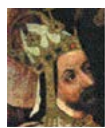


MEDIKOM[®]



EDUKAFARM
medineews



časopis Slovenskej lekárskej komory

Odborná časť časopisu MEDIKOM[®]

AKTIVITY SLK

VYLIEČIME Z CHORÔB
ZDRAVOTNÍCTVO?

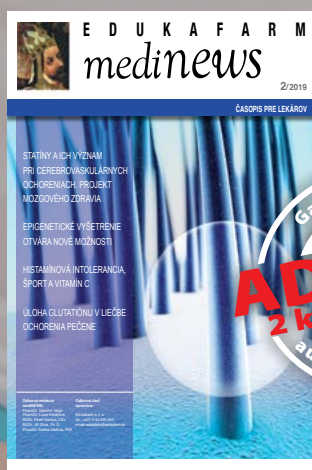
ZAP INFORMUJE

NKÚ A PRÍČINY ZADLŽOVANIA
SA VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA

LEKOM TOUR BOJNICE

PLUS

ODBORNÁ ČASŤ – ČASOPIS mediNEWS



Garantovaný
1X
AD TEST
2 kredity CME
autodidaktický test



VERÍME VAŠIM SKÚSENOSTIAM

PROFIÚVER bez ohľadu na dĺžku podnikania
pre členov SLK s predschráleným limitom až 35 000 €

VŠETKO, ČO JE MOŽNÉ

 VÚB BANKA

ADRESA REDAKCIE:

MEDIKOM®, Slovenská lekárska komora, Dobšinského 12, 811 05 Bratislava
tel./fax: +421 2 4445 1236, e-mail: redakcia@lekom.sk

ŠÉFRÉDAKTOR:

Doc. MUDr. Marián Vician, CSc., člen prezidia SLK, prezident RLK Bratislava

EDITORKA, REDAKTORKA SLK: PhDr. Eva Sisková

REDAKČNÁ RADA SLK:

MUDr. Zuzana Teremová
viceprezidentka SLK, členka P-SLK
PhDr. Eva Sisková
redaktorka, editorka
MUDr. Valéria Vasiľová
prezidentka RLK Košice
Mgr. Zdenko Seneši
Advokátska kancelária Škodler & Partners, s. r. o.

REDAKČNÁ RADA mediNEWS:

Doc. MUDr. Marián Bätovský, CSc.,
FNsP Bratislava
MUDr. Peter Blažko
Poliklinika Malacky
doc. MUDr. Peter Gavorník, PhD., mim. prof.
II. interná klinika LF UK a UNB Bratislava
Prof. MUDr. Pavol Jarčuška, PhD.
Klinika infektológie a cestovnej medicíny LF UPJŠ
a UN L. Pasteura Košice
MUDr. Ján Lietava, CSc.,
II. interná klinika LF UK Bratislava
MUDr. Pavol Masaryk, CSc.,
Národný ústav reumatických chorôb Piešťany
Prof. MUDr. Ján Murin, CSc.,
I. Interná klinika LF UK Bratislava
Prof. MUDr. Juraj Pěč, CSc.,
Kožná klinika JI. Martin
MUDr. Andrej Švec, PhD.,
Ortopedická klinika LF UK Bratislava

ODBORNÁ REDAKCIA mediNEWS:

PharmDr. Vladimír Věh
PharmDr. Lucie Kotlářová
MUDr. Pavel Kostiuk, CSc.
MUDr. Jiří Sliva, Ph. D.
PharmDr. Andrea Gažová, PhD.

REALIZÁCIA PROJEKTU A GRAFICKÁ ÚPRAVA: Edukafarm, spol. s r. o.,
VIENNA GATE, Kopčianska 8/A, 851 01 Bratislava, tel.: +421 2 44 630 400
fax: +421 2 44 630 401, e-mail: edukafarm@edukafarm.sk

RIADITEĽ SPOLOČNOSTI: PharmDr. Zdeněk Procházka
Zástupca pre SR: Miriam Menhertová

MARKETING A INZERCIA (odborná časť mediNEWS):

Miriam Menhertová +421 915 430 166, e-mail: menhertova@edukafarm.sk

MARKETING A INZERCIA (časť SLK): +421 911 199 762

JAZYKOVÁ REDAKTORKA: Mgr. Ľuba Nitrová
TLAČ: Pandan, s. r. o., Bratislava

Reprodukcia diela ako celku alebo v častiach je možná len s predchádzajúcim súhlasom vydavateľa. Redakcia si vyhradzuje právo na publikovanie uverejnených príspevkov na internete pri zachovaní autorských práv. Inzeráty neprešli jazykovou korektúrou.



Vážení kolegyne, vážení kolegovia.

pomaly, ale isto sa blíži leto, ktoré je neodmysliteľne spojené s časom dovoleniek a oddychu. Všetci potrebujeme načerpať nové sily a elán, aby sme mohli ľahšie plniť naše každodenné povinnosti, zdolávať životné prekážky a problémy, odolávať stresu, hľadať riešenia, kompromisy a realizovať vízie v ústrety našej krajšej budúcnosti.

V ústrety realizácii krajšej budúcnosti sa na základe udalostí posledných dní javí i osud koncovej Univerzitnej nemocnice v Bratislave. Hoci hovoriť o realizácii ako takej je ešte veľmi predčasné. Ľady sa konečne pohli, zatiaľ len v búraní súčasného skeletu nemocnice. Chceme však veriť a byť optimistickí, že začiatok búracích prác bude po 30 rokoch súčasne aj predzvesťou začiatku samostatnej výstavby koncovej bratislavskej nemocnice. Že v roku 2024 nebudú našich pacientov liečiť sluby dnešnej vlády, ale špičkoví odborníci, lekári a sestry v našej novej národnej univerzitnej nemocnici.

Ako prezident Slovenskej lekárskej komory vnímam nevyhnutnú potrebu rozhybať riešenie aj ďalších páčivých problémov nášho zdravotníctva. Tým je primárne nepochybne nedostatok zdravotníckych pracovníkov. Zástupcovia niektorých nemocníc vidia riešenie problému v návrhu stanovenia povinnosti pre ambulantných lekárov pracovať aj v nemocniciach. Ambulantní poskytovatelia, pochopiteľne, považujú tento návrh za neakceptovateľný. Práve komora dlhodobo, v poslednom čase čoraz hlasnejšie apeluje na štát, aby okamžite začal riešiť alarmujúci stav kolabujúceho ambulatného sektora. Ambulancie zanikajú, noví ambulantní lekári neprichádzajú. Pre mladých lekárov je práca v ambulancii neatraktívna.

Aj napriek potrebe akútneho a systémového riešenia zjavného nedostatku lekárov na Slovensku je pre SLK neprijateľné, aby zdravotnú starostlivosť poskytovali lekári, ktorí nespĺňajú podmienky na výkon povolania lekára v súlade s platnou legislatívou. Vieme si, samozrejme, predstaviť aj silnejší vplyv a vstup lekárov a sestier z tretích krajín do nášho zdravotníctva, ktorý však musí mať definované jasné pravidlá. Bezpečnosť našich pacientov pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti vždy bola, je a bude na prvom mieste.

Ak majú dnes na Slovensku chýbajúcich 3 500 lekárov suplovať lekári z tretích krajín, musíme zároveň zabezpečiť i to, aby sa do našich nemocníc a ambulancií dostávali odborne, ale i jazykovo pripravení zahraniční kolegovia – lekári. Úroveň vzdelania na lekárske fakultách v tretích krajinách je rôzna. Študijné lekárske programy v zahraničí nie sú kompatibilné so študijnými programami slovenských lekárske fakúlt. Je povinnosťou každého, nielen Slovenskej lekárskej komory garantovať pre našich občanov – pacientov poskytovanie kvalitnej a bezpečnej zdravotnej starostlivosti kvalifikovanými lekármi, ktorí spĺňajú všetky podmienky výkonu povolania lekára v zmysle platnej legislatívy. Bez ohľadu na to, o ktorý región ide a koľko lekárov v ňom aktuálne chýba. Ak chceme zdravé obyvateľstvo a zdravé slovenské zdravotníctvo, nemôžeme dlhodobé ignorovanie nedostatku ľudských zdrojov v našom zdravotníctve plátať len populistickými návrhmi, ktorými by sme ohrozili bezpečnosť pacientov. Musíme hľadať a komunikovať také procesy a kompromisy, ktoré budú zárukou dopytu po práci lekárov a zatraktívnenia celého tohto sektora.

Som presvedčený, že v prvom rade by sme sa mali snažiť o to, aby naši mladí slovenskí lekári – absolventi našich lekárske fakúlt – neodchádzali do zahraničia. Preto považujem za nevyhnutné nastaviť zatraktívnenie podmienok výkonu povolania lekára, ktoré bude zabezpečovať dostatok zdravotníckych pracovníkov pre našu krajinu nielen dočasne a na hrane zákona, ale ktoré najmä do budúcnosti stabilizuje a skvalitní systém poskytovania zdravotnej starostlivosti. Aby nielen naše deti, ale i deti našich detí mal doma na Slovensku kto liečiť.

Želám vám príjemné a v zdraví prežitie dovolenkové obdobie, plné nezabudnuteľných zážitkov, oddychu a pohody.

Váš

MUDr. Marian Kollár
Prezident Slovenskej lekárskej komory

wüstenrot

generálny partner Slovenskej lekárskej komory pre poistenie majetku a vozidiel

Oznámenie o poverení sprostredkovateľa spracovaním osobných údajov

Slovenská lekárska komora v súlade so zákonom č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov poverila dňa 22. 2. 2011 spoločnosť Alfa print, s. r. o., ako sprostredkovateľa spracovaním osobných údajov členov SLK v rozsahu mena, priezvisko a adresa bydliska za účelom distribúcie časopisu MEDIKOM®.

Od roku 2012 názov MEDIKOM® registrovaný pod ochrannou známkou.

Správa SLK k novele Zákona č. 578/2004 o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti

Atmosféra v spoločnosti vrátane vzťahu lekár – pacient sa v poslednom období opäť vyhrocuje. Z dielne Ministerstva zdravotníctva SR prichádzajú viaceré návrhy nových zákonov či novelizácie, ktoré v konečnom dôsledku neprinášajú žiadne pozitívne zmeny pre pacientov ani pre lekárov. Po kontroverznom návrhu zákona o falšovaní zdravotnej dokumentácie prichádza z dielne Ministerstva zdravotníctva SR ďalší. Je to novelizácia Zákona č. 578/2004 o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti. Slovenská lekárska komora je presvedčená, že v takej podobe, v akej bol návrh zákona predložený, prináša zmeny, ktoré rozhodne nebudú v prospech pacientov ani lekárov. Tu je niekoľko základných bodov, ktoré považujeme v tomto návrhu zákona za problémové a sporné.

1. Zavádzanie indikátorov kvality – nebráňme sa tomu, ak by boli stanovené v prvom rade odborne, objektívne a jasne. Podľa zverejnených informácií však ministerstvo konzultovalo tieto kritériá iba so súkromným sektorom (poistovňa Dôvera a Slovenská spoločnosť klinickej mikrobiológie).

Prečo neboli indikátory kvality preroko-

vané s odbornou verejnosťou? Prečo sa nepýtali na názor univerzitných nemocníc? Nečinnosťou alebo vedomým obchádzaním odborníkov vzniká podozrenie, že indikátory kvality majú byť našité na mieru len niektorým subjektom či skôr súkromnému sektoru. Navyše je tu aj ďalšia otázka. Prečo má indikátory kvality tvoriť a zároveň i vyhodnocovať ten istý subjekt, ktorým je ministerstvo a ktoré nemá k tomu ani potrebné údaje? Na základe čoho bude tie kritériá stanovovať?

2. Povinnosť zaviesť interný systém bezpečnosti pacienta. Čo to presne znamená?

V návrhu zákona sa píše, že jeho účelom je predchádzať rizikám a nežiaducim udalostiam súvisiacim s poskytovaním zdravotnej starostlivosti – toto je predsa základná povinnosť poskytovateľa. Vyzerá to teda tak, že je to zase len ďalšia účelová, neefektívna zmena, ktorá je navyše zbytočnou administratívnou záťažou. V praxi – najmä v malých ambulanciách, kde je jeden lekár a sestra, to môže znamenať, že starší lekári jednoducho zo systému odídu a prestanú ambulantovať. A doplatí na to zase len pacient.

3. Klinický audit, ktorý plánuje ministerstvo zdravotníctva zaviesť v rámci pri-

pravovanej novely. Kto ho bude zabezpečovať? Ideme zavádzať ďalší kontrolný mechanizmus, ďalší úrad? Načo tu potom máme Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou? Zákon nevysvetľuje jasne, kto to bude robiť, kedy, ako často a za čo. A zrejme sa tým finančne zaťažá aj lekár.

4. Zavedenie inštitútu dočasnej odbornej stáže pre občanov z tretích štátov.

Od roku 2016 platí zákon, ktorý hovorí nielen o uznaní vzdelania, ale aj o nutnosti vykonať odbornú aj jazykovú skúšku, aby lekári z tretích krajín mohli pracovať u nás. Návrh tohto zákona sa to snaží obísť. Je tu totiž niekoľko nezodpovedaných otázok: Budú títo stážisti „kvázi“ študentami medicíny? A kto bude garantom? Lekárske fakulty? Kde budú títo stážisti pracovať? Čo budú môcť robiť, keďže ako neregistrovaní nemôžu poskytovať zdravotnú starostlivosť? Kto sa im bude venovať, ak je lekárov málo a nestíhajú ani vlastnú robotu? Kde je záruka, že nebudú poskytovať zdravotnú starostlivosť „načierno“, čím môžu ohroziť zdravie našich pacientov? Nevraviac o tom, že tento zákon znevýhodňuje lekárov z krajín EÚ, ktorí musia preukázať odbornú spôsobilosť, aby mohli vykonávať zdravotnícke povolanie.

Vyjadrenie Slovenskej lekárskej komory k využívaniu doplnkových ordinačných hodín

MUDr. Marian Kollár, prezident Slovenskej lekárskej komory

Slovenská lekárska komora má vedomosť, že doplnkové ordinačné hodiny sa využívajú len vo veľmi obmedzenom počte a ťažko povedať, čo je základnou príčinou. Podľa nášho názoru môže byť za tým v prvom rade to, že lekári sú dosť vyťažení aj počas „normálnych“ ordinačných hodín. Sú stále viac a viac zaťažovaní nielen zvýšeným počtom pacientov, ale v poslednom čase aj stále sa hromadiacou administratívou. A doplnkové ordinačné hodiny sú nielen o poskytovaní zdravotnej sta-

rostlivosti, ale aj o navýšenej administratíve, čo môže byť aj základným faktorom toho, že lekári o ne dnes ešte nemajú až taký záujem. Napriek tomu si myslíme, že schválené doplnkové ordinačné hodiny sú určite prínosom, lebo dávajú možnosť ako pacientovi, tak aj lekárovi po vzájomnej dohode ich využívať. Dnes ešte nie sú podmienkou, ale možnosťou. A alternatívou pre lekára i pacienta na ceste k nadštandardu. Predpokladáme, že príchodom ďalších leká-



rov, a tým získaním väčšieho priestoru i času na pacienta by sa doplnkové ordinačné hodiny mohli stať atraktívnejšie a dostupnejšie.

Stanovisko Slovenskej lekárskej komory k pripravovanej novele Trestného zákona o falšovaní zdravotnej dokumentácie

Akékoľvek falšovanie či pozmeňovanie zdravotnej dokumentácie je z pohľadu SLK neprijateľné a neetické. Na druhej strane vidíme aj riziká, ktoré vyplývajú z nejasností v pripravovanej novele Trestného zákona.

Mylné údaje či skreslenia interpretácie zdravotného stavu a podobne sa vyskytujú v zdravotnej dokumentácii všade vo svete. Musíme si uvedomiť, že časť zdravotnej dokumentácie tvorí subjektívna anamnéza pacienta, ktorý nemusí lekárovi alebo inému zdravotníckemu pracovníkovi povedať pravdu. Takisto s pokračujúcou diagnostikou pacienta sa zápis z prvotného

vyšetrenia môže ukázať ako nepravdivý. Pojem „podstatné skutočnosti“ uvedený v skutkovej podstate trestného činu je už sám osebe neurčitý a v medicíne sa jeho neurčitosť ešte prehľbuje. Názor dvoch lekárov na konkrétnu vec môže byť odlišný, rovnako ako aj ich názor, čo je pre daný prípad podstatné, čo menej podstatné alebo až nepodstatné. Obdobné platí aj na neurčitý pojem „hrubo skresľujúca“. Znenie skutkovej podstaty trestného činu tak ponecháva priestor na pomerne nejasný extenzívny výklad, čo zásadným spôsobom zasahuje do právnej istoty lekárov a zdravotníckych pracovníkov.

Táto legislatívna úprava môže výrazným spôsobom obmedziť priebeh poskytovania zdravotnej starostlivosti, ba až ju paralyzovať, nakoľko lekári nebudú ochotní za týchto podmienok ísť do rizika trestného stíhania, a to konkrétne napr. odoberať anamnézu od pacienta, ako i prehodnocovať závery a vyjadrenia iného lekára.

Navyše v dobe zavádzania elektronického zdravotníctva stráca predložený návrh opodstatnenie, keďže zdravotnú dokumentáciu vedenú v elektronickej zdravotnej knižke nie je možné pozmeniť.“

TA3 – Téma dňa: Nedostatky v zdravotníctve

Prezident Slovenskej lekárskej komory MUDr. Marian Kollár bol hosťom relácie TA3 venovanej financovaniu v zdravotníctve, stratifikácii nemocníc, nedostatku lekárov a sestier, pripravovaným legislatívnym zmenám v zdravotníctve i ďalším témam. Môžete si ju pozrieť na: <https://www.ta3.com/clanok/1151939/sns-kritizuje-brusel-nedostatky-v-zdravotnictve.html>



Prezident SLK po stretnutí s rodičmi, ktorí prišli o svoje deti: Ťaháme za jeden koniec

Na nedávnom (26. 4. 2019) stretnutí prezidenta Slovenskej lekárskej komory Mariana Kollára a rodičov, ktorí prišli o svoje deti pochybením lekárov, resp. zdravotníckeho personálu, sa hovorilo predovšetkým o zodpovednosti, etike, navrhovaných zmenách, ktoré by eliminovali pochybenia tých, ktorí majú v rukách naše životy, i o tom, ako zlepšiť vzťah pacient – lekár. „Ak preukázaným pochybením lekára alebo iného zdravotníckeho pracovníka dôjde k takejto tragédii, mal by za to niekto niešť zodpovednosť. Každý, kto zanedbal svoje povinnosti, mal by za svoje konanie znášať aj adekvátne následky. A predovšetkým, ak ide o život pacienta. Je veľmi dôležité, aby sa všetky pochybenia, ktoré smerujú k nesprávne poskytnutej

zdravotnej starostlivosti, objektívne vyšetrili a bola vyvodená zodpovednosť. Ale na vynášanie súdov tu máme iné orgány.

Slovenská republika je jedna z mála, ak nie jediná, ktorá z okolitých krajín nemá zakotvené povinné členstvo lekárov v lekárskej komore. Takže v rámci nejakých ďalších disciplinárnych krokov v týchto prípadoch je naša komora v podstate bezzubá. Nemá dostatočné právomoci ani možnosti na to, aby mohla voči všetkým lekárom, ktorí vykonávajú povolanie na Slovensku, uplatňovať disciplinárne opatrenia. **Napriek tomu, že SLK má svoj vlastný deontologický kódex, ten platí len pre členov komory, a nie pre všetkých lekárov.**

Slovenská lekárska komora je a bude garantom etiky našich lekárov, ale v súčasnej situácii môžeme len apelovať na to, aby sa lekári správali v súlade s týmto kódexom, ako i s dodržiavaním zákonov. Navrhol som, aby sme spoločne hľadali riešenia, ktoré by boli jednak prevenciou – aby sme podobné prípady v budúcnosti nemuseli riešiť – ale aj odsúdením tých, ktorí kazia meno nášho lekárskeho stavu. Samozrejme, všetci by sme privítali zmenu zákona o stavovských organizáciách. Zhodli sme sa v jednom – vzťah lekár a pacient musíme znovu dostať do roviny vzájomnej úcty, rešpektu a pokory. A to z oboch strán. Dohodli sme sa na pokračovaní ďalšieho dialógu.“



Slovenská lekárska komora a Európa

MUDr. Pavel Oravec, predseda Stáleho výboru SLK pre zahraničie



MUDr. Pavel Oravec

Členovia Stáleho výboru SLK pre zahraničie (SVZ) reprezentujú Slovenskú lekársku komoru v medzinárodných organizáciách lekárov. **SLK je členom týchto medzinárodných organizácií: Stáleho výboru európskych lekárov – CPME, cpme.eu/, Európskej asociácie nemocničných lekárov – AEMH, aemh.org, skupiny ZEVA – združenie lekárske komôr z krajín strednej a východnej Európy, medical-chambers.org.** Každá z uvedených organizácií má svoje vlastné špecifiká a zameriava sa na iné záujmové oblasti. Čo však majú spoločné, je výmena informácií a odovzdávanie skúseností medzi ich jednotlivými členmi. V tejto rubrike vás členovia SVZ budú postupne informovať o aktuálnom dianí v európskych lekárske organizáciách.

Stály výbor európskych lekárov (CPME) zastupuje národné lekárske združenia z celej Európy. Jeho sídlo je v Bruseli. Prispieva k tvorbe európskej politiky v otázkach súvisiacich so zdravím a zdravotnou starostlivosťou. **Snahou CPME je, aby lekári v Európe mohli poskytovať čo najlepšiu zdravotnú starostlivosť.** K tomu je nevyhnutné, aby mali vytvorené dobré a stabilné pracovné podmienky, a aby ich práca bola spravodlivo

ohodnotená. **Lekári majú vykonávať svoju prax bez neprimeraných zásahov zo strany úradov, zdravotných poisťovní a ekonómov.**

Európska asociácia nemocničných lekárov (AEMH) poskytuje európsku platformu pre nemocničných lekárov, zostavuje skupiny rôznych špecialistov podporujúcich manažment nemocníc, žiada, aby sa v európskych nemocniciach prijali akreditačné odporúčania na stanovenie noriem na zaručenie kvality liečby a zaistenie bezpečnosti pacientov. Žiada zapojenie lekárov do manažmentu nemocníc. Dlhodobo upozorňuje, že **dobré pracovné podmienky lekárov sú hlavnou podmienkou na zabezpečenie kvalitnej zdravotnej starostlivosti a bezpečnosti pacientov.** Zapája sa do diskusie o európskych smerniciach a vnútroštátnych právnych predpisoch týkajúcich sa pracovných podmienok lekárov, ako napr. európska smernica o pracovnom čase (napr. pohotovostná služba, opt-out, odpočinok a referenčné obdobie), voľný pohyb zdravotníckych pracovníkov, smernica o zdravotníckych službách (definícia nemocničnej starostlivosti), CME/CPD (kontinuálne vzdelávanie), nové zdravotnícke technológie/elektronické zdravotníctvo.

Sympóziu ZEVA vzniklo po páde železnej opony. Cieľom bolo uľahčiť komunikáciu a výmenu názorov medzi obnovenými a už dlhodobo fungujúcimi komorami stredo-európskeho a východoeurópskeho regiónu. V súčasnosti je sympóziu platformou pre diskusiu o rôznych témach a poskytuje silný regionálny hlas pre lekársku komunitu prostredníctvom formulácie spoločných vyhlásení. Týmto spôsobom **podporuje spoločné záujmy orgánov samosprávy lekárov v regióne strednej a východnej Európy** vrátane komôr z krajín, ktoré ešte nie sú členmi Európskej únie. Na diskusiu sa každoročne vyberajú témy, ktoré majú osobitný význam pre samosprávu lekárov.

Aktuálne v európskej i svetovej lekárskej komunite dlhodobo rezonuje vládny útok na le-

károv v Turecku. **Turecká polícia dňa 30. 1. 2018 zatkla a uväznila osem členov Rady Tureckej lekárskej asociácie.** Prezident Turecka *Recep Tayyip Erdogan* a turecké vládne orgány obvinili čelných predstaviteľov tureckých lekárov z podpory terorizmu. Čo sa vlastne stalo? **Tureckí lekári vo svojom verejnom vyhlásení z 24. 1. 2018 s názvom „Vojna je ohrozením verejného zdravia“ volali po okamžitom mieri** v súvislosti s ofenzívou tureckej armády v sýrskej enkláve Afrín proti kurdským milíciám, pri ktorej zahynuli aj desiatky civilistov a nálety tureckých lietadiel zničili aj vzácny staroveký chrám z prvého tisícročia, ktorý postavili ešte Aramejci. **Lekári varovali pred dopadmi vojny na civilistov** a následne vydali aj druhé verejné vyhlásenie s mottom **„Nie vojne. Mier hneď teraz“.** Spolu s ďalšími tureckými občanmi, ktorí protestovali proti vojne na sociálnych sieťach, **sa následne stali objektom perzekúcie štátnych orgánov,** samotný prezident Erdogan ich obvinil „zo zrady“ a turecký minister zdravotníctva ich označil za „služobníkov imperializmu“.

