iné formy elektronického skvalitňovania lekárskej praxe sú požiadavkou doby a napriek svojej finančnej náročnosti sa nezadržateľne v Euroregióne rozvíjajú.

Budúcoročné fórum bude v júni 2011 v Bruseli, pozvanie Belgickej lekárskej spoločnosti sme prijali a tešíme sa na ďalšie stretnutie s kolegami z iných lekárskejších spoločností a WHO, ktorej týmto ďakujeme aj za významnú finančnú podporu pri účasti delegácie Slovenskej lekárskej spoločnosti na podujatí v Petrohrade.

*MUDr. Irina Šebová, CSc., MPH
vedecká sekretárka
Slovenskej lekárskej spoločnosti*

švajčiarskych autorov (2) dokazujú na veľkých súboroch, že klinicky sa nesprávne diagnostikuje 1,8 % neurologických ochorení, 3,8 % onkologických, 12,9 % infekčných a 18,7 % kardiovaskulárnych. Takých publikácií je viac. Aj keď na druhej strane seriózne štúdie dokazujú, že počet klinicky nesprávne diagnostikovaných ochorení vo vyspelých krajinách za posledné roky klesá, predsa sa patologickoanatomické pitvy u nich nedostávajú na perifériu záujmu tak ako u nás. Naše niektoré staršie publikácie zásluhou vynikajúceho patológa doc. Horvátha sa dodnes citujú v prominentných zahraničných časopisoch aj preto, lebo veľké klinické súbory sú kontrolované serióznou nekroptickou dokumentáciou. Iste je raritná nedávna kazuistika z prominentného klinického pracoviska, ktorá ukazuje, že ani precízne vyšetrenia doplnené patologickoanatomickou pitvou nemusia s istotou ochorenie diagnostikovať (3).

Mali by sme mať na zreteli to, čo napísal múdry patológ: „V pitve možno vidieť poslednú službu zomretého v prospech nás živých a v prospech ďalšieho pokroku medicíny.“

Literatúra

1. Bickerstauff, E.R., Wool, A.R.: Carcinomatous sensory neuropathy associated with pin head sized anaplastic carcinoma and plasma cell „encephalitis“. *Birmingham Med. Rev.*, 1958, č. 20, s. 355.
2. Thurnheer, R., Hoess, C., Moll, C. a spol.: Diagnostic performance in a primary referral hospital assessed by autopsy: evolution over a ten – year period. *Eur. J. Internal. Med.*, 2009, č. 20, s. 784.
3. Chvojka, J., Kružecký, J., Raděj, R. a spol.: 24letý muž s horečkami, multiorgánovou dysfunkciou a rýchle progresujúcim ARDS. *Vnitr. Lek.*, 2009, č. 55, s. 991.

Do redakcie došlo 1. 10. 2010.

Adresa autora:
MUDr. Milan Žuffa, CSc.,
Liptovský Mikuláš
e-mail: zuffa@centrum.sk

Úvaha

Ako ďalej? Ako zdokonaľovať zdravotníckych pracovníkov?

Ivan Hulín

O budúcnosti vzdelávania, vedeckého bádania, a teda aj o budúcnosti medicíny z pohľadu experimentujúceho lekára som predniesol niekoľko prednášok na pôde Slovenskej akadémie vied, na Prírodovedeckej fakulte UK a aj na domácej pôde. Dovoľujem si preto predložiť niektoré skutočnosti, o ktorých som sa pri príprave prednášok budúcnosti vedy a medicíny z pohľadu experimentujúceho lekára zamýšľal. Dovolil som si sformulovať ich ako voľnú odpoveď na otázku – ako ďalej.

Prvou zásadnou otázkou v medicíne, v zdravotníctve je to, že sa musíme zdokonaľovať v tolerancii. Byť tolerantným voči skutočnostiam, ktoré sú mimo rámca občianskych nepísaných pravidiel, nie je jednoduché. V nemocnici sa nemôže chorý človek vzdať svojej identity. Myslím návykov, spôsobov, názorov, náboženských zvyklostí, ani vzťahu k iným osobám. V chorobe je človek niekedy extrovertom, inokedy introvertom. Niektorí sú rád, keď môže svoje problémy opakovanne pertraktovať. V každom smere je tu dosť dôvodov pre zdokonaľovanie. Človek môže dospieť k tolerancii skúsenosťou, čítaním a pozorovaním. Ide však o dlhodobý proces, ktorý sa nehodí do súčasnosti. Preto si myslím, že prvou témou by malo byť štúdium a výchova. Pod výchovou si predstavujem získavanie praktických návykov s toleranciou. Ide o to, aby to neboli iba teoretické poznatky, ale aj reálna skúsenosť a uplatňovanie vlastnej spôsobilosti v kontakte s chorým človekom.

Druhou požiadavkou by mohla byť komunikácia s iným človekom. Celosvetovo sa akosi „ustanovuje“ spôsob komunikácie tých, ktorí riadia najrôznejšie rozhovory. Myslím redaktorov, spravodajcov, tých, ktorí v médiách kladú otázky vybraným ľuďom a často ich nenechajú ani jednu myšlienku dopovedať. Ich slovný prejav, rýchlosť hovorenia a melódia reči sú najhrubšou deformáciou nielen v slovenčine, ale aj vo všetkých jazykoch, v ktorých možno zachytiť vysielanie v médiách. Ide nielen o národné jazyky, ale aj o tzv. medzinárodné jazyky. Obyvateľstvo

má tendenciu preberať tento spôsob hovorenia, ktorý je poznačený náhlivosťou a nedočkavosťou. Chorý a starý človek sa už neponáhľa. A kam by sa aj ponáhľal. Celý život utekal, kalkuloval s časom a napokon v chorobe ho nikto ani nevypočuje. Komunikácia a jej nácvik by mali byť druhým problémom. Mohli by do toho byť zahrnuté jazykové cvičenia, prednes napísaného textu, rozhovor a získavanie informácií formou otázok.

Tretím okruhom by malo byť štúdium logiky. Myslím základov logiky. Starostlivosť o chorého človeka prináša so sebou veľa úkonov, ktoré majú povahu opakujúcich sa činností. Bez základov logiky sa starostlivosť stáva službou, servisom. Pochopenie umožňuje skôr logická analýza skutočností, s ktorými sa zdravotnícky pracovník stretáva. V štúdiu by sa mohli využiť riešenia zložitých príkladov. Postavuje písomná forma, ktorá by bola užitočná pre získanie základov logiky bez hlbokého teoretického štúdia.

Štvrtým okruhom by mala byť psychológia. Pre pochopenie uvažovania a myslenia chorých je potrebná vyššia úroveň poznatkov z psychológie. Takáto príprava uľahčuje pochopiť hierarchiu hodnôt chorého človeka s veľmi rozdielnym vzdelaním a rozdielnou mentálnou úrovňou.

Piatym okruhom by mali byť základy naratívnej medicíny. Zdravotnícky pracovník je v priamom rozhovore s chorým človekom asi dvadsaťnásobne dlhšie ako ošetrojúci lekár. Táto skutočnosť vytvára nové možnosti pre sledovanie nielen pacienta samotného, ale aj pre sledovanie účinku liekov a pre sledovanie progresie ochorenia. Pre túto činnosť by mal byť pripravený systém teoretickej prípravy. Zdokonaľovanie by umožnilo získať mimoriadne cenné informácie nielen o zdravotnom stave, ale aj o širokom komplexe paralelných dejov v súvislosti s chorobou a s chorým.

Šiestym okruhom by mala byť vzájomná komunikácia lekára a zdravotníckeho pracovníka. Pri zvládnutí tohto problému by malo ísť o viac ako iba o poskytnutie informácií, ale aj o vyjadrenie názoru, ktorý vzniká v priebehu hospitalizácie konkrétneho pacienta. Do oblasti komunikácie patrí aj pripravenosť pre pochopenie zmyslu vedeckého bádania. Pozorovanie je jeho prvým krokom. Zdravotnícky pracovník má veľký priestor

pre pozorovanie. Svoje názory by mal dokázať formulovať do ucelených celkov. Na to je potrebné neustále prehlbovanie aj odborných vedomostí z medicíny.

Záver

Zdokonaľovanie zdravotníckych pracovníkov je veľmi dobrou, racionálnou a užitočnou investíciou. Život sa však evolučne nevyvíja tak, že by sa plynule menil z jednej formy na inú. Nový štart je dobrou skutočnosťou. Niekedy je vhodné oddeliť staré od nového aj v záujme odpútania sa od toho, čo je ťaživé. Ľahšie je však odpútať sa, ako vykročiť do nového. Skôr ako vstúpime do nového, mali by sme stimulovať uvažovanie. Myslím proces, v ktorom si všetko premyšľáme, prehodnotíme – pravda bez tabuliek a bez štatistiky. Presné čísla o tom, čo bolo, by nám aj tak boli nanič. Prehodnotiť fakty na dobré a nevhodné je asi lepšie. O tom, čo bolo, a aj o tom, aké to bolo, sa opakovanne hovorí na vedeckých podujatiach a aj literatúry je v tomto smere dosť. O tom, čo by malo byť, alebo ako ďalej, vyslovujeme názory a niekedy aj niekoľko návrhov formulovaných do niekoľkých viet. Teraz by nám však malo ísť o to, aby sme predostreli predstavu – ako ďalej. Mala by to byť vízia pre budúcnosť. Starostlivosť o chorých ani dnes – ani v budúcich rokoch nezlepšia farmaceutické firmy. Tie môžu zdokonaľiť používané prostriedky, zariadenia, technické vybavenie, ale „živú“ osobnú starostlivosť nezdokonalia. Prístrojová technika, priestorový komfort alebo výpočtová technika ostanú vždy len podporné systémy. Primárnu úlohu má zdravotnícky pracovník. Pri ambulantnej, nemocničnej aj opatrovateľskej starostlivosti rozhoduje zdravotnícky pracovník o tom, aký bude život chorého človeka.*

Do redakcie došlo 1. 10. 2010.

Adresa autora:
Prof. MUDr. I. Hulín, DrSc.,
Ústav patologickej fyziológie LFUK,
Špitálska 24, 813 72 Bratislava, Slovensko
e-mail: ivan.hulin@fmed.uniba.sk

* Úvahu napísal autor na základe výzvy prof. Čierneho a dr. Mácovej

Kronika Monitoru medicíny SLS

Profesor MUDr. Dezider Velits (Velič) 1860 – 1921

Riaditeľ Kráľovskej babskej školy v Bratislave MUDr. Ján Ambro (1827) odišiel na večnosť dňa 15. mája 1890. Prechodné školu viedol MUDr. Jozef Bartsch. Dňom 5. októbra 1890 nastúpil na miesto riaditeľa Kráľovskej babskej školy MUDr. Dezider Velits, rodák zo Sedmohradska. Narodil sa dňa 23. apríla 1860 v Kluži v rodine inžiniera. Tento rok si pripomíname 150. výročie jeho narodenia.

Priezvisko Velits (Velič) naznačuje, že rod Velitsovcov mal korene na území dnešného Slovenska, v malej dedinke Turčianskej stolice Lázsóffalva (dnes Laclavá). Odtiaľ pochádza aj Deziderom Velitsom používané šľachtické meno (predikát) Lászlófalvi (Orban, 1889). Dezider bol pravnikom lekárnikom Samuela Velitsa v mesetčku Torda (dnes Turda) v Rumunsku.

Základné vzdelanie získal Dezider Velits v rodnom meste, kde maturoval 1879 roku. Napriek tomu, že mal možnosť byť medikom doma na Lekárskej fakulte druhej univerzity založenej roku 1872 v Koložvári, zapísal sa na štúdium lekárstva do Budapešti. II. – VI. semester však absolvoval v Koložvári.

Na ďalší vývoj lekára Velitsa mal rozhodujúci vplyv len o deväť rokov starší profesor – pôvodom tiež z Koložváru Vilmos Tauffer (1851 – 1934). Vzdelaný a kvalifikovaný Tauffer bol v období 1876 – 1878 asistentom profesora Hegara (1830 – 1914), špičkového európskeho odborníka v pôrodnictve vo Freiburgu, ktorý bol zakladateľom operačnej gynekológie v Uhorsku. Prof. Hegar sa stal roku 1881 univerzitným profesorom a prvým prednostom novozaloženej II. pôrodnickej kliniky v Budapešti. Prednostom I. kliniky bol profesor Kézsmarsky (1842 – 1902), rodák zo Spišského Podhradia (Kiss, 2002).

Medik Velits už roku 1882 pravidelne navštevoval Taufferovu kliniku. Preto sa nemôžeme čudovať, že po promócií roku 1885 zostal na tejto klinike. Bolo to obdobie rozvoja operačnej gynekológie, obdobie rozmachu exstirpácií vaječníkových nádorov. Roku 1877 vyšla priekopnícka práca Olshausena (1835 – 1915) „Die

Krankheiten der Ovarien“ s prvým pokusom o klasifikáciu tumorov ovária (Scipiades, 1925). Tauffer správne rozpoznal, že ďalší vývoj gynekológie závisí vo veľkej miere od rozvoja histopatológie, a preto v tomto smere inicioval aj najmladšieho člena svojej kliniky Velitsa.

Preto dr. Velits dva roky usilovne navštevoval histopatologický „ústav“ mimo-riadneho profesora Viktora Babesa (1854 – 1926), prosektora nemocnice Stefánia v Pešti. Pod jeho vedením histologicky vyšetroval bioptický materiál pochádzajúci prevažne od pacientok II. pôrodnickej kliniky (Scipiades, 1925). Prof. Babes sa neskôr vrátil do Rumunska. Už v Budapešti sa stal svetoznámym expertom baktériológie a infektológie. Podľa neho sú pomenované mikroorganizmy patriace medzi výtrusovce – babesie. Sú to parazity zvierat prenášané slinami kliešťa. Nakaziť sa môže aj človek.

Od prof. Babesa si dr. Velits osvojil nielen abecedu mikroskopovania, ale aj schopnosť zachytiť videné „krásnymi kresbami“ (Scipiades, 1925). Dr. Velits svoje publikácie zamerané na patológiu novotvarov vaječníkov aj vlastnoručne ilustroval. Svoje pozorovania dr. Velits uverejňoval na stránkach budapeštianskeho Orvosi Hetilap (lekársky týždenník), ktorý roku 1857 začal vydávať MUDr. Ľudovít Markušovský (1815 Štrba – 1893 Budapešť), rodák zo Štrby. Uverejňoval ich aj v časopise Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin, ktorý roku 1848 založil slávny berlínsky patológ Rober Virchow (1821 – 1902) a na stránkach Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie.

Niektoré zistenia dr. Velitsa podložené histopatologickými nálezmi podľa Scipiadesa patrili k svetovým prioritám. Dr. Velits už roku 1887 poukázal na to, že tzv. papulárne cystómy, ktoré Olshausen vyčlenil zo skupiny glandulových cystómov, možno ďalej diferencovať na tzv. cystadenoma pseudomucinosum papillare (pseudopapilárny cystóm) a na papilárny cystóm. O rok neskôr dr. Velits prvýkrát (Scipiades,

1925) upozornil na to, že mikroskopicky benígne vyzerajúci papilárny cystóm je v skutočnosti malígny novotvar. Vytvára pobrušnicové diseminácie a metastázy v uzlinách retroperitonea. Medzi gynekológmi prevládal nadmerný konzervativizmus so snahou neexstirpovať „zdravo“ vyzerajúci druhostranný vaječník. Bol to dr. Velits, ktorý dôrazne upozornil na to, že „vaječníky sú konsenzuálne orgány“. Ak sa jeden z vaječníkov tumorózne zmení, podobný vývoj možno očakávať aj v druhom vaječníku. Bol zástancom profylaktickej exstirpácie aj druhostranného ovária najmä vtedy, ak je žena po fertílno-m veku.

Doktor Ambro vybudoval v Bratislave pôrodnické oddelenie, bol pôrodníkom, operačnou gynekológiou sa nezaoberal. Dr. Ambro vybojoval aj vybudovanie novej budovy babskej školy, ktorá bola uvedená do prevádzky 1. 1. 1885.

Druhý riaditeľ Školy pre pôrodné asistentky dr. Velits pri nástupe získal ešte nevyužitú druhú poschodie. Ihneď po nástupe požiadal ministra o povolenie rozšíriť profil babskej školy o gynekologickú činnosť. Prijímanie pacientok bolo povolené už 12. novembra 1890. Takto sa dr. Velits stal priekopníkom v Prešporke dovtedy neznámej gynekologickej starostlivosti (Scipiades, 1925). Aby prelomil počiatočnú nedôveru a strach z nemocnice, začal aj bezplatnú, ambulatnú gynekologickú starostlivosť v priestoroch babskej školy.

Dr. Velits čoskoro vypozeroval aj to, že budúce pôrodné baby treba pripraviť predovšetkým na vedenie pôrodu v mimoústavných podmienkach. Len tak dokážu aj v „najchudobnejšej chatrči využiť spôsoby a prostriedky pôrodnickej čistoty“ (Velits, 1896). Preto už v júli 1891 požiadal mestskú radu, aby povolila a podporila „pôrodnické poliklinikum“. Dovtedy mesto zamestnávalo tzv. „pôrodníka chudobných“, ktorý poskytoval prvú pôrodnícku pomoc pre nemajetné vrstvy. Roku 1891 pôrodník zomrel a mestská rada sa rozhodla túto funkciu neobnoviť. Takto ušetrené financie venovali na Velitsovo „poliklinikum“. Roku 1891 – po Budapešti (1882) a Segedíne (1890) aj v Prešporke začalo fungovať „pôrodnické poliklinikum“.