Postup tureckých štátnych orgánov vyvolal obrovské pobúrenie a ostrú kritiku lekárske organizácií po celom svete. Protestné vyhlásenie vydala **Svetová zdravotnícka organizácia (WMA),** ktorá zastupuje 111 národných lekárske asociácií – **„Vyzývame turecké úrady, aby okamžite prepustili predstaviteľov Tureckej lekárskej asociácie a ukončili zastrešovací kampaň“,** vyhlásil prezident WMA Yoshitake Yokokura. **Stály výbor európskych lekárov (CPME)** odsúdil zatknutie, vyhrážanie sa fyzickým násilím a trestným stíhaním, ktoré bolo použité proti predstaviteľom Tureckej lekárskej asociácie. Ku podpore tureckých lekárov sa pridal aj ďalšie medzinárodné organizácie, ako napríklad **Amnesty International, Medzinárodná rada pre obeť násillia (IRCT), Lekári za ľudské práva (PHR), Európske fórum zdravotníckych asociácií (EFMA)** a národné lekárske organizácie. Podporné stanovisko a protestný list tureckému prezidentovi zaslala aj **Slovenská lekárska komora.**



Okrem kampane proti predstaviteľom TTB sa v Turecku podľa našich informácií pripravujú aj **legislatívne zmeny v profesijných organizáciách**, ktoré mali doteraz relatívnu autonómiu od štátu a vlády. Predpokladané zmeny a doplnenia zahŕňajú: – **zrušenie povinného členstva**; – možnosť mať viac ako jednu organizáciu v akejkoľvek konkrétnej profesii – a flexibilné a zmenené volebné postupy. **Znamená to obmedzenie až zrušenie právomoci organizácií a ich funkcie na dohliadanie a dodržiavanie profesijných postupov, profesionálnej etiky a ďalších samosprávnych činností, čo predstavuje oslabenie týchto organizácií.**

Podľa najnovších informácií došlo v Turecku ku odsúdeniu spomínaných lekárov, na čo reagoval aj Stály výbor európskych lekárov (CPME), ktorý sa pripojil k Svetovej

lekárskej asociácii (WMA) a spoločne odsúdili výsledok súdneho konania v Turecku proti členom Rady Tureckej lekárskej asociácie (TMA) (2016 – 2018). „**Odsúdenie násilia a podpora ľudských práv a mieru nie je trestným činom. Sme veľmi rozčarovaní z výsledku súdneho procesu v Turecku a podporujeme vedúcich predstaviteľov Tureckej lekárskej asociácie v ich snahe rešpektovať etiku lekárskeho povolania,**“ povedal prezident CPME prof. Frank Ulrich Montgomery vo vyhlásení z 3. mája 2019.

Správy z pracovných ciest členov SVZ nájdete aj na webe SLK www.lekom.sk v sekcii Stále výbory – Stály výbor pre zahraničie – Aktivity.

Text vyhlásenia Tureckej lekárskej asociácie (TTB) z 24. 1. 2018:

„Ako lekári varujeme: Vojna je ľuďmi vytváraný problém, ktorý má ďalekosiahle následky na zdravie ľudí, ničí prírodu, škodí ľudstvu a ohrozuje spoločenský život. Každý ozbrojený konflikt so sebou prináša obrovskú tragédiu v podobe nenávratných dopadov nielen na fyzické a psychické zdravie ľudí, ale tiež na ich spoločenský život, o environmentálnych dopadoch ani nehovoriac. Ako zástupcovia profesie, ktorí prisahali, že budú pracovať v záujme pacientov, máme tento záväzok stále na pamäti. Našou povinnosťou je brániť život a podporovať mier. Vysporiadať sa s vojnou a všetkým negatívnym, čo prináša, možno podporou demokratického a mierového spôsobu života. Nie vojne! Áno okamžitému a všeobecnému mieru!“

Vyliečime z chorôb naše slovenské zdravotníctvo?

O rozhovor sme požiadali predsedu Výboru Národnej rady Slovenskej republiky pre zdravotníctvo MUDr. Štefana Zelníka, PhD.

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky predstavilo odbornej verejnosti hlavné kritériá pre stratifikáciu nemocníc. Ako sa vyzeráte na samotnú správu a možnosti realizácie? Pozitíva a negatíva z vášho pohľadu?

Do roku 2004 boli nemocnice rozdelené do troch typov. Nemocnice I. typu mali štyri základné oddelenia (chirurgiu, gynekológiu, interné a detské oddelenie), ktoré poskytovali základnú diagnostiku a liečbu. Komplikovanejších pacientov posielali do spádových nemocníc II. typu, alebo do krajských tzv. III. typu, prípadne do fakultných nemocníc. Po roku 2004 vtedajší minister Zajac zrušil toto rozdelenie a nemocnice sa stali všeobecné a špecializované. Je v záujme pacienta a jeho bezpečnosti, aby sa špecializovaná a náročná diagnostika či liečba niektorých menej častých ochorení sústre-

dovala výhradne do niektorých nemocníc. Je predsa prirodzené, že ak lekár isté chirurgické výkony robí často a opakovane, má s nimi aj väčšiu skúsenosť. Stratifikáciou sa čiastočne vraciame k modelu organizácie zdravotníctva, ktorý tu bol pred rokom 2004.

Poslanci hovorili aj o stratifikácii nemocníc. Zhodujú sa na jej potrebe, zdôrazňujú nevyhnutnosť zlepšiť zdravotnú starostlivosť.

To by práve stratifikácia nemocníc mala priniesť.

Rozdeliť nemocnice na lokálne, regionálne a nadregionálne je podľa vás správna myšlienka. Prečo?

Stratifikáciou sa vraciame k typológii nemocníc. Niekdajšie nemocnice I. typu sa budú označovať ako lokálne nemocnice,



MUDr. Štefan Zelník, PhD.

nemocnice II. a III. typu budú po novom regionálne nemocnice a niekdajšie fakultné, terajšie univerzitné nemocnice budú po novom národné. Je to správne. Dnes pacient chodí, vybavuje, prosí, hľadá odborníkov. Návrat k rajonizácii a sústredeniu zložitých a menej častých výkonov do vybraných lôžkových zariadení by mal zabezpečiť nielen



prirodenú dostupnosť, ale najmä zlepšenie kvality zdravotnej starostlivosti a väčšiu bezpečnosť pre pacienta. Stratifikácia prinesie do systému aj merateľné kritériá výsledkov liečby.

Predpokladáte, že dokončiť Rázsochy by bolo jednoduchšie ako postaviť novú nemocnicu, prípadne odkúpiť tú od Penty?

Žiaľ, treba konštatovať, že štát dlhodobo zlyháva. Do roku 1998 výstavba nemocnice Rázsochy pokračovala. Po roku 1998 sa stavba začala z nepochopiteľných dôvodov utlmať, až sa zastavila. Štát za vyše 25 rokov postavil len jednu nemocnicu, a to nemocnicu ministerstva vnútra. Nielen Bratislava, ale celé Slovensko potrebuje novú modernú nemocnicu nielen ako diagnosticko-liečebné zdravotnícke zariadenie, ale aj ako výučbovú základňu pre študentov medicíny a klinické pracoviská pre postgraduálnu výchovu lekárov. Na Slovensku nám chýbajú lekári, potrebujeme zvýšiť počty prijatých študentov. Projekt výstavby Rázsochy počítal s vybudovaním celého komplexu vrátane priestorov na výučbu študentov medicíny (teoretické ústavy, predklinické pracoviská...) Diagnostika, liečba a vzdelávanie študentov a lekárov potrebuje nové moderné zdravotnícke zariadenie aspoň s 1 100 lôžkami. Preto úvahy o odkupovaní nemocnice či stavaní nemocnice s počtom lôžok okolo 630 sú pre mňa nepochopiteľné. Zdravotníctvo je dlhodobo podfinancované. Najväčšie dlhy majú práve štátne univerzitné a fakultné nemocnice, a to 656,35 milióna eur (údaj z MZ SR). Dlh v zdravot-

níctve na konci minulého roka dosiahol 780,99 milióna eur aj napriek oddlžovaniu. Dlh sa nedarí zastaviť. Negatívne hospodárenie slovenských nemocníc ovplyvňuje okrem iného vysoký podiel výdavkov na mzdy zdravotníckeho personálu, ktorý dosahuje takmer 60 % nákladov nemocníc. Bolo správne, že došlo k úprave platových podmienok zdravotníckych pracovníkov, aby sa zabránilo ich odchodu do zahraničia, ale štát nemocniciam na toto zvýšenie plátov nedal adekvátne financie. Inak povedané, štát nariadil nemocniciam, aby zvýšili mzdy, ale tie nie sú kryté zdrojmi. Nemocnice musia vyplatiť zákonom stanovené mzdy a následne im nezostáva dost finančných prostriedkov na nákup liekov, špeciálneho zdravotníckeho materiálu, energie, obnovu prístrojovej techniky atď. Nemocnice tak čelia skrytému dlhu vo forme nevyhovujúcej infraštruktúry, keďže investície do tejto oblasti sú z dôvodu nedostatku finančných prostriedkov zmrazené.

Všetky kritériá ministerstvo ešte nezverejnilo, bude o nich rokovať nielen s poskytovateľmi, hlavnými odborníkmi na jednotlivé špecializácie, zriaďovateľmi, ale aj so stavovskými zdravotníckymi a pacientskymi organizáciami.

Aký je predpokladaný termín zberu informácií a pripomienok a čo si od toho štátna inštitúcia sľubuje?

Momentálne prebieha medzirezortné pripomienkové konanie. K materiálu sa budú vyjadrovať jednotlivé odborné spoločnosti, asociácie, zamestnávateľské zväzy, stavovské organizácie a ďalší. Predpokladám, že do leta by mohol byť tento proces ukončený.

Ako sa na tieto zmeny podľa vás pripravia poisťovne? Nebudú nemocnice ťahať za kratší povraz?

Stratifikácia musí ísť ruka v ruku s cenotvorbou. Cenotvorba sa musí odvíjať od skutočných nákladov za diagnostiku a liečbu pacienta. Je pravda, že súčasná cenotvorba je značne deformovaná a nezohľadňuje reálne ceny.

Záver

Veľmi zjednodušene sa cena vypočíta ako súčet všetkých nákladov na daný produkt alebo činnosť. V zdravotníctve bol systém úhrad na začiatku daný v počiatočných etapách transformácie odhadom, pretože neboli podklady na vytvorenie cien. Tak sa stalo, že sú činnosti, ktoré sú podhodnotené, iné sa približujú k reálnym cenám, a tie sú „ziskové“. Chybou sa stalo, že v niektorých štátnych zariadeniach práve činnosti, kde úhrada za ne zohľadňovala všetky vstupy a vytvárali zisk, ich niektorí riaditelia odovzdali do privátneho sektoru. Zdravotnícke zariadenie musí fungovať ako komplex činností, ktoré sa navzájom dopĺňajú. Ak si niekto vyberá tie pomyselné hrozičky z koláča, nemôže sa čudovať, že sa mu rúti ekonomika.

PhDr. Eva Sisková

Bude rok 2019 historicky najlepší pre slovenské zdravotníctvo ?

JUDr. Zuzana Dolinková, predsedníčka predstavenstva a výkonná riaditeľka ZAP



Nie je to tak dávno, čo sme na jeseň minulého roka zo všetkých strán počúvali, že slovenské zdravotníctvo bude mať v roku 2019 historicky najvyšší rozpočet. Rozpočet, z ktorého sa okrem bežných výdavkov budú nielen valorizovať platy lekárov a sestier či rekonštruovať nemocnice. Pre nezainteresovaných občanov to boli príjemné správy. Všetci sme očakávali pozitívne zmeny v súvislosti so zlepšením kvality a dostupnosti poskytovania zdravotnej starostlivosti. Napriek dôvodnému spochybňovaniu tohto rozpočtu zo strany odborníkov bolo vedenie rezortu zdravotníctva optimistické a schválený rozpočet pre rok 2019 obhajovalo. Dnes však už môžeme bez akýchkoľvek pochybností potvrdiť, že tieto vyhlásenia o najlepšom rozpočte pre zdravotníctvo boli len populistickými snahami o zakrytie reálnej situácie v našom zdravotníctve. V čase, keď je vážne ohrozená dostupnosť ambulantnej zdravotnej starostlivosti, musíme, žiaľ, čeliť dôsledkom dlhodobého podfinancovania, ktoré má kontinuitu aj v roku 2018. Môžeme síce bilancovať len prvý štvrtrok roku 2019, ale vyhodnotenie tohto obdobia je už dostatočným podkladom na vynesenie závery, že bez dofinancovania sektora nie sú na úseku zdravotníctva realizovateľné vládou sľubované sociálne balíčky a opatrenia. Mali sme možnosť v plnej kráse vidieť zdokumentovanú knihu plesní slovenských nemocníc, ambulantní poskytovatelia boli oboznámení so stanoviskom štátnej zdravotnej poisťovne, ktorá pre nich opäť nemá disponibilné zdroje na sľubované navýšovanie úhrad v druhom polroku 2019. Vraj najlepší rozpočet pre zdravotníctvo je teda po 1. kvartáli 2019 evidentne minulosťou. A čo zvyšných 9 mesiacov? Ako bude štát zabezpečovať bezproblémový chod poskytovania zdravotnej starostlivosti pre našich občanov? Budeme zase len čakať, ako sa bude hromadiť nespokojnosť, tlak, emócie tých, ktorí nás liečia? Dokedy bude štát od súvať systematické a kontinuálne zabezpečenie zdravotnej starostlivosti pre našich občanov na druhú kolaj?

Všeobecná zdravotná poisťovňa (VŠZP) informovala verejnosť v reakcii na apel Zväzu ambulantných poskytovateľov (ZAP) o nevyhnutnosti dofinancovania rezortu v tom zmysle, „že na rok 2019 alokovala do ambulantného sektora vyše 50 miliónov eur. To je maximálna suma, ktorú dovoľí schválený rozpočet. Obchodno-finančný plán podľa poisťovne počíta na rok 2019 s vyrovnaným rozpočtom. Štátna poisťovňa očakáva výsledok hospodárenia na úrovni 0,4 mil. eur. Do plánovaného výsledku hospodárenia na rok 2019 však nie sú zahrnuté celkové riziká, ktoré poisťovňa odhaduje na 169 mil. eur.“

ZAP už koncom roku 2018 upozorňoval predstaviteľov štátu, a to veľmi dôrazne, že ak nie iné zložky sektora, tak ambulantný sektor je na kolenách. Personálne i finančne. Dôvody sú všetkým známe. Demografia je jedna vec. Druhou sú podmienky na dôstojný výkon povolania. Práca v našich ambulanciách je pre lekárov dlhodobo neatraktívna, fyzicky i psychicky náročná a nerentabilná. Väčšina poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti sú obchodné spoločnosti a okrem primárneho poskytovania zdravotnej starostlivosti sú nútené pod hrozbou nekončiacich sa sankcií plniť všetky zákonné povinnosti ako podnikatelia. Mladí zdravotnícki pracovníci hľadajú aj preto uplatnenie mimo našich ambulancií. Prirodzene nastúpil trend rušenia a zatvárania ambulancií. Avšak mnohí z tých ambulantných poskytovateľov, ktorí ešte boj o zdravie našich pacientov, ako aj o prežitie svojej ambulancie nevzdali, sú značne podfinancovaní a fungujú zo zotrvačnosti len preto, že stále cítia zodpovednosť a stále dúfajú v zmenu. Stále cítia zodpovednosť za zdravie a životy našich občanov, ktorých im po rušení iných ambulancií neustále pribúda, pretože nové ambulancie nevznikajú. A stále dúfajú v zmenu systému, v ktorom bude dosť nielen pre tých, ktorí verejné zdroje prerazdelujú, ale aj pre tých, ktorí našim občanom za ich peniaze túto zdravotnú starostlivosť zabezpečujú a poskytujú. Stále cítia zodpovednosť a veria v nádej na zmenu celej spoločnosti, vrátane zmeny systému, smerujúcej k lepšiemu zdravotníctvu, ktoré má v prvom rade zabezpečiť štát.



JUDr. Zuzana Dolinková,

Aktuálne prebiehajúci proces zatvárania ambulancií nie je ničím iným ako len vyústením dlhodobo neriešených problémov nášho zdravotníctva a našich neutíchajúcich hlasov volajúcich, že takto to už ďalej nejde. Každý máme v sebe ukrytú časť nadbytočnej energie, elánu, empatie a spolupatričnosti na to, aby sme si povedali, že ešte chvíľu vydržím, ešte kúsok znesiem, ešte niečo potiahnem, pomôžem, odovzdám, urobím... Až raz nastane ten okamih, keď sa už viac nedá, nemôžeme, nevieme, aj keby sme akokoľvek veľmi chceli. A pred týmto bodom sa dnes nachádza ambulantný sektor slovenského zdravotníctva.

Podľa článku 40 Ústavy SR: „Každý má právo na ochranu zdravia.“ Zdá sa však, že zdravie našich občanov, pacientov, voličov nie je prioritou našej spoločnosti. Na prelome rokov 2018 – 2019 sa štát boril s tým, že nemá zabezpečenú ambulantnú zdravotnú starostlivosť pre svojich občanov. Pacientom sa zrazu

pred očami zatvorili dvere prvej ambulantnej lekárskej pomoci, na ktoré mohli zaklopať, keď sa dostavil zdravotný problém. Namiesto skutočného krízového manažmentu na ochranu zdravia našich občanov začali rezonovať neštandardné dohody, prázdne memorandá, spochybniteľné verejné prisľuby. Namiesto rokovania a hľadania dohody s kľúčovými ambulatnými poskytovateľmi na úrovni zmluvných partnerov vraj došlo k dohode medzi VŠZP a nemocnicami, že nemocnice ako ústavní poskytovatelia budú zabezpečovať a poskytovať aj ambulatnú zdravotnú starostlivosť. Ambulantní lekári nadobudli v tej chvíli presvedčenie o strate akejkoľvek podpory a záujmu zo strany štátu o to, kto, kde, kedy a ako bude našich pacientov, občanov liečiť. A to bez zohľadnenia faktu, že zákonom stanovená verejná minimálna sieť poskytovateľov bola a je riadne deravá aj so zmluvnenými ZAP-ákmi, niečo ešte bez nich.

Kolaps ambulantnej sféry sa zdal zažehnaný po tom, ako sa opäť tými zodpovednejšími voči našim pacientom – občanom ukázali lekári. Nie štát, nie rezortné ministerstvo, nie štátna zdravotná poisťovňa. Neprešiel však ani mesiac a s hrozbou nezabezpečenia dostupnej a efektívnej ústavnej zdravotnej starostlivosti na Slovensku prišli aj malé a stredné nemocnice. Hrozili štrajkom, ak im štátna zdravotná poisťovňa nepokryje zvýšené výdavky pre štátom schválené sociálne balíčky a rekreačné poukazy pre zdravotníckych pracovníkov.

A sme zase na začiatku... Historicky najlepší rozpočet – prešli prvé tri mesiace roku 2019 – zdroje na rok 2019 sa minuli – VŠZP je za 1. kvartál 2019 v strate vyše 15,8 mil. eur...

Ambulantní poskytovatelia dostali v reakcii na ich požiadavky predložené k sľubovaným rokovaniam k 1. 7. 2019 o nových zmluvných a cenových podmienkach zo strany vedenia VŠZP, čuduj sa svete, staré známe vyjadrenie v znení, že zdravotná poisťovňa nemá dostatočné disponibilné zdroje na požadované navýšenie úhrad ambulatným poskytovateľom, ak nedôjde k dofinancovaniu sektora.

Tu je zopár faktov o ambulatných poskytovateľoch, ktorí dlhodobo a opakovane apelujú na štát, že tento segment zdravotnej starostlivosti kolabuje a jeho totálny kolaps je len otázkou času.

● **Ambulantní poskytovatelia** tvoria základný pilier poskytovania zdravotnej starostlivosti a sú prvým útočiskom pre pacienta v prípade náhleho zhoršenia jeho zdravotného stavu.

● **Ambulantní poskytovatelia** už celé roky kričia, že nevládu, že zanikajú a zomierajú bez ľudskej náhrady, pretože štát nechce kompenzovať náročné pracovné, ekonomické a spoločenské podmienky výkonu ich povolania/poslania občanom, ktorých nebude mať, resp. dnes už môžeme povedať, že nemá kto na Slovensku liečiť. Preto, ak aj pani ministerka zdravotníctva považuje návrh na zavedenie povinnosti pre ambulatných poskytovateľov popri poskytovaní ambulantnej zdravotnej starostlivosti slúžiť aj na urgentných príjmoch či na oddeleniach nemocníc za „systémové“ riešenie nedostatku ľudských zdrojov v našom zdravotníctve, niečo tu naozaj nie je v poriadku. Bez diskusie o dodržiavaní Zákonníka práce a o zodpovednosti za správne poskytovanie zdravotnej starostlivosti, keď už dnes lekári slúžia bez dostatočného a zákonom garantovaného odpočinku na oddeleniach, urgentoch či na ambulantnej pohotovostnej službe. A zatvárať oči nad týmto neporiadkom budeme dovtedy, kým sa opäť raz pre zlyhanie ľudského faktora nestane zbytočná tragédia. Nefunguje systém, chýba zdravý rozum, strategické koncepcie, ale najmä ich adaptácia do reálnej praxe. Slovenské zdravotníctvo sa nachádza v situácii, keď tu nemá kto poskytovať zdravotnú starostlivosť, liečiť našich občanov, chrániť zdravie. V ambulanciách určite. I napriek tomu, že každý má právo na ochranu zdravia.

● **Ambulantní poskytovatelia** sú legislatívne vnímaní ako podnikatelia, avšak sú financovaní výlučne z verejného zdravotného poistenia. Ambulantní poskytovatelia sú financovaní našimi občanmi, pacientmi, poisťovacími, voličmi, prostredníctvom povinného a pravidelného odvádzania poistného na verejné zdravotné poistenie. Napriek tomu, že naši občania si túto svoju povinnosť plnia, štát im nevie – alebo nechce? – zabezpečiť takú ochranu zdravia, ktorá im je garantovaná a ktorá im prináleží.

Ani výstražný prst na sklonku minulého roka nenaštartoval vedenie súčasného rezortného ministerstva k väčšej aktivite smerujúcej ku vzkrieseniu nášho zdravotníctva, ktoré je potrebné resuscitovať azda na každej jeho

úrovni. Zatiaľ konzistentným vyjadrením pani ministerky A. Kalavskej k zmluvným vzťahom poskytovateľov zdravotnej starostlivosti vo veci financovania je, že ona ako minister a regulátor nebude vstupovať do zmluvných vzťahov poskytovateľov so zdravotnými poisťovňami. Ani čo sa týka štátnej VŠZP. Napriek tomu, že Ministerstvo zdravotníctva SR je jej jediným akcionárom. Napriek tomu, že aj štátna zdravotná poisťovňa financuje z nami platených zdravotných odvodov naše nemocnice a ambulancie, ktoré nám majú za to poskytovať bezplatnú zdravotnú starostlivosť hradenú z verejného zdravotného poistenia. Napriek tomu, že my, občania, zdroje na našu dostupnú a kvalitnú zdravotnú starostlivosť platíme, lebo musíme, štát nám ju nevie – alebo nechce? – zabezpečiť.

Môže byť Slovensko moderným, proeurópskym, sociálnym a demokratickým štátom, keď v ňom zlyhávajú základné zložky jeho fungovania? Môže existovať štát, ktorého vrcholných predstaviteľov nezaujímajú, že nielen naše deti nebude mať kto na Slovensku ošetrovať? Na Slovensku dnes reálne chýba vyše 500 pediatriov. Všeobecných lekárov pre dospelých je ako šafranu. Ani všeobecní lekári, ani špecialisti nedokážu z nedostatkových zdrojov zo zdravotných poisťovní financovať svoje odborné, moderné a prístrojovo vybavené ambulancie. O reálnych platoch ambulatných lekárov ani nie je potrebné sa zmieňovať, pretože náklady nedofinancovanej ambulancie im umožňujú vyplatiť si maximálne minimálnu mzdu. Častokrát ani tú minimálnu nie. Nemocnice bez dodatočného dofinancovania údajného top rozpočtu pre zdravotníctvo v roku 2019 nemajú z čoho platiť svojim lekárom štátom schválené sociálne balíčky a rekreačné poukazy. Pravá ruka nevie, čo robí ľavá, alebo sľuby sa sľubujú, blázni sa radujú...?! A ďalšou osobitnou kapitolou sú sestry či nekonečná sága o výstavbe koncovej Univerzitnej nemocnice v Bratislave.

Doteraz silná, odhodlaná a ústretová obec ambulatných poskytovateľov na Slovensku ďalej už takto nevládze. Doteraz bojovala zo všetkých síl. Bojovala, lebo ochrana zdravia a životov pacientov bola, je a bude pre lekárov vždy na prvom mieste. Vydržala až dodnes, lebo verila, že raz sa to musí zlomiť a že musí prísť zmena. Ani napriek doterajším opakovaným nezhodám vo veci financovania ambulatní lekári od pacientov nikdy neodišli.

Stáli pri nich, liečili ich, pomáhali im. Lekári aj dnes stále stoja pri svojich pacientoch, liečia ich a pomáhajú im. Lekárov a zdravotníckych pracovníkov však permanentne ubúda. Štát sa o nich nestará. Nechráni ich. Štát nezaujíma to – a opakovane sme sa o tom presvedčili – či, kým, ako a kde budú mať naši občania zabezpečenú zdravotnú starostlivosť. A naši občania – mladí lekári sa v reakcii na to na oplátku nezaujmajú, či, ako a kde by boli na Slovensku osožní pri ochrane zdravia. Namiesto vytvorenia adekvátnych pracovných (personálnych, finančných, materiálnych, výskumných a vzdelávacích), podmienok v našich nemocniciach a ambulanciách štát uvažuje o sťahovavosti z tretích krajín, ktorí by v postavení lekára – bez registrácie v povolani lekárov na Slovensku! – poskytovali v našich nemocniciach zdravotnú starostlivosť pod dohľadom atestovaného lekára. V našich nemocniciach, v ktorých dnes nemáme dostatočné personálne vybavenie a ktoré dnes prostredníctvom asociácií volajú po tom, aby v nich slúžili aj ambulantní lekári. Asi takto to vyzerá, keď sa vo vyspelom zdravotníckom systéme predkladá jeden „systémový“ návrh na ozdravenie slovenského zdravotníctva za druhým. A potom sa (nielen) celé Slovensko čuduje, že to naše zdravotníctvo sa nie a nie ozdraviť?!