Po výzve o pomoc chudobnú rodičku, šestonedielku, kdekoľvek na území mesta, navštívil asistent babskej školy v sprievode dvoch žiačok školy a poskytli jej odbornú pomoc priamo v byte. Bola to ambulatná forma pôrodnej starostlivosti.

Roku 1896 Velitsov asistent uverejnil skúsenosti „poliklinika“ a konštatoval, že sa skvalitnila nielen výučba babíc, ale aj činnosť už praktizujúcich prešporských babíc (Pápai, 1896).

Riaditeľ dr. Velits roku 1896 vydal 52-stranovú správu o zmenách, činnosti a úspechoch v brožúre „Prešporská uhorská babská škola 1873 – 1894/5“ (A Pozsonyi Magy. Kir. Bábaképezde 1873 – 1894/95, dr. Velits Dezsó. Igazgató tanár, Pozsony, 1896).

Je to jedinečný dokument histórie babskej školy so štatistickými tabuľkami o počte žiačok v jednotlivých ročníkoch, o počte rodičiek na pôrodníckom a od roku 1890 aj na gynekologickom oddelení. Uvedený je aj menný zoznam dovtedajších asistentov, pôdorys jednotlivých poschodí atď.

Od začiatku činnosti školy do konca šk. roku 1894/95 diplom babice získalo 1136 žiačok, 426 slovenskej, 422 maďarskej a 288 nemeckej národnosti. V každom školskom roku boli dva päťmesačné kurzy: október až február v jazyku maďarskom a nemeckom, marec až júl v jazyku maďarskom a slovenskom.

Ako učebnica pôrodnictva sa používala príručka profesora Kežmarského, ktorú do slovenčiny preložil Jozef Bell. Prebehla modernizácia hygienických zariadení, vybavenie laboratória, knižnice, septickej izby. Samozrejme zariadenie nových izieb pre pacientky s gynekologickými ochoreniami. Bol zavedený mestský telefón.

Dr. Kežmarský Teodor (Kézmarsky), slovenský lekár pôrodník (2. 5. 1842 Spišské Podhradie, okr. Spišská Nová Ves – 18. 5. 1902 Budapešť), bol prednosta I. gynekologicko-pôrodníckej kliniky univerzity v Budapešti. Bolo jeho zásluhou, že gynekológiu začali systematicky vyučovať na všetkých lekárskych fakultách v Budapešti a v Uhorsku.

Napriek množstvu organizačnej a pedagogickej práce dr. Velits nezabudol ani v Prešporku na vedecko-publikačnú činnosť. Vždy bol otvorený – niekedy až veľmi – terapeutickým novostiam. Novosťou v 80. rokoch 19. storočia bolo zavedenie kastrácie do liečby osteomalácie – choroby, ktorá deformáciou panvy spôsobovala starosti predovšetkým pôrodníkom. Dnes sa vie, že najčastejšou príčinou nedostatočnej mineralizácie kostného tkaniva pri osteomalácii je nedostatok vitamínu D. Pravidelným prívodom vita-

mínu D zabránime deformitám kostí. Pred érou vitamínov však o etiopatogenéze osteomalácie existovali najbizarnejšie hypotézy. Jedna z nich bola hypotéza Hermana Fehlinga (1847 – 1925) o tzv. trofoneuróze založenej na pozorovaní, že po exstirpácii vaječnikov nastalo u niektorých pacientok vyliečenie (?) osteomalácie. Dr. Velits sa po príchode do Bratislavy stal horlivým zástancom Fehlingovej operácie (ooforektómia). Tu našiel zvýšený výskyt osteomalácie medzi pacientkami zo Žitného ostrova. V rokoch 1891 – 1907 uverejnil štyri práce, v ktorých práca „Ďalšie údaje k chirurgickej (!) liečbe osteomalácie“ uverejnená v časopise Magyar Orvosi Archivum roku 1893 je „základnou monografiou maďarskej odbornej literatúry o osteomalácii“ (Scipiades, 1925). Dr. Velits zostal verný aj svojej láske z Pešti – histopatológii. Na cievnach ovárií odstránených osteomalatickým ženám, „ako prvý vo svetovej literatúre“ (Scipiades, 1925) opísal hyalínové degenerácie.

Inou, perspektívnejšou novosťou poslednej tretiny 19. storočia, sa stala renesancia operácie, ktorá bola známa už v antike – sectio Caesarea – chirurgické odstránenie plodu z maternice (Szabó, 1996). Sporadické pokusy s cisárskym rezom pri nemožnosti pôrodu per vias naturales sa do 70. rokov 19. storočia väčšinou končili smrťou matky. Jednou z príčin vysokej materskej mortality bola tristo-ročná dogma, že ranu maternice po cisárskom reze netreba zašít (Szabó).

Proti tejto dogme vystúpil roku 1882 Säger (1853 – 1903) a nezávisle od neho aj Kehrer (Scipiades, 1925). Tento dokázal, že sutúrou možno zachrániť („konzervovať“) maternicu a nie je nevyhnutná jej amputácia. Amputácie maternice odporúčal roku 1876 Talian Eduard Porro (1842 – 1902). Säger svoj návrh na sutúrou ukončený cisársky rez publikoval ešte ako pôrodník v Lipsku. Neskôr sa stal profesorom pôrodnictva na nemeckej fakulte v Prahe.

Horlivým propagátorom tohto „konzervatívneho“ cisárskeho rezu v Uhorsku bol dr. Velits. Už v druhom roku pôsobenia v Bratislave uverejnil výborný prehľadný článok „O súčasnom stave Sägerovho cisárskeho rezu“ (Velits, 1891).

V prvej časti práce podal literárny prehľad o doterajších výsledkoch Sägerovej operácie, citoval aj údaj z roku 1890. Mortalita 212 Sägerových operácií bola len 23,5 % oproti 44,1 % letality 272 operácií

podľa Poora. V druhej časti práce uviedol kazuistiky dvoch úspešných cisárskych rezov. Prvú sekciu robil ešte v Pešti na Taufferovej klinike 25. septembra 1890 u 32-ročnej sekundipary. Pochádzala z Dúbravy (Liptovská stolica). Druhú operoval už v Bratislave 3. augusta 1891 u 29-ročnej primipary z Nových Zámkov.

Pretože – ako opakovane zdôrazňoval dr. Velits – bola to prvá publikácia v Uhorsku o „konzervatívnom“ cisárskom reze (kým práca bola uverejnená (december 1891), ešte ju doplnil). Uviedol ďalšie prípady Sägerovej operácie. Zo 6 operácií 4 boli vykonané v Pešti (trikrát operoval prof. Tauffer a raz asistent Velits). Dve operácie prebehli v Bratislave. Jeden operatér bol dr. Velits na babskej škole, druhý primár chirurgie dr. Hugo Schmidt, operoval na svojom oddelení Krajinskej nemocnice. Žiaľ o tejto sekcii, ktorá bola na území Slovenska prvá priekopnícka, vieme len to, čo uviedol vo svojej práci D. Velits. Primár Schmidt operoval približne pred rokom (1890) absolútne úzku panvu. Priaznivý bol výsledok pre matku aj dieťa (Velits, 1899).

Roku 1914 v Bratislave vznikla Lekárska fakulta Alžbetínskej univerzity. Riaditeľ babskej školy dr. Velits bol menovaný univerzitným profesorom, riaditeľom Krajinskej nemocnice a prednostom ženskej kliniky. Nastala nová éra v jeho živote. S veľkým nadšením sa pustil do organizačnej práce, aby vytvoril vhodné materiálne aj personálne podmienky pre fungovanie budúcich univerzitných kliník.

Neočakávane vypukla I. svetová vojna, ktorá znemožnila realizovanie vytýčených plánov a predstáv. Sekundárni lekári boli prevelení na front aj s financiami, ktoré boli pôvodne určené pre účely lekárskej fakulty. Narukovať museli aj lekári z dedín a miest, čo malo negatívny dopad na osud gravidných žien a rodičiek. Túto skutočnosť opísal prof. Velits v práci „O vplyve vojny na osud rodičiek“ (Velits, 1916).

Otvorene poukázal aj na situáciu, že okrem odchodu lekárov sa na zvyšovaní počtu zanedbaných pôrodov podieľalo aj nedostatočné finančné ohodnotenie práce babíc. Až 25 % dedinských babíc pracovalo doslova za hladovú mzdu. Špecifickým problémom bola emigrácia tých najkvalitnejších babíc do Ameriky. Absolventky prešporskej babskej školy boli pre svoje vedomosti a ich uhorský diplom v krajine dolárov vysoko ocenené.