ZAP predložil za jednotlivé segmenty ambulantnej zdravotnej starostlivosti systémové návrhy na zlepšenie postavenia ambulantných lekárov. ZAP má spracované riešenia, spôsoby, možnosti, ciele a vízie, ako naštartovať a zrevitalizovať fungovanie súčasných ambulancií a zároveň obnoviť vznik nových ambulancií vo všetkých častiach Slovenska. Na to, aby bolo možné akékoľvek zmeny realizovať, je však nevyhnutná ochota spolupráce, diskusie a dialógu aj z druhej strany. Zo strany tých, ktorí zdravotníctvo riadia a rozhodujú o jeho budúcnosti a smerovaní. Ak tu dnes táto ochota z druhej strany nie je, nezostáva nám asi nič iné, len si počkať na nových, zodpovedných, počúvajúcich, spolupracujúcich, rozhladených a aktívnych partnerov, ktorým zdravie našich občanov a budúcnosť nášho slovenského, európskeho zdravotníctva nie je a nebude ľahostajná. Nikto z nás nechce nefungujúci zdravotný systém, nikto nechce choré Slovensko, chorých ľudí, choré systémové riešenia a choré opatrenia, ktoré dostali zdravotníctvo tam, kde je dnes. Dostali ho do patovej situ-

ácie paradoxne prezentovanej ako najlepší rok pre slovenské zdravotníctvo. Nie náhodou ako kľúčový rok? Dostali ho do stavu, keď je slovenské zdravotníctvo bez lekárov a sestier, bez prosperujúcich a nezadĺžených nemocníc, bez fungujúcich ambulancií, bez optimistických výziev, ale azda ešte stále v stave viery v lepšiu a zdravšiu budúcnosť. Všetci cítíme, že z pôvodne prezentovaného najlepšieho roku pre naše zdravotníctvo sa musí stať rok kľúčový. Kľúčový v tom, že sa v ňom začnú bez obáv, zahmlievania a s plným nasadením realizovať nevyhnutné veľké zmeny a výzvy, na ktorých bolo treba začať pracovať už včera, a nie o nich len bezbreho hovoriť. Slová nemôžu nahradiť činy.

Nijaká spoločnosť, nijaký štát, nijaká krajina nemôže existovať bez fungujúceho zdravotného systému a bez tých, ktorí sa o zdravie občanov starajú a zabezpečujú ho na všetkých úrovniach.



Aké hlavné ciele si ZAP vytýčil pre rok 2019?

1. Vo veci zmluvných vzťahov so zdravotnými poisťovňami aktívne presadzujeme:

- priblíženie sa príjmov ambulancie k celkovým nákladom poskytovateľa vynaložených na jej prevádzkovanie a spolupodieľanie sa na riešení problematiky chýbajúcich ľudských zdrojov – lekári a sestry, nakoľko bez pokrytia reálnych nákladov starostlivosti a zamerania sa na rozvoj ľudských zdrojov nie je možné zlepšenie dnes už skutočne kritickéj situácie v ambulantnom segmente slovenského zdravotníctva
- zjednodušenie a sprehľadnenie všetkých zmlúv

- zvýšenie úhrad za poskytovanie zdravotnej starostlivosti pre EÚ poistencov na úroveň úhrad za poistencov SR, resp. na úroveň ceny preventívneho bodu
- zvýšenie úhrad za preventívne prehliadky
- zmena hodnotiacich koeficientov, parametrov
- pre špecialistov vytvorenie podmienok kontinuálnej udržateľnosti fungovania bezlimitného prostredia a rokovania o uznávaní kombinácie výkonov v jednotlivých špecializáciách
- pre všeobecných lekárov pre dospelých navýšenie kapitačnej platby, ktorá tvorí základ príjmu ambulancie všeobecného lekára
- pre všeobecných lekárov pre deti a dorast navýšenie platieb formou zvýšenia kapitácie celoplošne, ako aj zohľadňujúc funkčné, geografické a sociálne parametre a vytvorenie pracovnej skupiny primárnych pediatrov v ZAP, ktorá sa bude podieľať na príprave stratégie pre kolabujúci segment pediatrie

2. Činnosť ZAP zameraná smerom navonok:

- maximalizovať úsilie o spoluprácu s odbornými spoločnosťami a inými stavovskými organizáciami s cieľom spoločného postupu v systémových krokoch pre záchranu ambulantného sektora
- využiť všetky spôsoby mediálnej komunikácie s cieľom zrozumiteľne sprostredkovať širokej verejnosti princípy fungovania ambulantného sektora a jeho oceňovania z verejných zdrojov
- vysvetľovať zásadný paradox definície poskytovateľov zdravotnej starostlivosti ako podnikateľských subjektov so všetkými povinnosťami, pritom prísne a rozsiahlo regulovaných rôznymi štátnymi inštitúciami
- poukazovať na princíp platby za zdravotnú starostlivosť, ktorá by mala byť na základe zmluvy poskytovateľa s pacientom, a nie zmluvou medzi poskytovateľom a poisťovňou. Konkrétne komunikovať výšku platieb za zdravotné výkony, aby verejnosť sama zhodnotila ocenenie práce lekárov a nakladanie s prostriedkami určenými pre verejné zdravotníctvo.
- začať opätovnú korektnú diskusiu o spoločnej účasti pacientov na platbe za poskytnutú zdravotnú starostlivosť, ktorá je samozrejmosťou takmer vo všetkých vyspelých krajinách sveta.

Predsedom Správnej rady Zväzu ambulantných poskytovateľov sa stal MUDr. Peter Slezák

Predsedom Správnej rady Zväzu ambulantných poskytovateľov (ZAP) sa stal MUDr. Peter Slezák. Predsedníčkou predstavenstva je od 15. marca Zuzana Dolinková, ktorá súčasne pôsobí ako výkonná riaditeľka ZAP.

Do funkcií ich zvolilo valné zhromaždenie zväzu na piatkovom zasadnutí v Turčianskych Tepliciach. Zväz ambulantných poskytovateľov o tom informoval v tlačovej správe.

ZAP bude presadzovať dofinancovanie ambulancií

Na treťom valnom zhromaždení delegáti zhodnotili aj činnosť zväzu v roku 2018. Témou bolo zhodnotenie záveru roka 2018, keď celý december 2018 bolo vyše 1 300 poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti združených v ZAP v nezmluvnom vzťahu so Všeobecnou zdravotnou poisťovňou (VŠZP).

Valné zhromaždenie sa ďalej zaoberalo cieľmi a úlohami pre rok 2019. Prioritným cieľom je v rokovaní presadzovať reálne dofinancovanie a priblíženie príjmov ambulancie k celkovým nákladom poskytovateľa vynaložených na jej prevádzkovanie, ako i výrazne zjednodušiť a sprehľadniť zmluvy medzi poskytovateľmi a zdravotnými poisťovňami. ZAP združuje ambulantných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti za účelom presadzovania ich oprávnených spoločenských, ekonomických, zamestnávateľských a odborných záujmov.

Zväz zastupuje svojich členov vo vzťahoch so zdravotnými poisťovňami, so Sociálnou poisťovňou, Ústredím práce, sociálnych vecí a rodiny, úradmi práce, sociálnych vecí a rodiny, komerčnými poisťovňami a v prípade potreby aj vo vzťahoch s ďalšími orgánmi verejnej správy.



MUDr. Peter Slezák

Najlepší rozpočet pre zdravotníctvo

Zväz ambulantných poskytovateľov (ZAP) apeluje na štát, aby sa vážne a ihneď začal zaoberať nedostatočným financovaním zdravotníctva, na ktoré upozorňujú poskytovatelia ústavnej i ambulantnej zdravotnej starostlivosti.

Vedenie štátnej zdravotnej poisťovne počas rokovaní so zástupcami ZAP, ktorý zastupuje takmer 2-tisíc poskytovateľov ambulantnej zdravotnej starostlivosti, konštatovalo, že Všeobecná zdravotná poisťovňa, a. s. (VŠZP) nemá dostatočné disponibilné zdroje na to, aby rokovala o požadovaných zmluvných a cenových úpravách k 1. 7. 2019 tak, ako bolo deklarované na začiatku roku 2019. Hroziaci kolaps ambulantnej zdravotnej starostlivosti začiatkom roku 2019 odvrátili lekári. Nie zdravotné poisťovne ani štát. Podmienkou tohto kroku lekárov boli záruky ďalších konštruktívnych rokovaní o ich požiadavkách s účinnosťou najneskôr od 1. 7. 2019. Záruky i sľuby sú dnes minulosťou a ambulantní poskytovatelia už nie sú schopní ďalej sanovať funkciu štátu. Na Slovensku je dnes akútny

nedostatok pediatrov, bez ktorých nie je možné ďalej zabezpečovať dostupnú a kvalitnú zdravotnú starostlivosť pre naše deti. Ambulantní špecialisti, najmä tí, ktorí poskytujú zdravotnú starostlivosť mentálnou prácou a bez prístrojov, sú pripravení ihneď ukončiť poskytovanie zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia, nakoľko štát im nedokáže zabezpečiť dôstojné a adekvátne podmienky na jej poskytovanie. Dokonca sú pripravení ihneď svoje ambulancie úplne zatvoriť, pretože nijakí mladí lekári nemajú záujem pokračovať v práci, ktorá je pre nich likvidačná a hľadajú si uplatnenia mimo ambulantného sektora. O prirodzenom úbytku prestarnutej generácie lekárov už vôbec nie je potrebné diskutovať. Zväz ambulantných poskytovateľov dlhodobo žiada svojich zmluvných rokovacích partnerov – zdravotné poisťovne o dofinancovanie ambulantných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v takom rozsahu, aby sa celkové príjmy ambulancie priblížili k celkovým nákladom vynaloženým na jej prevádzkovanie a aby bolo možné zabezpečiť chýbajúce ľudské zdroje v našich

ambulanciách – lekárov a sestry. Bez pokrytia reálnych nákladov zdravotnej starostlivosti a zamerania sa na rozvoj ľudských zdrojov nie je možné očakávať zlepšenie dnes skutočne už kritickej situácie aj v ambulantnom segmente slovenského zdravotníctva. Sme presvedčení, že tak ako naši občania (pacienti – poisťenci) ani lekári (v nemocniciach ani v ambulanciách) a veríme, že ani zdravotné poisťovne, Ministerstvo zdravotníctva SR, Ministerstvo financií SR ani ostatné kompetentné subjekty, ktoré sú zodpovedné za ochranu zdravia v našej krajine, nemajú záujem o to, aby sa neštandardné situácie pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti opakovali. „Deklarácie, memorandá, vyhlásenia a prisľuby opakovane nesplnili svoj účel. Ak sa kompetentní včas nezobudia, horúca jeseň či zima nás ani tento rok zrejme neminie.“ Ambulantní lekári apelujú, že situácia je viac ako vážna a vyzývajú všetkých kompetentných na urýchlené konanie tak na úrovni vlády SR, ako i poslancov Národnej rady SR, ktorí boli zvolení občanmi preto, aby obhajovali ich záujmy.

Opakovanie je matka múdrosti

Registrácia, licencie, členstvo, sústavné vzdelávanie

Advokátska kancelária ŠKODLER & PARTNERS, s. r. o.

Napriek tomu, že zákon č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon“) je platný a účinný takmer 15 rokov, opakovane sa na Slovenskú lekársku komoru (ďalej len „komora“) obracajú lekári so žiadosťami o vysvetlenie aj tých najzákladnejších pojmov vyplývajúcich zo zákona. Všetci poznáme príslovie „Opakovanie je matka múdrosti“, preto nám iste odpustia tí členovia komory, ktorým sú základné pojmy zákona jasné, že sa k nim v tomto príspevku vraciame.

Registrácia

Registrácia lekára

Povolanie lekár je regulovaným povolaním, čo si v zmysle zákona vyžaduje splnenie osobitných podmienok, aby medicínsky vzdelaný občan mohol toto povolanie vykonávať. Zjednodušene: touto podmienkou je zápis do registra lekárov vedený komorou. Pre zápis do registra je potrebné splniť a preukázať podmienky stanovené zákonom, a to spôsobilosť na právne úkony, odbornú spôsobilosť, zdravotnú spôsobilosť a bezúhonnosť. Zákon určuje zoznam dokladov, ktoré je žiadateľ o zápis do registra povinný predložiť komore, komora však môže vyžadovať aj ďalšie doklady na preukázanie iných podmienok stanovených týmto alebo inými zákonmi na výkon povolania. Samotným aktom registrácie je schválenie zapísania do registra (schválenie žiadosti o zápis) a vydanie potvrdenia o registrácii. Registráciou sa žiadateľ stáva zdravotníckym pracovníkom oprávneným vykonávať zdravotnícke povolanie.

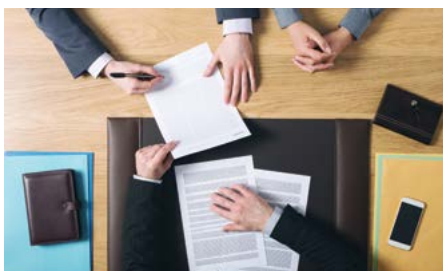
Komora okrem samotnej registrácie tiež vedie register vo vzťahu k zdravotníckemu pracovníkovi, teda vedie po celý čas výkonu povolania aktuálne údaje o lekárovi. Zákon ukladá pod hrozbou uloženia pokuty lekárovi povinnosť oznamovať aktuálne údaje do registra v prípade ich zmeny.

Registráciu lekára nie je možné zamieňať s členstvom v komore. Registráciou lekárovi nevzniká členstvo v komore.

Dočasné pozastavenie registrácie

Komora dočasne pozastaví registráciu lekárovi, ak o to požiada z dôvodu, že prerušil výkon povolania, alebo ak bol lekárovi dočasne zakázaný výkon zdravotníckeho povolania.

Po zániku dôvodov dočasného pozastavenia registrácie môže lekár požiadať o obnovenie registrácie. K žiadosti prikladá iba doklady preukazujúce zmenu údajov v registri.



Zrušenie registrácie

Komora zruší registráciu tomu, kto požiadal o zrušenie registrácie v súvislosti s ukončením výkonu zdravotníckeho povolania, tomu, kto prestal spĺňať podmienky na výkon povolania, komu bol právoplatným rozhodnutím súdu uložený doživotný zákaz výkonu zdravotníckeho povolania alebo tomu, kto porušil zákonnú povinnosť počas krízovej situácie vykonávať povinnosť uloženú príslušnými orgánmi na zabezpečenie poskytovania zdravotnej starostlivosti a bola mu za to uložená pokuta.

Zánik registrácie

Registrácia zaniká smrťou fyzickej osoby alebo jej vyhlásením za mŕtvo.

Licencie

Vydanie licencie

Licencie sa vydávajú:

- na výkon samostatnej zdravotníckej praxe v povolaní lekár,
- na výkon povolania lekár,
- na výkon činnosti odborného zástupcu v povolaní lekár,

- na výkon lekárskej posudkovej činnosti v povolaní lekár.

Komora vydá licenciu na základe žiadosti a predloženia dokladov preukazujúcich splnenie podmienok na vydanie licencie, a to:

- spôsobilosť na právne úkony v celom rozsahu,
- zdravotnú spôsobilosť,
- odbornú spôsobilosť,
- bezúhonnosť,
- zápis v registri lekárov,
- dôveryhodnosť.

Licencia sa vydáva na dobu neurčitú a podmienky na vydanie licencie musia byť splnené po celý čas platnosti licencie.

Dočasné pozastavenie licencie

Komora dočasne pozastaví licenciu, ak držiteľ licencie požiada o dočasné pozastavenie licencie, ak preruší výkon povolania na dobu dlhšiu ako štyri roky v priebehu posledných piatich rokov, ak má dočasný zákaz výkonu povolania, alebo ak má dočasne pozastavenú registráciu.

Zrušenie licencie

Komora zruší licenciu, ak držiteľ licencie požiada o zrušenie licencie, pričom je o zrušenie povinný požiadať dva mesiace pred dňom, od ktorého žiada licenciu zrušiť. Licenciu zruší, ak držiteľ licencie prestal spĺňať podmienky ustanovené na vydanie licencie, ak získal licenciu na základe nepravdivých údajov, ak opakovane porušil povinnosti ustanovené týmto zákonom, ak neodstránil nedostatky v lehote určenej v rozhodnutí o dočasnom pozastavení licencie, ak mal uložené disciplinárne opatrenie alebo ak mal opakovane uložené disciplinárne opatrenie v prípadoch stanovených zákonom.

Ak komora zruší licenciu, môže ju znovu vydať z dôvodov stanovených zákonom až po uplynutí dvoch rokov od právoplatnosti rozhodnutia o zrušení licencie.

Zánik licencie

Platnosť licencie zaniká smrťou fyzickej osoby alebo vyhlásením za mŕtveho.



Členstvo v komore

Zákon stanovuje dobrovoľné členstvo v komore. Členstvo v komore treba odlišovať od registrácie a členstvo v komore nie je podmienkou výkonu povolania.

Členom komory môže byť osoba, ktorá je odborné spôsobilá na výkon povolania lekár a je bezúhonná.

Členstvo v komore vzniká zápisom do zoznamu členov na základe žiadosti lekára o zápis. Zápisom do zoznamu členov treba rozumieť kladné rozhodnutie príslušného orgánu komory – Prezídia komory o žiadosti. Rozhodnutie komory vydá do 30 dní odo dňa podania žiadosti.

Komora vyčiarkne lekára zo zoznamu členov, ak písomne požiadal o vyčiarknutie, ak zomrel alebo bol vyhlásený za mŕtveho, alebo ak bol vylúčený z komory.

Práva a povinnosti člena komory stanovuje zákon.

Sústavné vzdelávanie

Zdravotnícky pracovník, teda aj registrovaný lekár je v súlade so zákonom povinný sa sústavne vzdelávať.

Sústavné vzdelávanie sa je priebežné obnovenie, prehĺbovanie a udržiavanie získanej odbornej spôsobilosti v súlade s rozvojom príslušných odborov po celý čas výkonu zdravotníckeho povolania.

Kritériá a spôsob hodnotenia sústavného vzdelávania sa zdravotníckeho pracovníka stanovuje Vyhláška Ministerstva zdravotníctva SR č. 74/2019 Z. z. o kritériách a spôsobe hodnotenia sústavného vzdelávania sa zdravotníckych pracovníkov. Vyhláška nadobudla účinnosť 15. marca 2019.

Hodnotenie splnenia sústavného vzdelávania sa vykonáva komora. Ak je výsledné hodnotenie zdravotníckeho pracovníka „nesplnil“, komora uloží zdravotníckemu pracovníkovi, aby najneskôr do šiestich mesiacov odstránil zistené nedostatky. Ak lekár zistené nedostatky neodstráni, komora rozhodne o doplnení vedomostí sústavného vzdelávania sa, ktoré zodpovedá chýbajúcemu počtu kreditov, určí rozsah, spôsob a lehotu na doplnenie vedomostí sústavného vzdelávania sa. Súčasne môže komora uložiť lekárovi pokutu za neplnenie povinnosti sústavne sa vzdelávať.

Sapiaentia klub na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského

Akademik prof. MUDr. Ján Štefanovič, DrSc.

Niektorí starší pedagógovia, lekári z Lekárskej fakulty Univerzity Komenského už od roku 1992 uvažovali o založení klubu, ktorý by spájal pedagogických, odborných i vedeckovýskumných pracovníkov. Spájať ich malo jedno: odchod do zaslúženého dôchodku.

Tieto zámyery sa realizovali až v roku 2002 (26. januára), keď bol oficiálne založený Sapiaentia klub, ktorý vznikol na podnet prof. MUDr. Michala Valenta, DrSc. za účasti vtedajšieho dekana LFUK univ. prof. MUDr. Pavla Traubnera, PhD., významného slovenského neurológa, a prof. MUDr. Gustáva Čierneho, DrSc. Klub sa začal schádzať raz mesačne, v posledný utorok. Cieľom priateľských stretnutí bolo pripomínanie si minulých významných výročí aj jednotlivých členov, diskutovanie k aktuálnym otázkam odborným, vedeckým i takým, ktoré sa dotýkajú tém zdravotníctva.

Do programu sú zaradované i spoločenské, umelecké i politické problémy. Klub vznikol z pocitov, že o starších pracovníkov nie je veľký záujem a zásadou prevencie starnutia je udržiavanie spoločenských kontaktov, stimulácia záujmov o odbornú problematiku. Klub sa stal miestom nielen pracovníkov Lekárskej fakulty, ale aj iných kolegov z oblasti zdravotníctva, SAV, ako aj umeleckého a spoločenského života. Vedenie LFUK prevzalo záštitu nad klubom a podčiarklo jednu z hlavných zásad štatútu klubu, ktorou je múdrosť, skúsenosť a pamäť na úžitok nielen LFUK, ale všetkého, čo je v zdravotnej starostlivosti o pacienta a vôbec na sveteprospešné a dobré.

Svedčí o tom vyše 70 stretnutí, na ktorých sa diskutovalo napríklad o minulosti, súčasnosti i budúcnosti lekárskeho fakult (prof. Čatár a prof. Traubner), o klinickej imunológii a alergológii (prof. Štefanovič), o aktualitách z kardiológie (prof. Šimkovič, Riečanský, Murín), človeka a inštitúcia (prof. Kmety), vzťah psychického a somatického



akademik, Prof. MUDr. Ján Štefanovič, DrSc.

v medicíne (prof. Zikmund), aktuálne medicínsko-právne aspekty (prof. Čič), diskusia o literatúre, politike a tvorbe (Ladislav Ťažký), zdravotnícka reforma (prof. Virsík), tvár života videná semiológiou (prof. Borecký), globalizácia a národná kultúra (Anton Hykisch), hĺbka ako osud (Ignác Bizmayer, Ján Čomaj), Slovensko a Maďarsko pred II. svetovou vojnou (dr. Deák), SLS (prof. Čierny), vývoj vo vodnom hospodárstve (doc. Binder), Slovensko v súčasnosti (Drahošlav Machala) a mnoho iných zaujímavých tém.

Sú to stretnutia vzdelaných, rozhladených a skúsených účastníkov, ktorým nejde o kariéru, preto posudzujú problémy s istou dávkou nadhľadu a s cieľom pomôcť riešiť mnohé aktuálne otázky nášho súčasného života. Viacerí prednášatelia vyslovili krédo, že prísť medzi vzdelaných a rozhladených slovenských lekárov je sviatok vo všedný deň.





Efektívnosť slovenského zdravotníckeho systému v medzinárodnom porovnaní

Opýtali sme sa prodekanke pre vedecko-výskumnú činnosť a doktorandské štúdium na Ekonomickej fakulte Technickej univerzity v Košiciach doc. Ing. Beáty Gavurovej, PhD., MBA

doc. Ing. Beáta Gavurová, PhD., MBA pracuje ako prodekanke pre vedecko-výskumnú činnosť a doktorandské štúdium na Ekonomickej fakulte Technickej univerzity v Košiciach, kde pôsobí od roku 2009. Vo svojej vedecko-výskumnej práci sa zameriava predovšetkým na oblasť merania a riadenia výkonnosti a efektívnosti v systéme zdravotníctva, procesné riadenie a optimalizáciu procesov v zdravotníctve, zdravotnú politiku, zdravotno-demografické analýzy, riešenie regionálnych disparít v dostupnosti a kvalite zdravotnej starostlivosti, strategický a výkonnostný benchmarking, kvalitatívne analýzy zdravotného správania sa rôznych skupín populácie SR, ako aj na tvorbu koncepcií regionálnych politík nadväzujúcu na uvedené aspekty. Za posledné roky koordinovala a participovala na viacerých významných medzinárodných, ako aj národných grantových projektoch orientovaných na problematiku implementácie systémov ICT, efektívnosť systémov zdravotníctva a implementáciu špecifických metrik efektívnosti, optimalizáciu procesov v systéme zdravotníctva, viacdimezióne analýzy jednoduchovej chirurgie a pod. Je recenzentkou niekoľkých významných impaktovaných časopisov, ako aj členkou viacerých redakčných rád časopisov a vedeckých výborov medzinárodných vedeckých konferencií, monitorovacích výborov a pracovných skupín. Je zodpovedná za aktívnu zmluvnú spoluprácu fakulty s mnohými významnými inštitúciami zdravotného systému SR.



Na Ekonomickej fakulte Technickej univerzity v Košiciach sa ako prodekanke pre vedu, výskum a doktorandské štúdium okrem iného zaoberá aj meraním efektívnosti slovenského zdravotníckeho systému v medzinárodnom porovnaní. Vďaka jej vedecko-výskumným článkom o koncepte odvrátiteľnej úmrtnosti ako nástroja na meranie efektívnosti zdravotnej starostlivosti, ako aj výsledkov národného hospodárenia sa už dnes v strategických národných dokumentoch Slovenska (Národný program reforiem, Stratégia hospodárskej politiky, Stratégia zdravotníctva) začali používať pojmy a ukazovatele ako odvrátiteľná úmrtnosť liečiteľná a odvrátiteľná úmrtnosť preventabilná.

Mohli by ste našim čitateľom osvetliť tieto dva pojmy a ukazovatele, ako aj ich význam? Ako možno na základe týchto ukazovateľov zlepšovať zdravie slovenského obyvateľstva?

Chcela by som priblížiť danú problematiku a aktuálne prostredie v zdravotných

systémoch, odôvodňujúce narastajúci význam využívania konceptov merania zdravia populácie. Približne od deväťdesiatych rokov minulého storočia boli v charaktere reprodukčného správania sa jednotlivých krajín zreteľné dramatické zmeny. Problémy súvisiace so starnutím populácie výrazne ovplyvňujú celú spoločnosť. Slovensko patrí medzi najmladšie krajiny Európy a v budúcnosti bude starnúť vplyvom nevyrovnanej vekovej štruktúry a v dôsledku prudkého poklesu pôrodnosti, zmien rôznych úmrtnostných pomerov, ako aj zmien v životnej úrovni. Demografické procesy v regiónoch Slovenska sú homogénne, prebiehajú rôzne rýchlo a s rôznou intenzitou, čím sa prehľbuje diferenciacia z hľadiska demografického starnutia. To si vyžaduje prípravu špecifických politík zameraných na zdravotnú a sociálnu oblasť, reflektujúcu na regionálne disparity a diskrepancie. Komplexný proces, ako aj spôsob starnutia populácie na Slovensku je determinovaný predovšetkým strednou dĺžkou života, ekonomickými podmienkami v spoločnosti, úrovňou (kvalitou, rozsahom a dostupnosťou) zdravotnej starostlivosti,

rodinným prostredím, kvalitou životného prostredia, životným štýlom jednotlivca, jeho vzdelaním a pod.