Po skončení I. svetovej vojny vznikla v Bratislave Univerzita Komenského. Ako prvá začala svoju činnosť roku 1919 jej lekárska fakulta.

Alžbetínska univerzita sa roku 1919 presťahovala do Pécsu (Pätkostolie, Maďarsko). Prednostom Kliniky pôrodnictva a nemocí ženských LFUK v Bratislave sa stal profesor MUDr. Gustáv Müller. Dňa 24. septembra 1919 prevzal kliniku od profesora MUDr. Dezidera Velitsa. Profesor Müller bol súčasne aj prvým dekanom LFUK v Bratislave. Profesor MUDr.

Dezider Velits zostal v Bratislave, zomrel roku 1921.

MUDr. Ambro sa zaslúžil o budovanie pôrodnictva na Slovensku. Univerzitný profesor založil a rozvíjal na Slovensku konzervatívnu a operačnú gynekológiu.

Títo dvaja významní slovenskí lekári sa zaslúžili o rozvoj ženského lekárstva na Slovensku v jeho začiatkoch. Je stále našou povinnosťou študovať a oceniť ich prácu.

Michal Valent, Ján Štencl

Literatúra

Kiss, L.: Slov. lekár.: 1999, č.12, s. 515 – 517, 2002, č. 7 – 8, s. 290 – 291. Prakt. Gynek.: 2003, č. 1, s. 44 – 47, 2003, 10, č. 3, s. 127. Med. Monitor: 2002, č. 2, s. 12 – 13.

Do redakcie došlo 1. 9. 2010.

Kronika Monitoru medicíny SLS

Prof. MUDr. Eugénia Štekláčová, vedúca Anatomického ústavu LFUK v rokoch 1943 – 1953

Pri príležitosti 90. výročia Lekárskej fakulty sme sa rozhodli hlbšie preskúmať túto etapu existencie anatomického ústavu (AÚ), pretože sme zistili, že vo zverejnených prácach o histórii AÚ LF je obdobie rokov 1943 – 1953 charakterizované veľmi stručne. Čitateľ sa dozvie, že v tomto období bola vedúcou AÚ pani asistentka MUDr. Eugénia Štekláčová, ktorá bola nesmiernie zaťažená pedagogikou, ústav nemal dostatok pedagógov a vedecky nepracoval.

Aj tento dôvod bol podnetom pre podrobnejšie informovanie o vedúcej AÚ MUDr. Eugénii Štekláčovej a o súvislostiach, ktoré nám poskytol archív a ešte žijúci lekári o osobnosti vedúcej ústavu a o podmienkach, v ktorých AÚ vyvíjal činnosť. O dr. Štekláčovej sa chýria takmer legendy. Dost často ju spomínajú, najmä staršie ročníky lekárov, v širokom názorovom diapazóne. Rozhodli sme sa napísať o MUDr. Štekláčovej údaje, ktoré boli dostupné v archívnych materiáloch, poskytnúť širšie informácie lekárskej verejnosti a dať aj možnosť oponentúry alebo korigovania našich údajov ešte žijúcim pamätníkom. A nielen to. MUDr. Štekláčová rozhodne patrí do skupiny lekárov, ktorí obetovali veľkú časť svojho života anatómii. Myslíme si, že v chronológii spomienok na anatómov LF by nemala vzniknúť

medzera a MUDr. Štekláčová si určite spomienku zaslúži.

Po smrti prof. Ladzianskeho bola poverená vedením ústavu dr. Eugénia Štekláčová, ktorá sa narodila 5. 9. 1906 v Braile (Rumunsko). Do ľudovej školy chodila v Rumunsku. Reálne dievčenské gymnázium absolvovala v Banskej Bystrici. Maturovala tam v školskom roku 1926/27. V jeseni roku 1927 začala študovať na Lekárskej fakulte UK v Bratislave. Už v prvom ročníku začala bezplatne pracovať ako volontérka na anatomickom ústave. V tom čase bol vedúcim anatomického ústavu doc. MUDr. Antonín Frank. Na anatomickom ústave pracovala bez honorára a možno aj preto neboli v archíve o nej žiadne úradné pramene. Svedčí to o jej záujme o anatómiu ako o základnom teoreticko-medicínskom predmete.

Z roku 1929 je datovaná žiadosť menovanej o uvoľnené demonštrátorské miesto na ústave normálnej anatómie po MUDr. Prikazskom. Prof. Frank odporučil jej žiadosť vybaviť priaznivo. Menovanú už dva roky poznal a bol spokojný s jej prácou. Odporúčanie s podpisom prof. Franka a pečiatkou ústavu je z 28. 3. 1929. Žiadosť študentky Štekláčovej bola teda schválená a mohla oficiálne pracovať na ústave anatómie. V tom istom roku vážne ochorela. Požiadala o finančný príspevok

na odporúčanú liečbu v sanatóriu. Príspevok na liečbu vo výške 3000 Kčs jej schválilo Ministerstvo školstva a národnej osvety (ďalej MŠANO) v Prahe. V tomto období sa všetky žiadosti vybavovali a schvaľovali len na ministerstve v Prahe. Na jednu z viacerých žiadostí študentky Štekláčovej MŠANO odpovedalo nasledovne: cit. „...MŠANO svoluje, aby dve demonštrátorské miesta na anatomickom ústave, z ktorých jedno je obsadené študentkou lekárstva Eugéniou Štekláčovou a druhé sa uprázdnilo odchodom druhého demonštrátora študenta lekárstva Václava Srdínka, boli spojené do jedného miesta vedeckej pomocnej sily so štipendiom 3600 Kčs ročne...“. Takéto rozhodnutie sa nemohlo urobiť na dekanstve lekárskej fakulty ani na rektoráte univerzity. Taký bol úradný postup v tej dobe. V tomto období funkciu dekana vykonával prof. Lukeš.

Po absolvovaní štúdia medicíny MUDr. Štekláčová zostala verná anatomickému pracovisku a na školský rok 1933/34 požiadala o miesto asistenta na AÚ. Miesto asistenta sa uvoľnilo po odchode MUDr. Václava Srdínka. Žiadosť odporučil prof. Frankenberger, profesorský zbor LFUK a aj rektorát UK v Bratislave. Aj napriek protestom prof. Frankenbergera MŠANO žiadosť dvakrát zamietlo. Dalo podmienku, aby bolo na fakulte 10 % asistentkých miest voľných. Ak bude splnená táto podmienka, potom ustanoví MUDr. Štekláčová za asistentku. Asistentúra MUDr. Štekláčovej bola odsunutá.

Po tomto neúspechu sa rozhodla požiadať o štipendium v Rumunsku. Pochádzala z tejto krajiny, ovládala jazyk a mala tam aj odborné kontakty. Štipendium dostala. Pracovala tri mesiace na rôznych

anatomických ústavoch v Rumunsku. Po návrate sa opäť usilovala získať asistentúru na AÚ Lekárskej fakulty v Bratislave. Aby dokázala úprimný záujem o anatómiu, a tým aj urýchlila menovanie na asistentké miesto, písomne oznámila na MŠANO, že sa vzdáva 40 % svojho služobného platu. Roku 1935 MŠANO nariadilo učťárni univerzity uvedené zníženie platu a až potom súhlasilo s ustanovením MUDr. Štekláčovej za asistentku AÚ Lekárskej fakulty v Bratislave.

Po odchode prof. Frankenbergera vedúcim ústavu sa stal prof. MUDr. Július Ledényi-Ladziarsky. MUDr. Štekláčová naďalej pokračovala vo svojej práci. Vysoko uznávala pedagogickú aj vedeckú prácu svojho nového vedúceho. Po roku 1939 sa prof. Ladziarsky a MUDr. Štekláčová dostávali do konfliktov s niektorými ľuďmi, ktorí boli pronemecky orientovaní. Prof. Ladziarsky a aj MUDr. Štekláčová stáli na opačnej strane. O zmyšľaní MUDr. Štekláčovej svedčia aj archívne údaje z júla roku 1942. Citujeme: „...na vtedajšieho dekana prof. Čárskeho sa obrátil nemecky študentský spolok (Deutsche Studentenschaft in der Slowakei) a sťažoval sa v mene troch poslucháčov medicíny nemeckej národnosti na MUDr. Štekláčovú z protinemeckých výrokov a postojev“. Skupina študentov žiadala, aby niektoré odborné vysvetlenia tlmočila do nemeckého jazyka. MUDr. Štekláčová reagovala takto: „...Slovenská republika je samostatný štát a keď študenti chcú hovoriť po nemecky, nech tiahnu do Ríše...“. Do sporu vstúpila aj Karpatonemecká strana na Slovensku. Proti MUDr. Štekláčovej sa rozpútala ohováračská kampaň a bol do nej zatiahnutý aj prof. Ladziarsky. Prof. Ladziarsky sa zastal kolegyne. Dekan prof. Čársky vyriešil situáciu kompromisom. O MUDr. Štekláčovú sa začala zaujímať štátna bezpečnosť. Snažili sa vytvoriť rozkol medzi MUDr. Štekláčovou a prof. Ladziarskym. Ich vzťahy boli však vždy mimoriadne korektné a aj korektnými ostali.

Po náhlej a nečakanej smrti prof. Ladziarského (brušný týfus) nastal problém, koho poveriť a ustanoviť za vedúceho ústavu. Profesorský zbor lekárskej fakulty na svojom mimoriadnom zasadnutí 15. 9. 1943 navrhol poveriť MUDr. Eugéniu Štekláčovú vedením ústavu normálnej a topografickej anatómie, vykonávaním prednášok, pitiev, praktických cvičení a aj skúšaním predmetu anatómia. V doklady je uvedené, že jej služobný titul

bude naďalej „asistentka Lekárskej fakulty Slovenskej univerzity“. MUDr. Štekláčová si uvedomovala, že nie je ešte dostatočne pripravená na funkciu vedúcej anatomickeho ústavu. Nával pedagogickej práce a starostlivosť o dcérku prof. Ladziarského ju natolko vyčerpávali, že nemala silu ani čas pre výskumnú prácu (vysvetlenie: sestra MUDr. Štekláčovej bola manželkou prof. Ladziarského a krátko po jeho smrti zomrela, ostala sirota Zuzka).

Obdobie rokov 1943 – 1953 sa v histórii anatomickeho ústavu najmä z hľadiska výskumnej a publikačnej činnosti považuje za obdobie stagnácie. V povojnovom období sa zdalo, že sa mnohé zlepši. Počty poslucháčov sa zvyšovali. Pre porovnanie v školskom roku 1940/41 študovalo na LF 768 roku 1945/46 študovalo 1556 a roku 1950/51 študovalo 1887 poslucháčov. Pedagógov na anatomickeho ústave bol nedostatok. Žiaden profesor, žiaden docent. Z archívnych prameňov uvedieme napríklad počet zamestnancov v zimnom semestri školskeho roka 1947/48: vedúca ústavu, jeden výpomocný asistent a 5 ostatných zamestnancov. Spolu všetkých zamestnancov 7. V školskom roku 1948/49 sa situácia o niečo zlepšila, ale aj tak bol obrovský nepomer medzi počtom poslucháčov a pedagógov. Po februári 1948 sa stav zlepšil. Ročenka uvádza tento stav: vedúca MUDr. Štekláčová, dvaja medicíni ako vedecké pomocné sily, dvaja demonštrátori, jeden preparátor, jeden zriadenec a dve upratovačky. Počas celého obdobia, keď bola poverená vedením ústavu, počet pedagógov bol nedostatočný a kvalifikovaných pedagógov suplovali medicíni ako vedecké pomocné sily a demonštrátori.

MUDr. Štekláčová sama prednášala a neustále kontrolovala úroveň pitevných a praktických cvičení. Sama odskúšala všetkých študentov na čiastkových skúškach (kolokvium) a na rigoróznej skúške, ktorá sa skladala z praktickej pitvy, z topografickej anatómie a z celého predmetu systematickej anatómie. Pedagogická práca, ktorú vykonávala, bola neuveriteľne náročná. V publikačnej činnosti sa všade uvádzajú len dve stručné publikácie – kazuistiky.

Vývoj na ústave v rokoch 1949 až 1952 je čiastočne opísaný v publikácii Univerzita Komenského v rokoch 1945 – 1955. V publikácii sa konštatuje, že náhlou smrťou prof. Ladziarskeho utrpel anatomickeho ústav a slovenská veda veľkú stratu.

Vedecko-výskumná práca stagnovala. Na ústave sa vytriedalo okolo 20 pedagogických pracovníkov (asistentov, vedeckých pomocných síl), ktorí po krátkom pôsobení ústav opustili. Veľkou zásluhou MUDr. Štekláčovej bola záchrana zbierky anatomickeho preparátov a neskôr znova zriadenie anatomickeho múzea. Po roku 1945 sa MUDr. Štekláčová začala zúčastňovať na poradách profesorov, docentov a vedúcich ústavov a kliník. Bola aktívnou členkou pedagogickeho zboru Lekárskej fakulty. Z roku 1946 je prípis z Povereníctva školstva vied a umení, v ktorom sa píše: MUDr. Štekláčová, zdravotný radca, sa pridružuje na výkon služby na Lekárskej fakulte. No až roku 1950 bola konečne znova evidovaná v stave zamestnancov LF ako odborná asistentka. Netrvalo to dlho a 23. júna 1953 Dekanstvo menovanej oznamuje, že dňom 1. mája 1953 bola priradená do služieb Povereníctva zdravotníctva a Lekárska fakulta s ňou dňom 30. 4. 1953 rozvážuje pracovný pomer. Z akých dôvodov nastala táto „zvláštna situácia“? Z archívu fakulty uvádzame: „Dňa 28. 5. 1952 sa konalo mimoriadne zasadnutie Fakultnej rady LF, z ktorého citujeme“ po analýze situácie na anatomickeho ústave k bodom o vedeckej a pedagogickej práci, osobných vlastnostiach a ideologickej vyspelosti vedúcej anatomickeho ústavu pani dr. Štekláčovej navrhuje, aby bola odvolaná z funkcie vedúcej ústavu s tým, aby odišla z tohto pracoviska a aby vedením ústavu bol poverený vhodný pracovník, ktorého Fakultná rada prípadne vedenie fakulty navrhne pozdejšie.“ Uznesenie Fakultnej rady bolo prehlásené za dôverné. MUDr. Štekláčová ukončila funkciu dočasne poverenej vedením anatomickeho ústavu. Odchádza pracovať na prosektúru do Vyšných Hágov, kde pracovala od roku 1953 až do roku 1971. Zomrela 8. 11. 1985.

Literatúra

1. Rippa, B.K.: K histórii medicíny na Slovensku. Bratislava: SAV, 1956, 200 s.
2. Univerzita Komenského, prehľad profesorov 1919 – 1966, prehľad pracovísk 1919 až 1948. Bratislava, 1968.
3. Štátny ústredný archív SR Bratislava. Šrobárov fond, 40/7.
4. Archív UK. Fond: Dokumentácia tlačív a propagačného materiálu.
5. Archív LF. Protokol zápisnice profesorského zboru LFUK z roku 1936.

6. Archív LF. Zoznam osôb, ústavov, taktiež skúšobných komisií podľa stavu na začiatku študijného roku 1937–38.
7. Archív LF. Protokol zápisnice z 22. februára 1939.
8. Univerzita Komenského v rokoch 1945 – 1955. Bratislava 1955.
9. Univerzita Komenského, 1919 – 1994. Bratislava 1994.
10. Päťdesiat rokov Univerzity Komenského v Bratislave. Bratislava 1969.
11. Mráz, A.: Tridsať rokov SU. Bratislava, 1950.
12. Junas, J., Bokesová-Uherová, M.: Dejiny medicíny a zdravotníctva. Martin: Osveta, 1985, 562 s.
13. Vondráček, V.: Lékař vzpomíná. Praha: Avicenum, 1973, 398 s.

Do redakcie došlo 1. 5. 2010.

Adresa autora: Prof. MUDr. Jozef Beňuška, CSc., Anatomický ústav LFUK, Sasinkova 2, 811 08 Bratislava,
e-mail: jozef.benuska@fmed.uniba.sk