Demografické procesy výrazne vplyvajú aj na štruktúru a procesy zdravotného systému krajiny.

Zdravotný systém vo všeobecnosti plní tri základné ciele: zlepšovanie zdravotného stavu, poskytovanie služieb, ktoré občania požadujú a zavedenie a rozvoj systému spravodlivého financovania. Zlepšovanie zdravotného stavu sa doposiaľ meralo mierou mortality, dĺžkou života, predčasnou mortalitou alebo tzv. „stratenými rokmi života“. Voľba týchto metrik bola determinovaná predovšetkým dostupnosťou údajov, ako aj možnosťou merania a porovnávania v časových horizontoch na národnej a medzinárodnej úrovni. Takéto merania nereflektovali na mieru zaťaženia chorobou, ktorú možno priradiť zdravotnému systému.



Mnohé európske krajiny od začiatku globálnej finančnej krízy radikálne znížili rozpočty v systémoch zdravotníctva.

Tento proces mohol mať dopad aj na obmedzenú dostupnosť zdravotnej starostlivosti, elimináciu prevenčných aktivít, úspory na medicínskych zariadeniach, nedostatočné intervencie, ako aj na nízku podporu vedy a výskumu v oblasti zdravia. Uvádzané negatíva sa už v krátkodobom časovom horizonte prejavili v náraste morbidita obyvateľstva, ako aj s ňou súvisiacou odvrátenou úmrtnosťou a následne vyvolávali tlak na finančné zdroje v systéme zdravotníctva. Mnohé choroby sa v dôsledku nedostatočnej prevencie, ako aj neefektívnej liečby, početných komorbidity, resp. neskorej diagnostiky stávajú chronické, čím sa výrazne sťažuje proces liečenia a zvyšuje jeho finančná náročnosť. Z uvedeného dôvodu sa v súčasnosti v procese hodnotenia efektívnosti zdravotníckych systémov dostáva do popredia meranie rozsahu príspevku zdravotníckeho systému na zdravie populácie. Aj keď bolo doposiaľ vyvinutých mnoho indikátorov za účelom hodnotenia výkonu zdravotníckeho systému v krajinách OECD, nijaký nepredstavuje finálny, jednoznačný, ktorý by komplexne vypovedal o efektívnosti a výkonnosti systémov zdravotnej starostlivosti bez obmedzení. Cieľom každého zdravotného systému by mala byť efektívna podpora, obnova a udržiavanie zdravia obyvateľstva. Na ich kvantitatívne vymedzenie a hodnotenie je dôležité skúmanie mnohých otázok, súvisiacich s fungovaním zdravotného systému. Medzi ne patrí aj odvrátená úmrtnosť, ktorá dokáže predostrieť špecifický a zároveň aj komplexný obraz nielen o kvalite zdravotnej starostlivosti, ale zároveň umožňuje skúmať aj rôzne aspekty zdravia súvisiace s ťažko kvantifikovateľnou morbiditou, komorbiditami, účinnosťou poskytovanej zdravotnej starostlivosti, ako aj s mierou zdravotníckych intervencií.

Viem, že koncept odvrátenej úmrtnosti prešiel svojim historickým vývojom a je neustále v pozornosti mnohých výskumných tímov.

Väčšina vedeckých prác týkajúcich sa analýzy odvrátenej úmrtnosti sa datuje do 80. – 90. rokov minulého storočia. Práve v tomto období koncept rozvíjali aj viace-

ri európski výskumníci (napr. Mackenbach et al., 1990; Westerling, 1992; Holland et al., 1997). V ďalších rokoch ho revidovali odborníci Nolte a McKee (2008) a Tobias a Yeh (2009), keď došlo k aktualizácii zoznamu chorôb podľa najnovších pokrokov v oblasti medicínskych poznatkov a technológií. Obnovený zoznam obsahoval už iba 34 príčin smrti a koncept tieto odborníci aplikovali v krajinách EÚ (EÚ – 15).

Novšia štúdia o liečiteľnej úmrtnosti bola vedená už svetovými univerzitami: *Erasmus Medical University* a *London School of Hygiene and Tropical Medicine*. Išlo o projekt financovaný z prostriedkov EÚ. Hlavným cieľom tohto projektu bolo vyvinúť všeobecne uznanú definíciu odvrátenej úmrtnosti pre Európu a odvodiť súbor odvrátených metrick na meranie efektivity zdravotníckeho systému, ktorý by mohol byť bežne využívaný. Na projekte participovalo sedem európskych krajín. Najnovšia metodika – metodika Eurostatu (2014) uvádza zoznam odvrátených liečiteľných a preventabilných úmrtí, ktorý bol vytvorený pracovnou skupinou Eurostatu.

Problematickým komponentom pri medzinárodnom porovnávaní úmrtnosti môže byť aj heterogénnosť diagnostických praktík súvisiacich s kompletizáciou potvrdených úmrtí?

Áno, aj súvisiacich s využívaním ICD kódov v jednotlivých krajinách (Mathers et al. 2005). Tento fakt je konzekventný nielen pri analýzach odvrátenej úmrtnosti, ale vo všetkých štúdiách, ktoré využívajú všeobecné dáta o mortalite. Naproti tomu, ako poukázal Jouglu et al. (2001) vo svojej štúdií, tieto dáta sú dostatočne relevantné pre ich využívanie v rôznych epidemiologických štúdiách, predovšetkým v európskych krajinách. Výber príčin úmrtí, ktoré sú „ovplyvnené zdravotnou starostlivosťou“, je závislý od času.

Každý technologický pokrok zvyšuje príležitosti pre lepšiu a efektívnejšiu prevenciu predčasných úmrtí sekundárnou prevenciou, ako aj následnou liečbou.

Z toho dôvodu by mala aktualizácia zozna-

mu príčin úmrtí v metrike liečiteľnej úmrtnosti reflektovať na efektívnosť zavedených intervencií zdravotnej starostlivosti a tento zoznam musí byť pravidelne aktualizovaný. V tomto aspekte je veľmi dôležitý konsenzus významných odborníkov z relevantných odborov a expertov, ako aj predstaviteľov záujmových skupín pri definovaní relevantných aktuálnych príčin smrti, pričom by mal reflektovať aj na inovácie v zdravotnej starostlivosti. Dlhodobý časový horizont, ako aj heterogenita v štruktúre príčin smrti jednotlivých metódik môžu spôsobovať výrazné rozdiely, ako aj s nimi súvisiace interpretačné problémy v analýzach.

Jedným z ďalších negatív koncepcie odvrátenej úmrtnosti je fakt, že neberie do úvahy zlepšenia v kvalite života.

Mnoho intervencií v systémoch zdravotnej starostlivosti sa nezameriava na predĺženie života, ale skôr na zlepšenie kvality života (napr. operácie sivého zákalu, náhrada bedrového kĺbu, paliatívna starostlivosť a pod.). Preto je vhodné kombinovať ukazovateľ odvrátenej úmrtnosti s ďalšími výstupnými indikátormi pre zohľadnenie zlepšenia kvality života a blahobytu.

Obmedzením konceptu odvrátenej úmrtnosti je aj to, že sa sústreďuje na predčasnú úmrtnosť, ktorým sa dá predísť efektívnymi intervenciami do zdravotnej starostlivosti, to znamená, že by nemal byť používaný na zhodnocovanie výkonnosti celkového zdravotníckeho systému. V koncepte odvrátenej úmrtnosti absentujú mentálne ochorenia vo všetkých zoznamoch príčin, taktiež odborníci nezaradili do konceptov predčasnú mortalitu zo samovrážd ako úmrtnosť odvrátenú intervenciami zdravotnej starostlivosti, zaradená nie je ani rakovina pľúc, ktorá môže byť redukovaná intervenciami obmedzujúcimi fajčenie a pod.

Systém DRG na Slovensku by mohol byť procesom štandardizovaného kódovania, zvýšenia prehľadnosti a relevantnosti získavaných dát a byť účinným podporným prostriedkom pri vývoji konceptu odvrátenej úmrtnosti v podmienkach Slovenska.



Naše doterajšie výskumné analýzy nám poskytujú významnú analytickú platformu pri vývoji vlastnej metodiky odvráťiteľnej úmrtnosti v podmienkach Slovenska. V rámci spolupráce s MZ SR, IZP a NCZI zhodnocujeme vývoj jednotlivých príčin mortality v retrospektívnom horizonte v kontexte s demografickými parametrami, bio-sociálnymi a socio-ekonomickými charakteristikami, poskytovanou zdravotnou starostlivosťou a zdravotnými intervenciami. Tieto aspekty je potrebné analyzovať aj v intenciách dostupnej siete zdravotnej starostlivosti, prístupu k nej, prevenčných opatrení, ako aj v kontexte s objemom disponibilných zdrojov v systéme zdravotníctva.

Čo sú podľa vášho názoru najvýznamnejšie faktory, ktoré spôsobujú tieto nelichotivé výsledky Slovenska?

Pre ozrejmienie vývoja stavu zdravia populácie na Slovensku uvádzame niektoré vybrané výsledky z našich analýz. Tie sú súčasťou pripravovanej epidemiologickej analýzy, ktorá okrem už uvádzaných konceptov odvráťiteľnej (liečiteľnej + preventabilnej) mortality obsahuje aj špecifické analýzy zamerané na kvantifikáciu PGLE – (*Potential Gains in Life Expectancy* – PGLE) – výpočet tzv. potenciálnych príspevkov k očakávanej dĺžke života (v rokoch) elimináciou skupín chronických ochorení vo vekových kategóriách. Jednoducho povedané, PGLE vyjadruje, ako daná diagnóza skracuje očakávanú dĺžku života.

Štandardizovaná úmrtnosť na Slovensku (pozn.: Uvádzané údaje sú prepočítané na 100-tisíc obyvateľov) od roku 1996 klesla z 2 266,58 na 1 782,10 v roku 2015 u mužov, čo predstavuje pokles o 21 %. Rovnako aj u žien bol pozorovaný klesajúci trend z hodnoty 1 430,00 v roku 1996 na 1 130,50 v roku 2015, teda došlo k poklesu o 21 %. Z uvedeného súčasne vyplýva, že u mužov je mortalita výrazne vyššia ako u žien, v roku 1996 to bolo 1,59-krát viac ako u žien a v roku 2015 to bolo 1,58-krát viac, čo znamená, že u oboch pohlaví klesá mortalita rovnako a nedochádza k znižovaniu rozdielov medzi pohlaviami. Dlhodobou najčastejšou príčinou smrti je chronická ischemická choroba srdca (I 25), ktorá spôsobila vyše 23 % všetkých úmrtí počas sledovaného obdobia rokov 1996 až 2015. Nasleduje akútny infarkt myokardu (I 21) s podielom vyše 5 % a ateroskleróza (I 70)

s vyše 4 %. Na štvrtom mieste je zhubný nádor priedušiek a pľúc (C 34) s takmer 4 % podielom. Na piatom mieste je mozgový infarkt (I 63), ktorý spôsobil tiež takmer 4 % úmrtí na Slovensku. Liečiteľná úmrtnosť na Slovensku bola v roku 1996 na úrovni 531,35 a klesla na 329,55 v roku 2015, čo znamená pokles o 38 %. U žien bola liečiteľná úmrtnosť 272,73 v roku 1996 a 164,51 v roku 2015, došlo teda k poklesu o 40 %. V roku 1996 preventabilná mortalita u mužov dosiahla hodnotu 723,55, v roku 2015 klesla na 485,02, čo predstavuje pokles o 33 %. V prípade žien preventabilná mortalita v roku 1996 dosiahla hodnotu 282,58 a do roku 2015 klesla o 32 % na 192,08. V prípade liečiteľnej aj preventabilnej mortality existujú veľké regionálne rozdiely. Vo všeobecnosti platí, že najvyššia preventabilná aj liečiteľná úmrtnosť je v okresoch južného Slovenska, za nimi nasledujú okresy východného Slovenska. Naopak, najnižšia preventabilná aj liečiteľná úmrtnosť je v severnej polovici Slovenska. U mužov bola najvyššia liečiteľná úmrtnosť v roku 2015 v okrese Rožňava na úrovni 471,28. Nasleduje okres Rimavská Sobota s hodnotou 465,75 a Veľký Krtíš s hodnotou 457,23. Na štvrtom mieste je okres Námestovo s hodnotou 453,48, ktorý je výnimkou na severe Slovenska. Najnižšia liečiteľná mortalita bola zaznamenaná u mužov v roku 2015 v okrese Bratislava I na úrovni 199,72, nasleduje okres Bratislava IV s hodnotou 208,18 a Trenčín s hodnotou 209,98. U žien bola v roku 2015 zaznamenaná najvyššia liečiteľná mortalita v okrese Vranov nad Topľou na úrovni 244,44. Nasleduje okres Krupina s hodnotou 242,27 a okres Gelnica 239,48. Najnižšia hodnota bola zistená v okrese Tvrdošín 95,47, ďalej v okrese Myjava 108,08 a v okrese Bratislava III 110,08. Najvyššia preventabilná mortalita u mužov bola v roku 2015 v okrese Rimavská Sobota 719,86, nasleduje Veľký Krtíš 711,39 a Žarnovica s hodnotou 693,83. Najnižšia bola v okrese Bratislava I s hodnotou 283,73, nasleduje okres Bratislava IV na úrovni 307,61 a okres Košice I s hodnotou 311,67. U žien bola zaznamenaná v roku 2015 najvyššia preventabilná mortalita v okrese Rimavská Sobota na úrovni 273,57, nasleduje okres Krupina 265,76 a Revúca 263,57. Najnižšia preventabilná mortalita u žien bola v okrese Trenčín na úrovni 108,73, nasleduje okres Stará Ľubovňa s hodnotou 123,22 a okres Detva 128,17. Okrem pozitívnych trendov je možné pozorovať aj negatívny vývoj v prípade niektorých diagnóz. Medzi takéto

diagnózy patrí napríklad mozgový infarkt (I 63), keď u mužov došlo k nárastu z hodnoty 61,36 v roku 1996 na 90,36 v roku 2015, čo predstavuje 47 % nárast a u žien došlo k nárastu zo 47,78 v roku 1996 na 69,36 v roku 2015, teda nárast o 48 %. Ešte horšiu pozíciu získava Alzheimerova choroba (G 30), keď u mužov bola v roku 1996 na úrovni 0,18 a v roku 2015 bola pozorovaná hodnota 9,30, čo predstavuje nárast o 5-tisíc %. U žien bol zaznamenaný nárast z 0,15 v roku 1996 na 11,00 v roku 2015, čo predstavuje nárast dokonca o 7 200 %. Tieto čísla sú alarmujúce a vypovedajú o potrebe akútnej intervencie na jej elimináciu.

Vieme, že najväčší vplyv na očakávanú dĺžku života mali v Českej republike onkologické ochorenia a ischemické choroby srdca. Na Slovensku bolo poradie opačné.

Vplyv ostatných chorôb zastával rovnakú pozíciu. Celkový trend príspevkov (PGLE) sa vyvíjal paralelne s trendom ŠMÚ. Počas periódy 1996 – 2013 preukázala Česká republika najvyšší potenciál pri znižovaní záťaže cievnych ochorení mozgu, keď táto záťaž klesla o 43 %, zatiaľ čo na Slovensku len o 7,3 %. Postupom času sa zväčšovala záťaž úmrtí na diabetes mellitus, a to z 0,08 rokov na 0,35 rokov života. Táto váha je najnižšia zo všetkých ostatných chorôb v Čechách. Príspevky k dĺžke života elimináciou nádorov klesli od začiatku do konca periódy z 3,65 na 3,31 roka a elimináciou ischemických chorôb z 3,17 na 3,06 roka. Na Slovensku bol trend opačný, čiže zhoršujúci sa. Slovensko vykazovalo po celú dobu v priemere 1,65-krát horšie výsledky pri ischemických chorobách ako Česko, naopak pri nádoroch zaznamenáva v priemere 0,92-krát lepšie hodnoty. Pri ostatných chorobách sa pomer príspevkov v prospech Slovenska alebo Česka menil. V prospech Slovenska začali od roku 2005 klesať váhy chronických respiračných chorôb a od roku 2006 aj váhy diabetes mellitus. Od roku 2008 boli váhy cievnych ochorení mozgu 1,14-krát vyššie na Slovensku. V Českej republike by elimináciou úmrtnosti na ischemické ochorenia rástli príspevky k očakávanej dĺžke života až do vekovej kategórie 45 – 49 rokov, čo predstavuje zhoršujúci sa vplyv ischemických chorôb na dĺžku života. Na Slovensku je situácia ešte horšia, nakoľko váha stúpa až do vekovej



skupiny 75 – 79-ročných. Elimináciou úmrtnosti na nádory vplyv na dĺžku života postupne s vekom klesal, z 3,52 roka na 0,25 na Slovensku a z 3,31 na 0,13 v Českej republike.

Výrazný rozdiel medzi prvou a poslednou vekovou skupinou naznačoval, že existujú veľké rozdiely medzi vekovými kategóriami. Cieвне choroby mozgu dosahovali tretí najvyšší vplyv, pričom ich váha 0,94 roka v Česku bola rovnaká do veku 45 – 49, čo znamená, že potenciálne príspevky k rokom života boli rovnaké aj pre mladších ľudí. Podobný prípad bol zjavný aj na Slovensku, ale len do veku 40 – 44. Ľudia v týchto hraničných vekových kategóriách predstavujú najviac zaťažené skupiny touto chorobou.

Aké konkrétne opatrenia by ste odporúčali pre Slovensko v najbližšom období?

V súvislosti s vyššie deklarovanými výsledkami v oblasti kardiovaskulárnej, onkologickej mortality, mortality respiračných chorôb a pod.) sa do pozornosti dostávajú viaceré nefarmakologické intervenčné procesy, realizované viacerými subjektmi. Významnú pozíciu v nich zohráva predovšetkým kvalitná a permanentná edukácia. Je veľmi dôležité zvýšiť edukáciu obyvateľstva o závažnosti rizikových faktorov, ako aj o svojom zdravotnom stave, pričom s edukačnými procesmi je nevyhnutné začínať už aj na základných školách. Edukácia musí byť cielená, aktívna a dynamická (nie jednorazová záležitosť), realizovaná aj prostredníctvom lekárov a zdravotníckeho personálu. Tí by mali byť v prvom rade dostatočne motivovaní, aby poskytovali kvalitnú zdravotnú starostlivosť prostredníctvom zabezpečených lepších pracovných podmienok, ako aj personálneho a materiálno-technického vybavenia. Lekári by mali mať na tieto edukačné procesy aj dostatočný časový priestor v rámci ošetrovacieho času, a mali by byť motivovaní minimálne zdravotnými poisťovňami.

Významnú úlohu môžu v tomto procese zohrávať aj lekáreň, kde je lekárenský personál tiež v priamom kontakte s pacientom a primárne ovplyvňuje jeho rozhodovací proces o liečbe.

V súčasnosti narastá obezita u školákov, užívanie legálnych a nelegálnych drog sa posúva do čoraz nižšej vekovej kategórie, čo má fatálne následky pre zdravie jedinca v budúcnosti. Aj rôzne inovatívne programy, zaradené do vyučovacieho procesu a upozorňujúce na dramatické zmeny v mladom organizme siahajúcom po týchto návykových látkach by mohli ovplyvniť správanie sa mladých ľudí. Foriem apelu a ovplyvňovaní je viacero. Nepriaznivá situácia je aj v oblasti drogovej závislosti slovenských vysokoškolákov, ktorú sme podrobne analyzovali v štúdiách zameraných na užívanie alkoholu, fajčenia a marihuany u týchto mladých ľudí. Tento stav vypovedá o potrebe vytvárania aktívnych protidrogových centier, ako aj poradenských inštitúcií v kritických lokalitách.

V týchto oblastiach sa pozoruje aj najvyšší výskyt kardiovaskulárnych rizikových faktorov, ktoré majú vplyv na mortalitu aj v nižších vekových skupinách. Alarmujúca je v niektorých oblastiach aj dojčenská a novorodenecká mortalita, chorobnosť na rôzne infekčné diagnózy, respiračné a pod. Aj v oblasti onkologických ochorení zostáva na významnom mieste presadzovanie politiky zameranej na aktívny monitoring, prevenciu, včasnú diagnostiku a úspešnú liečbu.

Rovnako pri týchto diagnózach zohrávajú významnú úlohu edukačné aktivity zdravotníckeho personálu, ktorými by sa mohli výrazne eliminovať rizikové faktory, ako aj skvalitniť život pacientov a ich rodinných príslušníkov.

V centre pozornosti kompetentných zdravotníckych inštitúcií by mali byť úspešné skriningové programy pre rakovinu (hlavne programy pre včasné odhaľovanie rakoviny krčka maternice, rakoviny prsníka u žien, hrubého čreva, konečníka a pod.). Hlavne regióny, resp. oblasti, pre ktoré je príznačná horšia dostupnosť kvalitnej zdravotnej starostlivosti a vyššia prevalencia ochorenia, si vyžadujú permanentný monitoring a nastavenie evaluačných procesov. Nedostupnosť zdravotnej starostlivosti môžeme chápať aj z pohľadu sociálnej odkázanosti občanov, keď problematická geografická lokalizácia, s ňou často spojená aj obmedzená infraštruktúra, ako aj negatívne ekonomické aspekty

občana mu bránia zaradiť preventívne prehliadky ako súčasť jeho každodenného života.

Mnohé choroby sa vplyvom zanedbania ich liečby môžu stať chronické a veľmi vážne.

Tieto aspekty je potrebné sledovať aj na analytickej úrovni a diseminovať hlavné zistenia relevantným inštitúciám. Do pozornosti sa dostáva aj úloha zdravotno-ekonomických a epidemiologických analýz, ktoré by vypovedali o stave a vývoji zdravia populácie. Z uvedeného dôvodu sme sa rozhodli pripraviť komplexnú epidemiologickú štúdiu vypovedajúcu o zdraví populácie SR za 20 rokov, mapujúcu všetky dôležité determinanty, ako aj rizikové faktory. Významným špecifikom tejto štúdie je skúmanie kauzálnych vzťahov vybraných environmentálnych faktorov na zdravie populácie v jednotlivých regiónoch. Tieto zistenia doposiaľ v zdravotnej politike SR absentujú. Zaujímajú nás dopady hospodárskej krízy na zdravotné správanie sa vybraných socio-ekonomických skupín populácie, na mortalitu vybraných skupín diagnóz (alkoholizmus, samovraždy, formy závislosti a pod.). Nové pohľady prinesie aj analýza vplyvu rastu HDP na zdravie populácie (skúmanie sily vzťahu pri zmene úrovne chudoby a nerovnosti), ako aj analýza vývoja mortality v kontexte prebiehajúcich globalizačných procesov.

PhDr. Kvetoslava Beňušová, PhD., MPH





NKÚ a príčiny zadlžovania sa verejného zdravotníctva

O rozhovor sme požiadali Ing. PhDr. Ľubomíra ANDRASSYHO, generálneho riaditeľa Kancelárie predsedu Najvyššieho kontrolného úradu Slovenskej republiky.

Najvyšší kontrolný úrad (NKÚ) spustil kontrolu programov zameraných na znižovanie nezamestnanosti a podpory tvorby pracovných miest. Kontrola sa týkala vyše 100 prijímateľov dotácií. Výsledok?

Najvyšší kontrolný úrad preveroval projekt REPAS, ktorý je zameraný na pružné a cieľové vzdelávanie uchádzačov o zamestnanie podľa požiadaviek a potrieb trhu práce formou rekvalifikácie. Kontrolóri zisťovali, či rekvalifikácia pri uplatnení sa uchádzačov na trhu je účinná, efektívna a či vďaka nej došlo k zníženiu nezamestnanosti. Kontrolóri za obdobie rokov 2014 až do konca prvej polovice roka 2017 skontrolovali osem vybraných regionálnych úradov práce a samotné Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny SR. Priemerná ročná miera nezamestnanosti priebežne klesá, avšak NKÚ upozorňuje na vysoký podiel zamestnaných

na dohodu. Z celkového počtu poistencov Sociálnej poisťovne, u ktorých vznikla prvá registrácia v nej, bolo 205 938 ľudí zamestnaných na dohodu, čo je vyše 63 % a tento rizikový faktor sa podľa zistení kontrolnej inštitúcie týka tiež značnej časti absolventov REPAS-u.

Jedným z cieľov Európskej únie je do roku 2020 znížiť mieru nezamestnanosti a pomôcť mladým ľuďom uplatniť sa na trhu práce. Tento cieľ je aj kľúčovým referenčným bodom pre Európsky dvor audítorov pri zostavovaní plánu kontrolnej činnosti. Ako to prebieha a sú už konečné výsledky?

Pri rekvalifikácii mladých ľudí boli poskytnuté finančné prostriedky z európskych projektov za vyše 17 miliónov eur. Moji kolegovia kontrolóri na základe zistení odporúčali rezortu práce i ústrediu práce podporiť také rekvalifikačné kurzy, ktoré sú zamerané predovšetkým na voľné pracovné miesta žiadané v danom regióne. Z môjho pohľadu je tiež dôležité odporúča-



Ing. PhDr. Ľubomír Andrassy

nie týkajúce sa zohľadňovania takých uchádzačov, ktorí majú reálny výhľad na uzatvorenie pracovného pomeru od konkrétneho zamestnávateľa. Na zváženie je tiež myšlienka sprísnenia individuálneho posudzovania uchádzačov pri výbere kurzov. Ide napríklad o nezapájanie čerstvých absolventov stredných či vysokých škôl do vzdelávania zo základov informatiky či jazykových kurzov. Na druhej strane aj európske skúsenosti hovoria o tom, že je nevyhnutné pozitívne podporovať znevýhodnených uchádzačov, pričom mám na mysli hlavne rizikové skupiny, kam patria ľudia starší ako 50 rokov alebo mamičky po materskej dovolenke či dlhodobo nezamestnaní so základným vzdelaním.





Aký bol výsledok projektu, priniesol požadované ciele, pomohol účastníkom lepšie sa pohybovať na trhu práce?

Zo všetkých uchádzačov o zamestnanie, ktorí absolvovali REPAS, bolo ich vyše 38-tisíc, sa vyše polovica podporených klientov po ukončení kurzov neuplatnila do 6 mesiacov na trhu, nenašla si zamestnanie ani v oblasti, v ktorej sa rekvifikovali. Toto zistenie národnej autority pre oblasť externej kontroly trošku vyprovokovalo zodpovedných úradníkov k verejným reakciám, spochybňovaniu výsledkov kontroly, ale ak raz dotknuté inštitúcie nevedia vecne preukázať, či sa absolventi kurzu zamestnali v odbore, náš úrad nemôže konštatovať nič iné, len to, že efektívnosť, prínosy tohto projektu pre spoločnosť sú otáznikom. Aj preto sme odporúčali, aby úrady práce povinne evidovali, v akom odbore sa uchádzači po skončení rekvifikačných kurzov zamestnali. Len tak bude možné vykazovať skutočnú efektívnosť a účinnosť projektu REPAS.

Najvyšší kontrolný úrad Slovenskej republiky (NKÚ SR) ukončil komplexnú kontrolu zdravotníctva štvrtou etapou, v rámci ktorej sa zameril na zdravotné poisťovne (ZP) a samotné Ministerstvo zdravotníctva SR (MZ SR). Cieľom kontrolnej akcie bolo identifikovať príčiny neustáleho zadlžovania sa verejného zdravotníctva. Kontrolóri zároveň preverovali stratégiu nákupu zdravotnej starostlivosti so zameraním sa na transparentnosť nakladania s verejnými zdrojmi, chceli získať uistenie, či si rezort zdravotníctva plní svoje úlohy v procese riadenia zdravotníckych zariadení v jeho zriaďovateľskej pôsobnosti.

Zistenia z prvých troch etáp, keď vyše päťdesiatka kontrolórov preverila 38 zdravotníckych zariadení, poukazujú na problém hospodárenia štátnych zdravotníckych zariadení. Ako problémové sa pri štátnych nemocniciach ukazuje napríklad obstarávanie zdravotníckej techniky, v rámci ktorého kontrolóri zistili neehospodárne a neefektívne použitie verejných prostriedkov. Kým súkromné akciové spoločnosti svoje rozhodnutia prijímajú na základe rozsiahlych finančných analýz, kde je významnou súčasťou centrálny kontroling a neustále vyhodnocovanie prijatých opatrení, rezort zdravotníctva v riadení štátnych nemocníc



Ing. PhDr. Ľubomír Andrassy a predseda NKÚ Ing. Karol Mitrik

takéto postupy nevyužíval. Ministerstvo zdravotníctva aj na základe kontrolórmí identifikovaných nedostatkov a odporúčaní z predošlých etáp prijalo viaceré systémové opatrenia v oblasti plánovania, hľadania vnútorných rezerv v hospodárení, zefektívnenia verejných zdrojov, optimalizácie prevádzkových nákladov nemocníc. Myslím si, že toto je tiež jedno z kľúčových poslani nášho úradu pri kontrole napĺňania verejných politík, je to cesta, ako pomôcť politikom, manažérom modelovať kroky k lepšej správe vecí verejných, lepšiemu hospodáreniu s verejnými financiami i majetkom. Dnes už totiž nestačí konať len v súlade so zákonom, to je takpovediac „božia povinnosť“, ale spravovať štátne peniaze, majetok maximálne efektívne a účelne.

Aké zistenia priniesla kontrola na MZ SR?

Najväčší problém zdravotníctva predstavuje podľa názoru kontrolného úradu zadlženosť nemocníc. Ku koncu roka 2016 bol stav záväzkov na úrovni istiny, nemocníc v zriaďovateľskej pôsobnosti rezortu zdravotníctva v celkovej sume bežmála 703 mil. eur. Z toho sú alarmujúce záväzky po lehote splatnosti, ktoré predstavovali sumu až 547 mil. eur. Upozorňujeme na skutočnosť, že napriek krokom vlády SR bol medziročný nárast záväzkov na úrovni približne 100 mil. eur. V informácii pre vládu SR predseda úradu Karol Mitrik okrem iného upozorňuje na to, že nielen na základe kontrolných zistení, ale aj skúsenosti z nedávnej minulosti plošné oddlžovanie nemocníc neprináša požadovaný efekt a odporúčali sme uplatňovať diferencovaný prístup za podmienok dosahovania istých stanovených cieľov. Moji kolegovia kontrolóri tiež zistili, že vnútorný kontrolný systém v rámci ministerstva zdravotníctva nebol nastavený tak, aby včas a komplexne signalizoval problémy

v hospodárení zdravotníckych zariadení. Kontrola tiež ukázala, že rezort nevedie zoznam majetku v zdravotníctve a za evidenciu majetku zodpovedajú nemocnice. Podobne je to aj v prípade zdravotníckej techniky. Rezort zdravotníctva tak nemá ucelený prehľad o stave a hodnote kľúčových prístrojov v zdravotníckych zariadeniach v jeho pôsobnosti.

Aké zistenia priniesla kontrola pre poisťovne?

Najvyššia kontrolná inštitúcia sa pozrela aj na tri zdravotné poisťovne: Všeobecnú zdravotnú poisťovňu, súkromné Dôveru a Union. A to aj preto, že úspešnosť systému zdravotníctva nemôžete posudzovať bez poznania správania sa, konania poisťovného segmentu. Kontrola preukázala, že cena za ukončenú hospitalizáciu je v jednotlivých nemocniciach rozdielna a závisí najmä od typu nemocnice a medicínskeho odboru. Na vzorke vybraných nemocníc a medicínskych odborov bolo vo VŠZP zistené, že počas celého preverovaného obdobia boli najvyššie ceny dohodnuté v štyroch nemocniciach: v Ústrednej vojenskej nemocnici SNP Ružomberok a v Nemocnici sv. Michala Bratislava, a. s. v odbore vnútorného lekárstva. Dnes možno predpokladať, že zistené rozdiely budú odstránené úplným zavedením systému DRG do praxe, ktorý vygeneruje cenu kalkuláciou a ponúkne otvorený, transparentný pohľad na finančné toky medzi nemocnicami a poisťovňami.

V rámci kontrolnej akcie sme sa zamerali aj na preverenie podnetov poisťencov na poskytnutie vykázaných a uhradených zdravotnej starostlivosti. Najčastejšími zisteniami boli nedostatočne vedená zdravotná dokumentácia, duplicitne alebo nadmerne vykázané výkony, neefektívne a časté hospitalizácie či predpis liekov v rozpore s indikačnými obmedzeniami, ale tiež fiktívny výdaj predpísaných liekov. Pri centrálnom nákupe liekov boli vo všetkých troch poisťovniach dosiahnuté nižšie náklady na lieky v porovnaní s kategorizačnými cenami. Vo VŠZP bol za celé preverované obdobie dosiahnutý plusový finančný efekt takmer 56 mil. eur, čo je 16 % z ceny podľa kategorizačného zoznamu.

PhDr. Eva Sisková



Klinická medicína a ortografia

doc. MUDr. Peter Gavorník, PhD., mim. prof.



Venované 100. výročiu vzniku LFUK v Bratislave, 45. výročiu vzniku prvého klinického angiologického pracoviska na Slovensku (PAP) a 10. výročiu projektu CIEVY

Rok 2019 je rokom 100. výročia vzniku Lekárskej fakulty Univerzity Komenského v Bratislave, 45. výročia vzniku **Prvého angiologického pracoviska (PAP)** na LFUK – UNB1-14 a 10. výročia projektu CIEVY (Cielené vysvetľovanie cievnych chorôb a cievnych porúch)^{1,2,3,13,14}. Viaceré odborné odporúčania Angiologickej sekcie Slovenskej lekárskej komory (AS SLK) boli publikované v časopise Ateroskleróza4 a v časopise Vnitřní lékařství¹⁰, ktorý je oficiálnym časopisom České internistickej spoločnosti ČLS JEP a Slovenskej internistickej spoločnosti SLS a ktorého abstrakty publikácií sú dostupné aj na portáli PubMed⁹. Bolo by užitočné, keby angiológovia v týchto renomovaných časopisoch publikovali podstatne viac ako doteraz. Veď **angiológia/vaskulárna medicína** je v posledných rokoch najrýchlejšie sa rozvíjajúcou špecializáciou internej medicíny, ktorá sa zaoberá všetkými medicínskymi aspektmi ciev, cievnych porúch, cievnych chorôb a organo-vaskulárnych chorôb^{7,8,11,12}. Pri komplexnom manažmente cievnych chorôb spolupracuje angiológ-internista s angiochirurgom

i s intervenčným vaskulárnym rádiológom (angiortio; vaskulárny tím), s orgánovými špecialistami a s ďalšími lekáorskými odborníkmi a zdravotníkmi¹⁻¹⁴.

V súčasnej klinickej praxi je dôležitá adekvátne komunikácia nielen medzi lekárom a pacientom, ale aj vzájomná medicínska komunikácia najmä pri postgraduálnej a kontinuálnej medicínskej edukácii (CME). V písomnej forme je dôležitou podmienkou dodržiavanie platného pravopisu (ortografie)^{5,6}. Uvediem len niekoľko príkladov, pri ktorých stále dochádza pomerne často k nedorozumeniam a chybám.

Zložené prídavné mená sa v slovenskom jazyku rovnako vyslovujú, ale na rozdiel od latinčiny i angličtiny sa píšú dvojakým spôsobom (nielen bez spojovníka, ale aj so spojovníkom), čo umožňuje aj presné determinovanie ich významu pri čítaní. V slovenských slovníkoch je, bohužiaľ, uvedený väčšinou iba spôsob bez spojovníka. Primárne je však rozhodujúca platná ortografia^{5,6}.

A. Zložené adjektíva so spojovníkom

Ak je zložené prídavné meno odvodené z **priradovacieho rovnocenného skladu**, spájajú sa jeho časti spojovníkom, napríklad *srdce a cievy (srdcový a cievny) – srd-*

doc. MUDr. Peter Gavorník, PhD., mim. prof.

covo-cievny (kardio-vaskulárny); srdce a obličky (srdcový a obličkový) – srdcovo-obličkový (kardio-renálny); orgány a cievy (orgánový a cievny) – orgánovo-cievny (organo-vaskulárny); končatiny a cievy (končatinový a cievny) – končatinovo-cievny (membro-vaskulárny); veda a technika (vedecký a technický) – vedecko-technický; veda a výskum (vedecký a výskumný) – vedecko-výskumný; hnedý a čierny – hnedo-čierny (dvojfarebný, napríklad pruhovaný alebo pepitový a pod.); modrý a zelený – modro-zelený (dvojfarebný); výchova a vzdelávanie (výchovný a vzdelávací) – výchovno-vzdelávací atd.^{1,2,3,5,6,7,8}.

B. Zložené adjektíva bez spojovníka

Zložené prídavné mená utvorené z **určovacieho skladu** (t. j. zo skladu, v ktorom jeden člen bližšie vymedzuje význam druhého člena) sa píšú bez spojovníka, napríklad *srdcové cievy – srdcovocievny (kardio-vaskulárny); „srdcové obličky“ – srdcovoobličkový (kardiorenálny), „obličkové srdce“*

inzercia

VY POMÁHATE INÝM, MY POMÔŽEME VÁM

**PREDSCHVÁLENÝ LIMIT
AŽ 100 000 € NA FINANCOVANIE**
 → osobných motorových vozidiel do 3,5t
 → zdravotnickej techniky
 → kombinácie uvedených predmetov

A TO VŠETKO
 → bez spracovateľského poplatku
 → s výhodnou úrokovou sadzbou
 → s výhodným balíkom poistenia
 → pre všetkých členov združenia

Kontakt: Ing. Vladimír Lichý, tel. č.: +421 (905) 224 919, email: lichy@vubleasing.sk
 Informácie získate aj na ktorejkoľvek pobočke VÚB Leasing, a.s., alebo VÚB, a.s.

UŽ VIAC AKO
25 ROKOV
SKÚSENOSTÍ

 **VÚB** LEASING

Member of INTESA  SANPAOLO

www.vubleasing.sk



– **obličkovosrdcový (renokardiálny)**; orgánové cievy – **orgánovocievny (organo-vaskulárny)**; končatinové cievy – končatinovocievny (**membrovaskulárny**); vedecká technika – **vedeckotechnický**; vedecký výskum – **vedeckovýskumný** (pracovník); hnedá čerň – **hnedočierny** (jednofarebný – čierny s hnedým odtieňom); modrá zeleň – **modrozelený** (jednofarebný – zelený s modrým odtieňom; tyrkysový); výchovné vzdelávanie (výučba) – **výchovnovzdelávacia** atď.^{1,2,3,5,6,7,8}.

Teda, ak ide pisateľovi napríklad o vyjadrenie týkajúce sa všetkých chorôb srdca a ciev, má sa písať so spojovníkom: **kardio-vaskulárne (srdcovocievne) choroby**; ak ide o vyjadrenie týkajúce sa iba chorôb srdcových ciev (koronárnych ciev srdca), má sa písať bez spojovníka: **kardiovaskulárne (srdcovocievne) choroby**. Podobne choroby mozgových ciev sú **cerebrovaskulárne (mozgovocievne)**, choroby končatinových ciev sú **membrovaskulárne (končatinovocievne)**, choroby obličkových ciev sú **renovaskulárne (obličkovocievne) choroby** atď. Cievne choroby jednotlivých konkrétnych orgánov človeka sú **organovaskulárne (orgánovocievne) choroby**. Všetky cievne choroby orgánov a ciev sú **organo-vaskulárne (orgánovocievne) choroby**^{1,2,3,7,8}. V reálnej klinickej praxi sú najčastejšie **multiorgano-multivaskulárne choroby**, teda postihnutie viacerých orgánov viacerými cievnymi chorobami⁸. Základným predpokladom efektívnej racionálnej liečby týchto chorôb je včasná a presná komplexná klinicko-etiológicko-anatomicko-patofyziologická (CEAP) diagnóza^{7,8}.

Membrovaskulárna choroba (membrovaskular disease – MVD)

„Periférne arteriálne ochorenie – PAO (*peripheral artery disease – PAD*) je termín síce často používaný, ale nevhodný najmä preto, že nijaká medzinárodná anatomická nomenklatúra nepozná ani „periférne cievy“, ani „centrálne cievy“, a nie je jasný význam použitia slova „periférny“ (okrajový; vzdialený; odľahlý; bočný; podradný; podružný etc.). Časť autorov používa označenie „PAO“ („PAD“) iba pre membrovaskulárnu chorobu, iní autori pre viaceré organovaskulárne choroby a ďalší autori ho



používajú pre všetky „nonkoronárne“ organo-vaskulárne choroby.

Nuž a delenie ciev na koronárne a „nonkoronárne“ tiež nijaká relevantná organografia nepozná. Adjektívum od artérie nie je „arteriálny“, ale artériový (tepnový), obdobne ako adjektívum od vény nie je „venózný“ (kvázi žilový), ale vénový (žilový). „Ochorenie“ nie je synonymom choroby, ale upadnutie do kratšej/ľahšej choroby (napríklad akútna nádcha; *rhinitis acuta*). To určite nevystihuje tieto v skutočnosti prognosticky závažné choroby^{1,2,3,7,8}.

Záver

Mechanický/mechanistický preklad anglických a latinských lekárskejších termínov bez kontextu s celým textom a nerešpektovanie slovenského pravopisu zložených adjektív spôsobuje nielen v lekárskej terminológii a v klinickej praxi mnohé závažné nedorozumenia a chyby. Kľúčom k adekvátnej komunikácii je dodržiavanie platných pravidiel ortografie

doc. MUDr. Peter Gavorník, PhD., mim. prof.

emeritný vedúci lekár Prvého angiologického pracoviska

(PAP; 1974 – 2016)

prvý predseda Slovenskej angiologickej spoločnosti SLS (1993 – 1994)

predseda Angiologickej sekcie SLK (1993 – trvá)

Literatúra u autora

INZERCIA

Príjmeme lekára oftalmológa

(s atestáciou alebo základným kmeňom) do akreditovanej očnej ambulancie v Šumperku (ČR). Ponúkame flexibilnú pracovnú dobu, úväzok na 1,0 alebo 0,8, spoluprácu skúsených sestier a optometristov, moderné prístrojové vybavenie a zamestnanecké benefity. Platové ohodnotenie až 120 000 Kč mesačne. (4 659,65 eur).

Kontakt: tel. 608840531,

e-mail: optomedic@seznam.cz

Psychiatrická liečebňa Lnáre, akreditované pracovisko

hľadá lekára, príp. absolventa LF so záujmom o odbor psychiatrie.

Ponúkame byt 2 + 1 priamo v areáli liečebne, výborné pracovné podmienky, nadštandardné platové ohodnotenie, príjemné pracovné prostredie v malom kolektíve.

Možnosť odborného rastu. Pri stabilizačnej dohode významný podiel na nákladoch na vzdelanie (úhrada seminárov, kurzov atď.).

Kontakt: prim. MUDr. Jana Zahradníková, tel. : 605164841, 383495101

e-mail: sekretariat@pllnare.cz, www.pllnare.cz

Predám plne vybavenú gynekologicko-pôrodnícku ambulanciu

vo Valašskom Medzíríči (ČR), ktorá je umiestnená v areáli Polikliniky.

20 ročná prax, 6 rokov s. r. o., ISO 9001: 2015 Atestácia v odbore nevyhnutná. UZ 3D+4D+monitor pre pacientky, archívacia UZ snímkov na flash disc, kolpo s video reťazcom, kardiotokeograf. Obrazová dokumentácia na www.merinsky.cz.

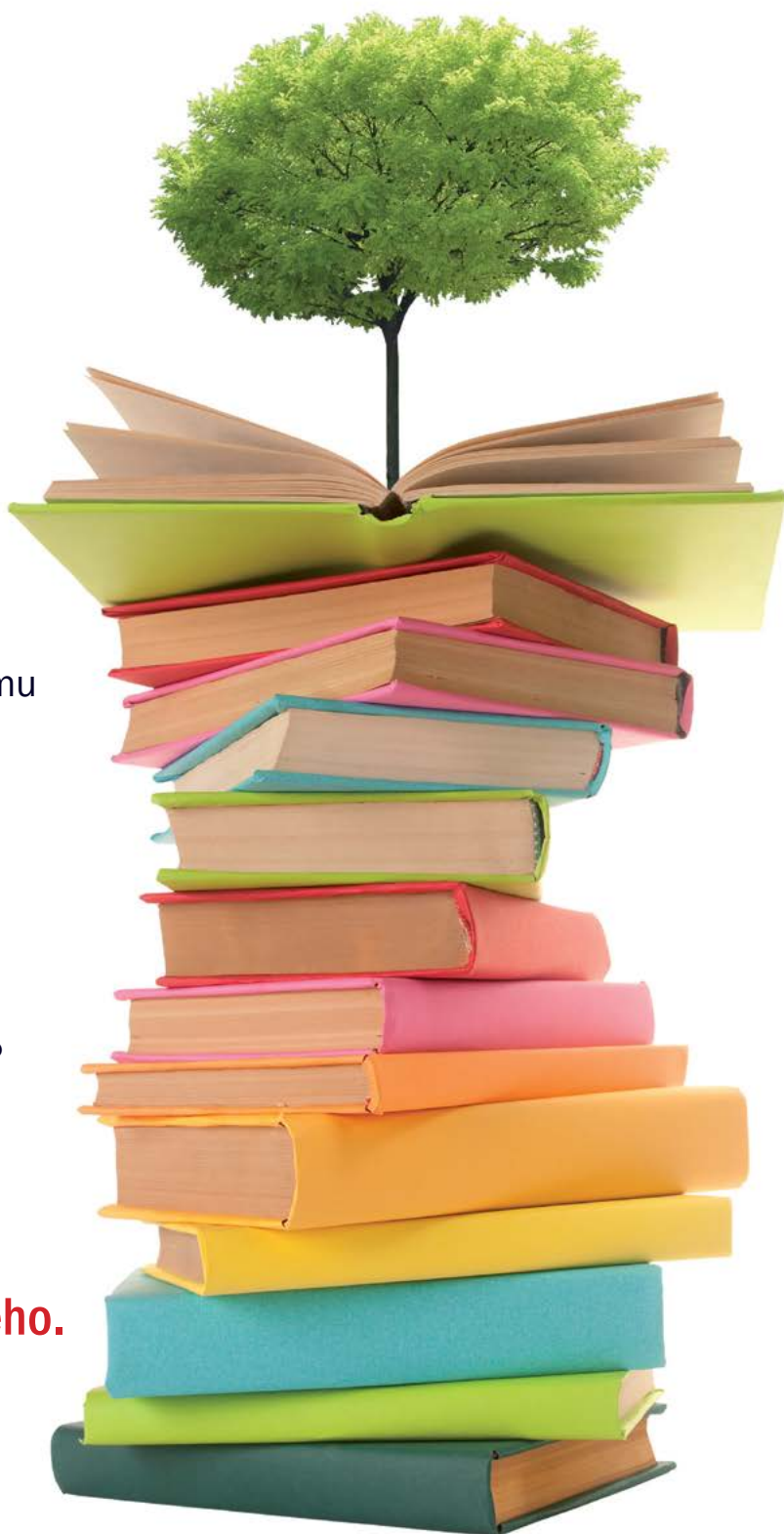
Ponuky len do e-mailu: ambulance@merinsky.cz

Život sa
mení rýchlo.

- Povinné zmluvné poistenie
- KASKO s ročným poistným obdobím a 3-ročným poistným obdobím
- Komplexné poistenie rodinného domu
- Komplexné poistenie bytu
- Poistenie za škodu spôsobenú poskytovateľom ambulantnej zdravotnej starostlivosti
- Poistenie majetku a zodpovednosti podnikateľov
- Poistenie finančnej straty SuperGAP

Všetky uvedené produkty môžete získať so zľavou z výsledného ročného poistného.

Nehľadajte v knihách, všetko nájdete u nás...



Zľavy špeciálne pre členov Slovenskej lekárskej komory

wüstenrot



Lekom Tour Bojnice sa blíži, už ste sa prihlásili?

Prvý ročník letného cykloturistického podujatia Lekom Tour Bojnice 2019, ktoré organizuje Slovenská lekárska komora v dňoch 1. a 2. júna 2019 v Bojniciach, sa nezadržateľne blíži. Ak ste si ešte nezarezervovali ubytovanie, poponáhľajte sa!

Bojnice ako kúpeľné mesto ponúka veľa možností ubytovania. Prevažia účastníkov tejto aktivity má rezerváciu ubytovania už zabezpečenú v Hoteli pod zámkom.

www.lekom.sk

Turistika v okolí:

Pre všetkých záujemcov o turistiku sme pripravili dve turistické trasy, ktoré môžete absolvovať.

Kratšia trasa vedie z Bojníc okolo kempingu cez Kalváriu až po kaplnku sv. Vendelína

a späť na salaš Viglaš. Celá trasa tam aj späť trvá cca 2,5 hodiny.

Dlhšia trasa vedie z Bojníc k Sútovskému sedlu, ďalej po Panský háj a Plešinu.

Odtiaľ sa vraciame rovnakou trasou a končíme tiež na **salaši Viglaš**. Na salaši bude na vás všetkých čakať výborný guláš:

www.megaubytovanie.sk/salas-viglas

Tým, ktorí by mali záujem o iné výlety v okolí, ponúkame zopár tipov:

Okrem spomínaných výletov môžete s deťmi navštíviť aj neďalekú vyhliadkovú vežu Čajka, je to príjemná prechádzka s krásnym výhľadom:

Vyhliadková veža Čajka v oblakoch (účastník si hradí sám) <https://www.sdetmi.com/podujatia/detail/49608/boli-sme-videli-sme-vyhliadkova-veza-cajka-v-oblakoch-bojnice/>



Rovnako stojí za návštevu aj samotný **zámok** a **Slovenské národné múzeum** (www.bojnicecastle.sk)

Známa je aj **Bojnická zoologická záhrada** (zoobojnice.sk)

Kúpanie a procedúry v kúpeľoch: Ak by sa vám zachcelo kúpať, v kúpeľných domoch Mier a Baník sú bazény k dispozícii aj pre verejnosť. Cenník voľnopredajných procedúr v kúpeľoch: www.kupele-bojnice.sk/cennik

Večer vás všetkých čaká príjemné posedenie s hudbou a výborným jedlom v Hoteli Pod zámkom (občerstvenie počas LEKOM TOUR 1. júna 2019 je zahrnuté v účastníckom poplatku).