Kronika Monitoru medicíny SLS

MUDr. Alexander Klika – deväťdesiatročný

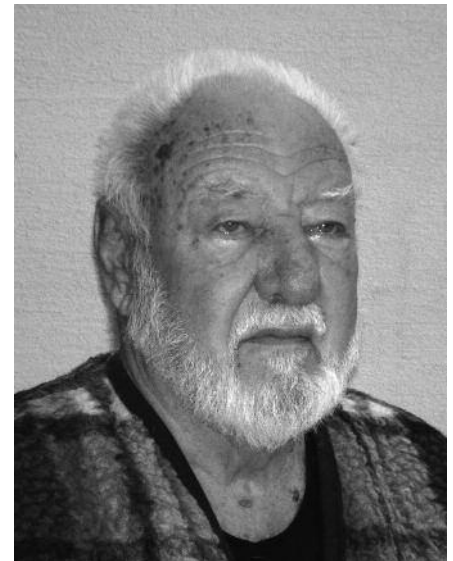
Jubilant má spisovateľský talent. Svoje lekárske zážitky a postrehy si zaznamenával. Uverejňoval ich v regionálnej tlači na Kysuciach. Roku 2001 vydal publikáciu „Z doktorskej krošne“. Vydavateľstvo Magma v Čadci vydalo roku 2005 spomienky dr. Klika pod názvom „Alma mater trochu veselšie“. Opisuje študentské roky na Lekárskej fakulte Slovenskej univerzity v Bratislave. Doslov napísal prof. Ján Štefanovič, DrSc., ilustrácie a obálku pripravil akad. maliar Ondrej Zimka, rodák z Kysúc. V časopise Praktická Gynekológia (2001, 8, č. 3, s. 101, 2004, 11, č. 3, s. 136 – 140) sme opakovane uverejnili údaje o jubilatovi. Alexander Klika sa narodil 12. októbra 1920 v rodine učiteľa v Považskej Bystrici. Po maturite v Trenčíne vyštudoval medicínu na Lekárskej fakulte SU v Bratislave. Promovaný bol v januári 1947. Počas štúdia bol aktívnym členom Spolku slovenských medikov. Predsedom Spolku bol vtedy Augustín Bárdoš. Jubilant vykonával viaceré funkcie. Bol tajomníkom Spolku, športovým a „zabávacím“ referentom. Poslaním Spolku bolo hlavne získavať peniaze na podporu nemajetných študentov a nákup literatúry do študentskej knižnice. Vydávali a rozmnožovali sa študijné archy. Najvýraznejší zisk pre SSM bol z Majálesu a Reprezentačného februárového plesu. Na plese medici neboli, tí mali „popravky“ spojené s upratovaním až nasledujúci deň. Iné plesy okrem medického neboli.

V rokoch 1947 – 1949 pôsobil ako sekundárny lekár v nemocnici v Ružomberku. V nemocnici bol monoprímaríat

chirurgia – gynekológia. Na pôrodnici boli civilné pracovníčky. Na iných oddeleniach pracovali rádomové sestry.

Roku 1949 nastúpil brigádu vo Vysokej na Kysuciach. Učarilo mu putovanie po kysuckých kopcoch s doktorskou brašňou, odkázaný bol sám na seba. Od 1. januára 1950 nastúpil v Turzovke do funkcie „štátneho obvodného lekára“. Hornokysucká oblasť mala vtedy vyše 30 000 obyvateľov. Problémy mu robila pôrodnica starostlivosť. Preto absolvoval niekoľko mesiacov praxe u primára Karola Poradovského (neskorší profesor, prednosta kliniky v Košiciach) na Gynekologicko-pôrodnickom oddelení v Žiline. Roku 1953 otvorili v Turzovke pôrodnicu. Predpokladali, že v zariadení bude okolo 50 pôrodov ročne. Hneď v prvom roku ich bolo vyše 300. Mali 10 postelí pre rodičky a 10 pre novorodencov. Roku 1956 získal špecializačnú atestáciu I. stupňa zo ženského lekárstva. Stal sa obvodným gynekológom s úväzkom na pôrodnici. O pridelení ďalšieho lekára na pôrodnicu sa nikdy neuvažovalo. Obvodní lekári nemali odvahu odvádzat pôrody. Slúžil sám. V Turzovke opracoval plných 40 rokov. Starobný dôchodok mu priznali dňom 12. októbra 1980. Ešte pracoval ďalších 10 rokov.

Okrem lekárskej praxe pôsobil v Červenom kríži, protialkoholickéj lige, v mierovej rade. Manželka odišla na večnosť pred tromi desiatkami rokov. Vychovali tri deti. Dcéry sú lekárky. Jedna ide v otcových šľapajách, je ženská lekárka, sexuologička v Žiline.



Jubilant trávi zaslúžený dôchodkový vek v záhrade, ošetruje ovocné stromy. Venuje sa včelám, ktorým vďačí za dlhovekosť. Často mu uštedria žihadlo...

Vzácný jubilat, ctený priateľ,
želáme Ti ešte ďalšie roky vyhovujúceho zdravia, radosti z každého dňa života. Prajeme Ti, aby si nikdy nežialil za tým, čo Ti osud odoprel. Prajeme Ti, aby si sa dlho radoval zo všetkého dobrého, čo sa podarilo realizovať a dosiahnuť. Celý život si čestne a obetavo plnil svoje lekárske poslanie v náročných podmienkach krásnych Kysúc. S pozdravom Tvoji

Michal Valent, Ján Štencl

Kronika Monitoru medicíny SLS

Prof. MUDr. Pavel Paško, DrSc. – sedemdesiatročný

Prof. MUDr. Pavel Paško sa narodil 3. júla 1940 v Bratislave. Tu získal základné a stredoškolské vzdelanie i maturitu. Štúdium medicíny absolvoval na Fakulte všeobecného lekárstva Univerzity Karlovej v Prahe, kde promovol roku 1963.

Po promócii nastúpil svoju pedagogickú kariéru na Anatomickom ústave Fakulty všeobecného lekárstva Univerzity Karlovej v Prahe ako asistent, kde už počas štúdiá pracoval ako demonstrátor. Počas pôsobenia na Anatomickom ústave externer pracoval aj na chirurgickom oddelení Nemocnice na Františku, kde začína formovať svoje celoživotné zameranie. Roku 1966 na základe konkurzu bol prijatý na III. chirurgickú kliniku FVL UK Praha v Londýnskej ulici ako sekundárny lekár. Roku 1967 urobil atestáciu z chirurgie I. stupňa a roku 1972 atestáciu z chirurgie II. stupňa. Roku 1974 sa stal odborným asistentom.

Roku 1981 obhájil kandidátsku dizertačnú prácu na tému „Resorpce léků po resekcii žaludku v klinice a experimentu“. Za docenta chirurgie bol habilitovaný roku 1986. Roku 1989 doktorskou dizertačnou prácou „Karcinom jícnu“ získal vedecký titul doktor lekárskych vied. Roku 1990 po inauguračnej prednáške „Etika v chirurgii“ bol menovaný profesorom chirurgie UK Praha. Od roku 1992 doteraz je prednostom III. chirurgickej kliniky 1. LF Univerzity Karlovej v Prahe vo Fakultnej nemocnici v Motole. Za svojich najvýznamnejších učiteľov považuje doc. Vanečkovú, as. Vrbku, prof. Rěháka a doc. Šmata.

Absolvoval dlhodobý študijný pobyt v SRN a krátkodobé zahraničné pobyty v New Yorku, Pittsburgu, Toronte, Viedni, Moskve, Lipsku a Upsale.

Aktivity a odborný záber a skúsenosti profesora Paška sú veľmi široké. Od začiatku sa venoval celej šírke všeobecnej chirurgie, no postupne sa stále viac prejavoval v torakálnej chirurgii. Ak v 70. rokoch jeho hlavnou náplňou bola traumatológia, už zakrátko púta v prednáškach a publikáciách pozoruhodnými prístupmi a postupmi v chirurgii pažeráka a zostáva

na tomto poli špičkou českej chirurgie. Posledné desaťročie sa zreteľne stáva jeho dominantnou plúčna chirurgia. Celé svoje úsilie zameril na zavedenie programu plúcnych transplantácií, čo sa mu aj úspešne vydarilo. 22. 12. 1997 ako prvý v postsocialistickom tábore urobil plúcnu transplantáciu. Odvtedy úspešne vytvoril súbor viac ako 150 pacientov s transplantovanými plúcami, ktorý vzbudzuje pozornosť a úctu ako kvantitou, tak i kvalitou aj v zahraničí. Česká republika je i v súčasnosti jediným štátom z bývalého postsocialistického bloku, ktorá uskutočňuje transplantáciu plúc.

Profesor Paško je výraznou osobnosťou nielen v chirurgii, ale aj v práci na 1. Lekárskej fakulte UK v Prahe, kde vykonáva viacero spoločenských a pracovných povinností. Je členom komisie pre udeľovanie titulov doktorandského štúdia PhD., predsedom komisie pre udeľovanie titulu doktor vied v chirurgii a alternujúcim členom rovnakej komisie pre morfológické odbory. Je členom výboru Českej chirurgickej spoločnosti a predsedom jej torakochirurgickej sekcie, členom redakčnej rady časopisu Českej chirurgickej spoločnosti Rozhledy v chirurgii a časopisu Slovenskej chirurgickej spoločnosti Slovenská chirurgia. Zastupuje Českú a Slovenskú republiku v Európskej asociácii hrudníkovej chirurgie Executive council ESTS. Je čestným členom Slovenskej chirurgickej spoločnosti.

Veľmi bohatá a chirurgickej obci dobre známa je jeho publikačná a prednášková činnosť. Vydal učebné texty z traumatológie a významné monografické diela: Praktická laparoskopická a torakoskopická chirurgia, Praktická chirurgia trachey, Causae mortis v chirurgii II, Základy speciální chirurgie, Náhle příhody bříšní a připravuje publikáciu Plicní chirurgie. Je autorom kapitoly Etika v chirurgii a spoluautorom kapitoly Transplantácie (Princípy chirurgie I) a autorom kapitoly Transplantace plic (Princípy chirurgie II). V ČR je dobre známa zaujímavá a pútavá publikácia Medicinmani a tí druzí.



Profesor Paško má trvalo veľmi dobrý a aj pragmaticky pozitívny vzťah k Slovensku a k svojim rodákmi. Na druhej strane medzi slovenskými kolegami požíva obľubu a veľkú úctu. Je známy jeho až romantický vzťah k východnému Slovensku, obzvlášť k Solivaru pri Prešove, kde trávil krásne detské prázdniny u milovanej babky.

Množstvo slovenských chirurgov rado hľadalo a hľadá na jeho klinike – medicínsky veľmi modernej, veľmi dobre organizovanej a vedenej – miesto poučenia, školenia, obohatenia a rozhľadu. On sám prichádza zas často k nám, aby pôsobil ako oponent, či člen komisie pri doktorandských a habilitačných prácach a inauguračných konaniach. Pravidelne sa stáva hosťiteľom kolegov zo Slovenska na ním organizovaných dobre známych pražských torakochirurgických „workshopoch“, kde majú možnosť stretávať sa osobne a bezprostredne s prednášajúcimi autoritami svetovej torakálnej chirurgie. Prof. Paško sa pravidelne zúčastňuje na vedecko-odborných podujatiach poriadaných Slovenskou chirurgickou spoločnosťou. Jeho prednášky a diskusia vždy obohacujú tieto podujatia. Vzhľadom na dlhoročnú spoluprácu chirurgických pracovísk našej LF s prof. Paškom a ním vedenou III. chirurgickou klinikou 1. LF UK v Prahe bol roku 2002 prof. Paškovi udelený čestný titul Doctor honoris causa Univerzity Pavla Jozefa Šafárika.

Profesor Pavel Paško je mimoriadnou chirurgickou autoritou doma i v zahraničí, je popredným európskym torakálnym chirurgom. Svoju úžasnú medicínsku invenčiu spojenú so zanovitou pracovitosťou stále dopĺňa štúdiom. Vďaka známej racio-

nálnej životospráve, obohatenej intenzívnym športovaním, možno očakávať aj po sedemdesiatke ešte veľa jeho skutočne aktívnych rokov.

Vážený pán profesor, milý Paľo,
pri príležitosti Tvojich sedemdesiatin Ti želám dobré zdravie, životný komfort, spokojnosť a radosť v rodine, ešte veľa príjemných stretnutí s priateľmi z chirurgickej obce

českej aj slovenskej a dobré pocity pri realizácii Tvojich osobných záujmov.

Prof. MUDr. Július Vajó, DrSc.
II. chirurgická klinika UPJŠ LF v Košiciach

Kronika Monitoru medicíny SLS

Profesor Andrej Dukát, jubilujúci šesťdesiatnik

V letnom období roku 2010 sa dožil 60 rokov. Narodil sa 20. 6. 1950 v Bratislave. Základné vzdelanie získal na ZDŠ P. Jilemnického v Bratislave, stredoškolské štúdium ukončil roku 1968 maturitou s vyznamenaním na SVŠ Vazovova v Bratislave. Lekársku fakultu Univerzity Komenského v Bratislave ukončil roku 1974. Po promócii pracoval na Výskumnom ústave humánnej bioklimatológie v Bratislave ako výskumný pracovník–lekár, neskôr ako samostatný vedecký pracovník – lekár. Od roku 1982 pracuje na II. internej klinike LFUK a UNB v Bratislave. Roku 1987 obhájil dizertačnú prácu *Klinické použitie ambulantného monitorovania elektrokardiogramu*. Roku 1990 bol menovaný na docenta, habilitovaný bol roku 2005 habilitačnou prácou *Prínos monitorovania krvného tlaku Holterovskou technikou v klinike*. Od roku 2006 je profesorom vnútorného lekárstva, inauguračnú prednášku *Ambulantné monitorovanie krvného tlaku, význam pre manažment pacienta s hypertenziou* mal 24. 6. 2005. V rokoch 1986 – 2001 bol vedúcim lekárom Kardiologického pracoviska II. internej kliniky. Od roku 2001 doteraz je prednostom II. internej kliniky LF UK a UNB v Bratislave. Od roku 2007 je hlavným odborníkom MZ SR pre vnútorné lekárstvo.

Atestáciu I. stupňa z vnútorného lekárstva urobil roku 1978, atestáciu II. stupňa z vnútorného lekárstva roku 1982, atestáciu z kardiológie roku 1985 a atestáciu z odboru posudkové lekárstvo a revízie lekárstvo roku 1989.

Pedagogickú činnosť vykonáva nepretržite od roku 1982. Jednak praktickú výučbu (klinické stáže) zo základov zdravotníctva, z internej propedeutiky a z vnútorného lekárstva a jednak predná-

škovú činnosť zo základov zdravotníctva, z internej propedeutiky a z vnútorného lekárstva, nielen pregraduálnu pre študentov všeobecného lekárstva a pre študentov bakalárskych a magisterských nelekárskych predmetov (ošetrovatelstvo, fyzioterapia, verejné zdravotníctvo, pôrodná asistancia a i.), ale aj postgraduálnu výučbu lekárov v špecializačnej príprave z vnútorného lekárstva a jej špecializácií. Od roku 2006 je gestorom výučby internistických disciplín na LFUK v Bratislave. Je predsedom Komisie pre štátne rigorózne skúšky LFUK z internej medicíny, predsedom Komisie pre bakalárske záverečné skúšky LFUK z fyzioterapie, predsedom Komisie pre magisterské záverečné skúšky LFUK z fyzioterapie a predsedom Komisie pre atestačné skúšky LFUK z internej medicíny. Je úspešným školiteľom študentov v rámci ŠVOČ na LFUK, školiteľom diplomových prác študentov LFUK a PFUK. Je spoluautorom učebnice a skript: Kolesár, J., Hupka, Š., Mikeš, Z., Gavorník, P., Dukát, A.: *Základy zdravotníctva* (1. vyd. Univerzita Komenského. Bratislava: 1987, 136 s.). Do monografie Ďuriš, I., Hulín, I., Bernadič, M.: *Princípy internej medicíny*, prispel niekoľkými kapitolami.

V oblasti vedecko-výskumnej činnosti je profesor Dukát významnou a vyzrelou osobnosťou nielen v Slovenskej republike, ale aj v zahraničí. Jednak v oblasti vnútorného lekárstva, jednak v oblasti kardiológie a angiológie. Je autorom viacerých prác prioritného charakteru, predovšetkým v oblasti Holterovho monitorovania elektrokardiogramu a ambulantného monitorovania krvného tlaku, novších rizikových faktorov kardiovaskulárnych chorôb a v našich podmienkach zaviedol metódu stanovenia oxidu dusného v artériovej



krvi in situ. Tieto práce majú široký ohlas vo vedeckom lekárskom prostredí doma i v zahraničí. Podieľal sa na tvorbe mnohých odporúčaní zameraných na skvalitnenie klinickej praxe v našich podmienkach: Indikácie na Holterovo monitorovanie EKG; Smernice pre optimálnu diagnostiku a liečbu hyperlipoproteinémii u dospelých; Ergometria – smernice pre klinickú prax; Návrh na homocysteínový konsenzus; Odporúčania pre manažment stabilnej anginy pectoris; Súhrn odporúčaní pre prevenciu srdcovo-cievnych chorôb v klinickej praxi; Predoperačné interné vyšetrenie atď.

Prehľad realizovaných pozvaní na konferencie a sympóziá hradené pozývateľom a realizované pozvania na prednáškové, študijné a pracovné pobyty by zbral aj niekoľko strán textu. Bol úspešným zodpovedným riešiteľom a spoluriešiteľom desiatok výskumných úloh a grantov, vrátane zahraničných. Publikoval vyše 400 vedeckých prác, z toho 19 v zahraničných karentovaných časopisoch, 3 vedecké monografie a 3 kapitoly v zahraničných vedeckých monografiách. Citovanosť jeho prác inými autormi je vyše 350, z toho viac ako 110 v zahraničných publikáciách registrovaných v citačných indexoch.