Ďalšie novinky a informácie ohľadom Lekom Tour 2019 Bojnice budeme priebežne prinášať a dopĺňať aj na našom webe lekom.sk a facebookovej stránke Slovenskej lekárskej komory.

inzercia



Hľadám lekára do Nemecka

Prijmem do zamestnania v Nemecku všeobecného lekára/-ku s európskou špecializáciou pre všeobecnú medicínu alebo lekára/-ku bez atestácie do prosperujúcej a rozširujúcej sa lekárskej praxe v menšom mestečku v Nemecku v blízkosti ČR (asi 50 km). V mojej praxi, ktorú som sám vybudoval a zariadil, ponúkam výhodné pracovné podmienky v príjemnom prostredí moderne zariadenej novostavby, odborný rast (veľký rozsah vyšetrovacích metód – sonografia, Holter, spirometria, fyzioterapia vrátane rozsiahleho prístrojového vybave-

nia), príjemný a vždy nápomocný pracovný kolektív – zložený z dvoch lekárov, piatich sestier a jednej fyzioterapeutky, možnosti ubytovania v blízkosti praxe, flexibilný pracovný čas s možnosťou predĺžených víkendov a nadštandardné platové ohodnotenie – nástupný plat pre atestovaného lekára vo výške: 6.000 eur/mes. a pre lekára bez atestácie: 5.050 eur/mes. V prípade potreby pomôžem s vybavením formalít. Vyžadujem spoľahlivosť, morálnu bezúhonnosť, komunikatívnosť, ochotu študovať a znalosť nemeckého jazyka.



Kontakt: E-mail: dr.kroslak@web.de alebo na: MUDr. Branislav Krošlák, Markt 2, 09514 Pockau-Lengefeld, Deutschland



Už po trinásty raz sa lekári stretli na svahu

6. apríla 2019 sa lekári stretli v lyžiarskom areáli Roháče – Spálená. Práve tam sa pod záštitou Slovenskej lekárskej komory uskutočnil už 13. ročník lyžiarskych pretekov zdravotníkov v obrovskom slalome. Športovo-spoločenské podujatie pod názvom LEKOM SKI 2019 bolo nielen pre lekárov, ale aj pre iných zdravotníckych pracovníkov príležitosťou zmerať si svoje sily na svahu. Priateľská a uvoľnená atmosféra na LEKOM SKI ponúkla kvalitné športové vyžitie, ako aj stretnutie s priateľmi a sympatizantmi zimného športu.

Tak ako každý rok, aj tentoraz sa pretekali nielen dospelí, ale aj deti. Ceny, ktoré venovali partneri a sponzori Slovenskej lekárskej komory – Motor Car Group, VÚB lízing, VÚB banka, Wüstenrot, Zepter, Gemerka, networks

services, Lekár a. s. a Allio, boli naozaj lákavé. Celkovo sa na trať dlhú 900 metrov s prevýšením 130 metrov postavilo 79 pretekárov, ktorí súťažili v deviatich kategóriách podľa veku. V kategórii detí do 10 rokov bol najrýchlejší Jakub Homola, do 15 rokov to bol Richard Haberern. Ženy sa postavili na štart v troch kategóriách – nad 56 rokov si zlatú trofej odniesla Dana Nejedlá, nad 41 rokov sa z najcennejšej medaily tešila MUDr. Andrea Nagyová a v kategórii najmladších pretekárov – žien do 40 rokov prvé miesto vyhrala Katarína Janotová.

Mužov bolo na tohtoročnom Lekom Ski viac ako žien, a tak súťažili až v štyroch kategóriách. Spomedzi najstarších pretekárov nad 61 rokov bol najrýchlejší Poliak Jaroslav Paja, v kategórii medzi 51 – 60-ročnými

zvítazil takisto poľský lekár Dr. Med. Jacek Sroczyński, medzi mužmi do 50 rokov si zlatú medailu odniesol MUDr. Martin Haberern a medzi najmladšími pretekármi – mužmi najrýchlejšie prešiel cieľovou páskou František Lipka.

Najrýchleším pretekárom spomedzi všetkých súťažiacich sa stal s časom 36,85 sekundy MUDr. Richard Haberern.

Po slávnostnom odovzdaní cien, ktoré si vyhrocovia prevzali od prezidenta SLK MUDr. Mariana Kollára a riaditeľa pretekov MUDr. Dušana Krkošku, PhD., MBA, nasledoval spoločný guláš a pozvánka na večerný raut v kolibe v Zuberci. O tom, že ani tam nebola núdza o dobrú náladu a vynikajúce tanečné kreácie, sa môžete presvedčiť v našej galérii www.lekom.sk



**Prodám plně vybavenou
 gynekologicko - porodnickou ambulanci**
 ve Valašském Meziříčí (ČR)
 umístěnou v areálu Polikliniky.
20 let praxe, 6 let s.r.o., ISO 9001:2015

prodej zavedené praxe
GYNEKOLOGIE



Atestace v oboru nezbytná.
 UZ 3D+4D + monitor pro pacientky,
 archivace UZ snímků na flash disc,
 kolpo s video řetězcem, kardiokograf.
 Obrazová dokumentace na www.merinsky.cz
 Nabídky pouze do e-mailu ambulance@merinsky.cz



inzercia



E D U K A F A R M

medinews

2/2019

ČASOPIS PRE LEKÁROV

STATÍNY A ICH VÝZNAM
PRI CEREBROVASKULÁRNYCH
OCHORENIACH. PROJEKT
MOZGOVÉHO ZDRAVIA

EPIGENETICKÉ VYŠETRENIE
OTVÁRA NOVÉ MOŽNOSTI

HISTAMÍNOVÁ INTOLERANCIA,
ŠPORT A VITAMÍN C

ÚLOHA GLUTATIÓNU V LIEČBE
OCHORENIA PEČENE

**Odborná redakcia
mediNEWS:**

PharmDr. Vladimír Végh
PharmDr. Lucie Kotlářová
MUDr. Pavel Kostiuk, CSc.
MUDr. Jiří Slíva, Ph. D.
PharmDr. Andrea Gažová, PhD.

**Odbornú časť
spracúva:**

Edukafarm s. r. o.
tel.: +421 2 44 630 400
e-mail: edukafarm@edukafarm.sk

STATÍNY A ICH VÝZNAM PRI CEREBROVASKULÁRNYCH OCHORENIACH. PROJEKT MOZGOVÉHO ZDRAVIA

Doc. MUDr. Miroslav Brozman, CSc.

Neurologická klinika, Fakultná nemocnica Nitra, FSVaZ, Univerzita Konštantína Filozofa, Nitra

V roku 2010 navrhli dve najuznávanejšie americké odborné spoločnosti American Heart Association a American Stroke Association (AHA/ASA) populačné kritériá na definovanie a sledovanie národného kardiovaskulárneho zdravia. Meradlo kardiovaskulárneho zdravia bolo publikované ako skóre „Life’s Simple 7“ (LS7)¹. Zdôrazňuje primárnu prevenciu a zahŕňa 7 ovplyvniteľných rizikových faktorov: 3 faktory zdravia (glukóza; cholesterol; krvný tlak) a 4 faktory zdravého správania sa a životného štýlu (index telesnej hmotnosti, body mass index, BMI; fyzická aktivita; diéta; fajčenie cigariet).

Renomovaní autori z prezídia AHA/ASA formulovali vo svojom odporúčaní roku 2017 aj definíciu optimálneho mozgového zdravia, ktoré je odvodené od kritérií pre optimálne kardiovaskulárne zdravie². Prevencia a liečba kardiovaskulárnych rizikových faktorov sa ukazuje ako kľúčová pre spomalenie tzv. vaskulárneho starnutia, ako aj pre prevenciu kognitívneho zhoršovania a demencie. V známej Framinghamskej štúdií sa preukázalo, že nižší vek, ženské pohlavie, nižší BMI, užívanie liekov redukujúcich lipidy a neprítomnosť cukrovky boli asociované so zdravým a pomalším indexom vaskulárneho starnutia³.

Za optimálne hodnoty faktorov zdravia sa považujú: 1. krvný tlak < 120/< 80 mm Hg, 2. neliečený celkový cholesterol < 200 mg/dL (< 5,18 mmol/l) a glukóza nalačno < 100 mg/dL (5,5 mmol/l). Optimálny zdravý životný štýl znamená: 1. nefajčiť; 2. fyzická aktivita podľa odporúčaní; 3. zdravé stravovanie v zmysle stredomorskej diéty a 4. index telesnej hmotnosti < 25 kg/m².

Statíny známe ako inhibítory 3-hydroxy 3-metylglutaryl koenzým A reduk-tázy sa pôvodne vyvinuli na liečbu hyperlipidémie. Ich základný medicínsky význam spočíva v prevencii a liečbe kardiovaskulárnych ochorení.

U pacientov s akútnym koronárnym syndrómom alebo podstupujúcich perkutánnu koronárnu intervenciu (PCI) preukázali veľké observačné štúdie, randomizované kontrolované štúdie (RCT) aj metaanalýzy, že statíny zlepšujú celkový výsledok („outcome“). Vzhľadom na tieto poznatky súčasné kardiologické odporúčania stanovujú: 1) pre pacientov s akútnym koronárnym syndrómom a eleváciou ST segmentu intenzifikovanú statínovú liečbu (Trieda I; úroveň evidencie B); 2) statínová liečba sa odporúča u pacientov s nestabilnou anginou pectoris/infarktomyokardu bez elevácie ST segmentu vrátane pacientov po revaskularizácii (IA), ako aj pre pacientov pred PCI na redukcii periprocedurálneho infarktu myokardu (IIa/A pre pacientov bez predchádzajúcej statínovej liečby a IIa/B pre pacientov na chronickej statínovej liečbe)⁴.

Viacere RCT preukázali, že statíny sú účinné v primárnej aj sekundárnej prevencii mozgových príhod. V nedávnom publikovanom systematickom prehľade autori analyzovali výsledky 70 publikovaných štúdií vrátane 6 metaanalýz⁵. Priaznivý účinok statínov sa pripisuje v hlavnej miere schopnosti redukovať hladinu lipidov v krvi. Avšak okrem tohto základného účinku majú statíny ďalšie pleiotropné účinky protizápalové, antioxidačné, antitrombotické, trombolytické, stabilizujúce aterosklerotický plak. Statíny redukujú oxidáciu nízkodenzitných lipoproteínov (LDL), stimulujú angiogénezu a zvyšujú aktivitu endotelálnej syntetázy oxidu

dusnatého (eNOS). Je možné, že viaceré pleiotropné účinky sa priaznivo uplatňujú v štádiu akútnej ischémie mozgu a myokardu. Statíny sú pravdepodobne neuroprotektívne a dokážu stimulovať neuroregeneráciu. V najnovších štúdiách sa preukázalo, že statíny majú priaznivý účinok aj na zvyšovanie kostnej denzity, redukcii osteoporózy, a tým na zníženie frekvencie fraktúr po mozgových iktoch⁶.

Význam dlhodobého podávania vysokej dávky atorvastatínu sa potvrdil v štúdií SPARCL (Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Level), vykonanej u 4 731 pacientov po predchádzajúcej CMP a TIA (tranzitórnom ischemickom ataku)⁷. Pacienti dostávali atorvastatín v dávke 80 mg/deň. Išlo o randomizovanú štúdiu s prirovnaním k placebo. V priebehu 5-ročného sledovania sa v skupine liečenej atorvastatínom znížil výskyt CMP o 16 %. Výsledky tejto štúdie, ako aj ďalších viedli k štandardnému zavedeniu preventívnej liečby CMP statínmi s vyššou dávkou a jej dlhodobým ponechaním.

Hoci priaznivý účinok včasného nasadenia statínov po mozgovom infarkte sa doteraz nepotvrdil RCT štúdiám, jedna monocentrická randomizovaná štúdia preukázala škodlivý účinok vysadenia statínov po mozgovom infarkte. Na základe výsledkov tejto štúdie odporúča American Stroke Association (ASA) pokračovať v statínovej liečbe počas akútneho mozgového infarktu u pacientov, ktorí pred iktom užívali statíny (Trieda IIa; úroveň evidencie B). ASA odporúčania však nešpecifikujú liečbu statínmi pre pacientov, ktorí pred iktom statíny neužívali.

Experimentálne štúdie na zvieracích modeloch preukázali neuroprotektívny účinok statínov. Publikovaná metaanalýza združila údaje o 6 806 pacientoch na statínovej liečbe, ktorí mali pravdepodobnosť 1,24 pre ľahší priebeh mozgových infarktov oproti pacientom bez statínov. Tieto výsledky podporujú neuroprotektívny účinok statínov na prebiehajúcu mozgovú ischémiu u ľudí. Aj nedávna veľká kórejská retrospektívna štúdia (n = 8 340) používajúca tzv. „propensity score“ metódu preukázala, že preventívne užívanie statínov bolo spojené s ľahším priebehom mozgových infarktov⁸.

Statíny majú aj antitrombotické a fibrinolytické účinky. V štúdií SPARCL sa preukázalo, že pacienti na vysokodávkovanom atorvastatíne mali viac hemorágií než pacienti na placebe. Odvtedy panuje medzi neurológmi obava z hemoragickej transformácie pri použití trombolýzy u pacientov s akútnym mozgovým infarktomyokardu, ktorí užívali statíny. Vo viacerých metaanalýzach sa potvrdil zvýšený výskyt hemoragickej transformácie u pacientov, ktorí mali pred iktom liečbu statínmi, napriek tomu bol funkčný výsledok u tejto



skupiny pacientov lepšie ako u pacientov bez statínov. Užívanie statínov nemá byť preto kontraindikáciou trombolýzy.

Štúdia SPARCL (*Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels*) však randomizovala pacientov po uplynutí jedného až šiestich mesiacov od mozgového infarktu. Táto štúdia nemôže byť preto spoľahlivým vodidlom pre použitie statínov ihneď po mozgovom infarkte.

Štúdia MISTICS (*Markers of Inflammation after Simvastatin in Ischemic Cortical Stroke*) nepreukázala protizápalový účinok statínu napriek rýchlemu a trvalému poklesu celkového a LDL-cholesterolu. Pacienti na simvastatíne dosiahli lepšie výsledky v NIHSS zlepšení o vyše 4 body na 3. deň, ale nedosiahli lepšie 90-dňové mRS skóre. V multicentrickej japonskej štúdií ASSORT (*Administration of Statin on Acute Ischemic Stroke Patient*), ktorá randomizovala 257 pacientov s akútnym mozgovým infarktom, z toho 131 pre včasnú liečbu statínmi (do 24 h) a 126 pre oneskorenú liečbu statínmi (od 7. dňa) sa neidentifikoval rozdiel v klinickom výsledku po 90 dňoch sledovania¹⁰.

Výsledky observačných štúdií síce nie sú plne konzistentné, ale metaanalýza publikovaných údajov nasvedčuje tomu, že: 1) užívanie statínov pred mozgovým infarktom môže redukovať následky v zmysle funkčného poškodenia a krátkodobej mortality, 2) okamžité nasadenie statínov po mozgovom infarkte môže redukovať funkčné poškodenie a krátkodobú mortalitu, naopak vysadenie statínov môže viesť k horšiemu klinickému výsledku a 3) u pacientov liečených trombolýzou môžu statíny zlepšiť klinický výsledok napriek vyššiemu výskytu symptomatických hemoragických transformácií.

Na základe dlhodobých klinických skúseností sa statíny hodnotia ako relatívne bezpečné lieky. Pri použití vysokej dávky statínu sa vyskytuje hepatotoxicita u menej než 3 % liečených osôb. Tá je zväčša asymptomatická a môže sa upraviť znížením dávky. Pri liečbe statínmi sa môžu objaviť myalgie. Prejav myopatickeho účinku statínov sú sprevádzané zvýšením hladiny sérovej kreatínkinázy o vyše desaťnásobok. Výskyt myopatie je zriedkavý a pozoroval sa u menej než 0,2 % pacientov pri liečbe vysokými, ako aj nízkymi dávkami statínov. Objavenie sa rhabdomyolýzy s následným poškodením obličiek je zriedkavé a uvádza sa len u 1,6 pacientov na 100-tisíc liečených v priebehu roka¹¹.

Priaznivé pleiotropné a neuroprotektívne účinky statínov zdôvodňujú ich používanie v primárnej a sekundárnej prevencii mozgových príhod, kognitívneho zhoršovania a vzniku demencie. Odporúča sa štandardné dávkovanie 80 mg atorvastatínu denne. Podávanie atorvastatínu má byť dlhodobé. Redukcia dávky sa neodporúča s výnimkou pacientov s manifestáciou vedľajších účinkov liečby.

LITERATÚRA

- Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D, Mozaffarian D, Appel LJ, Van Horn L, et al.; American Heart Association Strategic Planning Task Force and Statistics Committee. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic Impact Goal through 2020 and beyond. *Circulation*. 2010;121:586-613.
- Gorelick PB, Furie KL, Iadecola C et al. Defining Optimal Brain Health in Adults. A Presidential Advisory From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2017;48:e284-e303. DOI: 10.1161/STR.000000000000148.
- Seshadri S, Wolf PA. Lifetime risk of stroke and dementia: current concepts, and estimates from the Framingham Study. *Lancet Neurol*. 2007;6:1106-1114. doi: 10.1016/S1474-4422(07)70291-0.
- O'Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2013;127:e362-e425.
- Hong K-S, Lee JS. Statins in Acute Ischemic Stroke: A Systematic Review. *Journal of Stroke* 2015;17(3):282-301. <http://dx.doi.org/10.5853/jos.2015.17.3.282>.
- Wang S-H, Wang J-H et al. Statin Use Is Associated With Decreased Osteoporosis and Fracture Risks in Stroke Patients. *J Clin Endocrinol Metab*. 2018;103(9):3439-3448.
- Amarencu P, Bogousslavsky J, Callahan A III, Goldstein LB, Hennerici M, Rudolph AE, et al; Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels (SPARCL) Investigators. High-dose atorvastatin after stroke or transient ischemic attack. *N Engl J Med*. 2006;355:549-559. doi: 10.1056/NEJMoa061894.
- Choi JC, Lee JS, Park TH, Cho YJ, Park JM, Kang K, et al. Effect of pre-stroke statin use on stroke severity and early functional recovery: a retrospective cohort study. *BMC Neurol* 2015;15: 120.
- Montaner J, Chacón P, Krupinski J, Rubio F, Millán M, Molina CA, et al. Simvastatin in the acute phase of ischemic stroke: a safety and efficacy pilot trial. *Eur J Neurol* 2008;15:82-90.
- Yoshimura S, Uchida K, Daimon T et al. Randomized Controlled Trial of Early Versus Delayed Statin Therapy in Patients With Acute Ischemic Stroke AS-SORT Trial (Administration of Statin on Acute Ischemic Stroke Patient). *Stroke*. 2017;48:3057-3063. DOI: 10.1161/STROKEAHA.117.017623.
- Lisý E. Statíny v liečbe neurologických ochorení. *Súč Klin Pr* 2011; 2: 41-43.

ODBORNÁ BROŽÚRA

ORIGINÁLNA LIEČBA
OVERENÁ KLINICKOU
PRAXOU



Nájdete na www.edukafarm.sk/e-learning



SORTIS

(atorvastatin calcium)

ORIGINÁLNY ATORVASTATÍN

- Významne znižuje LDL cholesterol o viac ako 50% pri 80 mg dávke ¹
- Znižuje riziko KV príhod u širokého spektra pacientov ¹
- Má dokázaný priaznivý bezpečnostný profil pri všetkých dávkach ¹



- Viac ako 400 štúdií celosvetovo, z ktorých 11 ovplyvnilo smernice ²
- Odporúčaný ako liek prvej voľby pri znižovaní LDL cholesterolu ²

**100 tbl. balenie
STÁLE S NULOVÝM
DOPLATKOM PRE PACIENTA***

SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU: **SORTIS 10 mg filmom obalené tablety** • **SORTIS 20 mg filmom obalené tablety** • **SORTIS 40 mg filmom obalené tablety** • **SORTIS 80 mg filmom obalené tablety**

Terapeutické indikácie: Hypercholesterolemia. Prevencia kardiovaskulárneho ochorenia. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Má byť individuálne v závislosti od východiskových hodnôt LDL cholesterolu, cieľa liečby a odzvyvu pacienta. Obvyklá začiatková dávka je 10 mg jedenkrát denne kedykoľvek počas dňa s jedlom alebo bez jedla. Úprava dávkovania sa uskutočňuje s odstupom 4 týždňov a viac. Maximálna dávka je 80 mg jedenkrát denne. **Pediatrická populácia:** Pre pacientov vo veku 10 rokov a viac sa odporúča začať dávkou 10 mg atorvastatínu denne. Pre pacientov s heterozygotnou familiárnou hypercholesterolemiou vo veku 10 rokov a viac sa odporúča začať dávkou 10 mg atorvastatínu denne. Dávku možno zvýšiť až na 80 mg denne podľa odpovede na liečbu a tolerancie. Dávky by mali byť individualizované podľa odporúčaného cieľa liečby. Úpravy by mali prebiehať v intervaloch 4 týždňov alebo dlhších. Atorvastatín nie je indikovaný na liečbu pacientov mladších ako 10 rokov. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo alebo na niektorú z pomocných látok, aktívne ochorenie pečene alebo neobjasnené pretrvávanie zvýšenia sérových transamináz na viac ako trojnásobok hornej hranice referenčných hodnôt, gravidita, dojčenie a ženy vo reprodukčnom veku, ktoré nepoužívajú vhodnú antikoncepciu. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** Pečeňové testy sa majú robiť pred začiatkom liečby a pravidelne počas liečby. Pokiaľ zvýšené hodnoty transamináz o viac než trojnásobok hornej hranice referenčných hodnôt (ULN) pretrvávajú, odporúča sa znížiť dávku alebo liečbu ukončiť. Atorvastatín môže v zriedkavých prípadoch spôsobiť myalgiu, myozitídu, myopatiu a rabdomyolýzu. Ak sú hodnoty CK na začiatku liečby zvýšené (> 5krát ULN), liečba atorvastatínom sa nesmie začať. CK sa má vyšetriť pred začiatkom liečby statínmi pri: poruche funkcie obličiek, hypotyreóze, pozitívnej osobnej alebo rodinnej anamnéze hereditárnej svalovej poruchy, pozitívnej anamnéze výskytu svalového poškodenia v súvislosti s liečbou statínmi alebo fibrátmi alebo výskyte ochorenia pečene a/alebo pitia väčšieho množstva alkoholu, prípadne aj u pacientov > 70 rokov a v situáciách, kedy môže dôjsť k zvýšeniu plazmatických hladín, ako sú liekové interakcie a osobitné skupiny pacientov vrátane genetických podskupín. Počas liečby CK treba vyšetriť, ak sa objavia bolesti svalov, svalové kŕče alebo svalová slabosť. Počas liečby alebo po liečbe niektorými statínmi boli hlásené veľmi zriedkavé prípady nekrotizujúcej myopatie sprostredkovejanej imunitným systémom (immune-mediated necrotizing myopathy, IMNM). Profil bezpečnosti a tolerancie u pediatrických pacientov bol podobný ako známy bezpečnostný profil atorvastatínu u dospelých pacientov. Pri používaní statínov, hlavne pri dlhodobej liečbe, boli hlásené výnimočné prípady výskytu intersticiálneho ochorenia pľúc. Statíny ako skupina zvyšujú hladinu glukózy v krvi a u niektorých pacientov s vysokým rizikom vzniku diabetu môžu vyvolať hyperglykémiu, pri ktorej je potrebná štandardná liečba diabetu. Nad týmto rizikom však prevažuje zníženie vaskulárneho rizika statínmi a preto nemá byť dôvodom pre ukončenie liečby. Pacienti so zriedkavými vrodenými poruchami galaktózovej intolerancie, s lapónskym deficitom laktázy alebo glukózo-galaktózovou malabsorpciou nesmú SORTIS užívať. **Interakcie:** Konkomitantné podávanie liekov, ktoré sú inhibítormi CYP3A4 (napr. cyklosporín, telitromycín, klaritromycín, delavirdín, stiripentol, ketokonazol, vorikonazol, itraconazol, posakonazol a inhibitory HIV proteázy vrátane ritonaviru, lopinaviru, atazanaviru, indinaviru, darunaviru, atď.) môže viesť ku zvýšeným koncentráciám atorvastatínu v plazme a zvýšenému riziku myopatie. Riziko sa tiež môže zvýšiť pri podávaní atorvastatínu s inými liekmi, ktoré majú potenciál vyvolať myopatiu, ako sú fibráty a ezetimib. **Gravidita a laktácia:** SORTIS je kontraindikovaný počas gravidity a dojčenia. Ženy v reprodukčnom veku majú používať vhodné antikoncepčné metódy. **Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje:** SORTIS má zanedbateľný vplyv na schopnosť viesť vozidlá a obsluhovať stroje. **Nežiaduce účinky:** Časté: nazofaryngitída, alergické reakcie, hyperglykémia, bolesť hlavy, faryngolaryngálna bolesť, epistaxa, záпча, nadúvanie, dyspepsia, nauzea, hnačka, myalgia, artralgia, bolesť končatín, svalové kŕče, opuch kĺbov, bolesť chrbta, abnormálne hodnoty pečeňových testov, zvýšená hodnota kreatinínúzy v krvi. **Uchovávanie:** Tento liek nevyžaduje žiadne zvláštne podmienky na uchovávanie. Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis. **Pred podaním lieku sa zoznámte s úplným znením Súhrnu charakteristických vlastností lieku (SPC). Dátum aktualizovania skrátenej informácie o lieku:** Marec 2018. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Pfizer Europe MA EEIG, Ramsgate Road, Sandwich, Kent, CT13 9NJ, Veľká Británia. **Miestne zastúpenie držiteľa rozhodnutia o registrácii:** PFIZER Luxembourg SARL, o.z., tel.: +42123355 5500. **Upravené podľa SPC schváleného ŠUKL 03.2018.**

Literatúra: 1. Súhrn charakteristických vlastností lieku Sortis, dátum poslednej revízie textu: marec 2018. 2. Stone NJ, Robinson JG, Lichtenstein AH, et al. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation 2014; 129: Suppl 2: S1-S45.

* Zoznam kategorizovaných liekov 1.8.2018 – 31.8.2018. <http://www.health.gov.sk>



PFIZER Luxembourg SARL, o. z.
Príbinova 25, 811 09 Bratislava, tel.: 02/3355 5500, fax: 02/3355 5499



SORTIS
atorvastatin calcium

Sila. Dôkaz. Dôvera.