V rokoch 2000 – 2005 bol vedeckým sekretárom Slovenskej internistickej spoločnosti SLS, od roku 2005 doteraz je jej prezidentom, v Slovenskej kardiologickej spoločnosti SLS pracoval ako člen výboru a vo viacerých pracovných skupinách, viac ako 25 rokov. Je členom výboru Slovenskej asociácie pre aterosklerózu, pracoval viac ako 10 rokov ako jej podpredseda. Je tiež členom výboru Slovenskej hypertenziologickej spoločnosti. Je podpredsedom Sekcie angiológov Slovenskej lekárskej komory. Bol členom výboru Spolku slovenských lekárov a v rokoch 1992 – 1996 podpredsedom Ligy pre hypertenziu Slovenska atď. Je členom redakčných rád viacerých lekárskejších časopisov: Kardiológia /Cardiology aj ako zástupca vedúceho redaktora; Vnitřní lékařství, Všeobecná angiológia/General Angiology; Interní medicína pro praxi; Current Clinical Practice; New EU Magazine in Medicine, Súčasná klinická prax, atď.

Profesor Dukát vyškoliť 5 doktorandov v dennej forme a 7 doktorandov v externej forme, aj v súčasnosti je odborným školiteľom ďalších 5 doktorandov. Vyškoliť 12 lekárov k atestácii z vnútorného lekárstva, 4 lekárov k špecializovanej atestácii z angiológie a 4 lekárov k špecializovanej atestácii z kardiológie. Pod jeho vedením habilitovali 3 pedagógovia kliniky.

K najvýznamnejším ohlasom na pedagogickú a vedeckú prácu profesora Dukáta patrí Dérerova cena (2007), Hynkova cena (2008); Gressnerova medaila (2010), Zlatá medaila SLS (2010), je držiteľom Pamätných medailí Poľskej internistickej spoločnosti (2008), Ukrajinskej internistickej spoločnosti (2009), SSL (2010), Cena za najlepšiu publikáciu SLS a Cena SFS SLS za najlepšiu publikáciu (1978), Fellow of the European Society of Cardiology (FESC) – 2004, European Cardiologist (2005), Fellow of the European Federation of Internal Medicine (EFIM) – 2005, Honorary Fellow of the European Federation of Internal Medicine (EFIM Hon.) – 2007, Honorary Fellow of the American College of Physicians (FACP Hon.) – 2010 a Fellow of the Royal Society of Physicians (FRCP, London). V exekutive Európskej Federácie pre Internú medicínu pracuje vo výbere pre Kontrolu kvality vo vnútornom lekárstve. V Americkej lekárskej spoločnosti pracuje v PS International Forum Medical Associations for Internal Medicine. V Európskej kardiologickej spoločnosti je členom PS Kardiovaskulárnej prevencie a rehabilitácie. Každoročne je členom hodnotiacej komisie ESC pre výber prác na Európsky kardiologický kongres a je recenzentom prác pre European Heart Journal a European Journal of Internal Medicine. Je čest-

ným členom Slovenskej kardiologickej spoločnosti, Slovenskej hypertenziologickej a Slovenskej angiologickej spoločnosti. Pri hodnotení práce profesora Dukáta nemožno aspoň heslovite nespomenúť aj časť jeho bohatej liečebno-preventívnej činnosti, nielen na posteľovom oddelení, ale aj v ambulancijnej klinickej praxi. Je mimoriadne manuálne zručný, napriek tomu, že ovláda teoreticky i prakticky mnohé náročné pomocné vyšetrovacie metódy, dôraz kladie na dôslednú anamnézu a základné fyzikálne vyšetrenie. Na kliniku prichádza v skorých ranných hodinách väčšinou ako prvý, z pracoviska odchádza medzi poslednými.

Vážený pán profesor, milý Andrej,

prajem Ti aj za všetkých spolupracovníkov, kolegov, mnohých Tvojich priateľov, známych a pacientov veľa zdravia, šťastia, spokojnosti, osobných i pracovných úspechov, veľa síl v lekárskej, vedeckej i pedagogickej práci a nech Ti čo najdlhšie vydrží Tvoj osobitý ľudský prístup.

*Doc. MUDr. Peter Gavorník, PhD., mim. prof.
II. interná klinika LFUK a UNB*

Ku gratulantom sa pripája aj kolektív redakcie Monitoru medicíny SLS.

Výzva na spoluprácu

Osobnosti slovenskej medicíny vo svete

Prof. MUDr. Jozef Rovenský, DrSc., FRCP, spolu s PhDr. Petrom Vítkom, riaditeľom Štátneho archívu v Bytči, pobočky Liptovský Mikuláš, už niekoľko rokov zbierajú informácie o živote a životných osudoch lekárov a vedcov s koreňmi na Slovensku, ktorí sa úspešne presadili v zahraničí. Cieľom je vydať tieto životopisy knižne. Získané materiály sa priebežne publikujú v časopise Piešťanský týždeň, v spoločenskej rubrike s názvom Slovenské osobnosti medicíny vo svete

(www.piestanskytyzden.sk).

Doteraz bolo uverejnených viac ako 63 životopisov, napr.: prof. J. Bukovského, prof. A. Ebringera, prof. G. Juraja Fodora, dr. R. Frohlich, doc. I. Grunertovej, prof. P. Grunerta, prof. V. Grunerta, prof. M. Kršiaka, dr. M. Kukučina, prof. I. Lefkovitsa, as. prof. A. Marosiovej, prof. P. Paľka, prof. M. Popoviča, dr. O. Pšenáka, dr. P.L.E. Schmidta, dr. S. Steina, doc. J. Straussa, prof. V. Šimka, prof. O. Šireka, prof. J. Švába, doc. I. Vietora, dr. J.A. Vilčeka, prof. P. Višňovského a ďalších.

Životopisy osobností medicíny budú postupne publikované aj v našom časopise.

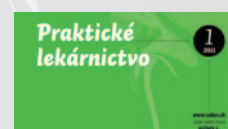
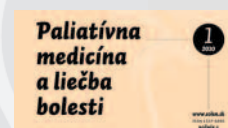
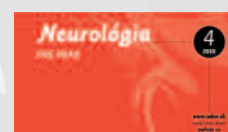
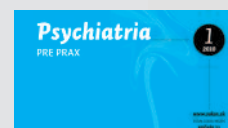
Prof. Rovenský a dr. Vítek by s vďakou privítali pomoc a spoluprácu širokej odbornej verejnosti pri realizácii ich zámeru. Obracajú sa preto s prosbou na všetkých členov SLS, aby im poskytli kontakty na ďalšie známe osobnosti z rôznych vedných odborov, predovšetkým však medicíny, ktorí by boli vhodnými kandidátmi na zaradenie do pripravovanej publikácie.

Bližšie informácie získate na adrese: Prof. MUDr. Jozef Rovenský, DrSc., FRCP, riaditeľ Národného ústavu reumatických chorôb v Piešťanoch, viceprezident SLS a prezident Slovenskej reumatologickej spoločnosti, Nábřežie I. Krasku 4782/4, 921 12 Piešťany, tel. 033/7969102, 0903457412, fax: 033/7721192, e-mail: rovensky.jozef@nurch.sk.

Redakcia Monitoru Medicíny SLS

- **XXI. bratislavské postgraduálne dni detskej neurológie**
18. – 19. marec 2011 / Bratislava, DFNSP (Kramáre)
- **Pediatrica pre prax – 51. pediatrické dni**
14. – 15. apríl 2011 / Bratislava, City Hotel Bratislava
- **XV. kongres Slovenskej lekárskej spoločnosti**
28. – 29. apríl 2011 / Žilina, Holiday Inn
- **IV. neuromuskulárny kongres**
5. – 6. máj 2011 / Bratislava, City Hotel Bratislava
- **Medicína pre prax – kongres lekárov prvého kontaktu**
9. – 10. september 2011 / Bratislava, City Hotel Bratislava
- **13. dni dynamickej psychoterapie**
21. september 2011
- **Psychiatria pre prax – sympóziom psychiatrov**
22. – 23. september 2011
- **VI. pracovné dni neuropsychiatrie v Levoči**
29. september – 1. október 2011 / Levoča, Mestské divadlo
- **Bratislavské onkologické dni – XLVIII. ročník**
6. – 7. október 2011 / Bratislava, Holiday Inn
- **Best of ASCO 2011®**
8. október 2011 / Bratislava, Holiday Inn
- **Dermatológia pre prax**
14. – 15. október 2011 / Nový Smokovec, Hotel ATRIUM
- **Sympóziom praktickej neurológie – Neurológia pre prax**
21. – 22. október 2011 / Tále, Hotel Partizán

www.solen.sk
solen@solen.sk





Excipial Protect®
Excipial Repair®



Nájdete
v každej
dobrej
lekárni



Klinicky dokázaný koncept ochrany rúk

www.excipial.sk

spirig
Eastern a.s.

Výrobca: Spirig Pharma AG, Egerkingen, Švajčiarsko
Zastúpenie pre ČR a SR: SPIRIG Eastern a. s., Nobelova 28, 831 02 Bratislava 3, Slovensko
tel.: 00421 2 4910 9010, fax: 00421 2 4910 9090, e-mail: spirig@spirig.sk, www.spirig.sk