Epigenetika je progresívne sa rozvíjajúci odbor genetiky zameraný na štúdium mechanizmov zodpovedných za reguláciu expície génov. Študuje konkrétne mechanizmy, ktoré naše gény stimulujú alebo vyradujú z činnosti. O tom, či sa naše gény prejavia, rozhodujú epigenetické mechanizmy a vonkajšie vplyvy (strava, životné prostredie, životný štýl, sociálne vzťahy, chorobné procesy, lieky atď.). Epigenetika prichádza s vysvetlením mechanizmu zapnutia či vypnutia (demetylácie/metylácie) príslušného génu. Pri týchto epigenetických procesoch sa metylové skupiny buď naviažu na určité sekvencie DNA (uspia daný gén), alebo odstránia z určitých miest (aktivujú gén) na molekule DNA, a tak ovplyvňujú fungovanie génov bez toho, aby sa menila štruktúra, resp. poradie nukleotidov DNA. Medzi epigenetické mechanizmy patria aj chemické modifikácie histónov a mRNA.

Veľký údiv spočiatku vyvolalo poznanie, že metylácia môže viesť k úplnej odlišnosti jedincov s rovnakou (identickou) genetickou výbavou. Ako názorný príklad možno uviesť včeliu matku/kráľovnú a robotnicu, ktorých gény sú úplne identické, avšak líšia sa rozdielnou metyláciou génov. Rozdiely v počte metylovaných génov u včiel spôsobuje ich rozdielna výživa. Potrava je teda jedným z vonkajších faktorov, ktoré môžu naštartovať metyláciu DNA, a tak ovplyvniť vzhľad a „funkčné zaradenie“ hmyzu¹.

EPIGENETICKÉ ZMENY SA DAJÚ OVPLYVNIŤ

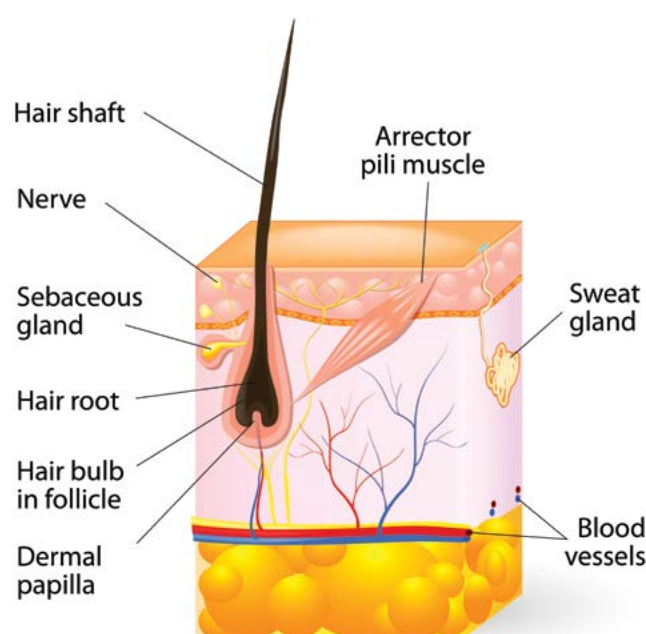
Epigenetické zmeny sú prekvapujúco v mnohých prípadoch vratné a ovplyvniteľné, čo je pozitívne v prípade, že vieme dané zmeny manažovať. V niektorých prípadoch môže byť až 98-percentná génová expícia ovplyvnená tým, ako telo fyzicky, psychicky a emocionálne reaguje na životné prostredie a životný štýl danej osoby. Epigenetické zmeny vedú k prepisu alebo uspaniu určitých génov. Od metylácie (prenosu metylovej skupiny) je závislá tvorba vitamínov, hormónov, neurotransmiterov, enzýmov, nukleových kyselín a protilátok.

EPIGENETIKA HRÁ DÔLEŽITÚ ÚLOHU AJ PRI ONKOLOGICKÝCH OCHORENIACH

Ukázalo sa, že v nádorových bunkách je metylácia DNA narušená. V dôsledku nadmernej metylácie v regulačnej oblasti génov (promótorov) sú tieto gény utlmené alebo vyradené z činnosti. Do tejto skupiny génov patria predovšetkým tie, ktoré bránia vzniku nádoru, tzn. tumorsupresorové gény a gény zodpovedajúce za opravu DNA. Naopak, mnohé pôvodne zablokované gény, napr. onkogény sa v dôsledku nedostatočnej metylácie začnú aktivizovať.

Napríklad aktuálny článok publikovaný v odbornom časopise Cellular and Molecular Life Sciences prináša správu, že len nedávno bola objavená úplne prekvapivá a zásadná úloha, akú má vitamín C pre fungovanie samotného genómu. Pri onkologických ochoreniach je vplyvom nedostatku vitamínu C potlačená aktívna demetylácia DNA v bunke, čo môže byť jedným zo spúšťacích faktorov kancerogenézy².

Podporiť potrebnú metyláciu DNA môžu tzv. donory metylových skupín, napr. dimetylglycín a trimetylglycín (betaín), ktorý sa nachádza aj v celej pšenici, pšeničných otrubách, pšeničných klíčkoch, červenej repe, špenáte a brokolici, alebo vo výživových doplnkoch.



PREČO SA VLASY POUŽÍVAJÚ AKO EPIGENETICKÝ MARKER

Vlasy patria do kožného systému, ktorý sa vyvíja z ektodermu, a preto je rovnakého embryologického pôvodu ako nervový systém. Zdieľa aj rovnaké charakteristiky ako neuróny, ak ide o pocit.

Vo vlasovom folikule je vlasová cibulka, jediná časť vlasov, ktorá je nažive.

To znamená, že je schopná samoregulácie a samoreprodukcie. Je vyživovaná krvnými cievami, ktoré prinášajú informácie a živiny zo systémovej mikrocirkulácie, ktorá je subkutánná a prechádza cez papilu.

Vlasy a ich cibulky sú v skutočnosti anténou, ktorá neustále sníma a detekuje environmentálne signály vychádzajúce z mikro a makro prostredia. K vlasovému folikulu je pripojený sval nazývaný arrector pili, ktorý predstavuje najmenší sval na tele. Je to sval, ktorý funguje rovnako ako srdcový sval, nakoľko neustále sníma nielen zmeny teploty a atmosférického tlaku, ale aj vibrácie prostredníctvom rezonancie a frekvencií z ekosystému a okolia. Sval Arrector pili bol spolu s vlasovou cibulkou až donedávna považovaný



za dôležitý environmentálny senzor – dokonca vlasy boli akceptované ako vynikajúci biomarker.

Tento sval reaguje okamžite na šok a strach, čo spôsobuje, že vlasy „stoja v pozore“, ale tiež sa uvoľňuje, keď je systém pokojný. Aj sval Arrector pili sa rozširuje a sťahuje, keď sa systém prehrieva alebo chladí. Koreňová cibulka ukladá informácie o epigenetickej rezonancii, pretože je pripojená k arrekto-rovému vlasovému svalu³.

INOVATÍVNA TECHNOLÓGIA UMOŽŇUJE EPIGENETICKÉ MAPOVANIE

Z praktického hľadiska je dôležité vedieť, ako náš organizmus dokáže odolávať vonkajším epigenetickým faktorom. Na zistenie týchto informácií môžeme využiť posledné vedecké objavy.

Medicína využíva diagnostické metódy zobrazovania, ktoré zachytávajú energetické polia tkanív. Kvantoví fyzici vytvorili prístroje, ktoré dokážu zobraziť energetické spektra vyžarované tkanivami a orgánmi nášho tela. Počítačový tomograf, magnetická rezonancia alebo pozitronová emisná tomografia (PET scan) vždy svojím špecifickým mechanizmom dokáže odlišiť spektrálnu energiu zdravého a chorého tkaniva, a tak diagnostikovať chorobu.

Na obdobnom princípe pracuje nový prístroj vyhodnocujúci energetické polia, ktoré emituje čerstvo vytrhnutý vlasový folikul. Tento prístroj konvertuje

informácie na digitálny záznam a vyhodnocuje jednotlivé epigenetické záťaže (napr. ťažké kovy, elektromagnetické vlnenie, uhľovodíky, mikrobiálnu záťaž, toxíny atď.), ktoré ovplyvňujú génovú expresiu. Tiež navrhuje zmeny, ktoré je potrebné prijať pre nastavenie stavu zdravia, tzn. homeostázy. Epigenetické vyšetrenie z vlasu poskytuje skutočne komplexnú 33-stranovú správu o stave organizmu na úrovni jeho záťaže vírusmi, baktériami, plesňami, parazitmi, chemikáliami, žiarením, prídavnými látkami v potravinách atď. Zároveň prináša informáciu, ktoré vitamíny, minerály, aminokyseliny, mastné kyseliny nášmu organizmu chýbajú (s ohľadom na jeho aktuálnu psychickú a fyzickú záťaž), alebo ktorým sa treba vyhýbať. Tiež prináša informácie, na aké potraviny a prípadne výživové doplnky je potrebné sa zamerať, aby celý organizmus fungoval správne na všetkých úrovniach, a to vrátane imunity, nervovej sústavy, srdcovo-cievneho a zažívacieho systému, aby bola epigenetická záťaž čo najmenšia.

Diagnostický prístroj je certifikovaný pre používanie o. i. v USA, EÚ a používa ho tiež NASA pre rýchlu orientáciu o zdravotnom stave kozmonautov³.

LITERATÚRA

1. RNDr. Eva Mjadoková, DrSc., Čo je epigenetika a aký je vzťah medzi genetikou a epigenetikou, vedanadosah.cvtisr.sk
2. Camarena V, Wang G. The Epigenetic Role of Vitamin C in Health and Disease. *Cell Mol Life Sci*2016;73:1645–1658.
3. Cell-wellbeing.com





ZDRAVIE

MAPOVANIE VÝŽIVY

Pre optimalizovanú výkonnosť a dobré zdravie

INTEGRUJTE EPIGENETIKU DO VÁŠHO PODNIKANIA

Cell Wellbeing S-Drive vlasový skener poskytuje vašim klientom a zamestnancom personalizované 90-dňové plány stravovania, výživy a životného štýlu zamerané na optimalizáciu ich pohody a výkonnosti prostredníctvom epigenetiky.

Je možné ho jednoducho integrovať do vašej každodennej praxe použitím nášho online nemeckého laboratória, ktoré spracováva personalizovanú správu do 15 minút, priamo do vášho počítača. Je dobre podporovaný prostredníctvom odbornej prípravy a vytvára nový a opakovaný príjem, ktorý je kľúčom k úspešnému podnikaniu.

Epigenetické mapovanie je nová najmodernejšia technológia, ktorá sa teraz používa v rozvíjajúcom sa wellness priemysle. Zakladá sa na najnovších vedeckých objavoch a zároveň je v súlade s prirodzenými systémami a potrebami organizmu. Generické ani všeobecné stravovacie a výživové plány nezodpovedajú potrebám jednotlivca a wellness priemysel smeruje k modelom osobnej starostlivosti založeným na epigenetike.

S-DRIVE SKENER

Kľúčovou zložkou je S-Drive technológia, ktorá mapuje vlasové cibulky pre kľúčové epigenetické indikátory a vracia celú správu späť za krátkych 15 minút. Tento S-Drive skener je kompatibilný s pravidlami FDA pre všeobecné wellness technológie a je bezpečný a ľahko sa používa.

Digitálne informácie sú zhromažďované pomocou štyroch vlasových cibuliek, vytrhnutých z hlavy klienta. S-Drive potom „zmapuje“ vlasy, aby sa zvýraznili vplyvy životného prostredia, hypersenzitivita na potravín a aditíva, nároky na živiny, faktory odolnosti a aj elektrické rušivé vplyvy. (EMF).m

S-Drive skener potom posieľa tieto kódované informácie do Nemecka, kde výkonné počítače využívajúce sofistikované logaritmy dekódujú a navrhujú, ktoré epigenetické signály ovplyvňujú expresiu génov. Zasláná správa navrhuje zmeny stravy, výživy a životného štýlu, ktoré by mohli byť prijaté na podporu optimálnej génovej expresie a výkonnosti.



HISTAMÍNOVÁ INTOLERANCIA, ŠPORT A VITAMÍN C

MUDr. Božena Čunderlíková

ORTO – REH, s. r. o. Zvolen

Cielom tohto článku nie je úplne do detailu popísať a rozobrať, čo je histamínová intolerancia (HIT), ale opísať rozmanitosť jej prejavov, ktoré privádzajú pozornosť lekárov k iným ochoreniam, čím sa predlžuje určenie správnej diagnózy a následnej terapie. Na dvoch kazuistikách chcem poukázať, že aj aktívne športujúce deti trpiace na HIT sú schopné vďaka vhodným opatreniam odolávať zvýšenej fyzickej i psychickej záťaži a venovať sa výkonnostnému športu.

Prejavy HIT sú rôznorodé (kožné prejavy – opuchy, začervenanie, svrbenie, vyrážky, dýchacie ťažkosti – zvýšená sekrécia hlienov, zúženie dýchacích ciest, upchatý nos, nádcha, ale môžu sa prejavovať aj poruchy srdcového rytmu, migrény, nespavosť, tráviace ťažkosti – vracanie, hnačky, bolesti brucha, ďalej psychické problémy, poruchy menštruačného cyklu, vypadávanie vlasov a ďalšie... Mnohé z týchto prejavov sa zamieňajú s alergickými reakciami, následne sa liečia antihistaminikami, čo však nevedie k liečbe skutočného ochorenia.

Cesta je o to zdĺhavejšia, že s danými prejavmi HIT sme sa nestretávali, nevenovali sme im dostatočnú pozornosť, ignorovali ich. Ešte ťažšie je v dnešnej dobe vyžiadať si vyšetrenie u lekára, keď zistíte možné prejavy.

Najviac to trápi rodičov detí, u ktorých sa objaví HIT, lebo lekári nevedia hneď pomôcť a skôr myslia na iné príčiny prejavov. Pri zistení HIT v alergologickej a imunologickej ambulancii je vám odporučený výživový doplnok enzým – diaminooxidáza (DAO), úprava stravy, a to je všetko. HIT sa nepovažuje za diagnózu, ona ani nie je vedená ako diagnóza.

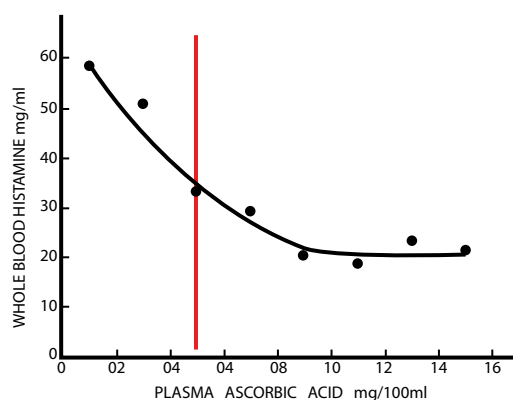
Príkladom sú dve kazuistiky detí, ktoré vrcholovo športujú, teda majú väčšiu fyzickú záťaž ako ostatné deti, ktoré buď rekreačne športujú, alebo nešportujú. Záťaž pociťovali hlavne rodičia, ktorí dlho hľadali možnosti, ako sa vyrovnáť s rôznorodými prejavmi HIT, kým sa dopracovali k podstate ochorenia svojich detí, nakoľko na takúto intoleranciu nikto nemyslel.

Histamínová intolerancia znamená nedostatočnú schopnosť organizmu odbúravať histamín, ktorý sa hromadí v organizme. Organizmus teda nie je schopný dostatočne rýchlo odbúrať histamín prijatý v strave. Telo preto na zvýšenú hladinu histamínu reaguje príznakmi podobným alergickým prejavom, ale nejde o skutočnú alergiu na potraviny. Ide o ich neznášanlivosť. HIT je prejavom enzýmovej nedostatočnosti enzýmu diaminooxidázy (DAO) alebo jeho zníženej funkcie. Nedostatok alebo zlá funkcia enzýmu môže byť aj geneticky ovplyvnená, ale častejšie sú sekundárne poruchy.

Histamín je jeden z mediátorov pri zápaloch, alergiách, infekciách a nádorových ochoreniach. Patrí do skupiny biogénnych amínov. Je to chemická látka, ktorá sa tvorí v tele každého človeka. Je to látka prítomná v niektorých bunkách (bazofiloch a žírnych bunkách), pri alergických ochoreniach sa histamín z týchto buniek uvoľní do obehu a prispieva k prejavom alergických príznakov, ale je prijímaný i z potravy. Zvýšené hladiny histamínu sú zodpovedné za rôzne príznaky, spomenuté vyššie, podobné alergickým príznakom, existuje však niekoľko symptómov, ktoré sa líšia v nástupe, intenzite a množstve prejavov.

V našom tele má histamín svoj význam. Napríklad v mozgu plní funkciu hormónu bdlosti a prispieva k schopnosti podať okamžitý výkon. Aktivuje nervový systém aj tvorbu žalúdočnej kyseliny. U zdravého jedinca je rovnováha medzi príjmom, tvorbou a odbúraním histamínu. Na odbúranie endogénneho his-

Inverzná závislosť hladiny histamínu a vitamínu C



Alan C. et al, J. Nutr, 1980

tamínu slúži enzým N-metyltransferáza. Histamín exogénneho pôvodu (prijatý potravou) odbúrava enzým DAO v tenkom čreve alebo v krvnom obehu. Funkčnosť DAO je geneticky podmienená. U každého človeka je iná. Vekom sa aktivita DAO môže znižovať, ale je tiež ovplyvnená rôznymi faktormi, napr. liekmi, ktoré blokujú aktivitu DAO. Zníženie DAO môže byť spôsobené aj nedostatkom jeho kofaktorov, tzn. látok, ktoré sú dôležité pre jeho funkciu, ako je vitamín B6, vitamín C, meď a zinok.

Aká je liečba? Ako si dokážeme pomôcť? Dôležitá je hlavne správna strava, tzn. zmena životného štýlu, úprava jedálneho lístka na nízko-histamínovú diétu (existuje zoznam zakázaných a povolených potravín). Na začiatku liečby je nutné prvých 4 týždňov dodržiavať prísnu diétu s vylúčením potravín s vysokým obsahom histamínu. Základom je konzumácia čerstvých jedál, neohrievaných či už na sporáku alebo v mikrovlnnej rúre, pretože ohrievaním sa zo stravy uvoľňuje histamín. Je teda potrebné vyhýbať sa ohrievaným jedlám, polotovarom a konzervám. Dôležité sú množstvá potravín, ktoré majú zvýšený obsah histamínu (jahody, paradajky, kuracie mäso, čokoláda) a ich kombinácia. Ak by pacient chcel konzumovať potraviny s trochu vyšším obsahom histamínu, tak je to vhodné skôr večer, lebo počas spánku skôr prekoná príznaky HIT.

Na základe toho sa dá u histaminika zdravotný stav zlepšiť, ale nie úplne vyliečiť. Spúšťačom HIT je nielen strava, ale tiež stres (životný štýl, životné prostredie, vlastný postoj k okoliu, životu). Taktiež znížená imunita prináša ľahší prienik antigénov do organizmu, čo má za následok zvýšené hladiny histamínu v organizme. Čím viac sa stresujeme, tým viac histamínu atakuje náš organizmus a tým sa cítime horšie.

Na zvládnutie stresových situácií treba dostatok vitamínu B6 a niektorých minerálov. Vitamín B6 je kofaktor enzýmu DAO, ak chýba vitamín B6, nedá sa vytvoriť dostatok enzýmu DAO. Na jeho správne pôsobenie je tiež potrebné dostatočné množstvo horčíka, zinku a medi.



HISTAMÍNOVÁ INTOLERANCIA A VITAMÍN C

Vitamín C zasahuje do neprirodzene vysokých hladín histamínu. Vitamín C znižuje zvýšené hladiny histamínu v krvi, tzn. je možnou liečbou histamínovej intolerancie. Podporuje rozpad histamínu. Treba piť dostatok tekutín, pretože histamín je vo vode rozpustný, voda znižuje jeho zvýšené množstvo.

Je dôležité zabezpečiť požadované množstvo vitamínu C v organizme po celý deň. Najvýhodnejšie a najúčinnnejšie je užívanie lipozomálneho vitamínu C každých 12 hodín, pretože histaminik (športovec, ale i nešportovec) potrebuje permanentný prísun vitamínu C a zvýšené množstvo tekutín. Užívanie bežného, vo vode rozpustného vitamínu C má obmedzené vstrebávanie, z jednej dávky sa dokáže vstrebať cca 200 mg, zvyšný vitamín C sa z tela vylúči bez zúžitkovania, pričom môže spôsobiť GIT ťažkosti, nadmernú acidifikáciu žalúdka a zaťažiť obličky. Ak by si pacient chcel zabezpečiť potrebnú hladinu, musel by bežný vitamín C užívať v menších dávkach a často, najmenej 4-krát denne.

Pre pacienta s HIT je najefektívnejším užívaním vitamínu C v lipozomálnej forme. Z akých dôvodov? Lipozomálna technológia zabezpečuje oveľa vyššie vstrebávanie vitamínu C a jeho postupné uvoľňovanie sa z lymfy a krvi k bunkám a tkanivám v priebehu 12 hodín. Dokáže tak zabezpečiť jeho kontinuálnu hladinu v organizme a adekvátnu ochranu proti oxidatívne stresu, normálnu funkciu imunitného a nervového systému, potrebnú tvorbu kolagénu, pričom je šetrný k organizmu, vyznačuje sa vysokou znášanlivosťou, nezatažuje obličky a žalúdok.

Proti zvýšenej hladine histamínu je teda možné pôsobiť aj podávaním dostatočných dávok vitamínu C, ktorý znižuje celkovú koncentráciu histamínu tým, že narúša jeho štruktúru a spôsobuje jeho degradáciu.

ZÁVER

U histaminikov so zvýšenou fyzickou aktivitou je dôležité zvolenie takej liekovej formy podávania vitamínu C, ktorá zabezpečí jeho kontinuálnu koncentráciu v organizme. Najefektívnejšie sa to dá doceliť užívaním lipozomálnej formy vitamínu C permanentne po 12 hodinách. Bežné p. o. prípravky vitamínu C, by bolo nutné užívať častejšie, 4-krát denne, nakoľko jeho vstrebávanie je obmedzené kapacitou črevných transportérov. Užívanie vitamínu C v lipozomálnej forme pomáha degradovať zvýšené hodnoty histamínu v organizme v dôsledku stravy či zvýšenej psychickej alebo fyzickej záťaže, a tak zmierniť jeho alergickú symptomatológiu.

Pre pacienta s histamínovou intoleranciou je potrebný vyšší príjem vitamínu C než u bežnej populácie. Nemeckí a švajčiarski odborníci odporúčajú 100 mg vitamínu C ako denný príjem pre zdravého jedinca. Pre pacienta s HIT je potrebná vyššia saturácia vitamínom C, pričom sa dávka pohybuje od 600 do 1 000 mg, prípadne i viac a je rozdelená na niekoľko jednotlivých dávok. Riziko predávkovania pri vitamíne C je veľmi nízke, nadbytočné množstvo sa vylúči stolicou alebo sa vyplaví obličkami.

Osobitou kategóriou sú športovci trpiaci na histamínovú intoleranciu. Môžu športovať? Toto bola častá otázka v prípade oboch kazuistik, ktoré uvádzam nižšie. Dlhé je rozmýšľanie a hľadanie možností, ako zmierniť prejavy HIT a nemusieť sa vzdať aktívneho športovania. Pri fyzickej aktivite hrá histamín dôležitú úlohu, je to regulátor toho, ako sa budeme zapájať do dejov spojených s cvičením. Pri zvýšenej fyzickej aktivite, dlhodobom cvičení sa zvýši produkcia endogénneho histamínu, pretože telo využíva histamín cez H1 receptory na zvýšenie výkonu a oddialenie únavy. Práve uvoľnením histamínu telo reguluje

priepustnosť ciev, tlak krvi a ďalšie mechanizmy, ktoré sú dôležité pre odpoveď na fyzickú aktivitu. Typické prejavy zvýšenej fyzickej záťaže – začervenanie, zvýšená dýchavičnosť a rýchle búšenia srdca je ovplyvnené aj histamínom. Dôležité je preto pred tréningom minimalizovať prísun exogénneho histamínu a vyhnúť sa nevhodným jedlám alebo liekom. Netreba zabúdať, že aj stres hrá veľkú úlohu pri HIT, pričom predstavuje nepotravinový spúšťač HIT.

1. kazuistika: 11-ročný chlapec, športovec, futbalista od 4 rokov

OA:

- Ako mesačný prekonal zápal močových ciest (Klebsiella), pre anémiu mu bola podaná transfúzia krvi. Bežné detské ochorenia.
- Častý vomitus, postupné zvyšovanie jeho frekvencie bez zjavnej príčiny. Neskôr si matka všimla, že vomitus máva po kysnutých jedlách.
- Ako 6-ročný prekonal cyklické zvracanie, pričom bol stav uzavretý ako zvracanie psychogénneho pôvodu.
- 12/2014 – ako 6-ročný prekonal parainfekčnú cerebelitídu s prejavmi mozočkovej symptomatológie.
- V rámci vyšetrenia podstúpil lumbálnu punkciu, na 10. deň stav zhoršený skandovaná reč, paralýza dolných končatín.
- Postupná rehabilitácia – zlepšenie koordinácie pohybov a reči, ale pretrvávajú zvracania a migrény.
- 2/2016 bola diagnostikovaná HIT (hodnota DAO 2,5), na základe čoho bola upravená strava.
- Pretrvávali zvracania a migrény v pokoji i pri zvýšenej námahe, pričom po zvracaní nastala u pacienta úlava.
- Matka začala kontrolovať hladinu vitamínu C v moči, ak bola nízka hladina, podala lipozomálny vitamín C 300 mg, po ktorom došlo k zmene farby testovacieho prúžku na žltú, čo indikovalo viditeľné zvýšenie hladiny vitamínu C.
- Terapia: odporúčaný vitamín B6 1 tbl. (20 mg), lipozomálny vitamín C 300 mg 2-krát denne (ráno a večer) na dosiahnutie dostatočnej kontinuálnej hladiny vitamínu C.
- Dieťa doteraz športuje, prejavy HIT má minimálne (zriedkavá migréna a vomitus), ktoré závisia od dodržiavania histamínovej diéty.

2. kazuistika: 16-ročné dievča, aktívna športovkyňa, krasokorčuliarka

OA:

- Ako dieťa prekonal bežné detské choroby, sledovaná je pre atopický ekzém od 3 mesiacov.
- Ako 10-ročná podstúpila tonzilektómiu.
- Od 9 – 10 rokov sledované časté vypadávanie vlasov (celiakia vylúčená), občas po jedle začervenanie, pruritus, malá plošná vyrážka na koži, ktorá postupne zmizla.
- Po zvýšenej fyzickej aktivite (šport v chlade/začervenanie ušných lalokov, hánok prstov, únava, pozáťažové bolesti kolien). Tieto príznaky sa prejavovali postupne v závislosti od zvyšovanej fyzickej záťaže.
- Ako 12-ročnej jej bola zistená HIT na základe búšenia srdca a zvýšenej tepovej frekvencie pri užití nevhodnej stravy (urobený test DAO, hodnoty 4,85). Nastavená postupná úprava stravy.
- Do 15 rokov bez menštruačného cyklu – riešené u gynekológa.
- Terapia: vitamín B6 1 tbl. (20 mg) 1-krát denne, magnézium 1 tbl. (100 mg) 1x-krát denne, pravidelný prísun lipozomálneho vitamínu C 300 mg každých 12 h., minimálna únava pri bežných aktivitách, bez kožnej topiky. Bolesti kolien, neprimerane zvýšená tepová frekvencia a búšenie srdca pri fyzickej záťaži sa už neprejavovali, závisia od dodržiavania potrebnej histamínovej diéty a odporúčaného terapeutického režimu.
- Dieťa doteraz pravidelne aktívne športuje.

ÚLOHA GLUTATIÓNU V LIEČBE OCHORENIA PEČENE

MUDr. Pavel Kostiuk, CSc.

Edukafarm Praha

Alkoholové poškodenie pečene (Alcoholic Liver Disease, ALD), nealkoholová steatohepatitída (NASH) a s týmito chorobami súvisiaca cirhóza pečene a hepatocelulárny karcinóm predstavujú v súčasnej dobe veľmi závažnú príčinu morbidity a mortality. Etiopatogenéza ALD a NASH je rozdielna, ale spoločným menovateľom v rozvoji oboch ochorení je zvýšená produkcia reaktívnych zlúčenín kyslíka (ROS) s následným vznikom oxidatívneho stresu tkaniva pečene. Odstraňovanie nadbytočných ROS a pôsobenie proti oxidatívne stresu je úlohou vnútrobunkových antioxidantov, z ktorých najvýznamnejší je glutatión. Nadprodukcia ROS v bunkách pečene pacientov s uvedenými patologickými stavmi môže viesť k zníženiu hladiny vnútrobunkového glutatiónu, a tým k ďalšiemu oxidatívne poškodeniu tkaniva pečene. Témou oxidatívneho stresu, deficitu glutatiónu u týchto ochorení a liečebným potenciálom suplementácie glutatiónu sa zaoberá prehľadový článok publikovaný v roku 2016 v časopise *Minerva Gastroenterologica et Dietologica*.¹ O obsahu tohto článku stručne referujeme v tomto texte. Okrem toho informujeme o dvoch klinických štúdiách, dôležitých pre problematiku terapeutického úlohu glutatiónu pri uvedených ochoreniach pečene.

ALKOHOLOVÉ POŠKODENIE PEČENE (ALD)

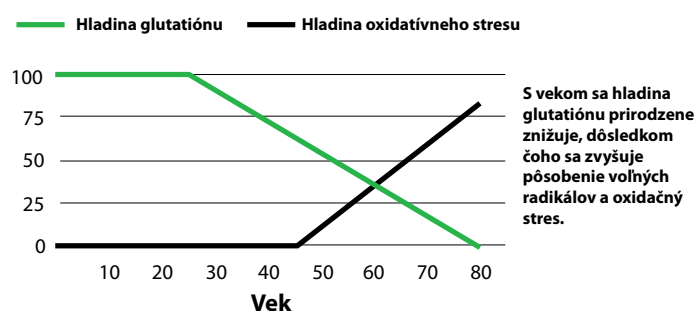
Príčinou ALD je dlhodobý a nadmerný príjem etylalkoholu. K patologickým zmenám charakteristickým pre toto ochorenie patrí tuková degenerácia tkaniva pečene (steatóza), reaktívny zápal a cirhóza. Tieto zmeny predstavujú rôzne fázy procesu ochorenia, môžu sa objaviť samostatne, postupne alebo súbežne v rôznych oblastiach tkaniva pečene. Najdôležitejším patogenetickým faktorom ALD sú medzi produkty oxidatívneho metabolizmu. V priebehu metabolizácie alkoholu v pečeni cytoplazmatická alkoholdehydrogenáza (ADH) a tzv. mikrozomálny etanol oxidujúci systém (MEOS) oxiduje alkohol na acetaldehyd a cytoplazmatická acetaldehyddehydrogenáza premieňa acetaldehyd na kyselinu octovú. U chronických alkoholikov dochádza k indukcii MEOS a k zvýšeniu schopnosti enzymaticky metabolizovať alkohol na acetaldehyd, ktorý sa následne kumuluje v hepatocytoch a pretože je vysoko toxický, poškodzuje bunky pečene. Zároveň sa počas tohto oxidatívneho metabolizmu alkoholu tvorí zvýšené množstvo voľných radikálov (ROS), ktoré reagujú s DNA, proteínmi a lipidmi v membránach. Peroxidácia lipidov mení štruktúru lipidových membrán a ďalších bunkových štruktúr, čo spôsobuje uvoľňovanie ďalších radikálov, ako je malondialdehyd, ktorý sa považuje za marker poškodenia buniek voľnými radikálmi.

Pečeň je orgánom obsahujúcim za fyziologických podmienok najvyššiu koncentráciu glutatiónu (resp. jeho redukované, aktívne formy, GSH) v celom organizme. Hovorí to o dôležitosti tohto antioxidantu pre vitalitu a funkciu buniek pečene. Glutatión je významný pre pečeň nielen tým, že likviduje škodlivé ROS a chráni tým integritu hepatocytov, ale aj preto, že má schopnosť inaktivovať nebezpečné látky, ako je napr. acetaldehyd, ktorého kumulácia u pacientov s ALD pečeň ohrozuje. Navyše hepatocyty exportujú GSH do plazmy a prispievajú tým k udržaniu medziorgánovej homeostázy glutatiónu.

Štúdie ukázali, že zvýšený príjem alkoholu má za následok podstatné zníženie hladiny glutatiónu nielen v pečeni, ale i v erythrocytoch, mozgu, srdci a obličkách. Zároveň v pečeni alkoholikov výrazne narastá hladina malondialdehydu, t. j. markeru oxidatívneho poškodenia hepatocytov. Preto sa zdajú odôvodnené snahy farmakologicky vyrovnať depléciu glutatiónu u pacientov s ochorením pečene spôsobeným alkoholom podávaním GSH. Účinnosť glutatiónu v zlepšení niektorých markerov poškodenia pečene u pacientov s ALD bola preukázaná v niekoľkých klinických štúdiách, ktoré zároveň ukázali, že túto látku pacienti dobre tolerujú.

V týchto štúdiách bol GSH podávaný intravenózne alebo intramuskulárne v dávkach až 2,4 g/deň. Štúdie preukázali, že podávanie GSH má priaznivý vplyv

Graf 1. Znižovanie hladiny glutatiónu s vekom.



na pečeň a jej funkciu; poklesla hladina markerov poškodenia pečene, ako je malonylaldehyd, zlepšili sa testy pečenej funkcie, zvýšila sa aj hladina GSH v erythrocytoch. U pacientov s ALD, u ktorých bola vykonaná biopsia pečene, sa potvrdila regresia steatózy. Došlo ku klinickému zlepšeniu a zároveň dochádzalo k rýchlejšej obnove endogénnych zásob GSH.¹⁻³

NEALKOHOLOVÁ TUKOVÁ CHOROBA PEČENE (NAFLD)

Steatóza pečene u osôb, ktoré nadmerne nekonzumujú alkohol, sa označuje ako nealkoholová steatóza pečene (NAS); ide o relatívne benigne ochorenie, ktoré však, ak sa pridajú zápalové zmeny, môže progredovať do závažného patologického stavu, označovaného ako nealkoholová steatohepatitída (NASH). Komplex týchto na seba nadväzujúcich stavov sa označuje skratkou NAFLD (*non-alcoholic fatty liver disease*, nealkoholová tuková choroba pečene).

Nealkoholová steatohepatitída je stav s vysokým rizikom vzniku pečenej fibrózy, cirhózy a hepatocelulárneho karcinómu. Prvým stupňom vzniku NASH je steatóza pečene, teda stav, keď sa v hepatocytoch akumuluje tuk v podobe kvapôčok. Hlavným etiopatogenetickým faktorom vzniku pečenej steatózy je metabolický syndróm – často steatózou trpia ľudia s nadváhou, arteriálnou hypertenziou, hyperlipoproteinémiou a diabetom 2. typu. Ak na pečeň postihnutú steatózou pôsobí ďalší faktor, ktorý spôsobí zápalové zmeny, môže dôjsť k progresii a rozvoju NASH. Týmto faktorom môže byť napr. oxidatívny stres, o ktorom je známe, že je významným spúšťačom chronického zápalu. Oxidatívny stres prispieva aj k ďalšej patogenetickej fáze NASH: poruche proliferácie hepatocytov. Hepatocyty na kumuláciu lipidov reagujú zintenzívnením oxidatívnych pochodov a zvýšenou produkciou ROS, ktoré samotné hepatocyty následne poškodzujú. Progresiu zo steatózy do steatohepatitídy sprevádza ďalší pokles



antioxidačnej kapacity v pečeni, ako nasvedčuje aj významný pokles aktivity superoxidismutázy a katalázy v hepatocytoch, čo sú dva hlavné enzýmy zabezpečujúce antioxidačnú ochranu. Výsledkom je zvýšená spotreba vnútrobunkových zásob hlavného antioxidantu – GSH a jeho následná deplécia.

ÚLOHA GLUTATIÓNU

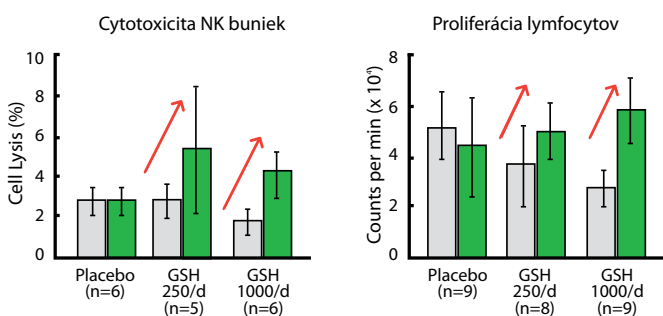
Ak ide o terapiu, plne účinná kauzálna liečba NAFLD nie je zatiaľ k dispozícii. Odporúča sa liečiť jednotlivé zložky metabolického syndrómu, u diabetikov sa ako prospešné ukázali antidiabetiká liraglutid a remogliflozin. Sľubný je duálny PPAR alfa/delta agonista elafibronor, ktorý podľa štúdií ovplyvňuje niektoré stupne etiopatogenetického procesu (v SR zatiaľ neregistrovaný).⁴ Na základe roly GSH v patogenéze NAFLD autori uvedeného prehľadového článku¹ vyvodzujú prospešnú úlohu suplementácie glutatiónu nielen u ALD, ale aj u pacientov s NAFLD. V tejto súvislosti sú dôležité dve nedávno publikované klinické štúdie: v prvej z nich⁵ bola skúmaná biologická dostupnosť glutatiónu po jeho perorálnom podávaní, v druhej štúdií bola overovaná a preukázaná prospešnosť perorálnej suplementácie glutatiónu pacientom s NAFLD.⁶

Ak je biodostupnosť perorálne podávaného GSH do organizmu, to sa sledovalo v randomizovanej kontrolovanej štúdií⁵ zameranej na perorálnu suplementáciu glutatiónu a jeho vplyv na zásoby v organizme u zdravých dospelých. Išlo o šesťmesačnú randomizovanú dvojito zaslepenú placebo kontrolovanú štúdiu zameranú na perorálne podávanie GSH (250 alebo 1 000 mg/deň) a sledovanie GSH hladiny v krvi, erytrocytoch, plazme, lymfocytoch a v slizničných bukalných bunkách.

Štúdia bola uskutočnená na 54 dospelých nefajčiarkoch. Sekundárne sledovania boli zamerané na imunitné markery. Hladiny GSH v krvi sa zvýšili po 1, 3 a 6 mesiacoch oproti východiskovej hodnote pri oboch dávkach. Za 6 mesiacov pri užívaní 1 000 mg/deň sa priemerné úrovne GSH zvýšili v erytrocytoch, plazme a lymfocytoch o 30 – 35 % a o 260 % v bukalných bunkách ($P < 0,05$). Úroveň GSH sa pri užívaní 250 mg/deň zvýšili v krvi a erytrocytoch o 17 – 29 % ($P < 0,05$). Vo väčšine prípadov bolo zvýšenie závislé od dávky a času, úroveň GSH sa vrátila na východiskovú hodnotu do 1 mesiaca pri jeho vysadení. Zníženie oxidačného stresu v oboch skupinách bolo potvrdené poklesom pomeru oxidovanej a redukovanej formy glutatiónu v plnej krvi po 6 mesiacoch. GSH malo pozitívny efekt aj na imunitný systém, kde cytotoxicita NK buniek (prirodzených zabijáčov) vzrástla dvojnásobne v skupine s vysokou dávkou GSH verus placebo ($P < 0,05$) po 3 mesiacoch a v skupine s nižšou dávkou vzrástla tiež takmer dvojnásobne. GSH bol dobre tolerovaný a nebol spojený so žiadnymi negatívnymi vedľajšími účinkami.

Tieto zistenia po prvýkrát ukazujú, že denná perorálna suplementácia GSH bola účinná na zvýšenie zásob GSH v sledovaných kompartmentoch.

Graf 2. Perorálne podaný GSH posilňuje funkcie imunitného systému.⁷



Zvyšovanie cytotoxicity NK buniek, ako aj zvyšovanie proliferácie lymfocytov bolo pozorované po 3 mesiacoch.

Veľmi dôležitá je druhá, multicentrická pilotná štúdia⁶ zameraná na účinnosť glutatiónu pri liečbe nealkoholovej tukovej choroby pečene (NAFLD). Je prvou štúdiou skúmajúcou terapeutické účinky perorálne podávaného glutatiónu u pacientov NAFLD. Tridsaťštyri pacientov s NAFLD diagnostikovaných pomocou ultrasonografie bolo prospektívne hodnotených. Všetci pacienti najskôr podstúpili zmenu na zlepšenie svojich zvykov životného štýlu (strava a cvičenie) po dobu troch mesiacov. Po nej nasledovala liečba glutatiónom (300 mg/deň) počas 4 mesiacov. Klinické parametre boli vyhodnotené pred a po liečbe glutatiónom. Tiež bola kvantifikovaná steatóza a fibróza pečene za použitia vibračne kontrolovanej prechodovej elastografie. Primárnym výsledkom štúdie bola zmena plazmatických hladín alanínaminotransferázy (ALT), ktorého aktivita sa zvyšuje už pri malom poškodení pečene.

Štúdiu dokončilo dvadsaťdeväť pacientov z tridsiatich štyroch. Po liečbe glutatiónom počas 4 mesiacov sa priemerná hladina ALT významne znížila. Znížili sa tiež triglyceridy, neesterifikované mastné kyseliny a hladiny feritínu. Zníženia ALT s mediánom 12,9 % oproti východiskovej hodnote boli zistené u pacientov v mladšej vekovej skupine ($50,7 \pm 12,1$ r.), ktorí nemali ťažký diabetes (*responders*) v porovnaní s pacientmi vo vyššej vekovej skupine ($61,7 \pm 12,4$ r.), u ktorých nebola hladina ALT význame ovplyvnená (*non-responders*). Pre skupinu týchto starších pacientov bolo charakteristické, že častejšie užívali statíny (57,1 % a 64 % z nich malo diabetes).

Na záver možno skonštatovať, že táto pilotná štúdia poukazuje na možné terapeutické účinky perorálne podávaného glutatiónu pre pacientov s NAFLD.

ZÁVER

Oba typy ochorení pečene, alkoholové poškodenie pečene (ALD), ako aj nealkoholová tuková choroba pečene (NAFLD) majú napriek rozdielnym príčinám rad zhodných črt, medzi ktoré patrí úloha oxidatívneho stresu a deficit glutatiónu v bunkách pečene. Podľa autorov uvedených článkov z toho vyplýva, že perorálna suplementácia glutatiónu má potenciál zohrať prospešnú úlohu v liečbe oboch typov ochorení.

LITERATÚRA

- Sacco R, Aggenhoffner R, Giacomelli L. Glutathione in the treatment of liver diseases: insights from clinical practice. *Minerva Gastroenterol Dietol* 2016;62:316-324.
- Dentico P, Volpe, Buongiorno R, et al. [Glutathione in the treatment of chronic fatty liver diseases]. *Recenti Progr Med* 1995;86:290-3. [Article in Italian].
- Bresci G, Piccinocchi M, Banti S. [The use of reduced glutathione in alcoholic hepatopathy]. *Minerva Med* 1991;82:753-5. [Article in Italian].
- Hůlek P, Dresslerová I. Nealkoholové ztucnění jater v klinické praxi (NAFL). *Int Med Prax* 2015;17:224-226.
- Richie JP Jr, Nichenameta S, Neidig W, et al. Randomized controlled trial of oral glutathione supplementation on body stores of glutathione. *Eur J Nutr* 2015;54:251-263.
- Honda Y, Kessoku T, Sumida Y, et al. Efficacy of glutathione for the treatment of nonalcoholic fatty liver disease: an open-label, single-arm.

Inzercia



AD TEST

GARANTOVANÝ AUTODIDAKTICKÝ TEST HODNOTENÝ 2 KREDITMI CME

AD TEST je možné vyplniť len online. Nájdate ho na našej stránke www.edukafarm.sk v sekcii E-LEARNING. Na návštevu stránky môžete použiť aj QR kód uvedený pod testom. Syllaby, ako aj samotný test sú dostupné v záložke E-LEARNING iba prihláseným užívateľom. Registrácia je bezplatná. Po úspešnom absolvovaní testu vaše výsledky odošleme vždy na začiatku mesiaca do SLK pre pripísanie kreditov. AD TEST je hodnotený najviac 2 kreditmi, a to v závislosti od úspešnosti riešiteľa (91 – 100 % = 2 kredity, 80 – 90 % = 1 kredit, 79 – 0 % = 0 kreditov).

1. Prejavy histamínovej intolerancie (HIT)

zahŕňajú:

- a) zápchu
- b) hnačku
- c) spavosť
- d) všetky možnosti sú správne

2. Riešenie HIT môže byť:

- a) úprava stravy
- b) nasadenie enzýmov diamínooxidázy
- c) HIT nemá diagnózu – riešenia sú obmedzené
- d) všetky možnosti sú správne

3. Metylácia ovplyvňuje tvorbu:

- a) nukleových kyselín
- b) hormónov
- c) enzýmov
- d) všetky možnosti sú správne

4. Pri onkologickom ochorení možno sledovať:

- a) nedostatok vitamínu C, čo viedlo k stimulácii transkripčných faktorov
- b) dostatok vitamínu C
- c) nedostatok vitamínu C, čo viedlo k potlačeniu demetylácie
- d) žiadna z možností nie je správna

5. Histamín v organizme zohráva významnú rolu:

- a) neurotransmitera v CNS
- b) mediátora zápalu
- c) pri alergických ochoreniach
- d) všetky možnosti sú správne

6. Rabdomyolýza:

- a) sa objaví u 1,6 pacienta na 100-tisíc liečených v priebehu roka
- b) nezmizne po vysadení statínu
- c) nevedie k zníženiu dávky statínu
- d) žiadna z možností nie je správna

7. DAO:

- a) odbúrava endogénny histamín
- b) účinkuje v tenkom čreve
- c) účinkuje v hrubom čreve
- d) všetky možnosti sú správne

8. Kofaktorom DAO je:

- a) vitamín C
- b) vitamín D
- c) horčík
- d) žiadna z možností nie je správna

9. Epigenetika vysvetľuje zmeny v genetickej informácii vplyvom:

- a) stravy
- b) liečiv
- c) životného prostredia
- d) všetky možnosti sú správne

10. Podávanie vitamínu C:

- a) zvyšuje koncentráciu histamínu
- b) znižuje koncentrácie histamínu
- c) neovplyvňuje koncentrácie histamínu
- d) všetky možnosti sú správne

11. Metaanalýza používania statínov nasvedčuje tomu, že:

- a) ich okamžité nasadenie po mozgovej mŕtvici môže redukovať funkčné poškodenie a krátkodobú mortalitu
- b) ich okamžité vysadenie po mozgovej mŕtvici môže viesť k zhoršeniu klinického výsledku
- c) pacientom s nasadenou trombolýzou môžu zlepšiť klinický výsledok
- d) všetky možnosti sú správne

12. Myopatický účinok statínov:

- a) je sprostredkovaný zvýšením hladiny kreatínkinázy
- b) má zriedkavú frekvenciu
- c) bol zaznamenaný u pacientov s vysokými i nízkymi dávkami
- d) všetky možnosti sú správne

13. Redukovaná forma glutatiónu (GSH) sa najviac nachádza v:

- a) obličkách
- b) pečňových bunkách
- c) bunkách čreva
- d) všetky možnosti sú správne

14. GSH:

- a) je neaktívna forma glutatiónu
- b) funguje ako prooxidačné činidlo
- c) neutralizuje ROS
- d) všetky možnosti sú správne

15. Podľa recentných výsledkov statíny:

- a) zlepšujú celkový výsledok u pacientov s akútnym koronárnym syndrómom
- b) majú neuroprotektívny účinok
- c) zlepšujú celkový výsledok u pacientov podstupujúcich perkutánnu koronárnu intervenciu
- d) všetky možnosti sú správne

16. Nadmerný príjem alkoholu vedie k zníženiu glutatiónu v:

- a) erytrocytoch
- b) koži
- c) slinách
- d) žiadna z možností nie je správna

17. Podávanie GSH alkoholikom viedlo k:

- a) zlepšeniu pečňových testov
- b) zníženiu koncentrácie malonylaldehydu
- c) zvýšeniu GSH v erytrocytoch
- d) všetky možnosti sú správne

18. Optimálny krvný tlak v rámci faktorov ovplyvňujúcich vaskulárne zdravie je:

- a) < 120/< 90 mm Hg
- b) < 140/< 90 mm Hg
- c) < 120/< 80 mm Hg
- d) žiadna z možností nie je správna

19. Štúdia SPARCL potvrdila benefit atorvastatínu:

- a) dlhodobo podávaného vo vysokej dávke
- b) krátkodobu podávaného vo vysokej dávke
- c) dlhodobo podávaného v nízkej dávke
- d) žiadna z možností nie je správna

20. 300 mg atorvastatínu denne po dobu 4 mesiacov viedla u pacientov s nealkoholickou steatózou k:

- a) zníženiu LDL a ALT
- b) zníženiu ALT a triglyceridov
- c) zníženiu triglyceridov a LDL
- d) všetky odpovede sú správne



Výsledky z minulého čísla:

AD TEST 1

1c, 2d, 3d, 4b, 5c, 6d, 7b, 8c, 9d, 10c, 11a, 12d, 13d, 14d, 15b, 6c, 17b, 18a, 19d, 20c

AD TEST 2

1a, 2d, 3b, 4b, 5c, 6d, 7a, 8b, 9c, 10d, 11c, 12d, 13d, 14c, 15d, 16b, 17c, 18b, 19a, 20d

ODPORÚČA



ANNO 1769

GEMERKA

PRÍRODNÁ MINERÁLNA VODA



LIMITOVANÁ JASKYNNÁ EDÍCIA

Domovom GEMERKY sú jaskyne
SLOVENSKÉHO KRASU,
ktoré obohacujú GEMERKU
o prírodné **magnézium + vápnik**
v optimálnom pomere.



www.gemerka.sk

LIPO C ASKOR

Lipozomálna technológia
– najúčinnnejšie vstrebávanie vitamínu C

MÔŽETE SI VYBRÁŤ
KAPSULOVÚ alebo
TEKUTÚ FORMU



12h



- 4,5 ml tekutej formy obsahuje 1000 mg vitamínu C, balenie 136 ml
- 1 kapsula obsahuje 300 mg vitamínu C, balenie 30 alebo 60 kapsúl
- vyrobené podľa zásad správnej výrobnjej praxe (GMP)

Výživový doplnok s obsahom vitamínu C,
extraktom zo šípok a s bioflavonoidmi z citrusových plodov.

LIPOZOMÁLNA TECHNOLOGIA ZABEZPEČUJE OPROTI BĚŽNÝM PERORÁLNÍM FORMÁM VITAMINU C:

- ✓ niekoľkonásobne vyššiu vstrebateľnosť z čreva do krvnej plazmy,
- ✓ postupné uvoľňovanie a cieleňú distribúciu do krvi a buniek (12 h),
- ✓ adekvátnu ochranu proti oxidačnému stresu,
- ✓ vyššie plazmatické hladiny zabezpečujúce normálne funkcie najmä imunitného a nervového systému,
- ✓ zodpovedajúcu tvorbu kolagénu, ktorý je dôležitý pre hojenie a pevnosť tkanív (cievy, chrupavky, kosti, koža, vlasy atď.),
- ✓ vysokú znášanlivosť (nezaťažuje žalúdok a obličky).



URO-C-KONTROL
Test deficitu vitamínu C